

Hälsoundersökningar inom barnhälsovården

Allmänna råd från Socialstyrelsen 1991:8

ISBN 91-38-11267-1
ISSN 0280-0667
Artikelnr 1991-70-8

Andra utgåvan www.socialstyrelsen.se, maj 2007

Förord

I alla länder med en modern hälso- och sjukvård behövs ett nationellt program för att följa barns hälsa och utveckling. Hälsoundersökningar av barn från nyföddhetsperioden till skolstarten är starkt förankrade hos de svenska föräldrarna och i svensk sjukdomspreventiv tradition. Syftet är att ge tidig hjälp till barn med sjukdomar, handikapp och utvecklingsavvikelser. Socialstyrelsen anser det värdefullt att man i landet har en grundläggande enhetlig hälsoövervakning av barn i förskoleåldern.

Det svenska undersökningsprogrammet med rötter i 60-talet har på Socialstyrelsens initiativ setts över av en arbetsgrupp, som 1990 kunde redovisa ett förslag till nationellt program för 90-talet. Denna skrift bygger på arbetsgruppens förslag och på de många synpunkter som kom fram vid remissbehandlingen. Här ges rekommendationer för vid vilka tidpunkter barnet bör undersökas av sjuksköterska eller läkare samt synpunkter på hälsoövervakningens innehåll.

Syftet med dessa allmänna råd är således att förtydliga och vidareutveckla det allmänna programmet för hälsoundersökningar av barn i åldern 0–7 år. Undersökningsprogram som tar hänsyn till särskilda medicinska, psykologiska och sociala förhållanden hos enskilda barn och familjer ligger däremot inte inom ramen för dessa allmänna råd.

Råden grundar sig på en bearbetning och komprimering av remisshandlingen "Hälsoövervakning inom barnhälsovården" som publicerades av Socialstyrelsen 1990. I remissutgåvan redovisas mer utförligt den vetenskapliga bakgrunden till de rekommendationer som presenteras här. Remisshandlingen kan i begränsad upplaga kostnadsfritt beställas från Socialstyrelsen, enheten för primärvård, tandvård och psykiatri (PTP), 106 30 Stockholm.

Denna skrift behandlar endast hälsoövervakningen och beskriver således inte barnhälsovårdens hela arbetsfält. Den kan därför inte läggas till grund för resursberäkningar. Det ankommer på huvudmannen att avgöra hur de inom landstinget befintliga resurserna fördelas.

Skriften har arbetats fram vid Socialstyrelsens enhet för primärvård, tandvård och psykiatri (PTP). Författare är föredragande barnläkaren vid Socialstyrelsen Bengt Erik Ginsburg, barnhälsoöverläkaren Ragnar Jonsell och barnhälsoöverläkaren Claes Sundelin. Byrådirektören Marianne Wedin, PTP-enheten, har varit sekreterare i arbetsgruppen. Skriften riktar sig till alla som har ansvar för utveckling och planering av primärvården eller som arbetar med barn i primärvården.

Innehåll

<i>Förord</i>	3
<i>Barnhälsovårdens mål</i>	7
Huvudmål.....	7
Delmål.....	7
<i>Hälsoundersökning inom barnhälsovården</i>	9
Allmänna synpunkter.....	9
Speciella insatser för nyinflyttade barn.....	10
Första levnads månaden	10
De första läkarundersökningarna.....	11
Hembesök av barnhälsovården	11
<i>Hälsoövervakning – specifikt innehåll</i>	12
Tillväxt.....	12
Allmän somatisk undersökning.....	12
Psykomotorisk utvecklingsbedömning	17
Språk- och talutveckling	19
Beteendebedömning.....	20
Samspel mellan barn och föräldrar	21
Psykiska och sociala familjeproblem	21
<i>Det åldersrelaterade hälsoövervakningsprogrammet</i>	23
6–12 veckor.....	23
6 månader.....	23
7–9 månader.....	23
12 månader.....	24
18 månader.....	24
3 år	24
3–4 år	24
5–6 år	24
Sammanfattning av det åldersrelaterade programmet.....	25
<i>Slutord</i>	26

Barnhälsovårdens mål

Strukturerade hälsoundersökningar av alla barn vid bestämda tidpunkter har varit ett viktigt inslag i barnhälsovårdens arbete sedan starten. Socialstyrelsens mödra- och barnhälsovårdsutredning (Socialstyrelsen redovisar 1979:4) slog i sitt slutbetänkande 1979 fast att hälsoövervakning av alla barn var av stor vikt i det förebyggande arbetet med barn. Mödra- och barnhälsovårdsutredningen följdes upp av Socialstyrelsens allmänna råd "Hälsovård för mödrar och barn inom primärvården" (1981:4), som sätter upp följande mål:

Huvudmål

- att minska dödlighet, sjuklighet och handikapp hos blivande och nyblivna mödrar och deras barn
- att minska skadlig påfrestning för föräldrar och barn
- att stödja och aktivera föräldrar i deras föräldraskap och härigenom skapa gynnsamma betingelser för en allsidig utveckling för barn.

Delmål

- att genomföra differentierad hälsoövervakning av alla gravida kvinnor och av barn före skolåldern
- att minska väsentliga hälsoproblem för barnfamiljen
- att ge behovsanpassad service, stöd och vård till föräldrar och barn
- att uppmärksamma och förebygga förhållanden i närmiljö och samhälle som kan hota mödrars och barns hälsa.

Dessa mål och delmål är fortfarande giltiga.

Programmet för hälsoundersökningar i kombination med vaccinationsprogrammet utgör en stomme för hälsovårdsarbetet inom barnhälsovården. Dessutom bör kontakttillfällen som uppstår genom programmet användas för hälsoupplysning, föräldrarådgivning och stöd till barnfamiljen. Gruppverksamhet för föräldrar liksom samarbete med socialtjänst, barnomsorg och skola samt andra primär- och sekundärkommunala verksamheter bör utvecklas vidare. Det nya programmet med bl.a. en skolförberedande undersökning vid 5 1/2 – 6 års ålder understryker vikten av fördjupade kontakter mellan verksamheter med ansvar för barn.

