

Barns hälsa

P. Owe Petersson

I artikeln skildras barnhälsovården och barnsjukvårdens utveckling i Sverige under de senaste 40 åren. Sjukdomspanoramat har förändrats dramatiskt, förbättrade allmänna levnadsförhållanden och effektiv barnhälsovård och barnsjukvård har medfört stora fördelar för barn i alla åldrar. Generellt sett har svenska barn aldrig varit friskare än idag, men – samhällsutvecklingen har å andra sidan också fört med sig nya problem. Kravet på barn och ungdomar ökar, stress i olika åldrar förekommer och ställer nya krav både på barnsjukvårdens och barnhälsovårdens organisation och funktion.

P Owe Petersson är docent i pediatrik och chefsläkare vid Akademiska sjukhuset i Uppsala.

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 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.

En rad olika faktorer inom en bred socio-ekonomisk sektor har medverkat till denna utveckling. Allmänna sociala framsteg från början av 1800-talet har inneburit en förbättring av barns levnadsförhållanden. Den förbättrade levnadsstandarden och boendemiljön, tillräckligt med mat, sanering av vatten- och avloppsförhållanden, förbättrad livsme-

delshygien, 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 den här bakgrunden är det alltså en realitet att barns förmåga att överleva, vilket kan avläsas i spädbarnsdödlighetssiffror, kan tjäna som en indikator på ett lands allmänna kulturella och socio-ekonomiska utveckling.

Barnadödlighet

Fram till början av 1800-talet var spädbarnsdödligheten i Sverige omkring 200 per 1000 levande födda (Fig 1). Då, liksom nu, förelåg en viss överdödlighet för pojkar även om skillnaden mellan könen efterhand blivit 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

Fig. 1. Spädbarnsdödligheten i Sverige 1750–1975

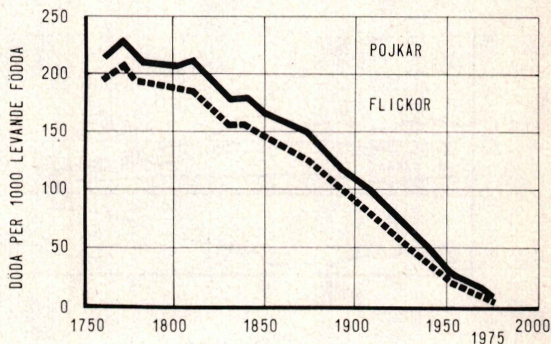
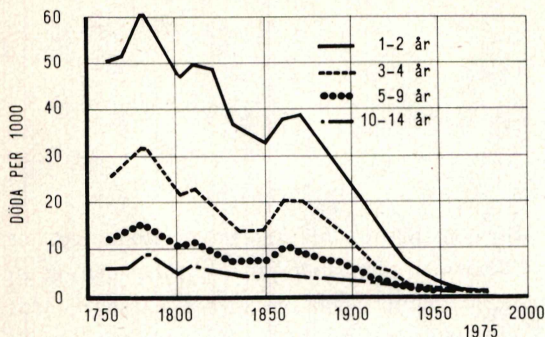


Fig. 2. Dödligheten hos barn i åldern 1-2, 3-4, 5-9 och 10-14 år i Sverige 1750-1975



100 per 1000 levande födda. Under 1900-talet fortsätter trenden med oförändrad lutning av kurvan. 1975 var spädbarnsdödligheten 8,6 per 1000 levande födda; 9,8 pojkar jämfört med 7,4 per 1000 för flickor.

Dödligheten hos barn i olika åldrar förändras också markant under de senaste 200 åren (Fig 2). Det sker en dramatisk reduktion av dödligheten hos barn i yngre åldrar medan däremot dödligheten hos äldre barn påverkas i mindre grad.

