

# Socialpediatriska studier vid Barnhälsovården

Dagmar Lagerberg

Fyra större socialpediatriska forskningsprojekt vid Barnhälsovårdens länsenhet, Uppsala, och Institutionen för kvinnors och barns hälsa, Uppsala universitet, presenteras. Samtliga projekt har tillkommit på Claes Sundelins initiativ eller letts av denne under perioden 1975-2004.

Dagmar Lagerberg är docent i samhällsmedicinsk forskning om barn och projektledare för "Barnhälsovård i förändring" tillsammans med Claes Sundelin och Margaretha Magnusson.

Dagmar Lagerberg, Barnhälsovårdens länsenhet och Institutionen för kvinnors och barns hälsa, Uppsala universitet, Akademiska sjukhuset, ing. 17, 751 85 Uppsala  
e-post: dagmar.lagerberg@kbh.uu.se

Under sin tid som barnhälsovårdsöverläkare har Claes Sundelin varit med om att sjösätta och driva ett antal socialpediatriska projekt, ofta i samverkan med andra professioner. Här följer en kort presentation av fyra sådana projekt:

1. Psykosociala Riskbarn i Uppsala – PRU (1976-1979).
2. Från 4 år till 10 – hälsa och anpassning mellan lekålder och förpuberteten (1975-1982).
3. Barnfamiljerna och samhällets service (1985-1990).
4. Barnhälsovård I Förändring – BIF (2002 -).

## Psykosociala riskbarn

Uppsalaprojektet om psykosociala riskbarn, finansierat av Rädda Barnen, tillkom i en tid när den offentliga uppmärksamheten på barnmisshandel väckts och skärpts till följd av ett antal svåra inträffade fall under 1960- och 1970-talen. Debatten ledde bland annat till två klassiska utredningar om problemets förekomst (1, 2). Det aktuella projektets syfte var emellertid inte kartläggning utan intensivstudium. I fokus ställdes sammanhang och faktorer bakom situationer där barn far illa. Det gällde att på grundval av en fördjupad förståelse komma fram till kreativa angreppssätt i såväl det

enskilda fallet som det förebyggande arbetet. Någon befolkningsinriktad prevention var inte påtänkt.

Projektgruppen, som träffades varje vecka, sattes samman som ett kompetensforum med representanter för barnmedicin, barnpsykiatri, barnpsykologi, familjerådgivning, socialvård och sociologi (3-5). Materialet bestod av tunga socialvårdsärenden med barn i åldern 0-7 år där 1960 års barnavårdslag, § 25 a, bedömdes som strikt tillämplig. Denna paragraf gav barnavårdsnämnden mandat att vidta åtgärder (förmaning, övervakning, omhändertagande) om barn misshandlades eller utsattes för fara.

Ärendena valdes fritt av socialsekreterarna vid ett av Uppsalas socialdistrikt. Avgörande skulle vara dessas egen problemupplevelse och osäkerhet inför handläggningen. Ärendet föredrogs anonymt i PRU-gruppen vars medlemmar utifrån sin samlade kompetens försökte peka på möjligheter att komma vidare. Uppföljning skedde efter ett år.

I materialets 26 ärenden fanns 26 mödrar, 14 fäder samt 30 pojkar och 20 flickor i förskoleåldern. Vissa barn var omhändertagna med tvång eller placerade utanför hemmet på frivillig/informell grund. Andra fanns kvar i sin biologiska miljö. Familjerna kännetecknades av tung social problematik med tidiga separationer och relationsproblem i mödrarnas egen föräldragegeneration, fysiska och psykiska hälsoproblem, missbruk, arbets- och utbildningsavbrott, geografisk rörlighet och ekonomiska svårigheter.

## Barnen

En särskild jämförelse gjordes mellan 48 "PRU-barn" och två kontrollgrupper. Som kontroller valdes barn som kom närmast PRU-barnet i personnummerordning i barnavårdscentralens register och som a) levde med båda föräldrarna (n=45), b) levde med en ensamstående förälder (n=41). Ingen könsmatchning gjordes.

