



UPPSALA
UNIVERSITET

Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap

Vårdvetenskap

Adoptivbarn och BVC

Adoptivbarns kontakter med BVC i Uppsala län

Författare:

Lina Eriksson

Matilda Colm

Handledare:

Thomas Wallby

Examinator:

Clara Aarts

Examensarbete i vårdvetenskap på avancerad nivå, 15 hp

Distriktsköterskeprogrammet 75 hp

Oktober 2015

SAMMANFATTNING

Att adoptera och att bli adopterad kan vara en påfrestande livserfarenhet så stöd och hjälp från barnhälsovården, socialtjänsten, sjukvården och barnpsykiatrien kan bli nödvändig. Föreliggande studie är en registerstudie och omfattar 50 221 barn, varav 440 adopterade, som är födda mellan 1994-2007 och folkbokförda i Uppsala län. Syftet med studien är att undersöka om det finns några skillnader i kontakten med BVC för adoptivbarn jämfört med biologiska barn vad gäller antal mottagningsbesök, antal hembesök, MPR vaccinationer, skickade remisser till barnläkare, psykolog, ortoptist, audiolog och logoped samt om barnen genomfört syn-, hörsel och språkscreening och utfallet på dessa screeningar. Logistiska- och linjära regressionsanalyser gjordes och en del korrigerades för ålder. Adoptivbarnen fick både färre hembesök och färre mottagningsbesök. Det var också lägre andel adoptivbarn som blev vaccinerade mot MPR. Vad gäller remisser skickades för adoptivbarnen högre andel remisser till BHV-psykolog, ortoptist och till logoped. De biologiska barnen genomförde synscreening i högre grad. Adoptivbarnen fick i högre grad utfall på syn- och hörselscreening. Adoptivbarnen får i lägre utsträckning än biologiska barn ta del av viktiga komponenter i svensk barnhälsovård vilket kan leda till sämre hälsa för gruppen på lång sikt. Vården behöver bli mer jämlik för adoptivbarnen och för att komma till insikt om varför dessa skillnader finns behövs fler studier på området.

Nyckelord: Adoptivbarn, BVC, besök,

ABSTRACT

To adopt and to be adopted can be a distressing experience of life, and support from child health care, social services, health care and child psychiatry may be necessary. This study is a register study and covers 50,221 children, of which 440 are adopted, born between 1994-2007 and registered in Uppsala län. The purpose of the study is to investigate if there are any differences in the contact with child health care for adopted children compared with biological children as regards to the number of clinic visits, number of home visits, children who are vaccinated with MMR, referrals to pediatricians, psychologists, orthoptist and speech therapist and if the children perform the visual-, auditory-, and language screening and the outcome of these screenings. Logistic- and linear regression analyzes were made and some were corrected for age. The adoptees had both significantly fewer home visits and office visits than the biological children. There were also a lower proportion of adopted children who were vaccinated against MMR. The adopted children had significantly more referrals sent to the BHV-psychologist, the orthoptist and the speech therapist. Adopted children take a lesser part in important childcare components than biological children. This could lead to a worse health for this group in the long term. The healthcare need to be more equal amongst children, and to get closer to the cause of these differences more studies is needed.

Keyword: Adopted children, child health care, visit,

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

SAMMANFATTNING.....	1
ABSTRACT.....	2
INNEHÅLLSFÖRTECKNING.....	3
BAKGRUND.....	4
Adoption.....	4
Barnhälsovård.....	5
Basprogram.....	6
Hembesök.....	8
Vaccination.....	8
Remisser från barnhälsovården.....	10
Syn- och hörselscreening.....	11
Språkscreening.....	12
Basta.....	13
Bronfenbrenners utvecklingsökologi.....	13
Problemformulering.....	14
Syfte.....	15
Frågeställningar.....	15
METOD.....	16
Design.....	16
Urval.....	16
Datainsamlingsmetod.....	16
Variabler.....	16
Tillvägagångssätt.....	18
Forskningsetiska överväganden.....	19
Bearbetning och analys.....	19
RESULTAT.....	21
DISKUSSION.....	29
Resultatdiskussion.....	29
Klinisk relevans.....	34
Metoddiskussion.....	35
Slutsats.....	36
REFERENSER.....	37

BAKGRUND

Adoption

Ungefär 260 000 barn adopteras varje år över hela världen och de flesta adoptioner sker inom hemlandet. De länder som adopterar mest är USA, Frankrike, Spanien, Kanada, Tyskland, Italien, Holland och Sverige. De flesta barn som adopteras internationellt kommer från Kina, Guatemala, Sydkorea, Ryssland och Ukraina (Sjöholm, 2013). År 2010 adopterades i Sverige 1399 personer (Statistiska centralbyrån, 2010) och år 2013 adopterades 1 132 personer, detta innebär en minskning av det totala antalet adoptioner. Minskningen beror på att de internationella adoptionerna blir färre (Statiska centralbyrån, 2014). Drygt hälften av de adopterade är vid adoptionstillfället yngre än 5 år. Kina är det land som flest adopteras ifrån (Statistiska centralbyrån, 2010).

Nationella adoptioner innebär oftast att en styvförälder vill adoptera ett styvbarn. Det kan också vara barn som blivit omhändertagna av socialnämnden. Internationella adoptioner beror på olika omständigheter. Det kan vara att barnet lämnas av sina föräldrar med samtycke till adoption, barnet kan vara föräldralöst eller att ett barn hittas men inte föräldrarna. Barnet kan också ha blivit omhändertaget av sociala myndigheter (MIA, 2012). Enligt 1993 Haagkonvention (Myndigheten för internationella adoptionsfrågor [MIA], 2014) och FN:s barnkonvention (www.raddabarnen.se) är det mest optimalt om barnet växer upp i sin biologiska familj. Om det inte är möjligt försöker en familj från samma land ta emot barnet. När den möjligheten inte finns leder det till en internationell adoption (MIA, 2012). Vid hemkomst till Sverige ska barnet få en läkarundersökning under de första 14 dagarna. Detta för att undersöka om barnet har några smittsamma sjukdomar, bedöma om en åldersutredning måste göras och introducera barnet i svenska barnhälsovården (MIA, 2012).

Att adoptera och att bli adopterad kan vara en påfrestande livserfarenhet och det kan behövas särskilt stöd till dessa familjer. Små tidiga insatser som rådgivning före och efter adoptionen kan förebygga framtida problem. Stöd och hjälp från barnhälsovården, socialtjänsten, sjukvården och barnpsykiatrien kan bli nödvändig eftersom flertalet barn som adopteras har särskilda behov på grund av sjukdomar, funktionsnedsättning och svår social bakgrund (MIA, 2014). I jämförelse med svenskfödda jämnåriga visar internationellt adopterade barn en ökad sårbarhet. Detta visar

sig bland annat genom att adoptivbarnen har en överrisk för psykiatriska problem och självmordsproblematik (Carlberg & Nordin-Jareno, 2007).

Barnhälsovård

I de allra flesta länder finns det någon form av barnhälsovård, om inte annat så finns det oftast någon slags vaccinationsprogram. Hur omfattande samt vilken täckningsgrad barnhälsovården internationellt har varierar i hög grad mellan olika länder. I många av världens fattigaste länder är spädbarnsdödligheten hög. Dock syns framsteg på området då den globala barnadödligheten hos barn yngre än fem år har sjunkit med 47 % mellan år 1990 till år 2012 (UNICEF, 2014). De vanligaste orsakerna till att barn under fem år i världen dör, är bland spädbarn; infektioner, prematuritet och asfyxi och bland barn äldre än en månad; lunginflammation, diarré och malaria. En tredjedel av alla dödsfall beror delvis på undernäring. Framsteg på området har gjorts genom att vaccinationsgraden ökar, a- vitaminsupplement ges i större utsträckning och insatser för att förebygga malaria sätts in i högre utsträckning (Alfvén, Axelsson, Lindstrand, Swartling-Peterson & Persson, 2013). Vaccinationsdata är ett ungefärligt mått på hur barnhälsovården ser ut i landet. För mässlingsvaccin är täckningen i stora delar av Afrika och i södra Indien endast mellan 50 % till 80 % (UNICEF, 2010). I de skandinaviska länderna är barnhälsovården ganska lik den svenska barnhälsovården men vissa skillnader finns. Målen med barnhälsovården är ungefär densamma, men arbetet organiseras på olika sätt. I Norge och Sverige är det sjuksköterskan som är framträdande medan det i Danmark är läkaren som spelar den viktigaste rollen (Håkansson, Flärd, Bentzen, Linder, Bentzen & Håkansson, 2006).

Sverige har länge haft någon form av barnhälsovård. Föregångarna till dagens barnavårdcentraler (BVC) är mjölkdroppenföreningar som riksdagen införde på 30- talet. Från början gäller verksamheten endast spädbarn, men under 60-talet börjar även barn i förskoleåldern hälsoövervakas. Syftet med barnhälsovården är att barns hälsa och utveckling främjas genom hälsoövervakning, hälsovägledning, vaccination och föräldrastöd. Idag är det nära 100 % av barn i förskoleåldern som har kontakt med BVC (Wallby & Hjern, 2011). Från år 1991 fram till år 2008 regleras barnhälsovården av socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 1991:8). Här står vid vilka åldrar barnet bör ha kontakt med barnhälsovård och vad som skall göras vid respektive ålder. Adoptivbarn skall enligt denna författning snarast få tillgång och introduceras i

barnhälsovården. Det nämns också att en hälsokontroll rekommenderas ett par veckor efter att barnet kommit till Sverige. I övrigt nämns ingenting om adoptivbarn (SOSFS 1991:8).