Varje barn och varje familj är unik. De nya rekommendationerna är utformade för en tänkt normalsituation. De är giltiga för den stora majoriteten av svenska barn som har friska och kompetenta föräldrar, saknar kända hälsoproblem och växer och utvecklas på ett tillfredsställande sätt. Andra kon-

taktmönster med extra insatser behövs som regel om omständigheterna är andra. Varje kontakttillfälle med barnfamiljen måste ses som ett möte där lyhördheten för familjens individuella behov och önskemål måste stå i centrum. Varje hälsoundersökning innebär ett möte med barnfamiljen som bör användas för att stödja, uppmuntra, frigöra familjens egna resurser och ge service på familjens egna villkor. Det är i detta avseende och ifråga om kunskaper om relationsspelet i familjen som barnhälsovården har sina största brister. Detta förslag till program för hälsoundersökningar löser inte dessa problem, men ger ett ramverk för ett fortsatt arbete i riktning mot bättre omvårdnad av barn och familj.

Kontinuiteten i kontakten mellan familj och personal är på många sätt en avgörande kvalitetsfaktor som inte garanteras av undersökningsstrukturen i sig. Ett aldrig så genomtänkt program för hälsoövervakning blir framgångsrikt endast om det kombineras med organisatoriska lösningar som gynnar kontinuitet i kontakterna och kunskapsutveckling hos personalen och med ett arbetssätt som tillåter att insatserna anpassas efter den enskilda familjens behov.

Ett särskilt problem utgör dokumentationen av hälsoundersökningarna i barnhälsovårdens journal samt uppföljning av undersökningarnas värde och åtgärder. Dokumentationen är idag enligt all erfarenhet påtagligt ofullständig och behöver skärpas. Det är nödvändigt att barnhälsovården liksom andra delar av hälso- och sjukvården utvecklar instrument och metoder som gör det möjligt att utvärdera insatsernas kvalitet och värde.

Hälsoundersökning inom barnhälsovården

Allmänna synpunkter

Hälsöövervakning av barn kan bedrivas med hjälp av två olika metoder: screening och klinisk identifikation. Dessa syftar till att tidigt uppmärksamma sjukdomar, avvikelser, utvecklingsförseningar och funktionella rubbningar. Screening, som vanligen bygger på enkla standardiserade procedurer, kan vara tillämplig vid vissa hälsoproblem men klinisk identifikation är den grundläggande och viktigaste arbetsmetoden.

Klinisk identifikation innebär att det som observeras vid en undersökning ställs samman med tidigare iakttagelser samt föräldrarnas uppgifter och uppfattning till en samlad bedömning, grundad på professionella kunskaper, metoder och erfarenheter.

Barnhälsovårdens hälsöövervakning bör utformas så att den också passar barn med handikapp och kronisk sjukdom likaväl som familjer med psykologiska och sociala problem. De behöver en individualiserad hälsöövervakning samt behovsanpassad service och stöd.

Vid varje läkarmottagning bör sjuksköterskan arbeta tillsammans med läkaren. Läkaren och sjuksköterskan bör jämföra sina intryck, komplettera varandras frågor och informera varandra om vilka upplysningar föräldrarna fått. På detta sätt kan man få en samlad bedömning från två erfarna personer som ofta sett barnet i olika situationer. Sjuksköterskan kan också hjälpa föräldrarna att föra fram problem, som de tidigare diskuterat men kanske haft svårt att ta upp med läkaren som de inte känner så väl. Efter läkarbesöket är det mycket vanligt att föräldrarna återkommer till sjuksköterskan med frågor och de kan också ha missuppfattat något läkaren menade. Även ur den synpunkten är det en stor fördel om sjuksköterskan varit med vid läkarbesöket.

De inprogrammerade besöken är tätast under spädbarnsåret för att sedan glesas ut. Barnhälsovårdens uppgift är att under hela förskoleperioden erbjuda barnfamiljerna möjlighet att ta upp frågor om barnet. Barnhälsovårdens sjuksköterska bör vara lyhörd när föräldrarna själva tar upp problem, och hon bör vid behov kunna diskutera med eller erbjuda kontakt med läkare, psykolog, socionom etc. Det är oftast lättare att möta föräldrars oro och frågor, när föräldrarna själva tagit initiativ till kontakten.

När man bedömer ett barn tar man hänsyn till vad som kan förväntas i den aktuella åldern, dels av barn i allmänhet, dels av det aktuella barnet. Många medfödda eller tidigt förvärvade hälsoproblem blir tydliga först på en mognadsnivå som innebär att kraven skärps på en viss funktion. Detta medför att vissa avvikelser inte upptäcks förrän efter månader eller år. T.ex. kan lindriga fall av cerebral pares upptäckas först när barnet börjar förflytta sig, och talförsening i en ålder då ett differentierat språk förväntas. Barn med gluten-

intolerans växer sämre än andra först när de ätit glutenhaltig kost. Att reaktionerna ibland kan vara fördröjda innebär att barnet därför bör undersökas kontinuerligt medan det växer och utvecklas.

Under uppväxten kan nya problem tillkomma. Skilsmässa, flyttning, ohälsa eller arbetslöshet inom familjen kan vara nya faktorer som ökar påfrestningarna på barnet.

Vid misstanke om avvikelser har personalen inom barnhälsovården stora möjligheter att själva följa upp förloppet.

Det allmänna hälsoövervakningsprogrammet gäller alla barn och familjer. När föräldrarna har frågor eller när en sjuksköterska eller läkare anser att extra uppföljning bör göras, måste det vara möjligt att frikostigt kunna erbjuda extra tider för besök. För att kunna upptäcka och värdera eventuella avvikelser och kunna ta hand om dem på bästa sätt, fordras hög kompetens och stor erfarenhet hos läkare och sjuksköterskor inom barnhälsovården samt kontinuitet i kontakterna. Fortbildning och handledning behövs också.

Speciella insatser för nyinflyttade barn

Barnhälsovården bör erbjuda sin service till alla barn som är bosatta i respektive upptagningsområde. Nyinflyttade barn, som tidigare haft kontakt med barnhälsovården i ett annat upptagningsområde bör alltid erbjudas ett hembesök av sjuksköterskan så att kontakten med barnhälsovården inte bryts. Besöket bör i samband med uppläggningsplaneringen av den fortsatta hälsoövervakningen planeras tillsammans med föräldrarna.

Det finns en grupp familjer som flyttar ofta och som är svåra att hålla kontakt med. De kan ha sociala problem och barnet kan riskera att fara illa. I de fallen krävs speciella insatser av sjuksköterskan inom barnhälsovården. Samverkan med socialtjänsten är en viktig komponent i arbetet med dessa barnfamiljer.

