

2

975:32

975:32

BARN

Ref

RAPPORT FRÅN BARNMILJÖUTREDNINGEN

BARNS HÄLSA

av Owe Petersson



CBAN

AMZVDL

STVQRWXM

FOPUYEG LHRI

ZWANXEYSMLUV

ABDWZURMPSVMT EAFWDXL

WPKMXLMDRSXWRTYELURN

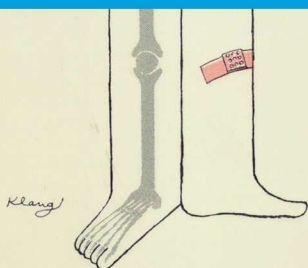
NYWFWHDCGRLPWATRIGUQLWLDN

Ur KB:s samlingar

Digitaliserad år 2013



National Library of Sweden



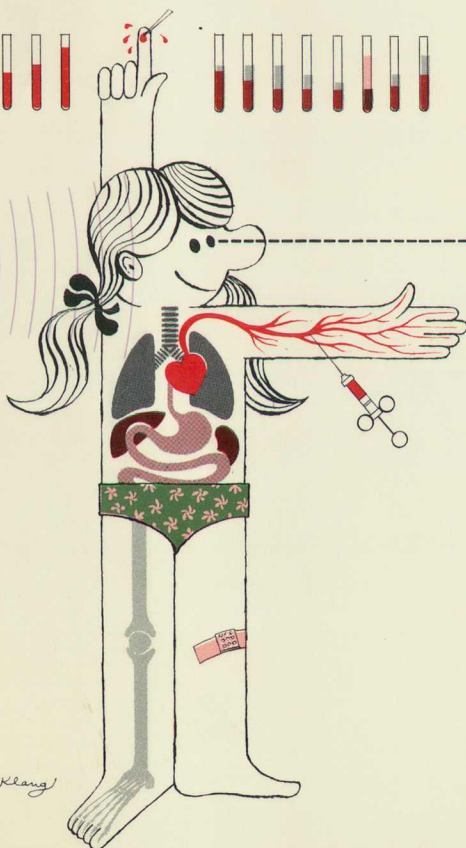
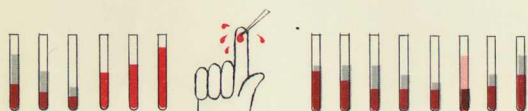
BARN

Ref

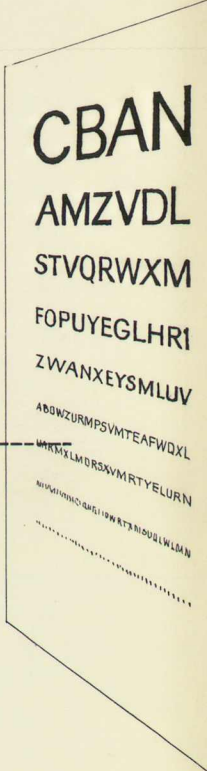
RAPPORT FRÅN BARNMILJÖUTREDNINGEN

BARNS HÄLSA

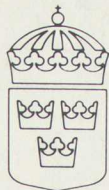
av Owe Petersson



Klang



CBAN
AMZVDL
STVQRWXM
FOPUYEGHRI
ZWANXEYSMLUV
ABOWZURMPSVMTAEAFWDXL
MFKMMLMDRSXWVRTYELURN
NUPWFWHDCQSLPFWATRIBOULWLAN



Statens offentliga utredningar
1975: 32
Socialdepartementet

Barns hälsa

av Owe Petersson

Rapport nr 2 från Barnmiljöutredningen
Stockholm 1975

Omslag av Roland Klang
ISBN 91-38-02251-6
LiberTryck Stockholm 1975

Förord

Barnmiljöutredningen skall enligt sina direktiv utarbeta en systematisk redovisning av hur barnens levnadsvillkor har utvecklats. Utredningen skall söka ge en samlad bild av kunskapen om barns hälsa, utveckling och omvårdnad och deras materiella standard i övrigt, däribland inverkan av förändringar i arbetslivet och boendemiljön. Utredningens huvuduppgift är att göra en deskriptiv analys av barnens levnadsförhållanden och inträffade förändringar i dessa, i syfte att ge underlag för en åtgärdsinriktad diskussion om barnens förhållanden.

Föreliggande rapport är en av åtta, som Barnmiljöutredningen i sitt kartläggningsarbete låtit utföra.

Rapporterna är att betrakta som bakgrundsmaterial till utredningens betänkande Barnens livsmiljö, (SOU 1975:30) och behandlar olika aspekter av barns levnadsvillkor. Varje enskild rapport är dock ett självständigt arbete och rapportförfattarna ansvarar därmed själva för innehållet. Detta innebär att åsikter och uppfattningar framförda i bakgrundsrapporterna inte till alla delar behöver överensstämma med utredningens uttalanden och slutsatser i huvudbetänkandet.

Utredningens bakgrundsmaterial har publicerats i följande rapporter:

- | | | |
|---|---|-------------|
| 1 | Samhället och barns utveckling
Författare: Rita Liljeström | SOU 1975:31 |
| 2 | Barns hälsa
Författare: Owe Petersson | SOU 1975:32 |
| 3 | Barns uppfostran och utveckling
Författare: Eva-Mari Köhler | SOU 1975:33 |
| 4 | Förskolan, skolan och fritiden
Författare: Leif Holgersson | SOU 1975:34 |
| 5 | Barnfamiljernas ekonomi
Författare: Institutet för
Social Forskning | SOU 1975:35 |
| 6 | Barnen och den fysiska miljön
Författare: Uno Dahlén
Elsa Rönmark
Sven Thiberg | SOU 1975:36 |

- 7 Barn och föräldrars arbete SOU 1975: 37
Författare: Ingemar Reimer
- 8 Barnkultur SOU 1975: 38
Författare: Suzanne Almqvist
Britt Isaksson

Till varje rapportförfattare har knutits en referensgrupp av speciellt sakkunniga på området. I denna har respektive författare diskuterat den närmare uppläggningsen och utformningen av rapporten.

Under arbetet har samtliga författare samlats till regelbundet återkommande seminarier. Syftet har främst varit att samordna arbetet med de olika rapporterna och diskutera avgränsningsproblemen mellan ämnesområdena.

Utredningsmannen har lett författarseminarierna. Utredningens sekretariat har deltagit i de olika referensgruppernas arbete.

Kapitel 7 i föreliggande rapport – *Tandvård* – har utarbetats av sekretariatet. Till sammanställningen av faktaunderlaget har bidragit till avsnittet om tandhälsovården övertandläkaren i Stockholms läns landsting, Odd Larje, och till avsnittet om barntandvårdens nuvarande omfattning föredraganden i tandvårdsfrågor i socialstyrelsen, tandläkare Hans Sundberg.

Publiceringen av bakgrundsrapporterna är enligt Barnmiljöutredningens uppfattning ett viktigt led i en diskussion om barns förhållanden, där beskrivningen görs utifrån olika kunskapsområden och uppfattningar. Ett brett underlag för debatt och beslut kan på så sätt skapas.

Barnmiljöutredningen framför sitt varma tack till alla som medverkat.

För Barnmiljöutredningen

Bror Rexed

*/Karin Lund
Birgitta Wittorp*

Innehåll

<i>Sammanfattande kommentar</i>	7
1 <i>Historisk återblick</i>	15
1.1 Barnadödlighet	16
1.2 Socio-ekonomiska faktorer betydelse för spädbarnsdödlig- heten	18
2 <i>Förlossningsvård och mödrahälsovård</i>	23
2.1 Allmän översikt	23
2.2 Organisatoriska förhållanden	25
2.3 Mödrahälsovårdens verksamhet	27
3 <i>Barnhälsovård</i>	33
3.1 Allmän översikt	33
3.2 Barnavårdscentralen	34
3.2.1 Organisation	34
3.2.2 Hygien i hemmet	36
3.2.3 Medicinska verksamheter	38
Rutinkontroller	38
Synprovning	39
Hörselprovning	40
Kostrådgivning	40
Kost och barns hälsa	44
Vaccinationer	47
3.2.4 Mentalhygienisk verksamhet	54
Barnomsorgsgruppen	55
3.3 Utvecklingen sedan 1940-talet	57
3.4 Utvecklingstrender	61
Invandrarbarn	63
3.5 Hälsokontroll av 4-åringar	64
3.5.1 Bakgrund och målsättning	64
3.5.2 Barns hälsotillstånd	65
3.5.3 Handikappade barn	66
Missbildningsregister	68
3.5.4 1970 års 4-årskontroll	69
3.5.5 Resultatvärdering	70

3.6 Barnmisshandel	74
Förebyggande verksamhet i samband med mödrahälsovård och förlossningsvård	77
Förebyggande verksamhet vid barnavårdscentralen (BVC)	78
4 <i>Skolhälsovård</i>	81
4.1 1930- och 1940-talen	81
4.1.1 Elevernas hälsotillstånd	82
4.2 1950- och 1960-talen	82
4.2.1 Elevernas hälsotillstånd	83
4.2.2 Skolmåltider	84
4.3 1970-talet. Skolhälsovård—elevhälsovård	84
4.3.1 Elevhälsovård — allmänna synpunkter	85
5 <i>Barnolycksfall</i>	87
5.1 Allmän översikt	87
5.2 Trafikolycksfall	91
5.3 Drunkningsolyckor	93
5.4 Hemolycksfall	93
5.5 Säkerhetsåtgärder och lagstiftning	94
6 <i>Barnsjukvård</i>	97
6.1 Kort återblick	97
6.2 Barnsjukvårdens utveckling	97
6.2.1 Barnsjukvårdens utveckling 1930—1970	98
6.3 Sjukdomspanoramats förändring	100
6.4 Sjukdomar i barnåldern	104
6.5 Barn på sjukhus	104
6.6 Öppen barnsjukvård	108
6.7 Tonårsmedicin	111
7 <i>Barntandvård</i>	113
7.1 Barntandvårdens utbyggnad	113
7.2 Barntandvårdens nuvarande omfattning	114
7.3 Barnens tandhälsa	115
7.4 Tandhälsovården vid mödravårdscentral och barnavårdscentral	117
7.5 Tandhälsovården för skolbarn	117

Sammanfattande kommentarer

I avsnittet om "Barns hälsa" var det från början tänkt att försöka ge en mera dynamisk överblick över hur hälsotillstånd och sjukdomsbild hos barn i olika åldrar förändras från 1930-talet över 1950-talet fram till 1970-talet. Man ville analysera de olika medicinska och sociala risker, liksom också de allmänna hälsorisker som kunde tänkas påverka barn i olika utvecklingsfaser; under nyföddhetsperioden, under småbarnsåldern, i förskoleåldern, i skolåldern och senare under tonåren. Det var också tänkt att försöka beskriva och klarlägga innebörden av de åtgärder av förebyggande eller behandlande karaktär som samhället vidtagit och som inom detta breda verksamhetsområde hade fört fram till förbättrande allmänna levnadsförhållanden och därmed också till förbättrad hälsa hos barn.

Genom att försöka kartlägga procentuella andelen av barn i olika åldersgrupper inom de olika fälten såsom det schematiskt visas i figur 1.1 var det tänkt att man skulle försöka få fram profiler som kunde jämföras för t. ex. 1930-talet, 1950-talet och 1970-talet. Om detta hade gått kunde man också fått fram olika "hälsoindex" (t. ex. friska barn i förhållande till övriga) för barn i olika åldrar under olika tidsepoker.

Nå, varför gjorde man inte på det här sättet? Jo, helt enkelt därför att vi inte har möjligheter att genomföra sådana undersökningar – vi saknar faktaunderlag för att närmare bedöma de under den här perioden genomförda socialpolitiska reformernas hälsovårdseffekter.

Det är ju faktiskt så att ingen annan period har inneburit sådana framsteg inom hälsovård och sjukvård som den tidsperiod som den här utredningen från början var avsedd att skildra och belysa. Det beklagliga är bara att man, när det hela började, inte närmare tänkte på värdet av att följa upp och bedöma resultaten av de satsningar man då gjorde. Sannolikt var dock behovet av hjälp och stöd så stort att resultaten av de förbättringar och förändringar som genomfördes helt talade för sig själv! Samtidigt måste vi komma ihåg att vi fortfarande i stor utsträckning saknar möjligheter för att bedöma om det är riktiga investeringar vi gör inom hälsovården i dag!

En av de mest angelägna uppgifterna för framtiden måste därför bli att ur ren medicinsk synpunkt försöka avgöra hur betydelsefull effekten av en viss avvikelse i en viss ålder är t. ex. för barnets omedelbara eller framtida hälsa. Sådana hälsovärderings-kostnadsberäkningar kommer

inte att bli helt lätta att genomföra men, också om det kommer att bjuda på utomordentligt svåra avvägningar och bedömningar är de inte desto mindre väsentliga att få till stånd. Framför allt gäller det att få fram underlag för fortsatt adekvat prioritering av samhällets hälso- och sjukvårdsresurser.

I Sverige brukar vi gärna framhålla att vi har en av världens äldsta och mest tillförlitliga vitalstatistiker som sträcker sig tillbaka till 1749. Vi har också sedan länge en utomordentlig faktaredovisning i Sveriges officiella statistik, Allmän hälso- och sjukvård. Det intressanta är dock att det i stort sett är samma fakta som redovisas hela tiden — något nytänkande för att sätta hälso- och sjukvården i relation till samhällsutvecklingen och på det sättet bedöma effekten av gjorda investeringar har man ännu inte åstadkommit. Det finns anledning att uppehålla sig vid dessa saker, framför allt då man inom mödra- och barnhälsovården skulle ha och fortfarande har utomordentligt stora möjligheter att inom begränsade verksamhetsområden försöka analysera betydelsen av olika hälsovårderings-kostnadsberäkningar.

Också om den här utredningen inte har kunnat få den dynamiska inriktning som från början var tänkt har man försökt att belysa utvecklingen sedan 1930-talet. Det är då ganska naturligt att barnhälsovården kommer att inta en central och dominerande plats. Det socialpolitiska utvecklingsarbetet har under den här perioden haft som en av sina målsättningar att skapa förebyggande mödra- och barnhälsovård åt alla och att göra denna hälsovård lätt tillgänglig för alla. Utvecklingen och utbyggnaden av detta hälsovårdsprogram har kommit att löpa parallellt med andra socialpolitiska program, vilket fört med sig svårigheter då det gäller att avgöra i vad mån hälsovårdsprogram eller allmänt socialpolitiska utvecklingsprogram inneburit de största fördelarna för t. ex. barns hälsotillstånd. Som ett belysande exempel kan nämnas t. ex. barntuberkulosens utveckling — liksom också i stort sett tuberkulosens utveckling i Sverige under 1940- och 1950-talen. Under 1900-talets första decennier var barntuberkulosen den dominerande dödsorsaken inom alla barnåldrar utom spädbarnsåret. Den efter hand gynnsamma utvecklingen av barntuberkulosen måste tillskrivas profylaktiska åtgärder och vårdmöjligheter men utan tvekan kom också de fortskridande sociala framstegen härvidlag att vara av stor betydelse. Detta belyses av att dödligheten och sjukligheten framför allt bland barn kom att reduceras väsentligt med allmänt förbättrade levnadsförhållanden, innan modern dispensärverksamhet eller Calmettevaccination mot tuberkulos kommit till större användning.

När det gäller specifika infektioner som tidigare var förödande, t. ex. barnförlamning, polio, och difteri, kan vi däremot mäta mycket distinkta effekter av införd specifik behandling i form av vaccinationsprogram. I det avseendet behövs inte några värderingsinstrument för att mäta effekter — sjukdomarna har praktiskt taget helt försvunnit sedan effektiva vaccinationsprogram utarbetats!

Historisk återblick

I den historiska återblicken som inleder avsnittet om "Barns hälsa" ges en kortfattad beskrivning av barnadödlighetens utveckling under de senaste 200 åren och de olika socio-ekonomiska faktorerna som samverkat till att vi i dag har den lägsta spädbarnsdödligheten i världen. Mycket talar för att en långsamt men fortskridande socio-ekonomisk utveckling med allmänt förbättrade levnadsförhållanden varit av större betydelse för denna gynnsamma utveckling än effekten av enstaka hälsovårds- och/eller medicinska åtgärder.

Mödrahälsovård

Den moderna mödrahälsovården (kapitel 2) kom att utvecklas parallellt med barnhälsovården, medan däremot samhällets intresse för förlossningsvård går betydligt längre tillbaka i tiden. — Under 1900-talets första decennier blev det också en markerad omsvängning i förlossningsvården — 1920 hade vi fortfarande omkring 90 % hemförlossningar. I dag har vi praktiskt taget inga! Servicekravet vid förlossningen har också ökat vilket är helt riktigt och rimligt, då vi nu vet att en förlossning utgör en krissituation både för moder och barn. Mot den bakgrunden är det numera ur samhällets synpunkt önskvärt att alla kvinnor förlöses på sjukvårdsenheter med fullständig resurstillgång — någonting som också allt mer och mer blir ett individuellt krav.

Redan tidigt insåg man mödrahälsovårdens stora sociala och medicinska värde både för mamman och för det väntade barnet. Förlossningsvårdens snabba kvalitativa utveckling innebar nära nog revolutionerande framsteg i fråga om vården av kvinnan före, under och efter förlossningen. Samtidigt bidrog den för förlossningsvården helt nödvändiga tillkomsten av nya kvinnokliniker under 1940- och 50-talen starkt till att förstärka mödrahälsovårdens utveckling. Utvecklingen under 1960- och 70-talen har också visat att den verksamhet som bedrivs på mödravårdscentralen motsvarar ett verkligt behov hos de gravida kvinnor och den har vunnit deras förtroende. Till en början var den procentuella anslutningen av mödrar till mödravårdscentralens verksamhet betydligt lägre än den procentuella andelen av barn inskrivna på barnavårdscentraler. Detta förklaras delvis av att en del mödrar gick på privat kontroll och att mödravårdscentralen inte har någon uppsökande verksamhet som barnavårdscentralen har. Det är också möjligt att det lägre antalet via mödravårdscentralen övervakade mödrarna återspeglar det sätt på vilket man under 1930- och 40-talet fortfarande betraktade graviditet och barnuppfostran. Barnkullarna var då betydligt större — att vara gravid betraktades om inte som ett "normaltillstånd", så dock som ett ganska regelbundet återkommande tillstånd. Förlöpte graviditeten utan synliga eller kännbara tecken på bekymmer eller komplikationer föranledde den heller inte någon åtgärd.

Under senaste decenniet har fortsatt utbyggnad av mödrahälsovården och förlossningsvården ägt rum. Förlossningsvården har ytterligare förbättrats genom nära samarbete mellan förlossnings-, barn- och narkosläkare, och genom inrättandet av speciella intensivvårdsavdelningar för nyfödda barn i direkt anslutning till förlossningsavdelningen. Mödrahälsovårdens arbete har effektiviserats och praktiskt taget alla mammor övervakas nu via mödravårdscentraler. Verksar heten har blivit allt mer "centraliserad", det vill säga barnmorskan gör inte så många hembesök – mödrarna kommer till centralen istället. Vid jämförelse med 1950 görs nu genomsnittligt 5 gånger mer besök hos sköterskan på centralen.

Barnhälsovård

Det har tidigare påpekats att barnhälsovården (kapitel 3) kommit att inta en central och dominerande plats inom utredningsarbetet i det avsnitt som berör barns hälsa – och detta av helt naturliga skäl. Inom den tidsperiod som återspeglas har den moderna barnhälsovården byggts upp till att bli den kanske förnämsta som kan tänkas. Vi har longitudinella hälsovårdsuppföljningsprogram som följer praktiskt taget alla barn från förlossningsögonblicket fram till dess att skolhälsovården tar över. Vi har ett modernt utarbetat journalsystem som gör att data numera lätt går att analysera och vi borde nu alltså vara beredda att sätta in krafter på ett värderingssystem som mäter effekten av gjorda hälsovårdsinvesteringar. Vad beträffar både mödrahälsovården och barnhälsovården är de tillgängliga för alla; vi har en geografisk täckning som är helt imponerande och vi har också en anslutning till vår hälsovårdsverksamhet som är maximal. Innehållet i den mödra- och barnhälsovård som erbjuds är av medicinskt-teknisk mycket hög kvalitet. Detta innebär att mödra- och barnhälsovården får ett optimalt kvalitetsindex; vi har en medicinskt-teknisk väl utvecklad serviceverksamhet som utnyttjas av en mycket stor del av den aktuella befolkningen. Man kan säga att det under praktiskt taget bästa tänkbara förhållanden har tagit 40 år att bygga upp detta mödra- och barnhälsovårdssystem till en effektivt arbetande hälsovårdsapparat, någonting som kan vara intressant att konstatera vid till exempel olika internationella jämförelser. Det hälsoövervaknings- och kontrollsystem för hela förskoleåldern som vi har i Sverige är sannolikt maximalt – frågan är om det är optimalt – det vill säga om det ger adekvat utbyte i förhållande till omkostnader som systemet drar? Hälsoövervakningen och hälsokontrollen börjar bli så strukturerad att man nu kan göra vissa preliminära bedömningar. Mycket talar för att man bör eftersträva förändrade och förbättrade rutiner på barnavårdscentralen, rutiner som är anpassade till dagens behov och krav. Utökad samarbete med den sociala barnvården framstår som väsentlig och understryks av att till exempel fortfarande besöksfrekvensen på barnavårdscentralen är lägre från socialt snedbelastade miljöer. Framför allt har många och väsentliga erfarenheter vunnits i samband med den så kallade fyraårskontrollen,

som klart visar att det finns ett stort behov av att nå ut med uppfostringsråd också till föräldrar med barn i tidiga åldrar. En utbyggd och regelbunden föräldraundervisning som bör nå alla föräldrar och vara kontinuerlig bör eftersträvas, och bör sammankopplas med till exempel mödravårdsundervisningen på mödravårdscentralen. Man kan också ifrågasätta om inte tiden är mogen för att frikoppla läkaren från en del enkla kroppsundersökningar inom till exempel barnhälsovården. Utan tvekan skulle man kunna överlåta mycket till barnsjuksköterskan också vad gäller vaccinationer och enkla kroppsliga och utvecklingsmässiga bedömningar. Traditionellt har läkarens arbetsinsatser inom barnhälsovården varit, om och begränsade, väldigt centrerade till kroppslig undersökning av rutinkarakter. Om detta gradvis kunde tas över av sjuksköterskan skulle läkarens tid kunna friställas för nyorientering av barnvårdscentralens verksamhet mot väsentligare och viktigare områden, som hittills blivit styvmoderligt behandlade. I första hand rör det sig här om den psykiska hälsan, där beteendestörningar, uppfostringsproblem och anpassningssvårigheter kunde vara några sådana verksamhetsområden som läkaren skulle kunna ägna mer tid åt. Naturligtvis innebär detta att både sjuksköterskan och läkaren måste ha en breddad och fördjupad utbildning och kunskap om barns behov. Detta går i linje med den av Socialstyrelsen planerade gradvisa utbyggnaden av distriktsbarnläkarorganisationen. Genom en omfördelning av arbetsuppgifterna kunde man inom ramen för det nu gällande ekonomiska utrymmet säkert få en effektivare barnvårdsverksamhet, mera anpassad till det moderna samhällets krav. De rutinmässiga uppgifterna skulle bibehållas, men kompletteras med mera positiva åtgärder som kunde gynna barnets intellektuella, emotionella och sociala utveckling. Barnvårdscentralens läkare skulle få mer tid och möjlighet att ingå aktivt i det lag av sjuksköterskor, psykologer, pedagoger, kuratorer och socialarbetare som skulle arbeta i och planera för en modern föräldraundervisning.

I det här sammanhanget måste man dock erinra om att barnvårdscentralens organisation och uppbyggnad präglades av de behov som förelåg på 1930-talet. Barnvårdscentralen har varit av avgörande betydelse för barns hälsa och utveckling, dess service har förbättrats både kvalitativt och kvantitativt under de gångna 40 åren. Praktiskt taget alla förskolebarn övervakas kontinuerligt och strukturerade hälsokontroller utföres regelbundet. Verksamheten har blivit allt mer "centraliserad", BVC-sköterskan gör färre hembesök men barnen kommer oftare till centralen. Från början ansågs BVC-sköterskans hembesök som något av det mest väsentliga och värdefulla, man skapade kontakt på ett naturligt sätt med föräldrarna och man fick direkt uppleva barnets miljö. BVC-sköterskan kunde också följa upp att givna råd och anvisningar hade avsedd verkan. Framför allt var det i socialt missgynnade miljöer som hembesöken var viktiga och där behovet av råd och hjälp var störst.

Den socioekonomiska utvecklingen, förbättrade levnadsförhållanden och ökad kunskap och insikt har medfört att 1930- och 40-talens problem som var övervägande somatiska — kroppsliga — delvis har kommit att ersättas av mera psykosomatiskt och mentalhygieniskt färgade pro-

blemställningar. Efterhand som till exempel bristsjukdomar av olika slag, upprepade infektioner och uppfödningssvårigheter försvunnit ur bilden har psykosomatiska och mentalhygieniska störningar kunnat göra sig mera gällande och krävt insatser från den moderna barnhälsovårdens sida. Nu, liksom då, bör man fortsätta att koncentrera sig på riskmiljöer, där problem finns och som kan förebyggas eller lindras för att senare förhindras. Vi har i dag inte längre fattiga slumdistrikt med dålig hygien, bristsjukdomar eller upprepade, täta infektioner hos undernärda barn som på 1930-talet. Men vi har, på många håll, hårt urbaniserade höghuskollektiv med samlevnadsproblem och beteendevikelser. Socialmedicinska riskmiljöerna har skiftat karaktär, fått ett annat ansikte, men de finns där på samma sätt nu som förr. Mot den bakgrunden behöver vi fortfarande barnavårdscentralssköterskans hembesök för att försöka förändra situationen till det bättre. Man diskuterar för närvarande till exempel inom barnomsorgsgruppen, på vad sätt man behöver förstärka samhällets insatser, då det gäller barnomsorger och barntillsyn. Mycket talar för att den väsentligaste förstärkningen vore en förstärkning av BVC-organisationen med fler och välutbildade BVC-sköterskor, beredda att ta hand om de flesta av de problem som modern barnhälsovård i dag kan ställas inför.

Ett närmare samgående mellan barnhälsovården och barnsjukvården, liksom också med samhällets understödjande socialvård ligger också i linje med den distriktsbarnläkarorganisation som Socialstyrelsen har utarbetat. På sikt kan övervägas att kombinera sjuksköterskans insatser inom hälso- och sjukvården för barn och ungdom. Dessutom bör BVC-organisationen förstärkas med experter från samhällets socialvård för understödjande familjesociala åtgärder, vilket är av största betydelse i situationer då barn far illa (se avsnittet om barnmisshandel).

Barnsjukvård

Man har anledning att framhålla att svenska barn generellt sett aldrig varit friskare än vad de är i dag. Å andra sidan har samhällsutvecklingen fört med sig att det i många fall är socialt besvärligare när barnen blir sjuka – dubbelarbetande föräldrar har inte samma möjligheter att ge barnen den nödvändiga omvårdnaden, och samhället har i det avseendet ännu inte på ett tillfredsställande sätt lyckats lösa problemen. Vanliga förkylningssjukdomar hos barn innebär som regel inte några som helst medicinska problem i dag, men kan bli mera av ett socialmedicinskt problem just genom att tillsyn och omvårdnad av det lindrigt sjuka barnet i många fall innebär praktiska problem för föräldrarna.

Sådana här och liknande bedömningar måste tas med i diskussionen, då man vill belysa hur och på vad sätt sjukdomspanoramat har förändrats under årtiondena. Tidigare dominerade allvarligt förlöpande infektionssjukdomar och kamouflerade i många avseenden eller åtminstone minskade intresset och betydelsen av lindrigare sjukdomar. Då numera många av de allvarligt förlöpande sjukdomarna "ersatts" av lindrigare sjukdomstillstånd, som inte innebär något medicinskt problem, kan detta å andra

sidan innebära nya, socialmedicinska problem för familjen och samhället.

Den fortsatta utvecklingen både socialekonomiskt och medicinskt har givit oss totala behandlingsmöjligheter som hade varit alldeles ofattbara för 40 år sedan! När man ser utvecklingen i det perspektivet har den gått väldigt snabbt. — Dagens äldre föräldrageneration, själva födda på 20- och 30-talen, var den första som konfronterades med det gamla, samtidigt som de sett sina egna barn växa upp i det nya hälso- och sjukvårdssystemet med alla dess fördelar. På något sätt går här en gräns runt 40-talet, då man efter 30-talets depressioner socialpolitiskt kommer in i ett nytt utvecklingsskede med barnhälsovård och vaccinationsprogram, och en mycket snabb medicinsk utveckling som undan för undan givit oss möjligheter att förebygga och bekämpa t. ex. tidigare förödande infektionssjukdomar.

Den fortsatta samhällsutvecklingen, urbaniseringsprocessen, dubbelarbetande föräldrar, den nya familjestrukturen, allt detta för in nya dimensioner i barnhälsovården och barnsjukvården. Dagens föräldrar lever i dagens samhälle och upplever dess krav på sina barn. Samlevnadsproblemen skapar beteendestörningar hos barnen, psykosomatiska sjukdomstillstånd synes bli vanligare och kravet och behovet av hjälp och stöd ökar framför allt socialt och psykologiskt för att klara av de påfrestningar som den moderna barnfamiljen ofta utsätts för.

Det har ofta i förebyggande hälsovårdsdiskussioner påpekats att en väl utbyggd hälsovård skulle minska behovet av sjukvård. Vad gäller barnhälsovården kontra barnsjukvården ser vi för närvarande inte några säkra tecken tydande på detta.

Vi vet däremot att sjukdomspanoramata (se avsnittet om barnsjukvård) vad gäller barnsjukdomar har ändrat karaktär alldeles bestämt under de senaste 30–40 åren. Detta kan bäst belysas genom att jämföra infektionssituationen hos barn nu och då. Det finns sannolikt all anledning att förmoda att till exempel vanliga barnsjukdomar, förkylningssjukdomar och diarrésjukdomar var minst lika vanliga förr som nu, sannolikt var de vanligare. Dålig hygien och trångboddhet medförde säkert ökad smittsamhet för vanliga infektionssjukdomar, bristfälligt näringstillstånd med blodbrist minskade i många fall motståndskraften och gjorde till exempel att förkylningssjukdomar ofta fick ett mera långdraget och svårartat förlopp. Mot bakteriella sjukdomar som till exempel lunginflammation hade man inte någon effektiv behandling. Detta bidrog också till långdragna förlopp, svåra komplikationer och högre dödlighet. En av de mest uttalade förändringarna i sjukdomspanoramata i dag beror just på våra överlägsna metoder att behandla bakteriella infektioner. Naturligtvis kan man inte gå så långt att man säger att till exempel förskolebarn förr var mer sjuka än friska! Däremot kan man tro att vanliga sjukdomar inte alls tillmättes den betydelse som de gör i dag. Dagens höga besöksfrekvenser för till exempel psykosomatiska besvär var säkert helt okända för 1930- och 40-talens allmänläkare och barnläkare. Kanske förelåg samma stora hjälpbehov då som nu, men behovet maskerades då av andra, mera närliggande behov som gick ut på att försöka klara av till exempel akuta infektionssjukdomar och liknande. Säkert är att dagens föräldrar tolkar

väldigt många av de psykosomatiska besvär som deras barn har som primärt medicinska och söker på barnmottagningar för dessa. Med tanke på de stora kostnader för det allmänna som ett besök vid sjukhus som regel innebär, kan det starkt ifrågasättas om samhällets hälso-, sjukvårds- och socialvårdsresurser i dag är riktigt strukturerade för att möta detta hjälpbehov som många av dagens föräldrar har. Det visar sig ju också i olika sammanställningar att de barn med psykiska och psykologiska besvär av olika typ, för vilket man sökt på barnmedicinsk mottagning oftare kommer från socialt snedbelastade miljöer, än de barn som har rent kroppsliga sjukdomar och åkommor.

Återigen möter vi här något av de nya dimensionerna i modernt hälso- och sjukvårdsarbete; för barnläkaren i dag räcker det inte i dessa situationer att enbart ägna sig åt barnet — engagemanget måste omfatta barnets situation i familjen och familjens situation i samhället. Här möter vi också starkt behovet av fortsatt och snabb utbyggnad av distriktsbarnläkarorganisationen, helst, som tidigare nämnts, förstärkt med barnsjuksköterskor arbetande inom barnhälso- och barnsjukvården.

Skolhälsovård

Liksom övrig hälsovård har också skolhälsovården (kapitel 4) genomgått dramatiska både kvantitativa och kvalitativa förbättringar under de senaste decennierna. Från början var skolhälsovården närmast avsedd för de redan privilegierade i samhället, de som gick i läroverken, medan däremot dåvarande folkskolans hälsovård var mycket bristfälligt tillgodosedd. En snabb utveckling under 1940- och 50-talet av skolhälsovården har helt eliminerat tidigare brister och fört fram skolhälsovården till en modernt arbetande organisation. Elevens hälsovård övervakas och kontrolleras regelbundet. Elevhälsovården har också efterhand på ett naturligt sätt samordnats med skolans elevvårdande arbete i vidare mening.

Barnolycksfall

Tidigare har framhållits att Sverige hör till de länder i världen som har den lägsta spädbarnsdödligheten och i stort sett de friskaste barnen. Den allmänna utvecklingen i samhället i förening med den moderna medicinen utveckling under de senaste 30 åren, har gjort att sjukdomspanoramat undergått väsentliga förändringar, medan däremot dödligheten vid barnolycksfall (se kapitel 5) i stort sett är densamma som för 50–60 år sedan. I Sverige har vi dock sedan länge varit speciellt inriktade på barnolycksfall som efterhand blivit ett av de dominerande problemen inom den förebyggande barnhälsovården.

Allt mer har barnolycksfallsproblemet angripits med moderna epidemiologiska metoder för att försöka klarlägga orsakssammanhangen vid barnolycksfall. Kontinuerlig upplysningsverksamhet, inte minst via barnavårdscentralerna, lagar och förordningar till skydd för barnen och en förbättrad boendemiljö med trafiksäkra lekområden har bland annat bidragit till att man på senare år fått en något förbättrad situation beträffande dödligt förlöpande barnolycksfall.

1 Historisk återblick

Barns hälsa och sjukdom, liksom barnhälsovårdens och barnsjukvårdens utveckling i Sverige i modern tid måste för att få sina rätta dimensioner sättas in i ett inte alltför kortsiktigt tidsperspektiv. Den utveckling som skett och som lett fram till att vi i Sverige intar en ledande internationell plats vad beträffar barnsjukvård och barnhälsovård började gradvis redan under förra delen av 1800-talet. Tillförlitlig vitalstatistik så långt tillbaka i tiden som 1749 – i och för sig ett unikt förhållande ur internationell synpunkt – gör att vi kan följa denna utveckling såsom den avspeglar sig framför allt i barnadödligheten.

Utän tvekan är det en rad olika faktorer inom en bred socio-ekonomisk sektor som medverkat till denna utveckling. Barnets totala ekologiska situation har gradvis förbättrats. Det är dock naturligtvis svårt att i efterhand mäta värdet av enskilda faktorerens betydelse härvidlag. Innan man försöker att närmare analysera olika tänkbara sådana förhållanden som samverkat till och bildat förutsättningen för barns och ungdoms förbättrade hälsotillstånd måste man dock känna till den utveckling som skett, inte bara under de två–tre senaste generationerna, utan också längre tillbaka i tiden. Det visar sig då att allmänna sociala framsteg från början av 1800-talet inneburit en förbättring av barns levnadsförhållanden. Den förbättrade levnadsstandarden och boendemiljön, tillräckligt med mat, sanering av vatten och avloppsförhållanden, förbättrad livsmedelshygien, bättre upplysning och utbildning, ett nyvaknat och tilltagande intresse för planering av städer och tätbebyggda områden – allt detta medförde direkta och indirekta fördelar som på avgörande sätt varit av den största betydelse inte minst för barns hälso- och levnadsförhållanden. Ökat socialt medvetande medförde också en rad förbättringar för barnet ur socialrättslig synpunkt. De rent medicinska faktorerna var under denna tidigare del av utvecklingen sannolikt av mycket begränsad betydelse.

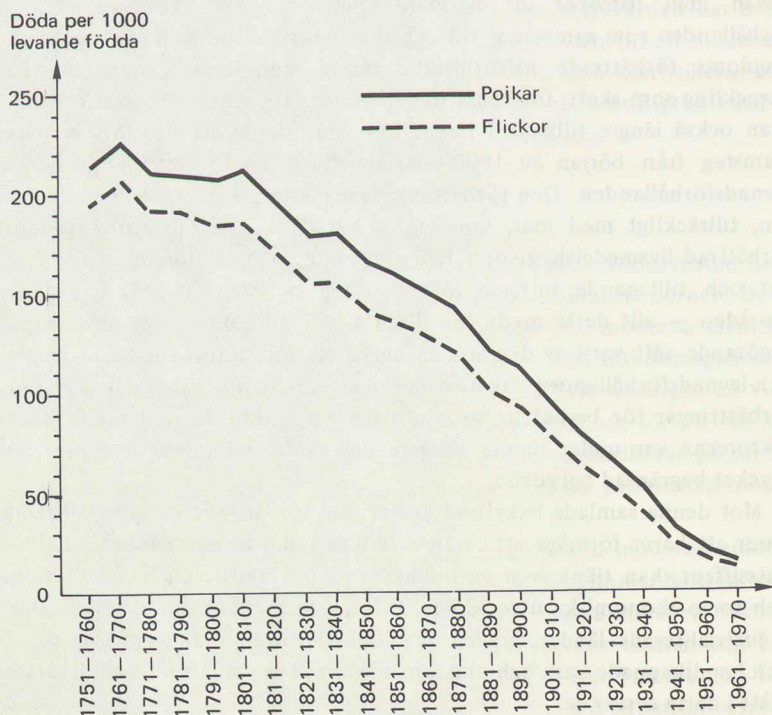
Mot denna samlade bakgrund är det inte förvånande att man alltjämt anser att barns förmåga att överleva, vilket kan avläsas i spädbarnsdödlighetssiffror, kan tjäna som en indikator på ett lands allmänna kulturella och socio-ekonomiska utveckling. Under senare år har, framför allt i mer industrialiserade länder, graden av omhändertagande av långvarigt sjuka och handikappade barn och ungdomar kommit att bli ett sannolikt bättre mått i detta avseende.

1.1 Barnadödlighet

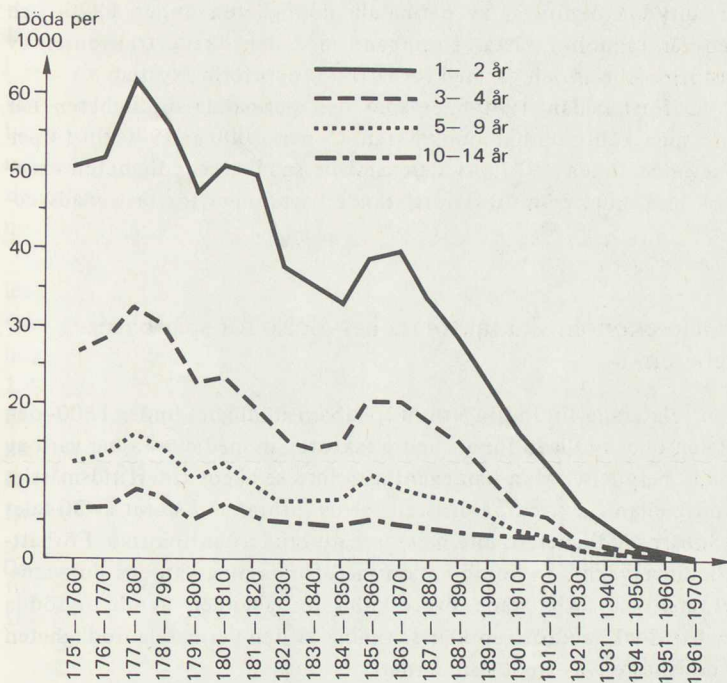
Som framgår av figur 1.1 var spädbarnsdödligheten i Sverige omkring 200 per 1 000 levande födda fram till början av 1800-talet. Då, liksom nu, förelåg en viss överdödlighet för pojkar även om skillnaden mellan könen efterhand blir mindre uttalad.

Från början av 1800-talet reduceras dödligheten för både pojkar och flickor kontinuerligt. På 100 år, fram till första decenniet på 1900-talet, sjunker således dödligheten från 200 till 100 per 1 000 levande födda. Under 1900-talet fortsätter trenden med oförändrad lutning av kurvan, så att vi 1972 kan notera en så låg siffra för spädbarnsdödligheten som 10,8 per 1 000 levande födda; för pojkar är siffran 12,7 jämfört med 8,8 per 1 000 för flickor. Om man analyserar de tre topparna i figur 1.2 märker man att den första dödlighetstoppen sammanfaller med den svåra hungersnöden på 1770-talet, den andra sammanfaller tidsmässigt med vårt senaste krig, det mot Ryssland 1808–1809 som också följdes av epidemier av olika infektionssjukdomar. Den tredje toppen på 1850- och 60-talen sammanfaller med koleraepidemier under denna period liksom också med missväxt och hungersnöd i slutet på 1860-talet.