Idag bedrivs barnhälsovården av primärvården, antingen landstingsbunden eller av privata vårdgivare. Primärvården ansvarar för att ge alla familjer i Sverige en kostnadsfri hälsovård till barn mellan noll och sex år. Inom barnhälsovården arbetar främst en sjuksköterska som ska ha en specialistutbildning till distriktssköterska eller specialutbildning inom hälso- och sjukvård för barn och ungdomar (Falck, 2007). Det finns även en läkare som arbetar i team med sjuksköterskan. Läkaren ska ha en specialistutbildning eller vara ST-läkare inom allmänmedicin eller barn- och ungdomsmedicin (Ludvigsson, Ejderhamn, Andersson & Nordström, 2014). I teamet ingår också en mödra- och barnhälsovårdpsykolog [MBHV-psykolog] som är legitimerad psykolog med fördjupade kunskaper i konsultationsmetodik, utvecklings-, graviditets- och hälsopsykologi och psykoterapeutiska metoder anpassade till mödrahälsovård och barnhälsovård. Psykologen träffar inte alla barn och föräldrar, utan får en remiss från sjuksköterskan eller läkaren i särskilda fall (Bredford, 2015). Huvudmålen för barnhälsovården i Sverige är att minska dödlighet, sjuklighet och funktionsnedsättningar hos barn. Målen är också att minska skadliga påfrestningar för föräldrar och barn samt att stödja och aktivera föräldrar i deras föräldrarskap, för att på så sätt ge barnen så bra förutsättningar som möjligt till en allsidig utveckling (Magnusson, Blennow, Hagelin & Sundelin, 2011).

Basprogram

I Rikshandboken i barnhälsovård (<http://www.rikshandboken-bhv.se/>) finns det ett basprogram som BVC rekommenderas att följa. Detta basprogram ändras efterhand men under senaste året ser det ut på nedanstående sätt, se tabell 1. Basprogrammet innehåller bland annat hembesök, mottagningsbesök, vaccinationer såsom MPR, samt syn-, hörsel- och språkscreeningar. Om barnet följer basprogrammet innebär det ungefär 13 besök på BVC under barnets första fem levnadsår, se tabell 1, men vid varje besök måste sjuksköterskan överväga om det finns behov av ytterligare besök, hembesök eller annan insats (Magnusson, Tell, Blennow & Reuter, 2014).

Tabell 1. Översikt över BHV-programmet (Rikshandboken BHV, u.å.).

1-3v	4v	6-8v	3m-5m	6m	8m	10m	12m	18m	2,5-3 år*	4 år	5 år
Hem BVC	BVC	BVC	BVC	BVC	Hem	BVC	BVC	BVC	BVC	BVC	BVC
S 2-3 besök	L+S team	S 2 besök	S 3 besök	L+S team	S	S	L+S team	S	S L+S Team	S	S
VID VARJE KONTAKT: Barn/familjesituation Tillväxt Hälsosamtal Åtgärd											
	Läk.us. Utv.bed	Utv.bed EPDS		Läk.us. Utv.bed		Utv.bed	Läk.us. Utv.bed	Utv.bed	Läk.us. BMI Utv.bed Språk	Utv.bed BMI Syn Hörsel	BMI Epikris
			Vacc 3m+5m				Vacc	Vacc			Vacc

* Antal besök och när under 2,5-3 år anpassas efter metod för språkscreening och lokala metoder. Utvecklingsarbete pågår.

Hem = hembesök, BVC = barnvårdscentral, S = sjuksköterska, L = läkare, Vacc = vaccination, Utv.bed = utvecklingsbedömning, Läk. us. = Läk.undersökning

Vid ankomsten till Sverige är adoptivbarnet oftast flera månader eller år gammalt och kontakten med BVC behöver individualiseras. Det finns ett särskilt basprogram som är anpassat för adoptivbarn i Rikshandboken i barnhälsovård (<http://www.rikshandboken-bhv.se/>) men det är ändå viktigt att ta hänsyn till det aktuella barnet och dess familj (Bergmark et.al, 2013). Detta riktade basprogram kom år 2008 och år 2010 använder redan majoriteten av barnhälsovårdens distrikt detta riktade program (Magnusson, Lindfors & Tell, 2011). Detta basprogram innehåller ett hembesök före barnets ankomst och ett hembesök en till sju dagar efter ankomsten till Sverige för att etablera kontakt med föräldrarna. Därefter rekommenderas ett mottagningsbesök en gång i veckan eller varannan vecka för bedömning, stöd och rådgivning avseende tillväxt, hälsa, uppfödning och anknytning. Föräldrarna blir också erbjudna att delta i föräldragrupp. Efter två månader samtalar sjuksköterskan med båda föräldrarna om hur det känns med adoptivbarnet och kontakt med BHV-psykolog erbjuds också vid behov. Tre månader upp till sex månader efter barnets ankomst erbjuds mottagningsbesök en gång i månaden eller efter föräldrarnas önskemål varefter familjen sedan övergår till BVC:s vanliga basprogram (Bergmark et.al, 2013).

Hembesök

Hembesök innebär att personal från BVC, vanligtvis en specialistutbildad sjuksköterska besöker barn och föräldrarna i deras eget hem. Hembesök har genomförts i Sverige sedan slutet av 1930-talet. Målet med att besöka nyblivna föräldrar i hemmet är att skapa en god kontakt mellan BVC och familjen samt att ge information, råd och stöd till familjen (Socialstyrelsen, 2014). Att bygga upp en förtroendefull relation är lättare i familjens hemmiljö än på mottagningen. Det är också givande för sjuksköterskan att se barnet och dess samspel med sina föräldrar i deras vardagsmiljö. Tillfällen då det kan vara fördelaktigt att genomföra hembesök kan exempelvis vara när ett barn nyligen har fötts, när ett barn är nyinflyttat i BVC-distriktet eller när ett barn uteblir från mottagningsbesöken upprepade gånger (Magnusson, Blennow, Hagelin & Sundelin, 2009). Normalt erbjuds hembesök till alla familjer med nyfödda barn. Då adoptivbarn oftast inte är nyfödda när de kommer till Sverige bör de oavsett ålder vid ankomst erbjudas ett besök i hemmet för att etablera kontakt med BVC (Lindfors, 2014). De främsta skälen till att BVC-sjuksköterskor inte gör hembesök är att föräldrarna tackat nej, tidsbrist och lång resväg (Almquist-Tangen, Bergström, Lindfors, Holmberg & Magnusson, 2010).

En studie från Finland av Aronen och Kurkula (1996) visar att barn som erbjuds tidiga hembesök, i tonåren har bättre psykisk hälsa än barn som aldrig fått något hembesök. Paust (2014) har genomfört ett projekt i Sverige med syftet att undersöka om utökade BVC insatser i form av hembesök kan göra att föräldrar känner minskad stress och en större trygghet i sin föräldraroll. Studien kom fram till att de familjer som fick extra hembesök inte upplever att de behöver lika mycket hjälp och stöd för att klara föräldraskapet. De känner sig även säkrare kring barnets sjuk- och olycksfallsprevention.

Vaccination

I Sverige rekommenderas alla barn att vaccinera sig enligt det svenska vaccinationsprogrammet (SOSFS, 2014:15), detta på grund av att sjukdomarna som vaccinerna skyddar mot både är allvarliga och smittsamma. Inga vaccin ger hundra procentig immunitet, men de allra flesta barn som vaccineras blir skyddade. Om en tillräckligt stor andel av befolkningen har ett skydd mot en viss sjukdom slutar sjukdomen att cirkulera och de som av olika anledningar ännu inte är vaccinerade skyddas på så vis (Magnusson, Blennow, Hagelin & Sundelin, 2011). Alla länder

har någon form av vaccinationsprogram men programmets utformning varierar beroende på sjukdomens utbredning och hur sjukdomsbördan bedöms samt på den ekonomiska och praktiska möjligheten att erbjuda vaccinationer (Socialstyrelsen, 2008). Enligt det svenska vaccinationsprogrammet (SOSFS, 2014:15) ska alla vårdnadshavare till barn bli erbjudna att vaccinera sitt barn enligt ett visst schema. De sjukdomar och virus som de olika vaccinen i Sveriges vaccinationsprogram ska skydda emot är: Difteri, Stelkramp, Kikhosta, Polio, Haemophilus influenzae typ B, Pneumokocker, Humant pappilomvirus, Mässling, Påssjuka och Röda hund (Magnusson, Blennow, et al, 2011).

Mässling, Påssjuka och Röda hund har ett gemensamt kombinationsvaccin som kallas MPR. MPR är ett vanligt vaccin i hela världen och lämpar sig därför väl för jämförelse mellan grupper. Det ges också som en dos i grundvaccination vilket gör det enkelt att använda i jämförelser (Magnusson, Blennow, et al, 2011). Mässling, påssjuka och röda hund orsakas av olika virus och kan alla ge svåra komplikationer. Mässling är en av de mest smittsamma sjukdomarna som finns. När man drabbas av mässling får man snabbt stigande feber, besvärlig torrhosta och irritation i ögonen. Efter ungefär ett dygn uppstår ett utslag som är storfläckigt, rött och sammanflytande. Utslagen kommer först i ansiktet, men sprider sig sedan till övriga delar av kroppen. Komplikationer i form av andningsbesvär, öroninflammation och lunginflammation är vanliga i samband med mässling. Ungefär en promille av alla mässlingsdrabbade får hjärnhinneinflammation som kan vara så svår att den leder till kvarstående hjärnskador eller död (Folkhälsomyndigheten, 2015). Även påssjuka är en smittsam sjukdom. Viruset sitter i saliven och sprids via direktkontakt och droppsmitta. Påssjukeviruset angriper olika körtelvävnader, i vanliga fall spottkörtlarna. Vanligt förekommande symptom är feber och rejäl svullnad över öronspottkörteln. I vissa fall kan pojkar drabbas av testikelinflammation som kan leda till sterilitet. Hjärnhinneinflammation är även för påssjuka en vanlig komplikation (Folkhälsomyndigheten, 2013). Viruset som orsakar röda hund sprids via droppsmitta. I de flesta fall får de som drabbas av röda hund obefintliga eller lindriga symptom. Karakteristiska symptom är småfläckiga och rödaktiga utslag samt en lättare övre luftvägsinfektion. Det farliga med röda hund är att det kan orsaka fosterskador och missfall hos en gravid kvinna som drabbas av sjukdomen (Folkhälsomyndigheten, 2013).

År 1982 introduceras MPR-vaccinet och i och med detta sjunker andelen svenskar som drabbas av någon av sjukdomarna drastiskt. Dock insjuknar fortfarande enskilda individer (Folkhälsomyndigheten, 2015). Från år 1986 till 2001 gavs MPR-vaccin till barnen vid arton månaders ålder och vid tolv år. Sedan år 2007 ges andra dosen MPR till barn som är mellan sex-åtta år (Ekholm, 2013). I Sverige har vi en hög täckningsgrad vad gäller MPR-vaccin. År 2013 är 97,4 % av alla tvååringar vaccinerade. 95,2 % av alla elever i årskurs sex har fått båda doserna av vaccinet (Folkhälsomyndigheten, 2013). Kontraindikationer till att MPR vaccinera är överkänslighet mot innehållet i vaccinet, immunbrist av olika orsaker såsom HIV, graviditet eller feber (Fass, 2015).

