

273 förskolebarn

Sociala bakgrundsfaktorer och hälsoproblem bland förskolebarn i en nybyggd Stockholmsförort.

Olle Hillman

I följande artikel redovisas en studie som utgått från ett försök med integrerad social verksamhet och barnhälsovård vid en barnvårdscentral i en förort till Stockholm. En inventering har gjorts av hälsoproblem och sociala bakgrundsfaktorer bland förskolebarnen i området. Särskilt uppmärksammas invandrabarnens problem, daghemsbarnen och barnen i de socialt utsatta familjerna. Förutsättningarna för barnhälsovården att nå samtliga barn i ett bostadsområde av ifrågavarande karaktär diskuteras.

Artikelförfattaren var vid tiden för undersökningen underläkare vid Barnkliniken Huddinge Sjukhus och är nu barnläkare i öppen vård i Södertälje.

Det är nu över 50 år sedan barnvårdscentralerna började sin verksamhet i Sverige. Att arbetet då i hög grad kom att kretsa kring problemen, som rörde uppfödning av de minsta barnen samt hygienfrågorna, var mot bakgrund av den tidens sjukdomspanorama ganska självklart. Man hade emellertid också tidigt klarlagt betydelsen av sociala förhållanden för sjuklighet och dödlighet bland särskilt späda barn. (Reitz 1930.)

Idag, ett halvt sekel senare, är målen och metoderna för barnhälsovårdens arbete åter uppe till diskussion. (Sundelin 1976.) Allvarliga brister vad gäller kost och hygien ser man sällan på barnvårdscentraler numera. Däremot tycker man sig ofta se tecken på psykosocialt betingad ohälsa. Diagnosen "causa socialis" är på många barnkliniker en ofta bidragande orsak till barns vård på sjukhus. Beteendeproblem och utvecklingsstörningar är (jämte karies) de avvikelser som man oftast finner vid 4-årskontrollen. (Petersson 1975)

Hur de sociala och psykiska hälsoriskerna skall minskas har under sista åren varit föremål för många diskussioner inom barnhälsovården. Som medel har tex allmän förskola och föräldrautbildning föreslagits. (SOU 1975-87, Samverkan i barnomsorgen.) Målen har dock inte alltid framstått som självklara. (E M Köhler 1975.)

I den mångfald av arbetsuppgifter som man sålunda möter på barnvårdscentraler och inför de prioriteringar som oftast blir nödvändiga har man anledning att ställa frågorna:

Hur vanliga är de olika typer av hälsorisker och hälsorisker, som man kan identifiera på en barnvårdscentral? Vilka dominerar? Kan barnhälsovårdens traditionella arbetsformer utvecklas för att bättre möta de nya kraven?

STUDIENS BAKGRUND

Flemingsbergsprojektet

Ett av de försök som för närvarande pågår i syfte att pröva en nära samordning mellan barnens hälsovård och uppsökande social verksamhet, inleddes 1974 i ett nybyggt bostadsområde i en förortskommun till Stockholm. Försöket initierades av barnomsorgsgruppen inom socialdepartementet. Syftet var i första hand att pröva formerna för en uppsökande social service för barnfamiljer i samarbete med barnvårdscentral. Samarbete skedde också

.....
Kan barnhälsovårdens traditionella arbetsformer utvecklas för att bättre möta de nya kraven?
.....

med en så kallad öppen förskola i området. Från 1976 har försöksverksamhet med föräldrautbildning bedrivits. (Sävenstrand o a 1976.)

Arbetssättet vid barnavårdscentralen

I nämnda projekt bildades ett arbetslag bestående av barnavårdscentralsköterska, barnläkare, familjeassistent och förskolelärare. Under det första verksamhetsåret träffade samtliga deltagare i arbetslaget barnen i området och deras föräldrar vid ett eller i allmänhet flera tillfällen. Kontakterna hade, vad gällde familjeassistenten, karaktären av informativa samtal. Föräldrarna fick sålunda information om exempelvis tillgänglig social service och föräldrarna kunde fritt ta upp de problem som de önskade diskutera.