Utöver spädbarnsdödlighet har vi också material belysande dödligheten i olika åldersperioder under första levnadsåret. Sådant siffermaterial finns

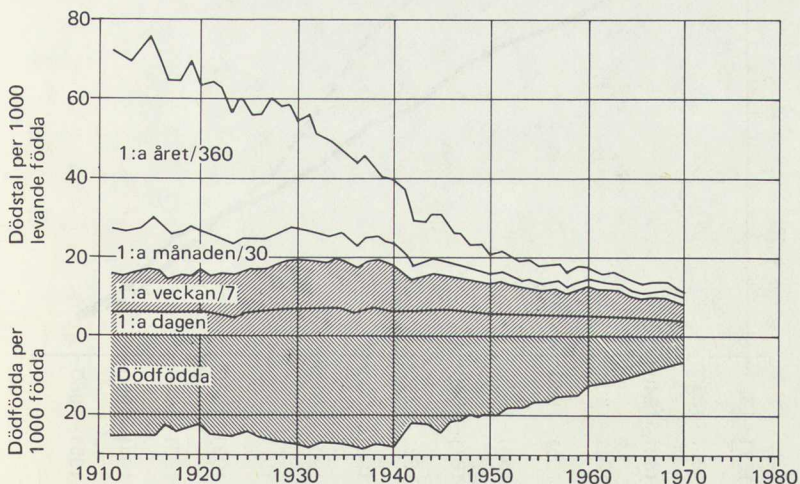


Figur 1.1 Spädbarnsdödlighet i Sverige 1751–1970



Figur 1.2 Dödligheten hos barn i åldern 1-2, 3-4, 5-9 och 10-14 år i Sverige 1751-1970

tillgängligt sedan 1891 och i figur 1.3 visas utvecklingen sedan 1910. Man kan här se att dödligheten under första levnadsdagen, liksom också dödligheten under första levnadsveckan, väsentligen har varit oförändrad fram till slutet av 1940-talet. Detsamma gäller också frekvensen dödfödda. Denna perinatale dödlighet (dvs. dödfödda samt döda under första levnadsveckan, per 1 000 födda) har således inte alls påverkats av de faktorer som så dramatiskt i övrigt har reducerat dödligheten under framför allt första levnadsåret.



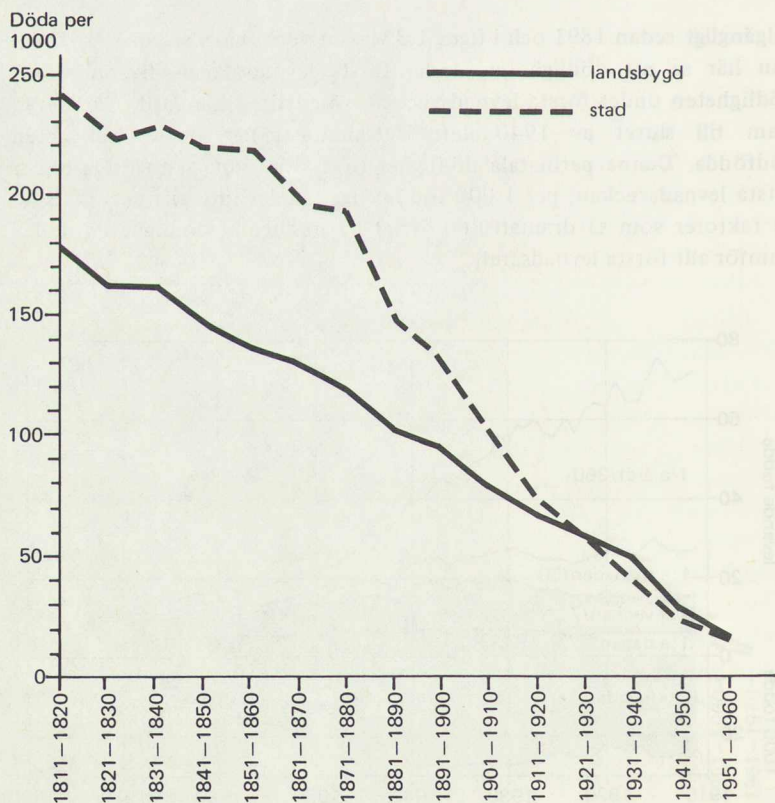
Figur 1.3 Dödligheten i olika åldersperioder under första levnadsåret i Sverige 1910-1970

Den antydda ökningen av perinatale dödligheten under 1920- och 30-talen får sannolikt sättas i samband med den ökade frekvensen av sjukhusförlossningar och därmed förbättrat rapporteringssystem.

Det är först sedan 1940-talet som den perinatale dödligheten har långsamt men kontinuerligt sjunkit från 45 per 1 000 år 1940 till 14 per 1 000 levande födda 1972. Av den samlade spädbarnsdödligheten drabbas dock inte mindre än 70 % fortfarande barn under första levnadsveckan.

1.2 Socio-ekonomiska faktors betydelse för spädbarnsdödligheten

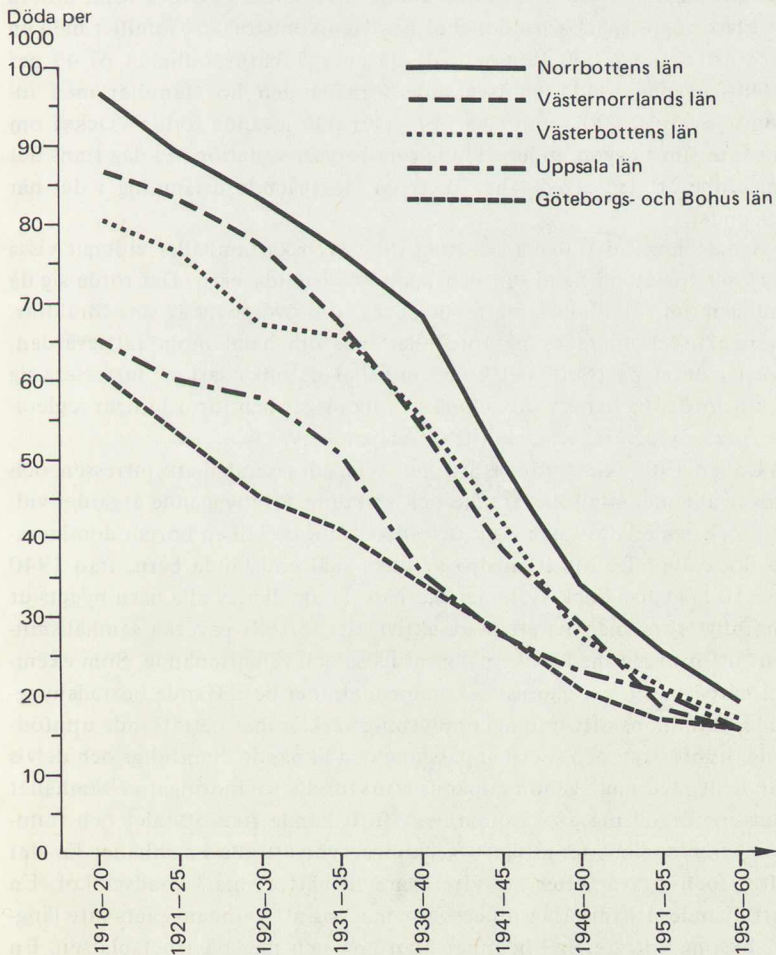
De ovan relaterade förändringarna i spädbarnsdödlighet under 1800- och 1900-talen talar tydligen för att andra faktorer än medicinska har varit av avgörande betydelse. Man kan egentligen inte se något säkert tidsmässigt samband mellan t. ex. barnavårdscentralens införande i slutet av 30-talet och spädbarnsdödligheten, inte heller senare bruk av antibiotika. Förbättrad mödraövervakning i kombination med förlossningsvårdens sjukvårdsanknytning och förbättrade övervakningsförhållanden av de nyfödda barnen har dock medfört en klar sänkning av den perinatale dödligheten under de senaste två-tre decennierna.



Figur 1.4 Spädbarnsdödlighet på landsbygd och i stad, Sverige 1811-1960

Tyvärr har man inte någon detaljerad dödsorsaksstatistik i Sverige före 1910. Man kan alltså inte med säkerhet fastställa dödsorsaken bland barn i de enskilda fallen, men allt talar för att infektioner i kombination med undernäring utgjorde en av de vanligaste dödsorsakerna. Mot den bakgrunden är det också logiskt att tänka sig att förbättrade socio-ekonomiska förhållanden medförde bättre levnadsförhållanden och att detta i sin tur avspeglade sig i en gradvis förbättrad överlevnadssituation för barn med en reduktion av dödligheten som följd.

Det kan mot den bakgrunden också vara intressant att jämföra levnadsförhållandena på landsbygd och i städer såsom de avspeglar sig i spädbarnsdödligheten. Fram till 1920-talet hade vi i Sverige en klart högre spädbarnsdödlighet i städer än på landsbygd, vilket framgår av figur 1.4. Orsakerna till detta förhållande kan vara många, men säkert har bättre tillgång till mat på landet varit av en avgörande betydelse. Städernas slumområden med befolkningstäthet medförde säkert också betydligt ökade risker för infektioner hos barn jämfört med förhållandena på landsbygden.



Figur 1.5 Spädbarnsdödligheten i fem svenska län, 1916-1960

Allmänna socio-ekonomiska faktorerers betydelse för spädbarnsdödligheten kan också belysas av förhållandena i figur 1.5. Här redovisas spädbarnsdödligheten i fem olika län under åren 1916 fram till 1960. Fram emot slutet av 1930-talet var spädbarnsdödligheten mycket hög i de tre nordliga länen Norrbottens, Västernorrlands och Västerbottens län jämfört med förhållandena i Uppsala och Göteborgs- och Bohus län. De tre nordliga länen var under denna period socio-ekonomiskt också att betrakta som fattigare. Nu är denna skillnad eliminerad och inom parentes kan nämnas att spädbarnsdödligheten 1971 var lägst i Västernorrlands län, 8,2 per 1 000, medan den i t. ex. Kronobergs län var något högre, 13,7 per 1 000. En utjämning geografiskt av spädbarnsdödligheten i Sverige talar för ett totalt bättre utnyttjande av tillgängliga resurser. Ur epidemiologisk synpunkt är det intressant att notera dessa geografiska skillnader; om populationen i övrigt är jämförbar innebär detta ju att spädbarnsdödligheten bör vara densamma – om så inte är fallet, går den att påverka via olika kurativa och preventiva åtgärder.

Det är väl känt att familjens ekonomiska situation påverkade spädbarnsdödligheten. På 1920-talet kunde man således i Stockholm notera en klart högre spädbarnsdödlighet hos låginkomsttagare; familjer med en inkomst under 4 000 kronor hade då en spädbarnsdödlighet på 49 per 1 000 levande födda, motsvarande förhållanden hos familjer med inkomst över 10 000 kronor var 14 per 1 000 levande födda! Också om det inte finns någon undersökning som belyser situationen i dag finns det anledning att tro att det har skett en långtgående utjämning i det här avseendet.

Sedan lång tid tillbaka har man i det svenska samhället vidtagit vissa åtgärder för att ta hand om och hjälpa nödställda barn. Det rörde sig då vanligen om föräldralösa barn eller barn som övergivits av sina föräldrar. Barnen utackorderades på rote eller togs om hand inom fattigvården. Först i slutet på 1800-talet kom samhället på olika sätt att intressera sig också för friska barns vård och hälsa; olika lagar och förordningar reglerade t. ex. minderårig arbetskrafts utnyttjande osv.

Under 1900-talets första årtionde vidgades samhällets intressen och ansvar allt mer. Hälsobevarande och sjukdomsförebyggande åtgärder vidtogs och reglerades i nya lagar och förordningar. Till en början dominerade dock åtgärder för att hjälpa av olika skäl nödställda barn, från 1940 och 50-talet har dock systematiska hälsokontroller av alla barn byggts ut samtidigt som man på ett mera aktivt sätt försökt påverka samhällsmiljöns utformning med tanke på barns hälsa och välbefinnande. Som exempel härpå kan t. ex. nämnas rekommendationer beträffande bostadsbyggnad, lekmiljöns utformning, upplysningsverksamhet beträffande uppfödning, uppfostran och social anpassning och liknande. Samtidigt och delvis parallellt med mera genomgripande strukturella förändringar av samhället sker en förändring av kärnfamiljens förhållande från 30-talet och framöver. Den socioekonomiska utvecklingen gör att alla i samhället får det bättre och strävar efter att ytterligare förbättra sina levnadsvillkor. En fortlöpande urbaniseringsprocess för med sig att kvinnans plats inte längre, liksom tidigare, är i hemmet utan mer och mer på arbetsplatsen. En

viss uppbyggnad av storfamiljen äger rum, kärnfamiljen blir mer isolerad och hänvisas till sig själv. Upplysningsverksamhet och ökande kunskap om t. ex. preventivmedel i förening med en fortlöpande emancipation gör att kvinnans ställning förändras; antalet graviditeter minskar och barnkullarnas storlek sjunker undan för undan. Genomsnittligt har man i Sverige nu bara två barn per familj då man för 30–40 år sedan vanligen hade dubbelt så många. Den lilla familjen känner ofta i sin sociala isolering större behov av kontakt och stöd och samhället skall då svara upp mot de krav som snabb strukturell förändring i det sociologiska mönstret innebär.

2 Förlossningsvård och mödrahälsovård

2.1 Allmän översikt

Samhällets intresse för förlossningsvården går utvecklingsmässigt mycket längre tillbaka i tiden än intresset för mödrahälsovård eller barnhälsovård. Sedan äldsta tider har kvinnan vid förlossningen biträttas av barnmorska eller jordemor, jordegumma. Namnet påminner om en tid då hjälpredan tog hand om barnet på jordgolvet sedan hon på ett eller annat sätt hjälpt till vid förlossningen.

1663 blev förlossningsvården i Sverige för första gången föremål för det allmännas uppmärksamhet. Det var då som Collegium Medicum — föregångaren till Sundhetskollegiet, senare Medicinalstyrelsen, nu Socialstyrelsen, fick till uppgift att kontrollera att jordmödrarna hade erforderlig kunskap och erfarenhet samt vissa moraliska och etiska kvalifikationer som gjorde dem lämpliga att handha förlossningar. Redan 1777 bestämdes att ingen utom utlärd jordemödrar skulle få ägna sig åt förlossningsvård, vilket i princip var ett riktigt beslut, men bristen på utbildade barnmorskor ledde till att ett utbrett kvacksalveri härjade i Sverige långt in på 1900-talet.

Först på 1930-talet blev förlossnings- och kvinnosjukdomar, obstetrik och gynekologi, en kliniskt vedertagen specialitet. En statlig utredning på området 1934 tog också upp riktlinjerna för den moderna svenska förlossningsvården på lasarett med förlossningsavdelningar, men också i förlossningsvården på lasarett med förlossningsavdelningar men också i mycket stor omfattning på fristående förlossningshem där verksamheten sköttes av barnmorskor, ibland med hjälp av provinsialläkare eller stadsläkare. Man måste dock komma ihåg att vid slutet av 1800-talet praktiskt taget alla förlossningar skedde i hemmen. Under seklets första decennier men framför allt under 1930- och 40-talen utvecklades dock den slutna förlossningsvården i allt snabbare takt. Orsakerna till att sjukhusförlossningarna under denna tid ökade så påtagligt var många, bl. a. bristen på barnmorskor. Svårigheter för barnaföderskor att få den tidens smärtlindring i form av lustgas vid förlossning i hemmet var säkert en starkt bidragande orsak. Detta innebar också en attitydförändring och den ökade trygghetskänsla, som den slutna förlossningsvården bevisligen medförde för barnaföderskorna, spelade därvidlag en stor roll.

Sociala omständigheter som trångboddhet och svårigheter att skaffa

erforderlig hemhjälp under barnsängstiden ledde också till att man i ökad utsträckning sökte undvika förlossningar i hemmet. Denna utveckling gick hela tiden hand i hand med en gradvis utbyggnad av den slutna förlossningsvården vid våra lasarett.

Antalet hemförlossningar under perioden 1920–1972 framgår av följande tabell:

Tabell 2.1

År	% hemförlossningar
1920	90
1930	76
1940	35
1950	5,9
1960	0,6
1970	0,1
1972	0,02

Källa: Förlossningsvårdens organisation.

Mot bakgrund av den snabba centraliseringen av förlossningsvården till allt större sjukvårdsenheter som skett under senare år har hela problemet om förlossningsvårdens framtida organisation nyligen belysts i Socialstyrelsens serie "Socialstyrelsen redovisar" Nr 35 – Förlossningsvårdens Organisation. Man framhåller här de högt ställda servicekrav som med all rätt bör ställas vid en förlossning, som utgör en krissituation både för moder och barn. Frågan om trygghet kommer kraftigt in i bilden – det är tveksamt vilket som i dag är värst för en mamma, avsaknaden av "närtrygghet" vid förlossningen, eller avsaknaden av den "speciella trygghet" som bristande resurser på en mindre sjukvårdsenhet kan innebära. Sannolikt upplevs den "speciella tryggheten" i dag av flertalet mammor som alltmer väsentligt. Detta blir desto mera markerat som vi nu vet att riskerna för mamman för oförutsedda komplikationer i samband med förlossningen är ca 10 %. För de nyfödda barnen är motsvarande risksiffror för oförutsedda komplikationer mellan 3 % och 5 %. Dessa oförutsedda komplikationer är alla av allvarlig eller livshotande karaktär och kräver optimalt handläggande. I det moderna sjukvårdstänkande som vi i dag har, innebär detta allt större materiell utrustning och personalfarenhet. Optimalt handläggande av dessa riskfall ökar inte bara överlevnaden utan minskar framför allt riskerna och svårighetsgraden av eventuella framtida men. Betydelsen av optimal förlossningsvård för att så långt som möjligt eliminera riskerna för framtida CP-skadade barn har nyligen betonats (Hagberg, B., Olow, I: Frekvens CP-syndrom, Göteborg 1972 i Förlossningsvårdens organisation).

Också om man för närvarande inte har några strikt vetenskapliga, prospektiva studier över förlossningstyp, bördnummer, moderns ålder och sociala situation m. m., har man under senare årtionden inhämtat åtskillig kunskap från mera översiktliga studier. Det är ställt utom all tvekan att integrerat samarbete, förlossnings- och nyföddhetsvård i

egentlig mening, är av största betydelse för barnets framtida hälsa. Studier från Östra Sjukhuset i Göteborg (R. Olegård, K. B. Sabel, 1972) visar just att intensifierad perinatalvård leder fram till en perinatal dödlighet (dödfödda + döda inom en vecka) som ligger långt under riksmedeltalet och också under den som förlossningskliniker utan integrerad nyföddhetsvård har. Efterundersökningar visar också att frekvensen bestående handikapp är mycket låg. Man får sålunda inte större överlevnad till pris av fler skadade barn, de största förbättringarna som erhållits är just hos för tidigt födda barn med större risk för senare handikapp. I detta sammanhang kan det vara värt att påminna om att vår låga perinatala dödlighet i Sverige till största delen beror på att vi har en lång prematurfrekvens, omkring 5 %. Med prematur förlossning menar man, som ett samlingsbegrepp, de fall där barnets födelsevikt understiger 2 500 g. I de flesta fallen beror prematuriteten på ett för tidigt igångsättande av förlossningsarbetet vilket dock vanligen inte går att förebygga. Vissa socialmedicinska faktorer påverkar utan tvekan frekvensen av prematura förlossningar men genom mödravårdscentralens intensifierade arbete kan säkert endast marginella vinster förutses inom detta verksamhetsområde. Klart är däremot att det prematurfödda barnet kräver tillgång till en nyföddhetsavdelnings specialresurser för att så långt som möjligt reducera de ökade risker som det prematurt födda barnet löper. Ju bättre man kan klara de akuta riskmomenten desto större möjlighet har barnet också för att utvecklas normalt.

Av särskilt intresse att notera är att vi trots vår ökade kunskap inom detta område i Storstockholmsområdet har kvinnokliniker utan fullständig pediatrik nyföddhetsvård vid samma sjukhus. Minst 20 % av de akut transporterade nyfödda barnen med syrebrist eller liknande tillstånd försämras under transporten till barnklinik trots att transporten ägnats den största uppmärksamhet, (Förlossningsvårdens organisation).

Problemet belyser svårigheterna i ett högt differentierat, utvecklat samhälle där naturligtvis den totala hälsovårdsvinsten blir mycket marginell i förhållande till det fåtal barn som utsätts för akuta krissituationer och de resurser som måste satsas för att lösa dessa. Ur samhällets synpunkt vore det därför önskvärt att alla kvinnor förlöstes på sjukvårdsenheter med fullständig resurstillgång – någonting som också allt mer och mer blir ett individuellt krav.

2.2 Organisatoriska förhållanden

Som tidigare omnämnts har mödrahälsovården samma organisatoriska form som barnhälsovården. Verksamheten bedrivs numera å mödravårdscentral typ I och II. Från och med år 1969 utgick begreppen mödravårdsstation och mödravårdsfilial.

Vid mödravårdscentral typ I tjänstgör läkare med specialistkompetens i kvinnosjukdomar och förlossningar, mödravårdscentral typ II föreslås ha tjänsteläkare eller annan behörig läkare. I båda fallen tjänstgör vid mödravårdscentralen sjuksköterska med speciell kompetens och utbild-

ning. Mödrahälsovården har från början omfattat dels förvård, dvs. vården av kvinnan under havandeskap, dels eftervård, dvs. vården av den nyförlösta kvinnan under tiden närmast efter förlossningen, dels preventivmedelsrådgivning. Syftet med förvården är att meddela den blivande modern erforderlig hälsovård och därigenom även minska riskerna för missfall och förtidsbörd, samt förebygga sjukdomar, skador och missbildningar hos barnet (normalreglemente för mödra- och barnhälsovården, Socialstyrelsen 1969 (MF nr 39)). Förvården bör inledas tidigast möjligt under graviditeten och anknytas till den mödravårdscentral som är belägen inom upptagningsområdet för det sjukhus där förlossningen är avsedd att äga rum. Utöver fastställda rutinkontroller anordnas via MVC mödraundervisning angående själva förlossningen, betydelsen av lämplig kost och livsföring under graviditeten betonas liksom också vikten av regelbunden tandvård. Via MVC anordnas också mödragymnastik. Vid behov ges råd och hjälp i personliga och sociala frågor samt anvisningar om eventuellt ytterligare samhällshjälp. I förvården av varje kvinna bör utöver sjuksköterskekontrollen ingå minst tre läkarbesök.

Syftet med eftervården är att kontrollera förloppet efter förlossningen och ge råd och anvisningar beträffande eventuellt uppkomna smärre avvikelser. Preventivmedelsrådgivning skall regelmässigt ingå i eftervården.

Medeltal besök av barnaföderskan hos läkare och barnmorskan samt hembesök av barnmorskan under åren 1940–1970 framgår av följande tabell (2.2).

Tabell 2.2

År	Hos läkaren	Hos barnmorskan	Hembesök	Totalt
1940	2,2	—	—	2,2
1950	2,4	1,3	0,8	4,5
1960	3,1	4,5	1,1	8,7
1970	3,8	7,8	0,3	11,9

Källa: Allmän hälso- och sjukvård.

Jämfört med 1950 har mödrahälsovården nu i genomsnitt mer än fem gånger så många medelbesök per barnaföderska. Ökningen ligger framför allt i besök hos barnmorskan, medan däremot antalet läkarbesök väsentligen är oförändrat. Antalet hembesök har dock genomsnittligt minskat och i det avseendet är utvecklingen densamma för mödrahälsovården som för barnhälsovården; mödravårdscentralens verksamhet blir mer 'centraliserad' och i jämförelse med 1950 görs nu genomsnittligt 5 gånger mer besök hos sköterskan på centralen! Naturligtvis återspeglar detta både en kvantitativ och framför allt en kvalitativ förbättring av hälsoövervakningen av mödrar, något som helt naturligt också kommer framtida barns hälsa till godo.

Utvecklingen inom mödra- och förlossningsvården under 1960-talet har gått mot ett ökat engagemang av obstetriska specialister. Ännu kan

dock inte samtliga barnaföderskor kontrolleras av specialister på MVC typ I. Dåvarande medicinalstyrelsen fann därför anledning att i ett cirkulär 1965 (MF nr 18) ange i detalj de förhållanden eller sjukdomstillstånd som skulle medföra att läkare vid MVC typ II kontaktar specialisten vid MVC typ I för samråd. Liknande rekommendationer beträffande barnhälsovården och samråd mellan BVC typ I och II föreligger inte. Å andra sidan kontrolleras betydligt fler barn på BVC typ I än mödrar på MVC typ I.

2.3 Mödrahälsovårdens verksamhet

Mödra- och barnhälsovårdens organisatoriska utformning och utbyggnad från 1930-talet och framåt har, helt naturligt, löpt parallellt. Man insåg tidigt det stora värdet som en fullgod medicinsk kontroll och vård av den gravida kvinnan skulle ha, dels för kvinnan själv dels också för det väntade barnet. Det finns också från 30-talet talrika statistiska belägg för en sådan uppfattning. Dåvarande Medicinalstyrelsen påvisade 1954 i en undersökning, att minskningen av antalet dödfödda i moderskaps- och förlossningssjukdomar under åren 1951–1952 varit markant särskilt efter det att den förebyggande mödravården börjat sin verksamhet. (Förlossningsvårdens organisation.) Även barnadödligheten visade en tydlig nedgång vid ungefär samma tid – säkerligen beroende på den noggrannare medicinska kontrollen av den blivande modern under förvården. Även om många olika faktorer, bl. a. den allmänt sociala förbättringen, samverkade till nedgången av antalet dödfödda barn och även till minskningen av tidigdödligheten hos barn, är emellertid en god förvård av kvinnan en av de grundläggande förutsättningarna.

Sedan statsbidragsbestämmelserna trädde i kraft 1938 gick utvecklingen av den förebyggande mödravården mycket snabbt. Redan 1946 hade 97 % av landets invånare tillgång till förebyggande mödravård. Under 1940- och 50-talen ökade också stadigt antalet i den förebyggande mödravården inskrivna barnaföderskor procentuellt, vilket framgår av följande tabell:

Tabell 2.3

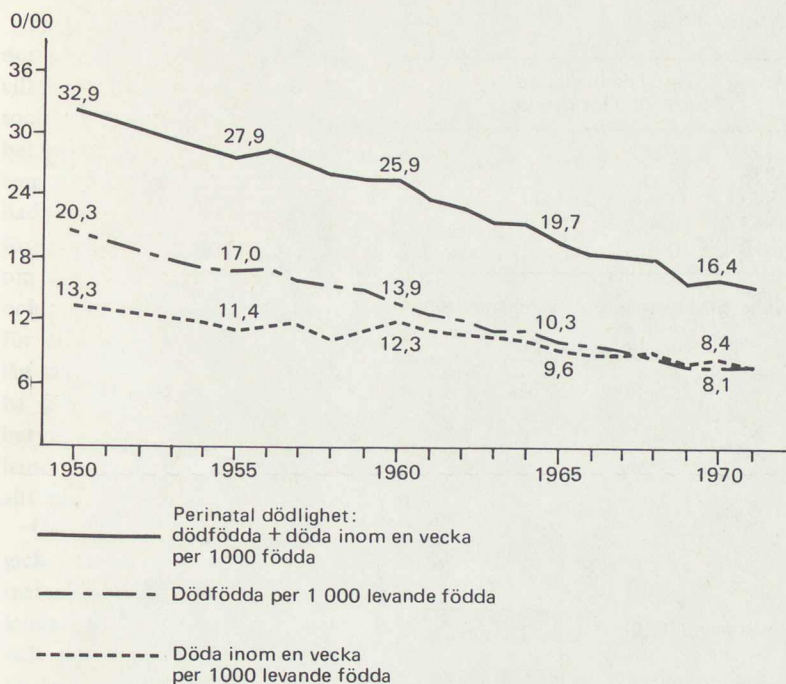
År	Procentuellt inskrivna barnaföderskor
1940	26
1946	60
1952	71
1958	81

Källa: Allmän hälso- och sjukvård.

Utvecklingen under 1960-talet har också visat, att den verksamhet som bedrivs på mödravårdscentralen motsvarar ett verkligt behov hos de gravida kvinnorna och har vunnit deras förtroende. Under 1940- och 50-talen är det dock intressant att konstatera, att man i den officiella statistiken anger att det är 30 % fler inskrivna nyfödda barn på barnavårdscentralen (BVC) än mödrar på mödravårdscentralen (MVC). Detta kan delvis bero på att en del mödrar gick på privat kontroll, delvis på att MVC inte har någon uppsökande verksamhet i likhet med BVC. Det är också sannolikt att skillnaden i antal mellan gravida mödrar, inskrivna på MVC och antalet nyfödda barn, inskrivna på BVC, återspeglar ett sätt på vilket man under 1940- och början av 50-talet fortfarande betraktade graviditet och barnuppfödning; barnkullarna var då betydligt större – att vara gravid betraktades om inte som ett "normaltillstånd" så dock som ett ganska regelbundet återkommande tillstånd. Förlöpte graviditeten utan synliga eller kännbara tecken på bekymmer eller komplikationer, föranledde den heller ingen åtgärd. Allmänheten var heller inte då, i motsats till dagens medborgare, van vid allmänt förebyggande hälsoundersökningar av sållningskaraktär. Detta innebar säkert att många sjukdomstillstånd under graviditeten upptäcktes för sent och kom för sent under kontroll och behandling.

Tillkomsten av nya kvinnokliniker inom olika landstingsområden på 1940- och 50-talen bidrog också starkt till att förstärka mödrahälsovårdens utveckling. Förlossningsvårdens snabba kvalitativa utveckling innebar nära nog revolutionerande framsteg i fråga om vården av kvinnan före, under och efter förlossningen. Tidigare så fruktade tillstånd som barnsängsfebern hade praktiskt taget försvunnit i och med införandet av moderna behandlingsprinciper. Förlossningsvården fick också resurser och möjligheter att ta hand om patienter med risk för förlossningskomplikationer, som upptäckts i samband med mödrahälsovårdens arbete. Detta gällde framför allt kvinnor med sockersjuka, diabetes och högt blodtryck. Mödrahälsovårdens utbyggda resurser för blodprovstagning beträffande Rh-immunisering (moder och barn med oförenlig blodgruppstillhörighet) har också varit av avgörande betydelse för barnets hälsotillstånd i samband med förlossningen. Effektiv förvård av diabetesmamman har reducerat dödligheten hos barn till diabetiska mödrar på ett högst dramatiskt sätt, medan däremot dödligheten under 40-talet låg på mellan 30 och 40 %. På samma sätt har modern behandling av den Rh-immuniserade modern och hennes barn bidragit till en ytterligare reduktion av perinatale dödligheten.

Utvecklingen både av förlossningsvården, mödra- och barnhälsovården under det senaste årtiondet måste för att få sina rätta dimensioner ses mot bakgrunden av det allmänna sociala reformarbete som utförts; den ökade folkbildningen, den förbättrade allmänna hygien, de förbättrade socio-ekonomiska förhållandena för fler och fler har inneburit förbättrade kostförhållanden och ett allmänt förbättrat hälsotillstånd. Att i efterhand väga in enskilda faktorerers betydelse låter sig inte göras men utan tvekan har förebyggande mödrahälsovården liksom barnhälsovården varit av mycket stor betydelse.



Källa: Befolkningsförändringar/Folkmängdens förändringar, SCB SOS.

Figur 2.1 Perinatal dödlighet per 1 000 födda 1950–1971.

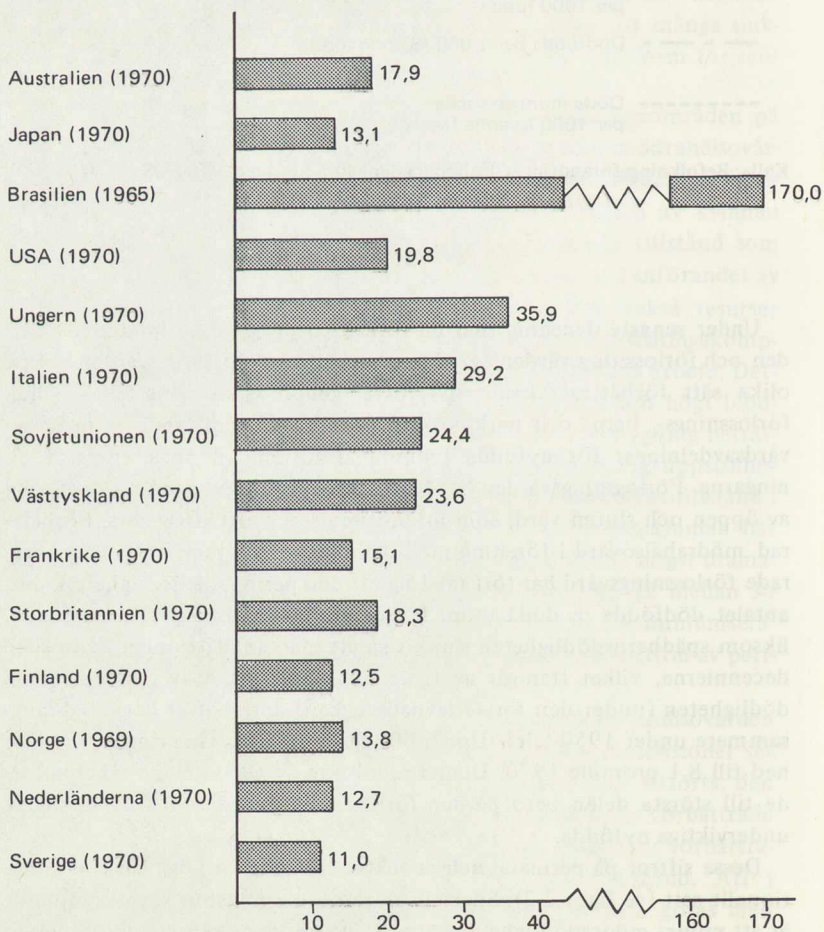
Under senaste decenniet har en fortsatt utbyggnad av mödrahälsovården och förlossningsvården ägt rum. Den slutna förlossningsvården har på olika sätt förbättrats kvalitativt, bl. a. genom nära samarbete mellan förlossnings-, barn- och narkosläkare och genom inrättande av intensivvårdsavdelningar för nyfödda i direkt anslutning till förlossningsavdelningarna. Förlossningsvården har förbättrats kvalitativt genom integrering av öppen och sluten vård, som intensifierats och effektiviserats. Förbättrad mödrahälsovård i förening med denna intensifierade och rationaliserade förlossningsvård har fört med sig att den perinatale dödligheten, dvs. antalet dödfödda + döda inom 1 vecka efter födelsen per tusen födda, liksom spädbarnsdödligheten sjunkit på ett markant sätt under de senaste decennierna, vilket framgår av figur 2.1. Sänkningen av den neonatala dödligheten (under den första levnadsveckan) däremot är betydligt långsammare under 1950-talet. Under 60-talet fortsätter sänkningen brantare ned till 8,1 promille 1970. Denna reduktion av neonataldödligheten torde till största delen bero på den förbättrade specialistvården särskilt av underviktiga nyfödda.

Dessa siffror på perinatal och neonatal dödlighet är i dag lägst, internationellt sett (se figur 2.2). Speciellt intresse inte minst ur social synpunkt är att notera mödradödlighetens utveckling under de senaste decennierna. Det framgår av följande tabell:

Tabell 2.4

År	Antal döda mödrar/ 100 000 förlossningar
1951	85
1955	49
1960	37
1965	14
1970	10

Källa: Förlossningsvårdens organisation.



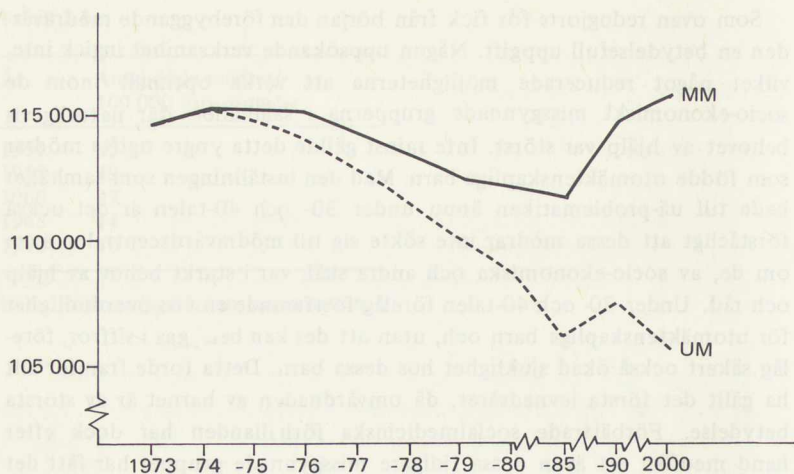
Figur 2.2 Spädbarnsdödlighet, internationell jämförelse i senast redovisade uppgifter för respektive land.

Källa: Statistical office of UN: Statistical yearbook 1971.

Som ovan redogjorts för fick från början den förebyggande mödravården en betydelsefull uppgift. Någon uppsökande verksamhet ingick inte, vilket något reducerade möjligheterna att verka optimalt inom de socio-ekonomiskt missgynnade grupperna i samhället, där naturligtvis behovet av hjälp var störst. Inte minst gällde detta yngre ogifta mödrar som födde utomäktenskapliga barn. Med den inställningen som samhället hade till uä-problematiken ännu under 30- och 40-talen är det också förståeligt att dessa mödrar inte sökte sig till mödravårdscentralen även om de, av socio-ekonomiska och andra skäl, var i starkt behov av hjälp och råd. Under 30- och 40-talen förelåg fortfarande en viss överdödlighet för utomäktenskapliga barn och, utan att det kan bekräftas i siffror, förelåg säkert också ökad sjuklighet hos dessa barn. Detta torde framför allt ha gällt det första levnadsåret, då omvårdnaden av barnet är av största betydelse. Förbättrade socialmedicinska förhållanden har dock efter hand medfört att även dessa tidigare missgynnade grupper har fått det allt bättre.

Om de ogifta mammorna var svåra att nå i uppsökande verksamhet gick det lättare att nå barnen. Utomäktenskapliga barn skulle vara inskrivna på BVC, vilket var centralens enda obligatorium och detta kvarstod fram till 1969. Barnavårdsmannaskapet var också obligatoriskt och samhällets sociala övervakning var på det sättet ganska intensiv. Detta kombinerat med ekonomiska hjälpreformer var utan tvekan av avgörande betydelse för uä-barnens hälsa och utveckling under 30- och 40-talen. Det kan också vara intressant att konstatera att olycksfallsdödligheten bland uä-barn var omkring 3 gånger högre än för inomäktenskapliga barn (0,9 promille jämfört med 0,3 promille), medan den skillnaden var praktiskt taget utjämnad i början på 1950-talet. Sannolikt återspeglade detta också ganska typiskt den ogifta moderns situation under 30-talet; försvårad social anpassning med bristande övervakning och begränsade möjligheter att ta hand om barnen måste i många fall ha lett till nästan oacceptabla förhållanden och en avsevärt ökad olycksfallsrisk för dessa barn. Detta återspeglas ännu mera drastiskt i början på 1900-talet då barnamord var betydligt vanligare bland utomäktenskapliga än bland inomäktenskapliga barn (R. Justus Ström).

Beträffande kvantitativa och kvalitativa dimensioner kan det vara av allmänt intresse att bara nämna om den förväntade befolkningsutvecklingen fram till år 2000. Ur hälsovårdskonsumtionssynpunkt hänger naturligtvis mödrahälsovård, förlossningsvård och barnhälsovård intimt samman och de kvantitativa förutsättningarna bildar ett gott underlag för kvalitativa prioriteringar och resursfördelningar. Några större fluktuationer av beräknat antal levande födda förväntas inte, vilket framgår av figur 2.3.



UM: Antagande om att skillnaden mellan antal inflyttade och utflyttade är lika med 0 för respektive år.

MM: Antagande om att antal inflyttade överstiger utflyttade med 15 000 för respektive år.

Figur 2.3 Beräknat antal levande födda Översikt 1973–2000.

Källa: Information i prognosfrågor 1973: 6. Befolkningsfrågor för riket.

3 Barnhälsovård

3.1 Allmän översikt

Redan under slutet av 1800-talet hade man i England på försök börjat med en upplysningsverksamhet genom vilken man med råd och direkt hjälp till spädbarnsmödrar ville försöka minska den då höga spädbarnsdödligheten, framför allt i de stora industriområdena. Idén om sådant förebyggande arbete, framför allt inom slumdistrikten, spred sig via Frankrike till Sverige, där barnläkaren Mauritz Blumenthal i Stockholm efter fransk förebild och på privat initiativ introducerade "Mjölkdroppen" ("Goutte de Lait") 1897. Dessa "mjölkdroppar" som var den moderna barnavårdscentralens föregångare inrättades framför allt i de större städerna. Verksamheten, som ofta övervakades av intresserade läkare, riktade sig framför allt till fattiga och nödställda väntande och nyblivna mödrar, inte sällan ogifta, och gick ut på att ge råd till dessa angående barnavård och barnuppfödning. Mödrarna kunde också i viss utsträckning gratis få mjölkblandningar för barnens uppfödning. På vissa håll, främst i Stockholm, fanns det också via "mjölkdroppen" möjlighet för obemedlade mödrar att få överta begagnade barnkläder, sängutrustningar och liknande. Efterhand fick läkarna vid dessa "mjölkdroppar" också tillstånd av hälsovårdsnämnden att vid behov skriva ut fri medicin. Detta blev således förebilden för de kostnadsfria skyddsläkemedel som senare kom att införas vid barnavårdscentralerna.

Det var ganska naturligt att dessa "mjölkdroppars" verksamhet under de närmaste årtiondena var föremål för stort intresse, framför allt från allmänhetens, men också från myndigheternas sida. Det skulle emellertid dröja ända till 1923 tills man i "Betänkandet rörande övervakning av späda barn" för första gången använde ordet barnavårdscentral som beteckning för det organ som enligt förslaget skulle ersätta "mjölkdropparna" och vars kostnader skulle bestridas av stat och kommun.

I slutet av 1920-talet hade man också alltmer börjat inse att moderns levnadsförhållanden under graviditeten kunde vara av avgörande betydelse också för det väntade barnets framtida hälsotillstånd. Moderskapsunderstödssakkunniga (SOU 1929:28) föreslog därför att rådgivande verksamhet skulle anordnas för väntande och nyblivna mödrar för att man på så sätt skulle kunna begränsa vissa socialmedicinska riskmoment

för såväl mödrar som barn. I början av 1930-talet anordnades också genom dåvarande Medicinalstyrelsens försorg en försöksverksamhet rörande för- och eftervården vid barnsbörd, dels med regelbundna mottagningar av läkare, dels med hembesök, allt i nära samarbete med olika socialvårdande organ. Resultaten från denna försöksverksamhet lades sedan till grund för det år 1935 framlagda förslaget om förebyggande mödra- och barnhälsovård (SOU 1935: 19), vari påpekades att genom lämpligt levnadssätt och sakkunnig vård flera kända komplikationer kunde förebyggas både för moder och barn, framför allt om sådana komplikationer kunde upptäckas och behandlas i tid. Man pekade också på kostens betydelse för barnets framtida hälsa och utveckling. Befolkningskommissionen (SOU 1936: 12) betonade i sitt förslag den förebyggande mödra- och barnhälsovårdens både sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande betydelse.