Ett index konstruerades där avvikelser i vikt-, längd-, psykomotorisk utveckling och talutveckling adderades för varje barn så att de helt avvikelsefria fick 0 poäng och de med avvikelser i samtliga avseenden 4 poäng. En tredjedel, 33 %, av PRU-barnen kom upp i 2-4 poäng. Högsta poäng för barn i fullständig familj var 1, för barn till ensamstående 2. Noll poäng noterades för 46 % av PRU-barnen, 87 % av barn i fullständig familj och 83 % av barn till ensamstående. Trots att våra utsatta barn var så små hade de redan väckt uppmärksamhet hos barnhälsovården.

## Uppföljning

Utvecklingen under det år ärendena följdes kännetecknades av skärpta tvångsåtgärder. Av de 46 barn som fanns med vid båda tillfällena var 31 ej tvångsomhändertagna vid något tillfälle. Sex var omhändertagna båda

gångerna. Endast ett barn gick från tvångsomhändertagande till lättare insatser, medan åtta barn som inte varit tvångsomhändertagna vid tillfälle 1 hade blivit det vid tillfälle 2. I den mån situationen förändrats var det således fråga om mer tvång, inte mindre.

Den pessimistiska slutsatsen blev att de sociala myndigheterna haft svårt att förändra situationen för belastade familjer. Det var inte lätt att se någon utveckling. Förloppet präglades av plötsliga, akuta inträffanden som ställde all planering över ända, exempelvis en flyttning hals över huvud. Men även inom vården brast kontinuiteten, t.ex. när en socialsekreterare lämnade sin tjänst. För flertalet familjer var förhållandena inte bättre vid uppföljningen. I det fåtal fall där en förbättring inträtt berodde detta snarare på gynnsamma händelser utan samband med vården, t.ex. att modern träffat en ny man som fört in litet lycka i hennes och barnens liv.

### Att förebygga

Trots projektets karaktär av intensivstudie betonar Claes Sundelin i huvudrapporten betydelsen av allmänprevention. Det andra perspektivet finns också med: hur utsatta familjerna i grunden är och hur illa deras predikament låter sig förena med de förebyggande insatser som trots allt skulle kunna göras (3, s. 193-194 och 201):

*Grått missnöje, förtvivlan och maktlös förbittring hotar hela tiden att ta över. För att hålla ångesten borta gäller det att inte se livet i dess helhet. Kan detta undvikas är det inte så ohyggligt. Man lever en dag i sänder och låter den rulla sekund för sekund. Man sover, äter och festar och söker glädje på många vis. Inte lycklig och befriad, men man lever på. Halva liv, fragment av liv, vingklippta liv med brist på identitet och närvaro.*

*På nuvarande kunskapsnivå förefaller mig allmänt förebyggande åtgärder på sambällelig nivå och av olika hjälporgan vara viktigare än nya strategier för behandling i botten på spiralen. Där tycks det som om vi ofta visserligen kan se problemens sammansatthet ganska klart, men inte har kunskap och metoder att trassla ut härvorna.*

### Från 4 år till 10

År 1968 föreslog Socialstyrelsen en allmän hälsokontroll av 4-åringar (6). Tanken var att på sikt skapa en bättre barnfolkhälsa genom tidig upptäckt av hälsoproblem, sjukdomar och handikapp. Det bakomliggande antagandet var att målet – bättre hälsa vid en senare tidpunkt – skulle kunna nås på detta sätt. Någon utvecklad plan på att pröva hållfastheten hos antagandet fanns inte vid kontrollens införande. Socialstyrelsen ansåg det visserligen önskvärt att barnen följdes upp i 7-årsåldern (6, s. 74-75), men hur en regelrätt utvärdering skulle gå till preciserades inte närmare.

## Effektprövning

En forskargrupp, bestående av Claes Sundelin, förre barnhälsovårdsöverläkaren i Uppsala län Jean-Claude Vuille och skolhälsovårdsöverläkaren i Uppsala Tore Mellbin, bestämde sig från början för att följa 4-åringarna till skolåldern. I Uppsala län integrerades 4-åringskontrollen successivt 1968-1971 i det ordinarie BVC-arbetet. Experiment- och kontrollgrupp kunde därför hämtas från samma barnavårdscentraler.