Kontakterna med barnavårdscentralsköterska och barnläkare gällde i huvudsak problem kring hälsovård, kost, uppfödning, men som vanligt på barnavårdscentral kunde föräldrarnas kontakt gälla praktiskt taget alla de problem som barnfamiljer ställs inför.

Anknytningen till den öppna förskolan och informella kontakter med förskolorna i ö i området bidrog också till kännedomen om barnen och deras familjer. Det från början av försöket låga barnantallet, en intensiv uppsökande verksamhet, den lätt tillgängliga barnhälsovården med möjlighet till enkla sjukvårdsinsatser samt den sociala service som kunde erbjudas, skapade goda möjligheter att lära känna praktiskt taget samtliga barnfamiljer i området.

Bostadsområdet

Bostadsområdet är nybyggt och består av enbart höghusbebyggelse. Inflyttningen påbörjades 1973 och fortsatte under hela den tid studien pågick. Området präglades till stor del av de problem som sammanhänger med ett tätbebyggt, högexploaterat bostadsområde under fortsatt utbyggnad, med snabb in- och omflyttning och ännu inte utbyggda service-möjligheter, vare sig kommersiella eller kulturella.

För denna typ av förort – i vilken en avsevärd del av storstadsbefolkningen under 1960- och 1970-talen bott och vuxit upp – är sannolikt detta område tämligen representantivt.

Undersökningens syfte var att få en översikt över de sociala problemen och hälsoproblemen bland områdets förskolebarn.

STUDIENS UPPLÄGGNING

Målsättning

Undersökningens syfte var att efter ett års arbete och inför verksamhetens fortsättning få en översikt över de sociala problemen och hälsoproblemen bland områdets förskolebarn. Delmål var att försöka få belyst, dels huruvida vissa undergrupper bland barnen representerade speciella socialpediatriska problem, dels i vilken utsträckning BVC kunde nå ut till de sociala problemfamiljerna.

Metod

Efter första verksamhetsåret gick familjeassistent, barnsjuksköterska och barnläkare igenom journalerna på varje barn, som vid tiden för genomgången var inskrivet vid centralen. De uppgifter som fanns registrerade i journalen kompletterades med arbetslagets kunskaper i övrigt om familjen och barnet och dessa data fördes in i ett systematiserat protokoll enligt på förhand uppgjorda kriterier. På detta sätt sammanställdes således för varje barn yttre sociala data, problemområden hos barnet, problemområden hos föräldrarna, samt i vilken utsträckning man utnyttjat barnavårdscentralens resurser.

Tillsammans med resultatredovisningen kommer de kriterier som använts för olika problemområden att beskrivas närmare. Vad gäller problemområden som påträffats hos föräldrarna har dessa tagits med i sammanställningen om gruppens tre medlemmar varit eniga om att problemet varit av sådan grad att det bör ha påverkat barnet menligt. Vi har försökt undvika att vid sammanställningen få med uppgifter som verkat tveksamma eller tillfälliga. En förutsättning för att göra sammanställningen var att någon i gruppen lärt känna familjen så mycket att det varit möjligt att göra sig en bild av familjens sociala situation. För 20 av de 273 barn som ingår i materialet var denna förutsättning inte uppfylld.

Material

273 barn ingår i materialet och dessa barn utgöres av samtliga de barn som vid tiden för genomgången bodde i området. Antalet barn i varje årsgrupp varierar mellan 22 och 55. Sammanlagt 69 barn ytterligare hade under året före genomgången varit bosatta i området och inskrivna vid BVC. 23 av dessa hade skrivits ut till skolhälsovården och 46 flyttat från området före genomgången. Åldersfördelningen bland de barn som flyttat från området skiljer sig inte markant från barnen i övrigt, inte heller fördelningen mellan svenskfödda föräldrar och invandrarföräldrar i utflyttargruppen jämfört med de redovisade barnen.