Mot den här bakgrunden godkände 1937 års riksdag den av Kungl. Maj: t framlagda propositionen om anordnande av förebyggande mödra- och barnavård. Sedan kungörelsen om statsbidrag till denna verksamhet trätt i kraft 1938 (SFS 745/1937) skapades verkliga förutsättningar för att på ett effektivt sätt kunna stimulera till och genomföra en av de verkligt stora och betydelsefulla reformerna inom den förebyggande hälsovården.

Den förebyggande barnavården utvecklades nu relativt snabbt under de närmaste åren. Utvecklingen skedde dock olika snabbt inom olika delar av landet beroende på lokala resurser och förutsättningar. Verksamheten var från början och är fortfarande somatiskt (kroppsligt) inriktad och avsåg i första hand att kontrollera barns allmänna hälsa och utveckling. Väsentliga områden härvidlag var att tidigt kunna spåra olika bristsjukdomar och förebyggandet av mag-tarm-sjukdomar, uppfödningssjukdomar och infektionssjukdomar. Senare tillkom syn- och hörselkontroller, liksom också en gradvis mer uttalad mentalhygienisk verksamhet med huvudvikten lagd vid barnets psykiska utveckling och fostran. — Naturligtvis är gränsen mellan hälso- och sjukvård många gånger flytande och ofta har man också via barnvårdscentralerna gett råd och anvisningar beträffande banala sjukdomstillstånd som t. ex. övre luftvägsinfektioner, hudåkommor och liknande.

3.2 Barnvårdscentralen

3.2.1 Organisation

Den centrala författningen för den förebyggande barnavården var kungörelsen den 15 juni 1944 (nr 936, omtryckt 1955/482) angående statsbidrag. Denna kungörelse, som gällde fram till 1969 då nya normalreglementet för barnhälsovården fastställdes (MF 39: 1969), innehöll i stort sett följande.

Landsting och stad utanför landsting erhöll statsbidrag för att anordna och upprätthålla en rådgivande verksamhet beträffande förebyggande

barnavård. Denna skulle vara anordnad enligt av Medicinalstyrelsen godkänd plan och kunde omfatta:

- A. Barnvårdscentral typ I, ofta ansluten till barnavdelning vid sjukhus. Centralen förestods av läkare med specialistutbildning i barnålderns sjukdomar. Vid centralen tjänstgjorde dessutom heltidsanställd sköterska med viss, av Medicinalstyrelsen fastställd, behörighet.
- B. Barnvårdscentral typ II förestods av läkare utan specialistkompetens, medan däremot sköterskan skulle ha viss fastställd behörighet.
- C. Barnvårdsstation stod under ledning av tjänsteläkare, provinsial- eller stadsläkare och var ofta förlagd till dennes mottagning där han biträdades av distriktssköterskan.
- D. Barnvårdsfilial var underställd läkare vid barnvårdscentral eller station och var ofta förlagd till distriktssköterskans mottagningslokal eller annan lämplig lokal.

Liknande organisationer gällde också som tidigare nämnts för den förebyggande mödravården och särskilt på landsbygden var barnvårdscentral typ II liksom också stationer och filialer ofta kombinerade för mödra- och barnavård.

För havande kvinnors, mödrars och barns resor till och från centralen utgick bidrag (om kostnaden översteg 3 kronor). I görligaste mån skulle grupperesor anordnas efter fastställd plan och föreskrifter meddelades för att försöka begränsa antalet besök för vilka resebidrag utgick till vad som ansågs motiverat av behovet av hälsokontroll i varje särskilt fall.

I den förebyggande barnvården skulle ett visst antal hälsokontroller av barnen äga rum. Behovet skulle, förutom av rent medicinska skäl, också bedömas med tanke på familjens och barnens sociala och ekonomiska situation. För barnets hälsokontroll rekommenderades följande årsmedeltal ifråga om antalet erforderliga läkarbesök:

Spädbarn	4–7 gånger
1-åringar	2–3 gånger
Övriga förskolebarn	1–2 gånger

Varje mottagning omfattade vanligen 10–15 barn.

För barn med uppfostringssvårigheter eller neurolabila barn skulle möjlighet till särskild rådgivning förefinnas.

Sjuksköterskans viktigaste uppgift var, förutom att medverka vid mottagningen på BVC, att göra hembesök. Det första hembesöket borde göras inom 1–2 veckor efter moderns och barnets hemkomst från BB. Via BVC-meddelandet från förlossningsavdelningen (infört 1955, MF 151) fick sköterskan snabbt besked om nyfödda barn inom sitt distrikt och i särskilda fall kunde också på detta födelsemeddelande lämnas besked från förlossningsavdelningen, om man ansåg tidigt hembesök motiverat med tanke på moderns eller barnets situation.

Vid sjuksköterskans första besök hade hon ofta ett utmärkt tillfälle att på ett uppskattat och naturligt sätt ge råd om uppfödning och barnavård samtidigt som det skapades goda kontakter och förutsättningar för den fortsatta kontrollen på BVC. Uppgiften var härvidlag säkert lättare för de

sköterskor, som arbetade inom den kombinerade mödra- och barnavården, då de på ett naturligt sätt fortsatte kontakten med modern och dessutom gav råd om barnets skötsel och vård.

BVC-verksamheten var från början helt frivillig utom för barn födda utom äktenskapet, vilket berodde på att dessa barn efter dåtida förhållanden betraktades som och ofta var riskbarn ur socialmedicinsk synpunkt och som sådana i behov av särskild hälsoövervakning och kontroll. Dessa bestämmelser kvarstod fram till 1969 då de allmänna sociala förhållanden, som tidigt medfört en viss översjuklighet hos uä-barn, gradvis hade förbättrats under 1950- och 60-talen.

Under tiden mellan läkarmottagningarna skulle sköterskan på regelbundna tider hålla egna mottagningar, varvid framför allt spädbarnens uppfödning och utveckling skulle kontrolleras och råd ges inom dessa områden. Regelbundna viktmottagningar anordnades ofta framför allt för sådana barn som ökade långsamt i vikt. Vid behov skulle sköterskan hänvisa barnen till läkares hälsovårdskontroll. Sjuka barn skulle då som nu inte skötas via barnhälsovården utan hänvisas till praktiserande läkare eller sjukvårdsinrättning.

Recept på skyddsläkemedel, framför allt AD-vitaminer, för förebyggande av rachit (engelska sjukan) och järnmedicin mot blodbrist utfärdades kostnadsfritt och medicinen var avgiftsfri.

Vid barnavårdscentralen fördes från början en enkel journal enligt av Medicinalstyrelsen fastställt formulär. I journalen antecknades mycket summariskt barnets utveckling och avvikelser som föranledde ytterligare åtgärder, uppgifter om barnets längd och vikt noterades liksom också besked om råd som gavs. En årsberättelse över verksamheten sammanställdes och sändes till Medicinalstyrelsen.

I förekommande fall samarbetade barnavårdscentralen med barnsjukvården, också med dispensären, folktandvården, barn- och ungdomspsykiatriska vården och olika sociala organ. En omfattande upplysningsverksamhet bedrevs, dels demonstrationskurser i barnavård men framför allt via broschyrer som kostnadsfritt ställdes till barnavårdscentralens förhållande i samarbete med Svenska Kommunförbundet, Svenska Stadsförbundet och Svenska Röda Korsets Socialmedicinska Barnavårdsdelegation.

De här redovisade organisatoriska förhållandena, som i stort sett från början styrts verksamheten vid BVC, gäller väsentligen oförändrade och är nu senast reglerade i "Normalreglemente för mödra- och barnhälsovården" (MF 39:1969). I samband härmed slopades begreppen barnavårdsstation och filialverksamheten vid dessa återfinns nu vid BVC typ II.

3.2.2 *Hygienen i hemmet*

Den bild som mötte de första BVC-sköterskorna vid deras hembesök kan inte alls jämföras med dagens situation. Säkert behövs det litet fantasi för att riktigt förstå skillnaderna. Fantasin får hjälp av "Allmän hälso- och sjukvård" – Sveriges officiella statistik, där man från 30-talet och framåt kan följa litet av den allmänna utvecklingen. Långt in på 30-talet

beklagade man sig över de otillfredsställande hygieniska förhållandena, särskilt på landsbygden. Ojämn tillgång till rent vatten och otillfredsställande avlopp- och latrinförhållanden, trångboddhet, osunda mörka lägenheter, ohyra och avsaknad av möjligheter till bad är några av de förhållanden som ofta påpekas. Bristande renhållning, framför allt på landsbygden, förorsakade osund lukt och osnygghet runt husen. Många inspekterade bostäder hade ohyra. Så t. ex. noteras 1930 att det i Uppsala fortfarande fanns ohyra i 39 % av inspekterade lägenheter. Trots avsaknaden av badmöjligheter noterar man att intresset för varmbad ökar också på landet. Goda initiativ till badstugor hade på 30-talet tagits i kommunal regi och av olika industrier. Intresset för att inreda badrum hade också ökat!

Intressant är att konstatera att man också i officiell statistik så sent som in på 30-talet betonar att fördomar och fel vid späda barns uppfödning förefinns i de flesta län, men att förbättringar är på gång mest tack vare sköterskors och barnmorskors hängivna upplysningsverksamhet. Man framhåller speciellt att fabriks- och lantarbetare behövde hjälp och råd, trånga, mörka och osunda bostäder med de dystraste hygieniska förhållandena mötte här besökaren. Dessutom noteras att dessa familjer var barnrika och även om någon svält inte förekom på 30-talet, framhölls det att maten många gånger var knapp.

Under 1940-talet noteras en klart förbättrad allmänhygienisk standard. Som tidigare nämnts hade just barnavårdscentralerna kommit igång med organiserad verksamhet och man konstaterar att organisationen accepteras gradvis, till en början dock med viss skepsis, framför allt hos de socio-ekonomiskt sämst lottade i samhället, där man inte sällan satte likhetstecken mellan barnavårdscentral och barnavårdsnämnd. Parallellt med barnhälsovårdens utveckling går naturligtvis mödrahälsovårdens. Man konstaterar dock att mödrahälsovården hade litet svårare att bli accepterad, generellt var det under 40-talet en tredjedel fler inskrivna nyfödda barn än mödrar. — Sannolikt ansåg mödrarna det väsentligare att barnen blev kontrollerade än att de själva kom under sakkunnig kontroll.

De allmänhygieniska förhållandena förbättrades trots dyr- och kristid under 40-talet. Man fick i fler och fler städer och också på landet bättre avloppssystem, rinnande rent vatten i kommunal regi blev allt vanligare enligt länsläkarnas rapporter. Intressant är att man konstaterar "att möjligheter för kallbad sommartid synes mer och mer utnyttjas och intresset härför var stort"!

Först in på 1950-talet tycks man ha nått en mer allmänt accepterad hygienstandard både i städer och på landsbygd. Man noterar med tillfredsställelse att vatten-, avlopps- och sanitära förhållanden är tillfredsställande liksom också att möjligheterna till varmbad ökat avsevärt. Först nu möter man i officiella termer tecken tydande på att "lort-Sverige" har avvecklats.

Naturligtvis drabbade inte allt detta beträffande den bristfälliga hygien bara barnen. Men vi vet av erfarenhet att det drabbade barnen hårdast och då framför allt spädbarnen. Bilden är densamma idag i t. ex. utvecklingsländerna. Barnens situation och status i allmänhet var förr hos

oss liksom nu i u-länderna av sådan karaktär att man i allmänhet inte tog någon speciell hänsyn till dem. Det kan också i detta sammanhang vara intressant att erinra om att FN:s deklaration om de mänskliga rättigheterna kom så tidigt som 1948, medan det däremot kom att dröja ända fram till 1959 innan man var färdig med deklarationen om barnens rättigheter!

Beträffande hembesöken kommer senare att diskuteras varför dessa säkert är minst lika väsentliga i dagens BVC-verksamhet som för 30 år sedan. Den bild som möter dagens BVC-sköterska skiljer sig beträffande den yttre ramen väsentligt från de situationer som fanns – å andra sidan vet vi att nya problem, framför allt beträffande mentalhygieniska förhållanden och samlevnad, allmänna uppfostringsproblem och lätta beteendestörningar, måste och kan tas omhand på ett helt annat sätt än tidigare. Självfallet är det för BVC-sköterskan idag lika viktigt att se barnet i dess hemmiljö av dessa skäl som det var tidigare då allmänhygieniska problem dominerade bilden.

3.2.3 Medicinska verksamheter

Det medicinska innehållet i den förebyggande barnvården var från början tyvärr inte strukturerad på ett sådant sätt att det nu går att följa eller redovisa den i kvantitativa eller kvalitativa termer. Olika medicinska åtaganden kan heller inte renodlas eller ses som isolerade handlingar utan bör hellre ses som ett led i försök till en sammanhängande vård och behandling. Arbetet bedrevs ju väsentligen utefter två olika linjer, dels den *aktivt preventiva* t. ex. med vaccinerings, förskrivning av skyddsläkemedel, kostrådgivning, råd i uppfostringsfrågor och mentalhygieniska problem, dels den *diagnostiska* med uppspårande av avvikelser som borde medföra ytterligare åtgärder. Till detta kan läggas en allmän *hälsoövervakande* och *hälsoupplysande* uppgift.

Rutinkontroller

Det är svårt att exakt ange och mäta den medicinska kontrollens betydelse för det allmänna hälsotillståndet hos barn.

Av rutinmässiga åtgärder har mätningen och vägningen av barnet, liksom också allmän inspektion av barnets utseende ("ser friskt ut") särskilt med tanke på eventuella hållningsfel, alltid förekommit. Den somatiska undersökningen utgjorde alltså en viss grovkontroll – någon mer uttalad findiagnostik förekom inte rutinmässigt och rapporteringen blev därefter i årsberättelserna. Naturligtvis förekom det att man spårade förändringar som krävde remiss till sjukhus och/eller barnläkare, men remissorsaken eller antalet remisser är närmast omöjligt att få fram i efterhand. Man hade annars här kunnat ha ett instrument med vilket man skulle ha kunnat mäta BVC-verksamhetens effektivitet, särskilt under uppbyggnadsfasen i början av 40-talet.

Ett mycket värdefullt komplement till den allmänna rutinundersökningen introducerades i mitten av 1950-talet, då man både på BB, men

framför allt på barnavårdscentralen, regelmässigt vid en mycket enkel klinisk undersökning började kontrollera förekomst av eventuell höftledsluxation. — Denna riktade kontroll innebar i många fall tidig upptäckt och behandling av ett tillstånd, som annars kräver betydligt längre och mer komplicerad behandling eller som i värsta fall oupptäckt leder till svår invaliditet.

Synprövning

I slutet av 1950-talet introducerades i den rutinmässiga BVC-verksamheten riktade kontroller av utomordentligt stort värde, nämligen syn- och hörselundersökningarna.

Vid Medicinska Riksstämman 1957 anordnades en rundabordskonferens om barnavårdscentralernas uppgifter under de första levnadsåren. I samband härmed redovisades erfarenheterna från synskärpeprövningar, som utförts vid barnavårdscentraler, i avsikt att tidigt avslöja synnedsättningar hos barn. — En allmän prövning av barns synskärpa hade dittills skett tidigast under första skolåret, dvs. i 7-årsåldern. I genomsnitt konstaterades då att mellan 6–7 % av barnen hade en mer eller mindre uttalad synnedsättning, vanligen i form av brytningsfel, som i allmänhet funnits i flera år och i princip skulle kunnat upptäckas och korrigeras tidigare.

Man festslog då, att det för den synvårdande verksamheten är angeläget att barnen får sin synförmåga prövad under förskoleåldern, eftersom man då också har mycket betydande möjligheter till förebyggande insatser. Från 3–4 års ålder är barnet tillräckligt moget för att medverka i en enkel synprövning. Genom tidig diagnostik blir erforderliga åtgärder både enklare och mer framgångsrika. Detta innebär naturligtvis en självklar fördel för patienten, men är också av stor betydelse för samhället, som genom förebyggande arbete gör en betydande sjukvårdsmässig rationalisering. Synprövningen av förskolebarn måste alltså mot den här bakgrunden betraktas som en utomordentligt angelägen undersökning och kom också att ingå i den rutinmässiga förebyggande barnhälsovården.

Sedan initialsvarigheter övervunnits beträffande metoder för synprövning och instruktion av personal — det blev på ett tidigt stadium BVC-sköerskorernas uppgift att pröva synen — blev synprövningen efter hand införd i BVC-rutinen. I slutet av 1950-talet var principerna allmänt kända och sedan 1961 rapporteras resultat av vid BVC utförd synprövning av förskolebarn till Socialstyrelsen.

1961 gjordes dock endast 10 600 synprövningar på barn i åldern 4–7 år, vilket innebar att endast omkring 9,6 % av vid BVC inskrivna barn i denna ållersgrupp blev synprovade. Utvecklingen gick emellertid snabbt och 10 år senare, 1970, synprovades inte mindre än 117 920 barn, i princip innebär detta att varje förskolebarn får sin synförmåga prövad åtminstone en gång.

Omkring 6 % (4,6–6,8 %) av de synprovade barnen visar sig ha en synnedsättning som föranleder remiss till ögonläkare för fortsatt utred-

ning och behandling. Eftersom synprovningen på BVC vanligen görs i 4–5-årsåldern, innebär detta en tidsvinst på 2–3 år, som är mycket värdefull ur behandlingssynpunkt i de fall då synnedsättning påvisas.

Hörselprovning

Parallellt med att synprovningen infördes som rutin på barnavårdscentrerna kom också intresset alltmer att riktas mot hörselprovningar. Man konstaterade att ganska grava hörselnedsättningar ibland upptäcktes förvånande sent och att det fanns anledning förmoda att rätt många förskolebarn gick med okända hörseldefekter, eftersom specialundersökningarna (audiometri) på skolbarn i de första klasserna tydligt visade hörseldefekter hos cirka 6%. — Svåra hörselskador, liksom grava synnedsättningar, diagnostiserades ganska tidigt då dessa i regel ger uttalade allmänsymptom.

Liksom vid synprovningen framkom att 4-årsåldern vore en lämplig ålder för hörselundersökning. Efterhand utvecklades också metoder för lekaudiometri, som var både tillförlitliga och relativt lätta att använda.

1964 hörselprovades omkring 14 000 barn vid barnavårdscentralerna. Utvecklingen har dock inte gått lika snabbt eller varit lika gynnsam för hörselprovningen som för synprovningen, vilket till största delen beror på begränsade materiella och personella resurser. I genomsnitt 5% (3,8–6,8%) av hörselprovade barn har en hörselnedsättning, som fordrar remiss till hörcentral för fortsatt utredning och behandling. — Också om enbart enstaka fall med grav hörselnedsättning upptäcks vid rutinmässiga hörselprovningen på BVC är det inte desto mindre angeläget att diagnostisera och behandla dessa enstaka fall.

Kostrådgivning

Råd och hjälp med spädbarnsuppfödningen var som tidigare framhållits en av huvuduppgifterna för den förebyggande barnavården och dess föregångare "mjölkdropparna". Som isolerad företeelse torde adekvat uppfödning vara den kanske mest avgörande faktorn för det i övrigt friska barnets fortsatta utveckling.

Kostrådfrågning på barnavårdscentralen har från början ofta lagts över på sköterskans arbetsuppgifter, då hon vid sina egna mottagningar och på hembesöken kunde hålla en tätare kontakt med föräldrarna och på så sätt kunde följa upp och kontrollera effekten av givna råd. De råd som gavs gällde framför allt vad man skulle ge barn, när bröstmjölken höll på att sina eller amningen skulle läggas ned, råd och recept på de olika till en början helt dominerande hemlagade vällingarna och hur dessa vällingar skulle tillagas. I en tid då livsmedelsindustrin helt övertagit vällingproduktionen och svarar för praktiskt taget det totala behovet, har vi ibland svårt att inse vilka problem som var förknippade med just vällingar av olika "styrka" avsedda för barn i olika åldrar. Man kan med fog säga, att inom kost- och nutritionsområdet har det skett en fantastisk utveckling under de senaste decennierna — just den tid som barnavårdscentralsverksamheten omspannar.

Amningen ansågs länge vara av grundläggande betydelse för barnets utveckling under det första levnadsåret. Under 1900-talets första årtionden var det fortfarande vanligt att man ammade uppåt 1 år eller längre. På 1920- och 30-talen rekommenderades bröstsuppfödningen i åtta månader varefter avvänjningen påbörjades. Under 1940- och 50-talen skedde en gradvis nedgång i amningsfrekvensen även om förändringen inte var så märkbar närmaste tiden efter förlossningen.

Under början av 1940-talet var amningsfrekvensen betydligt högre än idag, även om vi glädjande nog nu igen kan konstatera ett tilltagande intresse för just bröstmjölkkuppfödningen. Då ammade 50–60 % av mammorna sina barn i cirka 6 månader – 30 år senare är motsvarande siffra 6–8 %.

Barnavårdscentralen hade då mer att se till att barnet utöver bröstmjölken fick lämpliga tilläggskoster i form av frukt- och grönsakssaft och moser för att på så sätt komplettera den vitamin- och järnfattiga bröstmjölken. Särskilt på landsbygden höll man ganska envist på en ofta lång sammanhängande amningsperiod och inte förrän efter 6–8 månader fick barnet något tillägg.

Med ökad förståelse och kunskap om spädbarnsuppfödning kom man under 1950-talet att införa fasta tillägg som fruktsaft och -moser redan från 6–8 veckors ålder, något som idag ter sig helt naturligt. Vi vet ju att ett tidigt och allsidigt tillskott i kosten är nödvändigt och väsentligt för att tillgodose barnets behov av olika näringsämnen samtidigt som barnet på ett tidigt stadium vänjer sig vid olika konsistenser och smaker i födan.

Den förändring av spädbarnsuppfödningen som ägt rum får dock ses mot bakgrunden av en lång rad sammanhängande faktorer. Attitydförändringar med kvinnoemancipation och hemmamammans gradvisa försvinnande ut i förvärsarbetet, medförde en sjunkande amningsfrekvens och förkortade amningstider. Den allmänna utvecklingstendensen gick hand i hand med utvecklingen inom barnmatsindustrin som snabbt svarade upp mot de nya behoven i form av vällingproduktion och produktion av barnmat av olika slag, lämpade för olika åldersgrupper. Barnmatsproducenten gick fram med en ofta väl avvägd och slagkraftig kostrådgivning i form av reklam som vanligen styrdes upp av experter inom barnhälso- och sjukvården. En del av barnavårdscentralens kostrådgivande funktioner kom ibland att delvis tas över av producenten och livsmedelsaffären.

Normala kostrådgivningen kunde mammorna efter hand klara sig utan – den fanns tryckt på vällingspaketet som de köpte i snabbköpet, men om någonting gick litet "snett" med uppfödningen vare sig det nu gällde matvägran eller diarréer så kom åter barnavårdscentralen in i bilden och nu så mycket mera som mer tid fanns tillgänglig för sådan rådgivning.

Normaluppfödningen vållade mindre bekymmer, gick lättare, men uppfödningssvårigheter av olika slag och grad från diarréer till förstoppningar blev "nya" problem som pockade på hjälp och råd. Denna utveckling är inom olika områden typisk för BVC-verksamheten. Verksamheten var organiserad och planerad från då rådande förhållanden och hälsovårdsproblem. I samma takt som de gamla problemen har lösts, uppstår hela tiden nya. Detta dynamiska utvecklingsförlopp kan inte

direkt mätas, men belyses av utvecklingen av amningsfrekvens och barnmatsproduktion.

Boendesituationen med förbättrade hygieniska förhållanden har gjort livsmedelsförsörjningen mycket säkrare. I dagens läge naturliga förhållanden som kylskåp och varmvatten bidrog till att göra t. ex. flaskuppfödningen riskfriare och enklare, vilket i sin tur bidrog till amningens tillbakagång. Mamma behövde inte längre vara hemma för att amma sitt barn — pappa kan lika lätt "mamma" sitt barn, ge det flaskan, sköta det osv. Vi vet nu att amningen har vissa fördelar även i dagens Sverige, fastän skillnaden i bröstbarns och flaskbarns hälsa knappast går att mäta. Bröstbarnen löper dock möjligen mindre risk för tidig övergödning och har eventuellt bättre skydd mot vissa typer av infektioner. BVC-personalen har här nu liksom tidigare en viktig och väsentlig uppgift att fylla genom att påverka amningsvanorna i positiv riktning genom balanserad upplysning och genom att ge hjälp och stöd till de mammor som vill och kan amma.

Beträffande amnings- och uppfödningens rådgivning börjar denna redan på BB. Genom förlossningsvårdens organisation och uppbyggnad sker numera praktiskt taget alla förlossningar på sjukhus, där barnen före utskrivningen kontrolleras av läkare. Barnsjukvårdens uppbyggnad under de senaste 20 åren förenad med gradvisa förändringar av förlossningsvården som koncentreras till större sjukvårdsenheter gör det nu också möjligt för fler och fler barn att redan på BB bli undersökta av barnläkare. På de flesta förlossningsavdelningar har man också tillgång till speciellt utbildad personal, som hjälper mammorna till rätta med uppfödningen och amningen; behovet härav har starkt ökat särskilt under de senaste åren, vilket i sin tur säkert beror på — återigen — förändringar i samhällsstrukturen, där engenerationsfamiljen inte heller i dessa avseenden har något stöd eller kan få någon hjälp ifrån mormor eller farmor (på gott och ont!). Kravet på, och behovet av ökad och kontinuerlig upplysning och undervisning från mödravårdscentralen över BB-tiden till barnavårdscentralen kommer utan tvekan att bli än mer uttalat i framtiden. Socialstyrelsen har just också på det här området tagit initiativet till en allsidig och modernt utformad information som riktar sig till den nyblivna mamman.

I "Kost och fysisk aktivitet i barnålder", Socialstyrelsen, 1973, sammanfattar man att: "Även om skälen för amning under de senaste 20 åren relativt sett avtagit i styrka genom tillkomsten av näringsmässigt allt bättre industritillverkad modersmjölksersättningar finns fortfarande starka såväl näringsfysiologiska som psykologiska skäl att eftersträva amning under barnets sex första månader. Så långt vi vet i dag är dock skillnaden i hälsotillstånd mellan bröstbarn och flaskbarn inte av den art att en mor som inte kan amma har anledning att känna samvetsförebråelser".

Fram till mitten—slutet av 1940-talet tillredde mammorna själva mjölkblandningar och vällingar som användes för spädbarnsuppfödning. Man började med halvmjolk och därefter halvälling för att senare, då barnet var 4—6 månader gammalt, gå över till 2/3 välling. Parallellt med den sjunkande amningsfrekvensen kom den industriella produktionen av

olika vällingpulver igång mot slutet av 1940-talet. Den nya typen av barnvälling blev snabbt mycket populär och använd och fick också efterhand en bättre och näringsriktigare sammansättning. Som tidigare poängterats förde också den snabba allmänna utvecklingen med sig en del nödvändiga hygieniska förutsättningar för att flaskuppfödningen snabbt skulle accepteras. Man kan nu räkna med att praktiskt taget alla barn efter avvänjningen får industriellt framställd välling.

De olika vällingtyper som togs fram av barnmatsindustrin var på många sätt klart överlägsna de gamla hemlagade vällingarna. Detta gäller framför allt sammansättningen med avseende på äggvita, fettsubstanser och kolhydrat, liksom också med tanke på mineralämnen och vitaminer.

BVC:s kostrådgivning har länge varit centrerad runt första levnadsårens uppfödning. Med det allmänt ökade intresset för barnmat och kostvanor, inte minst tack vare barnmatsindustrins medverkan, kommer säkert BVC att fortsätta att utöka sin rådgivning omfattande även de äldre förskolebarnen, vilket är starkt motiverat. På så sätt har man också möjlighet att i positiv riktning påverka hela familjens kostvanor. Svensk husmanskost innehåller vanligen i genomsnitt för mycket kalorier, framför allt i form av animalt fett och kolhydrater och för litet äggvita, järn och C-vitaminer. Även om det parallellt med samhällsutvecklingen har skett en ganska genomgripande förändring av kost och kostvanor under de senaste två decennierna återstår det likväl mycket att göra inom detta område, framför allt för att i uppväxtåren grundlägga kostvanor som på sikt kan förhindra eller minska besvär inom kostrelaterade problemområden som karies (tandröta), hjärt- och kärlsjukdomar, gallsjukdomar, övervikt och liknande.

Tilläggskost

Förutom den betydligt längre amningsperioden under 1930–40-talen var man då också betydligt mer återhållsam med olika typer av tillägg, vilka ofta inte gavs förrän vid 4–6 månaders ålder. Variationsmöjligheten på dessa tillägg som tillagades hemma var inte stor. Då vällingproduktionen kom igång och gick bra började barnmatsindustrin dessutom i slutet av 1940-talet saluföra tilläggs-koster på burk. Det dröjde bara några år innan den initiala tveksamheten hos allmänheten och bland läkarna övervunnits och konsumtionen av barnmat på burk sköt i höjden. Samtidigt ökades också sortimentet undan för undan och idag saluför barnmatsindustrin ett 80-tal olika barnkoster. Det moderna barnmatssortimentet innebar en förbättring av barnkosten. Variationen är numera imponerande och gör det möjligt för modern att erbjuda barnet en omväxlande kost med garanterad näringskvalitet året runt. Utvecklingen av barnmatsindustrins produkter har därvidlag också gått parallellt med utvecklingen inom den övriga livsmedelsindustrin. Idag är det faktiskt relativt sett mindre konstigt att barnen får färdiglagad mat, då också övrig konsumtion av färdiglagad mat ökat avsevärt under sista decenniet.

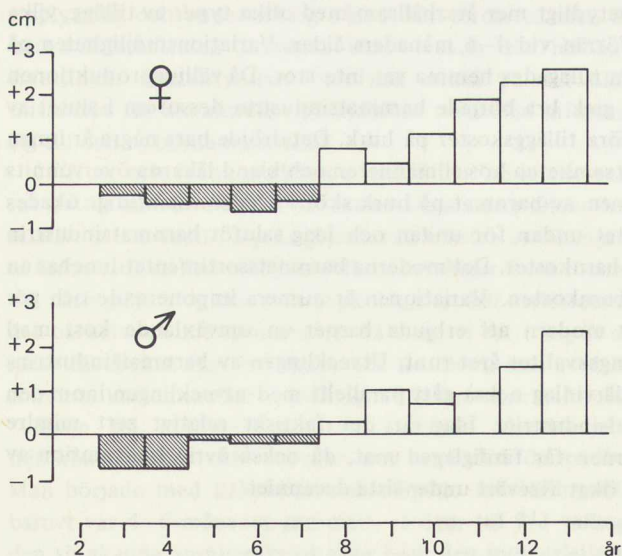
Kost och barns hälsa

Som inledningsvis påpekades har kostrådgivning och kostupplysning alltid varit en av barnvårdscentralens väsentligaste arbetsuppgifter – framför allt med tanke på att bättre sammansatt kost är av så avgörande betydelse för det i övrigt friska barnets fortsatta tillväxt och utveckling både ur somatisk och mental synpunkt.

Mot den här samlade bakgrunden kan man då fråga sig, om vi i dagens läge ser några resultat av barnvårdscentralens kostrådgivande funktion. Är barn friskare nu än tidigare och, i så fall, beror det på att deras kostvanor förändrats?

Beträffande barns och ungdomars allmänna utveckling och hälsotillstånd brukar man försöka belysa detta genom att jämföra längdviktutvecklingen för olika åldersgrupper under olika tidsperioder. Naturligtvis blir dessa jämförelser mycket vanskliga att göra framför allt beroende på de olika materialens urval och sammansättning.

Generellt kan man dock säga, att i Västeuropa har man under de senaste 100 åren kunnat konstatera en allt snabbare tillväxt av vuxenlängden. Vuxenlängden har blivit allt större och den har uppnåtts vid allt lägre åldrar. Denna utveckling brukar man kalla den sekulära trenden och den har i Sverige kunnat påvisas t. ex. hos värnpliktiga män i samband med mönstringen. Under tidsperioden 1860–1900 var således en 21-årig "beväring" i genomsnitt 170 cm lång; under tidsperioden 1950–1970 var en 19-årig värnpliktig i genomsnitt 177 cm lång. Liknande sekulära trender kan också iakttagas i förskoleåldern, men tillgängliga undersökningar är svåra att utvärdera framför allt beroende på urvalet av barn som skett efter varierande och olika principer. – Dessutom måste man naturligtvis ta hänsyn till den allt tidigare inträdande kroppsmognaden. Så vet vi t. ex. att både pojkar och flickor går in i sin pubertet omkring 3–4 år tidigare i dag än för 40 år sedan –



Figur 3.1 Jämförelse av medelvärden för längd från en undersökning av Engström *oa* 1973 i förhållande till motsvarande värden från Broman *oa* 1942.

detta påverkar i högsta grad t. ex. längdtillväxten, som vanligen är accelererande året före och under pubertetsmognaden.

Det finns ett par svenska undersökningar, som kan belysa den sekulära trenden vad gäller längdtillväxten. I figur 3.1 visas en jämförelse av medelvärden för längd från en undersökning 1973 (Engström och medarbetare, *Läkartidningen* 70: 2960, 1973) i förhållande till motsvarande värden från en undersökning 1942 (Broman och medarbetare, *Acta Paed. Scand.* 30: 1, 1942). Av figuren framgår, att både pojkar och flickor i det senare materialet hade en större längd under skolåldern. Denna längdökning kan ses som ett uttryck just för den sekulära trenden, eftersom båda materialen är jämförbara i denna åldersperiod. I småbarns- och förskoleåldern var däremot barnen i det äldre materialet något längre. Detta förklaras av att barnen från den tidigare undersökningen rekryterats från lekskolor, som i slutet på 30-talet hade förhållandevis många barn från de högre socialgrupperna. Under 1930-talet uppvisade barn från högre socialgrupper en klart större längdtillväxt än genomsnittet.

Längdtillväxten är mera uttalad än viktökningen; förskolebarn väger mindre vid en viss längd och är alltså litet mindre "knubbiga" än för 40 år sedan. Den sekulära trenden med ökad längdtillväxt under senare år förklaras av en rad samverkande faktorer. Det gradvisa, förbättrade hälsotillståndet, mycket tack vare en kostförbättring med en jämn näringstillförsel och en sjunkande sjukdomsfrekvens har säkert varit det avgörande. För barnens del har allmänna upplysningsverksamheten på barnavårdscentralen betytt mycket, för familjen har den förbättrade socioekonomiska levnadsstandarden förbättrats, man har råd att bo och leva bättre. Den fortskridande sociala utjämningen har gjort detta möjligt för allt fler och fler i samhället och i det avseendet har den fortsatta sociala utjämningen bidragit starkt till den sekulära trenden.

Som tidigare nämnts har vi ingen uppfattning om orsaken till att barn remitteras från barnavårdscentraler till sjukhus eller läkare. Vi har inga studier som belyser eller direkt kan besvara frågan om eller i vad mån barn under 1930- och 40-talen var friskare än under 1950- och 60-talen. Allmänna erfarenheter talar dock bestämt för att barn nu generellt är mycket friskare än för 30–40 år sedan. Till stor del beror det på att vi nu inte längre har den tidigare så vanliga kombinationen av lätt kvalitativ undernäring, framför allt med lite järn i kosten, och upprepade, täta övre luftvägsinfektioner. Fortlöpande hälsoövervakning och hälsoupplysning via barnavårdscentralerna gör också att den tidigare vanliga engelska sjukan, orsakad av D-vitaminbrist, inte längre förekommer.

Långvariga eller upprepade diarrétillstånd hos späda och små barn är inte heller lika vanliga nu som förr. Att de flesta av ovan nämnda tidigare så vanliga sjukdomstillstånd hos barn nu praktiskt taget försvunnit måste alltså tillskrivas dels den allmänna ökade kunskapsnivån hos föräldrarna men också barnavårdscentralens fortlöpande hälsoupplysning och hälsoövervakning. Man vet också av erfarenhet att om man har behövt begränsa BVC-aktiviteten av olika skäl inom ett område får man lätt en klart ökad frekvens av uppfödningssrubbingar gränsande mot bristtillstånd.

En annan intressant fråga är då, om och i vad mån barnavårdscentralens arbete för sundare kostvanor resulterat i – sundare kostvanor! Problemet har nyligen belysts i en epidemiologisk studie om kost och hälsa hos barn (Samuelsson, Näringsforskning 16: 18, 1972). I denna studie analyseras kostvanor, näringsintag, allmänt hälso- och tandhälsotillstånd hos över 1 400 barn i åldrarna 4, 8 och 13 år från Umeå stad och från två landsbygdsområden. Det visade sig, att barnen i alla åldersgrupperna åt en kost, som i relation till gällande rekommendationer var rik både på fett och äggvita och som för 13-åringarna dessutom innehöll relativt litet järn. Morgonmålet var ofta ofullständigt ur näringssynpunkt men näringsinnehållet i skolmåltiderna överensstämde i stort sett med önskvärt intag med undantag av högt fett- och något lågt järninnehåll. Frekvent småätande mellan målen var vanligt, framför allt i form av bullar, smörgåsar och annan kolhydratrik föda. Intressant är också att märka att man inom landsbygdsområdena påvisade mera traditionella kostvanor, medan däremot kostvanorna i staden varierade mera. Stadsbarnen åt mera jämfört med barnen i landsbygdsområdena men var inte desto mindre något fetare – dessa skillnader kan tänkas bero på skillnader i fysisk aktivitet.

Det allmänna hälsotillståndet hos barnen, både i staden och på landsbygden var gott. Lindrigare övre luftvägsinfektioner förekom dock relativt ofta. Tandrotta, karies, var vanligt i alla åldersgrupperna. 17 % av 4-åringarna var kariesfria, motsvarande siffror för 8- och 13-åringarna var 0,4 respektive 0 %. Tandrotta var vanligare bland barnen på landsbygden, där också tandborstning hos barnen var mindre vanlig än i staden.

I denna undersökning kunde man också påvisa, att föräldrarnas utbildning och ekonomiska situation samt konsumtionsfrekvensen av olika födoämnen utövade ett inflytande på såväl barnens allmänna hälsotillstånd som deras tandhälsotillstånd. Högre utbildningsnivå hos föräldrarna medförde lägre konsumtionsfrekvens av sötsaker och/eller bullar, mindre mellanmålsätande och lägre frekvens av tandrotta hos barnen. Dessutom innebar det, framför allt bland stadsbarnen, en större variation i kosten med större inslag av grönsaker.

Denna studie är av speciellt intresse, då en liknande studie (se Samuelsson) utfördes i samma område för ungefär 40 år sedan. Bland skolbarnen dominerade då mjölk, bröd och grynrik kost både på landet och i staden. Man åt lokala mjölrätter som palt, tunnbröd doppat i mjölk eller i buljong. I kustområdet åt man mycket strömming, i inlandet dessutom fläsk och kött, i fjällbygdsområdena återigen mera fisk. I städerna fanns en generellt något mer varierad kost. I alla områdena förekom sällan frukt eller grönsaker. Den typ av mat, som barnen äter i dag, 40 år senare, är en helt annan och betydligt mer varierad, men den är fortfarande rik på mjölk, bröd och grynprodukter. Barnen äter mera frukt både i staden och på landsbygden, men fortfarande förekommer grönsaker relativt sällan i deras kost.

Sammanfattningsvis kan sägas att undersökningen visar hur kostvanorna ändrats under de sista 40 åren. För barnens vidkommande utgör mjölprodukterna fortfarande baskosten, men brödet är numera bakat på

järnberikat mjöl, vilket bidragit till att minska förekomsten av järnbrist. För 40 år sedan hade 3 av 4 barn i 4-årsåldern järnbrist, nu har inga 4-åringar järnbrist! Man äter också betydligt mera frukt och grönsaker än tidigare. En negativ förändring är det ökade inslaget av fett och raffinerade sockerprodukter i barnens kost i dag.

Naturligtvis är det återigen den fortskridande sociala utvecklingen, som medfört förändringar i kostvanorna, men sannolikt har barnavårdscentralens kostrådgivande och kostupplysande arbete bidragit till att rätta till förhållandena för barnens del.

Vaccinationer

Det ligger i barnhälsovårdens natur att så tidigt och så effektivt som möjligt försöka förebygga olika sjukdomar. Ett viktigt led i denna verksamhet var vaccinationer mot infektionssjukdomar. Vaccinationerna var också, långt innan dåvarande Medicinalstyrelsen utarbetat den 1965 framlagda vaccinationskalendern en viktig del av den rutinmässiga BVC-verksamheten. Erfarenheten talar för att vaccinationer i verkligheten stimulerade till den snabbt ökade anslutningen till BVC och att hela verksamheten till stor del styrdes upp av de regelbundet återkommande vaccinationerna. Då trippelvaccination, men framför allt sedan slutet av 50-talet polio vaccination startade, var detta en mycket stark motivation för BVC-besöket på flera håll. Föräldrarna upplevde det också säkert som positivt att barnet utöver allmän rutinundersökning fick "en spruta".

Den enskilda individens skydd mot infektionssjukdomar beror dels på expositionsprofylax (smittorisken), dels på immunitetsprofylax (allmän motståndskraft). Dessa två faktorer, smittorisk och motståndskraft styr vanligen smittsamma sjukdomars uppträdande och medför att många av våra vanligaste sjukdomar uppträder just i barnaåldern. Samma faktorer styr naturligtvis också det förebyggande arbetet och inom detta område hade barnavårdscentralen från början en av sina viktigaste arbetsuppgifter. Expositionsprofylaxen blev framför allt föremål för BVC-sköterskans upplysande verksamhet vid hembesök, vid föräldrarnas besök på BVC, medan immunitetsprofylaxen blev en mer rent medicinsk angelägenhet — båda har lika stor betydelse — den förra möjligen bredare, då den omfattade fler tillstånd, t. ex. diarrésjukdomar och andra sjukdomar mot vilka inget vaccin finnes.