Projektets specifika syften var att beskriva hälsoläget hos barn i 10-årsåldern och att utvärdera 4-åringskontrollens effekter på hälsan hos 10-åriga barn. Tre barnkullar födda 1965-1967 och bosatta i Uppsala kommun i 10-årsåldern omfattades av studien. För utvärderingen valdes 947 barn födda 1965 som bodde i Uppsala kommun 1969 men inte inbjudits till 4-åringskontrollen samt 1112 barn födda 1967 som genomgått kontrollen (7-10). En uppföljning fram till 18 år gjordes av 1723 barn födda 1967 och bosatta i Uppsala vid 10 och 15 års ålder, men av utrymmesskäl måste denna studie förbigås här (11).

Hälsouppgifter insamlades från barnavårdscentralerna. Uppgifter om 10-åringarnas sociala förhållanden, hälsoproblem, skolprestationer och beteende erhöles genom utförliga intervjuer med skolsköterskor och klasslärare.

## Resultat

Det vanligaste hälsoproblemet i 10-årsåldern var övervikt, som noterades för 22 % av flickorna och 18 % av pojkarna. Var femte pojke och var sjunde flicka bedömdes av klassläraren som lågpresterande. Allvarliga psykiska problem förekom enligt läraren hos 11 % av pojkarna och 4 % av flickorna. Cirka 25 % av barnen hade ett känt familjesocialt problem, t.ex. arbetslöshet, kronisk sjukdom eller alkoholism hos föräldrar.

En jämförelse av hälsoläget hos 10-åringar som kontrollerats vid 4 år och 10-åringar som inte genomgått kontrollen visade i stort sett inga skillnader i hälsa vid 10 år. Undantaget var övervikt, som förekom oftare bland 10-åringar som inte undersökts i 4-årsåldern. I åtta fall hade tidigare okända allvarliga hälsoproblem upptäckts, självfallet en stor vinst för dessa barn men populationsmässigt mindre betydelsefullt. Avgörande och bestående behandlingseffekter tack vare upptäckten hade endast uppnåtts i två av de åtta fallen.

Utvärderingen motsade inte att föräldrar och barn hade kunnat få hjälp med enklare hälsoproblem som bekymrat dem. Det kan också ha varit en trygghet för många familjer att veta att barnet blivit ordentligt undersökt. Generellt måste slutsatsen dock bli att det med de använda metoderna knappast varit möjligt att upptäcka några gynnsamma effekter av 4-årings-

kontrollen. Som hälsoförbättrande insats på befolkningsnivå uppfyllde den inte förväntningarna.

### Att förutsäga hälsa

En förklaring till 4-åringskontrollens bristande effektivitet låg i de begränsade möjligheterna att förutsäga framtida hälsa redan i förskoleåldern. Samband kunde visserligen påvisas mellan hälsa vid 4 och vid 10 år. I jämförelse med friska barn löpte barn med hälsoproblem vid 4 år betydligt större risk att ha problem vid 10 år. Dock tillkom ett stort antal nya barn med problem i intervallet 4-10 år. Ytterligare andra barn med avvikelser vid 4 år föll bort och var problemfria vid 10 år.

Resultaten bör ses i ljuset av utvecklingens dynamik. Barn rör sig in och ut ur riskgrupperna och kan vara riskbarn vid en tidpunkt men inte en annan. Riskvärderingen kan bero av något så trivialt som när barnet råkar bli undersökt. Genetiska förutsättningar, omgivningsfaktorer och oförutsedda händelser spelar sin roll. Genom att bilden hela tiden ändras är det knappast ens i princip möjligt att ha kontroll över populationen.

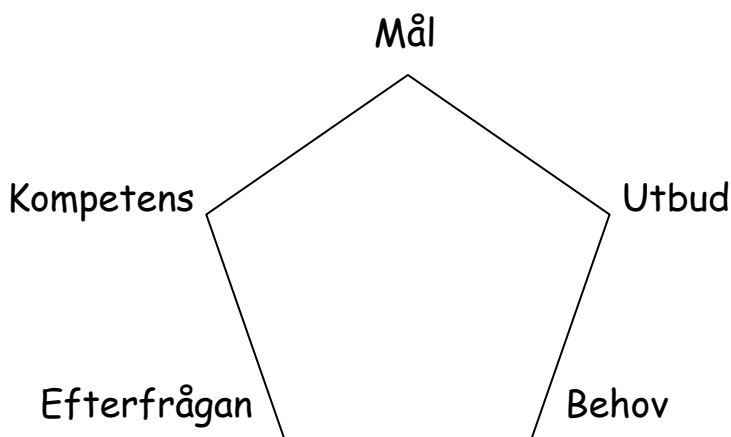
Ett försök att förbättra prediktionsmöjligheterna gjordes i ett senare arbete, där författarna med hjälp av olika problemvariabler skapade ett kombinerat index för problemtyngd (12). Detta index gav visserligen en bättre prediktion av hälsa vid 10 år, men tillförlitligheten ansågs ändå inte tillräcklig för att man skulle våga rekommendera någon riskgruppsstrategi, dvs. insättande av preventiva åtgärder för en definierad riskgrupp i syfte att minska problem i framtiden.