RESULTATREDOVISNING MED DISKUSSION

Besöksfrekvensen på barnavårdscentralen

Barnavårdscentralen i området kunde under verksamhetsåret erbjuda möjligheter till besök i mycket frikostig omfattning både på sjuksköterskans egna mottagningar och på läkarmottagningarna. Förutom de besök som skedde på föräldrarnas egna initiativ, bedrevs en mycket aktiv uppsökande verksamhet bland de familjer, som inte spontant sökte kontakt med centralen.

Barnavårdscentralen kunde etablera kontakt med samtliga 273 barn. Sex av dessa var dock på besök vid BVC vid endast ett tillfälle och hade inte kontakt med familjeassistenten.

De besöksfrekvenser som redovisas nedan, utgör summan av besök på systemmottagning, läkarmottagning och hembesök av barnavårdscentralsköterska. Observationstiderna växlar betydligt, eftersom många barn fötts, respektive flyttat in i området under den tid studien avser. För barn födda 1975, spädbarnen, är medelobservationstiden 3,6 månader, för övriga årsgrupper mellan 8 och 9,5 månader. För att få jämförbara besöksfrekvenser har, för barnen födda 1975, besöksfrekvenserna räknats om till motsvarande 3,6 månader och för övriga årsgrupper till 12 månader.

Spädbarnen besökte barnavårdscentralen 12 gånger (medianvärde) under observationstiden 3,6 månader, vilket alltså motsvarar tre besök per må-

nad. Därtill kom kontakten med BVC i form av telefonkonsultationer och besök hos familjeassistent.

Barnen födda 1974 (1–2 års ålder) besökte BVC 8 gånger (medianvärde) räknat per 12 månader.

Avsevärt lägre besöksfrekvenser fanns hos barnen födda 1973–1969, (2–6 års ålder). I alla dessa årsgrupper var medianvärdet på antalet besök per år mellan 2 och 4.

Man kan fråga sig var orsaken är till de höga besöksfrekvenser, som uppstår, om man ger möjlighet till föräldrar att i tämligen obegränsad utsträckning kunna utnyttja kontakterna med BVC. Det är uppenbart att de sällan är motiverade av medicinska behov. Det verkar däremot troligt att barnavårdscentralen i ett förortsområde av ifrågavarande typ fyller helt andra, men viktiga behov. Säkert kan många besök på BVC ses som ett tecken på den osäkerhet som många föräldrar upplever i sin föräldroll, förutom den allmänna kontaktlöshet, som småbarnsföräldrar med hemmavarande barn ofta lever i.

Har barnavårdscentraler i allmänhet resurser och metoder för att möta dessa icke medicinska behov?

Föräldrarna och deras problem

I tabell 1 redovisas hur stor andel av föräldrarna (en eller båda föräldrarna till barnet) som visade sig ha de olika problem som här tagits upp.

Tabell 1. Föräldrarnas problem fördelade på olika problemområden.

Problemområde	Andel föräldrar
Arbete	15 %
ekonomi	18
sjukdom	10
alkohol	10
relationsproblem mellan föräldrar	15
kulturkonflikt	9
språkproblem	20
analfabetism	4

Problemen har oftast blivit kända genom att föräldrarna spontant sökt hjälp och råd för sina problem vid kontakterna med familjeassistent eller personal i övrigt vid centralen. Validiteten i procent-

siffrorna mellan de olika typerna av problem växlar därför sannolikt: Sålunda kommer exempelvis uppgift om ekonomiska svårigheter säkert alltid fram vid ett samtal med familjeassistent, liksom språkproblem. Å andra sidan utgör alkoholproblem och säkert även analfabetism sådana problem vars frekvens blir underrepresenterade med den använda metoden att samla in data.

175 av områdets barn hade föräldrar där inget av ovan nämnda problem är kända. 20 av dessa utgjorde den grupp, som vi inte hade lärt känna så mycket att någon bedömning här var möjlig. Således återstår 155 barn, 57%, där inga allvarliga problem av dessa slag sannolikt förekom. Åtta barn utgjorde en grupp där samtliga problemområden förekom i familjen.