I det här sammanhanget kan det vara värt att påpeka, att de s. k. smittsamma barnsjukdomarna, mässling, vattkoppor, röda hund, påsjsjuka, kikhosta och scharlakansfeber, har ändrat sitt mönster under de senaste decennierna både med hänsyn till frekvens, svårighetsgrad och insjuknandeålder. Till detta medverkar en rad olika faktorer, ospecifika som t. ex. den förbättrade hygien, bättre levnadsförhållanden, ändringar i familjegruppens storlek och specifika i form av vaccinationsprogram via barnavårdscentralen. Trots att vi i Sverige sedan länge haft ett omfattande rapporteringssystem via barnhälsovården och skolhälsovården har det gjorts få undersökningar, som belyser insjuknandeåldern för de vanliga barnsjukdomarna. I ett försök att klarlägga detta gjordes en undersökning i Uppsala (Vahlquist och medarbetare, Läkartidningen

62: 2757, 1965). Man klarlade här insjuknandeåldern för de vanligaste barnsjukdomarna hos skolbarn födda 1936–1949, dvs. under en period strax innan man i Uppsala började införa trippelvaccinationen i stor skala, vilket skedde i början av 1950-talet. Undersökningen belyser situationen under 1940- och 1950-talen och det framkom då att vid 15 års ålder hade 94 % av alla barn haft mässling, 80 % vattkoppor, 45 % röda hund, 59 % påssjuka, 68 % kikhosta och 15 % scharlakansfeber. Sjukdomar som mässling och kikhosta beskrevs vanligen som de mest svårartade. Sjukdomsförloppet var ofta långdraget och risken för komplikationer stor. De flesta barnsjukdomarna var vanligast i förskoleåldern och i de tidiga skolåren. Av de här nämnda barnsjukdomarna har kikhostan praktiskt taget försvunnit på grund av den genomförda trippelvaccinationen, medan situationen för de övriga i stort sett är oförändrad.

Tuberkulos

Under 1900-talets första årtionde visade tuberkulosjukligheten liksom tuberkulosdödligheten en klart nedgående trend. Trots detta krävde tuberkulosen totalt de flesta dödsoffren näst efter kroniska hjärtsjukdomar, men i slutet av 1920-talet kom tuberkulosens plats därvidlag att intas av en annan sjukdom, som stadigt visade allt högre dödlighetssiffror nämligen cancer. Tuberkulosen höll dock fortfarande sitt grepp om folket och var en av de stora fruktade "folksjukdomarna". Så tog t. ex. den statsunderstödda barnavårdande dispensärverksamheten 1930 fortfarande hand om 8 000 barn varav 1950 med nyupptäckt tuberkulos. Man bedrev en omfattande koloniverksamhet med över 1 000 barn utackorderade i familj och bortåt 4 000 barn i olika sommarkolonier. Dödligheten i barn tuberkulos var stor och bara från städerna rapporteras att 159 barn dött i tuberkulos under 1930.

Den dystra bilden förändrades inte nämnvärt under den följande 10-årsperioden. 1937 hade dock en ny dispensärorganisation införts, som indelade landet i distrikts- och centraldispensärer, vilket medförde intensifierad förebyggande, upptäckande och behandlande verksamhet. 1940 visade den offentliga tuberkulosstatistiken på 1579 nyupptäckta barn med tuberkulos, 85 dödsfall. Koloniverksamheten hade snarast ytterligare utvecklats, framför allt för barn från hotade tbc-miljöer.

1946 startade dåvarande Medicinalstyrelsen sin systematiska skärmbildsundersökning av svenska folket med målsättningen att på ett tidigt stadium upptäcka och behandla lungtuberkulosen. Intressant är att notera att alla personer som fyllt 10 år hade rätt att bli undersökta och att barn under denna ålder togs med i mån av tid och utrymme. Att detta var en enorm satsning framgår av resultaten under första femårsperioden då inte mindre än 1,8 miljoner civila, 500 000 militärer och 21 000 patienter intagna på sinnessjukhus blev undersökta. I 3,4 % av fallen påvisades tuberkulösa förändringar.

Under 1950- och 60-talen samverkade en rad faktorer till att reducera tuberkulosjukligheten och -dödligheten och i slutet av 1960-talet var den så låg, att man 1969 inte längre fann det befogat att fortsätta med den

systematiska skärmbildsundersökningen. Under 20-årsperioden 1950–1970 hade antalet nyupptäckta fall reducerats från 1,5 per 1 000 invånare till 0,3 och dödligheten från 0,22 till 0,05 per 1 000 invånare. Barntuberkulosen hade praktiskt taget försvunnit och under 1950–60-talen redovisas endast enstaka fall.

Mot denna bakgrund är det helt naturligt att barnavårdscentralen deltog mycket aktivt i kampen mot tuberkulos, särskilt som denna sjukdom ofta var relaterad till socialmedicinska riskmiljöer i allmänhet.

Under 1900-talets första decennier var tuberkulosen den dominerande dödsorsaken inom alla barnåldrar utom spädbarnsåret. Den senare gynnsamma utvecklingen med förbättrade överlevnadsförhållanden måste tillskrivas profylaktiska åtgärder och vårdmöjligheter. De fortskridande sociala framstegen var härvidlag av utomordentlig betydelse och dödligheten och sjukligheten, framför allt bland barn, kom att reduceras väsentligt innan modern dispensärverksamhet eller calmettevaccination mot tuberkulos kommit till större användning.

BCG-vaccination

BCG-vaccination (calmettevaccination) mot tuberkulos introducerades i Sverige i början av 1930-talet. Man betonade dock mycket starkt att vaccination bara var ett medel i kampen mot tuberkulos. Mer väsentligt ansåg man vara att genom höjd allmän levnadsstandard öka den naturliga resistensen mot tuberkulos samtidigt som man genom tidig upptäckt av tbc-fall, särskilt då hos barn, skulle erbjuda adekvat behandling. Trots det medicinska utvecklingsarbetet anses dock att förbättrad levnadsstandard var den väsentligaste bidragande faktorn till tuberkulosens snabba nedgång i dödlighet och sjuklighet i Sverige under 1940- och 50-talen. Efter Wallgrens initiala arbeten i början på 30-talet skulle det dock dröja flera år, innan man enades om riktlinjerna för BCG-vaccination av barn. Först 1948 beslöts att tuberkulosläkare och barnläkare tillsammans skulle vidtaga åtgärder och samverka för generell BCG-vaccination av nyfödda.

Efter detta kom BCG-vaccinationen att introduceras på förlossningsanstalterna i början av 50-talet som en frivillig vaccination. Vaccinationsformen fick ett positivt mottagande och redan 1950 noterades i Stockholm att 90 % av nyfödda blev BCG-vaccinerade på BB.

1952 föddes omkring 98 % av alla svenska barn på förlossningsanstalt, 92 000 av 101 000 barn som övervakades, dvs. 91 %, hade blivit BCG-vaccinerade på BB. Meddelande om BCG-vaccination lämnades från förlossningsanstalten till BVC på tidigare nämnda födelsemeddelande. Om barnet inte var BCG-vaccinerat ombesörjdes fortsatt kontroll, tuberkulinprövning och eventuell BCG-vaccination av BVC.

Tuberkulinprövning för att utröna om vaccinationen varit effektiv utfördes, liksom också eventuell omvaccinering, på BVC.

BCG-vaccinationen, som är frivillig, accepterades från början ganska allmänt och genomföres numera praktiskt taget på alla nyfödda barn.

Sedan man väl kommit igång med massvaccinationer på BB, tog man i

slutet av 50-talet upp diskussionen om calmettevaccinationen allttjämt är befogad i Sverige med hänsyn till tuberkulosens och framför allt barn-tuberkulosens försvinnande. Man fastslog då att BCG-vaccination av nyfödda ger ett fullgott skydd mot tuberkulös smitta under barnåren, vilken anses vara väsentlig, inte minst med tanke på ökad rörlighet inom befolkning och nya expositions-kontakter t. ex. via invandrare och man beslöt att BCG-vaccination av nyfödda tills vidare skulle bibehållas.

Barntuberkulosens försvinnande i förening med ökade insikter om tuberkulinprovets begränsade värde medförde dock att man på BVC sedan slutet av 60-talet inte längre kontrollerade, om BCG-vaccinationen slagit an. Tuberkulinprovning liksom eventuell omvaccinering mot tuberkulos görs numera via skolhälsovården.

Smittkoppor (variola)

Smittkoppor förekommer sedan flera år inte längre i Sverige annat än i enstaka, sporadiska fall. Den ökade turismen och dagliga flygkontakter från begränsade smittförande områden kombinerat med sjukdomens smittsamhet gör dock att vi fortfarande bibehåller vaccinationen som skydd för den enskilda individen och samhället. Vaccinationsdiskussionen aktualiseras också med jämna mellanrum i samband med begränsade utbrott av sjukdomen både här hemma och i Europa.

Smittkoppsvaccinationen är den enda obligatoriska vaccinationen och skall, om särskilda skäl ej föreligger, göras under det år barnet fyller 4 år. Den obligatoriska smittkoppsvaccinationen (lagen om smittkoppsympning 1916, reviderad 1958) hade genomförts med varierande framgång under 1930- och 40-talen. Under denna period möter man således ofta anmärkningar mot skolstyrelser, hälsovårdsnämnder och pastorsämbeten för bristande kontroll i fråga om övervakandet av smittkoppsvaccination.

1939 hade ett riksdagsförslag om lagens upphävande framlagts men, som det visade sig, klokt nog inte bifallits. Världshändelsernas utveckling med andra världskrigets utbrott och flyktingsituationen under kommande år ökade i stället behovet av smittkoppskydd och en klar ökning av antalet vaccinationer noterades under denna tid.

Först sedan man 1956 (SFS 1956: 290) beslutade att smittkoppsvaccination skulle ombesörjas via barnavårdscentralen fick man dock möjlighet att på ett effektivt sätt följa upp och kontrollera utförda vaccinationer på barn. Denna rapportering hade dittills varit ofullständig och icke årskullsredovisad.

Från 1960 kan därför följande till länsbyråer för folkbokföringen sammanställda material redovisas angående antalet smittkoppsympade barn.

Tabell 3.1 Antal utförda ympningar mot smittkoppor

År	Ålder		Summa
	0-4 år	5-14 år	
1960	76 595	58 082	124 677
1965	93 713	15 143	108 856
1966	106 196	17 497	123 693
1967	114 654	18 517	133 171
1968	96 250	15 329	111 579
1969	91 760	15 500	107 260

Anmärkning: Antalet vaccinationer varierar med årsgruppens storlek, men är tyvärr ej årskullsredovisad. Motsvarande siffror för 1970 kan för närvarande ej fås fram, då fr. o. m. detta år och i framtiden kumulerade tal för ympade barn skall redovisas.

Källa: Allmän Hälso- och Sjukvård.

Trippelvaccinering

Denna vaccination avser att ge skydd mot följande tre sjukdomar, nämligen kikhosta (pertussis), difteri och stelkramp (tetanus).

Kikhosta. Kikhostan drabbar i genomsnitt 60-70 % av den uppväxande icke vaccinerade generationen. Sannolika skäl talar för att kikhostan blivit lindrigare med åren och framför allt kan man effektivt behandla eventuella komplikationer, vilket idag medför en mycket ringa dödlighet i kikhosta. Framför allt på späda och små barn är dock kikhostan fortfarande en besvärlig och svårartad sjukdom med ett ofta allvarligt sjukdomsförlopp. Vid sidan om mässling framstår också kikhostan fortfarande som den besvärligaste barnsjukdomen. Detta har medfört att skyddet mot kikhosta varit mycket önskvärt och sedan man i början av 1950-talet haft effektivt vaccin att tillgå, det s. k. trippelvaccinet, har också detta accepterats i stor utsträckning. Antalet rapporterade fall i kikhosta har också minskat påtagligt under en 20-årsperiod, vilket framgår av följande tabell.

Tabell 3.2 Anmälda fall av kikhosta, översikt 1950-1970

År	Kikhosta
1950	14 400
1955	12 700
1960	9 000
1965	5 000
1970	2 200

Källa: Allmän Hälso- och Sjukvård.

Kikhosta och mässling men framför allt kikhosta orsakade avsevärd dödlighet hos barn, särskilt under spädbarnsåret under 1900-talets första

årtionden. Den förbättring som skedde fram till 5-årsperioden 1946–1950 (tabell 3.3) kan inte tillskrivas några speciella medicinska åtgärder utan sammanhänger snarare med de förbättrade allmänsociala levnads- och näringsförhållandena som utvecklades.

Tabell 3.3 Dödlighet i kikhosta och mässling, översikt 1911–1950

År	Kikhosta	Mässling
1911–15	3,5 ‰	1,0 ‰
1946–50	0,2 ‰	0,02 ‰

Källa: Allmän Hälso- och Sjukvård.

Difteri. Difteri har praktiskt taget varit försvunnen i vårt land sedan mitten av 1950-talet. Tidigare utgjorde dock sjukdomen ett allvarligt hot inte minst mot barnhälsan, den fruktade difteriska strypsjukan (krupp) var ett livshotande tillstånd, som inte sällan var dödligt förlöpande. Efter att ha legat på en nivå omkring 12 000 fall per år under 1910-talet hade vi i Sverige svåra difteriepidemier 1918–1922 med högst 40 500 rapporterade fall per år. Under slutet av 1920-talet liksom sedan under 1930-talet sjönk siffrorna för difteri ned till något 100-tal fall per år för att åter skjuta i höjden under andra världskriget med upp till 3 800 fall år 1944. Detta belyser att sjukdomar som difteri lätt kan blossa upp i samband med förändringar i det internationella läget t. ex. ökad flyktingström till Sverige. Av sådana skäl är det därför angeläget att bibehålla en god grundimmunitet, som lätt kan aktiveras till fullskydd om så erfordras.

Stelkramp. Stelkramp förekommer i Sverige med totalt 30–60 fall årligen, varav omkring 20–30 % med dödligt förlopp men endast i enstaka fall hos barn. Sjukdomen var betydligt vanligare förr, också hos barn. Då sjukdomen går att förebygga med vaccination är det angeläget att god immunitet mot stelkramp grundlägges redan under första levnadsåret. Skyddet kan senare aktiveras genom revaccination vid skolans början och i 20-årsåldern.

Trippelvaccinet

Efter förberedande prövningar av olika vaccinationsmodeller började man i Sverige använda trippelvaccin i större skala i början av 1950-talet. Vaccinationen blev relativt snabbt accepterad och mellan 1958 och 1960 räknade man med att omkring 70 % av samtliga barn hade blivit ”tripplade”.

Av det i trippelvaccinet ingående skyddet anser man att kikhoste- och stelkrampskomponenterna är de väsentligaste och värdefullaste. Under slutet av 1950-talet rapporterades emellertid enstaka allvarliga biverkningar från centrala nervsystemet efter trippelvaccination. Dessa biverkningar ansågs ha samband med den i vaccinet ingående kikhostekompo-

zenten. Noggranna undersökningar klargjorde dock att bevisat samband mellan vaccin och komplikation inte förelåg. Efter en tillfällig nedgång av antalet vaccinationer förorsakad av osäkerhet och oro både bland allmänhet och läkare ökade efter hand anslutningen åter till trippelvaccination.

I slutet av 1950-talet var i stort sett 70 % av BVC-övervakade barn trippelvaccinerade.

Från och med 1962 har en mer omfattande rapportering av trippelvaccinationer utförts.

Av tabell 3.4 framgår att i slutet av 60-talet drygt 90 % av BVC-övervakade 1-åringar erhållit trippelvaccinering.

Tabell 3.4 Antalet trippelvaccinerade barn uttryckt i procent av antalet barn övervakade på BVC under första levnadsåret

År	Antal BVC-övervakade 1-åringar	Antal trippelvaccinerade	Procent av övervakade
1962	94 829	68 330	72
1963	97 613	76 361	78
1964	105 099	90 523	86
1965	115 229	98 780	86
1966	117 101	106 917	91
1967	120 709	110 078	91
1968	112 923	104 043	92
1969	116 951	101 862	87
1970	108 564	101 458	93

Källa: Allmän Hälso- och Sjukvård.

Polio

Barnförlamningen (poliomyelit) hade under lång tid varit en fruktad sjukdom, inte minst i barnaåren, även om sjukdomen efter hand visade en tendens att angripa också vuxna upp i yngre medelåldern. Under 1930–1950-talet hade sjukdomen relativt täta utbrott med den sista stora polioepidemin under åren 1953–54. Sedan poliovaccinationer började genomföras i större skala 1956 har antalet poliofall avtagit år från år. År 1960 rapporterades 18 fall. 1961 124 och därefter har endast enstaka fall rapporterats; sedan 1967 har vi inte haft någon barnförlamning i Sverige.

Resultatet av den här mycket dramatiska utvecklingen måste helt tillskrivas den genomförda vaccinationen, inte bara av barn utan naturligtvis också av vuxna. Sedan 1963 då man började ge den fjärde poliosprutan har 552 000 förskolebarn och 1 333 000 skolbarn fått fyra injektioner. Sammanlagt har nu cirka 6 miljoner personer erhållit minst två injektioner och ungefär lika många tre injektioner, medan cirka 4,3 miljoner hittills fått fyra injektioner.

Då BVC inte rutinmässigt redovisar utförda vaccinationer årskullvis går det inte, utan tidskrävande undersökningar, att få fram procentuella andelen av varje årskull barn som vaccineras.

Mässling

Som tidigare framhållits spelar inte mässlingen idag samma dominerande roll ur rent medicinsk synvinkel som tidigare i Sverige (eller den fortfarande gör i u-länderna). I den diskussion som på senare år förts angående mässlingsvaccination har man inte tagit hänsyn bara till rent medicinskt-tekniska aspekter utan fastmer till det lidande och vårdbehov som sjukdomen framkallar och till den socialmedicinska konsekvensen för hem, familj och samhälle. Sjukdomen drabbar i genomsnitt 85 % av barn och ungdom, vilket innebär att i medeltal omkring 90 000 barn i förskolekolåldern insjuknar i mässlingen årligen. Dödligheten är numera mycket låg, omkring 0,035 per 1 000, vilket skulle innebära att mellan 2 och 3 barn dör årligen i mässling i Sverige. Antalet "sjukdagar" från daghem, lekskolor och skolor blir omkring 900 000. Mot denna bakgrund ansåg Socialstyrelsen, då effektivt vaccin fanns, att mässlingvaccination skulle prövas och efter viss försöksverksamhet under 1970–71 har mässlingsvaccination i en hittills begränsad omfattning utförts inom BVC-verksamheten. Man kan förvänta sig att också denna vaccination kommer att få ökad utbredning inom närmaste åren.

Vaccinationskalender

I cirkulär den 9 februari 1965 (MF 11) rekommenderade dåvarande Medicinalstyrelsen följande vaccinationskalender:

- | | | |
|-----|--|---|
| 1. | under nyföddhetsperioden: | BCG-vaccination |
| 2. | vid ca 2 mån. ålder:
(alternativt 7–9 mån.) | Smittkoppsvaccination |
| 3. | vid ca 3 mån. ålder: | Trippelvaccination I
Kontroll av smittkoppsvaccination och BCG-vaccination |
| 4. | vid ca 4 1/2 mån. ålder: | Trippelvaccination II |
| 5. | vid ca 6 mån. ålder: | Trippelvaccination III |
| 6. | vid ca 9–10 mån. ålder: | Poliovaccination I |
| 7. | vid ca 11–12 mån. ålder: | Poliovaccination II |
| 8. | vid ca 18–24 mån. ålder: | Poliovaccination III |
| 9. | vid ca 7 års ålder: | Poliovaccination IV |
| 10. | vid ca 7 års ålder: | Förnyelsesdos av difteristelkrampsvaccination. |

3.2.4 Mentalhygienisk verksamhet

Då de första levnadsåren är av avgörande betydelse för barnets personlighetsutveckling, är det väsentligt att man via BVC upplyser föräldrarna om barns normala utveckling, fysiskt, socialt, mentalt och emotionellt så att föräldrarna inte genom överkrav eller mindre lämpliga metoder framkallar störningar i det ordinarie beteendet eller neurotiska reaktionsmönster. Hittills har endast i relativt begränsad omfattning gruppdynamiska arbetsmetoder använts där en grupp föräldrar, tillsammans med BVC-personalen går igenom de normala utvecklingsfaserna i barnets liv. Mot bakgrunden av de påfrestningar av mentalhygienisk karaktär som barnfamiljen kan få utstå i det moderna samhället vore en

strukturerad familjeundervisning säkert värdefull. Ökad förståelse och upplysning om barnets normala utveckling i olika avseenden skulle därvid i stor utsträckning kunna förebygga negativ personlighetsutveckling.

Jämfört med tidigare har också den förebyggande barnhälsovården på senare år blivit mera psykosomatiskt inriktad. Utvecklingsrubbnings- eller beteenderubbnings hos barnet kan inte sällan återspegla riskfaktorer av social karaktär hos föräldrarna eller i barnets närmiljö. Inom BVC har man då möjlighet att anordna särskilda mottagningar för mentalhygienisk rådgivning. I första hand har dessa mottagningar varit avsedda för barn med anpassnings- och/eller uppfostringssvårigheter. I slutet av 1950-talet och början av 60-talet anordnades omkring 800 sådana mottagningar om året vilket sannolikt mer belyser det begränsade intresset än behovet för dessa specialmottagningar. Det belyser också att den mentalhygieniska rådgivningen ganska sent kommit in i BVC-verksamheten.

I det här sammanhanget måste dock påpekas att BVC-besöket, om det är rätt utformat, inte bara skall innebära en snabb rutinkontroll av barnet, utan besöket skall också ge möjlighet till en kort pratstund med föräldern. Naturligtvis skall detta samtal vara ett led i en kontinuerlig mentalhygienisk rådgivning; man skall kunna bilda sig en uppfattning om föräldrarnas förmåga att ta emot råd och anvisningar och i största allmänhet sköta om barnet. Föräldrarna skall också ha en möjlighet att fråga om de dagsaktuella bekymren beträffande barnets uppfödning, utveckling eller uppfostran (Gustavsson, Socialmedicinsk Tidskrift 1971). Det har dock påpekats att många föräldrar upplever BVC mest som en myndighet som är till för att kontrollera att barnet sköts ordentligt! Tre fjärdedelar av de tillfrågade föräldrarna hade dock upplevt BVC som en frivillig rådgivningsbyrå, dit man gått för att få diskutera problem och få barnet hälsoundersökt. Angående rådfrågning på BVC uppgav ungefär 25 % av föräldrarna, att de frågat om olika uppfödningssvårigheter eller sömnrubbningsproblem – ingen enda hade däremot ansett sig behöva anlita BVC i samband med uppfostringsproblem. Föräldrarna i den aktuella undersökningen angav ofta att de långa väntetiderna och stor brådska under besöket varit orsaken till att de inte velat vända sig till BVC med uppenbart tidskrävande uppfostringsproblem. Mot den bakgrunden förefaller det önskvärt att BVC själv ändrar sin attityd och i högre grad eftersträvar att vara ett positivt och vänligt serviceorgan i den psykosomatiska barnhälsovårdens tjänst!

Barnomsorgsgruppen

De här tankegångarna har också tagits upp av Barnstugeutredningen, som i sitt betänkande (Förskolan, SOU 1972: 26–27) understrukt vikten av särskilda insatser för barn med särskilda behov av stöd och stimulans. Man föreslår där ett direkt samarbete mellan socialvård och barnhälsovård i syfte att ge barn och barnfamiljer det stöd, som de behöver. I Barnstugeutredningen tänkte man sig, att en socialarbetare skulle arbeta

på barnavårdscentralen tillsammans med den övriga personalen för att via BVC bedriva en uppsökande och förebyggande verksamhet.

Denna idé vann snabbt gehör och i juni 1973 tillsattes en arbetsgrupp för samhällets barnomsorg – Barnomsorgsgruppen – som bl. a. skulle ha till uppgift att utreda och klarlägga formerna för en mellan barnhälsovården och socialvården gemensam uppsökande verksamhet. Man hade då redan via socialstyrelsen bedrivit viss försöksverksamhet i enlighet med Barnstugeutredningens förslag och erfarenheterna från denna studie visade klart värdet av ett intensifierat samarbete mellan landstingens mödra-/barnhälsovård och kommunernas socialvård.

Syftet med den nya försöksverksamheten var att man genom socialvårdens uppsökande verksamhet ville erbjuda alla barn den service, som varje barn och dess familj behöver. Man tog då särskilt sikte på förskolebarnen, som av fysiska, psykiska, sociala, språkliga eller andra skäl behöver särskilt stöd i sin utveckling. Från och med 1 juli 1975 föreligger ju också en lagstadgad skyldighet för kommunen att bedriva en uppsökande verksamhet, som tillförsäkrar dessa barn det stöd som de behöver.

I Barnomsorgsgruppens arbete har barn med särskilda behov av stöd och stimulans intagit en central plats. Det kan gälla barn, som bor isolerat, barn vars hemmiljö är stimulansfattig eller där allmänt sett risk för en ogynnsam utveckling kan föreligga. Andra exempel på situationer, där barn kan vara i särskilt behov av omsorg från samhället, är krissituationer i familjen t. ex. på grund av missbruk, sjukdom, skilsmässa, arbetslöshet eller liknande. Naturligtvis kan samhällets stöd behövas inte enbart för barnen utan även för andra familjemedlemmar eller familjen i dess helhet.

De bärande principerna för den gemensamma uppsökande verksamheten bör, enligt Barnomsorgsgruppen, vara att den

- har en klar förankring inom den kommunala socialvården
- omfattar alla barn upp till sju år
- bygger på föräldrarnas medverkan
- samordnas mellan landstingets mödra- och barnhälsovård.

Målet är att nå alla familjer med barn under sju år med en bred social information. Detta skulle också erbjuda tillfälle för föräldrarna att diskutera med socialarbetaren om olika vardagsproblem samtidigt som man av barnhälsovårdens personal på vanligt sätt kan få råd och hjälp i olika hälsovårds- och uppfostringsfrågor.

Barnstugeutredningens förslag omfattar sådan gemensam kontakt åtminstone vid två tillfällen, helst vid 4 års ålder (förskoleundersökningen) och sedan våren före skolstarten, vid 6 års ålder (nybörjarinskrivningen). Försök med förskoleundersökning vid 4 års ålder har redan prövats i socialstyrelsens regi i Haninge, Skellefteå och Eskilstuna kommuner.

I den gemensamt mellan barnhälsovården och socialvården bedrivna uppsökande verksamheten kunde man konstatera, att mer än hälften av de familjer, vars barn bedömts, hade behov av stöd eller stimulans i olika sociala frågor.

Barnomsorgsgruppen framhåller också, hur väsentligt det borde vara att viss upplysande verksamhet kunde starta redan på mödravårdscentralen och sedan följas upp via BB och fortsätta på barnavårdscentralen. Man framhåller också värdet av att på sikt kunna bedriva en föräldrautbildning, som når alla barnfamiljer.

I Barnstugeutredningen framlagda förslag, som tagits upp av Barnomsorgsgruppen, understrykes ytterligare den betydelse, som samhället i dag tillmäter omsorgen och omvårdnaden av barnen. Socialarbetarens medverkan i barnhälsovårdslaget understryker också den gradvisa förskjutningen av problemen från det rent medicinska mot det socialmedicinska hållet.

3.3 Utvecklingen sedan 1940-talet

Sedan statsbidragsbestämmelserna trätt i kraft 1938 gick utvecklingen av den förebyggande barnhälsovården snabbt framåt vilket framgår av tabell 3.5, som visar utvecklingen från 1942 då den intitala inkörningsperioden kan anses vara avslutad.

Tabell 3.5 Omfattning av hälsokontroller av barn i åldern 0–6 år under åren 1942–1970. Procent av samtliga barn i respektive åldrar, medeltal för respektive perioder

År	0 år	1 år	2 år	3 år	4 år	5 år	6 år
1942–45	74,7	34,9	10,3	3,2	1,6	1,0	0,5
1951–55	93,1	79,5	53,0	29,7	16,7	12,6	8,9
1961–65	96,6	93,7	76,7	58,5	48,2	38,5	28,5
1970	99 %	98 %	←—————		67 %	—————→	

Källa: Allmän Hälso- och Sjukvård.

Landstingen och städer utanför landsting blev huvudmän för verksamheten och naturligtvis kom de på olika håll existerande "mjölkdroparna" att inordnas i den nya organisationen.

Fram till mitten av 1950-talet var det framför allt barn under tre års ålder som kontrollerades på barnavårdscentralerna. Först i början på 1960-talet hade resurserna utökats så pass att man då hade möjligheter att kontrollera ungefär hälften av barnen i 3–4-årsåldern. När man nu ser tillbaka på denna utveckling måste man dock komma ihåg att den då gällande normalinstruktionen för förebyggande barnavård var så utformad att huvudmannen, efter samråd med läkaren, bestämde hur många årsgrupper av barn, utöver spädbarnsåret, som skulle kontrolleras på barnavårdscentralerna. Om, som i många fall, resurserna var begränsade framför allt personellt i fråga om läkare och sköterskor är det ganska naturligt att man till en början koncentrerade sig på barn i de första levnadsåren, som ju ur socialmedicinsk och utvecklingsmässig synpunkt är de väsentligaste och viktigaste. Föräldrarnas intresse för den rutinmäs-

signa hälsokontrollen visade sig också avta med barnets tilltagande ålder. När det gäller äldre barn, vilkas hälsa och utveckling inte vållade några bekymmer, fann föräldrarna inte samma behov av att rådfråga barnavårdscentral. Intresset för undersökningar av äldre förskolebarn ökade dock markant, då man utöver den vanliga rutinundersökningen dessutom kunde erbjuda syn- och hörselkontroller.

Också om utvecklingen kan anses ha gått snabbt tog det dock 30 år i ett högt utvecklat samhälle som vårt, innan man 1970 hade 99 % av samtliga barn under 1 år och 98 % under 2 år kontrollerade på BVC. Av barnen i åldern 2–7 år var då 67 % under BVC-kontroll.

Till mycket stor del är det BVC-sköterskornas förtjänst att utvecklingen gått så snabbt och att den förebyggande barnvården accepterats så fint och fått en sådan goodwill hos allmänheten. — Den av dåvarande Medicinalstyrelsen 1955 förordade rapporteringen (MF 151/1955) av alla nyfödda från förlossningsanstalter till den förebyggande barnavårdens organ fungerade från början i stort sett bra, vilket också medförde att sköterskan vid barnavårdscentralen fick ett gott grepp om alla nyfödda inom sitt distrikt. Hon kunde därför med stor regelbundenhet göra det viktiga och rekommenderade första hembesöket 1–2 veckor efter moderns och barnets hemkomst från BB för att då etablera den rätta kontakten, vilket var förutsättningen för det fortsatta BVC-arbetet. Förtjänsten av den snabbt ökande besöksfrekvensen på BVC under de första 5-årsperioderna skall utan tvekan tillskrivas sköterskor, som med kunnighet och entusiasm fått också ibland motsträviga eller tveksamma föräldrar och vårdnadshavare att inse nyttan av fortsatta BVC-kontroller.

Framför allt under 1940- och 50-talen stod utöver de i tabell 3.5 redovisade barnen ett avsevärt, men siffermässigt obekant antal barn enligt allmän erfarenhet under fullgod hälsokontroll av provinsialläkare och privatpraktiker utan att bli redovisade i statistiken över den förebyggande barnvården. Med den reservationen liksom också med reservation för bristfällig rapportering under barnavårdsverksamhetens första 5-årsperioder kan dock siffrorna i tabell 3.1 ge oss en ungefärlig uppfattning om barnavårdens kvantitativa utveckling från starten fram till våra dagar.

Det dröjde alltså inte många år förrän BVC-organisationen funnit sin organisatoriska form och vuxit upp som ett relativt tätt nät över hela riket. Omkring år 1950 omspände den förebyggande barnvården ur organisatorisk synpunkt 99 % av landets aktuella befolkning med totalt 1 548 enheter. Efter hand kom BVC-organisationen också att både accepteras och uppskattas av mammorna på ett utomordentligt sätt. Verksamheten har utvecklats och förbättrats, framför allt på så sätt att fler barnavårdscentraler av typ I kommit till stånd, där barnen kontrolleras av läkare med specialistutbildning i pediatrik. Vid barnavårdscentral typ II leds arbetet av distriktsläkare utan specialistutbildning i pediatrik, medan däremot sköterskan har, liksom vid barnavårdscentral typ I, viss specialutbildning. Vid barnavårdsstationer och filialer leds arbetet som regel av distriktsläkare och distriktssköterska.

I tabell 3.6 har antalet barnavårdscentraler, stationer och filialer

sammanställt under åren 1940–1970. I en strävan att kvalitativt förbättra verksamheten har man under 1950- och 60-talen inrättat fler och fler barnavårdscentraler av typ I. Med ett gradvis bättre utvecklat kommunikationssystem under 1960-talet, där framför allt biltransporter till och från barnavårdscentraler hade stor betydelse, kunde man också reducera antalet enheter något. Samtidigt beslöt man 1969 att upphöra med barnavårdsstationer och barnavårdsfilialer. Den förebyggande barnavården koncentreras nu till barnavårdscentraler typ I och II och uttrycket ”förebyggande barnavård” utbyttes i och med normalreglementet för mödra- och barnhälsovård (MF 1969: 39) mot den mer riktiga benämningen barnhälsovård. – 1970 kontrollerades drygt 50 % av alla barn inskrivna i barnavårdscentralen på barnavårdscentral typ I, dvs. av specialistutbildad barnläkare.

Tabell 3.6 Antal barnavårdscentraler, stationer och filialer.
Översikt 1940–1970

BVC I = Barnavårdscentral typ I
BVC II = Barnavårdscentral typ II
BVC stat. = Barnavårdsstation
BVC filial = Barnavårdsfilial

År	BVC I	BVC II	BVC stat.	BVC filial	Summa
1940	35	29	260	100	424
1950	143	63	520	822	1 548
1960	177	49	576	713	1 515
1970	352	907	*	*	1 259

* Från år 1969 utgår begreppen station och filial.

Källa: Allmän Hälso- och Sjukvård.

Högre än till de nuvarande frekvenssiffrorna för spädbarn och småbarn, som angivits i tabell 3.5, torde man inte kunna komma, även om verksamheten från början gjorts obligatorisk. De resurser och den goodwill som BVC-organisationen nu har kommer dock med all sannolikhet att ge en fortsatt expansion av verksamheten, vilket kommer att innebära att dels anslutningssiffrorna, framför allt för barn i de äldre förskolegrupperna, kommer att öka, dels också att fler och fler barn kommer att bli kontrollerade av specialistutbildad barnläkare på BVC av typ I.

BVC-organisationens utveckling i kvantitativa termer sedan 1940-talet kan delvis också belysas med medeltal besök hos läkare, sjuksköterskan och de hembesök av sjuksköterskan för spädbarn, 1-åringar och 2–7-åringar, som sammanställts i tabellerna 3.7–3.9. Besöksmedeltalet för de olika grupperna av barn återspeglar sannolikt vissa förändringar i rutinerna inom barnhälsovården.

Beträffande spädbarnen, tabell 3.7, är antalet besök hos läkaren väsentligen oförändrat 1940 jämfört med 1970, medan däremot besöken hos sköterskan ökat på bekostnad av hennes hembesök, som minskat från 5,4 till 2,9 i medeltal.

Tabell 3.7 Medelbesök hos läkare, sjuksköterska och hembesök av sjuksköterska per spädbarn och år.
Översikt 1940–1970

År	Hos läkaren	Hos sköterskan	Hembesök av sköterskan	Totalt
1940	4,2	—	5,4	9,6
1950	2,9	0,8	4,8	8,5
1960	3,8	1,3	4,7	9,8
1970	4,5	3,1	2,9	10,5

Källa: Allmän Hälso- och Sjukvård.

För att hinna med fler och fler barn har det blivit mer rationellt för sköterskan att ta emot dem på sin mottagning. Möjligen kan man också i siffrorna utläsa att den initiala så viktiga och väsentliga "uppsökande" verksamheten inte längre behövs. — Mammorna kommer nu gärna till BVC på de rekommenderade kontrollerna. Å andra sidan gav säkert hembesöken till en början mycket värdefull kännedom om familjens och barnets levnadsförhållanden med tanke på den totala miljön både ur socialmedicinsk, hygienisk och samlevnadssynpunkt.

Det kan starkt ifrågasättas om inte hembesöken idag är lika angelägna som de var då BVC introducerades också om de problem som nu möter BVC-sköterskan är helt annorlunda än på 40-talet. Å andra sidan har kvalitativt mer komplicerade arbetsrutiner gjort det nödvändigt för BVC-sköterskan att koncentrera verksamheten till centralen.

Medelbesöken för 1970 för spädbarn stämmer också väl överens med det Socialstyrelsens förslag till kontakter mellan barnavårdscentralen och det friska barnet som nyligen lämnats i "Anvisningar och kommentarer till journal inom barnhälsovården" (1972), där det föreslås att läkaren ser barnet fem gånger och sköterskan tre gånger på mottagningen och att sköterskan dessutom gör tre hembesök under första året.

För 1-åringens besök på barnavårdscentralen finns det inga uppgifter får 1940, men från 1950 (tabell 3.8) ser man samma trend som för spädbarn, nämligen att besök hos läkaren liksom totala antalet besök är oförändrat medan återigen sköterskans hembesök ser ut att ha ersatts av besök på mottagningen. Samma förhållande gäller för barn i åldern 2–7 år, se tabell 3.9.

Tabell 3.8 Besök hos läkaren, sjuksköterskan och hembesök av sjuksköterskan per 1-åring och år.
Översikt 1950–1970

År	Hos läkaren	Hos sköterskan	Hembesök av sköterskan	Totalt
1950	1,4	0,3	1,7	3,4
1960	1,3	0,5	1,2	3,0
1970	1,6	1,0	0,5	3,1

Källa: Allmän Hälso- och Sjukvård.

Tabell 3.9 Besök hos läkaren, sjuksköterskan och hembesök av sjuksköterska per 2-7-åring och år.
Översikt 1950-1970

År	Hos läkaren	Hos sjuk- sköterskan	Hembesök av sköterskan	Totalt
1950	0,9	0,2	1,1	2,2
1960	0,9	0,4	0,7	2,0
1970	0,8	0,6	0,4	1,8

Källa: Allmän Hälso- och Sjukvård.

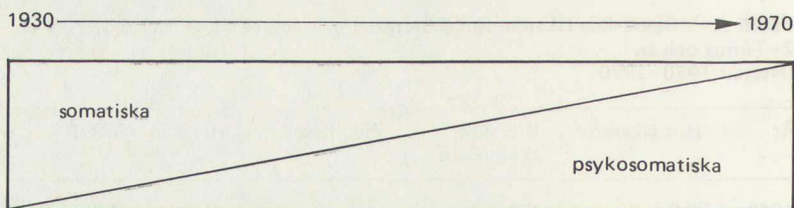
Både för 1-åringen och för de äldre barnen har antalet besök hos sköterskan i medeltal tredubblats, medan däremot hembesöken reducerats till en tredjedel. Totalt tycks medeltalet kontakter med BVC ha ökat något för spädbarn, minskat något för 1-åringar och äldre barn.

3.4 Utvecklingstrender

Mot den här bakgrunden kan man kanske våga påstå att den barnhälsovårdande verksamheten dels blivit mer "centraliserad", dvs. knuten till själva barnavårdscentralen, dels också att verksamheten har blivit mer spädbarnscentrerad. Sköterskornas hembesök har minskat i antal till förmån för barnets besök på centralen och antalet BVC-kontakter har ökat mest för spädbarn.

Från början ansågs hembesöken vara en av sköterskans viktigaste uppgifter inom den förebyggande barnavården. Vid hembesök skulle sköterskan kunna se barnet i dess egen miljö och kunna bli förtrogen med föräldrarna och barnets hemförhållanden, kunna träffa föräldrarna på ett naturligt sätt, ge råd om barnets fysiska och psykiska vård och allmänna uppfostran. Vid hembesöken kunde också givna råd och instruktioner om t. ex. hygien och uppfödning lätt följas upp och kontrolleras. Inte minst gällde detta i socialt och/eller ekonomiskt svaga miljöer där man enligt erfarenhet under större delen av 40-talet hade en överrepresentation av "klassiska" BVC-problem som uppfödningssubbningar, bristsjukdomar och infektionssjukdomar; engelska sjukan, blodbrist och upprepade diarréer, allt vanligen förorsakat av bristfällig kunskap i elementär barnavård.

Den socio-ekonomiska utvecklingen med förbättrad levnadsstandard och ökad kunskap och insikt har medfört att 1930- och 40-talens problem, som övervägande var somatiska, gradvis har kommit att ersättas av mer psykosomatiska och mentalhygieniskt färgade problemställningar. Sannolikt har den totala ramen för hälsovårdsproblem varit oförändrad, men 1930- och 40-talens väldigt påtagliga somatiska problem trängde undan de psykosomatiska och mentalhygieniska problemen. — Förloppet har mycket schematiskt åskådliggjorts i figur 3.2. Efterhand som t. ex. bristsjukdomar, upprepade infektioner och uppfödningssubbningar försvunnit ur bilden har psykosomatiska och mentalhygieniska störningar



Figur 3.2 Schematisk framställning av utvecklingen inom barnhälsovården beträffande somatiska och psykosomatiska problem.

kunnat göra sig mer gällande och krävt insatser från barnhälsovårdens sida.

Behovet av råd och hjälp från barnavårdscentralen är minst lika stort nu som förr, men problemen är alltså annorlunda. Det gäller inte i samma omfattning rent somatiska problem utan fastmer psykosomatiska problem, där mentalhygienisk rådgivning med tonvikten på barnets psykiska utveckling och fostran blivit långt mer betydelsefull. Naturligtvis finns här en lång rad samverkande orsaker, den väsentligaste är säkert den ovan relaterade, där psykosomatiska besvären nu kan dominera bilden mer på bekostnad av tidigare mer allvarliga somatiska störningar.