### Barnfamiljerna och samhällets service

Detta projekt var ett regeringsuppdrag via dåvarande barn- och ungdomsdelegationen (13, 14). Syftet var att genom kartläggning, analys och praktiska utvecklingsinsatser åstadkomma en bättre anpassning mellan barnfamiljernas behov och samhällets serviceutbud. Studerade verksamheter var: mödra- och barnhälsovård, barn- och ungdomspsykiatri, barnhabilitering, skola med elevvård, socialtjänst, flyktingmottagning, barnomsorg, invandrarbyrå och familjerådgivning.

### Pentagonen

De teoretiska resonemangen utgick från en modell för verksamhetsanalys, den s.k. pentagonen (15). En pentagon är som bekant en femhörning. I detta fall fick varje hörn representera ett begrepp: mål, kompetens, utbud, behov och efterfrågan. Modellen kan tillämpas både på verksamheter och på patientgrupper. Den har senare kommit till användning för vårdprogram inom Uppsala läns landsting (Fig. 1).



Figur 1. Pentagonen - teoretisk modell för verksamhetsanalys (källa: ref 15).

Genom att varje begrepp sätts i relation till vart och ett av de andra erhålls en struktur som genererar ett antal frågor om förhållandet mellan begreppen. Exempel: svarar verksamhetens *mål* mot en faktisk *kompetens*? Finns ett *utbud* av det, som verksamheten faktiskt har *kompetens* för? Och omvänt, har verksamhetens *utbud* täckning i faktisk *kompetens*, i kunnande och metoder? Har verksamheten *kompetens* och metoder för det som *behövs*? Omvänt: finns det ett objektivt konstaterbart *behov* av det som verksamheten *kan*? Och så vidare. Projektanalyserna koncentrerades till mål och kompetens. Ett uttömmande studium av samtliga relationer hade blivit alltför omfattande.

### Målanalys

En genomgång av officiella mål från ungefär 1940 och framåt gav en som det skulle visa sig fruktbar insikt, nämligen att *helhetsmål* med tiden framstår som allt viktigare. Detta gäller såväl kvalitativt (allt större delar av individens tillvaro faller under verksamheternas ansvarsområden) som kvantitativt (allt större delar av barn- eller befolkningskollektivet omfattas av verksamheternas insatser). Målenas karaktär förändras från uppdragsrelevans till samhällsrelevans. Verksamheterna förväntas uppfylla ideologiska mål som demokrati, jämlikhet och gemenskap snarare än tillhandahålla en snävare men väl preciserad service för medborgarna. Huruvida verksamheterna har kompetens för de anbefallda målen problematiseras inte. ”Mål grundas mer på vad man vill än vad man kan” (16, s. 445). Avståndet till

tema

den faktiska kompetensen växer. Två exempel, med cirka 20 års mellanrum, må räcka:

Lag om socialhjälp (SFS 1956:2):

Varje kommun skall sörja för att den, som vistas i kommunen och som finnes vara i behov av hjälp, erhåller sådan enligt vad nedan sägs (socialhjälp).

Socialutredningen (SOU 1977:40, s. 66):

socialtjänstens mål är desamma som för det demokratiska samhällslivet i dess helhet.

### Kärnkompetens

”Kärnkompetens” definierades som verksamheternas utbildnings- och erfarenhetsgrundade uppdrag. Viktigt var att kärnkompetensen skulle bygga på vetenskapliga metoder (16, 17).