Adoptivbarn, flyktingbarn, andra invandrarbarn och svenska barn som efter en längre tids utlandsvistelse återvänder till Sverige bör introduceras så snart som möjligt i barnhälsovården. Många av dessa barn har haft tillgång till barnhälsovård i det land varifrån de kommer. Kvaliteten och omfattningen varierar och dokumentation över genomgångna undersökningar och om erhållna vaccinationer saknas ofta. I dessa fall är det angeläget att erbjuda familjerna ett hembesök, eventuellt efter att de först fått besöka barnavårdscentralen. Flyktingbarn bör i allmänhet ha hunnit genomgå en hälsoundersökning i enlighet med Socialstyrelsens allmänna råd 1988:8, och uppgifter om undersökningsresultat och uppföljningsbehov bör efterforskas. Flyktingbarnens behov av psykologiskt stöd och hjälp bör särskilt uppmärksammas.

För adoptivbarn rekommenderas en hälsokontroll inom ett par veckor efter ankomsten till Sverige (se "Socialstyrelsens allmänna råd om hälsoundersökning av utländska adoptivbarn" SOSFS 1989:20).

Första levnadsmånaden

Under den första månaden av ett barns liv har kontakterna med barnhälsovården en särställning. Det är då som det är mest angeläget med täta kontakter och då som föräldrarna har många frågor. Det är vidare under denna pe-

riod som mycket av planeringen av den fortsatta hälsoövervakningen men också andra förebyggande insatser sker för det enskilda barnet.

De första läkarundersökningarna

På BB görs en första läkarundersökning av barnet under det första levnadsdygnet och en andra undersökning vid hemgång. I samband med hemgång bedömer läkaren hur snart det kan finnas skäl till en ny särskild läkarundersökning inom barnhälsovården. En ny läkarundersökning kan förordas relativt snart t.ex. vid tidig hemgång från BB (före 4:e levnadsdygnet), eller om barnet visat tecken på sjukdom eller adaptationsproblem under nyföddhetsperioden.

Tidpunkten för den första läkarundersökningen inom barnhälsovården bör planeras mer flexibelt än vad som idag är fallet. Lämplig tidpunkt för läkarkontakt aktualiseras också mer påtagligt i samband med sjuksköterskans första hembesök.

Vid tidig hemgång från BB ansvarar länssjukvården för den medicinska övervakningen av barnet fram till och med dag fem. Om tidig hemgång blir förhärskande i ett område bör kompetens och resurser överföras till primärvården. I denna bör finnas personal som vid hembesök kan bedöma barn med hänsyn till ikterus, cyanos, missbildningar, infektionsmisstanke, uppfostring/amning och göra provtagning för metabolisk screening (PKU m.m.) under nyföddhetsperioden. Även fortsättningsvis bör länssjukvården ha ett huvudansvar för dokumentation samt metabolisk screening.

Hembesök av barnhälsovården

Inom 5 dagar efter hemgång från BB eller barnklinik erbjuds alla ett hembesök av barnhälsovårdens sjuksköterska. Det är ett ypperligt tillfälle att få en bra fortsatt kontakt. Sjuksköterskan bör avsätta tillräckligt med tid (ca 1 timme) för det första hembesöket. Mer tid kan krävas om det finns särskilda problem av medicinsk, psykologisk eller social natur. Det kan emellertid ofta vara bättre att upprepa besöket än att göra det långt. Att sjuksköterskan känner familjen genom äldre syskon är i sig inget skäl för barnhälsovården att avstå från hembesök.

Hembesöket består av en undersökning av barnet samt stöd och råd till föräldrarna. I samband med hembesöket kan sjuksköterskan tillsammans med föräldrarna planera uppläggningsplaneringen av fortsatta hälsoinsatser för barnet.

De undersökningar som barnet bör genomgå under den första levnadsmånaden enligt det nuvarande programmet är tillfredsställande; det finns därför inte någon anledning till principiella ändringar av innehållet i dessa undersökningar. Det innebär att sjuksköterskan ser barnet cirka 1 gång/vecka den första levnadsmånaden. Individuella modifieringar aktualiseras vid tidig hemgång. Ansvarsfördelningen mellan länssjukvård och primärvård behöver kartläggas lokalt.

Hälsöövervakning – specifikt innehåll

Tillväxt

Barns och ungdomars viktökning och längdtillväxt återspeglar deras hälsa och välbefinnande. Regelbunden mätning av vikt och längd utgör basen i ett hälsoövervakningsprogram. Sjuka eller undernärda barn uppvisar ofta en hämmad tillväxt, initialt oftast i form av otillräcklig viktökning och senare även långsam längdtillväxt. Psykiska problem eller sociala missförhållanden ger i många fall tillväxtretardation. Införandet av tillväxtdiagrammet i rutinarbetet inom barn- och skolhälsovården 1970 innebar att man fick ett arbetsinstrument som gjorde det möjligt att enkelt visualisera tillväxtavvikelser.

På senare år har behovet av att revidera referenskurvorna uppmärksamats. Det har framförts frågor om hur representativa diagrammen är för olika åldersintervall och i vilken mån kurvorna motsvarar tillväxtförhållandena idag. Vidare speglar inte skallomfångskurvan den sanna fördelningen i populationen från statistisk synpunkt. De flesta barn ligger nämligen över "den genomsnittliga kurvan". Arbetet har därför inletts med att utarbeta aktuella referenskurvor. Hälsoundersökningsprogrammet inom barnhälsovården kommer emellertid inte att påverkas av detta.

Längd och vikt mäts och inprickas på tillväxtdiagram enligt följande mönster:

Nyfödda t.o.m. 4 veckors ålder: en gång per vecka	(4 ggr)
till 2 månaders ålder: varannan vecka	(2 ggr)
till 6 månader: varje månad	(4 ggr)
till 18 månader: var tredje månad	(4 ggr)
till skolstart: 1 gång per år	(5 ggr).

När man tolkar tillväxtkurvor bör man uppmärksamma avvikelser som kan fordra tidig åtgärd. Föräldrarna bör emellertid inte oroas enbart av den anledningen att barnet "inte följer kurvan". Inprickning och tolkning av tillväxtuppgifter får inte dominera besöken på ett sådant sätt att andra aspekter på hälsoundersökningen och på kontakten försummas. Bedömning av avvikelser bör göras gemensamt av läkaren och sjuksköterskan så att föräldrarna inte får besked som är eller uppfattas som motstridiga.

Allmän somatisk undersökning

Föräldrar oroas ofta den första tiden av t.ex. födelsemärken, sneda fötter eller stora fontaneller. De måste få sakkunniga besked om en avvikelse kräver utredning eller åtgärd, något som kräver kunskaper om vad som är normalfynd och normalförlopp. En eventuell organisk bakgrund till kolik, sömnproblem, oklara smärttillstånd bör bedömas.