Man får också komma ihåg att en snabb urbanisering och kollektivisering ställer större krav på både föräldrar och barn i ett starkt föränderligt samhälle. Familjestrukturen och därmed barnets situation i familjen och samhället har förändrats gradvis under de senaste årtiondena och innan samhällets kompletterande barntillsyn har funnit sin form måste man räkna med att olika konfliktsituationer inom familjen kan uppstå som direkt och indirekt återverkar på barnets fysiska och psykiska hälsa. Barnhälsovården har, som tidigare nämnts, till sin inriktning alltid varit preventiv och det är helt naturligt att man idag med sikte på framtiden bör försöka verka förebyggande också inom de olika aktuella mentalhygieniska problemområden som nu finns.

När BVC-verksamheten började gick sköterskan hem för att ta reda på hur barnen bodde och hade det. Man koncentrerade sig på riskmiljöer där klassiska problem fanns och kunde förebyggas eller lindras för att senare förhindras. Idag gäller det precis samma sak, men problemen och miljöerna är andra – vi har inte längre fattiga slumdistrikt med dålig hygien, olika bristsjukdomar eller upprepade täta infektioner hos undernärda barn som på 30-talet. Vi har hårt urbaniserade höghuskollektiv med samlevnadsproblem och beteendevikelser. Den socialmedicinska riskmiljön har skiftat karaktär – fått ett annat ansikte – men den finns där på samma sätt nu som då. Vi behöver sköterskans hembesök för att försöka förändra situationen till det bättre. Mot den bakgrunden ville man gärna vända trenden och göra det möjligt för BVC-sköterskan att kanske göra fler hembesök än vad som nu är fallet.

Den planerade distriktsbarnläkarorganisationen med integrering av hälso-, sjuk- och socialvård är en väg för att försöka komma till rätta med dessa problem, (Gyllensvärd, Barnmedicin, socialstyrelsen 1973).

Tidigare har fahällits, att BVC-verksamheten organiserades utifrån samhällets behov och de förutsättningar, som rådde i slutet av 30-talet och början av 40-talet. Mot den bakgrunden är det ganska naturligt, att

man alltmer är angelägen om att se över verksamheten för att klarlägga på vad sätt den behöver förändras för att utvecklas i takt med tiden och svara upp emot barnens, föräldrarnas och samhällets krav. Ett sätt att belysa detta är att ta reda på föräldrarnas erfarenheter av BVC-verksamheten. Sundelin (Parents' experiences of child health centres, Scand. J. Soc. Med. 1: 133, 1973) har belyst detta i en studie i Uppsala, där han gick ut och via ett frågeformulär tog reda på vad omkring 500 föräldrar till barn i åldern 1/2 till 1 1/2 år visste och tyckte om BVC. En övervägande majoritet tyckte, att de hade haft klar nytta av barnavårdscentralens verksamhet. Det framkom dock önskemål om mera läkartid vid besök på BVC, helst samma läkare under längre sammanhängande perioder. Dessutom behövdes mer skötersketid inte minst för telefonrådföring. Det framkom ett klart önskemål om kvällsmottagningar på BVC, inte förvånande med tanke på att många småbarnsföräldrar nu är dubbelarbetande! Man kunde också belysa, att BVC:s information ofta var bristfällig och inte gick fram till föräldrarna. Som exempel nämndes att en tredjedel av föräldrarna inte visste, varför barnen fick AD-vitamin! Mera tid för samtal, upplysning och undervisning bland enskilda föräldrar eller i grupp bedömdes som värdefullt. Speciellt intressant att konstatera är att de föräldrar som hade svårigheter i samarbetet med BVC-personalen också hade problem med egna barns beteende och uppfostran. Det belyser hur viktigt det är att ägna mer tid och mycket uppmärksamhet just åt "besvärliga" föräldrar, eftersom det finns stor sannolikhet för att just deras barn och de själva behöver BVC:s hjälp och stöd.

I sin avhandling "Studier av olika faktorerets betydelse för funktionen hos samhällets hälso- och sjukvård för barn" (Acta Universitatis Upsalien-sis, 224, Uppsala 1975) har Sundelin tagit upp diskussion om barnavårdscentralens framtida funktion. Det framhålls att barnavårdscentralen bör fungera som ett informationscentrum och som en aktiv socialpediatrisk enhet med primäransvar för olika riskgrupper. Dessa arbetsuppgifter förutsätter att läkare och sjuksköterskor vid barnavårdscentralen har fördjupade kunskaper om barns behov, utveckling och beteende. Det vore därför naturligt att barnhälsovården allt mer anförtros åt barnläkare och barnsjuksköterskor med speciell utbildning i barnsjukvård och barnhälsovård. Detta är också ändamålet med den tidigare nämnda, av Socialstyrelsen planerade utbyggnaden av distriktsbarnläkarorganisationen genom vilken man dessutom får en bättre samordning av samhällets hälsovårdande, sjukvårdande och socialvårdande resurser för barn och ungdom.

Invandrarbarn

Under 1950- och 60-talen kom man alltmer på barnavårdscentralerna i kontakt med en "ny" grupp barn nämligen invandrarbarnen. För närvarande har vi över 500 000 utlänningar i Sverige, många kommer från länder med andra normer och värderingar än våra, ifrån länder med lägre hygienisk standard, där tuberkulos och barnförlamning fortfarande hör till vardagens verkligheter och där barnadödligheten och barnasjukligheten är mycket högre än hos oss. Inte sällan har föräldrarna en lägre

skolutbildning och saknar förståelse för att deras barn i den nya miljön behöver utvecklingsstimulans och utbildning. Språk- och tolkfrågan är ofta svårlösta problem särskilt vid akuta behov som t. ex. vid sjukdom. Språksvårigheterna bidrar till isoleringen. Många invandrare får kontaktsvårigheter, känner sig otrygga i ett främmande och hastigt pulserande svenskt samhälle. Tryggheten, inte minst för barnen, finns i den egna kretsen bland landsmän. Barnens anpassning i familjen är bättre, familjens anpassning i samhället och barnens anpassning i samhället kan vålla problem inte minst när det gäller skolan. Överkrav och bristande förståelse från skolan och samhällets sida till vilket bristande språkförståelse naturligtvis bidrar skapar förutsättningar för skolskräck och skolleda. Ibland projiceras skolledan mot samhället och leder till asocialitet. Mekanismen är precis densamma som vi ser bland svenska skolungdomar men förstärks hos invandrarungdomarna genom deras speciella situation.

Invandringen i Sverige är koncentrerad till Stockholms-regionen, Göteborgs- och Malmö-regionerna. Med tanke på invandrarbarnens ofta mycket varierande bakgrund är det då naturligt att barnhälsovården och barnavårdscentralerna ägnar invandrarbarnen speciell omsorg. Olika undersökningar belyser att invandrarbarn som regel inte har samma regelbundna kontakt med barnavårdscentral som svenska barn i motsvarande ålder. Eftersom de utländska barnen inte sällan utgör en riskgrupp ur socialmedicinsk synpunkt, är barnavårdscentralens uppsökande verksamhet särskilt värdefull. Beträffande invandrarbarnens sjuklighet förefaller den inte att avvika nämnvärt från svenska barns.

3.5 Hälsokontroll av 4-åringar

3.5.1 *Bakgrund och målsättning*

En av de bärande principerna inom barnhälsovården är att förebygga respektive tidigbehandla sjukdomar och skador, som kan verka invalidiserande. Utan tvekan har också barnavårdscentralernas profylaktiska verksamhet räddat otaliga barns hälsa och förebyggt många handikapp. Detta har i sin tur medfört en betydande avlastning av sjukvården. Det råder vidare enighet om att det första och andra levnadsåret ur hälsokontrollsynpunkt måste anses vara de viktigaste. Det är fram till 2-årsåldern barnet löper de största hälso- och handikappriskerna. Under denna ålder är övervakningen, som tidigare framhållits, vid BVC nära 100 %-ig. Besöksfrekvensen har dock fortfarande en tendens att avta med stigande ålder. Denna tendens har emellertid blivit något mindre uttalad under de senaste åren.

I nu gällande normalreglemente för BVC anges som angeläget att verksamheten så snart omständigheterna medger utbyggs till att omfatta alla barn i förskoleåldern. Till detta kan sägas att, även om en successiv utbyggnad omfattande allt högre åldrar håller på att ske, är det uppenbart att möjligheterna till en snabb utveckling mot en 100 %-ig

kontroll av samtliga förskolebarn på många håll är starkt begränsade. Samtidigt är det av vikt att det inte uppstår "en tyst period", en lucka i hälsoövervakningen i de åldrar, då lättare störningar i den normala fysiska eller psykiska utvecklingen säkrast kan diagnostiseras och behandlingsåtgärder insättas. Ju tidigare man upptäcker ett handikappande sjukdomstillstånd och ju tidigare man kan insätta adekvat behandling, desto bättre resultat kan man förvänta sig.

Mot den här allmänna bakgrunden och efter påtryckningar bl. a. från olika handikapporganisationer uppdrog Kungl. Maj:t 1967 åt dåvarande Medicinalstyrelsen att utarbeta normer för en allmän hälsokontroll av 4-åringar — den s. k. 4-årskontrollen. Denna reform stimulerade och breddade debatten beträffande barnhälsovården och tillförde BVC-verksamheten utomordentligt värdefulla resurser. I det följande skall en kortfattad redogörelse för hälsokontrollen av 4-åringar lämnas (Socialstyrelsen redovisar ett förslag till allmän hälsokontroll av 4-åringar, Nr 2, Stockholm 1968).

Målsättningen för denna riktade hälsokontroll var att klarlägga förekomsten av sjukdom och/eller handikappande tillstånd i vidaste bemärkelse i förskoleåldern. Fyraårsåldern ansågs ur medicinsk synpunkt vara den lämpligaste åldern för en sådan mer riktad hälsokontroll, då barn i denna ålder kan medverka i vissa undersökningar, då det gäller att t. ex. upptäcka syn- och hörseldefekter.

3.5.2 *Barns hälsotillstånd*

För att bedöma barns hälsotillstånd är en kontinuerligt återkommande hälsokontroll speciellt värdefull, eftersom det gäller en växande individ under utveckling. Basen för en longitudinell prospektiv hälsokontroll lades redan vid slutet av 1930-talet genom den förebyggande barnavården och skolhälsovården. Till detta kommer en alltmer utbyggd undersökning av alla nyfödda barn under vistelsen på BB, en undersökning som i slutet av 1960-talet blivit strukturerad och kan beskrivas som en systematisk tvärsnittsundersökning, i allt större utsträckning utförd av kvalificerad barnläkare. Genom denna tvärsnittsundersökning på BB fångas således klara avvikelser upp och föranleder adekvat behandling. Resultatet av undersökningen översändes till BVC i form av ett medicinskt födelsemeddelande och ligger till grund för den fortsatta BVC-kontrollen.

Undersökningen i nyföddhetsperioden erbjuder också möjligheter att för framtiden särskilt kontrollera de barn som bedöms ha ökad risk att utveckla handikappande funktionsrubbnings. Genom att organisatoriskt och administrativt samordna barnhälsovårdens resurser har man alltså inom loppet av 30 år byggt upp ett system för alla barn i en longitudinell, dvs. regelbundet återkommande hälsokontroll med tvärsnittsmässigt förhöjd intensitet under nyföddhetsperioden, i 4-årsåldern och avslutningsvis i 7-årsåldern då barnet börjar skolan. Genom basundersökningen i nyföddhetsperioden har man också skapat möjligheter för en riktad hälsokontroll av s. k. riskbarn.

3.5.3 Handikappade barn

Under slutet av 1950-talet kom man alltmer att rikta uppmärksamheten mot de handikappade barnens situation. Totalantalet handikappade barn och ungdom i Sverige under 21 års ålder uppskattades 1965 till mellan 26 000 och 37 000 (proposition 75:1965). Ungefär 40 % av dessa beräknades ha enbart ett mentalt handikapp (efterblivna), ungefär lika många bedömdes ha ett somatiskt handikapp, medan återstående, cirka 20–25 %, var dubbelhandikappade med somatiskt och mentalt handikapp. Resultatet från några undersökningar belysande frekvensen av mentalt och somatiskt handikapp bland barn redovisas i tabell 3.10. Materialet från Östergötlands län har sammanställts av Herlitz (1955), undersökningen i Örebro län av Brandberg och Rundberg (1959) och materialet från Västernorrlands län av von Sydow (1966). Skolöverstyrelsens sammanställning omfattar 7-åriga barn 1967. Trots att de olika materialen ur bl. a. ålderssynpunkt inte är direkt jämförbara får man en god uppfattning om frekvensen handikappade barn, som för mentalt handikapp uppgår till i genomsnitt 5 ‰, för somatiskt handikapp 5,7 ‰ och totalt i de olika materialen blir genomsnittssiffran för mentalt och somatiskt handikapp 11,4 ‰. Siffrorna för ett ur handikappsynpunkt nyligen väl bearbetat patientklientel – Uppsala län – ligger relativt nära frekvenser man funnit i andra refererade undersökningar.

Tabell 3.10 Frekvens handikappade barn i promille

	Mentalt	Somatiskt	Totalt
Östergötlands län	5,7	6,7	12,4
Örebro län	5,4	5,5	10,9
Malmöhus län	5,2	4,8	10,0
Västernorrlands län		7,5	
Skolöverstyrelsen	4,1	3,6	7,7
Uppsala län	4,8	6,4	11,2

Källa: Socialstyrelsen redovisar, nr 2, 1968.

För *mentalt handikappade* barn är frekvenssiffran något osäker, bl. a. beroende på arten och graden av efterblivenhet, mental retardation. Om lätt mental retardation hos barn i övre skolåldern skall medtagas bör frekvenssiffror på mellan 7 och 8 ‰ vara mer sannolika. Eftersom frekvenssiffran i förskoleåldern ligger omkring 4 ‰ kan detta tala för att man inte lyckats fånga upp mer än hälften av mentalt handikappade i den aktuella åldersgruppen.

Beträffande *somatiska handikapp* utgör rörelsehindrade barn ungefär 2,6 ‰. Också där måste arten och graden av rörelsehinder närmare klarläggas för att få en tillförlitlig bild av handikappets socialmedicinska tyngd. Av de somatiskt rörelsehindrade barnen beräknas ungefär 1,8 ‰ utgöras av barn med cp-skador, den närmast vanligaste orsaken till rörelsehinder är primär muskelsjukdom. Från olika svenska undersök-

ningar under 1960-talet kan man beräkna att man i Sverige varje år får ungefär 300 nya rörelsehindrade barn, varav cirka 220 med cp-skador och 80 med andra typer av rörelsehinder.

Synskadade – blinda barn. Frekvensen svårt synskadade barn beräknas till mellan 0,3 och 0,8 ‰. En lägre, sannolik nivå anges till 0,4 ‰ (Vahlquist, De olika handikappgrupperna i barna- och ungdomsåren, Nordisk Medicin 73: 538, 1965). Detta skulle innebära, att vi i Sverige har omkring 600 barn i åldern 0–15 år som är svårt handikappade på grund av grav synnedläggning.

Beträffande *hörselskadade* – döva – barn är frekvenssiffran beräknad till ungefär 0,7 ‰, vilket skulle innebära att vi har drygt 1 000 döva barn i åldern 0–15 år.

Krampsjukdomar. Krampfrekvensen anges mycket varierande i de ovan refererade materialen. Detta beror på att krampanfall är vanligt i barnaåldern och vanligen inte medför något handikapp. Svåra upprepade krampanfall medför däremot utan tvekan ett handikapp för barnet. Man kan räkna med att omkring 1–2 ‰ har svårt kramphandikappade barn och ofta rör det sig då om sammansatta handikapp med grav mental retardation.

Astma. Också om astma är en mycket vanlig åkomma i barnaåren är antalet barn handikappade av denna sjukdom mycket litet. Den komplikation, betydande nedsättning av lungfunktionen, som starkt bidrar till handikappet uppträder först senare i livet, vilket innebär att endast omkring 0,65 ‰ av barnen kan betraktas ha svårare handikapp på grund av sin astmasjukdom.

Medfödda hjärtfel. Frekvensen medfödda hjärtfel hos levande födda svenska barn beräknas till 6–7 ‰. Då dödligheten under första

Tabell 3.11 Översikt över de olika handikappgrupperna i barna- och ungdomsåren. (Modifierad efter Vahlquist: De olika handikappgrupperna i barna- och ungdomsåren, 1965.)

Handikappgrupp	Antal nytillkommande fall per 1 000 födda	Antal handikappade för hela riket (0–15 år)	
		Totalantal (approximativt)	Svårare handikappade (approximativt)
Efterblivenhet	10	15 000	10 000
Kramp	10	15 000	1 500
Cp-skada	1,7	2 500	1 500
Blindhet	0,4	600	600
Dövhet	0,7	1 050	1 050
Hjärtfel	4	6 000	1 500
Astma	10	15 000	1 000
Sockersjuka	1,2	2 000	150
Olycksfallskada	7	10 500	300

Antal barn i åldern 0–14 år: ca 1 750 000.

Antal ungdomar i åldern 15–19 år: ca 640 000.

levnadsmanaderna fortfarande är hög, kan antalet genom hjärtfel handikappade barn i åldrarna 0–15 år skattas till cirka 1 500, motsvarande cirka 4 ‰.

Tidigare har nämnts att samhället gradvis kommit till insikt om barns speciella behov och under 1950–60-talet har också samhällets ansvar och insikt om barn med speciella behov vidgats betydligt. Till barn och ungdom med speciella behov räknar man olika typer av fysiska och mentala handikapp. Tidig upptäckt av olika handikapp och ökade behandlingsmöjligheter har bidragit till att lindra många handikapp men det finns ännu ett starkt behov av ökat omhändertagande på olika nivåer av barn med särskilda behov. En fortlöpande integrering i samhället har skett men fortfarande finns behov för svårt handikappade barn att vistas på speciella institutioner både för vård och utbildning.

När det har gällt att initiera och stimulera den fortsatta utvecklingen för stöd och hjälp åt barn med särskilda behov har också enskilda hjälpororganisationer och intresseföreningar av typen patient–föräldraföreningar spelat en stor roll.

Missbildningsregister

På socialstyrelsens initiativ infördes från och med 1965 en obligatorisk registrering av missbildningar på nyfödda barn. Avsikten med missbildningsregistreringen var att effektivt kunna begränsa omfattningen av eventuellt nya missbildningsepidemier framkallade av läkemedel eller andra kemiska substanser. Bakgrunden var den under början av 1960-talet konstaterade ökningen av svåra missbildningar i samband med Thalidomidmedicinering till gravida kvinnor. Den obligatoriska registreringen gäller för alla förlossningsanstalter med tillgång till pediatrik expertis och 1970 medverkade 50 sjukhus med sammanlagt drygt 75 000 förlossningar motsvarande 65 % av samtliga nyfödda i landet. Under de första fem åren iaktogs inga förändringar i de registrerade frekvenserna, som gav anledning förmoda någon ökning av frekvensen missbildade barn av någon speciell typ. Under 1970 registrerades på detta vis totalt 937 missbildade barn, dvs. 12,0 promille.

Tidig diagnos av olika funktionsstörningar som senare kan leda till handikapp hos barn är väsentlig, dels med tanke på att tidig diagnos innebär tidig och ofta förbättrad behandling, dels med tanke på den psykologiska belastningen hos föräldrarna. Ju gravare ett handikapp är desto lättare går det att upptäcka tidigt. Ju lättare handikappet är desto mer fordras av noggranna och omfattande undersökningar för att ställa en säker diagnos. Man vet av erfarenhet att vissa sjukdomar och tillstånd hos modern under graviditeten och störningar under förlossningen medför ökad risk för funktionell störning hos barnet med senare handikapp som följd. De flesta s. k. riskbarn upptäcks också under nyföddhetsperioden och kommer under sakkunnig vård. Målsättningen för den riktade hälsokontrollen, den s. k. 4-årsundersökningen, blev därför att försöka klarlägga förekomsten av sjukdom och handikappande tillstånd i vidaste bemärkelse som förekommer i förskoleåldern. Häri-

genom skapades också möjligheterna till att i tidigt skede få barn under riktig behandling. Fyraårskontrollen skulle dock inte minska eller ersätta tidigare kontroller — slutmålet skulle bli en fullständig hälso- och handikappövervakning av alla barn i förskoleåldern. Det ansågs med hänsyn till det ganska omfattande undersökningsprogrammet att hälsokontroll av fyraåringar skulle ske vid särskilda mottagningar. För övervakning och samordning av barnhälsovården tillsattes också särskilda tjänster, s. k. barnhälsovårdsöverläkare i varje län. Speciella barnhälsovårdsjournaler utarbetades och anpassades till automatisk databehandling. Syn- och hälsokontroller utfördes av speciellt utbildad personal, för bedömning av utvecklings- och beteenderubbningar anställdes länsvis barnpsykologer.

3.5.4 1970 års 4-årskontroll

1970 var det första år hälsokontroll mer allmänt bedrevs enligt de av Socialstyrelsen utarbetade normerna. Hälsokontrollen förekom då i 20 av landets 28 sjukvårdsområden och de uppgifter som här redovisas bygger på de till Socialstyrelsen insända rapporterna om resultatet av kontroller (Allmän hälsokontroll av 4-åringar år 1970, Socialstyrelsen 1974).

Totalt kallades över 25 000 barn till 4-årskontrollen, vilket motsvarar cirka 20 % av landets 4-åringar år 1970. Antalet undersökta barn uppgick till 24 000 eller cirka 95 % av de kallade.

Ungefär hälften av de undersökta barnen befanns ha avvikelser av något slag. Andelen avvikelser varierade avsevärt och torde förklaras av att det råder olikhet mellan olika bedömares uppfattning om när avvikelser skall anses föreligga. De konstaterade avvikelserna för hela riket har sammanställts i tabell 3.12 och uppdelats i 9 grupper avseende syn, hörsel, tal, tänder, kost, soma (kroppsundersökning), mental utveckling, beteende samt övriga avvikelser. Den vanligast förekommande avvikelserna har gällt tänderna, därefter kommer avvikelser konstaterade

Tabell 3.12 Allmän hälsokontroll av 4-åringar år 1970, undersökta barn: avvikelser

Undersökta barn, avvikelser	Antal	Procent
<i>Undersökta barn</i>	ca 24 000	
Därav med avvikelser	11 474	47
Avvikelser ang.		
Syn	1 965	11,4
Hörsel	780	4,5
Tal	1 039	6,0
Tänder	4 363	25,2
Kost	678	3,9
Kroppslig utveckling	4 017	23,2
Mental utveckling, beteende	4 141	23,9
Annat	324	1,9
Summa avvikelser	17 307	100,0

Källa: Allmän hälsokontroll av 4-åringar år 1970, Socialstyrelsen 1974.

vid kroppsundersökningen och i mental utveckling. Drygt hälften av alla barn med påvisbara avvikelser har remitterats till specialister av skilda slag. Närmare hälften av remisserna har gällt tandvård eller ögonundersökning.

I en delundersökning omfattande cirka 14 000 barn kunde man konstatera att 2 275, motsvarande cirka 16 %, hade avvikelser som tidigare inte noterats på BVC och krävde fortsatt behandling. I cirka 25 % rörde det sig om nedsatt synförmåga och/eller skelning som krävde kontroll av ögonläkare, i 25 % krävdes fortsatt speciell hälsokontroll av olika skäl. Ungefär 10 % behövde komma till öronläkare och lika många till ortoped. Knappt 10 % behövde undersökas av barnkirurg.

I drygt 4 000 fall redovisades specificerade sjukdomsdiagnoser. Dessa diagnoser fördelade sig på inte mindre än 136 olika sjukdomstillstånd, endast enstaka av allvarlig karaktär. Så upptäcktes t. ex. en tumör, ett fall av tuberkulos och fyra fall av hjärtsjukdom. I inte mindre än 2 395 fall, motsvarande 58 % av samtliga diagnoser, kunde man hänvisa till någon av följande sju diagnoser – diagnosgrupper:

Tabell 3.13

Diagnos	Antal	Procent
Tandröta	851	35,5
Synfel	365	15,2
Förhudsförträngning	296	12,3
Plattfot	273	11,4
Sängväta	242	10,0
Öronsjukdomar	189	7,9
Skelning	179	7,6
Summa	2 395	100,0

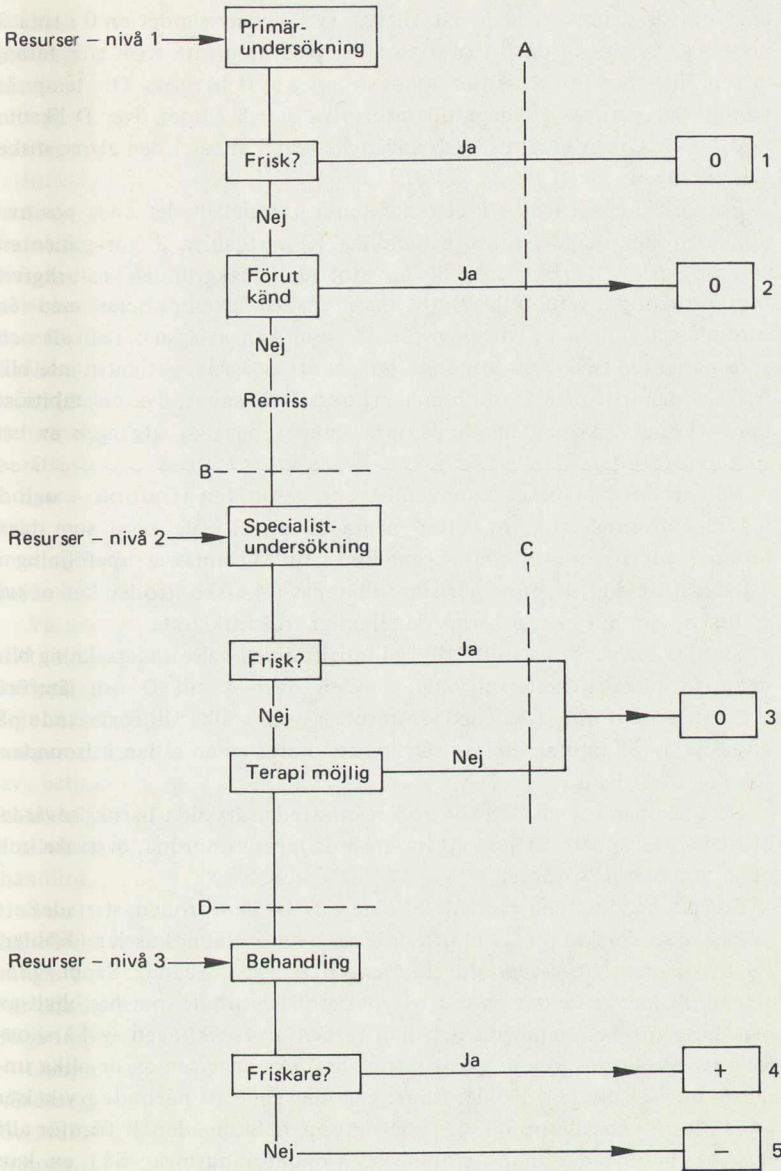
Källa: Allmän hälsokontroll av 4-åringar år 1970, Socialstyrelsen 1974.

3.5.5 Resultatvärdering

Naturligtvis måste resultatet av den här preliminära bearbetningen av 1970 års 4-årskontroll bedömas med försiktighet. Det kan verka förvånansvärt att ungefär hälften av alla undersökta skulle ha någon avvikelse, som fordrar uppföljning enligt BVC-rutinen. Dessutom skulle 25 % av alla ursprungligen undersökta barn, utöver BVC-kontrollen, fordra specialistundersökning av någon typ.

En förutsättning för att kunna bedöma resultatet av en genomförd tvärsnittsundersökning är att man har en i förhållande till den aktuella åldersgruppen gångbar definition av begreppet hälsa. Naturligtvis kan värdet av 4-årskontrollen inte bedömas utifrån antalet påvisade avvikelser eller utfärdade remisser. Fullt utbyggd och utvecklad beträffande databearbetning kan 4-årskontrollen ge oss upplysningar om hur många barn som passerar genom en flödesmodell åskådliggjord i figur 3.3 (modifierad efter Vuille, Läkartidningen 68: 5, 1971).

Resursnivå 1 i figuren motsvarar primärundersökningen, i detta fall



Figur 3.3

4-årskontrollen, där frågeställningen är om patienten är frisk eller inte. Är patienten frisk blir resultatet 0 för patienten; för samhället i stort har man konstaterat kvantiteten, dvs. antalet friska barn enligt vissa kvalitativa termer, dvs. olika, ganska omfattande medicinska undersökningsprocedurer. Flödet över A är alltså av stort intresse. Om barnet inte är friskt står frågan om avvikelsen – sjukdomen – tidigare var känd; är så fallet har inget nytt uppnåtts för individen i fråga. Om avvikelsen inte tidigare var känd utan föranleder remiss till resursnivå 2, specialistundersökningen, är flödet över B också bestämbar. Specialisten kan avgöra om patienten är frisk eller sjuk, är patienten frisk har återigen inget nytt

påvisats för patienten men naturligtvis är i det avseendet en 0 i ruta 3 betydligt dyrare än en 0 i ruta nr 1. Är patienten inte frisk men terapi inte möjlig, har för patienten återigen inget nytt påvisats. Om terapi är möjlig, går patienten vidare till resursnivå 3 och flödet över D liksom flödet över C kan beräknas och användas bland annat i den ekonomiska kalkyleringen.

För individen erhålles i den här tänkta modellen det enda positiva utfallet i den händelse att behandling på resursnivå 3 gör patienten friskare och ett + i ruta 4 är mot den bakgrunden naturligtvis utomordentligt värdefull. Detta kan enklast exemplifieras med en rutinmässigt upptäckt allvarlig tumör, som kan avlägsnas radikalt och göra patienten frisk. Om tumören inte går att avlägsna, patienten inte blir friskare, hamnar man i ruta 5 med ett negativt resultat, dvs. en ambitiöst upplagd undersökning har ändå inte kunnat påverka utgången av ett sjukdomsförlopp.

För att med säkerhet kunna följa upp resultaten i rutorna 4 och 5 fordras efterundersökning efter några år av alla de barn som blev föremål för någon form av behandling. En rutinmässig uppföljning i 7-årsåldern enligt de principer som tillämpas i 4-årskontrollen kan också ge besked om hur många barn som felaktigt friskförklarats.

Slutliga målet för en fullt utbyggd longitudinell hälsoundersökning blir då att i olika tidsintervall mäta flöden över A till D och jämföra resultaten i rutorna 1–5 med de resurser som ställts till förfogande på nivåerna 1–3. Endast då kan slutliga resultatet av en sådan hälsoundersökning utvärderas.

De i samband med 4-årskontrollen inrättade särskilda barnhälsovårdsöverläkarnas uppgift är just att inom landstinget samordna, övervaka och utvärdera barnhälsovården.

För att bedöma den samlade effekten av 4-årskontrollen, startades ett omfattande forsknings- och utredningsarbete i Malmöhus län (Köhler, Health control of 4-year-old children, Acta Paed. Scand., Suppl. 235, 1973). Köhler redovisar en rad betydelsefulla resultat, som har blivit av betydelse för bedömningen och den fortsatta utvecklingen av 4-årskontrollen. Av stort värde är den socialpediatriska analysen av de olika undersökningsresultaten. Köhler finner genomgående att påvisade avvikelser är vanligare i socialgrupp 3 än i socialgrupp 1. Skillnaden är framför allt märkbar beträffande tandsjukdomar och ögonförändringar. Så t. ex. kan nämnas att betydelsefulla tandsjukdomar förekom bara hos 0,9 % av barnen i socialgrupp 1, medan sådana förändringar fanns hos inte mindre än 16,6 % i socialgrupp 3. Ett annat viktigt socialpediatriskt område som Köhler riktar uppmärksamheten på är problemet med de barn som inte kommer till BVC eller, i detta fall, till 4-årskontrollen. Det framgår tydligt att dessa barn, som i genomsnitt är 4–5 % av totalantalet undersökta, kommer från betydligt mer belastade sociala miljöer med lågutbildade föräldrar, som inte är särskilt motiverade att ge sina barn den hälsovård och kontroll som allmänt accepteras i samhället. Ur epidemiologisk synpunkt är detta viktigt, framför allt med tanke på barnhälsovårdens organisation och arbetsmönster. Återigen erinras om betydelsen av den upp-

sökande verksamheten, särskild vikt måste läggas vid BVC-sköterskans förmåga att personligen komma i kontakt med barnfamiljer som annars inte gärna accepterar samhällets barnhälsovård. Naturligtvis måste också allt göras för att dessa föräldrar skall förstå betydelsen och värdet av en fortlöpande hälsokontroll och hälsoövervakning.

Införandet av 4-årskontrollen tillförde barnhälsovården betydande resurser som kommer att bli av avgörande betydelse med tanke på barnhälsovårdens framtida utveckling och arbetsmönster. 4-årskontrollen kommer där, inordnad i barnhälsovården, att ingå som ett viktigt led i hälsokontrollen under förskoleåren. De av Köhler redovisade resultaten baseras väsentligen på en specialundersökning. Nyligen har Sundelin och Vuille redovisat sina erfarenheter från en rutinmässigt bedriven fyraårskontroll inom Barnavårdscentralens ram. (Acta Paed Scand., 1975) Sundelin och Vuille kan visa att fyraårsundersökningen är både effektiv och berättigad som ett led i BVC-verksamheten. Den fångar bland annat upp tidigare okända hälsoproblem som fordrar behandling även om dessa vanligen är av enklare slag. Av stort praktiskt värde är dessutom kontakten med föräldrarna som ofta avslöjar ett stort behov av stöd och råd i psykologiska frågor runt barnens utveckling i den här åldern.

Värdet ur hälsovårdssynpunkt av 4-årskontrollen kan bedömas på olika sätt. Om den förebyggande barnhälsovården fungerar optimalt skall kroppsliga avvikelser av betydelse knappast förbises. Erfarenheten både från Köhlers undersökningar och från den ovan relaterade riksundersökningen från 1970 är också att ganska få, tidigare försummade avvikelser av betydelse upptäckts i 4-årsåldern. Praktiskt taget alla kroppsliga handikapp är redan upptäckta och under behandling, också om 4-årskontrollen ibland kan påminna om och understryka behovet av fortsatt behandling.

Som tidigare berörts är det svårt att uppskatta värdet av en riktad hälsokontroll såsom 4-årskontrollen. Utan tvekan har punktundersökningar som synprovning och tandundersökning visat sig vara effektiva och värdefulla – naturligtvis förutsatt att samhället i övrigt har möjlighet att följa upp och åtgärda de avvikelser som kräver behandling eller kontroll.

Genom den gradvisa uppbyggnaden av den moderna svenska barnhälsovårdsorganisationen har vi nu möjligheter att på ett kontinuerligt sätt övervaka barns hälsa och utveckling, kontrollera graden av hälsa eller frånvaron av sjukdom i vissa, mera noggrant planlagda kontroller samt, i den händelse avvikelser upptäckes, hänvisa dessa för fortsatt kontroll och behandling. Den kontinuerliga övervakningen ställer tidigt krav på hälsojournaler och hälsokort, där journalen förvaras på BVC, medan hälsokortet medförs av mamman vid besöket och sedan förvaras hemma. På detta hälsokort noterades givna vaccinationer liksom också barnets längd och vikt samt vissa sjukdomar som barnet genomgått.

BVC-journalen har nyligen ersatts av en hälsojournal som på ett logiskt sätt medger registrering av olika värdefulla data under hela förskoleperioden för att sedan överlämnas till skolhälsovården. På många håll är dessa hälsojournaler och framför allt journaler som används vid punktundersökningar av typen 4-årskontroller, förberedda för automatisk databe-

handling. Detta är en av förutsättningarna för det fortsatta utvecklingsarbetet inom barnhälsovården.

Med utgångspunkt från t. ex. 4-årskontrollen måste man försöka analysera och värdera hälsa kontra ekonomiska kostnader. Ur rent medicinsk synpunkt bör man i första hand försöka avgöra hur betydelsefull effekten av en viss avvikelse i en viss ålder är för barnets omedelbara eller framtida hälsa. Därefter måste kostnaderna framräknas och en bedömning göras av i vad mån undersökningens resultat för individ och samhälle varit värda dessa kostnader. Denna hälsovärdering—kostnadsberäkning kommer inte att bli helt lätt att genomföra men, också om undersökningen kommer att bjuda på utomordentligt svåra avvägningar och bedömningar, är den inte desto mindre väsentlig att få till stånd. Först när sådana undersökningar gjorts kan en adekvat prioritering av samhällets hälsovårdsresurser ske.

3.6 Barnmisshandel

Inom BVC-verksamheten har särskild uppmärksamhet också riktats mot eventuell förekomst av barnmisshandel. Säkert har de flesta barn någon gång under sin uppväxt stört, oroat eller irriterat sina föräldrar med lätta beteenderubbningar av typen sömn- och aptitstörningar, ökad aggression och ängslan, disciplinsvårigheter osv. Många föräldrar upplever också barnen då som svåra och besvärliga, dessutom kan föräldrarna oroas över de symptom som barnen uppvisar. Konfliktsituationer kan lätt uppstå, föräldrarna kan i sin tur visa tecken på ökad irritabilitet och aggressivitet, framför allt kanske i socialt stressade situationer och miljöer. Det är i sådana situationer som uppfostringsmedlen blir hårdare; visserligen har bestraffningen i form av aga genomgått en gradvis attitydförändring under de senaste decennierna, men tillgrips nog fortfarande mer än man vet.

Föräldrars rätt att "för barnets tillrättavisande använda de uppfostringsmedel som med hänsyn till dess ålder och övriga omständigheter må anses lämpliga" fanns inskriven i lagen, i föräldrabalken, ända fram till 1966 då man genom en ny lag (SFS nr 308) ändrade paragrafens lydelse så att aganderätten utgick! I sammanhanget kan det vara värt att påminna att husagan, husbönders rätt att aga sitt tjänstefolk, upphävdes först 1920, agan i läroverk upphörde 1928 och i folkskolor så sent som 1958! — Dessa sena årtal för agans avskaffande i olika former talar för en ganska långsamt inträdande förändring i samhällets inställning till agan.

Först under 1940-talet fick man egentligen mera allmänt klart för sig att agan kunde ha en på lång sikt skadlig inverkan på barnet, framför allt psykiskt. Man började inse att samhällets strävan bör vara att på allt sätt söka förmå föräldrar och andra vårdare att inte använda några som helst kroppsliga övergrepp i uppfostringsarbetet gentemot barn. I början av 1950-talet riktades uppmärksamheten mot barnmisshandel, då enstaka fall rapporterades i Sverige där barn allvarligt skadats och till och med avlidit i samband med misshandel.

Mot den bakgrunden tillsatte dåvarande Medicinalstyrelsen barnmisshandelsutredningen som 1969 redovisade sitt material i serien "Socialstyrelsen redovisar" nr 9, 1969. Utredningen redovisade 119 fall av fysisk misshandel och vanvård som under tidsperioden 1957–1966 vårdats på sjukhus. I 15 fall hade misshandeln lett till döden och i 15 fall förorsakades barnen bestående men. Vanligaste skadetyper var skallskador, inre skador, benbrott, sår och blåmärken. Mer än hälften av barnen hade ett flertal skador, drygt 25 % hade en skallskada som vanligen var svår. 25 av de i utredningen ingående barnen var yngre än ett år, 40 var mellan 1 och 3 år, 21 i åldern 3–7 år och 23 barn över 7 års ålder. 18 av de 119 misshandlade barnen hade utsatts för svår vanvård. Naturligt nog är misshandel och vanvård av späda och små barn särskilt allvarlig, misshandeln i dessa fall får ofta svåra följder.

Beträffande 99 av barnen var det möjligt att fastställa vem som utövat misshandeln. I 38 fall var det fadern, i 32 fall modern och i 10 fall en med modern sammanboende man. I de återstående fallen hade misshandeln förövats av styvfar, tillfällig förbindelse till modern, fostermor, dagbarnvårdare eller barnflicka. I de rapporterade fallen förekom barnmisshandel i alla samhällsklasser; närmare 1/3 av fallen tillhörde socialgrupp 1 och 2.

Utredningen kunde påvisa, att de som misshandlat barn kunde grupperas enligt följande fem grupper, nämligen personer i social misär, missbrukare av alkohol och narkotika, psykiskt sjuka personer, personer med viss personlighetsabnormitet och personer som angivit "aga" som förklaring till barnets skador.

Personer i social misär utgjorde den största gruppen barnmisshandlare i materialet. Man fann här att det vanligen rörde sig om personer som inte fått möjlighet att tillägna sig en för vuxna människor allmänt accepterad norm. Anledningarna här till kan vara många t. ex. dåliga socio-ekonomiska förhållanden, bristfällig uppfostran, dålig uppväxtmiljö, medfödda själsliga defekter och liknande. Dessa personer förmår inte fylla de krav som ställs på dem från samhället idag; ytligt och socialt betraktat är dessa människor ofta sådana, att det inte ter sig särskilt oväntat att de kan försumma sina egna barn.

Av olika skäl kan dessa föräldrar inte utveckla eller åstadkomma ett normalt känslomässigt förhållande till sina barn, upprepade konfliktsituationer, inte sällan under social press har stört utvecklingen av ordinära föräldrar-barnattityder.

Att dessa föräldrar kan misshandla sina barn kan sannolikt bero på att deras totala toleranströskel för vad de upplever som provocerande är så låg — de blir på det sättet mera retliga än människor i allmänhet. Den ofta plötsligt upplammande ilskan och irritationen kan sedan inte, som hos psykiskt bättre balanserade människor, hållas tillbaka eller styras utan tar sig uttryck i våldshandlingar, som då också riktar sig mot barnen.

Missbrukare av alkohol och narkotika kan i viss mån anses vara en undergrupp av den föregående gruppen. Inte alla missbrukare av alkohol och narkotika levde dock i social misär. De personer som här avses är närmast sådana som under det akuta rusets avtrubbande inverkan hade

misshandlat sina barn — inte sällan hade också mamman/pappan misshandlats samtidigt.