I detta sammanhang särskilt utsatta barn kan givetvis definieras ganska godtyckligt. Om man som socialt utsatta barn betecknar de, där tre eller flera av problemområdena förekommer inom familjen, visar det sig att 48 barn – ca 18% – kom att befinna sig i denna kategori.

Det är uppenbart att föräldrarna till en mycket stor del av områdets barn levde med dagliga svåra problem, som i många fall i hög grad måste reducera möjligheterna att möta de krav, som föräldrarollen ställer. Att utifrån påverka barns hälsa och utveckling måste ju till största delen ske genom barnets närmaste anhöriga. Denna påverkan måste då, för att nå resultat, ta hänsyn till de ramar, som begränsar föräldrarnas rörelsefrihet och valfrihet i vård och uppfostran. Problem av den karaktär som här diskuterats hör till de, som alltid mer eller mindre påtagligt minskar dessa ramar – vilket kanske är huvudargumentet för att socialvård och barnhälsovård måste kunna samordnas.

Barnen och deras problem

40% av barnen i området saknade syskon. 19% av

Föräldrarna till en mycket stor del av områdets barn levde med dagliga svåra problem som i hög grad måste reducera möjligheterna att möta de krav som föräldrarollen ställer.

barnen hade ensamförälder. I det följande samt i *tabell 2* kommer frekvenssiffrorna på några av de problem som påträffades bland de 273 barnen att presenteras. En kortfattad diskussion sker i direkt anslutning till presentationerna.

Tabell 2. Frekvenser av hälsoproblem och hälsorisker.

Kroniska sjukdomar	3,3 %
Karies	8,9 *
Kost/hygien	4,4
Utveckling/beteende	15,2 *
Vaccinationer	14,3 *

* gäller barn äldre än 1 år.

Kroniska sjukdomar: Som kronisk sjukdom har här tagits upp kronisk otit, dövhet, synnedsättning av funktionell betydelse, recidiverande urinvägsjukdom, VOC av funktionell betydelse, psykomotorisk retardation. Sammanlagt 9 barn (3,3%) hade någon/några av dessa diagnoser.

Karies: Barnläkaren fann 20 barn med mycket grav karies, vilket motsvarar 9% av barnen födda före 1975.

Hygien/kost: Som allvarliga brister vad gäller hygien har tagits upp de fall där barnet vid flera tillfällen vid besök på BVC varit påtagligt smutsiga. Tecken på dålig hygien i kombination med scabies eller impetigo eller upprepade blöjdermatit har också tagits med i denna grupp. Dessa ganska grava fall var ovanliga och bestod av 12 barn, motsvarande 4,4%.

Utveckling/beteende: De problem som här tagits upp hade föräldrarna i allmänhet själva sökt för på BVC. Sådana problem som kunnat hänföras till normalbeteende för åldrarna ifråga har uteslutits. Sålunda ingår inte i gruppen exempelvis spädbarn med enbart koliksymptom, inte heller barn med primär nokturn enures utan andra tecken på psykisk störning. Problem av typ trotsreaktioner hos mindre barn har heller inte ansetts böra ingå. I gruppen ingår således enbart mycket påtagliga avvikelser, exempelvis uttalad motorisk oro, enkopres, psykosomatiskt betingade fall av magont eller huvudvärk, eller kombinerade symptom.

34 barn ingår och dessa utgjorde drygt 15% av barnen i ålder 1–5 år.

Vaccinationer: Vid materialgenomgången har här

registrerats de barn, som vid inskrivningen vid denna BVC inte var fullständigt vaccinerade vad gällde trippel- eller duplexvaccination eller polio vaccination, trots att de passerat de åldrar då detta normalt enligt gängse BVC-rutiner skulle ha varit utfört. Totalt 14,3 % av barnen ingick i denna grupp och dessa barn erbjöds individuellt utformade vaccinationsprogram.