Remisser från barnhälsovården

Det finns många olika anledningar till att en remiss skickas från barnhälsovården till en barnläkare i öppenvården eller BHV-psykolog. Längdposition, vikt-, tillväxt- och BMI-utveckling är några markörer som kan visa på sjukdom eller olika tillstånd. Dessa sjukdomar eller tillstånd kan vara hypotyreos, rakit, Turners syndrom, cystisk fibros, celiaki eller inflammatorisk tarmsjukdom. Omsorgssvikt kan också ge utslag på längd och viktutvecklingen genom att kurvan stannar av eller att det visar oväntade avvikelser uppåt på kurvorna. Om ett barn under tre år har en längdposition på $-2,5$ till -3 SD är det en indikation för att skicka remiss till barnläkare. De flesta barn följer en längdposition inom $+1,5$ SD (Hagenäs, 2012). Flickor som är adopterade från utvecklingsländer har en ökad risk att komma i en tidig pubertet och riskerar därmed att bli kortvuxna. De flickor som är mest undernärda vid adoptionen växer snabbt när de kommer till Sverige och dessa löper ökad risk till kortvuxenhet relaterat till för tidig pubertet. De barn som levt på institution före adoptionen löper ökad risk för tillväxtproblem. En del adopterade som kommer till Sverige har någon form av handikapp som kan vara svårt att diagnostisera vid ankomsten (Carlberg & Nordin-Jareno, 2007).

Remisser till BHV-psykolog handlar om barnets utvecklingsnivå, beteende och funktionsnivå, föräldrarnas mående och anpassning till föräldrarollen samt samspelet mellan barn och förälder. Vad gäller barnets utvecklings- och funktionsnivå, samt beteende ser BVC-sjuksköterskan om det finns avvikelser hos barnet och om råd och stöd inte hjälper så kontaktas/skickas det remiss till BHV-psykolog. Det finns olika faktorer vad gäller föräldrarnas mående och anpassning och

dessa är: föräldrarnas mående, mentalisering, reglering, stress/separationer och föräldrarförmåga/omsorgsförmåga. När BVC-sjuksköterskan har pratat och försökt hjälpa föräldrarna men det inte blir någon förbättring kontaktas/skickas det remiss till BHV-psykolog. När inte samspelet mellan barn och förälder fungerar som det ska och BVC-sjuksköterskan inte kan göra mer tas det kontakt med/skickas remiss till BHV-psykolog (Lannér Swensson, 2014).

Syn- och hörselscreening

Alla barn bör av BVC erbjudas en screening av synen för att tidigt upptäcka ögonsjukdomar, skelning eller synnedsättning. Denna screening görs första gången så nära fyra års ålder som möjligt med två månaders marginal före och efter. Möjligheten att behandla en synnedsättning som orsakas av brytningsfel eller skelning minskar med stigande ålder. Det görs också en uppföljning av synen vid 5 års ålder. Om misstanke om synnedsättning tidigare så görs en undersökning på ögonmottagningen. Synundersökningen bör utföras då barnet är piggt och känner trygghet i undersökningsmiljön. Den metod som rekommenderas är HVOT (Hooper visual organization test) och innebär att barnet får titta på en tavla med bokstäverna H, V, O och T i rader. Dessa bokstäver används så att sammanblandning mellan höger och vänster inte ska påverka resultatet. Barnet ska sitta på en stol eller i föräldrarnas knä så att barnets ögon är tre meter från tavlan. Om barnet inte kan bokstäverna används en liten tavla med bokstäverna på för att barnet ska kunna peka på samma bokstav som BVC-sjuksköterskan. Barnet ska testa synen på båda ögonen och har därför en lapp för ett öga i taget under undersökningen. Om undersökningen inte går att genomföra på grund av bristande medverkan från barnet eller vid tveksamt resultat av annan anledning än trolig synnedsättning, omprövas synskärpan på BVC efter cirka en månad (Magnusson & Lindfors, 2014).

En studie gjord av Andersson Grönlund, Aring, Strömblad, Landgren, Svensson & Hellström (2009) visar att barn som adopteras från östeuropiska länder i 78 % av fallen har någon slags ögon- och/eller synförändring. Det kan vara exempelvis synnedsättning, brytningsfel, skelning eller problem med att tolka sinnesintryck. De flesta av dessa synförändringar är inte kända när barnen först kommer till Sverige. Ögon- och synförändringarna visar sig i många fall kunna kopplas samman till andra barnmedicinska problem som exempelvis för tidig födsel,

alkoholrelaterade fosterskador och litet huvudomfång.

Barn som är i fyraårsåldern bör genomgå ett hörseltest för att upptäcka eventuella hörselnedsättningar. Ungefär två-fyra av 1000 barn har en medfödd hörselskada och endast 50 % av dessa tillhör en känd riskgrupp. Fyraårskontrollen av hörseln är en viktig screeningmetod för att fånga upp både dubbelsidiga och ensidiga hörselskador. En Audiometer används vid undersökningen och barnet har hörlurar på sig för att höra de olika tonerna. Den metod som används på BVC är lekaudiometri, som innebär att barnet har en plockleksak, till exempel en kloss, som den förflyttar när den hör ett ljud. Vid fyra års ålder är den psykomotoriska utvecklingsnivån uppnådd och barnet bör klara av undersökningen. Barnet bör vara utvilat och kunna förstå instruktionerna som ges. Det får inte finnas några störande bakgrundsljud eller personer som distraherar barnet vid undersökningen. De frekvenserna som mäts är 500, 1000, 2000, 4000 och 6000 Hertz (Hz), vilka representerar den viktigaste delen av frekvensområdet med hänsyn till taluppfattningsförmågan. Dessa frekvenser testas på screeningnivån 25 decibel (dB). Om barnet inte vill samarbeta eller om resultaten verkar avvikande undersöks barnet med ett otoskop för att utesluta vaxpropp eller främmande föremål. Inom några månader bör lekaudiometrin ske igen och då ska eventuella hinder ha tagits bort från barnets öron. Remiss skickas till ortoptist eller öronläkare om det är tveksamma svar vid omtest (Ivarsson, 2014).

Språkscreening

Den tidiga språkutvecklingen hos ett barn grundläggs i en nära relation till exempelvis föräldrar. Att språkutvecklingen ska fortsätta på ett optimalt sätt bygger på att miljön är stimulerande och att barnet inte har några skador som hämmar utvecklingen. Det finns stora normalvariationer i den tidiga språkutvecklingen men en treåring bör tala i treordsatser eller längre (Jonsell, 2011). För adoptivbarn avbryts språkutvecklingen på modersmålet när det kommer till Sverige. Sedan startar språkutvecklingen av det nya modersmålet (Ernstsson, 2013).

När barnet är från två och ett halvt till tre år genomförs ett språktest. Testet genomförs av BVC-sjuksköterska med hjälp av bilder och ett standardiserat formulär. Om testet visar en påtaglig talförsening bör man remittera barnet till logoped, hörselundersökning samt barnhälsovårdpsykolog. Vid enbart en liten avvikelse bör en uppföljande screening göras efter ungefär sex månader (Jonsell, 2011). Westerlund (2008) rapporterar att både internationella och

svenska studier visar att grava språkstörningar ofta är markörer till andra diagnoser såsom autism och uppmärksamhetsströningar. Ungefär 60 % av de barn som vid språkscreening har grova språkstörningar visar sig ha neuropsykiatriska problem även av andra slag. Att alla barn får genomföra språkscreening och därmed identifiera de barn som har kommunikativa och språkliga avvikelser är därför viktigt. I en statlig offentlig utredning (SOU) där man sammanställt forskning avseende adoptivbarn och deras liv efter adoptionen visar det sig att adoptivbarn har en del språkliga problem. Dessa problem märks främst när barnen börjar skolan då de i större utsträckning har svårigheter med att förstå abstrakta begrepp. Däremot fungerar adoptivbarnens språk bra i vardagliga sammanhang (SOU 2003:49).

Basta

Ända sedan år 1969 har barnhälsovården i Uppsala län inhämtat statistik från länets barnavårdscentraler gällande verksamheten och barns hälsa. En databas, Basta, skapas år 1998 och där kan distriktsköterskorna i länet själva föra in data. I Basta lagras information angående BVC besök, hembesök, föräldragrupsbesök, vaccinationer, långvariga hälsoproblem, paritet, tillväxt, hemgångsdag från BB samt uppgifter om föräldrars rökvanor. I samband med att barnet har kontakt med BVC matar sjuksköterskan in data i registret. För att öka sannolikheten till att data lämnas på rätt sätt och vid rätt tidpunkt förekommer validitetskontroller och det finns även ett påminnesystem. Alla barn mellan 0-6 år som varit folkbokförda i Uppsala län från 1998 finns med i registret. De flesta av dessa barn kommer någon gång i kontakt med BVC (Wallby, 2012).

Bronfenbrenners utvecklingsökologi

Enligt Bronfenbrenners utvecklingsökologi är barnet och familjen alltid beroende av sociala sammanhang och livsvillkor (Magnusson, Blenow, Hagelin & Sundelin, 2009). Bronfenbrenner (1979) beskriver i sin teori att Microsystemet är ett mönster av aktiviteter, roller och relationer mellan människor som upplevs av utvecklingspersonen i en given miljö med särskilda fysiska och materiella egenskaper. Detta kan för barnet vara familj, släkt, förskola och vårdcentral där hen har ett personligt möte med en medmänniska. Dessa olika mikrosystem med utvecklingspersonen i mitten utgör Mesosystemet där de olika relationerna sätts i ett större perspektiv. Detta innebär för barnet relationerna i bland annat hemmet, förskolan och på

vårdcentralen. Nästa steg i modellen är Exosystemet där utvecklingspersonen inte är aktiv. Det kan för barnet vara föräldrarnas arbetsplats eller bekantskapskrets, grannskapet, sjukvården och kommunen. Det sista systemet är Makrosystemet och där ingår alla mindre system. Lagar och regler, olika kulturer, tro och ideologi finns i detta system.