De i utredningen redovisade psykiskt sjuka personerna utgör en liten grupp, som ur förebyggande synpunkt är lätt identifierbar och i det avseendet praktiskt avgränsbar.

Utredningen påvisade en liten grupp personer som utövat barnmisshandel vilka i olika avseenden skilde sig från de övriga. Dessa personer var ofta normalbegåvade eller obetydligt underbegåvade, de var skenbart ordinärt anpassade till sin tillvaro och deras allmänna uppträdande var vanligen sådant, att det tedde sig otroligt att de kunde vara grymma barnmisshandlare. Det var också vanligt att personerna ifråga haft svåra konflikter som barn med sina egna föräldrar eller med sin partner i äktenskapet. De var omogna, passiva, beroende och initiativlösa och hade mot den bakgrunden fått en för föräldraskap och vuxenroll ytterst olämplig utveckling. Deras initiativlöshet gjorde att de närmast gav intryck av att vara snälla — inte alls aggressiva. En speciell fara i dessa fall var den uttalade tendensen till upprepning av misshandeln och att denna blev allt grymmare och grymmare för att slutligen — i värsta fall — sluta med dödlig misshandel ("The battering parents' syndrome"). Barnen kom i dessa fall att fungera som utlösningssubjekt för föräldrarnas olösta konflikter. När känsloupppladdningen nått en viss styrka, vanligen genom att toleranströskeln var så låg, utlöses plötsligt misshandeln.

I sju fall hade "aga" angivits som förklaring till de skador barnet uppvisat. Här rör det sig om en grupp människor som fortfarande anser att agan är en normal uppfostringsmetod. I enstaka fall rörde det sig om invandrarföräldrar med ett annat normsystem än det svenska.

För att komplettera den här redovisade undersökningen uppdrog Kungl. Maj: t 1971 åt Socialstyrelsen att i samråd med Allmänna Barnhuset undersöka i vilken omfattning anmälan till Barnavårdsnämnd om säker eller misstänkt misshandel eller annan skadlig behandling av barn förekommer, vilka åtgärder en sådan anmälan leder till och hur Socialstyrelsens anvisningar om åtgärder mot skadlig behandling av barn tillämpas. Resultatet av denna undersökning har rapporterats ("Barn som far illa" Socialstyrelsen och Allmänna Barnhuset, 1975). Materialet är insamlat från Barnavårdsnämnderna i rikets samtliga kommuner och gäller ärenden som förekommit under åren 1969—1970 beträffande barn under 18 år. Detta material skiljer sig påtagligt från det tidigare, ovan refererade vilket framgår av att i 1966—1969 års utredning förekom 15 dödsfall bland 119 barn, i den nu redovisade undersökningen från 1969—1970 inget dödsfall bland de 1 210 barnen. — Åtskilliga av de i den senare undersökningen redovisade resultaten måste dock av olika skäl bedömas med viss försiktighet bl. a. beroende på att materialet är heterogent och att enstaka "fall" kan beteckna flera syskon. Olikheter i det epidemiologiska mönstret framgår också t. ex. av att man i Göteborg rapporterat 41 fall av kroppslig misshandel medan Stockholm bara kunde redovisa 6 fall! I bara 8 % av fallen, förekom anmälningar från läkare eller distriktssjuksköterska, vanligen förekom anmälningar från polismyndighet eller annan myndighet. Anmälningsärendena var vanligast i tätortskommuner. I mer

än hälften av fallen var modern ensamstående vilket är en klar överrepresentation. I en tredjedel av dessa fall fanns dock en man som ensam eller tillsammans med modern misstänktes vara skyldig till den skadliga behandlingen.

Undersökningen ger inget stöd för den gängse uppfattningen att det framför allt är mycket unga föräldrar eller vårdare som orsakar att barn far illa. Flertalet i den aktuella undersökningen var i åldern 25–40 år, styvfäder förekom endast i 7 % ensamma och i 6 % tillsammans med modern. Gällde det kroppsligt våld mot barnen var männen oftast de skyldiga, vid vanvård övervägande kvinnorna.

Fall som rubricerats såsom kroppslig misshandel och anmälts till Barnvårdsnämnd har endast i vart 4:e fall lett till polisanmälan. Endast i 10 % av fallen har Barnvårdsnämnden inom 1 månad haft möjligheter att vidtaga åtgärder eller påbörja utredning.

För drygt vart 4:e av de kroppsligt misshandlade barnen under 3 års ålder har Barnvårdsnämnden inte ansett sig behöva vidtaga några speciella åtgärder. Detta visar att Barnvårdsnämnderna trots allt vad som skrivits och sagts i frågan, trots den allmänna debatten och trots Socialstyrelsens upprepade anvisningar inte alltid tycks ha full insikt i hur allvarligt barnmisshandelsproblemet måste bedömas. Inte sällan framkommer det att Barnvårdsnämnderna misstror diagnosen misshandel och hellre nu, liksom så ofta tidigare, vill tänka sig andra förklaringar till den anmälda skadan.

Utredningens förslag till förebyggande åtgärder mynnar ut i en intensifierad upplysningsverksamhet och strukturerad föräldrainsformation beträffande samhällets hjälpmöjligheter och betonar återigen vikten av uppsökande verksamhet.

Förebyggande verksamhet i samband med mödrhälsovård och förlossningsvård

Redan i samband med förvården vid mödravårdscentralen (MVC) är det viktigt att man får till stånd ett vänligt, förtroendefullt och serviceinriktat samarbete för att minska både medicinska, sociala och psykologiska påfrestningar under graviditeten och förlossningen och underlätta anpassningen till föräldraskapet. Mödraundervisningen är härvidlag av stor betydelse och framför allt borde barnmorskans eller distriktsköterskans hembesök vara värdefullt. Att träffa inte bara mamman utan även pappan i deras egen hemmiljö för att på så sätt kunna få en uppfattning om den psykologiska atmosfären med tanke på det kommande barnet måste vara oerhört viktigt. Säkert får MVC-sköterskan många gånger representera "tredje parten" – barnet! Alla barn är kanske inte välkomna, åtminstone inte från början, vilket det faktiskt borde vara barnens rätt att vara – och i sådana fall har MVC-sköterskan en oerhört viktig funktion att fylla. Det gäller att bearbeta de problem rörande samlevnad eller äktenskap som kan ligga bakom en negativ inställning till det väntade barnet. Mot den bakgrunden vore det säkert riktigt och rimligt, om MVC-sköterskan fick möjligheter att göra fler hembesök. Beträffande MVC:s organisation

diskuterades just att MVC-sköterskan, liksom BVC-sköterskan, blivit alltmer centraliserad och på så sätt kanske avskärmad något från den verklighet i vilken hon skall arbeta och vilken behöver hennes hjälp!

I många fall aktualiseras de problem som sammanhänger med föräldraskapet först i anslutning till förlossningen. Mammans beteende under förlossningen och under tiden närmast därefter på BB-avdelningen kan ge vårdpersonalen betydelsefulla och viktiga upplysningar om allmänna anpassningssvårigheter och inte sällan är det just för personalen på BB som den förtvivlade mamman utlämnar sig själv och sina bekymmer, då förlossningen väl är över. Ofta kan också pappans attityd gentemot mamman och det nyfödda barnet iakttagas och bedömas och inte sällan behöver han också ha någon att prata med om sina problem. Det är därför viktigt att all vårdpersonal på en BB-avdelning har förståelse för och kännedom om de problem som kan uppstå – de kan också på det viset bidra till att uppsåra fall i "riskzonen". – Om och när sådana påträffas, är det naturligtvis viktigt och angeläget att man dels erbjuder den hjälp som kan behövas på kort sikt, dels ordnar med fortsatt kontakt och uppföljning via BVC.

Förebyggande verksamhet vid barnavårdscentralen (BVC)

Som framgått tidigare rapporteras nyfödda barn till den BVC som det kommer att tillhöra. BVC-sköterskan gör sedan ett hembesök, vanligen inom 10–14 dagar och har då naturligtvis stora möjligheter att fånga upp eventuella riskbarn.

Av de barn som ingick i Socialstyrelsens barnmisshandelsutredning hade knappt hälften haft regelbundna kontakter med BVC under första levnadsåret. Resten hade bara haft sporadiska kontakter, tidigt avbrutna.

För att förbättra kontakten mellan förlossningsavdelningarna å ena sidan och BVC å andra sidan beslöt Kungl. Maj: t 1969 att på basen av de erfarenheter som framlagts av barnmisshandelsutredningen, uppdra åt Socialstyrelsen att utreda och lägga fram förslag till åtgärder för en obligatorisk anmälan av alla nyfödda barn till den förebyggande barnavården. Efter förberedande utredningar och försöksverksamheter kom det medicinska födelsemeddelandet i allmänt bruk från och med 1973. Åtgärden innebar inte enbart en rutinrapportering från BB till BVC, utan också att en särskild nyföddhetsjournal infördes. I och med detta fick man också till stånd en strukturerad hälsokontroll av alla nyfödda barn på BB. Informationen om BB-undersökningen överfördes till BVC och ligger också till grund för databehandling i Socialstyrelsens regi. Detta innebär en mycket värdefull och snabb uppföljning av alla nyfödda – redan i mars 1974 förelåg det preliminära resultatet av 1973 års medicinska födelsemeddelande. Av dessa preliminära resultat framgår att sammanlagt ungefär 11 000 nyfödda barn, motsvarande ungefär 10 % av alla levande födda, är i behov av speciell hälsokontroll.

Det är viktigt, vilket tidigare framhållits, att programmet vid BVC utformas på ett sådant sätt, att alla barnfamiljer får ett aktivt intresse av att anlita centralerna. Detta gäller också sådana familjer som från början

är negativt inställda till samhällets serviceåtgärder. Vanligen är det ju också sådana familjer som bäst behöver den hjälp BVC kan lämna. Ofta är det barn från sådana sociala riskgrupper som försvinner från BVC; det är vanligt att socialt snedbelastade familjer tillhör den grupp i samhället som gör täta byten av vistelseort och detta minskar naturligtvis utsikterna för att barnets existens skall bli känd av barnavårdscentralen. Man har också noterat att barn till invandrare på så sätt kan komma att stå utanför BVC:s verksamhet, vilket är beklagligt, då det också här rör sig om familjer som kan ha ett särskilt stort behov av den hjälp som BVC kan erbjuda. Genom kontinuerlig kontakt mellan BVC och sociala riskfamiljer, hoppas man kunna nå fram med förebyggande åtgärder också beträffande barnmisshandel. Om man efter upprepade försök till hembesök inte kan komma i kontakt med en familj som konsekvent undandrar sig BVC-kontakt är det viktigt att BVC-sköterskan försöker utreda anledningen till familjens negativa inställning till BVC. Skulle man på BVC inte finna skälen för avböjandet godtagbara, kan det bli aktuellt att kontakta representanter för den sociala barnvården för fortsatt ställningstagande. Inte sällan känner man inom den sociala barnvården redan till dessa familjer och kan vidta erforderliga åtgärder på ett sådant sätt att man etablerar och sedan förhoppningsvis kan bibehålla positiv kontakt med barnets familj.

Konstateras det vid barnavårdscentralen att ett barn utsätts för någon form av skadlig behandling i sitt hem, eller finns det anledning misstänka att så är fallet, skall detta ofördröjligen anmälas till barnavårdsnämnden.

Samspelet mellan BB och BVC har belysts, naturligtvis är samarbetet mellan barnhälsovården, samhällets förebyggande barnavård (barnavårdsnämnd, socialnämnd) och skolhälsovården lika väsentligt. Då ett barn skrivs ut från BVC för att börja skolan måste BVC ta kontakt med skolhälsovården för att rapportera sådana socialmedicinska data som kan vara av värde för den fortsatta uppföljningen av barnet.

Även om antalet årligen anmälda fall av barnmisshandel är ganska begränsat, under senaste 10-årsperioden rör det sig om i genomsnitt 15 fall/år, är det ur allmän förebyggande synvinkel viktigt att försöka tidigt spåra och åtgärda sociala och/eller emotionella miljöer som kan tänkas innebära risker för barn. Barnhälsovården skall därvidlag inte enbart tänka på barnmisshandelsförebyggande åtgärder utan se problemet mer i stort och bidra till trygga, öppna, glada och harmoniska samlevnadsförhållanden mellan föräldrar och barn.

Sannolikt kommer framtiden att härvidlag ställa än större krav på BVC:s rådgivande verksamhet; tiden är säkert mogen att på ett mera strukturerat sätt påbörja planeringen av en kontinuerlig föräldrautbildning.

4 Skolhälsovård

4.1 1930- och 1940-talen

Under 1900-talets första decennier kom skolelevs arbetsförhållanden och allmänna, skolhygieniska frågor att allt mer uppmärksammas. Centrala ämbetsverk, dåvarande Medicinalstyrelsen och Skolöverstyrelsen, samt ledande lärar- och läkarsammanslutningar var helt överens om att landet var i stort behov av en statligt understödd skolhälsovård vid folk- och småskolor, särskilt på landsbygden. Ända fram till år 1925 gav staten inget bidrag till skolhygien och efter denna tidpunkt och fram till 1944 utgick ett begränsat statsbidrag. På de håll där skolhälsovård kunnat upprättas bestreds kostnaden av kommuner, landsting, Röda Korset och andra frivilliga organisationer. Det kunde inte heller undgå att väcka stor uppmärksamhet, att staten årligen gav stora bidrag till skolhälsovården vid de allmänna läroverken men praktiskt taget ingenting till huvuddelen av den svenska skolungdomen, eleverna inom folkskoleväsendet. (D. W. Herlitz, "Skolhygienens historia", 1961.) Detta ansågs desto mer anmärkningsvärt som hälsotillståndet bland eleverna i de högre skolorna i allmänhet måste ha varit betydligt bättre än bland barnen i folk- och småskolor.

Skolöverstyrelsen utförde under början av 40-talet vissa undersökningar och utredningar angående utbredningen och arten av skolhälsovården i folkskolorna. Under en utredning omfattande läsåret 1941–1942 visades att 40 % av eleverna övervakades av skolläkare på ett tillfredsställande sätt, 47 % övervakades visserligen men endast mera sporadiskt under det att 13 % inte alls läkarkontrollerades.

Under 1930- och 40-talen kom man också allt mer underfund med skolsköterskans viktiga roll i den skolhygieniska verksamheten. Om hennes arbetsinsatser inräknas kunde man bedöma att i början av 40-talet ungefär 60 % av folkskolans elever stod i kontakt med skolhälsovården.

En betydelsefull organisatorisk förstärkning kom till stånd 1943, då en särskild skolöverläkartjänst inrättades vid skolöverstyrelsen. Skolöverläkarens väsentligaste uppgifter blev att klarlägga, leda och övervaka den skolhygieniska verksamheten.

Under 1930- och 40-talen hade man alltså dragit upp riktlinjer för hur en centralt organiserad skolhygienisk verksamhet skulle vara uppbyggd.

1944 biföll också riksdagen den proposition som lade grunden för en skolhygienisk organisation under Skolöverstyrelsens ledning.

Den nya organisationen innebar, att den skolhygieniska verksamheten som väsentligen varit sjukvårdande till sin inriktning lades om för att bli framför allt hälsovårdande. Den förstärkte ytterligare skolsköterskans roll.

De årligen återkommande läkarundersökningarna av alla barn i skolorna, så kallade klassundersökningar, som hittills varit ganska sporadiska skulle numera omfatta alla barn i vissa årsklasser. Undersökningarna standardiserades och registreringen av skolläkarens fynd skulle ske på ett för de olika skoltyperna gemensamt hälsokort som avsågs följa eleverna när de flyttade till ny skola. Utöver klassundersökningarna skulle både skolsköterska och skolläkare ha regelbundna veckomottagningar.

4.1.1 Elevernas hälsotillstånd

Man vet ganska litet om skolelevernas hälsotillstånd under 1900-talets 3–4 första decennier. Befolkningshygieniska standarden hade dock förbättrats gradvis, badmöjligheterna i hemmen hade ökat och barnen i skolorna hade blivit renare och bättre klädda än förut. Löss och loppor, som ännu på 1920-talet var vanligen förekommande, blev allt mer sällsynta. I det avseendet fick skolsköterskan, som inte sällan kallades "lusfröken" av barnen, betydligt mindre att göra. Skolelevernas närings-tillstånd var i allmänhet tillfredsställande och deras hälsa betraktades i stort sett som god. Ett särskilt glädjande faktum var att tuberkulosfrekvensen bland skolbarn starkt hade reducerats och var i början av 1940-talet mycket låg, endast 0,1 %.

Skolundervisningens mentalhygieniska betydelse förstärktes, undervisningen i hälsolära fick en starkare ställning, sexualundervisning började införas men endast i högre skolor och försöksvis. I större städer inrättades en mera differentierad skolhygienisk verksamhet. Staten började i ökad utsträckning ge bidrag till skolmältider och skyddsläkemedel tillhandahölls på medicinska indikationer.

Skoltandvårdens införande (1938) innebar, att skolbarn upp till 15 års ålder kunde få sina tänder kontrollerade och behandlade utan avgift.

Handikappade skolbarn hade blivit föremål för större omvårdnad än förr både i fysiskt och psykiskt avseende. Särskilda skolpolikliniker hade inrättats för t. ex. hörselskadade barn och för elever med nedsatt syn hade på flera håll specialklasser inrättats.

4.2 1950- och 1960-talen

Arbetet med den somatiska hälsovården hade i stort sett förlöpt tillfredsställande – elevernas allmänna hälsotillstånd var som regel gott. Däremot hade den mentalhygieniska verksamheten inom skolhälsovårdens ram ofta blivit mindre väl tillgodosedd. Behovet av ökade resurser

inom denna sektor, framför allt i de större städerna, blev allt mer uttalat under slutet av 1950-talet. Trots gradvis förstärkning av skolpsykologer, kuratorer och barnpsykiatrisk expertis fanns här fortfarande stort behov av fortsatt utveckling.

Periodvis hade skolhälsovårdens kapacitet begränsats något på grund av personalbrist och rekryteringssvårigheter både beträffande skolläkare och skolsköterskor. I städer hade skolläkaren vanligen varit deltidsanställd, medan skolsköterskan haft halv- eller heltidstjänstgöring. På landsbygden hade skolhälsovården till stor del skötts av provinsialläkare och distriktsköterskor. Skolsköterskans roll inom skolhälsovården hade blivit allt mer central. Från början möttes hon med viss skepsis men framför allt inom de större städernas skolhälsovård blev hon oundgänglig både beträffande somatiska och framför allt vad gäller den mentalhygieniska skolhälsovården.

Som tidigare nämnts byggdes den moderna skolhälsovården upp i början på 1940-talet. I samband med omorganisationen inom skolväsendet 1958 skedde en ny översyn av skolhälsovården som sedan 1 juli 1958 varit ett obligatorium för samtliga skolformer och under kommunalt ansvar.

4.2.1 Elevernas hälsotillstånd

Under 1950- och 60-talen framstår elevernas allmänna hälsotillstånd som påfallande gott i skolläkarnas årsrapportering. En jämförelse av frekvensen av vissa sjukdomar mellan 1940-talets mitt och slutet av 1950-talet visar på dramatiska förändringar, difteri, scharlakansfeber och kikhosta liksom tuberkulos och reumatisk feber hade praktiskt taget försvunnit medan däremot frekvensen av t. ex. astmatisk luftrörskatarr, sockersjuka och krampsjukdomar hos barn visade väsentligen oförändrade procenttal (0,4, 0,2 respektive 0,07 %).

Under senare delen av 1950-talet kunde praktiskt taget alla skoldistrikt bereda sina elever viss tandvård, framför allt kontrollundersökning men i många fall också fullständig behandling. Bland annat på grund av rekryteringssvårigheter dröjde det ytterligare ett tiotal år, innan skoltandvården blev utbyggd på ett helt tillfredsställande sätt.

Den höga karies- (tandröte-)frekvensen i Sverige, en av de högsta i världen, har medfört att resurserna inte varit tillräckliga för en fullständig tandvård och tandhälsovård. Sedan man i början av 1960-talet mera allmänt infört kariesprofylaktiska åtgärder, främst kollektivt genomförd fluorprofylax, har emellertid situationen förändrats på ett markant sätt. För närvarande torde alltså tandvård och tandhälsovård för skolorngdom i åldern 6–16 år vara väl tillgodosedd inom landets alla skoldistrikt. Tandhälsovården har på senare år blivit en nödvändig och integrerad del inte bara av tandvården utan också inom skolhälsovården. Ett ytterligare förstärkt samarbete mellan skolhälsovård och tandhälsovård i kariesförbyggande syfte, framför allt beträffande kostrådgivning och munhygien, skulle säkerligen ytterligare kunna förbättra den aktuella kariessituationen.

4.2.2 Skolmåltider

I mitten av 1930-talet hade man alltmer börjat intressera sig för skolungdomens näringsstillstånd. Eventuella brister ansågs till en början kunna bero på socio-ekonomiska förhållanden, "fattigdom", men också på grund av okunnighet om betydelsen av en tillräckligt riklig och väl sammansatt föda. Kostnadsfria skolmåltider serverades till en början till behovsprövade (klena och sjuka barn, lång skolväg, fattiga barn) och säkert kände sig många barn stämplade av att behöva äta på "bispensningen".

Den fortsatta samhällsutvecklingen förde med sig efter hand andra motiv för skolmåltider. Nuvarande skolmåltidsverksamhet går tillbaka till 1945, då enligt riksdagsbeslut statsunderstöd började utgå till denna verksamhet, som numera dock är en rent kommunal angelägenhet. Vid ökat antal dubbelarbetande föräldrar visade det sig föreligga ett rejält behov för väldigt många skolbarn, framför allt i stadsområdena, att få ett lagat mål mat mitt på dagen.

Det kan vara svårt att påvisa skolmåltidernas rent medicinska betydelse men ur socialmedicinsk synpunkt har de haft en betydande uppgift att fylla. I vad mån skolmåltiderna haft någon inverkan på barnens näringsstillstånd har man inte heller kunnat påvisa framför allt därför att skolungdomarnas närings- och hälsotillstånd redan tidigare bedömts som tillfredsställande. För närvarande äter mer än 90 % av landets skolungdomar i skolan — det betyder drygt en miljon serverade måltider per dag. Anslutningen är störst i mindre städer och landskommuner, något mindre inom storstadsområden.

4.3 1970-talet. Skolhälsovård — elevhälsovård

Under 1970-talet skapade den fortsatta kommunsammanslagningen större skolenheter och ökade behovet av fler fast anställda skolläkare och skolsköterskor. Detta har inneburit en väsentlig förstärkning av skolhälsovården — inte minst på det organisatoriska området. Samtidigt ökar elevunderlaget särskilt för skolsköterskorna, kraven inte minst på socialmedicinsk och psykologisk service ökar också och bristen på tid blir alltmer kännbar.

Under 1960- och 70-talet kom begreppet skolhälsovård att definieras som hälsovård för ungdom i skolåldern anordnad i skolans regi och i princip utgörande fortsättning på barnavårdscentralens verksamhet. Under samma tid har verksamheten på barnavårdscentralerna allt mer benämnts barnhälsovård. I överensstämmelse härmed borde den av skolmyndigheterna organiserade hälsovården nämnas elevhälsovård och definieras som en både individuellt och miljöhygieniskt inriktad hälsovård för skolungdom (Elevhälsovård — målbeskrivning, Skolöverstyrelsen, jan. 1972).

4.3.1 Elevhälsovård – allmänna synpunkter

Enligt moderna riktlinjer inom elevhälsovården innebär inträdet i skolan – elevens arbetsplats – konfrontation med en större social miljö. Detta för med sig ökade krav på individens självständighet samtidigt som elever under skoltiden genomgår kontinuerliga och mycket genomgripande psykosomatiska utvecklingskedan och sociala mognadsprocesser.

Symptom- och sjukdomspanoramata inom elevhälsovårdens ram måste naturligtvis variera beroende på elevens ålder. Tidigare erfarenheter, bekräftade genom skolläkarnas årliga rapporter, ger belägg för att skolelevernas kroppsliga hälsotillstånd är tillfredsställande. Många av de sjukdomstillstånd som påvisas inom elevhälsovården är tidigare kända, så t. ex. vissa långvariga eller kroniska tillstånd som rörelsehandikapp, syn- och hörseldefekter, krampsjukdomar, diabetes och allergiska åkommor. Den hälsokontrollerande och hälsounderhållande funktionen inom dessa och andra somatiska sektorer kan skötas av elevhälsovården, medan man däremot för mera sjukvårdande insatser måste hänvisa till annan medicinsk expertis.

Också om det *somatiska hälsotillståndet* kan betraktas som gott har man belägg för att *emotionella störningar* och psykosomatiska symptomkombinationer ökar i omfattning hos barn och ungdom. Orsakssammanhangen kan här vara mycket komplicerade och oftast föreligger samverkan mellan konstitution och miljö; skolmiljön kan i en given situation uppfattas som påfrestande och svår framför allt för elever med låga psykosomatiska och emotionella tröskelvärden och då särskilt under pubertetsutvecklingen.

Den moderna elevhälsovården har för sin verksamhet angivit följande målformulering (Elevhälsovård, målbeskrivning – SÖ jan. 1972).

- ”Elevhälsovården skall i samverkan med samhällets övriga organ medverka till en gynnsam uppväxttid och boendemiljö.
- Elevhälsovården skall medverka till en för eleverna gynnsam arbetsmiljö.
- Elevhälsovården har till särskild uppgift att bevara och förbättra elevernas hälsa och att medverka till att enskilda elevers särskilda behov, medicinska och medicinsk pedagogiska tillgodoses.”

En god arbetsmiljö inom skolan med goda kontakter mellan skolan, hemmet och samhället är en väsentlig förutsättning för elevhälsovårdens hälsofostrande och hälsoupplysande verksamhet. Genom hälsofostran och hälsoupplysning vill den moderna elevhälsovården försöka förebygga sjukdom och verka för goda och hygieniska levnadsvanor och god arbetshygien. Här kommer hälsoupplysning i allmänna hälsofrågor liksom också viss medicinsk orientering och upplysningar rörande samband mellan hälsa och yrkesval, så kallad medicinsk yrkesrådgivning, in i bilden. Beträffande hälsoupplysningen i allmänna hälsofrågor vill man försöka nå en attitydförändring i positiv riktning hos barn och ungdom genom en nyanserad och allsidig information om t. ex. tobaksrökning, alkoholförtäring och missbruk av narkotika och tinner. Den moderna

elevhälsovården, som alltså har möjlighet att nå t. ex. alla elever i en viss åldersgrupp, kan härvidlag komma att spela en avgörande betydelse för ungdomars normbildning inte bara när det gäller tobak, sprit, narkotika och liknande utan också när det gäller allmänna samlevnadsproblem. — Sexualundervisning skall och bör inte enbart vara undervisning i sexualteknik utan bör i betydligt högre grad ta fasta på sociala och emotionella samlevnadsproblem och normvärderingar i ett modernt och ofta snabbt föränderligt samhälle.

Utöver den rent mentalhygieniska hälsoupplysningen och hälsokontrollen inom elevhälsovården som i det avseendet följer upp barnhälsovårdens intentioner kommer elevhälsovården också att ha andra, mer traditionella hälsovårdsfunktioner. En viktig uppgift är uppföljandet från barnhälsovården av tidigare kända sjukdomar och handikapp, uppspårande av sjukdomar och handikapp betingade antingen av fysiska eller psykiska brister i hälsotillstånd eller av sociala förhållanden. Elevhälsovården följer också upp det av barnhälsovården påbörjade vaccinationsprogrammet och fullföljer traditionella, årligen återkommande hälsokontroller, så kallade klassundersökningar. Dessutom tillkommer skolläkarens och skolsköterskans veckomottagningar för sedvanliga konsultationer.

De krav som samhälle, familj och skola kan ställa på elevhälsovården innebär ofta svåra avvägningsproblem. Mentalhygieniska upplysningsverksamheten i förebyggande syfte liksom behandling och kontroll av psykosomatiska tillstånd kräver hög prioritetsgrad och mycket av resurserna på grund av tidskrävande engagemang, inte bara från den direkt elevhälsovårdande personalgruppen, läkare—sköterska, utan också från andra medlemmar i laget, psykologen, kuratorn, läraren; kanske dessutom barnpsykiatrisk eller annan expertis. Härmed kommer elevhälsovården på ett naturligt sätt att samordnas med det elevvårdande arbetet i vidare mening som bedrivs inom skolan och som vid behov samarbetar med samhällets barn- och ungdomsvårdande myndigheter.

Det utvecklingsarbete som hittills gjorts har också medfört tidsbesparande förenklingar framför allt inom rutinhälsovårdskontrollen. Ett led i detta arbete är en nyligen avslutad utvärdering av skolläkarens arbetsrutiner inom skolhälsovården som utförts i Skolöverstyrelsens regi (Skolhälsovårdsanalys — etapp 2; klassundersökningsintervall och rutiner. Karin Ljunggren, Skolöverstyrelsen, 1973). Av denna undersökning framgår, intressant nog, att närmast förvånansvärt många hälsobrister beträffande allmäntillstånd, hud, muskulatur, ögon och mentala symptom framkommer i de klassbundna undersökningarna i årskurs 1, 4, 7 och 9. Mot den bakgrunden är man alltså inte beredd att omedelbart reducera antalet årskursbundna klassundersökningar. Man har dock nyligen påbörjat försöksverksamhet i avsikt att ersätta klassbundna läkarundersökningar i årskurserna 7 och 9 med en i årskurs 8.

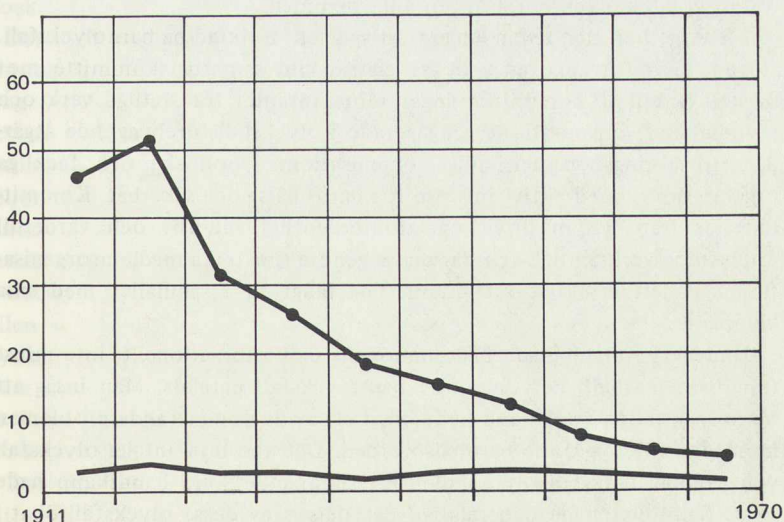
De senaste åren har skolhälsovårdens huvudmannaskap diskuterats livligt och är nu föremål för en parlamentarisk utredning. Oavsett utredningens resultat måste slås fast att den moderna elevhälsovården måste vara kvalitativt och kvantitativt resursstark för att kunna svara mot de krav som samhället i dag ställer på en sådan verksamhet.

5 Barnolycksfall

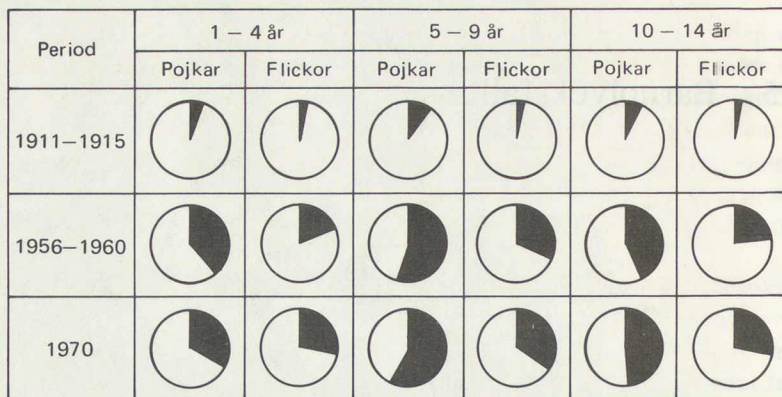
5.1 Allmän översikt

Inledningsvis påtalades att spädbarnsdödligheten i ett land ofta avspeglar landets hela kulturella standard. Ett ännu känsligare tecken på ett mera utvecklade lands totala resurser beträffande hälso- och sjukvård är det sätt på vilket till exempel handikappade barn kan omhändertagas.

Sverige hör till de länder i världen som har den lägsta spädbarnsdödligheten och i stort sett de friskaste barnen. Dessa omständigheter tillskriver vi framför allt vår höga sociala, tekniska och medicinska standard. Beträffande barnolycksfallen har utvecklingen närmast gått i motsatt riktning – framför allt för barn i åldern 1–14 år. I början av 1900-talet, ända fram mot 1930- och 40-talen då fortfarande ett stort antal barn i den åldern dog av olika infektionssjukdomar märktes inte de dödligt förlöpande barnolycksfallen på samma sätt som nu. Den allmänna utvecklingen i samhället i förening med den moderna medicinens utveckling under de senaste 30 åren har gjort att sjukdomspanoramata undergått väsentliga förändringar, medan däremot dödligheten vid barnolycksfall i stort sett är densamma som för 50–60 år sedan. Detta framgår tydligt av figur 5.1, som visar hur totala dödligheten för barn i



Figur 5.1 Barnadödlighet (1–14 år): totala antalet dödsfall per 10 000 barn (övre kurvan) och olycksfall med dödlig utgång (nedre kurvan) 1911–1970 (Svensk befolkningsstatistik).



Figur 5.2 Barnadödlighet (1-14 år): olycksfall med dödlig utgång (svarta partier) 1911-1970 (Svensk befolkningsstatistik).

Åldern 1-14 år starkt har reducerats medan däremot olycksfallsdödligheten väsentligen är oförändrad.

Olycksfallsdödlighetens andel i den totala dödligheten visas schematiskt i figur 5.2.

Under en 5-årsperiod i början av 1910-talet var olycksfallsdödlighetens andel både hos pojkar och flickor ganska liten i de tre åldersgrupperna 1-4, 5-9 och 10-14 år. En viss tendens till överdödlighet i barnolycksfall förelåg dock hos pojkarna.

40 år senare är situationen en helt annan. Barnolycksfallen svarar nu sammanlagt för ungefär 40 % av all dödlighet i denna åldersgrupp och hos pojkarna i åldern 5-9 år svarar nu olycksfallen för mer än hälften av totalantalet dödsfall. (Skydda barnen mot barnolycksfall, Samarbetskommittén mot barnolycksfall, 1974). Under 10-årsperioden fram till 1970 har bilden inte förändrats väsentligt, men man kan dock se en tendens till generell ökning av barnolycksfallsandelen beträffande dödligheten både hos pojkar och flickor i åldern 1-14 år. Något mer än 1/3 av alla dödsolycksfallen är trafikolycksfall, knappt 1/3 förorsakas av drunkning och resten av olika olycksfall, framför allt i hemmen.

I Sverige har man sedan länge varit speciellt inriktad på barnolycksfall. Redan 1954 organiserades också en särskild samarbetskommitté mot barnolycksfall. I kommittén ingår representanter för statliga verk och myndigheter, organisationer engagerade i olycksfallsförebyggande åtgärder, försäkringsbolag, frivilliga organisationer, politiska och fackliga organisationer med aktivt intresse för barns hälsa och säkerhet. Kommittén har från början drivit en utomordentligt intensiv och värdefull upplysningsverksamhet och har också genom sina olika medlemsorganisationer på ett effektivt sätt kunnat nå långt ut i samhället med sina kampanjer.

Under 1950-talet hade både nationellt och internationellt, inte minst från barnläkarhåll, betydelsen av barnolycksfall påtalats. Man insåg att barnolycksfallen efter hand hade blivit ett av de dominerande problemen inom den förebyggande barnhälsovården. Det absoluta antalet olycksfall och särskilt de svåra olycksfallen efterlämnande svåra handikapp hade ökat. Samtidigt hade den relativa betydelsen av dessa olycksfall ökat i

takt med att man inom andra områden av den förebyggande barnhälsovården nått goda resultat med till exempel kost- och uppfostringsrådgivning, skyddsläkemedel och vaccinationsprogram.

Man började också efter hand intressera sig mer för barnets omgivning ur olycksfallssynpunkt och en rad åtgärder vidtogs för att eliminera riskerna i "barnets farliga värld". Glädjande nog kan man också konstatera att man under senare årtionden fått lön för mödan och att t. ex. olycksfallsdödligheten sjunkit något (se 5.5).

För att få säkrare underlag för åtgärder initierades en lång rad undersökningar för att belysa när, hur, var och varför barnolycksfall inträffar.

Stockholmsundersökningen 1955 (Barnolycksfall i Stockholm år 1955, Berfenstam och medarbetare, Läkartidningen, 1957) visade, att vart tionde barn i Stockholmsområdet i åldern 0–14 år ådrog sig en skada genom olycksfall som krävde medicinsk tillsyn eller behandling. Det övervägande antalet skador var relativt bagatellartade och man sammanfattar också i undersökningen att det framför allt är de svåra olycksfallen, som man i första hand måste förhindra, lättare olycksfall får närmast anses höra till de oundgängliga erfarenheter som barn måste skaffa sig, som på så vis ingår i den normala anpassningen i olika utvecklingsåldrar.

Av Stockholmsundersökningens 25 000 olycksfall var 29 dödligt förlöpande; också om denna frekvenssiffra ur olycksfallssynpunkt är ganska låg utgör den i åldersgruppen 1–14 år den dominerande dödsorsaken. Endast 6 % av olycksfallen krävde sjukhusvård och de flesta fallen under kortare tid än en vecka.

Nyligen har en intressant och klarläggande undersökning om barnolycksfall i Östersund redovisats (Gustavsson, L. H., Barnolycksfall i Östersund. Socialmedicinsk Tidskrift skriftserie nr 38, Stockholm 1972). Undersökningen som omfattade drygt 3 000 barn i åldern 1–6 år visade en olycksfallsförekomst på drygt 10 %, dvs. ungefär samma som vid Stockholmsundersökningen 1955.

Det nya och intressanta i Östersundsundersökningen är att man på ett konstruktivt sätt försöker analysera orsaksförlopp och orsakssammanhang vid barnolycksfall. Riskfaktorer i barnets dagliga miljö bedömes liksom barnets konstitution, graden och omfattningen av tillsyn, undervisning och säkerhetsanordningar. I drygt 50 % av fallen ansågs risker i miljön vara avgörande för olycksfallen. Bristfällig övervakning och tillsyn svarade för 20 % av olycksfallen. Beträffande konstitution och läggning kunde man inte få fram några särskilda "olycksfallsfåglar".

Östersundsundersökningen visade att den övervägande delen av olycksfallen är olycksfall, som lätt går att förhindra. Man bedömde, att 37 % av olycksfallen skulle ha gått att förhindra med enkla medel, 23 % hade krävt mer omfattande förebyggande åtgärder. Sammanlagt skulle således 60 % av barnolycksfallen i den här studien kunnat förhindras. Speciellt bör ansträngningarna då inriktas på de allvarliga olycksfallsriskerna.

Folksam försäkringsbolag har publicerat en sammanställning över barnens olycksfallsrisker (Folksam 1971, stencil). Undersökningen om-

fattar olycksskador som anmälts till Folksam från september 1968 till augusti 1969. Under denna period räknar man med att drygt 500 000 svenska skolbarn och ett icke närmare angivet antal förskolebarn täcktes av Folskams grupplivförsäkring. Sammanlagt anmäldes 15 000 skador bland skolbarn och 700 bland förskolebarn. Naturligtvis måste den här studien bedömas mot bakgrunden av de speciella förhållanden som bildar förutsättningen för materialets framtagande; nämligen en grupplivförsäkring. Det visar sig också i materialet, att svårare skador som krävt sjukhusvård, är underrepresenterade sannolikt därför att omkostnaderna för dessa skador täcks av allmänna sjukförsäkringen. Däremot dominerar antalet skadeanmälningar av tandskador, då dessa inte ersätts från försäkringskassan. Inte mindre än 41 % av skadorna hos förskolebarn och 27 % av skadorna hos skolbarn var just tandskador. I det avseendet lämnar Folksamstudien ny och värdefull information, då tandskador annars inte observerats i tidigare barnolycksfallsstudier, som vanligen baserats på sjukhusmaterial.

Av tabell 5.1 framgår att risken för barn att drabbas av olycksfall är större i Stockholm, Göteborg och Malmö än i landet i övrigt.

Olycksfallen inträffar också oftare under skoltid än under fritiden. Tabellens upplysningar får tas med stor försiktighet, men kan peka på att olycksfallsrisken för barn är mer uttalad i storstadsområden.

Tabell 5.1

	Under skoltid	Under fritid	Summa
Stockholm, Göteborg, Malmö	2,6 %	4,3 %	6,9 %
Övriga landet	1,1 %	1,5 %	2,6 %
Hela landet	1,4 %	2,1 %	3,5 %

Antal anmälda olycksfall per år och 100 elever (Folksam 1971).

På basis av de statistiska material som Folskams skolungdomsförsäkring erbjuder beräknade man att det i genomsnitt inträffar minst 3,5 olycksfall/100 barn och år. Detta skulle innebära att minst 60 000 olycksfall årligen drabbar barn under 16 års ålder. Vi vet dock, att detta utgör en absolut minimisiffra. Man har på andra bedömningsgrunder beräknat att vi i Sverige har ungefär 200 000 barnolycksfall årligen som kräver läkartillsyn (Statens Offentliga Utredningar: Barnstugor, barnavårdsmannaskap, barnolycksfall, SOU 1967: 8). Omkring 20 000–40 000 av dessa anses förorsakade av trafikolycksfall som ur vårdsynpunkt är resurskrävande, då de i 1/4 av fallen behöver läggas in på sjukhus för vård.