Dödligheten i olika åldersperioder under första levnadsåret har också undergått en betydande förändring i Sverige under 1900-talet (Fig 3). Dödligheten under första levnadsdagen, liksom också dödligheten under första levnadsveckan har väsentligen varit oförändrad fram till slutet av 1940-talet. Detsamma gäller också frekvensen dödfödda. Denna perinatale dödlighet (det vill säga dödfödda samt döda under första levnadsveckan per 1000 födda)

Fig. 3. Dödligheten i olika åldersperioder under första levnadsåret 1910-1975

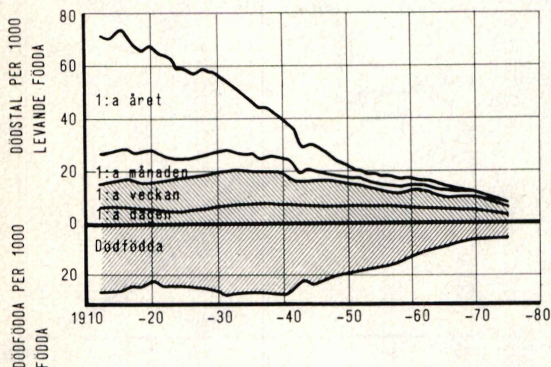
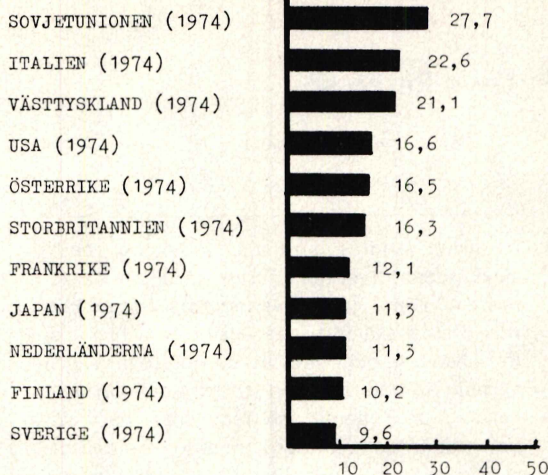


Fig. 4. Spädbarnsdödlighet, internationell jämförelse UNGERN (1974)



har således inte alls påverkats av de faktorer som så dramatiskt i övrigt har reducerat dödligheten framför allt under första levnadsåret. Förbättrad mödrhälsovård och förlossningsvård har fört fram till en gradvis reduktion av den perinatale dödligheten i Sverige under de senaste decennierna. 1975 var den 11,3 per 1000 levande födda. Av den samlade spädbarnsdödligheten drabbar dock inte mindre än 70 % fortfarande barn under första levnadsveckan.

Svenska siffror på spädbarnsdödlighet är idag lägst internationellt sett (Fig 4).

Mödrhälsovård

Redan tidigt insåg man i Sverige mödrhälsovårdens stora sociala och medicinska värde både för mamman och för det väntade barnet. Förlossningsvårdens snabba kvalitativa utveckling innebar 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 1950-talen starkt till att förstärka mödrhälsovårdens utveckling. Utvecklingen under 1960- och 1970-talen har också visat att den verksamhet som bedrivs på mödravårdcentralen (MVC) motsvarar ett verkligt behov hos de blivande mödrarna och att den har vunnit deras förtroende.

Den fortsatta utvecklingen med gradvis utbyggnad av förlossningsvården vid sjukhusen ledde fram till att man i ökad utsträckning sökte undvika för-

lossningar i hemmet. Antalet hemförlossningar har också dramatiskt reducerats under de senaste 50 åren. 1920 hade vi i Sverige fortfarande 90 % hemförlossningar, 1972 0,02 % och 1975 endast 3 totalt! Likaså har mödradödligheten vid förlossning reducerats till endast 5 totalt 1974.

Vid mödravårdscentral arbetar läkare och sjuksköterska med speciell kompetens. Definierade riskfall omhändertages av läkare som är specialist i förlossningsvård. Verksamheten vid mödravårdscentral omfattar vården av kvinnan under havandeskap, vården av den nyförlösta kvinnan och preventivmedelsrådgivning. Utvecklingen inom mödrahälsovården har gått mycket snabbt, 1940 var ungefär 26 % av blivande barnafödorskör inskrivna på mödravårdscentralen och gjorde i genomsnitt drygt 2 besök/graviditet. Nu är bortåt 90 % av blivande mödrar inskrivna på mödravårdscentralen och gör i genomsnitt 12 besök/graviditet!

Under senaste decenniet har en fortsatt utbyggnad av mödrahälsovården och förlossningsvården ägt rum. Förlossningsvården har ytterligare förbättrats genom nära samarbete mellan förlossnings-, barn- och narkosläkare. Särskilda intensivvårdsavdelningar för nyfödda barn har inrättats i direkt anslutning till förlossningsavdelningen.