Enligt resultaten ansåg sig personalen lyckas bäst med uppgifter som tillhörde kärnkompetensen: mödra- och barnhälsovård med hälsoövervakning, grundskollärare med kunskapsmål, barnomsorg med fostran och pedagogiskt arbete. Verksamheter vilkas viktigaste uppgifter i högre grad sammanföll med kärnkompetensen ansåg sig ha bättre måluppfyllelse, redovisade högre arbetstillfredsställelse och ägnade mer av arbetstiden åt direkt kontakt med patienter/klienter än verksamheter med svagare kärnkompetens. Individ- och familjeomsorgen, vars mål i hög grad definieras i ideologiska termer, ansåg sig inte vara ”bra på” uppsökande verksamhet och samverkan, två uppgifter som kan sägas ligga utanför kärnkompetensen. Ingen verksamhet som uppgav samverkan utanför arbetsplatsen som en viktig uppgift ansåg sig ha god måluppfyllelse i detta avseende.

Projektet mynnade ut i många frågor, bland annat om samverkans roll. Samverkar man för sin egen skull eller för andras, för att få eller för att ge? Vilken människosyn kommer till uttryck i målformuleringarna? Skall verksamheterna vara ideologiska instrument eller skall de slå vakt om kärnkompetensen? I ljuset av dagens debatt och situation är det tydligt att frågorna ingalunda mist sin aktualitet.

### Barnhälsovård i förändring

BIF-projektet finansieras av Forskningsrådet för Arbetsliv och Socialvetenskap (FAS), Uppsala läns landsting och Allmänna Barnhuset. Det inledes 2002 och beräknas avslutas 2006. Syftet är att pröva en evidensbaserad modell inom barnhälsovården med väsentligt ökade psykosociala insatser. Modellen grundas på nyare forskning, bland annat om den tidiga anknyt-

ningens och samspelets betydelse för utveckling, relationer och framtida anpassning (18) och om goda effekter av tidig lässtimulans (19). Riktade hembesöksprogram har i studier från USA visat gynnsamma effekter på lång sikt, särskilt på moderns och barnets sociala anpassning i riskfamiljer (20). Projektet föddes ur en state-of-the-art-konferens på Claes Sundelins initiativ och i Medicinska forskningsrådets regi 1999 (21).

Modellens huvudsakliga komponenter är:

- Samspelesorienterad föräldragrupsverksamhet enligt det norska programmet International Child Development Programmes (ICDP) (22). Uppmärksamhet på samspelssvårigheter och föräldrastress (23).
- Screening för depression efter förlossning med instrumentet Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) och uppföljning i form av s.k. counselling (samtal med sjuksköterskan på BVC), som visat sig fungera bra i lättare fall; svårare fall remitteras till psykolog eller psykiater (24, 25).
- Utökad föräldragrupsverksamhet.
- Ett särskilt språkprogram med en speciell broschyr och tre bokgåvor till varje barn (26).
- Föräldraobservationer av motorik med en broschyr där föräldrarna själva antecknar (27).
- Motivationshöjande samtalsmetodik, dvs. icke-dirigerande rådgivning som utgår från föräldrarnas egna uppfattningar (28).
- Arbete enligt familjecentralsprincipen där mödra- och barnhälsovård samverkar med öppen förskola och socialtjänst (29).
- Behovsstyrda hembesök.
- Särskild uppmärksamhet på invandrar- och flyktingfamiljer, t.ex. tolk-hjälp, individuell ICDP.

## Material och metod

De 18 experimentbarnavårdscentralerna är belägna i Uppsala län. Som kontrollcentraler fungerar 18 BVC i Stockholms län, Norrköping, Hallstahammar, Karlstad och Borlänge. De utvalda områdena är socialt relativt "tung" med stor andel socialbidragstagare och familjer med invandrar- och flyktingbakgrund. I baslinjemätningarna har dessutom ingått två barnavårdscentraler från ett privilegierat område i Stockholms län för jämförelse.

Projektet inleddes våren 2002 med en 5-poängs högskolekurs i fördjupad barnhälsovård och socialpediatrik för sjuksköterskor vid experimentcentralerna. Alla sjuksköterskor vid både experiment- och kontrollcentraler besvarade en enkät i början av projektet, bland annat om arbetsförhållanden.