Vaccinationsverksamheten på BVC kan alltså fortfarande vara en tidskrävande uppgift där ett aktivt uppsökande arbete fordras för att nå alla.

Situationen inom några undergrupper bland barnen

Erfarenheter från olika barnavårdscentraler visar att de problem, som är särskilt dominerande inom barnhälsovårdsarbetet, kan växla betydligt mellan olika typer av bostadsområden. Det är sannolikt att befolkningens sammansättning i olika avseenden har betydelse för detta. Det kan därför vara av intresse att studera om man i detta material kan finna speciella drag, med betydelse för arbetet på barnavårdscentralen, bland några lätt identifierbara undergrupper bland barnen:

Daghemsbarnen: Totala antalet barn i området födda före 1975 var 224 till antal. 38 % av dessa hade plats på daghem, 13 % i familjedaghem. 49 % var således hemmabarn. (En del av barnen i familjedaghem hade dessutom plats i deltidgrupp i förskola, lekskola. Detta gällde även samtliga 6-åriga hemmabarn.)

Av daghemsbarnen var 29 % barn till ensamstående föräldrar.

Av de 84 daghemsbarnen var 41 invandrabarn (någon eller båda föräldrar invandrare). Det är alltså uppenbart att språkproblem var ett betydande inslag i daghemsmiljön. Bland invandrabarnen hade 12, alltså nästan vart tredje invandrabarn hamnat i en olämplig miljö ur språksynpunkt: dessa barn kunde på daghemmet till största delen inte använda sitt blivande eller redan utvecklade modersmål.

Kända problem kring beteende/utveckling hade 20 % av daghemsbarnen och 11 % av hemmabarnen.

28 etniska grupper fanns representerade i familjerna till de 273 barnen.

Kända problem kring beteende/utveckling hade 17 av 84 daghemsbarn, vilket utgör 20 %. Motsvarande andel hemmabarn var 12 av 111, dvs. 11 %. Besöksfrekvensen på BVC bland daghemsbarnen kan vara av intresse eftersom daghemmens hälsovård nu håller på att integreras med barnavårdscentralens. Genomsnittligt hade samtliga barn i området födda före 1975 besökt BVC vid 5 tillfällen under observationstiden. Det visade sig att daghemsbarnen hade besökt BVC i ungefär samma utsträckning, nämligen 5,3 gånger. Det verkar alltså möjligt att nå daghemsbarnen i samma utsträckning som barn i övrigt med den ordinarie barnhälsovårdsverksamheten.

Invandrabarnen: Vad som till stor del karakteriserade området och barnfamiljerna där, var den stora andelen invandrare.

48 % av förskolebarnen hade svenskfödda föräldrar (eller svenskfödd ensamförälder).

39 % av barnen hade föräldrar som båda var invandrare från samma land.

8 % av barnen hade föräldrar där den ene var svenskfödd, den andra invandrare.

4 %, 12 barn, befann sig i situationen att föräldrarna härstammade från olika länder, båda utanför nuvarande hemland.

28 etniska grupper fanns representerade i familjerna till de 273 barnen. Språkproblem har definierats som situationer där barnet har ett annat första språk än någon eller båda av föräldrarna. Bland de 118 invandrabarnen födda 1974 eller tidigare fanns 22 barn (19 %) som alltså hade språkliga kommunikationsproblem med någon eller båda av sina föräldrar. Svårigheter att förstå eller tala svenska hade någon eller båda föräldrar till 36 % av barnen, där någon eller båda föräldrar var invandrare. Analfabetism var känd hos föräldrarna till 10 barn.

Gruppen invandrare är mycket heterogen, och representerar sannolikt delvis mycket olikartade problem. Materialet är dock för litet för att kunna brytas ner i många undergrupper. I den följande

framställningen kommer dels att beskrivas vad som i fortsättningen benämnes *grupp 1*, som utgöres av 107 barn med invandrarföräldrar från samma land, dels *grupp 2* som utgöres av de 34 barnen med föräldrar från skilda länder. (22 av dessa senare barn har en förälder som är svenskfödd och den andre invandrare). De båda grupperna jämföres med barn till svenskfödda föräldrar, *grupp 3* (N = 132).