Barnhälsovård

Allmänt

Barnavårdscentralens (BVC) organisation och uppbyggnad präglas av de behov som förelåg på 1930-talet. Barnavårdscentralen 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.

Barnavårdscentralens organisation och uppbyggnad präglas av de behov som förelåg på 1930-talet.

Socialmedicinska riskmiljöer har skiftat karaktär, fått ett annat ansikte, men de finns där nu som förr.

Den socio-ekonomiska utvecklingen, förbättrade levnadsförhållanden och ökad kunskap och insikt har medfört att 1930- och 1940-talens problem som var övervägande somatiska – kroppsliga – delvis har kommit att ersättas av mera psykosomatiska och mentalhygieniskt färgade problemställningar. Efterhand som till exempel bristsjukdomar av olika slag, upprepade infektioner och uppfödningssproblem försvunnit ur bilden har psykosomatiska och mentalhygieniska störningar kommit att kräva allt större insatser från den moderna barnhälsovårdens sida.

Vi har idag i Sverige inte längre fattiga slumdistrikt med dålig hygien, bristsjukdomar eller upprepade, täta infektioner hos undernärda barn som vi hade på 1930-talet. Men vi har, på många håll, hårdurbaniserade 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 barnavårdscentralsköterskans hembesök för att försöka förändra situationen till det bättre.

Barnhälsovården liksom mödrahälsovården är kostnadsfri och tillgänglig för alla. Innehållet i den mödra- och barnhälsovård som erbjuds är av medicinsk-tekniskt mycket hög kvalitet. Detta innebär att mödra- och barnhälsovården får ett optimalt kvalitetsindex. Vi har alltså en medicinsk-tekniskt väl utvecklad serviceverksamhet som utnyttjas av praktiskt taget hela den aktuella befolkningen. Under bästa tänkbara förhållanden har det i Sverige tagit drygt 30 år att bygga upp detta mödra- och barnhälsovårdssystem till en effektivt arbetande hälsovårdsapparat, något som man bör komma ihåg vid till exempel olika internationella jämförelser.

Omfattning och innehåll

Sedan BVC-verksamheten startade i början på 1940-talet gick utvecklingen av den förebyggande barn-

Barnavårdscentralen följer idag praktiskt taget alla barn från förlossningsögonblicket fram till skolhälsovården.

hälsovården mycket snabbt. Idag kontrolleras på 1 260 centraler spridda över hela landet 99 % av alla ettåringar och 67 % av övriga barn i förskoleåldern. Spädbarnen gör i genomsnitt 10 besök/år på centralen, ettåringarna 3 besök och äldre barn knappt 2 besök/år. Till detta kommer hembesök av BVC-sköterskan, framför allt hos spädbarnsfamiljer där sköterskan i genomsnitt gör 3 hembesök/år.

Alla nyfödda barn rapporteras till den BVC de senare kommer att tillhöra. Det medicinska födelsemeddelandet innehåller bl a uppgifter om förlossningen och barnets tillstånd, vilket är värdefull information till BVC-sköterskan inför hennes första hembesök, som skall ske senast 14 dagar efter det nyfödda barnets hemkomst.

Den medicinska verksamheten vid BVC bedrivs dels efter den aktivt preventiva linjen med till exempel vaccineringar, förskrivning av kostnadsfria skyddsläkemedel som vitaminer, kostrådgivning, råd i uppfostringsfrågor och mentalhygieniska problem, dels efter den diagnostiska linjen med uppspårande av avvikelser som då föranleder ytterligare åtgärder. Till detta kan läggas allmänna hälsoövervakande och hälsoupplysande uppgifter.