Figur 1. Bronfenbrenners utvecklingsekologiska modell (Djordjevic, Folin & Sheikh, 2011)



Ovanstående modell är användbar i tolkning av denna studie då den kan göra det lättare att förstå sambandet och samspelet mellan olika faktorer, hälsorelaterade beteenden och föräldrarnas, barnets och BVC-sjuksköterskans möjlighet att påverka hälsa.

Problemformulering

Eftersom det inte finns författningar eller lagar om hur kontakten mellan BVC och adoptivföräldrar ska se ut blir det lokala variationer. Rikshandboken är tänkt att vara en hjälp och en riktlinje på hur kontakterna bör se ut (Jonsell, 2012). I en svensk kvalitativ studie av Karlsson och Munthe (2015) framkom att adoptivföräldrar känner behov av mycket stöd från sin BVC-sjuksköterska, särskilt den första tiden med barnet. Stöd från BVC-sjuksköterskan i tidigt skede kan förebygga framtida problem. Att BVC initialt erbjuder täta kontakter och hembesök anses viktigt. Thörnqvist (2011) har gjort en intervjustudie. Där uppfattar adoptivföräldrar i Sverige att de blir erbjudna färre besök hos barnhälsovården än de biologiska föräldrarna. Biologiska föräldrar fick täta besök när barnet var nyfött, men den möjligheten fick inte adoptivföräldrarna som upplever att BVC utgår mer från barnets ålder än behovet hos familjen när de bokar in besök. Rykkje (2007) kom i en norsk intervjustudie fram till att adoptivfamiljer inte fick det stöd de önskar och behöver. Föräldrarna upplever att BVC sköterskan tar hand om barnets fysiska

hälsa på ett bra sätt men vid frågor som rör adoptionen finns det mer att önska. Då adoptivbarnen ofta anländer efter ettårsdagen erbjuds färre naturliga besök eftersom att de flesta besöken i standardfallen ligger under barnets första levnadsår.

Syfte

Syftet med arbetet var att studera om det fanns några skillnader i kontakten med BVC i Uppsala län för adoptivbarn jämfört med biologiska barn vad gäller antal mottagningsbesök, antal hembesök, andel barn med MPR-vaccinationer, andel remisser till barnläkare, BHV-psykolog, ortoptist, audiolog eller öronläkare och logoped, om barnen genomfört syn-, hörsel och språkscreening samt andel barn med utfall på dessa.

Frågeställningar

1. Finns det någon skillnad mellan adoptivbarn och biologiska barn vad gäller antalet mottagningsbesök hos sjuksköterska på BVC i Uppsala län?
2. Finns det någon skillnad mellan adoptivbarn och biologiska barn vad gäller antalet hembesök av sjuksköterska på BVC i Uppsala län?
3. Finns det någon skillnad i vaccinationstäckningen för MPR mellan adoptivbarn och biologiska barn i Uppsala län?
4. Föreligger det någon skillnad mellan adoptivbarn och biologiska barn vad gäller antal remisser till barnläkare i öppenvård i Uppsala län?
5. Föreligger det någon skillnad mellan adoptivbarn och biologiska barn vad gäller antal remisser till barnhälsovårdspsykolog i Uppsala län?
6. Finns det någon skillnad mellan hur stor andel adoptivbarn och biologiska barn som genomfört synscreening, fått utfall på undersökningen och som fått remiss skickad till ortoptist i Uppsala län?
7. Finns det någon skillnad mellan hur stor andel adopterade- och biologiska barn som genomfört hörselscreening, fått utfall på undersökningen och som fått remiss skickad till audiolog eller öronläkare i Uppsala län?
8. Finns det någon skillnad mellan hur stor andel adopterade- och biologiska barn som genomfört och fått utfall på språkscreening och som fått remiss skickad till logoped i Uppsala län?

METOD

Design

Studien är en registerstudie med kvantitativ ansats.

Urval

Alla folkbokförda barn i Uppsala län och som haft kontakt med barnhälsovården födda mellan 1994 och 2007 inkluderades i studien. Studiepopulationen bestod av totalt 50 221 barn varav 440 var adopterade. De adopterade barnen utgjorde knappt 1 % av den totala populationen. Barnen som inkluderas i studien behövde vara minst fyra år gamla på grund av att syn, hörsel och språk skulle kunna studeras, därför exkluderades barn födda senare än 2007 ur studien.

Datainsamlingsmetod

Data på studiepopulationen hämtades från forskningsdatabasen för projektet "Sociala skillnader i hälsa hos spädbarn och förskolebarn i Uppsala län" (Wallby & Magnusson, u.å.). Data i denna forskningsdatabas hämtades från den regionala statistik- och informationsdatabasen för barn i Uppsala län, Basta, från socialstyrelsens patientregister och medicinska födelseregistret samt från LISA-databasen på Statistiska centralbyrån.

Variabler

Variablerna som användes i studien finns ursprungligen i Basta utom variabeln adoptivbarn som finns i LISA. Nedanstående variabler användes:

Adoptivbarn

En dikotom variabel som anger om barnet är adopterat eller inte.

Kön

Dikotom variabel som anger om barnet är en pojke eller flicka.

Ålder då barnet först förekom i Basta

Diskret variabel som anger hur gammalt barnet var när det först kom in i registret Basta.

Variabeln kan anta värden mellan 0 och 4 och siffrorna talar om barnets ålder.

Hembesök

Används som både kontinuerlig och dikotom variabel. I variabeln som är kontinuerlig sammanräknas antal hembesök av BVC-sjuksköterska. Den dikotoma variabeln är härledd från antalet hembesök och här kan man se om barnet fått minst ett hembesök.

Antal besök hos sjuksköterska på BVC mottagning

Används som kontinuerlig variabel och kategorivariabel. Den kontinuerliga variabeln anger det totala antal besök som varje barn gjort på sin BVC-mottagning. För att få variabeln mer överskådlig har besöken också delats in i kategorier dessa är 0, 1-5, 6-10, 11-20, 21-40 och 41-74. Siffrorna anger hur många besök respektive barn har haft på BVC.

MPR

En dikotom variabel som anger om barnet har blivit vaccinerat mot mässling, påssjuka och röda hund.

Antal remisser till barnläkare i öppenvård

Kontinuerlig variabel som anger det totala antal remisser som skickats för varje barn till en barnläkare i öppenvård.

Antal remisser till BHV- psykolog

Kontinuerlig variabel som anger det totala antal remisser som skickats för varje barn till barnhälsovårdspsykolog.

Syn 4 år genomförd

Dikotom variabel som anger huruvida barnet vid 4 års ålder genomfört synscreening eller inte.

Syn 4 år utfall

Dikotom variabel som anger om barnet som genomfört synscreening vid 4 års ålder fick någon form av avvikelse på synscreeningen som ledde till åtgärd.

Någon remiss till ortoptist

Dikotom variabel som anger om det skickats minst en remiss till ortoptist under barnets BVC-tid i registret.

Hörsel 4 år genomförd

Dikotom variabel som anger huruvida barnet vid 4 års ålder genomfört hörselscreening eller inte.

Hörsel 4 år utfall

Dikotom variabel som anger om barnet som genomfört hörselscreening fått någon avvikelse som ledde till åtgärd på screeningen eller inte.

Någon remiss till audiolog eller öronläkare

Dikotom variabel som anger om barnet någon gång fått minst en remiss skickad till audiolog eller öronläkare.

Språk och tal 3 år genomförd

Dikotom variabel som anger om barnet genomfört språkscreening vid 3 års ålder eller inte.

Språk och tal 3 år utfall

Dikotom variabel som anger om barnet som genomfört språkscreening vid 3 års ålder fått någon avvikelse som lett till åtgärd på denna screening eller inte.

Någon remiss till logoped

Dikotom variabel som berättar, om det under barnets år på BVC, har skickats minst en remiss till logoped.

Tillvägagångssätt

Alla barn mellan 0 och 6 år som är eller har varit folkbokförda i Uppsala läns landsting under åren 1989-2011 var automatiskt med i forskningsdatabasen från projektet "Sociala skillnader i hälsa hos spädbarn och förskolebarn i Uppsala län" (Wallby & Magnusson, uå.). Ett urval av populationen gjordes i föreliggande studie, där alla barn födda mellan 1994 och 2007

inkluderades. Barnen i studien var antingen adoptivbarn eller biologiska barn. Med biologiska barn avsågs de barn som inte är adopterade. Etikprövning har skett i studien "sociala skillnader i hälsa hos spädbarn och förskolebarn i Uppsala län" som används som källa. Beslutet i etikprövningsnämnden har diarienummer 2008/367 och beslutsdatum är 2012-08-14 (Wallby & Magnusson, uå.).

Forskningsetiska överväganden

De forskningsetiska principerna har fyra huvudkrav; dessa är informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet. Informationskravet innebär att studiedeltagarna i någon grad skall informeras om studien och samtyckeskravet innebär att deltagare i en undersökning själva har rätt att välja om de vill medverka eller inte. Denna studie är dock en registerstudie vilket innebär att studiedeltagarna inte aktivt medverkar och data hämtas från existerande register. Därför bedöms det i detta fall att studiedeltagarna inte behövt informeras eller lämnat sitt samtycke. Konfidentialkravet innebär att de deltagande i studien skall få största möjliga konfidentialitet och att personuppgifter inte skall spridas till obehöriga. I denna studie är all data avpersonifierad. Det rör sig också om ett stort antal deltagande barn så data kommer inte gå att härleda till någon specifik person. Nyttjandekravet innebär att insamlade uppgifter endast får användas till forskningsändamål (Vetenskapsrådet, uå.).

En risk för att exempelvis familjer eller BVC sjuksköterskor missuppfattar studiens resultat finns och det kan leda till skada för den enskilde individen.

Bearbetning och analys

Data bearbetades och analyserades med hjälp av statistikprogrammet SPSS (SPSS Inc. 2011). Variablerna som analyserades är: antal besök hos BVC- sjuksköterska, fullvaccinerad MPR, antal remisser till barnläkare i öppenvård, antal remisser till barnhälsovårdspsykolog, erbjuden synscreening, utfall synscreening, remiss till ortoptist , erbjuden hörselscreening, utfall hörselscreening, någon remiss till audiolog eller öronläkare, erbjuden språkscreening, utfall språkscreening samt någon remiss till logoped. För variablerna erbjuden synscreening, utfall synscreening, erbjuden hörselscreening, utfall hörselscreening, erbjuden språkscreening och utfall språkscreening användes en delmängd data, detta på grund av att datainsamling på dessa variabler inte började förrän år 2008. Fyraåringarna var alltså födda mellan 2004 och 2007. Barn

som vid fyra år redan var under kontroll för en avvikelse för språk, hörsel eller syn ingick inte i delmängden.