De 1328 barnen i baslinjemätningarna (kohort I) föddes september



2000-augusti 2001. I samband med dessa barns 18-månadersundersökning på BVC tillfrågades mödrarna om deltagande och ombads fylla i en enkät. Samtidigt insamlades journaldata. De cirka 1300 barn som antingen får del av interventionen vid experimentcentralerna eller utgör kontrollgrupp (kohort II) föddes in i projektet april 2003-mars 2004. Dessa barns föräldrar tillfrågades om deltagande redan vid den första BVC-kontakten, och enkäter och journaluppgifter samlas in i samband med 18-månadersundersökningen som tidigare.

En skillnad i förhållande till kohort I är att varje barn i kohort II, såväl experiment- som kontrollbarn, följs med en detaljerad s.k. expositionsblankett där projektrelevanta insatser antecknas. När de yngsta barnen fyllt 18 månader i oktober 2005 får alla sjuksköterskor besvara en ny enkät. I samband med detta finns också planer på att göra en mer omfattande analys av sjuksköterskornas erfarenheter av projektet.

Försöket genomförs ”i verkliga livet” och med befintliga resurser, vilket innebär att det är ”effectiveness” som studeras. Vi har inte haft ambitionen att pröva modellen under specifika, ideala betingelser. Med den valda designen kommer vi att kunna dra slutsatser om huruvida modellen fungerar i vanlig BVC-verksamhet och kan rekommenderas allmänt.

## Hypotes

Huruvida modellen har haft någon gynnsam inverkan enligt planen går ännu inte att bedöma, men hypotesen och förhoppningen är att följande effekter skall nås:

- Bättre anknytning och samspel.
- Bättre språk och tal vid 18 månader.
- Färre beteendeproblem, lätthanterligare barn.
- Mamma nöjdare med egen fördrakompetens.
- Högre deltagande i föräldragrupper och öppen förskola.
- Tidigare identifiering av samspelssvårigheter, postpartumdepression, föräldrastress och motoriska problem.
- Tidigare insatser från socialtjänst.
- Föräldrar nöjdare med sitt sociala stöd och med barnhälsovården.

Projektet har hittills avrapporterats i två artiklar, den ena om metoder och uppläggning (30), den andra om mödrarnas syn på sina barn i relation till social status och livstillfredsställelse (31).

## Slutord

I backspeglarna kan man hävda att rubriken för Claes Sundelin-symposiet, ”Från risk till frisk”, väl låter sig materialiseras genom de fyra projekten. En utvecklingslinje kan skönjas från partikulära och icke evidenssprövade till

mer generella och vetenskapligt grundade förfaranden.

PRU-projektets syfte var att formulera en strategi för extrema riskgrupper. Någon evidensbaserad primärprevention på befolkningsnivå diskuteras inte, t.ex. hur alla barn skulle kunna få det bättre på ett sätt som kom även de minst gynnade till del. Forskningen gick ut på att klarlägga mekanismer i en liten grupp svårt belastade familjer.

Fyraåringskontrollen infördes utan föregående utvärdering. Den skulle, om den motsvarat förväntningarna, ha blivit en äkta folkhälsostrategi, visserligen inriktad på sekundärprevention snarare än på hälsofrämjande. Claes Sundelins, Jean-Claude Vuilles och Tore Mellbins intuition ledde dem till att studera nyttan och visa vad kravet på evidens kunde innebära i praktiken. Först prövning av effektivitet – därefter implementering i stor skala. I dag hade detta varit den självklara gången. Så icke 1968.

Evidenskravet restes också i projektet om barnfamiljerna och samhällets service tack vare kärnkompetensens anknytning till vetenskapligt grundade metoder. Huvudsyftet i detta projekt var dock inte praktisk effektvärdering utan teoretisk verksamhetsanalys.

Den sista studien, ”Barnhälsovård i förändring”, låter sig beskrivas som en populationsinriktad evidensbaserad intervention med effektutvärdering. Dess primärpreventiva och hälsofrämjande ansats svarar mot en strävan att förbättra för alla utan att ge avkall på hjälp och stöd till de mest utsatta. Projektet uttrycker ett synsätt som Claes Sundelin i hög grad har gjort till sitt.