En läkarundersökning av ett barn som är äldre än 1 1/2 år avslöjar sällan något som inte tidigare givit symtom eller på annat sätt uppmärksamats av

föräldrarna. Man kan ifrågasätta värdet av läkarundersökningar i de fall föräldrarna inte har frågor eller då barnets utveckling, sätt att vara och tillväxtkurvor är normala. Behovet av läkarundersökningar bör därför bedömas av föräldrar och sjuksköterska, med undantag för skolförberedande undersökning (se nedan). Allvarigare sjukdomar med kort latenstid (tiden mellan debut och klara symtom på sjukdom) kan i alla fall aldrig upptäckas i tid genom ett generellt hälsoövervakningsprogram.

För de täta kontakterna med barn och föräldrar svarar sjuksköterskan. När ökad kompetens behövs skall hon med kort varsel kunna ge läkartid och/eller psykologkontakt. Vid mer komplicerade sjukdomsfall, vid allvarigare akuta infektioner eller om barnet är smittbärande hänvisas till barn- eller allmänläkarmottagning.

Alla barn bör undersökas av läkare vid följande åldrar:

- 6–12 veckor

Tidpunkten varierar inom intervallet allt efter individuella behov. Skäl för tidig undersökning (nära 6 veckor) finns:

- om barnet visar vikt- och tillväxtavvikelse
- om föräldrarna visar oro
- om barnet tillhör någon riskgrupp av kroppsliga, psykologiska eller sociala skäl
- om sjuksköterskan har frågor

- 6 månader
- 12 månader
- 18 månader
- 5 1/2 – 6 år.

Rutinmässig läkarundersökning av barn mellan 18 månader och 5,5 års ålder är inte motiverad. Däremot kan läkaren och sjuksköterskan med fördel ha gemensamma gruppträffar med föräldrar till barn i 2–3 årsåldern då man tar upp vanliga hälsoproblem och ger information om t.ex. olycksfall, barns miljö, kost.

Vid de ordinarie kroppsliga somatiska undersökningarna värderar läkaren tillsammans med sjuksköterskan tillväxtkurvorna och skaffar sig en uppfattning om barnets motoriska och psykiska utveckling. Dessa delar liksom de moment som berör syn och hörsel beskrivs närmare i särskilda avsnitt.

Hjärta

I de flesta fall finns vid hjärtfel fysikaliska fynd, som uppmärksammas vid hälsokontroller eller sjukvårdsbesök. De flesta medfödda hjärtfel bör kunna upptäckas under spädbarnsåret. Upptäcks hjärtfel innan det ger besvär minskar riskerna för komplikationer vid operation och akuta infektioner samt för irreversibla förändringar i hjärtmuskulatur och lungkärl. Minst 10 procent av alla barn har under uppväxten s.k. fysiologiska ("normala") blåsljud. Dessa kan vara svåra att skilja från hjärtfelsbetingade.

Hjärtat auskulteras vid samtliga läkarundersökningar under spädbarnsåret samt vid 18 månaders ålder. Femoralispulsarna kontrolleras vid minst ett tillfälle under nyföddhetsperioden samt vid någon av de första läkarundersökningarna inom barnhälsovården. Vid 1-årsundersökningen kontrolleras att dokumentation av undersökningsfynd finns i journalen.

Buk

Nyfödda barn kan ha tumörer framför allt i njurlogerna samt cystnjuror eller hydronefros till följd av avflödeshinder. Lever- eller mjältförstoring kan förekomma med olika bakgrund. Sådana fynd är mest frekventa under de första levnadsåren, medan patologiska resistenter i buken är mycket ovanliga efter ett års ålder.

Vid läkarundersökningar under spädbarnsåret palperas buken när barnet ligger på undersökningsbordet eller i föräldrarnas knä. När barnet undersöks vid 18 månaders ålder kan man palpera buken på barnet när det sitter i föräldrarnas knä och vid misstänkt fynd fortsätta undersökningen med barnet i ryggläge på undersökningsbräda.

Yttre könsorgan

En äkta retentio eller ectopisk testis kan under de första åren vara svår att skilja från retraktila testiklar. Ljumskräck är vanligast hos pojkar och uppmärksammas oftast av föräldrarna. Så är fallet även med bräck eller vattenbräck i pungen. Alla ljumskräck och pungbräck kräver kirurgisk behandling. Vattenbräck behöver ej åtgärdas före ca 2 års ålder.

Trång förhud är fysiologisk hos små pojkar och tillståndet fordrar ej särskild uppmärksamhet om det ej föreligger miktionsbesvär eller upprepade balaniter.

Sammanväxningar mellan blygdläpparna hos flickor fordrar inte särskild åtgärd i förskoleåldern om barnet inte har besvär. De sällsynta fallen av genitala missbildningar och för tidig pubertet hos barn brukar kunna avslöjas genom föräldrarnas observationer eller när symtom uppträder.

Skalle

Fall av hydrocephalus och mikrocephali som ej är uppenbara i nyföddhetsperioden kan avslöjas genom att man mäter skullomfånget, prickar in på och avläser tillväxtkurvan samt bedömer barnet kliniskt. Avvikande skullform är ett viktigt symtom på för tidig slutning av suturer.

I vissa fall kan det vara svårt att skilja en normal variant av hastig skulltillväxt från en patologisk skulltillväxt. Skallens form, fontanellspänning, en "solnedgångsblick", barnets utveckling och eventuella neurologiska symtom tas med i denna bedömning.

Huvudomfånget mäts regelbundet vid samma tidpunkter som längd och vikt t.o.m. 18 månaders ålder. Under samma tidsperiod bedöms skallens form, fontanellspänning och suturer vid läkarbesöken.

Höftleder

Spädbarn undersöks med avseende på instabilitet i höfterna och abduktionsinskränkning på BB och vid samtliga läkarbesök. (Jämför SOSFS 1980:81.) Vid 12–18 månaders ålder kontrolleras att barnet går normalt. Höftledsluxationer som inte upptäcks tidigt medför en komplicerad och besvärlig behandling med gipsfixation och eventuell operation. Många höftledsluxationer upptäcks inte på BB, varför undersökningar för att upptäcka abduktionsinskränkning eller andra avvikelser är viktiga under hela spädbarnsåret. En abduktionsinskränkning på grund av höftledsluxation uppträder ofta först efter 3 månaders ålder.