Variabler med enbart två svarsalternativ analyserades med logistisk regressionsanalys och variabler med numeriska svarsalternativ, med linjär regressionsanalys i statistikprogrammet SPSS. För att kunna jämföra barn som varit inskrivna i barnhälsovården olika länge justerades alla linjära regressionsanalyser och logistiska regressionsanalyser avseende remiss till ortoptist, remiss till logoped och remiss till audiolog eller öronläkare för ålder då barnet först registrerades i Basta. Detta för att kontrollera för att barnen kan ha rapporterats in i databasen vid olika åldrar. Signifikansnivån för föreliggande studie är 95 %. Resultatet presenteras i nedanstående resultatredovisning i såväl text som tabeller både med hjälp av korstabeller och en tabell för resultat i regressionsanalys. Data presenteras även deskriptivt.

RESULTAT

Av totalt 50 221 barn var det 49 781 biologiska och 440 adoptivbarn som var med i studien. Mer än hälften av biologiska barnen kom in i Basta innan de fyllt 1 år och drygt hälften av adoptivbarnen kom in i Basta efter 1 års ålder, se tabell 2. Bland adoptivbarnen finns en överrepresentation av flickor, se tabell 2.

Tabell 2. Ålder på biologiska barn respektive adoptivbarn då de först registrerades i Basta. Kön på biologiska barn respektive adoptivbarn.

	Biologiska barn		Adoptivbarn		Totalt	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
0	30129	61 %	66	15 %	30195	60 %
1	14671	30 %	245	56 %	14916	30 %
2	1407	3 %	54	12 %	1461	3 %
3	1686	3 %	39	9 %	1725	3 %
4	1888	4 %	36	8 %	1924	4 %
Totalt	49781	100 %	440	100 %	50221	100 %
Pojke	25712	52 %	187	43 %	25899	52 %
Flicka	24069	48 %	253	58 %	24322	48 %
Totalt	49781	100 %	440	100 %	50221	100 %

Tabell 3. Linjär regressionsanalys av skillnader mellan adoptivbarn och biologiska barn vad gäller antal besök till BVC-sjuksköterska, antal remisser till barnläkare i öppenvård och antal remisser skickade till BHV-psykolog.

Antal besök till BVC-sjuksköterska	B ²	95 % CI ³	p ⁴
Biologiska barn	16,654		
Adoptivbarn ¹	-0,651	-1,316 - 0,015	0,055
Antal remisser till barnläkare i öppenvård			
Biologiska barn	0,208		
Adoptivbarn	0,008	-0,039 - 0,054	0,746
Antal remisser till MBHV-psykolog			
Biologiska barn	0,057		
Adoptivbarn	0,061	0,036 - 0,086	0,000

¹ Alla analyser är justerade för ålder barnet kom in i Basta ² Regressionskoefficient

³ Confidence interval ⁴ P-värde

Tabell 4. Logistisk regressionsanalys av skillnader mellan adoptivbarn och biologiska barn avseende hembesök, MPR-vaccination, syn-, hörsel- och språkscreening och remitteringar.

Hembesök	OR²	95 % CI³	p⁴
Biologiska barn	1		
Adoptivbarn ¹	0,436	0,359 - 0,530	0,000
MPR			
Biologiska barn	1		
Adoptivbarn	0,64	0,419 - 0,976	0,038
Synscreening genomförd			
Biologiska barn	1		
Adoptivbarn	0,35	0,187 - 0,653	0,001
Synscreening utfall			
Biologiska barn	1		
Adoptivbarn	2,102	1,281 - 3,450	0,003
Någon remiss till ortoptist¹			
Biologiska barn	1		
Adoptivbarn	2,073	1,635-2,629	0,000
Hörselscreening genomförd			
Biologiska barn	1		
Adoptivbarn	1,704	0,541 - 5,369	0,363
Hörselscreening utfall			
Biologiska barn	1		
Adoptivbarn	1,942	1,109 - 3,402	0,020
Någon remiss till audiolog eller öronläkare¹			
Biologiska barn	1		
Adoptivbarn	1,009	0,712-1,430	0,731
Språkscreening genomförd			
Biologiska barn	1		
Adoptivbarn	0,945	0,348 - 2,569	0,912
Språkscreening utfall			
Biologiska barn	1		
Adoptivbarn	1,608	0,839 - 3,081	0,153
Någon remiss till logoped¹			
Biologiska barn	1		
Adoptivbarn	1,768	1,341-2,331	0,000

¹ Analys justerad för ålder barnet kom in i Basta ²Odds Ratio ³ Confidence interval ⁴ P-värde

Mottagningsbesök

Antalet besök hos sjuksköterskan på BVC varierade från 0-74 hos de biologiska barnen och mellan 0-37 besök hos adoptivbarnen, se tabell 5. Det genomsnittliga antalet besök var 13 bland

de biologiska barnen och 8,5 för adoptivbarnen. Linjär regressionsanalys av det genomsnittliga antalet besök, kontrollerat för ålder då barnet först registrerades i Basta, visar en tendens till signifikant lägre genomsnittligt antal besök för adoptivbarn jämfört med biologiska barn. Skillnaden är dock marginell, se tabell 3.

Tabell 5. Antal besök och genomsnittligt besök till BVC-sjuksköterska för biologiska barn respektive adoptivbarn.

	Biologiska barn		Adoptivbarn		Totalt	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
0	789	1,6 %	6	1,4 %	795	1,6 %
1-5	11572	23,2 %	133	30,2 %	11705	23,2 %
6-10	7698	15,5 %	173	39,3 %	7871	15,5 %
11-20	19455	39,1 %	112	25,5 %	19567	39,1 %
21-40	9979	19,9 %	16	3,5 %	9995	19,9 %
41-74	288	0,4 %	0	0 %	288	0,4 %
Totalt	49781	100 %	440	100 %	50221	100 %

De allra flesta barn (17310) som fanns registrerade i Basta redan som 0-åringar hade mellan 11-20 besök. Det fanns också barn (7511) som förekom i Basta från 1 års ålder och de hade mellan 1-5 besök som mest, se tabell 6. Det var totalt 795 barn som aldrig besökte BVC.

Tabell 6. Antal besök till BVC-sjuksköterska i förhållande till barnets ålder då det först kom in i Basta.

	0	1	2	3	4	Totalt
0	111	265	47	98	274	795
1-5	265	7511	955	1402	1572	11705
6-10	2741	4442	411	204	73	7871
11-20	17310	2187	45	20	5	19567
21-40	9499	493	2	1	0	9995
41-74	269	18	1	0	0	288
Totalt	30195	14916	1461	1725	1924	50221

Hembesök

Antalet hembesök till biologiska barn varierade mellan 0-18. Av biologiska barnen var det 33 % (16237) som fick 1 hembesök och 20 % av barnen fick 2 hembesök, se tabell 7. De biologiska barnen fick 1 hembesök i genomsnitt. Antalet hembesök av BVC-sjuksköterskan till adoptivbarn

varierade mellan 0-4 besök. Av adoptivbarnen fick 30 % (122) 1 hembesök, se tabell 7. Adoptivbarnen hade 0,5 hembesök i genomsnitt. Adoptivbarnen hade signifikant lägre genomsnittligt antal hembesök än de biologiska barnen, se tabell 4.

Tabell 7. Antal hembesök av BVC-sjuksköterska hos biologiska barn respektive adoptivbarn.

	Biologiska barn		Adoptivbarn		Totalt	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
0	21556	43 %	280	63 %	21836	43 %
1	16237	33 %	122	30 %	16359	33 %
2-4	11740	24 %	38	7 %	11778	24 %
5-18	248	0,2 %	0	0 %	248	2 %
Totalt	49781	99,70 %	440	100 %	50221	0,2 %

MPR-vaccination

Av de 50221 barn som deltog i studien var nästan alla vaccinerade med MPR-vaccinet, endast 1720 av studiedeltagarna saknade MPR-vaccin. Av de biologiska barnen var 97 % (48084) vaccinerade mot MPR och av adoptivbarnen var 95 % (417) vaccinerade, se tabell 8. Bland adoptivbarnen var en signifikant lägre andel vaccinerade jämfört med de biologiska barnen, se tabell 4.

Tabell 8. Antal biologiska barn respektive adoptivbarn som var fullvaccinerade med MPR-vaccin.

	Biologiska barn		Adoptivbarn		Totalt	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Nej	1697	3 %	23	5 %	1720	3,4 %
Ja	48084	97 %	417	94,8 %	48501	96,6 %
Totalt	49781	100 %	440	100 %	50221	100 %

Remisser till barnläkare i öppenvård

Antalet remisser som skickades till barnläkare i öppenvård varierade mellan 0 och 8 remisser per barn. Medelvärdet i den totala studiegruppen var 0,18 remisser per barn. Av de biologiska barnen fick 12 % (5787) 1 remiss skickad och 2 % (1321) fick 2 eller fler remisser skickade. För 8 % (36) av adoptivbarnen hade 1 remiss skickats. Hos 3 % (11) av adoptivbarnen, hade det skickats 2 eller fler remisser till barnläkare i öppenvård, se tabell 9. Det fanns ingen signifikant skillnad mellan grupperna, se tabell 3.

Tabell 9. Antal skickade remisser till barnläkare i öppenvård för biologiska barn respektive adoptivbarn.

	Biologiska barn		Adoptivbarn		Totalt	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
0	42673	86 %	393	89 %	43066	86 %
1	5787	12 %	36	8 %	5823	12 %
2	1007	2 %	7	2 %	1014	2 %
3-8	314	0 %	4	1 %	318	0 %
Totalt	49781	100 %	440	100 %	50221	100 %

Remisser till barnhälsovårdspyskolog

Antal remisser som de biologiska barnen fått varierade mellan 0 och 8 . Det var 4 % (2075) som hade fått 1 remiss skickad till BHV-psykolog. 239 barn fick 2 remisser och endast 57 barn hade fått mellan 3-8 remisser till BHV-psykolog.

Av adoptivbarnen var det 8 % (36) som hade fått 1 remiss skickad till BHV-psykologen. För 2 av adoptivbarnen blev 3 remisser skickade. Adoptivbarnen hade signifikant fler remisser skickade till BHV-psykologen, se tabell 3 .