Vår officiella statistik ger oss tillförlitliga upplysningar angående dödligt förlöpande barnolycksfall. Vi vet att vi i Sverige har i genomsnitt 250 dödsfall årligen i barnolycksfall, men vi vet fortfarande inte med säkerhet antalet barn som skadas eller som blivit invalidiserade för framtiden till följd av olyckshändelser. Av erfarenhet vet man dock att svåra invaliditetsfall som regel är minst lika många som dödsfallen.

5.2 Trafikolycksfall

Som tidigare påpekats svarar trafikolycksfallen för den största dödligheten bland samtliga barnolycksfall. Helt naturligt har därför trafikolycksfallen, inte minst på senare tid, tilldragit sig stort intresse från samhällets sida.

För att försöka belysa olika faktorerens betydelse vid trafikolycksfallen bland barn har man alltmer börjat bearbeta materialen ur epidemiologisk synpunkt. Detta innebär att man arbetsmässigt jämför trafikolycksfallen med t. ex. en sjukdom och försöker analysera olika faktorer som påverkat händelseförloppet.

Undersökningar som belyser små barns lekvanor och aktionsområden i modern storstadsbebyggelse har visat, att barn har en påtaglig oförmåga att fatta trafiksituationer och anpassa sig till de krav som plötsligt kan uppstå. (Stina Sandels "Små barn i trafiken", Läromedelsförlagen, Svenska Bokförlaget, 1968.) Plötsligt uppdykande intressanta saker fångar barnens intresse och distraherar dem i så hög grad, att de helt enkelt glömmer bort trafikomgivningen. Känslostormar, slagsmål eller liknande kan helt plötsligt förpassa barnet från den trafikskyddade trottoaren ut i körbanan. Inte minst viktigt är att små barn upp till 6-8 års ålder gärna tar efter de vuxnas dåliga exempel i trafiken. Den vuxne korsar gatan utan respekt för övergångsställen, barnen följer spontant detta negativa inlärningsmönster utan att på något sätt kunna reflektera över de konsekvenser det kan medföra. Modellförsök med barn i olika åldrar visar då också, att barnen först i 9-årsåldern under lugna förhållanden kan gå över en gata på rätt sätt. Då man lade in ett stressmoment, där barnet skulle ta hänsyn till fordon, som närmade sig från ett eller båda hållen klarade bara hälften av 8- och 9-åringarna den trafiksituationen! Att 9-åringarna inte gjort bättre framsteg måste till stor del bero på att den sedvanliga trafikundervisningen i hem, barnstugor och skolor inte varit så effektiv eller inte använt ett språk som barnen förstår.

Intressanta iakttagelser gjordes också beträffande små barns förmåga att se sig för i trafiken. Barn har tydligen en begränsad förmåga att se "ur ögonvrån" dvs. det är svårt för barnen att samordna själva gåendet med seendet. Den vuxne kan tänkas rusa över en gata för att hinna med en buss och samtidigt indirekt registrera trafikens rörelser omkring sig. Barnet saknar denna förmåga, det tittar först och springer sedan, omedvetet om den några sekunder senare aktuella trafiksituationen. Man kunde också belysa att samordningen av syn- och hörselintryck med adekvata handlingar är begränsad av barnets oförmåga och bristande erfarenhet.

Erfarenheten talar för att trafikolycksfallen i barnåldern är vanligast under den ljusa årstiden. Under andra och tredje kvartalet sker de flesta trafikolycksfallen, framför allt på eftermiddagen. Vardagarna är farligare än lördagar och söndagar. Orsakerna härtill är säkert många, tillsyn och övervakning har dock en mycket stor praktisk betydelse. I småbarnsåldern sker över 70 % av alla trafikolycksfall då barnet lämnas ensamt,

25 % sker i det "obevakade ögonblicket" och knappa 5 % då barnet är i sällskap med vårdnadshavare (Berfenstam, Skydda barnet mot olycksfall. Tidskriftserie Vår hälsa, 1961).

För småbarn är gatan den farligaste lekplatsen. Hos mindre barn är trafikolycksfallen dubbelt så vanliga hos pojkar som hos flickor. I förskole- och lågstadieåldrarna är fortfarande gatan och parkeringsplatsen ofta platsen för olycksfallet. Nu kommer cykeln in i bilden och pojkarnas våghalsighet gör att trafikolycksfallen dominerar hos pojkar. De är nu 3-4 gånger vanligare hos pojkar än hos flickor.

Oberoende av barnets ålder är de bästa förebyggande åtgärderna ofta de som skapar ökad trygghet och säkerhet. Detta gäller i första hand runt hemmet, sedan på lekplatsen och för förskole- och skolbarn också på vägen till och från skolan. Senare gäller det också naturligtvis skolmiljön och sist men inte minst skolbarns och ungdomars fritidsmiljö. Problemen har belysts i någon mån i Familjeberedningen (SOU 1967: 8), men framför allt i utredningen om Barns utemiljö (SOU 1970: 1). Man diskuterar här barns trafikförmåga och framhåller att barn under 4 års ålder inte kan ges någon som helst trafikuppgift utan måste hållas under ständig uppsikt, om de vistas i "trafikriskmiljöer".

Lek- och uppehållsplatser måste fullständigt skiljas från motortrafiken. En intressant undersökning som belyser boendemiljöns inverkan på barnolycksfall har redovisats från Göteborg (Trafikolyckornas samband med trafikmiljön, Barnolyckor i Göteborg 1964-1966 stadsdelsvis. Forskargruppen SCAFT, Chalmers tekniska högskola, Göteborg, meddelande 23, 1969). Undersökningen visade att i nyligen uppförda bostadsområden fann man 5 trafikolycksfall per 10 000 barn, medan man i äldre bostadsområden fann 28 trafikolycksfall på 10 000 barn. Undersökningen påvisade att moderna principer för stadsplanering var av avgörande betydelse för att förebygga trafikolycksfall bland barn. Riktigt inplacerade skolor, förskolor och lekplatser helt avskilda från trafik var en av de väsentligaste faktorerna för att skapa säker lekmiljö för barnen.

Omkring 2/3 av alla trafikolycksfall i barnåldern är cykelolycksfall. Siffran är inte förvånande då man i olika undersökningar funnit att omkring 40 % av 4-åringar och 50-60 % av 5-åringar redan är cykelägare. Omkring 50 % av barnen kunde använda sina cyklar i barnsäkra trafikmiljöer, medan 50 % inte hade sådana möjligheter utan fick använda trottoarer och gator för cykelåkning. Återigen framkommer betydelsen av trafiksäkra miljöer för barn i den här åldern som oerhört betydelsefull. (Gustavsson, Barnolycksfall i Östersund. Brorson och medarbetare, Barns cykelinnehav och olycksfallsposition. Socialmedicinska institutionen, Karolinska Institutet och Medicinska Forskningslaboratoriet, Statens Trafiksäkerhetsråd 1968, stencil.)

Det är dock relativt sällan som man har riktigt svåra trafikolycksfall enbart i samband med cykelolycksfall. I en undersökning från Uppsala (Torsson, J., Late Effects of Traffic Accidents, 1973) undersöktes kvarstående men efter trafikolycksfall hos en grupp barn. 58 patienter av 401 (14,5 %) hade kvarstående men efter 5 år. Av de 58 barnen hade endast 3 uttalad, kvarstående invaliditet efter 5 år, hos 7 barn fanns en måttlig

kvarstående invaliditet och hos resterande 48 patienter bedömdes invaliditeten som lindrig. Praktiskt taget alla barn med tecken på invaliditet hade varit inblandade i bilolyckor på olika sätt.

I detta sammanhang bör påpekas att barn som passagerare i bilar också varit föremål för särskilda undersökningar (Aldman, B., Säkerhetsutrustning för barn i bilar. Läkartidningen 63, 1345, 1966). Särskilda säkerhetsbälten och säkerhetsstolar har testats och rekommenderas för att förhindra trafikolycksfall av denna typ som är mycket svårartade.

En rad faktorer kan bidra till att förklara trafikolycksfall eller tillbud. I de yngre åldersgrupperna är övervakning och ett positivt inlärningsmönster med goda trafikexempel fortfarande avgörande för att på ett adekvat sätt prägla barnen i den trafikmiljö som finns omkring dem. Trafikundervisningen hemma eller i förskolan måste använda ett språk som barnen förstår, förklara saker enkelt och lättfattligt. Upprepade trafikprogram i TV är sannolikt ett utmärkt sätt att nå de yngre barnen!

Äldre förskolebarn kan ofta enkla trafikregler och kan periodvis uppträda med skenbar säkerhet. En prestationsgräns kan iakttagas efter det första skolåret, då barn dels nått en högre mognadsgrad dels fått ändrade vanor och beteenden och ökad erfarenhet. Det är dock först i 11–12-årsåldern som barn börjar bli så trafikmogna, att de kan jämföras med vuxna gångtrafikanter och cyklister.

5.3 Drunkningsolyckor

Drunkningsolycksfallen intar en särställning inom barnolycksfallen genom sin höga dödlighet. Nästan 1/3 av alla dödligt förlöpande olycksfall förorsakas genom drunkning. Händelseförloppet vid drunkningsolyckorna varierar framför allt med barnens ålder. Barn i 2–3-årsåldern kan drunkna i brunnar, åar och insjöar, inte sällan under lek vid bryggor eller på svaga isar. Senaste åren har också den ökade risken med swimming pools påtalats. Ju äldre barnen är, desto mer dominerar pojarna bland drunkningsolycksfallen och desto mer kommer våghalsiga lekar under båt färder, på hemmagjorda flottor och liknande in i bilden. Sedan länge har simundervisningen kontrollerats via skolorna och en alltmer utbredd simkunnsighet har säkert varit bidragande till att minska antalet drunkningsolyckor.

Dessutom har under senare år förts en intensiv kampanj, inte minst via Samarbetskommittén mot barnolycksfall, för badvett, båtvett och isvett. Mer allmänt bruk av flytvästar har också bidragit till att minska antalet drunkningsolyckor i förhållande till drunkningstillbud. Liksom vid alla former av barnolycksfall gäller det också här att genom övervakning, tillsyn och kunskap försöka förhindra olyckstillbud.

5.4 Hemolycksfall

Också om trafikolycksfallen svarar för de svåraste skadorna och drunkningsolycksfallen för den högsta dödligheten i förhållande till

antalet tillbud, är dock barnolycksfallen i hemmet såsom förgiftningar, fallskador, brännskador och kvävningar de allra vanligaste. Omkring 70 % av alla olycksfall hos barn under 7 år är hemolycksfall, de flesta hemolycksfallen är onödiga i den mening att de skulle kunna förebyggas. För detta krävs dock upplysning och kunskap om riskerna, uppmärksamhet och förutseende. Vår vardagsmiljö i hemmet har under de senaste årtiondena blivit alltmer tekniskt inriktad. Vi har fått det bekvämare, men kanske till priset av att vardagsmiljön också blivit farligare, inte minst för de minsta barnen.

Barnets säkerhet i hemmet är naturligtvis helt beroende av den vuxnes omsorg och omtanke. Småbarn måste läras och fostras till förståelse för omgivningens risker och genom träning läras att själva behärska faromomenten — inte bara undvika dem. Som tidigare framhållits har barnhälsovården en oerhört stor och viktig uppgift att fylla, då det gäller att öka kunskapen och skapa förståelse för barnolycksfall och deras förebyggande. Det är då lämpligt att knyta an till barnens normala utveckling och mognad och i samband med olika besök på BVC också lämna upplysningar om de olika olycksfallsrisker som barnet i olika åldrar vanligen kan utsättas för.

5.5 Säkerhetsåtgärder och lagstiftning

Samarbetskommittén mot barnolycksfall har sedan 1950-talet bedrivit ett omfattande utvecklingsarbete för att skapa trygghet, inte minst då det gäller hemolycksfallen. Genom sina vitt förgrenade organisationer har samarbetskommittén också haft effektiva kanaler för att sprida sin information. Intimt samarbete med statliga verk och myndigheter har underlättat nyskapandet av skyddsåtgärder som verksamt bidragit till att öka säkerheten både i barnets hemmiljö och närmiljö. På en lång rad områden har lagbestämmelser och rekommendationer bidragit till att öka den individuella säkerheten för barn. Aktiv kontinuerlig information och kampanjer har utan tvekan bidragit till att göra allmänheten mer uppmärksam på barnolycksfallens stora betydelse både för individ, familj och samhälle. Man har också kunnat konstatera, att ansträngningarna givit visst resultat. Som framgår av tabell 5.2 är frekvensen barnolycksfall med dödlig utgång lägre 1968 jämfört med 1958, framför allt vad beträffar trafik- och drunkningsolycksfallen. Skillnader i ålder och kön inom de olika olycksfallsgrupperna kan också utläsas i tabellen. Fallskador, förgiftningar och brännskador liksom kvävningsolycksfall och övriga olycksfall visar väsentligen oförändrad frekvens. Kvävningsolycksfallen hade dock minskat avsevärt i åldersgruppen under 1 år; 1958 registrerades i genomsnitt 24 kvävningsolycksfall med dödlig utgång totalt, jämfört med 1968, 15,3/100 000 i åldersgruppen. Kvävningsolycksfall var dessa år praktiskt taget den enda förekommande olycksfallstypen hos barn under 1 år; enstaka brännskador, fallskador och förgiftningar redovisades.

Tabell 5.2 Ålders- och könsfördelning av olycksfall med dödlig utgång i Sverige 1958 och 1968. Antal per 100 000 i respektive åldersgrupp

Typ av skada		1-5 år		6-14 år		Totalt
		Pojkar	Flickor	Pojkar	Flickor	
Trafik	1958	7,0	4,2	16,3	8,4	9,1
	1968	5,2	2,6	9,5	8,3	6,5
Drunkning	1958	8,5	2,9	7,4	2,1	4,9
	1968	4,9	1,7	5,3	0,9	3,1
Fallskador	1958	1,5	0,3	1,4	0,6	1,0
	1968	0,5	0,3	0,7	0,5	0,5
Förgiftningar	1958	1,2	—	—	—	0,2
	1968	0,3	—	—	0,7	0,3
Brännskador	1958	2,4	0,6	0,6	0,4	0,9
	1968	1,1	0,3	1,6	0,2	0,9
Kvävning	1958	0,9	0,6	0,4	0,2	1,9
	1968	0,8	0,8	0,5	0,2	1,6
Övriga	1958	2,4	0,9	1,6	—	1,3
	1968	1,6	1,1	1,1	1,7	1,4
Totalt	1958	24,0	9,7	27,6	11,7	19,5
	1968	14,6	6,9	18,7	12,7	14,3

Källa: "Accident in Childhood as a Public Health Problem", Strasbourg, 1972.

Säkerhetsåtgärder och lagstiftning går ut på att skapa trygghet i takt med barnets och det moderna samhällets utveckling. Det är viktigt att skapa trygga och harmoniska men också barnsäkra hemmiljöer och lekplatser, att skapa förutsättningar för trafikvänliga och trafiksäkra "arbetsmiljöer" för barn, skolvägar, cykelstigar och liknande. I den allmänna debatten har just barnet och trafiken helt naturligt tilldragit sig stort intresse; man har allt mer kommit till insikt om att dessa problem bäst löses av stads- och miljöplanerare i nära samarbete med beteendevetare och andra experter på barns levnadsförhållanden. I många fall har också mera informella arbetsgrupper med ideella organisationer och intresseföreningar kunnat medverka till en positiv och konstruktiv lösning av särskilt trafiksäkerhetsfrågor beträffande barn.

6 Barnsjukvård

6.1 Kort återblick

Barnsjukvårdens ställning inom den svenska medicinen har gamla anor om än i blygsamma former. Det första barnsjukhuset, Kronprinsessan Lovisas vårdanstalt för sjuka barn, inrättades 1854 men redan 1845 hade den första professuren i pediatrik inrättats förlagd till Allmänna barnhuset i Stockholm. Den fortsatta utvecklingen inom barnmedicinen, liksom inom de flesta andra områden inom den svenska sjukvården, blev dock mera ett resultat av enskilda huvudmäns och läkares ambitioner och intresse än av centralt förutseende och långsiktig planering. Den fortsatta utvecklingen av barnsjukvården gick mycket långsamt. I Stockholm tillkom två barnsjukhus (1890 och 1911), dessutom ett i Lund (1900) och i Uppsala (1911). Först sedan befolkningsfrågan blivit brännande och beslut om statsbidrag för upprättande och drift av barnsjukhus tillkom år 1939 blev det verklig fart på utvecklingen i det övriga landet.

6.2 Barnsjukvårdens utveckling

Inte förrän i slutet av 1800-talet och i början av 1900-talet kom medicinska framsteg i allmänhet att ha någon inverkan på barnadödlighet och barnasjuklighet. Upptäckten under denna tid av bakterier och kunskap om epidemiska sjukdomars spridningssätt skapade förutsättningar för allmänna hygieniska åtgärder som kom att få avgörande betydelse för hälsovården. Ordnade sanitära och hygieniska förhållanden, framför allt i städerna, tycks ha inneburit en klar förbättring, framför allt då dessa förändringar hade karaktären av samordnade aktiviteter. Naturligtvis förbättrade hälsovårdsupplysningen och de förbättrade sanitetsförhållandena hälsosituationen inte bara för barn utan för folk i allmänhet, men utan tvekan kom det att ha en avgörande betydelse för barnen. Detta i förening med ökat socialt välbefinnande är sannolikt orsaken till den fortsatta nedgången i spädbarnsdödlighet och en viss reduktion i spädbarnssjuklighet under de tre–fyra första decennierna av 1900-talet. Under denna period kom också modern medicinsk forskning och erfarenhet att betyda mer och mer för spädbarnsdödligheten. Detta framgår tydligt, framför allt om man jämför dödsorsakerna hos späda barn under olika

tidsperioder från 1910 och framåt. Man märker tydligt att t. ex. infektionssjukdomarna har minskat kraftigt i betydelse, vilket framgår av tab. 6.5 och 6.6. Naturligtvis har en lång rad av förebyggande och behandlande åtgärder bidragit till denna utveckling.

6.2.1 Barnsjukvårdens utveckling 1930–1970

Barnsjukvårdens utveckling vad beträffar antalet sjukhus och avdelningar och antalet vårdplatser belyses i tabell 6.1. 1931 fanns det endast tolv barnavdelningar, vanligen knutna till undervisningssjukhusen och de större centrallasarett. Under 1940- och 50-talen skedde en kraftig utveckling av barnsjukvården inom samtliga landstingsområden med en fördubbling av antalet vårdplatser räknat per tusen barn i åldern 0–14 år. 1960 var antalet barnkliniker och avdelningar 41, man hade nu nått i det närmaste full utveckling av barnsjukvården och under 1960-talet tillkom endast tre barnkliniker.

Tabell 6.1 Barnsjukvårdens utveckling

År	Antal sjukhus och avdelningar	Antal vårdplatser	Antal vårdplatser per 1 000 barn 0–14 år
1931	12	710	0,47
1940	14	824	0,63
1950	32	1 724	1,07
1970	44	2 566	1,5

Källa: Allmän Hälsa- och Sjukvård.

Under 1950-talet blev det alltmer aktuellt med en differentiering och specialisering av den sjukhusbundna barnmedicinska verksamheten. Utvecklingen i denna riktning var nödvändig dels för att tillgodose det ökande kravet på specialistbehandling men också av undervisningstekniska skäl.

Barnpsykiatri som 1950 inte hade några egna vårdplatser utvecklades mycket snabbt under 1960-talet med en fyrdubbling av vårdplatsantalet mellan 1960 och 1970 (tabell 6.2). Inom den barnkirurgiska specialiteten har utvecklingen i detta avseende gått något långsammare, vilket också belyses av tabell 6.3, där antalet kliniker och läkartjänster fördelade på olika barnspecialiteter redovisas för åren 1960 och 1970.

Både barnpsykiatri och barnkirurgi är unga specialiteter i Sverige – från början knutna till undervisningssjukhusen i Stockholm.

Under de 40 år som gått sedan man öppnade den första barnpsykiatriska polikliniken 1932 vid Norrtulls sjukhus i anslutning till barnkliniken där, har barn- och ungdomspsykiatriska hjälpmöjligheterna byggts ut avsevärt. Varje län har nu en barn- och ungdomspsykiatrisk klinik, vanligen belägen vid centrallasarettet. På dessa kliniker finns vårdplatser för observation och korttidsbehandling av patienter och till kliniken är knuten en särskild rådgivningsbyrå för den psykiska barn- och ungdomsvården (PBU-mottagning). Utöver de till centrallasarett knutna barn-

och ungdomspsykiatriska klinikerna finns numera 27 fristående centraler och 10 behandlingshem för eftervård. Behandlingshemmen tar framför allt hand om ungdomar, som kräver individuell behandling under längre tid, och man har där möjlighet att skapa en mera hemliknande atmosfär. Den fortsatta utvecklingen av barnpsykiatri i Sverige kommer att präglas av de i laget ingående medarbetarna: barnpsykiatern, sjuksköterskan, psykologen, kuratorn, barnläkaren och speciallärare av olika slag.

Barnkirurgin kom av naturliga skäl att byggas upp runt de barnmedicinska och kirurgiska klinikerna vid universitetssjukhusen. Framför allt inom nyföddhetskirurgin och för operativ behandling av medfödda missbildningar är barnkirurgin beroende av storsjukhusets resurser, vilket gjort denna organisationsform lämplig.

De barnmedicinska klinikernas utveckling har också gradvis gått emot en fortsatt specialisering. Framför allt gäller detta naturligtvis universitetsklinikerna som numera har specialavdelningar för barnneurologi, barnhjärtssjukdomar, barnallergiska sjukdomar och så vidare. Barnmedicinska kliniker finns nu knutna till centrallasaretten i de olika länen. Vid kliniken sköter man all speciell nyföddhetsvård t. ex. av för tidigt födda barn. Barnmedicinska klinikerna vid de större centrallasaretten har också efter hand genomfört en viss specialisering liksom man gjort vid medicinska kliniker för vuxenvård.

Tabell 6.2 Antal vårdplatser fördelade på specialkliniker, 1950–1970

	1950	1960	1970
Barnmed. klin.	1 724	2 328	2 566
Barnkir. klin.	209	281	339
Barnpsyk. klin.	—	134	575

Tabell 6.3 Antal kliniker och läkartjänster fördelade på specialkliniker, 1960–1970

	1960		1970	
	Kliniker	Läkartjänster	Kliniker	Läkartjänster
Barnmed. klin.	41	149	44	175
Barnkir. klin.	3	14	6	31
Barnpsyk. klin.	10	35	29	100

Den gradvisa utbyggnaden av barnsjukvården och dess specialisering har medfört ett ökat behov av specialistutbildade läkare. Antalet läkare med specialistbehörighet inom olika barnspecialiteter för åren 1960 och 1970 redovisas i tabell 6.4.

Tabell 6.4 Antal läkare med specialistbehörighet inom olika barnspecialiteter

	1960	1970
Barnmedicin	271	443
Barnkirurgi	12	27
Barn- och ungdomspsykiatri	27	69

Källa: Allmän Hälso- och Sjukvård.

Av de ovan redovisade kvantitativa måtten får man inte dra den slutsatsen, att alla barn vårdas av specialistkompetenta läkare på barnmedicinsk eller barnkirurgisk avdelning. Som belysande exempel kan nämnas att 1969 i Uppsala-regionen endast omkring 60 % av sjukhusvårdade barn låg på barnmedicinsk eller barnkirurgisk avdelning, resten däremot vårdades på allmänmedicinska, allmänkirurgiska eller andra vårdavdelningar som t. ex. öron- eller infektionsavdelning.

6.3 Sjukdomspanoramats förändring

Inledningsvis har kortfattat påpekats hur en rad olika faktorer inom en bred socio-ekonomisk sektor samverkat till det förbättrade hälsotillståndet hos barn och ungdom. Denna utveckling hade en avgörande positiv inverkan på bl. a. spädbarnsdödligheten och parallellt med denna gynnsamma utveckling förändrades också sjukligheten, morbiditeten, i vissa utvecklingsrelaterade sjukdomar som t. ex. tuberkulos.

Med den snabba utveckling som det svenska samhället har undergått kan vi i dag ha svårt att tänka oss in i situationen på 1920- och 30-talen. De allmänna levnadsförhållandena, särskilt bland låginkomsttagarna och på landet var ofta bristfälliga, inte minst ur hygienisk synpunkt. Kombinationen av bristfällig omgivningshygien och personlig hygien, trångboddhet och bristfällig allmän hälsokunskap ledde ofta till allmän misskötsel framför allt av barnen. Sjukdomar som tuberkulos och engelska sjukan, blodbrist på grund av dålig näringstillförsel och upprepade diarrétillstånd var tveklöst mycket vanligare då än nu. Naturligtvis medförde ökad kunskap och ökade medicinska resurser i form av vaccination mot tuberkulos, kikhosta, difteri och stelkramp och senare polio dramatiska förändringar av sjukdomsbilden, men tuberkulosfrekvensen hos barn hade redan börjat sjunka, innan vaccinationskampanjer påbörjades — ett vackert exempel på hur förbättrade levnadsförhållanden gynnsamt påverkar sjukdomspanoramats.

Den fortsatta utvecklingen och barnhälsovårdens arbete har medverkat till att sjukdomar som tuberkulos, difteri och polio helt har utrotats och att bristsjukdomar av typen engelska sjukan eller blodbrist praktiskt taget inte förekommer längre. Infektionssjukdomar som stelkramp och kikhosta är mycket ovanliga liksom också svårartade spädbarnsdiarréer.

Det finns sannolikt all anledning att förmoda, att t. ex. vanliga barnsjukdomar (se avsnittet om vaccinationer), förkylningssjukdomar

och diarrésjukdomar var minst lika vanliga förr som nu, sannolikt var de vanligare! Den dåliga hygien och trångboddheten medförde säker ökad smittsamhet för vanliga infektionssjukdomar. Bristfälligt näringstillstånd med blodbrist minskade i många fall motståndskraften och gjorde att t. ex. förkylningssjukdomar ofta fick ett mera långdraget och svårartat förlopp. Mot bakteriella sjukdomar som t. ex. luftrörskatarrer och lunginflammationer hade man inte någon behandling — detta bidrog också till långdragna förlopp, svårare komplikationer och högre dödlighet. En av de mest uttalade förändringarna i sjukdomspanoramats beror just på våra överlägsna metoder i dag att behandla bakteriella infektioner som lunginflammationer, öroninflammationer, urinvägsinfektioner och liknande. — En snabb genomgång av "dödböckerna" vid barnmedicinska kliniken i Uppsala kan belysa detta. Under 1920- och 30-talen dog bortåt 60 % av spädbarnen i lunginflammation efter kortare eller längre tid på barnkliniken — i dag sköter vi till största delen likartade infektioner vid besök på mottagningen. Barnet får en välsmakande penicillinmedicin eller liknande och kan utan risk skötas hemma!

I det här sammanhanget är det också viktigt att påpeka, att föräldrars inställning till barns hälsa undergått en fortlöpande förändring under de sista 30–40 åren. Detta påpekades i Barnstugeutredningen (1971) där man reste krav på att samhället skulle ordna tillsyn för akut och lindrigt sjuka barn. I den nuvarande barnstugeverksamheten har man mycket små möjligheter att ta hand om lindrigt sjuka barn och fortfarande är mammas eller pappans möjligheter att få vara hemma hos det sjuka barnet relativt begränsade i tid. Det rör sig bara om tio dagar om året, om barnet är under 10 år.

Naturligtvis kan man inte gå så långt, att man säger att förskolebarn förr var mera sjuka än friska. Däremot kan man tro att vanliga sjukdomar inte alls tillmättes den betydelse som man gör i dag. Visst är det glädjande att föräldrar ställer höga krav på barns hälsa, men ibland har man intrycket att det har gått så långt, att man utgår från att barnet alltid skall vara friskt. Man kan ibland ha svårt att acceptera, att normala förskolebarn som regel har omkring sex övre luftvägsinfektioner per år, ofta med lätt feber, som gör att de måste vara hemma ett par dagar från t. ex. barnstugan.

Alltsedan daghemsverksamheten började byggas ut under 1930- och 40-talen har det också varit en ganska intensiv diskussion bland läkare om de medicinska förhållandena på daghemmen. Daghemsbetänkandet, som utkom 1951, innehöll bland annat en omfattande infektionsundersökning som visade att daghemsbarn hade fler övre luftvägsinfektioner än hemmabarn. Frånvarofrekvensen på grund av sjukdom hos daghemsbarnen under tre års ålder var också så hög som omkring 30 %. Situationen är på de flesta håll väsentligen densamma, vilket belysts av en studie i Solna (Hultman, Läkartidningen 46: 1538, 1971), där han påpekar att man i stort sett har oförändrad sjukdomsfrekvens jämfört med för 20 år sedan. Framför allt är det småbarnen i åldern 1/2 till 2 år som har upprepade och långa frånvaroperioder på grund av övre luftvägsinfektioner. — Ur daghemssynpunkt är detta orationellt, då var femte daghems-

plats står tom. Visserligen kompenseras tomplatserna som regel med överinskrivningar på daghemmen, något som naturligtvis för med sig andra problem i form av ökad belastning på personalen framför allt periodvis, då alla barnen är friska!

Det här problemet togs också upp till diskussion i Barnstugeutredningen, som betonar hur väsentligt problemet är och vilka praktiska konsekvenser det ofta medför både för daghemmet och för barnfamiljen.

Också om man alltså saknar säkrare upplysningar beträffande sjukligheten i olika åldersgrupper under olika tidsperioder, kan de ledande dödsorsakerna i de olika åldersgrupperna ge en god bild både av sjukdomspanoramats förändring och den medicinska vårdens utveckling under 1900-talet. Ledande dödsorsaker hos barn i olika åldersgrupper under tiden 1911–1915 och 1966–1970 redovisas i tabellerna 6.5 och 6.6. Som framgår av dessa tabeller har det skett en dramatisk förändring av dödsorsakerna hos barn i alla åldersgrupper. Olika tillstånd som kan

Tabell 6.5 Dödsorsaker hos barn under 1 år, per 100 000 barn, 1911–1915, 1946–1950 och 1966–1970

	1911–1915	1946–1950	1966–1970
Nyföddhetsjukdomar			750
Medfödda missbildningar	2 890	1 770	300
Andningsorganens sjukdomar	1 200	310	40
Matsmältningsorganens sjukdomar	900	80	30
Infektionssjukdomar	710	60	20
Tuberkulos	200	10	0
Olycksfall	–		70
Totalt	7 220	2 400	1 220

Tabell 6.6 Dödsorsaker hos barn i olika åldersgrupper, per 100 000 barn, 1911–1915 och 1966–1970

	Åldersgrupp					
	1–4 år		5–9 år		10–14 år	
	1911 –15	1966 –70	1911 –15	1966 –70	1911 –15	1966 –70
Infektionssjukdomar	245	3	91	1	46	1
Andningsorganens sjukdomar	190	6	28	3	14	1
Tuberkulos	143	0	77	0	96	0
Matsmältningsorganens sjukdomar	65	2	18	1	13	1
Okänd orsak	63	0	18	0	10	0
Olycksfall	45	18	26	17	24	12
Medfödda missbildningar	17	0	1	0	0	0
Tumörer	4	10	3	8	3	6
Andra orsaker	106	17	56	8	60	7
Totalt	878	56	318	38	266	28

Källa: Sjölin, S. & Vahlquist, B., Child Health in Sweden. Acta Paed. Scand. 63: 485, 1974.

förebyggas eller behandlas som t. ex. infektionssjukdomar, där dödligheten tidigare var stor på grund av samverkan mellan infektion och undernäring, är numera praktiskt taget inte något problem längre. Däremot kvarstår dödsorsaker i nyföddhetsperioden, missbildningar, maligna tillstånd och olycksfall som väsentliga och svårösta problem.

Som tidigare framhållits har svenska barn generellt sett aldrig varit kroppsligt friskare än nu. Å andra sidan har samhällsutvecklingen fört med sig, att det i många fall är socialt besvärligare när barn blir sjuka. — Dubbelarbetande föräldrar har inte samma möjligheter att ge barnen den nödvändiga omvårdnaden och samhället har i det avseendet ännu inte på ett tillfredsställande sätt lyckats lösa barntillsynen. Vanliga övre luftvägsinfektioner hos barn innebär som regel i dag inte några medicinska problem, men har blivit ett socialmedicinskt problem just genom att tillsyn och omvårdnad av det lindrigt sjuka barnet i många fall innebär praktiska problem för föräldrarna. Sådana bedömningar måste tagas med i diskussionen, då man vill belysa sjukdomspanoramats förändring; tidigare allvarligt förlöpande sjukdomar dominerade och kamouflerade i många avseenden eller åtminstone minskade intresset och betydelsen av lindrigare sjukdomar. Då numera de allvarligt förlöpande sjukdomarna "ersatts" av lindrigare sjukdomstillstånd, som inte innebär några större medicinska problem, kan detta å andra sidan innebära nya socialmedicinska problem.

Så länge tuberkulos och difteri, lunginflammationer och kroniska öroninflammationer var hotande och fruktade medicinska problem, innebar vanliga snuvor och andra lättare infektioner inga bekymmer, även om barnen många gånger for illa och hade det svårt och besvärligt just därför att behandlingsmetoderna i våra ögon var så enkla och otillfredsställande.

Den fortsatta utvecklingen både socioekonomiskt och medicinskt har givit oss totala behandlingsmöjligheter, som var alldeles ofattbara för 40 år sedan! När man ser utvecklingen i det perspektivet, har den gått väldigt snabbt. — Dagens äldre föräldrageneration, själva födda på 20- och 30-talen, var den första som konfronterades med det gamla samtidigt som de sett sina egna barn växa upp i det nya hälso- och sjukvårdssystemet med alla dess fördelar. På något sätt går här en gräns runt 40-talet, då man efter 30-talets depression socialpolitiskt kommer in i ett nytt utvecklingskede med barnhälsovård och vaccinationsprogram och medicinsk utveckling som gav oss medel att bekämpa förödande infektioner! Nya föräldragenerationer kommer efterhand in i bilden. Den sociologiska utvecklingen, urbaniseringsprocessen, dubbelarbetande föräldrar, allt detta för in nya dimensioner i barnhälsovården och barnsjukvården. Dagens föräldrar lever i dagens samhälle och upplever dess krav på sina barn. Samlevnadsproblem skapar beteendestörningar hos barnen, psykosomatiska sjukdomstillstånd blir vanligare, kravet och behovet av hjälp och stöd ökar framför allt socialt och psykologiskt för att klara av de påfrestningar, som den moderna barnfamiljen ofta utsätts för.

6.4 Sjukdomar i barnåldern

Då det gäller sluten sjukhusbunden barnsjukvård (inneliggande patienter) intar sjukdomstillstånd under nyföddhetsperioden en dominerande plats. Den är kvalitativt och kvantitativt resurskrävande och kräver 25–30 % av vård dagarna i den slutna pediatrika vården. Att nyföddhetsvården skall ges högsta prioritet är uppenbart, då en kvalificerad nyföddhetsvård integrerad med förlossningsvård och förvård ger betydande förbättringar i såväl morbiditet som mortalitet hos barn (Gyllenswärd, Barnmedicin – bilaga till Hälso- och sjukvård inför 80-talet, Socialstyrelsen 1973).

Efter nyföddhetsperioden domineras sjukdomspanoramat av infektioner av olika slag. Vanligtvis sköts numera alla infektioner i öppen vård och hos en fristående barnläkare räknar man med att infektioner, framför allt övre luftvägsinfektioner och urinvägsinfektioner, svarar för ungefär två tredjedelar av förstagsbesöken. En viktig grupp, både i öppen och slutna vård, utgöres numera av de barnallergiska fallen, främst astmatiska luftrörskatarrer, hösnuvor och astma. Man har beräknat att allergifallen kräver ungefär 15 % av den totala kapaciteten vid en pediatrik sjukhusmottagning.

Barnneurologi och barnhabilitering är två andra områden, som volymmässigt ökat påtagligt under den senaste tioårsperioden. Det är också här svårt att få fram exakta morbiditetssiffror, men man kan räkna med att arbetet inom denna sektor kräver bortåt 20 % av öppen och slutna barnmedicinsk vård.

I samband med att tidigare, traditionella barnsjukdomar har försvunnit har nya intagit deras platser och blivit både kvalitativt och kvantitativt resurskrävande. Hit skall i första hand räknas olika missbildningssyndrom, endokrina och metaboliska sjukdomar, som tidigare var belastade med mycket hög dödlighet men som nu genom medicinska och tekniska landvinningar överlever men i det långa loppet blir mycket resurskrävande både sjukvårdsmässigt och vårdtekniskt. Av speciellt intresse är också att notera hur olika psykosomatiska sjukdomstillstånd ("navelkolik", spänningshuvudvärk) blivit alltmer framträdande inom förskoleåldern och skolåldern och numera kräver ökade socialpediatriska insatser.

6.5 Barn på sjukhus

Egentligen vet man förvånansvärt litet om barn på sjukhus under 1930-, 40- och 50-talen. Undantaget utgöres av rapportering angående barn-tuberkulos, där vi under 1930- och 40-talen har detaljerade upplysningar om antalet barn, diagnos och vårdtidens längd vid de då existerande barnsanatorierna. Som tidigare nämnts försvann barntuberkulosen praktiskt taget under 1950-talet.

Inte förrän under 1960-talet kom man att mera systematiskt studera barns sjukvårdskonsumtion. Vi vet nu att omkring 60–70 % av barn på sjukhus blir intagna akut för olika sjukdomstillstånd, som kräver just akut omhändertagande. Häri ingår helt naturligt all nyföddhetsvård,

senare domineras bilden av akuta infektionstillstånd, olycksfall och akuta kirurgiska tillstånd.

Då relativt stor del av antalet barn på sjukhus utgöres av akuta infektioner som till stor del är säsongbundna, kommer också beläggningen på sjukhus att variera med infektionssäsongen.

En viss uppfattning om åldersfördelningen av barn intagna på sjukhus kan man få av följande tabell från Stockholms läns landsting 1971.

Tabell 6.7

	Åldersfördelning, %					
	Månader		År			
	0-1	1-11	1-4	5-9	10-14	15-19
Vård dagar	25	19	22	17	13	4
Vårdtillfällen	28	12	27	19	21	3

Källa: Gyllenswärd, Barnmedicin, Socialstyrelsen, 1973.

Av tabellen framgår att barn under 5 år konsumerar 2/3 av både vård dagar och vårdtillfällen. Det är också intressant att se att ungefär 1/4 faller inom nyföddhetsperiodens första månad, den andra frekvenstoppen ligger i åldern 1-4 år, sannolikt förorsakad av infektionsmönstret i denna åldersgrupp. Ju äldre barnet blir, desto mindre sjukhusvård krävs.

Tidigare har nämnts att kanske 60 % av sjukhusvårdade svenska barn i dag tas omhand på barnmedicinska och/eller barnkirurgiska kliniker, i övrigt vårdas barn på allmänmedicinska och allmänkirurgiska avdelningar liksom också på andra vårdavdelningar av typen infektionsavdelningar, öron-, ögonavdelningar osv.

Eftersom man ännu saknar en överskådlig registrering av samtliga sjukhusvårdade barn i landet, kan följande tabell få belysa de vanligaste orsakerna till intagning på barnmedicinska kliniker (Uppsalaregionen, 1969).

Tabell 6.8

	Vård dagar
1. Nyföddhetsperiodens sjukdomar	20 346
2. Medfödda missbildningar	10 776
3. Övre luftvägsinfektioner	6 371
4. Sjukdomar i centrala nervsystemet inklusive epilepsi	6 276
5. Astma, luftrörskatarr	6 132
6. Olika symptom och observationsfall	5 700
7. Urinvägsinfektioner	4 357
8. Endokrina sjukdomar	4 306
9. Diarrésjukdomar	4 094
10. Mentala rubbningar	3 011
11. Övrigt	25 022

Källa: Gyllenswärd, Barnmedicin, Socialstyrelsen, 1973.

I dagens läge kan man inte förutspå någon förändring av sjukdomspanoramats som i väsentliga avseenden kunde tänkas påverka de ovan nämnda tio vanligaste intagningsorsakerna, som också förbrukar i stort sett 2/3 av antalet vård dagar. Sannolikt var de vanligaste intagningsorsakerna väsentligen desamma också för 20–30 år sedan. Vad man med bestämdhet kan säga är att vårdtiden i dag är betydligt förkortad.

Det kan vara av visst intresse att jämföra sjukdomsprofilen vid barnmedicinska kliniker inom Uppsalaregionen, såsom de har presenterats ovan, med vårdtillfällen i slutna kroppssjukvård för barn 0–14 år efter sjukdomsgrupp inom Uppsalaregionen 1969. Inom den totala, slutna kroppssjukvården blir den relativa frekvensen av de vanligaste diagnosnumren följande.

Tabell 6.9

1.	Respirationsorganens sjukdomar	26,5 %
2.	Skador och förgiftningar	10,5 %
3.	Symptom	9,6 %
4.	Infektionssjukdomar	8,5 %
5.	Nervsystemets sjukdomar	7,9 %
6.	Missbildningar	7,5 %
7.	Matsmältningskanalens sjukdomar	6,8 %
8.	Nyföddhetsperiodens sjukdomar	6,3 %
9.	Urinvägssjukdomar	4,9 %
10.	Övrigt	11,5 %

Källa: Gyllenswärd, Barnmedicin, Socialstyrelsen, 1973.

De två Uppsalamaterialen belyser vanskligheterna med att bedöma sjukdomspanoramats utifrån sjukhusvårdade patienter. Sjukdomsprofilen måste helt naturligt bli en annan vid en barnmedicinsk klinik, där nyföddhetsperiodens sjukdomar inklusive medfödda missbildningar svarar för drygt 1/3 av antalet vård dagar.

Inom den slutna kroppssjukvården är sjukdomsprofilen en helt annan. Här dominerar, liksom i den öppna vården, övre luftvägsinfektioner, som procentuellt sett tar drygt 1/4 av vårdtillfällena i anspråk.