Övrig ortopedi

Allvarliga felställningar i fötterna upptäcks som regel på BB. De flesta felställningar i fötter, fotleder och knäleder som blir föremål för bedömning inom barnhälsovården är godartade och korrigeras spontant, men det är mycket vanligt att föräldrarna har frågor om dessa felställningar. Torticollis är relativt vanligt förekommande i nyföddhetsperioden. Huvudets ställning bör därför kontrolleras vid första hembesöket och vid kommande sjuksköterskebesök.

S.k. pubertetsscolios som är vanligast hos flickor kan börja utvecklas från 5–7 års ålder.

Vissa ovanliga sjukdomar i skelett, leder och muskler kan uppträda hos enstaka barn när som helst under förskoleåldern. Dessa ovanliga fall kan identifieras av föräldrarna och av sjuksköterska/läkare under det att man inspekterar barnet utan kläder. Det gäller att som i andra sammanhang ta föräldrarnas egna observationer på allvar.

Fötternas och benens ställning, ryggen samt barnets rörelsemönster undersöks respektive observeras i samband med alla kontakter med barnhälsovården.

Syn

På BB och vid det första besöket på BVC observerar läkaren och sjuksköterskan avvikelser såsom avvikande ögonrörelser, stor eller disig hornhinna (glaukom) eller vitgul reflex från ögonbotten (retinoblastom – kongenital katarakt). Även pupillanomalier noteras och föranleder remiss.

Vid den första läkarundersökningen (6–12 veckors ålder) undersöker läkaren om barnet fixerar, följer med blicken och ger bra ögonkontakt. Om föräldrar, sjuksköterska eller läkare misstänker dålig blickkontakt, ovanliga ögonrörelser eller annan avvikelse är det viktigt att barnet kommer till tidig undersökning hos ögonspecialist.

Skelning bör också upptäckas tidigt. Som regel fixerar spädbarn rätt vid 2–3 månaders ålder, men lättare tecken på koordinationsbrist, t.ex. när barnet är trött, kan normalt ses upp till 4–6 månaders ålder. Alla skelande barn bör remitteras till ögonspecialist efter ett halvt års ålder, men barn med påtaglig och konstant skelning bör remitteras redan tidigare. Om skelning uppmärksammas för sent kan det medföra att barnet "kopplar" ur ett öga, varvid synförmågan sjunker och inte kan återställas.

Medfödda ögonsjukdomar som glaukom, starr och retinoblastom är ovanliga men mycket viktiga att diagnostisera tidigt.

Vid alla läkarundersökningar upp till 18 månader bör man fråga efter skelning och vara observant på ovanliga ögonrörelser.

Många barn utvecklar brytningsfel successivt och får därmed sämre synskärpa. Det anses vara en fördel om de i god tid före skolstart har anpassat sig till glasögon.

Synprovning av alla barn bör därför ske vid 3,5 – 4 år. S.k. "täckprov" för att upptäcka skelning rekommenderas inte. För övrigt bör synprovning erbjudas när föräldrar misstänker att barnet ser dåligt.

HVOT test eller Snellens E är de metoder som bör användas vid synprovningar. HVOT test torde vid en samlad bedömning erbjuda de största fördelarna. Det kan användas vid synprovningar av barn vid ca 3,5 års ålder. Barnet kan då förstå instruktionerna och har tillräcklig koncentrationsförmåga för testet; en del barn måste dock prövas upprepade gånger i denna ålder innan man får ett tillförlitligt resultat. Remittering bör dock ej uppskjutas mer än ca 6 månader.

En i synprovningssammanhang ibland bortglömd grupp utgör utvecklingsförsenade eller handikappade barn. Barnhälsovårdens synprovningssinstrument är inte alltid användbara och man kan inte nöja sig med en notering om att barnet inte klarar testet eller är svårt att undersöka. Man måste förvissa sig om att synundersökning kommer till stånd. Speciellt viktigt är detta för sådana riskgrupper som flerhandikappade barn och döva barn (av vilka 10 procent har synskador).

Hörsel

Allvarliga hörselskador som kan påverka språk och övrig utveckling måste upptäckas tidigt. Barnhälsovården har ibland kritiserats för att man inte tagit föräldrarnas observationer på allvar. En strukturerad föräldraintervju vid olika åldrar är liksom BOEL-test eller motsvarande hörselprov vid 7–9 månaders ålder av stort värde. Flera undersökningar har visat att hörselscreening under spädbarnsåret kan avslöja allvarliga hörselskador. Sannolikt kan andelen sent upptäckta hörselskador minskas genom att man tidigt riktar föräldrarnas uppmärksamhet på barnets hörsel.

Lekaudiogram vid 4 års ålder ingår i den ordinarie hälsokontrollen. Det är tveksamt om utfallet av denna undersökning står i rimlig proportion till arbetsinsatsen. Av tusen undersökta barn upptäcktes med lekaudiogram bara ca 1–2 barn med behov av habiliterande insatser.

Även en rutinmässig undersökning vid 5,5 – 6 års ålder ger mycket litet utbyte. En sådan undersökning bör reserveras för barn vars anamnes pekar på en ökad risk för eller misstanke om hörselnedsättning på grund av hereditet, avvikande språk, upprepade otiter etc.

Det pågår en inventering av när olika grader av hörselskador upptäcks med de olika program som idag används i Sverige. Den lokala strategin bör grunda sig på kunskaper om vilka metoder man använder sig av för att inom ett visst landstingsområde upptäcka allvarliga hörselnedsättningar. Barn med hereditet för hörselskador, vissa neonatala problem eller som genomgått otoneurotoxisk antibiotikabehandling remitteras för särskild hörselun-

dersökning tidigt under spädbarnsåret. I övrigt bör man i vissa nyckelåldrar ta upp en strukturerad anamnes i avsikt att avslöja hörselnedsättning. Detta bör integreras med en bedömning av kommunikationsförmåga vid 6, 10, 12, 18 månaders ålder samt vid 3 och 5 års ålder. Frågeformulär till föräldrar med barn i olika nyckelåldrar finns utarbetade i flera landsting.

Den strukturerade anamnesen bör kompletteras med andra uppgifter som ger en bild av barnets allmänna utveckling och eventuell kontaktstörning.

Vid 7–9 månaders ålder rekommenderas hörselprov i form av BOEL-test eller med annan ljudkälla.

Hörselundersökningar i övrigt som görs inom barnhälsovården bör vara selektiva och relaterade till individuella behov.