Tabell 10. Antal skickade remisser till BHV-psykolog för biologiska barn respektive adoptivbarn.

	Biologiska barn		Adoptivbarn		Totalt	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
0	47410	96 %	398	90 %	47808	95 %
1	2075	4 %	36	8 %	2111	4 %
2	239	0 %	4	1 %	243	0,50 %
3-8	57	0 %	2	0 %	59	0 %
Totalt	49781	100 %	440	99 %	50221	100 %

Synscreening och remisser till ortoptist

Andelen biologiska barn som hade genomförd synscreening var 97 % (17552). Av adoptivbarnen hade 91 % (114) genomfört synscreening, se tabell 11. Adoptivbarnen hade signifikant färre andel genomförda synscreeningar, se tabell 4.

Av de biologiska barnen hade 9 % (1524) utfall och av adoptivbarnen hade 17 % (19) utfall på synscreeningen, se tabell 11. Av de 17552 biologiska barn som genomförde synscreeningen var det 17544 som hade uppgift om utfall. Detta innebar ett bortfall på 8 biologiska barns uppgifter om utfall. Adoptivbarnen hade signifikant högre andel barn med utfall på synscreeningen, se tabell 4.

Totalt av alla barn (50221) var det 14 % (6845) som fick remiss till ortoptist. Av de biologiska barnen var det 14 % (6745) och av adoptivbarnen var det 23 % (100) som fick någon remiss, se tabell 11. Adoptivbarnen hade signifikant fler remisser skickade till ortoptist, se tabell 4.

Tabell 11. Andel biologiska barn respektive adoptivbarn som genomfört synscreening vid fyra års ålder, utfallet vid denna screening och om någon remiss skickats till ortoptist.

	Biologiska barn		Adoptivbarn		Totalt	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Genomförd	17552	97 %	114	91 %	17666	97 %
Ej genomförd	592	3 %	11	9 %	603	3 %
Totalt	18144	100 %	125	100 %	18269	100 %
Utfall	1524	9 %	19	17 %	1543	9 %
Ej Utfall	16020	91 %	95	83 %	16115	91 %
Totalt	17544	100 %	114	100 %	17658	100 %
Fått remiss	6745	14 %	100	23 %	6845	14 %
Ej fått remiss	43036	86 %	340	77 %	43376	86 %
Totalt	49781	100 %	440	100 %	50221	100 %

Hörselscreening och remiss till audiolog eller öronläkare

För totalt 17619 barn fanns data om genomförd hörselscreening vid fyra års ålder. Av dessa barn var det 96 % (16907) som hade genomfört hörselscreening. Av de biologiska barnen hade 96 % (16786) genomfört hörselscreening och av adoptivbarnen var det 98 % (121) av fallen, se tabell 12. Det fanns ingen signifikant skillnad mellan grupperna.

För de 16907 barnen som genomfört hörselscreening saknades data på utfallet för 6 av barnen. För de övriga 16901 barnen var det 6 % (1059) av de biologiska barnen och 12 % (14) av

adoptivbarnen som fått ett utfall, se tabell 12. Adoptivbarnen hade en signifikant högre andel utfall på hörselscreeningen, se tabell 4.

Hos 8 % (4187) av de biologiska barnen och 8 % (35) av adoptivbarnen hade remiss till audiolog eller öronläkare skickats, se tabell 12. Det fanns ingen signifikant skillnad mellan grupperna.

Tabell 12. Genomförda hörselscreeningar och utfallet på dessa för biologiska barn respektive adoptivbarn samt skickade remisser till audiolog och/eller öronläkare för biologiska barn respektive adoptivbarn.

	Biologiska barn		Adoptivbarn		Totalt	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Genomförd	16786	96 %	121	98 %	16907	96 %
Ej genomförd	709	4 %	3	2 %	712	4 %
Totalt	17495	100 %	124	100 %	17619	100 %
Utfall	1059	6 %	14	12 %	1073	6 %
Ej Utfall	15721	94 %	107	88 %	15828	94 %
Totalt	16780	100 %	121	100 %	16901	100 %
Fått remiss	4187	8 %	35	8 %	4222	8 %
Ej fått remiss	45594	92 %	405	92 %	45999	92 %
Totalt	49781	100 %	440	100 %	50221	100 %

Språkscreening och remiss till logoped

Av samtliga 18338 barn som hade data om språkscreening hade 97 % (17773) genomfört språkscreening vid tre års ålder. För biologiska barnen var det 97 % (17654) och för adoptivbarnen var det 97 % (119) som hade genomfört språkscreeningen, se tabell 13. Det fanns ingen signifikant skillnad mellan grupperna, se tabell 4.

Av de totalt 17776 barn som hade genomfört språkscreeningen hade 5 % (945) av de biologiska barnen och 8 % (10) av adoptivbarnen fått ett utfall, se tabell 13. För de biologiska barnen saknas det uppgift om utfall för två barn. Det fanns ingen signifikant skillnad mellan grupperna, se tabell 4.

Av samtliga 50221 barn hade 4009 fått remiss till logoped. Av de biologiska barnen hade 8 % (3949) och av adoptivbarnen hade 14 % (60) fått remiss till logoped, se tabell 13. En signifikant högre andel adoptivbarn hade fått remiss skickad till logoped, se tabell 4.

Tabell 13. Antal biologiska barn respektive adoptivbarn som genomfört språk och tal screening vid tre års ålder och utfallet på denna screening samt skickade remisser till logoped för biologiska barn respektive adoptivbarn.

	Biologiska barn		Adoptivbarn		Totalt	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Genomförd	17654	97 %	119	97 %	17773	97 %
Ej genomförd	561	3 %	4	3 %	565	3 %
Totalt	18215	100 %	123	100 %	18338	100 %
Utfall	945	5 %	10	8 %	955	5 %
Ej Utfall	16711	95 %	110	92 %	16821	95 %
Totalt	17656	100 %	120	100 %	17776	100 %
Fått remiss	3949	8 %	60	14 %	4009	8 %
Ej fått remiss	45832	92 %	380	86 %	46212	92 %
Totalt	49781	100 %	440	100 %	50221	100 %

DISKUSSION

Föreliggande studie visade på två viktiga skillnader i vården på BVC mellan adoptivbarn och biologiska barn. Adoptivbarnen fick i lägre utsträckning hembesök och mottagningsbesök och en lägre andel adoptivbarn var vid 4 års ålder vaccinerade mot mässling, påssjuka och röda hund.

Vad gäller remisser, skickades för adoptivbarnen högre andel remisser till BHV-psykolog, ortoptist och logoped. De biologiska barnen genomförde synscreening i högre grad. Adoptivbarnen fick i högre grad utfall på syn- och hörselscreening.

Resultatdiskussion

Mottagningsbesök

Studien visade att det fanns en liten skillnad mellan adoptivbarn och biologiska barn i det genomsnittliga antalet besök till BVC-sjuksköterskan. Eftersom det var en marginell skillnad mellan grupperna verkar det som att adoptivbarnen fått erbjudande om fler besök efter 1 års ålder än biologiska barn efter 1 års ålder, för att kompensera att de kom in i Basta senare. Eftersom det inte funnits några klara rekommendationer för adoptivbarn inom BVC innan 2008, förutom en hälsokontroll, har dessa barn troligen gått in i det ordinarie barnhälsovårdsprogrammet direkt vid ankomst till Sverige (SOSFS 1991:8). Rekommendationerna från Rikshandboken har bara funnits sedan 2008 men redan 2010 använder majoriteten av barnhälsovårdens distrikt det riktade programmet till adoptivbarn (Magnusson, Lindfors & Tell, 2011). Skillnaden kan också bero på att adoptivföräldrarna inte vill besöka BVC så ofta och tackat nej till erbjudandet. Enligt en intervjustudie av Thörnqvist (2011) uppfattar föräldrarna till adoptivbarn att de inte får samma möjlighet till besök som föräldrarna till nyfödda får och att BVC-sjuksköterskan upplevs utgå från barnens ålder mer än om barnet är nyanlänt. Föräldrarna i Thörnqvist (2011) studie kanske hade ett utökat behov och tyckte inte att BVC var lyhörd för detta. BVC-sjuksköterskan måste vara lyhörd för adoptivföräldrarnas individuella behov och ta hänsyn till det aktuella barnet (Bergmark et.al, 2013).

Hembesök

Adoptivbarnen fick signifikant färre hembesök än de biologiska barnen. Det förekom 19586 biologiska barn i Basta som rapporterades första gången efter 1 års ålder och de hade därför inte fått något hembesök under det första levnadsåret från BVC i Uppsala län. Dessa barn flyttade antagligen in i Uppsala län efter de fyllt ett år men de vore ändå fördelaktigt om de fått ett hembesök i samband med flytten (Magnusson, Blennow, Hagelin & Sundelin, 2011). Almquist-Tangen et al (2010) beskriver att avsaknaden av hembesök över lag kan bero på att föräldrarna har tackat nej, tidsbristen eller den långa resvägen för BVC-sjuksköterskan.

Av adoptivbarnen rapporterades 85 % (374) i Basta efter 1 års ålder men bara 160 barn fick något hembesök. 64 % (280) fick aldrig något hembesök. Det finns en klar skillnad mellan barngrupperna och enligt det riktade basprogrammet mot adoptivbarn i rikshandboken ska alla adoptivbarn få ett hembesök första veckan efter ankomst till Sverige (Lindfors, 2014). Denna rekommendation verkar inte följas från BVC då mer än hälften av adoptivbarnen inte fått något hembesök. Avsaknaden av hembesök kan bero på att rekommendationerna om det riktade basprogrammet mot adoptivbarnen inte kom förrän år 2008 (Magnusson, Lindfors & Tell, 2011) och innan dess fanns det inga tydliga riktlinjer så BVC-sjuksköterskan använde sig av det vanliga basprogrammet. Detta kan ha haft betydelse i denna studie. BVC-sjuksköterskan kanske inte såg adoptivbarnens speciella behov eller individanpassade programmet utefter barnet och föräldrarna. Eftersom det är så få barn som adopteras kan det vara så att BVC-sjuksköterskan var ovan att ta hand om just dessa och inte visste hur hen skulle agera i kontakten med barn och föräldrar.