## Referenser

3. PRU-gruppen (Andersson B, Claesson I, Gustafsson LH, Jakobsson E, Lagerberg D, Larsson B, Nilsson K, Ohlsson M, Sundelin C, Westblom M, Örtenberg E). Vilsbarn i välfärdsland. Stockholm: LiberFörlag; 1979.
6. Socialstyrelsen redovisar ett förslag till allmän Hälsokontroll av 4-åringar. 2/1968. Stockholm: Socialstyrelsen; 1968.
7. Sundelin C, Vuille J-C. Health screening of four-year-olds I. Organization, methods and participation. *Acta Paediatr Scand* 1975;64:795.
8. Sundelin C, Vuille J-C. Health screening of four-year-olds II. Effectiveness in detecting health problems. *Acta Paediatr Scand* 1975;64:801.
9. Sundelin C, Vuille J-C. Health screening of four-year-olds IV. An analysis of the effectiveness of the psychological screening program. *Acta Paediatr Scand* 1976;65:663.
10. Mellbin T, Sundelin C, Vuille J-C. Från 4 år till 10: hälsa och anpassning mellan lekålder och förpubertet. Socialstyrelsen redovisar 1982:10. Stockholm: Socialstyrelsen; 1982.
13. Lagerberg D, Sundelin C, red. Barnfamiljerna och samhällets ambitioner: granskning av mål och verklighet. Slutrapport från ett forskningsprojekt. Stockholm: Liber; 1990. (Författare: Gudrun Elvhage, Elisabet Hagelin, Anne Hermodsson, Ulf Janson, Dagmar Lagerberg, Ann-Margret Rydell, Claes Sundelin).
14. Lagerberg D, Janson U, Sundelin C, Larsson G. Services to families with children: a study of community work in Uppsala. *Scand J Soc Med* 1990;18:31-7.
15. Janson U. Att studera problem och utvecklingsbehov i samhällsservicen till barnfamiljer. Barnfamiljerna och samhällets service. Rapport 7 1986-06-02. Uppsala: Pediatriska institutionen, Uppsala uni-

tema

- versitet; 1986.
16. Janson U. Mål och utvecklingsbehov inom servicesektorn. *Socialmedicinsk tidskrift* 1988;65(10):437-48.
  21. Medicinska forskningsrådet. Barnhälsovårdens betydelse för barns hälsa – en analys av möjligheter och begränsningar i ett framtidsperspektiv. State-of-the-art-konferens i Stockholm 23-25 september 1999. Stockholm: MFR; 2000.
  22. Hundeide K. Ledet samspill: håndbok til ICDPS sensitiviseringsprogram. *International Child Development Programs*. Nesbru: Vett & Viten; 1996.
  24. Wickberg B, Hwang CP. The Edinburgh Postnatal Depression Scale: validation on a Swedish community sample. *Acta Psychiatr Scand* 1996;94:181-4.
  30. Sundelin C, Magnusson M, Lagerberg D. Child Health Services in transition I: theories, methods and launching. *Acta Paediatr* 2005 (under publicering).
  31. Lagerberg D, Magnusson M, Sundelin C. Child Health Services in transition II: mothers' perceptions of 18-month-old children in the light of socio-economic status and some subjective factors. *Acta Paediatr* 2005 (under publicering).

Fullständig referenslista kan fås från författaren.

## Summary in English

### Studies in social paediatrics from the Central unit of child health

An overview is given of four large studies at the Central unit of child health, Uppsala county, and at Uppsala university, during the period 1975-2004. All were initiated by or pursued under the leadership of Claes Sundelin.

"Uppsala children at psychosocial risk" was an intensive study of child neglect in severely deprived families with children of preschool age. The difficulties inherent in social work with these families became apparent during a one-year follow-up.

"From 4 years to 10" investigated the health status of 10-year-old children and the possible effects of the general 4-year health check-up introduced in 1968. No substantial effects of the 4-year check-up on the health of an Uppsala cohort of 10-year-olds could be demonstrated.

"Services to families with children" was a government assignment aiming at a better adaptation between community services and the needs of families. The official goals of the services were found to have become increasingly distant from the professional competence of service organisations and more ideological than practical in nature.

"Child health services in transition" is an ongoing intervention study aiming at improving the psychosocial activities of the child health centres. A new model is under evaluation in experiment centres in Uppsala county using other centres as controls. Dagmar Lagerberg, Ph.D., is associated professor in public health research on children, Department of Women's and Children's Health, Uppsala University, and responsible for the project Child health services in transition together with Claes Sundelin and Margaretha Magnusson.

Keywords: child public health, child neglect, community services, evaluation, health check-up, intervention, official goals, social work