En genomgång har gjorts av de barn där någon eller några av problemen arbete, ekonomi, sjukdom, alkoholism, relationsproblem mellan makar, analfabetism, var kända i familjen. De barn vars föräldrar hade tre olika eller flera av dessa problem var sammanlagt 35 stycken:

grupp 1: 17 av 107, 16 %

grupp 2: 12 av 34, 35 %

grupp 3: 6 av 132, 4,5 %

Det förefaller alltså i detta material som om olika sociala problem var starkt överrepresenterade hos föräldrar till invandrabarn och detta gällde särskilt gruppen barn med föräldrar från olika länder.

Problem kring beteende/utveckling påträffades bland samtliga förskolebarn i området i 15 %. Uppdelade på de tre grupperna enligt ovan blir resultatet:

grupp 1: 13 av 91, 14 %

grupp 2: 5 av 27, 19 %

grupp 3: 16 av 106, 15 %

Några väsentliga skillnader framkommer således inte här, varvid man dock bör observera att det oftast är avsevärt svårare att bedöma psykologiska förhållanden vad gäller invandrabarn än svenska barn, vilket bl. a. sammanhänger med språksvårigheterna både i kontakten med barnet och dess föräldrar.

Såsom framgått tidigare hade bland barn födda före 1975, 9 % mycket grav karies.

grupp 1: 14 av 91, 15,4 %

grupp 2: 2 av 27,

grupp 3: 4 av 106, 3,8 %

.....
Karies förekom i klart högre frekvens bland invandrabarnen än bland barnen till svenskfödda föräldrar.
.....

Det visade sig sålunda att karies utgjorde ett stort problem bland invandrabarnen i detta material. Det förekom i klart högre frekvens än bland barn till svenskfödda föräldrar.

Barnen i de sociala problemfamiljerna

48 barn i området utgjorde en grupp som i föregående avsnitt om föräldrarna och deras problem betecknats som socialt särskilt utsatt. Bland dessa barn fanns hälften av de fall där allvarliga brister vad gäller kost/hygien, kunde påvisas. Vidare fanns i denna grupp 21 av de totalt 39 barn, som inte vaccinerats på regelmässigt sätt.

Påtagliga störningar vad gäller beteende/utveckling påträffades hos vart femte barn i gruppen. Bland barn i familjer där inga sociala problem var kända, var denna avvikelse hälften så vanlig.

Besöksfrekvensen på barnavårdscentralen för ifrågavarande barn var något högre än för hela gruppen barn i området. Den speciella organisation och det särskilda samband med socialvården som barnavårdscentralen här haft, utgjorde sannolikt en viktig förutsättning för detta. Det visar att barnavårdscentralen med tillräckliga resurser kan utgöra en fungerande aknytningspunkt även till de socialt utsatta familjerna. Detta understryker ytterligare behovet av att knyta någon del av socialvårdens resurser till barnavårdscentralen – i den mån man anser att dessa familjers grundproblem kan påverkas positivt av det stöd, som en uppsökande socialvård och barnhälsovård kan erbjuda.

Barnen i familjer med alkoholproblem

Bland områdets 73 förskolebarn hade någon eller båda föräldrar till 27 barn (10 %) alkoholproblem, som var kända. Om man bland dessa 27 barn går igenom de, som visade beteendestörningar, allvarliga avvikelser vad gällde kost/hygien, samt de som inte hade blivit vaccinerade på rutinmässigt sätt, finner man en stark överrepresentation för dessa barn (*tabell 3*).

Med reservation för att materialet är litet verkar man ändå få bekräftat att alkoholproblem hos föräldrarna utgör en riskfaktor med särskild tyngd vad gäller barns hälsa.