MPR

I Sverige är 97,4 % av alla tvååringar vaccinerade. Denna studie visade att i Uppsala län var 96,6 % av alla vaccinerade. Denna skillnad beror på att man i Uppsala län räknar alla folkbokförda barn medan man i andra län enbart räknar de barn som det finns journaler för. Det som var anmärkningsvärt är att täckningsgraden för adoptivbarn enbart ligger på 94,8 %. Vad anledningen till att en signifikant lägre andel adopterade blivit vaccinerade med MPR är oklart. Adoptivföräldrar borde vara måna om att barnet blir vaccinerat för att det exempelvis kanske vill åka tillbaka och se sitt ursprungsland, vilket kan vara en risk om man är ovaccinerad. En låg

täckningsgrad mot mässlingsvaccin har i Europa visat sig bero på bristande tillgång till hälso- och sjukvård, vaccinationsmotstånd ofta på grund av religion eller livsåskådning samt bristande information om vaccinering (Folkhälsomyndigheten, 2014). Ingen av dessa ovanstående punkter kan förklara varför adoptivbarn i lägre grad var vaccinerade, deras föräldrar hade samma tillgång till hälso- och sjukvård och borde ha fått samma information angående vaccinering. Inte heller någon av kontraindikationerna mot vaccinet (Fass, 2015) bör finnas i olika utsträckning bland barnen i de olika grupperna. Det verkar således svårt att veta vad skillnaderna kan tänkas bero på. BVC har dock ett ansvar att följa upp så att alla barn blir vaccinerade.

Remisser till barnläkare i öppenvård

Det finns ingen signifikant skillnad mellan grupperna vad gäller skickade remisser till barnläkare. Då adoptivbarn i ökad utsträckning än biologiska barn har problem med tillväxt (Carlberg & Nordin Jareno, 2007) borde förhållandet mellan grupperna inte se ut som de gör då avvikande längd, vikt, tillväxt och BMI är indikationer för att skicka en remiss till barnläkare. En av förklaringarna till att fler remisser skickades till biologiska barn kan vara att de oftare kommer in i Basta som nyfödda. Adoptivbarn har oftast hunnit bli minst ett år när de anlände och hade då färre år på sig att få remisser skickade. Vid analysen med regressionsanalys har hänsyn tagits till vilken ålder barnet hade vid inkomst i systemet och troligen är det därför sambandet inte är signifikant då åldern med stor sannolikhet spelar in en hel del i sammanhanget. Adoptivbarnen får vid ankomsten till Sverige en rutinmässig läkarundersökning (MIA,2012) och eventuellt kan avvikelser som annars skulle lett till en skickad remiss, om de upptäcktes av BVC-sjuksköterska, ha upptäckts vid detta rutinmässiga läkarbesök.

Remisser till BHV-psykolog

Det var signifikant fler adoptivbarn som fick remiss till BHV-psykolog skickad än biologiska barn. Remisser till BHV-psykolog kan skickas vad gäller avvikelser på barnets utvecklings- och funktionsnivå och när föräldrarnas mående och anpassning till den nya rollen som förälder inte är optimal (Lannér Swensson, 2014). Fler och fler av de barn som idag adopteras till Västvärlden, däribland Sverige, har haft en svår bakgrund innan de blivit adopterade såsom boende i både fysiskt och psykologiskt fattiga institutionsmiljöer. Vid undernäring och understimulering finns risk att hjärnan inte utvecklas på rätt sätt eller att utvecklingen försenas, vilket kan ge en ökad

risk för kognitiva störningar. Med detta som bakgrund ter det sig logiskt att adoptivbarn fick fler skickade remisser till BHV-psykolog än vad biologiska barn fick. Det är således bra att det fanns en skillnad vad gäller skickade remisser då adoptivbarnen har ett ökat behov av stöd (Carlberg & Nordin-Jareno, 2007).

Hörselscreening

Att det inte förelåg någon signifikant skillnad mellan hur många adopterade och biologiska barn som genomfört hörselscreening känns rimligt. Det är bra att barnen i ungefär lika stor utsträckning hade genomfört hörselscreening då alla barn som är fyra år bör genomgå ett hörseltest för att upptäcka eventuella hörselnedsättningar (Ivarsson, 2014). Däremot fanns en signifikant skillnad mellan grupperna när det gällde andelen barn med utfall på hörselscreeningen. Adoptivbarnen hade i betydligt högre andel barn med utfall än de biologiska barnen. Enligt myndigheten för internationella adoptioner ser adoptionsförmedlarna en ökning av andelen barn som har särskilda behov såsom exempelvis nedsatt hörsel (MIA, 2012) av den anledningen kanske det inte var så konstigt att adoptivbarnen fick fler avvikelser på hörseln än biologiska barn.

Hos både de biologiska barnen och adoptivbarnen var det 8 % som fått remiss till audiolog eller öronläkare. Det fanns således ingen skillnad mellan grupperna. Att det inte förelåg någon skillnad mellan grupperna kan tyckas vara bra men då adoptivbarnen i ökad grad hade någon slags avvikelse på hörseln kan man tycka att adoptivbarnen också borde få fler audiolog och öronläkarremisser skickade. Vad detta beror på är oklart.

Synscreening

Det fanns en klar skillnad mellan adoptivbarnen och de biologiska barnen vad gäller genomförd synscreening. Adoptivbarnen hade lägre andel som genomfört undersökningen. Även fast de biologiska barnen hade ett bortfall på åtta personer borde inte det påverka resultatet eftersom det är en så låg andel som saknas. Detta kan bero på att adoptivbarnen i större utsträckning hade problem med att genomföra undersökningen med HVTO-tavlan (Magnusson & Lindfors, 2014). Adoptivbarnen hade högre andel barn som hade utfall på synscreeningen och det kan kopplas samman med andra barnmedicinska problem som för tidig födsel, alkoholrelaterade fosterskador

och litet huvudomfång. Många av barnen från Östeuropa hade problem med synen (Grönlund et al 2009) och bland de länder som adopterar flest barn finns bland andra Ryssland och Ukraina (Sjöholm, 2013). För adoptivbarnen skickades fler remisser till ortoptist. Detta känns logiskt eftersom adoptivbarnen oftare fick utfall på synscreeningen.

Språkscreening

Ingen skillnad kunde ses mellan grupperna gällande genomförd språkscreening vid 3 års ålder. I båda fallen hade 97 % av barnen genomfört screening. På utfallet av screeningen blev det heller inte någon signifikant skillnad mellan grupperna, men tendenser till att högre andel adoptivbarn fick utfall kunde ses. Bortfallet hos adoptivbarnen borde inte göra någon skillnad i resultatet. Adoptivbarn har enligt SOU 2003:49 språkproblem i högre utsträckning, dock märks problemen mest av i skolsituationer. Barnen i denna undersökning hade ännu inte börjat skolan så dessa språkproblem kanske syns först senare.

Vid påtagligt utfall på språkscreeningen bör remiss skickas till logoped och barnhälsovårdspedagog, barnet bör också göra en hörselundersökning (Jonsell, 2011). Detta då grava språkstörningar ofta visar sig ha ett samband med andra diagnoser såsom exempelvis autism eller uppmärksamhetstörningar (Westerlund, 2008). Logopedremisser skickades i signifikant högre utsträckning till adoptivbarnen än till de biologiska barnen. Då språkscreeningen är viktig i avseende att upptäcka andra diagnoser (Westerlund, 2008) kan det tyckas att BVC-sjuksköterskan inte bör vänta med att skicka remiss till logoped. Hellre skicka några remisser för mycket och upptäcka diagnoser såsom autism i tidigare skede för att på så sätt kunna sätta in rätt hjälp och stöd till barnet och familjen.

Bronfenbrenners ekologiska modell

Enligt Bronfenbrenners ekologiska modell (Magnusson, Blennow, Hagelin & Sundelin, 2011) påverkas individens hälsa och utveckling av det som finns runtomkring. Ett internationellt adoptivbarn kommer från ett system till ett helt annat dit hen måste anpassa sig. Barnhälsovården kan sägas vara en del av exosystemet och har direkta, men också indirekta påverkande faktorer på adoptivbarn och biologiska barns hälsa. Exempelvis påverkar MPR-vaccinationen barnen på ett direkt sätt då de inte blir sjuka i mässling, påssjuka och röda hund efter vaccinering. Genom

att ge bra stöd till adoptivfamiljer med exempelvis hembesök och täta besök på barnavårdscentralen kan BVC-sjuksköterskan bli ett av flera mikrosystem runt barnet och på så vis förbättra och ge det stöd som en nybliven familj behöver. Det finns dock många faktorer utöver barnhälsovården som påverkar barnets hälsa då allting runt omkring i samhället påverkar barnet på något sätt såsom miljön, industrier och trafik.

Klinisk relevans

Det finns förbättringspotential inom barnhälsovården vad gäller likartad vård för adoptivbarn och biologiska barn. Då BVC-sjuksköterskan inte har särskilt många adoptivbarn under ett yrkesverksamt liv kan det möjligtvis vara svårt att hålla sig uppdaterad på hur programmet för adoptivbarn ser ut. Det är därför bra att det sedan 2008 finns tydliga riktlinjer (Bergmark et. al., 2013) för hur man ska ta hand om ett adoptivbarn på bästa sätt på BVC. Utbildning till personalen som arbetar med detta kan också behövas.

Tolkning av resultatets betydelse för vården av adoptivbarnen

Att adoptivbarnen i lägre utsträckning fick hembesök än de biologiska barnen kan leda till att adoptivfamiljen får en sämre kontakt med sin BVC-sjuksköterska. Syftet med hembesök är primärt att etablera en god kontakt med familjen (Almqvist-Tangen, Bergström, Lindfors, Holmberg & Magnusson, 2010). Hembesöket ger sjuksköterskan en bra kontakt med familjen vilket i förlängningen medför ökad kvalitet i form av igenkännande, individualitet och en bättre rådgivning till familjen (Jansson, Sivberg, Wilde-Larsson &, Udén, 2003) detta missar adoptivfamiljerna som på grund av uteblivet hembesök kan känna minskad tillit till sin BVC-sjuksköterska och därför inte vågar fråga om sådant som de skulle vilja ha råd och stöd i. Detta kan kanske leda till att adoptivföräldrarna känner minskad trygghet i föräldrarollen.