För de ovan nämnda tio vanligaste sjukdomstillstånden är den genomsnittliga medelvårdtiden i dag 8 dagar. Detta innebär en avsevärd förkortning. Under 1940-talet kan man nog räkna med att medelvårdtiden var bortåt tre gånger så lång, under 1950-talet dubbelt så lång. Utan tvekan samverkar en rad olika faktorer till den nu korta medelvårdtiden. Genom barnhälsovårdens och barnsjukvårdens gradvisa utbyggnad kommer barn tidigare under sjukhusvård, är alltså inte så sjuka, dels har förbättrade, effektivare medicinska behandlingsmetoder starkt bidragit till att förkorta vårdtiderna.

En fortsatt utbyggnad både av barnsjukvården och barnhälsovården kan tänkas medföra ännu kortare vårdtider i framtiden. Man inser dock i dag, att det finns en viss risk med ytterligare förkortning av vårdtiden. Ett ökat behov av och intresse för psykosociala frågeställningar torde snarare i många fall motivera en något längre vårdtid.

Under de senaste åren har "barn på sjukhus" i den allmänna debatten blivit ett begrepp, som mer kommit att reflektera barnens sociala, emotionella och psykologiska upplevelser av själva sjukhusvistelsen. Utan tvekan är det inte bara vårdtidens längd utan vårdens utformning, som radikalt har förändrats under de senaste 20–30 åren. Först under 1950- och 60-talen kom man att både internationellt och nationellt intressera sig för de olika faktorer, som bortsett från barnens sjukdomstillstånd påverkade barnet under sjukhusvistelsen, barnets ålder, barnets separation från föräldrarna, sjukhusmiljön, de interpersonella relationerna på sjukhuset, sjukhusvistelsens längd och barnets reaktioner socialt, emotionellt och psykologiskt inför sjukhusvistelsen och sist men inte minst barnets reaktion vid hemkomsten från sjukhuset. Naturligtvis är alla dessa variabler beroende av barnets ålder och intagningsorsaken. Om man dock kommer ihåg, att bortåt 60–70 % av alla barn på sjukhus kommer in akut inser man att den plötsliga omställningen kan vara svår för barnet också om det bara rör sig om en kort tids observation för en i och för sig ofarlig åkomma, som inte är smärtsam eller kräver mera omfattande undersökningar. Till detta kan läggas att föräldrarnas oro över barnets sjukdomstillstånd ofta gör att föräldra-barnrelationerna blir förändrade och upplevs konstlade av barnen.

Ökade insikter och kunskaper om barns sätt att reagera har medfört betydligt barnvänligare miljöer på barnsjukhusen under de senaste 10–15 åren. Man har också fått belägg för att en positiv, lugn och harmonisk miljö mycket gynnsamt påverkar barnens sjukdomstillstånd, gör det lättare för sjukvårdspersonalen att samarbeta med barnen och också medverka till en lugnare återanpassning vid hemkomsten. Inte minst har den öppna dialogen mellan sjukvårdspersonal och patienter och anhöriga bidragit till detta. Besökstiderna har blivit alltmer frikostiga, på de flesta barnkliniker har man nu "öppet hus" och anser detta mer naturligt och värdefullt. Man försöker också alltmer utnyttja föräldrarna i behandlingslaget.

En väldigt viktig del i barnmiljön på barnkliniken är förskolan och förskollärarnas arbete. Lekterapiens gradvisa fortsatta utbyggnad har varit av avgörande betydelse på många sätt. Naturligtvis upplever barn i de aktuella åldrarna lekterapi som en neutral replipunkt, ofta i en miljö som mer liknar kända miljöer, dessutom händer där roliga och spännande saker. Vid sidan om denna sin verksamhet har lekterapi dessutom väldigt starkt bidragit till att göra miljön och atmosfären på barnavdelningar runt om på sjukhusen barnvänliga och öppna, inte minst genom att påverka vårdpersonalen och lära dem att bättre förstå barns emotionella, sociala och psykologiska behov.

Under 1950- och 60-talen skedde en gradvis utbyggnad av förskoleverksamheten inom barnsjukvården och i dag finns sådan verksamhet organiserad vid landets alla barnsjukhus. Tidigare har nämnts att omkring 40 % av svenska barn vårdas vid andra sjukhus än barnsjukhus. Här är behovet av förskoleverksamhet inte tillgodosett men mycket stort. En fortsatt förstärkning och utbyggnad av förskoleverksamheten för barn på sjukhus framstår därför som mycket väsentlig och angelägen.

6.6 Öppen barnsjukvård

Inte heller när det gäller den öppna barnsjukvården (mottagningsverksamheten) har vi sammanställningar som med säkerhet kan tala om för oss hur sjukdomspanoramat såg ut på 1930- och 40-talen såsom det då kunde bedömas från allmänläkarens eller barnläkarens mottagning. Vi tror att förbättrad förebyggande barnhälsovård kommer att minska efterfrågan på sjukvård både vad gäller öppen och slutna sjukvård. Vi vet, att vi i dag kan räkna med ungefär 1,5 besök per barn och år i den öppna barnsjukvården och att drygt 50 % av barnen är under 5 år vid förstagsbesöket.

Det aktuella sjukdomspanoramat inom den barnmedicinska öppna sjukvården kan belysas ganska väl av följande studier.

I Tierpsprojektet (Socialstyrelsen, Byrå PB 2, rapport november 1973) redovisar Berfenstam och Smedby sjukvårdskonsumtionen i Tierpsområdet under oktober–december 1971. Den procentuella fördelningen av antalet läkarkonsultationer efter diagnosgrupp i åldern 0–14 år redovisas i följande tabell (6.10).

Tabell 6.10

Diagnosgrupp	Ålder 0–14 år
1. Respirationsorganens sjukdomar	26,6 %
2. Öronsjukdomar	22,8 %
3. Skador och fallskador	21,2 %
4. Hudsjukdomar	5,1 %
5. Olika symptom	4,4 %
6. Infektionssjukdomar	3,4 %
7. Ögonsjukdomar	2,6 %
8. Urinorganens sjukdomar	2,5 %
9. Matmältningskanalens sjukdomar	1,7 %
10. Övrigt	9,7 %

Av den gjorda sammanställningen framgår att övre luftvägsinfektioner och öroninfektioner tillsammans svarar för ungefär hälften av alla läkarbesöken, småskador och olycksfall, framför allt fallskador, för ytterligare drygt 20 % av läkarbesöken. Vid bedömning av undersökningen måste man med tanke på infektionernas dominerande plats bara påminna om att undersökningen gjordes under 'infektionssäsongen' oktober–december. Det kan vara intressant att jämföra Tierpsundersökningen med de väsentligaste diagnoserna i barnmedicinsk öppen sjukvård i ett storstadsområde, förstagsbesök, där verksamheten sköts av en praktiserande barnläkare (Nordstedt, Läkartidningen 68, nr 2, 1971). Följande siffror belyser hur öppen barnsjukvård utanför sjukhus fördelar sig hos en barnspecialist.

Tabell 6.11

Okomplicerade övre luftvägsinfektioner	32 %
Öroninflammationer	20 %
Psykosomatiska sjukdomar	14 %
Smittsamma barnsjukdomar	8 %
Allergier	5 %
Urinvägsinfektioner	3 %
Akuta mag-tarmsjukdomar	2 %
Lunginflammationer	2 %
Övrigt	14 %

Barnspecialistens verksamhetsområde, särskilt i storstaden, blir betydligt mer profilerat än allmänläkarens i Tierp. Gemensamt är dock att okomplicerade luftvägsinfektioner och öroninflammationer svarar för huvuddelen av arbetsbördan. Hos barnspecialisten intar sedan psykosomatiska sjukdomar en framträdande plats, medan däremot småskador och barnolycksfall tas om hand på sjukhusens mottagningar.

Besöksprofilen i öppen vård domineras helt naturligt av infektionssjukdomar. Kurvan visar en tämligen jämnt fallande tendens från spädbarnstiden upp till tonåren. Å andra sidan ökar besöksfrekvensen för psykiska och psykosomatiska symptom under förskoleåldern och första skolåren för att sedan återigen avta upp i tonåren. Det ligger i sakens natur, att barnspecialisten får rätt stor andel psykosomatiska sjukdomstillstånd inom sin öppna vård, då man vänder sig till honom speciellt i sådana fall.

Ett tredje, mindre material har sammanställts för att belysa sjukdomsbilden hos sjuka barn i glesbygd (L. H. Gustavsson, Läkartidningen nr 51, 1970). De väsentligaste diagnoserna fördelar sig här enligt följande sammanställning.

Tabell 6.12

Infektioner (övre luftvägsinfektioner, urinvägsinfektioner och viroser)	52 %
Övrig barnsjukvård	21 %
Kirurgi, olycksfall	15 %
Psykosomatiska sjukdomar	4 %
Öronsjukdomar	3 %
Ögonsjukdomar	3 %
Övrigt	2 %

Naturligtvis kan inte dessa tre material, Tierpsmaterialet, Stockholmsmaterialet och glesbygdsmaterialet ligga till grund för någon närmare analys beträffande barns sjuklighet. Det är helt naturligt och tydligt, att man i ett storstadsområde med barnläkare söker denne för specifika barnsjukdomar, allmänläkaren söker man för alla sjukdomar hos barn! Inom storstadsområdet har man utöver barnläkaren dessutom tillgång till sjukhusens öppna mottagningar för t. ex. kirurgiska åkommor, öron-, ögonåkommor och liknande. I tätorter och glesbygder får allmänläkaren fortfarande till stor del ta hand om allmänpediatriken utan att vara speciellt utbildad för det ändamålet.

Avsaknaden av registrerade psykosomatiska sjukdomstillstånd inom Tierps- och glesbygdsmaterialet får inte tas som uttryck för att barn utanför storstadsområdet inte skulle ha psykosomatiska besvär. Å andra sidan är det tänkbart att en snabb och långt driven kollektiv urbanisering under vissa utvecklingsfaser kan ställa överkrav på barn och resultera i högre frekvenser av vissa psykosomatiska störningstillstånd inom storstadsområdet. För att närmare belysa eventuella orsakssammanhang krävs dock ytterligare forskning och försöksverksamhet inom detta viktiga område.

Ett utomordentligt intressant arbete, som belyser dessa problem, har nyligen publicerats (Jonsell, Patienter som söker barnmedicinsk öppen vård, Umeå University Medical Dissertations, nr 11, 1974). I sina undersökningar kunde Jonsell påvisa, att omkring 15–20 % av alla barn i Umeåregionen i åldern 0–15 år under ett års tid utförde ett eller flera nybesök på barnmedicinska mottagningen. Antalet besökare var högst i åldern 0–3 år och sjönk med stigande ålder. Jämförande undersökningar med andra sjukvårdsregioner visar, att denna siffra sannolikt var representativ. Jonsells undersökning avsåg framför allt att närmare analysera de barn, som söker en barnmedicinsk mottagning för psykiska eller psykosomatiska och psykologiska besvär. Det framkom, att i 5,2 % av fallen förelåg klara psykiska faktorer, i ytterligare 8,3 % av fallen var bedömningen psykisk faktor tveksam, medan resten (86,5 %) av fallen (3 460 patienter), hade klart avgränsade kroppsliga besvär.

Jonsell framhåller också att den höga besöksfrekvensen för psykiska-psykologiska och psykosomatiska besvär visar, att det föreligger ett stort hjälpbehov, som framför allt patienternas föräldrar tolkar som medicinskt. Med tanke på de stora kostnader för det allmänna som ett besök vid sjukhuset som regel innebär kan det ifrågasättas, om samhällets hälso-, sjukvårds- och socialvårdsresurser är riktigt strukturerade för att möta det hjälpbehov, som många av dagens föräldrar har med tanke på barnens situation. Det visar sig också, att de barn med psykiska och psykologiska besvär av olika typ för vilka man sökte på den barnmedicinska mottagningen oftare kom från socialt snedbelastade miljöer än de barn, som hade rent kroppsliga sjukdomar och åkommor. Likartade problem belyses i "Öppen akut spädbarnssjukvård. En analys av vårdkonsumtionens art och orsaker" (SPRI-Rapport nr 5, 1975) av Sundelin. Han framhåller här att man under en följd av år i Sverige, som i andra länder, noterat starkt stigande konsumtion av öppen barnsjukvård vid Barnmedicinska kliniker speciellt i samband med akuta insjuknanden. Mot den bakgrunden undersökte Sundelin bortåt 900 barn i ålder 1 mån–1 år under en 8-månadersperiod 1972–73 som undersökts akut vid Barnmedicinska kliniken i Uppsala. – En vecka efter besöket gjordes hembesök hos omkring 400 föräldrar som då blev intervjuade om olika omständigheter omkring barnets sjukdom som föranlett föräldrarna att söka vård. Det framkom då att drygt hälften av fallen söker på den barnmedicinska mottagningen helt oplanerat på grund av akuta sjukdomstillstånd framför allt övre luftvägsinfektioner och öroninflammationer. Drygt 1/3 av föräldrarna sökte närmast för att få barnet undersökt

och få besked om att det inte var allvarligt sjukt eller behövde någon speciell behandling. 1/4 av barnen som undersöktes bedömdes av den behandlande läkaren vara i behov av mera omedelbar medicinsk vård eller behandling. 1/3 av barnen hade lågt eller inget vårdbehov alls, men naturligtvis förelåg här ett behov av råd och stöd i den aktuella situationen.

Sundelins arbeten belyser på ett mycket påtagligt sätt hur både barnhälsovården och barnsjukvården allt mer har blivit den första medicinska kontakten för många småbarnsföräldrar. Tidigare var det mycket vanligare att man hade den första medicinska kontakten inom storfamiljens ram, oftast t. ex. med en mormor i bakgrunden; den förändring av samhället som gradvis skett med den isolerade kärnfamiljen har medfört att både barnhälsovården och barnsjukvården fått överta mycket av "mormorsfunktionerna".

Återigen möter vi här något av de nya dimensionerna i modernt sjukvårdsarbete; för barnläkaren räcker det inte i dessa situationer att enbart ägna sig åt barnet. Engagemanget måste omfatta barnets situation i familjen och familjens situation i samhället.

I "Barnmedicin" — en bilaga till "Hälso- och sjukvård inför 80-talet" — har Gyllenswärd diskuterat avgränsningen av barnmedicinens verksamhetsområde. Det kan i det här sammanhanget vara värt att påpeka, att den öppna barnsjukvården i dag väl motiverat behovet av särskilda allmänläkare för barn som fungerar som distriktsbarnläkare, framför allt inom tätt bebyggda områden. I glest befolkade bygder måste tills vidare vårdens tillgänglighet vägas mot kvaliteten. Här kan sannolikt en väl utbildad allmänläkare med lång sidoutbildning inom barnmedicin vara det bästa alternativet.

6.7 Tonårsmedicin

Gränsen för barnmedicin har som regel dragits vid 15 års ålder. Som framhållits i Socialstyrelsens "Hälso- och sjukvård inför 80-talet" har dock förändringarna i samhället under de sista decennierna bland annat inneburit, att huvudparten ungdomar mellan 15 och 18 år har blivit studerande från att tidigare ha varit förvärvsarbetande. En av konsekvenserna av detta är en skönjbar förskjutning av sjukdomsmönstret mot mer psykosomatiska och psykosociala frågeställningar. Då denna problematik delvis anknyter till barnmedicinsk respektive barnpsykiatrisk verksamhet är det naturligt, att man alltmer tagit sig an denna åldersgrupp inom barnmedicin. Som framgår av tabell 6.7 utgör ungdomarna inte några storkonsumenter av sluten sjukvård, deras behov av öppen vård är nog inte riktigt klarlagd eller känd. Sannolikt är behovet mycket större än vad vi tror i dag, närmast för att samhället inte kan erbjuda ungdomarna en från deras synpunkt acceptabel öppen vård. Verksamheten vid en ungdomsmottagning i Borlänge har visat på att så kan vara fallet. Vem som i framtiden skall ta hand om ungdomsmedicin, barnmedicinaren med särskild utbildning i ungdomsmedicin, skolhälsovårdsläkaren eller internisten har inte slutgiltigt diskuterats, inte heller under vilka former

detta bäst kan ske. Ungdomsmedicinen är i dag ett både socialt och psykologiskt viktigt, delvis försummat, område. I den allmänna debatten har samhällets påverkan på ungdomarna och ungdomarnas påverkan på samhället livligt ventilerats. Den snabba, kollektiva urbaniseringsprocessen har kritiserats. Återigen kan samhället ställa överkrav på ungdomar, som inte är mogna att möta dessa krav. En annan faktor är gapet mellan biologisk pubertetsmognad och social mognad. Vi vet att både pojkar och flickor i dag puberterar 3–4 år tidigare än för 30–40 år sedan. Man blir biologiskt mogen tidigare än man mognar socialt i övrigt. Man går längre i skolan och den för puberteten ganska naturliga frigörelseprocessen skapar konflikter mellan hem, skola och samhälle. Ungdomens samlevnadsproblem med tilltagande och tidig sexuell kontakt, ett behov av att snabbt bli vuxen, att tillägga sig vuxnas attityder, värderingar och bedömningar – hela det moderna konsumtionssamhällets krav och normer kan inte sällan innebära stora problem, framför allt för emotionellt instabil, disharmonisk ungdom.

Inom den här åldersgruppen är säkert behovet stort av psykosomatisk och psykologisk hjälp och rådgivning. Till detta kan bara läggas behovet av gynekologisk rådgivning, framför allt till flickorna, och kompletterande psyko-sexologisk rådgivning till både pojkar och flickor.

Dimensionen av ungdomsmedicin kan man inte säkert överblicka men utan tvekan kommer detta delvis nya verksamhetsområde att inta en dominerande och central plats i den fortsatta diskussionen inom de närmaste åren.

7 Barntandvård

7.1 Barntandvårdens utbyggnad

Karies (tandröta) och parodontit (tandlossning) är vårt lands vanligaste folksjukdomar, vilka drabbar mer än 99 procent av den vuxna befolkningen. De debuterar tidigt i individens liv och i synnerhet karies har en stor utbredning i tidiga barnår. Före insatta tandhälsoåtgärder, vid främst barnavårdscentralerna, hade 3/4 av våra 4-åringar tandröta.

Vårt lands första skoltandpoliklinik öppnades i Köping redan år 1905. I Stockholm och Göteborg började skoltandvården redan år 1907 resp. år 1908. Folktandvården, som i princip skulle omfatta alla, både barn från 3 års ålder och vuxna oavsett inkomst, startade år 1939. Skolbarnens tandförhållanden var då, särskilt på landsbygden där skoltandvård saknades, mycket dåliga. Det är troligt att depressionen på 1930-talet, då de flesta människor saknade medel att skaffa sig även den angelägnaste tandvården, påskyndade inrättandet av en folktandvård.

Sedan många år tillbaka har grundskolans barn i princip fått tandvård inom folktandvården. Situationen är dock något olika i olika delar av landet.

Förskolebarn har varit i en sämre situation än skolbarnen. Dåvarande medicinalstyrelsen underströk med kraft betydelsen av att tandkontroll skulle ske vid besöket på barnavårdscentralen. Man har dock intryck av att tandvården, trots detta, inte fick det utrymme som var önskvärt inom barnavårdscentralverksamheten. Detta är desto mer anmärkningsvärt som via folktandvården intresset gradvis ökade för att ta hand om särskilt förskolebarnens tandvårdsbehov både kurativt och preventivt.

Det är faktiskt först in på 1960-talet, då praktiskt taget alla barn kontrolleras på BVC, som man kan märka ett mer utbrett intresse för barntandvården inom BVC-verksamheten.

På många håll har man nu kommit igång med ett mera organiserat samarbete mellan folktandvård och barnhälsovård.

Den odontologiska verksamheten vid BVC är främst av rådgivande och upplysande karaktär. Dessutom görs enkla registreringar av tand- och munförhållanden. Övrig tandvård sker vid folktandvårdens kliniker.

I och med folktandvårdslagen, vilken trädde i kraft den 1 januari 1974, ålades landstingen liksom de kommuner som ej tillhör landstingskommun ansvaret för tandvård för alla barn och ungdomar t. om. det år då de

fyller 19 år. Denna utbyggnad skall vara avslutad år 1979. Den erbjudna tandvården skall vara regelbunden, fullständig och avgiftsfri för patienten. Folk tandvården skall enligt folk tandvårdslagen även svara för specialist tandvården för barnen.

7.2 Barntandvårdens nuvarande omfattning

Vid flertalet av landets BVC finns f. n. tandläkare främst från folk tandvården, engagerade som konsulter. I exempelvis Stockholms län är täckningsgraden för tandläkarverksamheten vid BVC drygt 90 %.

Från socialstyrelsen har erhållits verksamhetsstatistik för folk tandvårdens distrikt tandvård avseende år 1973 samt preliminär verksamhetsstatistik för år 1974.

Nedanstående uppgifter, som avser att belysa barntandvårdens omfattning har hämtats från denna statistik.

Antal fullständigt behandlade barn

	1973	1974	Ändr.
0- 5 år	98 831	128 338	+ 29 407
6-16 år	987 449	989 037	+ 1 588

Antal färdigbehandlade barn i % av samtliga

	Åldersgrupper	
	3-5 år %	6-16 år %
1971	20	77
1972	25	78
1973	30	80
1974	38	80

Vid beaktande av ovanstående siffror beträffande antal färdigbehandlade barn i % av samtliga inom åldergrupperna kan nämnas att försäkringsutredningen antog en maximal anslutningsprocent på 95 % inom åldergrupperna 3-16 år. Antalet barn som är anslutna till folk tandvårdens organiserade vård inom åldergrupperna 6-16 år motsvarar i stort sett dessa 95 % men genom att behandlingsintervallen f. n. överskrider 12 månader blir procentandelen färdigbehandlade barn i en ett-årsstatistik väsentligt lägre.

Stora variationer förekommer emellertid mellan olika huvudmannaområden. Nedanstående tablå, som upptar de högsta och de lägsta värden ifråga om antalet färdigbehandlade barn i % av samtliga som redovisats för olika huvudmannaområden belyser detta.

		Åldersgrupper	
		3-5 år %	6-16 år %
1971	Max	78	95
	Min	0	67
1974	Max	89	98
	Min	6	65

Nedanstående tablå redovisar läget i samtliga huvudmannaområden

Län/kommuner		Fullständigt behandlade barn år 1974 i % av antal befintliga barn i åldersgrupperna	
		3-5 år	6-16 år
AB =	Stockholms	10	65
C =	Uppsala	73	86
D =	Södermanlands	46	83
E =	Östergötlands	34	82
F =	Jönköpings	35	74
G =	Kronobergs	60	78
H =	Kalmar	34	81
I =	Gotlands (kommun)	52	87
K =	Blekinge	6	79
L =	Kristianstad	36	78
M =	Malmöhus	53	79
MA =	Malmö kommun	59	85
N =	Hallands	88	93
O =	Göteborgs o. Bohusl.	20	79
OA =	Göteborgs kommun	53	89
P =	Älvsborgs	17	78
R =	Skaraborgs	12	74
S =	Värmlands	40	86
T =	Örebro	46	93
U =	Västmanlands	8	79
W =	Kopparbergs	39	87
X =	Gävleborgs	43	80
Y =	Västernorrlands	85	86
Z =	Jämtlands	48	77
AC =	Västerbotten	83	84
BD =	Norrbottnen	88	97
Summa:		36	80

7.3 Barnens tandhälsa

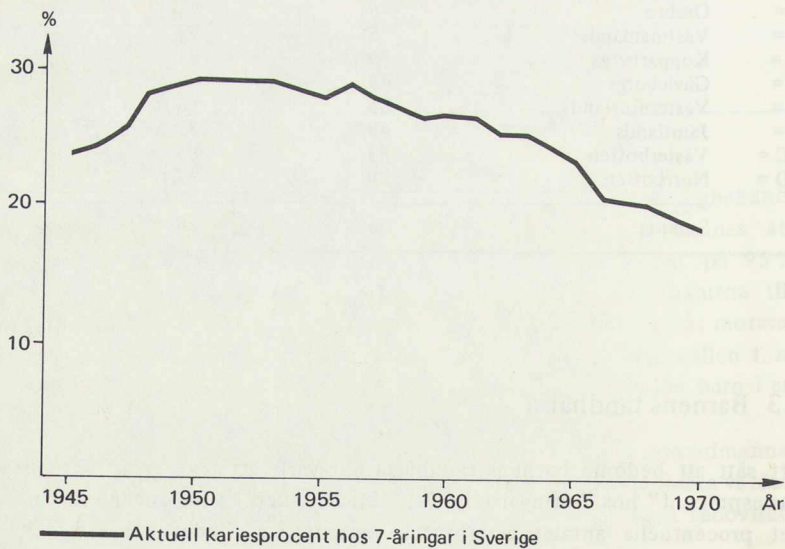
Ett sätt att bedöma barnens tandhälsa har varit att registrera "aktuell kariesprocent" hos 7-åringar (fig. 7.1). Med aktuell kariesprocent menas det procentuella antalet frambrutna permanenta tänder som företer

Tabell 7.1 Aktuell kariesprocent hos 7-åringar 1941–1970

	1941	1950	1960	1970
Norrbottens län	44	29	30	17
Uppsala län	–	19	20	15
Kronobergs län	30	25	31	21
Riket	29	29	28	18

behov av kariesbehandling. Som framgår av tabell 7.1 har procenttalen inom olika län varierat, vilket kan bero på en rad olika och tämligen svåranalyserbara faktorer.

Den aktuella kariesprocenten avspeglar till en del, men dock ej alltid på ett relevant sätt, fluorens positiva effekt, eftersom denna effekt gör sig starkast gällande på tändernas s. k. glattytor och ej så mycket på de permanenta 6-årständernas tuggytor, där kariesdispositionen, trots optimal fluortillförsel alltjämt är relativt stor. (Det är ju i första hand 6-årständer och permanenta framtänder som är föremål för registreringen "aktuell kariesprocent hos 7-åringar".) I måttet "aktuell kariesprocent" avspeglas inte heller möjligheten att de permanenta tänderna – genom utbyggd förskoletandvård – har kunnat lagas och sålunda inte i 7-årsåldern registrerats som "i behov av kariesbehandling". Detta innebär att vid en allt starkare utbyggnad av förskoletandvården på 1970-talets början mister måttet "aktuell kariesprocent" sin relevans och aktualitet. Det är därför angeläget att andra typer av epidemiologiska registreringar införs, gällande befolkningsgruppers tandstatus. Beträffande effekten av olika typer av förebyggande tandvård finns olika registreringsmått vilka summariskt redovisas i kommande avsnitt.



Figur 7.1 visar i grafisk form för hela riket den något förbättrade tandvårdssituationen under de senaste årtiondena.

7.4 Tandhälsovården vid mödravårdscentral och barnavårdscentral

Redan under graviditeten, t ex. vid mödravårdscentralen, bör föräldrarna få upplysning om profylaxens betydelse för en god tandhälsa hos barnet. Rådgivningen fortsätter sedan på barnavårdscentralen och speciellt bör tandsituationen beröras vid 1/2-, 1 1/2- och 3-årsåldern. Den utbyggda hälsoundersökningen vid 4-årsåldern omfattar även på sina håll information i tandvård och en kontroll av tänderna. Den kariesförebyggande verksamheten måste sedan följas upp inom såväl skolhälsovårdens som den organiserade tandhälsovårdens ram.

Den upplysande och rådgivande informationen syftar till att ge en bättre tandhälsa genom riktad information gällande främst kost och munhygien. Barnavårdscentralen kan spela en mera dominerande och normgivande roll, så att t. ex. barnens konsumtion av sötsaker begränsas. Det kan vara värt att notera att sötsakskonsumtionen under de senaste 20 åren ökat från i genomsnitt 4 till 9 kg/person och år! Konsumtionen av sötsaker, läsk, kakor etc. uppgick kostnadmässigt för år 1974 till drygt 9 miljarder kronor.

På barnavårdscentralen är det vanligen distriktssjuksköterskan som svarar för den praktiska kostrådgivningen i enlighet med de riktlinjer som sköterska och läkare gemensamt fastställt. Allmän kostrådgivning är ur uppfödningssynpunkt viktigast under första levnadsåret. Däremot är kostrådgivning ur kariesprofylaktisk synpunkt alltid viktig. Sköterskan skall därför fortsätta med sin kostrådgivning under hela barnavårdscentralperioden. Rådgivningen blir därigenom ett värdefullt komplement till tandhälsoinformationen. Denna rådgivande funktion bör senare övertas av skolan.

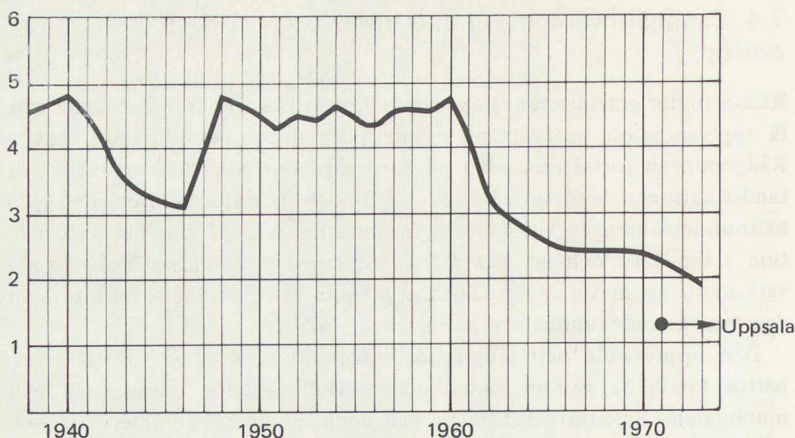
Dessutom informeras på barnavårdscentralen om fluorens stora betydelse för att öka tändernas motståndskraft. Vid suboptimal fluorhalt i dricksvattnet ordineras fluortabletter.

Flera undersökningar har redovisat mycket goda resultat i form av en markerad nedgång av kariesfrekvensen i samband med adekvat rådgivning och fluorprofylax på barnavårdscentralen. Så rapporteras t. ex. från barnavårdscentralverksamheten i Kronobergs län (Forsman Tandläkartidningen 1975 nr 1) att antalet kariesfria 3-åringar ökat ca 40 %, antalet kariesfria 4-åringar ökat ca 35 % och antalet kariesfria 5-åringar ökat drygt 30 % under en 8-årsperiod.

7.5 Tandhälsovården för skolbarn

Under 1960-talet har vid sidan om den organiserade huvudsakligen reparativa tandvården av skolbarnens tänder, olika tandhälsovårdande insatser blivit alltmer uppmärksammade och accepterade som en viktig del i skoltandvården. Målsättningen för denna tandhälsovård är att genom införande av goda kostvanor och effektiv munhygien söka minska de faktorer som ger upphov till karies och parodontit samt att stärka tänderna främst genom fluorbehandling.

Ett systematiskt uppbyggt tandhälsoprogram i hela grundskolan och



Figur 7.2 Antal fyllningar per barn och läsår vid skoltandvården i Göteborg åren 1938-1973 (Torell och Ribelius, 1973).

på sikt även gymnasieskolan syftar till att eleverna ska fortsätta att på egen hand sköta sin tandhälsa och besöka tandläkare när den kostnadsfria tandvården upphör.

Främsta skälet till tandhälsovårdens genombrott är säkert de goda resultat man från olika landsting kunnat presentera över effekten på vårdbehov och tandvårdskostnader av olika profylaktiska rutiner, i första hand kollektiv fluorbehandling av skolbarnens tänder var eller varannan vecka.

Figur 7.2 visar sålunda effekten av främst fluormunsköljningar varannan vecka på tandvårdsbehovet vid Göteborgs skolor; behovet av fyllningar har minskat med mer än hälften.

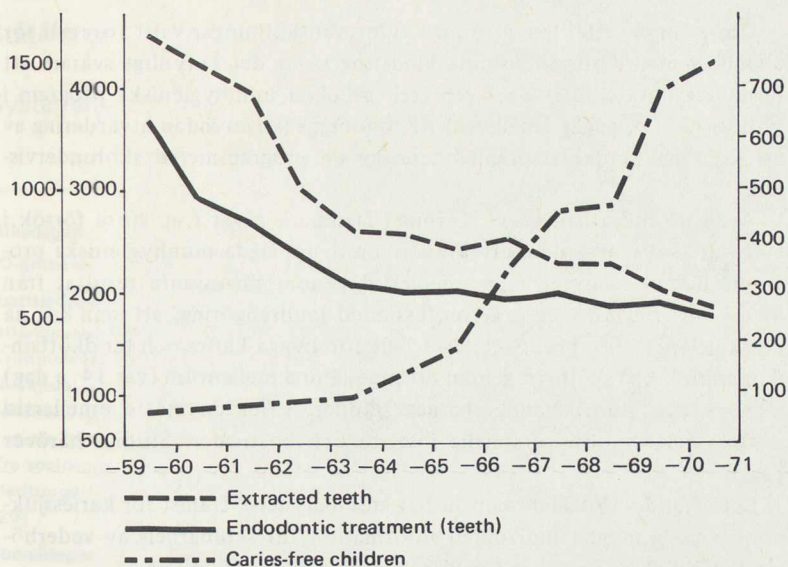
Även från andra landsting och kommuner t. ex. Norrbottens läns landsting och Malmö har rapporterats utmärkta resultat av kollektiv fluorprofylax på skolbarn. I Kronobergs läns landsting har man, som framgår av tabell 7.2 gjort en intressant sammanställning av skoltandvårdens utveckling under perioden 1962-1971.

Tabell 7.2 Utveckling beträffande barntandvården i Kronobergs län. Jämförelse 1962-1971: behandlingstid/barn reducerad med 0,7 tim. Beräknad kostnad per behandlingstimme 160 kr. 20 600 barn = 1 442 000 kr = ekonomiskt värde av tidsreduktionen. (Forsman, 1972)

År	Sanerade barn	Ant. fylln. per barn	Beh. tid ^a per barn timmar	Åldersgrupper	Fluorprofylax
1962	11 063		2,3	6-15	
1963	11 175		2,2	6-15	F-sköljn. i Växjö stad
1964	12 202	3,4	2,3	6-15	F-sköljn. i hela länet 1 gg var annan vecka
1965	14 477	3,8	2,1	6-16	F-sköljn. i hela länet 1 gg varje vecka
1966	17 068	2,8	1,7	6-16	F-sköljn. i hela länet 1 gg varje vecka
1967	17 032	3,0	1,9	6-16	F-sköljn. i hela länet 1 gg varje vecka
1968	19 281	2,6	1,7	6-16 ^b	F-sköljn. i hela länet 1 gg varje vecka
1969	20 400	2,2	1,5	6-16 ^b	F-sköljn. i hela länet 1 gg varje vecka
1970	20 641	2,2	1,5	6-16 ^b	F-sköljn. i hela länet 1 gg varje vecka
1971	20 609	2,2	1,6	6-16 ^b	F-sköljn. i hela länet 1 gg varje vecka

^a Tiden inkluderar all verksamhet på barntid.

^b + förskolebarn.



Figur 7.3 Utvecklingen av antalet rotfyllningar, antalet extraktioner och antalet kariesfria barn i Göteborgs skoltandvård 1960-1970 (Torell & Ericsson 1974).

Behovet av fyllningar har som framgår av tabellen minskat kraftigt under denna tid från 3,4 till 2,2 per barn liksom behandlingstiden per barn och år (från 2,3 till 1,6 tim.). Detta anses huvudsakligen vara ett resultat av de tandhälsövårdande insatserna främst fluormunsköljningarna.

Figur 7.3 visar några andra mått på effekten av främst fluormunsköljningarna.

Antalet rotfyllningar och extraktioner, som enligt diagrammet minskat med ca hälften under 1960-talet används här som ett mått på effekten.

Tabell 7.3 ger exempel på de besparingar som denna enkla åtgärd lett till i några landstingsområden.

Tabell 7.3 Inbesparade tandvårdskostnader genom profylax, dominerad av fluormunsköljning, i några huvudområden (kr/år; Torell & Ericsson 1974)

Område	Antal barn	Brutto- besparing	Profylax- kostnad	Netto- besparing
Göteborg	40 000	5 790 000	980 000	4 810 000
Halland	59 000	4 600 000	580 000	4 020 000
Kronoberg	20 600	1 590 000	450 000	1 140 000
Norrbottnen	39 000	2 940 000	1 100 000	1 840 000

I diagrammet figur 7.2 finns en punkt som visar vårdbehovet i Uppsala som har optimal halt av naturligt förekommande fluor i dricksvattnet. Utan fluormunsköljningar eller annan lokal fluorprofylax är sålunda tandvårdsbehovet för Uppsalas skolbarn väsentligt lägre än för Göteborgs, vilket visar att vattenfluoridering i dag är den i särklass effektivaste kollektiva fluorprofylaxmetoden.

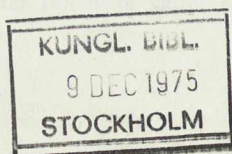
Om sålunda effekten av främst fluormunsköljningar varit föremål för åtskilliga utvärderingar i skilda landsting så är det betydligt svårare att hitta relevanta studier över effekten av olika munhygieniska program i skolorna. F. n. pågår emellertid i Kronobergs län en sådan utvärdering av effekten på tandköttsförhållandena av en programmerad skolundervisning.

Även på andra håll t. ex. i Århus i Danmark pågår f. n. stora försök i syfte att söka utvärdera effekten av brett upplagda munhygieniska program. Redan idag vet man emellertid genom intressanta resultat från försök i Värmland med s. k. professionell tandrengöring, att man kan nå mycket långt, dvs. praktiskt taget helt förebygga karies och tandköttsinflammation hos skolbarn genom att med jämna mellanrum (var 14:e dag) rengöra och fluorbehandla barnets tänder. Effekten måste emellertid sättas i relation till personella insatser och kostnader. Studier häröver pågår.

Beträffande kostsidan som ju har stor betydelse främst för kariessjukdomen ges vanligen individuell information till skolbarnen av vederbörande tandläkare i samband med behandling på tandklinik.

Därtill ges enklare kostrådgivning främst avseende sötsaksförtäring av tandhälsovårdens fältpersonal vanligen i samband med fluorprofylaxprogrammet i skolorna.

Genom ökad satsning på förebyggande organiserade åtgärder finns goda möjligheter att kraftigt minska behovet av tandsjukvård.



Statens offentliga utredningar 1975

Systematisk förteckning

Riksdagen

JO-ämbetet. Uppgifter och organisation. [23]

Justitiedepartementet

Utlandssvenskarnas rösträtt. [8]

Kriminalvårdens nämnder. [16]

Särskilda regler för handläggning av anmälan mot polisman. [20]

Lag om allmänna handlingar. [22]

Tre sociologiska rapporter. [24]

Medborgerliga fri- och rättigheter i vissa länder. [29]

Socialdepartementet

Bättre bosättning för flera. [5]

Rörlig pensionsålder. [10]

Vägfrikolyckor och sjukvårdskostnader. [13]

Barnmiljöutredningen. 1. Barnens livsmiljö. [30]

2. Samhället och barns utveckling. Barnmiljöutredningens rapport 1. [31] 3. Barns hälsa. Barnmiljöutredningens rapport 2. [32]

Finansdepartementet

Svensk press. Tidningar i samverkan. [11]

Pensionsförsäkring. [21]

Utbildningsdepartementet

1969 års psalmkommitté. 1. Psalmer och visor. Del

1: 1. [2] 2. Psalmer och visor. Del 1: 2. [3] 3.

Psalmer och visor. Del 1: 3. [4]

Utredningen om skolan, staten och kommunerna.

1. Huvudmannaskapet för specialskolan och särskolan. [6] 2. Individerna och skolan. [9]

Framtida studerandehälsovård. [7]

Konstnärerna i samhället. [14]

À jour. Om journalistutbildning. [25]

Forskningsråd. [26]

Program för ljud och bild i utbildningen. [28]

Handelsdepartementet

Konsumentskydd på låsområdet. [19] (Utkommer hösten 1975)

Arbetsmarknadsdepartementet

Demokrati på arbetsplatsen. [1]

Politisk propaganda på arbetsplatser. [27]

Bostadsdepartementet

Totalfinansiering. [12]

Markanvändning och byggande. Remissammanställning utgiven av bostadsdepartementet. [17]

Kommundepartementet

Kommunal rösträtt för invandrare. [15]

Förtroendevalda och partier i kommuner och landsting. [18]

Statens offentliga utredningar 1975

Kronologisk förteckning

1. Demokrati på arbetsplatsen. A.
 2. Psalmer och visor. Del 1: 1. U.
 3. Psalmer och visor. Del 1: 2. U.
 4. Psalmer och visor. Del 1: 3. U.
 5. Bättre bosättning för flera. S.
 6. Huvudmannaskapet för specialskolan och särskolan. U.
 7. Framtida studerandehälsovård. U.
 8. Utlandssvenskarnas rösträtt. Ju.
 9. Individen och skolan. U.
 10. Rörlig pensionsålder. S.
 11. Svensk press. Tidningar i samverkan. Fi.
 12. Totalfinansiering. B.
 13. Vägtrafikolyckor och sjukvårdskostnader. S.
 14. Konstnärerna i samhället. U.
 15. Kommunal rösträtt för invandrare. Kn.
 16. Kriminalvårdens nämnder. Ju.
 17. Markanvändning och byggande. Remissammanställning utgiven av bostadsdepartementet. B.
 18. Förtroendevalda och partier i kommuner och landsting. Kn.
 19. Konsumentskydd på låsområdet. H. (Utkommer hösten 1975)
 20. Särskilda regler för handläggning av anmälان mot polisman. Ju.
 21. Pensionsförsäkring. Fi.
 22. Lag om allmänna handlingar. Ju.
 23. JO-ämbetet. Uppgifter och organisation. R.
 24. Tre sociologiska rapporter. Ju.
 25. À jour. Om journalistutbildning. U.
 26. Forskningsråd. U.
 27. Politisk propaganda på arbetsplatser. A.
 28. Program för ljud och bild i utbildningen. U.
 29. Medborgerliga fri- och rättigheter i vissa länder. Ju.
 30. Barnens livsmiljö. S.
 31. Samhället och barns utveckling. Barnmiljöutredningens rapport 1. S.
 32. Barns hälsa. Barnmiljöutredningens rapport 2. S.
-



LiberFörlag
Allmänna Förlaget

KUNGL. BIBL.
9 DEC 1975
STOCKHOLM

ISBN 91-38-02251-6