Tabell 3. Hälsoproblem hos barn i familjer med alkoholproblem

	Totalt	Beteende- störningar		Brister i hygien/kost		Ofullständigt vaccinerade	
	N	N	%	N	%	N	%
Barn i familj med alkoholproblem	27	8	30	5	19	13	48
Övriga barn	246	26	11	7	3	26	11
Totalt	273	34		12		39	

SAMMANFATTNING

En inventering av hälsoproblem och sociala bakgrundsfaktorer har gjorts bland 273 förskolebarn vid en barnvårdscentral i en förortskommun till Stockholm. Barnvårdscentralen tillhörde ett nybyggt bostadsområde under inflyttning och med en hög andel invandrare. Barnhälsovården var knuten till ett arbetslag bestående av barnsjuksköterska, socialassistent, barnläkare och förskolelärare.

Resultaten visar att rent somatiska hälsoproblem med undantag för karies var ovanliga bland dessa barn. Desto vanligare var psykiska problem av betydelsefull grad, vilka påträffades hos vart sjätte barn över spädbarnsålder.

Bland föräldrarna till barnen fanns en anmärkningsvärd hög frekvens av problem, som på olika sätt måste begränsa möjligheterna att möta de krav som föräldrarollen ställer. 18% av barnen kom från familjer, som med de kriterier som använts, har betecknats som socialt särskilt utsatta. Det var bland barnen i dessa familjer man återfann hälften av de, som uppvisade brister vad gällde kost och/eller hygien och den helt övervägande delen av de barn som inte vaccinerats på rutinmässigt sätt. Vart tionde barn levde i familjer där alkoholproblem var kända. Dessa barn var starkt överrepresenterade vad gäller störningar i beteende och/eller utveckling och även brister i hygien och/eller kostordning.

Invandrabarn utgjorde en heterogen grupp med delvis speciella behov av hälsovård. Frekvensen allvarlig karies var hög och vart femte invandrabarn hade inte följt ordinarie vaccinationsprogram. Språkproblem för de invandrabarn, som vistades på daghem, var vanliga. Nästan vart tredje invandrabarn på daghem kunde där inte använda sitt modersmål. I materialet antyds att invandrabarn med

föräldrar från två olika länder, utgjorde en grupp med särskilt hög anhopning av problem.

Med det arbetssätt som den studerade barnvårdscentralen hade, gick det att etablera kontakt med samtliga förskolebarn i området. Särskilt spädbarnen hade påfallande täta kontakter med barnvårdscentralen — i medeltal drygt tre besök på centralen per månad. Besöksfrekvenserna för daghemsbarn, barn till ensamförälder, invandrabarn och barn i socialt särskilt utsatta familjer, avvek inte nämnvärt från besöksfrekvensen för hela gruppen barn.

Detta visar således att barnvårdscentralen under gynnsamma förutsättningar kan erbjuda en mycket väl fungerande kontakt med alla familjer med förskolebarn, även i ett förortsområde av den karaktär, som denna studie utgått från. Kvar står de viktiga frågorna: Vad skall dessa kontakter utnyttjas till? Hur skall barnhälsovården kunna påverka de aktuella hälsobristerna och hälsoriskerna?

REFERENSER

1. Köhler E M: Barns uppfostran och utveckling (SOU 1975: 33).
2. Petersson O: Barns hälsa (SOU 1975: 33).
3. Reitz E: Sterblichkeit und Todesursachen in den Kinderjahren, Acta Ped Scand Suppl. III, 1930.
4. Sundelin C: Mål och medel för en effektivare barnhälsovård, *Pediatricus* nr 2 1976.
5. von Sydow G: Psykosociala faktorer och barnadödlighet i ett välfärdssamhälle, Soc. med tidskrift nr 2 1974.
6. Sävenstrand I, Lauritzen S, Höjer B: Försök med föräldrautbildning kring barnets födelse, Soc. med. tidskrift nr 7 1976.
7. Normalreglemente för barnhälsovården. SFS nr 39 1969.
8. Rapport från familjeservicecentralen sept. -74-dec. -75 (stencil Huddinge Kommun).
9. Samverkan i barnomsorgen (SOU 1975: 87).