BVC har ett väl utvecklat hälsovårdsuppföljningsprogram som följer praktiskt taget alla barn från förlossningsögonblicket fram till dess att skolhälsovården tar över. Ett modernt utarbetat journalsystem gör det möjligt att sammanställa data för att senare mäta effekten av gjorda hälsovårdsinsatser. Rutinkontrollen på BVC omfattar upprepade sedvanliga medicinska kroppsundersökningar. Alla barn i förskoleåldern genomgår dessutom minst en syn- och hörselprövning. Vaccinationsprogrammet omfattar för närvarande trippelvaccination mot difteri, kikhosta och stelkramp (3 injektioner) och poliovaccination (4 injektioner); dessa vaccinationer är frivilliga men omfattar praktiskt taget alla barn på BVC. Smittkoppsvaccination har enligt lag varit den enda obligatoriska vaccinationen men

behovet av smittkoppsvaccination är nu föremål för omprövning, varför Socialstyrelsen (1976) har beslutat att den obligatoriska smittkoppsvaccinationen tills vidare kan upphöra. Calmettevaccination mot tuberkulos har hitills utförts frivilligt på alla nyfödda barn på förlossningsavdelningar sedan mitten på 1950-talet. Behovet av BCG-vaccination är också för närvarande under omprövning och rutinvaccination av spädbarn mot tuberkulos har upphört. BCG-vaccination av tuberkulinnegativa skolbarn samt, naturligtvis, BCG-vaccination av vissa riskgrupper, i förekommande fall också spädbarn, fortsätter.

4-årskontrollen

Av speciellt intresse inom svensk barnhälsovård är den allmänna hälsokontrollen av fyraåringar, den sk fyraårskontrollen. Målsättningen för denna riktade hälsokontroll är att klarlägga förekomsten av sjukdom och/eller handikappande tillstånd. Genom tillkomsten av fyraårskontrollen har svensk barnhälsovård byggt upp ett system där alla barn genomgår en regelbundet återkommande hälsokontroll med förhöjd intensitet under nyföddhetsperioden, i fyraårsåldern och avslutningsvis i sjuårsåldern då barnet börjar skolan. Genom basundersökningen i nyföddhetsperioden har man också skapat möjligheter för en riktad hälsokontroll av s k riskbarn.

Handikappade barn

Under slutet av 1950-talet kom man alltmer att rikta uppmärksamheten också mot de handikappade barnens situation. Frekvensen handikappade barn är svårbedömd beroende på definitionen av begreppet handikapp. En översikt från 1965 över de olika handikappgrupperna i barna- och ungdomsåren lämnas i följande tabell. (Tabell 1.) Totalt hade Sverige då drygt 1,9 miljoner barn och ungdom i den aktuella åldern.

År 1965 infördes en obligatorisk registrering av alla missbildningar på nyfödda barn. Hitills har man inte sett några förändringar i de registrerade frekvenserna som ger anledning förmoda någon ökning av frekvensen missbildade barn av någon speciell typ. 1970 omfattade missbildningsregistreringen drygt 75 000 barn motsvarande 65 % av samtliga

Tabell 1. Olika handikappgrupper i barna- och ungdomsåren. Översikt från 1965

Handikappgrupp	Antal nytilkommande fall/1 000 födda	Antal handikappade (0–15 år)	
		Totalt	Svårare handikappade
		(Approximativt)	(Approximativt)
Efterblivenhet	10,0	15 000	10 000
Kramp	10,0	15 000	1 500
Astma	10,0	15 000	1 000
Olycksfallsskada	7,0	10 500	300
Hjärtfel	4,0	6 000	1 500
Cp-skada	1,7	2 500	1 500
Sockersjuka	1,2	2 000	150
Dövheter	0,7	1 050	1 050
Blindhet	0,4	600	600
Summa	45,0	67 650	17 600

nyfödda i landet. Totalt registrerades detta år 937 missbildade barn, vilket motsvarar 12 per 1 000.

Under senaste årtiondet har samhällets ansvar och insikt ökat avsevärt vad gäller barn med speciella behov, dvs med olika typer av fysiska och mentala handikapp. Tidig upptäckt av olika handikapp och ökade behandlingsmöjligheter har bidragit till att lindra många handikapp. Habiliteringsverksamheten inom barnsjukvården är nu mycket väl utbyggd och dessutom finns en rad specialinstitutioner för olika handikappgrupper som t ex cp, döva och blinda.

En fortlöpande integrering i samhället och skolan har skett, men fortfarande finns behov för svårt handikappade barn att vistas på speciella institutioner både för vård och utbildning. När det gäller att initiera och stimulera den fortsatta utvecklingen för stöd och hjälp åt barn med särskilda behov har också enskilda hjälporganisationer spelat en stor roll.