Barn med sen språkutveckling kan ha haft upprepade öroninflammationer under en lång tid i en känslig period med hörselnedsättning som följd av detta. Dessa barn hänvisas till specialutbildad personal för hörselprövning och till logoped för kvalificerad bedömning. Om föräldrarna misstänker hörselnedsättning eller sen språkutveckling skall hörselprövning också utföras.

Barn med utvecklingsförsening eller andra handikapp kan inte alltid undersökas med hjälp av barnhälsovårdens metoder. Det är angeläget att dessa barn hänvisas till en specialist som kan göra en adekvat hörselprövning.

Psykomotorisk utvecklingsbedömning

Sjuksköterskan har genom sin kontinuerliga kontakt med barnfamiljen möjlighet att uppmärksamma utvecklingsavvikelser hos barnet. Sjuksköterska och läkare måste vara lyhörda för vad föräldrarna berättar och vad de oroar sig för – de kan sitta barn bäst. Man måste dock vara uppmärksam på att en del föräldrar på grund av sin oro för barnets framtid förnekar alla problem eller inte kan bedöma vad som är adekvat för barnet i en viss ålder. Vid misstänkt avvikelse skall barnet undersökas av läkare och i många fall även av psykolog. Samarbete med förskolepersonal är också viktigt.

Den psykomotoriska undersökningen kräver både förtrogenhet med barns normala utveckling och klinisk kunnighet för att kunna genomföras och tolkas på ett meningsfullt sätt.

Det finns anledning att påpeka språkets särställning för utvecklingen. Miljöfaktorernas genomslagskraft ökar med stigande ålder, men redan från tiden efter födelsen deltar barnet i ett socialt samspel med omgivningen. I detta sociala samspel är barnet en påfallande kompetent och aktiv part. Många gånger upptäcks en psykomotorisk utvecklingsförsening med att barnet har en sen språk- och talutveckling.

Det är viktigt att se syn-, hörsel- och talundersökningar som delar av den psykomotoriska undersökningen. Ett barn på "särskolenivå" kan t.ex. ha mycket svårt att klara synprövningens instruktioner. Om ett barn "inte vill" vara med på synprövningen kan det bero på att han/hon inte förstår. Det är mycket viktigt att följa upp ett sådant barn. Den psykomotoriska bedömningen som görs vid 18 månaders ålder bör behållas som i det nuvarande programmet.

Den psykomotoriska bedömningen som görs i samband med besök hos sjuksköterska och läkare inom barnhälsovården utgör inte en tillräcklig grund för bestämning av hur stor avvikelser hos barnet är eller vilken betydelse den kommer att få i framtiden. En eller flera avvikelser innebär i själva verket inte annat än en signal till barnhälsovården att följa utvecklingen noga eller vid mera markerade förseningar se till att en noggrannare utredning kommer till stånd. Sambandet mellan psykomotorisk utveckling under det första levnadsåret och senare kognitiv utveckling är relativt svagt. Inte ens med förfinade testmetoder kan man under de två första levnadsåren förutsäga den framtida intellektuella förmågan.

Det är inte aktuellt att testa alla barn med hjälp av testmetoder som utvecklats för kliniskt bruk eller för forskningsändamål. Innan en vetenskaplig bedömning av det nuvarande psykomotoriska undersökningsprogrammet utförts är det oklokt att byta ut detta mot ett annat med ungefär lika okända egenskaper.

Lämpliga tidpunkter för de två första psykomotoriska utvecklingsbedömningarna är vid läkarbesöken då barnet är 2 respektive 6 månader, främst därför att dessa tidpunkter passar väl in i hälsoövervakningsprogrammet i övrigt. Den tredje psykomotoriska undersökningen, idag vid 10 månaders ålder, kan utan avgörande nackdelar förläggas till ca 12 månaders ålder. Då har barnet nämligen en naturlig kontakt med barnhälsovården med hänsyn till vaccinationsprogrammets uppbyggnad. Det psykomotoriska undersökningsprogram som är utformat för 10-månadersnivån kan användas, men vid tolkningar av resultaten måste man naturligtvis ta hänsyn till att barnet nu är två månader äldre varför avvikelser får en större tyngd.

Den psykomotoriska undersökningen som görs vid 4 år fungerar otillfredsställande när det gäller att upptäcka barn som vid skolstarten kommer att visa sig ha sådana problem ifråga om motorik, perception och beteende att barnet redan från början riskerar att misslyckas i skolan. Den psykomotoriska bedömningen som görs vid 4 års ålder bör slopas som rutin. Däremot bör barnets psykomotoriska utveckling bedömas vid 5,5 – 6 års ålder. Den undersökningen bör då ägnas motoriska perceptuella avvikelser och beteendeproblem.

Olika fältstudier har visat att en undersökning som görs vid 5,5 – 6 år och som bygger på såväl föräldrarnas som förskolepersonals observationer samt en motorisk perceptuell screening inom barnhälsovården förmår identifiera en stor andel av de barn som får skolproblem på grund av motoriska, perceptuella eller beteendemässiga avvikelser. Det är därför angeläget att ta tillvara dessa erfarenheter och nå fram till en skolförberedande undersökning som inriktas på det som kan ge barnet svårigheter när det möter de mer standardiserade kraven i skolan. Förutsättningen för att en sådan undersökning skall vara meningsfull är att det finns kompetens och resurser inom barnhälsovård (barnläkare, sjukgymnast, psykolog, logoped), barnpsykiatri, habilitering och barnomsorg så att barnet också kan få hjälp före och i samband med skolstart.

Språk- och talutveckling

De flesta barn med språk- och talförseningar har inte något tidigare känt handikapp. Det visar sig emellertid om man analyserar longitudinella data att den talförsenade gruppen innefattar många barn som senare visar sig ha en låg intellektuell kapacitet. I flera studier har man påvisat starka samband med talförsening i förskoleåldern och läs- och skrivsvårigheter i skolan samt senare beteendeproblem.

Språk- och talförseningar har en komplex bakgrund. Empiriska fynd talar för att kommunikations-, språk- och talutvecklingen påverkas av arv, skador pre- och perinatalt samt av sociala faktorer.

Språket och talets stora betydelse för utvecklingen motiverar att utvecklingen inom dessa områden följs inom ramen för det allmänna programmet för hälsoundersökningar.

Bevakning av kommunikationsförmåga ingår redan nu i den psykomotoriska bedömningen vid 6, 10–12 samt 18 månaders ålder. För dessa kontakter föreslås inga programändringar, men det är viktigt att understryka att barn som inte vidareutvecklar sitt joller med en kombination av konsonanter och vokaler bör följas upp och hörselprövas. Detsamma gäller barn som vid 1 års ålder inte talar något enstaka ord och tycks sakna språklig förståelse.

Dessutom föreslås en kontakt när barnet är 3 år med speciell inriktning på kommunikationsförmåga. Vid den bedömningen bör följande kontrolleras:

- att barnet använder tal som det mest naturliga sättet att ta kontakt på
- att barnet talar åtminstone tre-ordssatser
- att barnet brukar beteckningen "jag" om sig själv
- att barnet kan göra sig förstått
- att det inte föreligger någon stamning eller omtagning som stör barnets kommunikation eller oroar föräldrarna.

Vidare bör man på grundval av uppgifter från föräldrar, förskola och samtal med barnet identifiera tal- och språkproblem vid 5–6 år ålder. Följande bör då uppmärksammas:

- Barnet har svårt att lyssna på berättelser och högläsning av text utan bild.
- Barnet har svårt att komma ihåg och utföra uppmaningar av mer sammansatt art.
- Barnet kastar ofta om ordföljden.
- Barnet utelämnar ofta ord i meningar och har fonematiska brister.

Genom samtal med barnet identifieras de som har utpräglat begränsat ordförråd, som har svårt för att berätta om saker och ting, som hakar upp sig eller stammar eller som har uttalsbrister. Det som föreslås är således inte en ny screeningprocedur utan en klinisk identifikation med ett bestämt programinnehåll som kräver tid, intresse och erfarenhet.

Beteendebedömning

Det finns idag instrument som är utarbetade för screening av barns beteende i olika åldrar. Dessa instrument är dock inte standardiserade med hänsyn till svenska barns beteenden och svenska föräldrars upplevelse av sina barn. Det finns heller inga internationella studier som visar att ett rutinmässigt bruk av dessa instrument och de därpå följande åtgärderna leder till en förbättrad hälsa och utveckling hos barnen, t.ex. minskat antal skolproblem eller förbättrad psykisk hälsa.

I uppföljningsstudier av den allmänna hälsokontrollen av 4-åringar har man inte kunnat dokumentera några positiva effekter av beteendescreeing, i varje fall inte i ett längre tidsperspektiv. Orsakerna kan ligga i brister hos screeninginstrumentet, dvs. att man genom detta identifierade fel barn. Det kan också bero på att barn med allvarliga beteendeavvikelser med betydelse för framtiden inte kunnat behandlas med framgång, eller att barn med beteendeproblem får behandling oberoende av förekomsten av systematisk bedömning.

Barnets beteende skall inom ramen för det allmänna programmet följas genom samtal med föräldrar, samarbete med förskolan och barnavårdspersonalens egna observationer.

Bedömningen av barnets beteende får inte försummas av följande huvudskäl:

- Föräldrarna kan vara mycket oroad av beteendeproblem hos barnet.
- Vissa beteendeproblem/beteendeavvikelser måste tas om hand tidigt oberoende av om de förebådar senare problem eller inte, eftersom de medför obehag eller lidande för barnet själv eller dess närmaste.
- Socialisationsstörningar som är prognostiskt allvarliga (framför allt påtagligt utagerande beteende och kontaktstörning) är möjliga att tidigt identifiera och behandla.
- Beteendeavvikelser kan vara uttryck för att barnet far illa.

I samband med de reguljära hälsoövervakningskontakterna kan barnets beteende undersökas/bedömas med hjälp av ett fåtal informella öppna frågor av typen:

- Hur har ni (föräldrar–barn) det tillsammans?
- Hur är det med hans/hennes humör?
- Hur går det för barnet att vara tillsammans med kamrater?
- Hur klarar barnet av att kontrollera blåsa och tarm?
- Kan Du beskriva Ditt barn?

För övrigt observeras barnets sätt att vara i undersökningssituationen. Dessutom informerar man sig om föräldrars och förskolepersonals observationer.

Undantaget från denna uppläggnig gäller läkarbesöket vid 5,5 års ålder. Beteendeavvikelser av mer uttalad karaktär vid denna ålder riskerar erfarenhetsmässigt att sabotera skolstarten och den fortsatta skolgången för barnet. Det är därför viktigt att man på ett systematiskt sätt inhämtar information

om hur barnet fungerar i vardagssammanhang genom en föräldraenkät/intervju samt genom att ta del av förskolepersonalens erfarenheter av barnets sätt att vara i en barngrupp. Barnhälsovårdens samarbete med förskolan bör fördjupas och utvecklas.

Samspel mellan barn och föräldrar

Redan det späda barnet är medvetet och aktivt. För sin utveckling är det beroende av samspelet med föräldrarna. Barnet medverkar själv aktivt i skapandet av samspelsmönstret. Under hela uppväxttiden är samspelet mellan föräldrar och barn den kanske mest avgörande faktorn för en gynnsam utveckling av personligheten.

Det friska nyfödda barnet kan fokusera med blicken och följa ett mänskligt ansikte, som också föredras framför andra synobjekt. Barnet rör sig tidigt i takt med en röst som talar till det, ler eller rynkar pannan som svar på tilltalande eller mindre tilltalande situationer. Störningar i föräldra-barnsamspelet, som t.ex. kan innebära att barnets signaler vantolkas, innebär risk för framtida personlighetsstörningar. Stört samspelsmönster kan resultera i en ond cirkel som leder till att barnet så småningom upphör att ge begripliga uttryck för sina känslomässiga behov.

Barn med infantila psykoser visar ofta mycket tidigt avvikande samspelsmönster.

Föräldrars och barns sätt att vara tillsammans kan observeras i samband med de ordinarie besöken på BVC eller vid hembesök. Man bör då framför allt observera:

- blickkontakten mellan föräldrar och barn
- hur föräldrar och barn håller i och rör vid varandra
- barnets språkliga (även joller) kommunikation
- fysisk närhet/avstånd mellan föräldrar och barn
- känslomässigt växelspel mellan föräldrar och barn i samband med kroppsundersökning, vaccinationer m.m.

Att tidigt diagnostisera barn som har stört beteende- eller samspelsmönster förutsätter att barnhälsovården har tillgång till barnpsykologisk expertis.

Psykiska och sociala familjeproblem

Betydelsen av att utveckla det psykosociala innehållet inom barnhälsovården har länge framhållits. Alla nyblivna föräldrar bör emellertid få stöd i den normala anpassningen till föräldrarollen. Föräldrautbildningen behöver utvecklas vidare för att barnhälsovården skall närma sig de av samhället fastslagna målen.