Barntandvård

Tandhälsovård vid BVC är främst av rådgivande och upplysande karaktär. Dessutom görs enklare

registreringar av tand- och munförhållandena. Övrig tandvård sker vid särskilda folktandvårdskliniker, som kostadsfritt behandlar barn efter tre års ålder. Redan på MVC får modern upplysning om profylaxens betydelse för barnets tandhälsa. Tandhälsovården vid BVC redovisar mycket goda resultat med en markerad nedgång av kariesfrekvensen hos barn i samband med adekvat rådgivning och fluorprofylax.

Tandhälsovård för skolbarn skötes på liknande sätt i samarbete mellan skolhälsovård och skoltandvård med ett systematiskt uppbyggt tandhälsovårdsprogram för hela skoltiden. Erfarenheten visar att fortsatt utbyggnad av tandhälsovården i skolan minskar behovet av tandvård både under skoltiden och senare i livet.

Barnmisshandel

Inom BVC-verksamheten har särskild uppmärksamhet också riktats mot eventuell förekomst av barnmisshandel. Olika utredningar under senaste åren i Sverige har försökt klarlägga orsaken till och omfattningen av barnmisshandel. Av dessa framgår att omkring tio barn oftast under tre års ålder sjukhusvårdas årligen p g a barnmisshandel. Enstaka dödsfall har rapporterats. Misstanke om barnmisshandel måste anmälas till Barnavårdsnämnd och antalet anmälda barnmisshandelsfall uppgår till mellan 5–600/år. Ofta rör det sig om barn från socialt snedbe-

Samhällets ansvar och insikt har ökat avsevärt vad gäller barn med speciella behov.

lastade familjer, där BVC:s verksamhet inte alltid är särskilt välkommen. Trots sådana svårigheter har BVC här en viktig funktion att fylla då det gäller att spåra och åtgärda sociala och/eller emotionella miljöer som kan tänkas innebära risk för barn. Barnhälsovården skall därvidlag inte enbart tänka på barnmisshandelsförebyggande åtgärder utan försöka se problemet mera i stort och bidra till trygga, öppna och harmoniska samlevnadsförhållanden mellan föräldrar och barn. Mot den bakgrunden kommer sannolikt framtiden att innebära större krav på BVC:s rådgivande verksamhet; tiden är säkert också mogen för att på ett mera strukturerat sätt påbörja planeringen av en kontinuerlig föräldrautbildning.

Ett närmare sammangående mellan barnhälsovård, barnsjukvård och understödjande socialvård ligger helt i linje med den gradvisa utbyggnaden av samhällets barnomsorg. Som ett led i detta ingår en särskild distriktsbarnläkarorganisation där barnläkare inom ett visst upptagningsområde sköter både friska och sjuka barn. På sikt kan också övervägas att kombinera sjuksköterskans insatser inom hälso- och sjukvården för barn och ungdom. Dessutom behöver BVC-organisationen förstärkas med experter från samhällets socialvård för understödjande familjesociala åtgärder, vilket är av största betydelse särskilt i situationer då man misstänker att barn far illa eller misshandlas.

Skolhälsovård

Liksom övrig hälsovård har också skolhälsovården genomgått dramatiska både kvantitativa och kvalitativa förbättringar under de senaste decennierna. En snabb utveckling av skolhälsovården har fört fram denna till en modernt arbetande organisation. Elevernas hälsotillstånd övervakas och kontrolleras regelbundet både ur individuell medicinsk och miljöhygienisk synpunkt. Elevhälsovården har också efterhand på ett naturligt sätt samordnats med skolans elevvårdande arbete i vidare mening.

Barnsjukvård

Sannolikt har svenska barn generellt sett aldrig varit friskare än vad de är idag. Å andra sidan har samhällsutvecklingen i Sverige fört med sig att det i

=====

Svenska barn har, generellt sett, aldrig varit friskare än de är idag.