Inte minst viktigt är det att barnhälsovården medverkar till att barn får skydd och hjälp om de far illa på ett sådant sätt att deras hälsa och utveckling är i fara. Ett nära och fortlöpande samarbete mellan barnhälsovård och socialtjänst är därför av stort värde och ger ökade möjligheter att skydda utsatta barn.

Familjen bör t.ex. vid behov kunna erbjudas kontakt med psykolog och socionom. Barnhälsovården bör ha ett nära samarbete med kurator anställd av sjukvårdshuvudmannen eller socialsekreterare från kommunen. Innehållet i det sociala arbetet kan utvecklas på olika sätt beroende på lokala förutsättningar och behov.

Det åldersrelaterade hälsoövervakningsprogrammet

De observationer som bör göras under barnets första levnads månad har beskrivits i ett särskilt avsnitt. På olika håll i texten har det framhållits hur betydelsefullt det är att iakttagelser kring barnet ställs samman till en helhetsbedömning. Bedömningen gäller föräldrarnas, sjuksköterskans, läkarens och ev. andra personers synpunkter i den aktuella situationen. För att man skall få ett långsiktigt perspektiv är det också viktigt att väga samman iakttagelser gjorda vid olika tidpunkter. Vidare är det angeläget att ta hänsyn till såväl medicinska som psykologiska och sociala aspekter.

De undersökningar som föreslås i det nuvarande hälsoövervakningsprogrammet har tenderat att bli alltför rutinmässiga och lagt för stor tonvikt vid medicinska aspekter, särskilt efter första levnadsåret. Det är angeläget att så långt som möjligt anpassa arbetet efter de individuella barnens och deras familjers subjektiva och objektiva behov, och inte låsa sig vid ett stelt schema. Alla barn bör dock undersökas vid vissa nyckelåldrar, nämligen då barnet är 6–12 veckor (huvudsakligen av sjuksköterska), 6 månader (av läkare och sjuksköterska), 7–10 månader (huvudsakligen av sjuksköterska), 12 och 18 månader (av läkare och sjuksköterska), 3 år (huvudsakligen av sjuksköterska) samt 5–6 år (av läkare och sjuksköterska).

6–12 veckor

Idag görs en läkarundersökning vid omkring 6 veckors ålder. Tidpunkten för denna undersökning föreslås vara mer flexibel och ligga någonstans mellan 6 och 12 veckor. Om barnet tidigare undersökts minst två gånger av läkare och det inte förelegat några avvikelser eller frågetecken samt om varken sjuksköterskan eller föräldrarna observerat några problem, är det tillräckligt med en enda läkarundersökning under perioden 6–12 veckor. Innehållet i undersökningen behöver inte ändras men anamnesens betydelse bör betonas.

6 månader

En allmän läkarundersökning utförs som hittills. Däremot kan en psykomotorisk utvecklingsbedömning genom observation av barnet samt en tal/hörselbedömning genom riktade frågor till föräldrarna i stor utsträckning göras av sjuksköterska.

7–9 månader

Kontaktprov i form av BOEL-test eller prov/test med annan ljudkälla rekommenderas. Istället för kontaktprov kan sjuksköterskan göra en strukturerad föräldraanamnes kombinerad med barnobservation.

12 månader

Den undersökning som idag görs vid 10 månader föreslås flyttas till 12 månader. Vid denna ålder görs således en allmän läkarundersökning med inriktning på barnets allmänna hälsotillstånd. Om barnet ännu inte går, undersöks höfterna. Om barnet går kontrollerar man eventuell hälta. En psykomotorisk utvecklingsbedömning görs genom observation av barnet. Tal och hörsel bedöms genom frågor till föräldrarna och genom observation av barnet.

18 månader

En läkarundersökning utförs i stort sett som hittills, dvs. bestående av en allmän kroppsundersökning, psykomotorisk utvecklingsbedömning samt bedömning av tal och hörsel grundad på strukturerad anamnes.

3 år

Man bör vid 3 års ålder göra en bedömning av tillväxtförhållanden, av tal och språk samt social mognad. Dessutom bör en strukturerad föräldraintervju göras.

3–4 år

Det finns vidare ingen anledning att rekommendera generell läkarundersökning av barn vid denna ålder.

Synprovning föreslås ske vid 3–4 års ålder. Den bör utföras med HVOT eller Snellens E. Lekaudiogrammet som rutinmässig hörselscreening kan utgå om lokala erfarenheter visar att antalet nyupptäckta barn i behov av habiliterande insatser är lagt i relation till kostnaden för undersökningen på grund av att hörselskadade barn upptäcks tidigare (dvs. före 3–4 år). Den kan då ersättas av en hörselbedömning som görs vid flera tillfällen. Barn med osäker anamnes kring hörsel samt med tal- och språksvårigheter bör genomgå hörselprovning utan dröjsmål oberoende av ålder.

5–6 år

Vid denna ålder bör barnet möta såväl läkare som sjuksköterska. Det är en ålder då det är lämpligt att summera olika iakttagelser kring barnet. Man bör bedöma behovet av särskilt stöd inför skolstarten. Om barnet är på daghem är det ofta värdefullt att tillsammans med föräldrar och förskolepersonal diskutera barnet. Man bör nu även göra bedömning av barnets motorik, hörsel, tal/språk och allmänna utveckling. Det är viktigt att också låta barnet bidra med synpunkter om sig själv.

Sammanfattning av det åldersrelaterade programmet

Förslaget innebär att varje barn normalt blir bedömt av läkare fem gånger samt dessutom eventuellt ytterligare tre gånger av enbart sjuksköterska; fyra av besöken är samordnade med vaccinationer. Förutom dessa besök föreslås kontakter för vikt- och längdmätning vid ytterligare elva–tolv tillfällen, huvudsakligen under det första levnadsåret. Många av dessa kontakter kan samordnas med föräldrautbildning, besök på föräldrars initiativ, vaccinationer, syskonkontakter etc.

Slutord

I denna skrift ges endast övergripande rekommendationer om allmänna hälsoundersökningar av barn under 7 år. Den praktiska detaljutformningen måste utvecklas lokalt. Ansvarig för detta inom varje landsting kan vara barnhälsovårdsöverläkare, barnhälsovårdsteam eller annan befattningshavare som huvudmannen fattar beslut om. Det är väsentligt att varje primärvårdsområde utvecklas alltefter lokala förutsättningar och behov. Inom varje primärvårdsområde bör finnas en erfaren läkare med ansvar för barnhälsovårdens utveckling och kvalitet.