=====

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 problemet. 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. Sjukdomspanoramat vad gäller barnsjukdomar har ändrat karaktär alldeles bestämt under de senaste 30–40 åren. En av de mest uttalade förändringarna beror på våra överlägsna metoder att förebygga och behandla infektioner. I takt med den medicinska utvecklingen och tidens krav har också barnsjukvården utvecklats mycket snabbt i Sverige. Vi har idag 44 barnkliniker spridda över hela landet med sammanlagt 2 500 vårdplatser motsvarande 1,5 vårdplatser/1 000 barn i åldern 1–14 år. Dessutom finns sex barnkirurgiska kliniker och 29 barnpsykiatriska kliniker. Barnkirurgin är i Sverige representerad företrädesvis på universitetssjukhusen, medan barnpsykiatri anknuter sig till barnmedicinska klinikerna.

Omkring 60–70 % av barn på sjukhus intages akut för olika sjukdomstillstånd som kräver just akut omhändertagande. Här ingår all nyföddhetsvård, senare domineras bilden av akuta infektionstillstånd, olycksfall och akuta kirurgiska tillstånd. Barn under fem år konsumerar i genomsnitt 2/3 av både vård dagar och vårdtillfällen på barnmedicinska kliniker. Nyföddhetsperiodens olika sjukdomstillstånd kräver ungefär 1/4 av en barnkliniks resurser. För de äldre barnen är det framför allt infektioner och olycksfall som kräver sjukhusvård, övriga sjukdomstillstånd hos barn svarar för knappt 25 % av sjukhusvården.

Omkring 60 % av sjukhusvårdade svenska barn kan nu tas omhand på barnkliniker. I övrigt vårdas barn också på specialkliniker (infektion, öron och

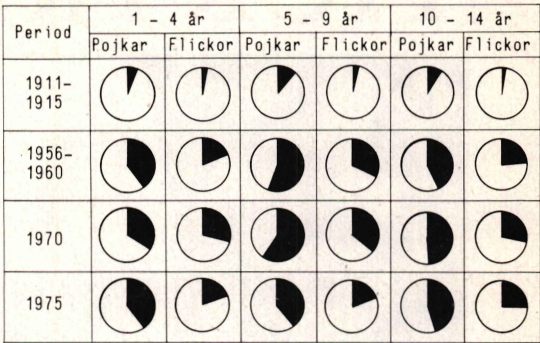
ögon) samt på allmänmedicinska och kirurgiska kliniker där barnkliniker ej finns.

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 medicinens utveckling under de senaste 30 åren har gjort att sjukdomspanoramat undergått väsentliga förändringar medan däremot dödligheten vid barnolycksfall i stort sett är densamma som för 50–60 år sedan. I Sverige har man dock sedan länge varit speciellt inriktad på barnolycksfall som efterhand blivit ett av de dominerande problemen inom den förebyggagande barnhälsovården. Allt mer har barnolycksfallsproblemet angripits med moderna epidemiologiska metoder för att försöka klarlägga orsakssammanhangen vid barnolycksfall.

Olycksfallsdödlighetens andel i den totala dödligheten visas schematiskt i *figur 5*. Under en femårsperiod i början av 1910-talet var olycksfallsdödlighetens andel både hos pojkar och flickor ganska liten i de tre åldersgrupperna. En viss tendens till överdödlighet vid barnolycksfall förelåg dock hos pojkar. Fyrtio år senare är situationen en helt annan. Barnolycksfallen svarar nu för sammanlagt ungefär 40% av all dödlighet. Hos pojkar i åldern 5–9 år svarar olycksfallen för mer än hälften av totalantalet dödsfall. Under 10-årsperioden fram till 1970 har bilden inte förändrats väsentligt, men man

Fig. 5. Barnadödlighet (1–14 år): Olycksfall med dödlig utgång (svarta partier) 1911–1975



kan dock se en tendens till ökning av dödligheten både hos pojkar och flickor. 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 rapporteras årligen omkring 250 dödsfall förorsakade av barnolycksfall. Totalt har man beräknat att det inträffar omkring 200 000 barnolycksfall årligen som kräver läkartillsyn. Mellan 20–40 000 av dessa anses förorsakade av trafikolycksfall. En fjärdedel av dessa behöver läggas in på sjukhus. Antalet som blivit invaliderade för framtiden till följd av olyckshändelse är minst lika många som dödsfallen.

Kontinuerlig upplysningsverksamhet, inte minst via BVC, lagar och förordningar till skydd för barnen och en förbättrad boendemiljö med trafiksäkrare lekområden har dock medfört att man på senare år fått en något förbättrad situation beträffande dödligt förlöpande barnolycksfall.