Att adoptivbarnen fick lite färre mottagningsbesök skulle kunna leda till att BVC-sjuksköterskan upptäcker olika typer av avvikelser, som exempelvis tillväxtproblem, senare än BVC-sjuksköterskan annars skulle ha gjort. Det finns också en risk att föräldrar inte får all den information som BVC normalt sätt delger under det första levnadsåret, vilket skulle kunna leda till minskad kunskap och trygghet i föräldrarollen. En individualisering av kontakten med BVC måste ändå göras för varje enskilt barn (Bergmark et.al, 2013).

Att adoptivbarnen var vaccinerade i lägre grad mot MPR innebär för de ovaccinerade individerna att de kan drabbas av mässling, påssjuka och röda hund. Att åka till ett land där sjukdomen fortfarande förekommer innebär en större risk för en ovaccinerad individ. Idag reser man ofta utanför Sveriges gränser och det kan anses vara viktigt att ha ett fullgott vaccinationsskydd. År 2013 insjuknade i världen 194 000 personer i mässling (Folkhälsomyndigheten, 2015).

En ökad andel av de adoptivbarn som kommer till Sverige har någon typ av funktionsnedsättning såsom exempelvis nedsatt hörsel (MIA, 2012) och de har också ökad risk för olika tillväxtrubbningar (Carlberg & Jareno, 2007). Det är därför bra att det för adoptivbarnen skickas fler remisser till BHV-psykolog, ortoptist samt till logoped då de har ett ökat behov av detta. Att det inte skickas fler remisser till audiolog eller öronläkare för adoptivbarn kan däremot vara negativt då det kan innebära att adoptivbarnen inte får rätt hjälp vid misstänkt hörselnedsättning.

Metoddiskussion

Studien var en registerstudie och datamaterialet var insamlat från en regional databas vid namn Basta. Det finns både för- och nackdelar med registerstudier. fördelarna är att man får data på en totalpopulation istället för en undersökningsgrupp, vilket gör att man får en större undersökningsgrupp och därför ökar säkerheten i analyserna och betydelsen av bortfallet minskar. Att samla in ny data är en process som tar tid och finns den data som behövs i ett register kan det vara fördelaktigt att använda sig av detta. En nackdel med att använda sig av denna metod jämfört med en urvalsstudie är att man i en urvalsstudie kan hämta valfri information, i en registerstudie kan variabeltillgången vara begränsad och alla variabler man behöver för att besvara frågeställningarna kanske inte finns i registret (Olsen, 2011). I denna studie fanns dock alla variabler i registret som behövdes för att besvara frågeställningarna på ett relevant sätt. En risk med register är att felaktiga data finns. Den data som finns i Basta är avsedd att vara samma data som också finns i den pappersskrivna BHV-journalen. Hur väl överensstämmer då data i Basta med barnets journal? En studie av Wallby, Lagerberg, Magnusson & Sundelin (2012) talar för att validiteten på data som finns i Basta är tillräckligt hög för att kunna användas för både forskning och kvalitetssäkring. Barnhälsovården bör vara

likartad i hela landet vad gäller de variabler som använts i studien vilket innebär att studiens externa validitet kan anses vara hög.

Gruppen studerade adoptivbarn är mycket liten i förhållande till gruppen med biologiska barn då få adoptioner sker årligen i Sverige (Statistiska centralbyrån, 2014). Troligen hade fler signifikanta resultat kunnat ses om adoptivbarnen var flera. Det har ändå varit tillräckligt många adoptivbarn för att se vilka skillnader i barnhälsovård som finns mellan grupperna. Etikprövning har skett i studien “sociala skillnader i hälsa hos späd- och förskolebarn” och det är samma data som används i denna studie.

Slutsats

Det finns flera viktiga skillnader mellan adoptivbarn och biologiska barn för hur de behandlas på BVC och vilka behov de har. Adoptivbarnen får i lägre utsträckning än biologiska barn ta del av viktiga komponenter i svensk barnhälsovård vilket kan leda till sämre hälsa för gruppen på lång sikt. Vården behöver bli mer jämlik för adoptivbarnen och för att komma till insikt om varför dessa skillnader finns behövs fler studier på området.

REFERENSER

- Almquist-Tangen, G., Bergström, M., Lindfors, A., Holmberg, L., & Magnusson, M. (2010). Minskat antal hembesök inom barnhälsovården: Sjuksköterskornas attityder avgörande för hur verksamheten utvecklas. *Läkartidningen*, (107), 2968-2971.
- Alfvén, T., Axelsson, H., Lindstrand, A., Swartling-Peterson, S. & Persson, L-Å. (2013, 8 januari). Dödligheten minskar men fortfarande dör 7 miljoner barn varje år. *Läkartidningen*, 1-2 (110). Hämtad 17 oktober, 2015 från http://www.lakartidningen.se/OldWebArticlePdf/1/19081/LKT1301s28_30.pdf
- Andersson Grönlund, M., Aring, E., Strömblad, K., Landgren, M., Svensson, L. & Hellström, A. (2009, 3 mars) Ögon- och synförändring vanligt hos adopterade från Östeuropa. *Läkartidningen*, (106) 676-678. Hämtad 17 september, 2015 från <http://www.lakartidningen.se/Functions/OldArticleView.aspx?articleId=11506>
- Aronen, T. & Kurkula, S. (1996) Long-term effects of an early home-based intervention. *Child and adolescents psychiatry*.35(12) 1665-1672. DOI: 10.1097/00004583-199612000-00019
- Bergmark, K. Birgander, M. Ernstsson, L. Nevander, G. Nyberg, E. & Viberg, M. (2013). *Barnhälsovård vid adoption: Barnhälsovård för adoptivbarn efter ankomsten*. Hämtad 17 mars, 2015, från Rikshandboken barnhälsovård, <http://www.rikshandboken-bhv.se/Texter/Barnhalsovard-vid-adoption/Barnhalsovard-for-adoptivbarn-efter-ankomsten/>
- Bredford, M. (2015) *Nationell målbeskrivning: Nationell målbeskrivning för Psykologer för mödrahälsovård och barnhälsovård*. Hämtad 8 September, 2015, från Psykologförbundet <http://www.psykologforbundet.se/mbhv-psykologerna/foreningen/Nationell-malbeskrivning1/>
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development: Experiment by nature and design*. Cambridge: Harvard University press
- Carlberg, M. & Nordin Jareno, K. (Red.). (2007). *Internationellt adopterade i Sverige- vad säger forskningen?*. Stockholm:Gothia. Hämtad 16 September, 2015 från MIA <http://www.mia.eu/Documents/publikationer/Internationellt-adopteradeSverige.pdf>
- Djordjevic, V., Folin, E. & Sheikh, E. (2011). *Kärnan i förändring- En litteraturöversikt avseende ungdomar i behandling*. (C-uppsats). Örebro: Akademin för juridik, psykologi och socialt arbete, Örebro universitet. Tillgänglig: <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:420665/FULLTEXT01.pdf>

Ekholm, L. (2013) *När, hur och varför?*, *Tidigare vaccinationsprogram*. Hämtad 17 mars, 2015, från Rikshandboken barnhälsovård, <http://www.rikshandboken-bhv.se/Texter/Nar-hur-och-varfor/Tidigare-vaccinationsprogram/>

Ernstsson,L. (2013) *Språkutveckling hos adopterade barn*. Hämtad 18 augusti, 2015, från Rikshandboken barnhälsovård, <http://www.rikshandboken-bhv.se/Texter/Anknytning-utveckling-inskolning-mm/Sprakutveckling-hos-adopterade-barn/>

Falck, S. (2007) *Nationell målbeskrivning för sjukskötersketjänstgöring inom barnhälsovården*. Hämtad 7 september, 2015, från <http://www.vgregion.se/Pages/117740/sjuksk%C3%B6tesketjanstgoring.pdf>

Folkhälsomyndigheten. (2013). *Barnvaccinationsprogrammet i Sverige-Årsrapport*. Stockholm:Folkhälsomyndigheten.

Folkhälsomyndigheten, (2013). *Frågor och svar om mässling, påssjuka och röda hund (MPR)*. Hämtad 26 augusti, 2015, från Folkhälsomyndigheten, <http://www.folkhalsomyndigheten.se/arnesomraden/smittykydd-och-sjukdomar/vaccinationer/fragor-och-svar/massling-passjuka-och-roda-hund/>

Folkhälsomyndigheten. (2014). *Orsaker till lokalt låg täckning av MPR- vaccination i Sverige: Pilottest av WHO:s metod Tailoring Immunization Programmes (TIP)*. Hämtad 15 september, 2015, från Folkhälsomyndigheten. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/18933/Orsaker-till-lokalt-lag-tackning-av-MPR-vaccination-i-Sverige.pdf>

Folkhälsomyndigheten. (2015). *Sjukdomsinformation om mässling*. Hämtad 27 augusti, 2015 från Folkhälsomyndigheten, <http://www.folkhalsomyndigheten.se/arnesomraden/smittykydd-och-sjukdomar/smittyamma-sjukdomar/massling/>

Folkhälsomyndigheten. (2013). *Sjukdomsinformation om påssjuka*. Hämtad 27 augusti, 2015 från Folkhälsomyndigheten, <http://www.folkhalsomyndigheten.se/arnesomraden/smittykydd-och-sjukdomar/smittyamma-sjukdomar/passjuka/>

Folkhälsomyndigheten. (2013). *Sjukdomsinformation om röda hund*. Hämtad 27 augusti, 2015 från Folkhälsomyndigheten, <http://www.folkhalsomyndigheten.se/arnesomraden/smittykydd-och-sjukdomar/smittyamma-sjukdomar/roda-hund/>

Hagenäs, L. (2012). *När ska man skriva remiss till barnläkare*. Hämtad 2 juni från Rikshandboken barnhälsovård, <http://www.rikshandboken-bhv.se/Texter/Remiss/Nar-ska-man-skriva-remiss-till-barnlakare/>

Håkansson, N., Flärd, H., Bentzen, I., Linder, K., Bentzen, N. & Håkansson, A. (2006, 23 augusti). Likheter och olikheter i skandinavisk barnhälsovård Sverige har bäst förutsättningar för gott samarbete läkare–sjuksköterska. *Läkartidningen* 103 (34) 2385-2389. Från http://www.lakartidningen.se/OldWebArticlePdf/4/4666/LKT0634s2385_2389.pdf

Ivarsson, L. (2014). *Hörselscreening av 4-åringar inom BHV*. Hämtad 12 Maj, 2015 från Rikshandboken barnhälsovård, <http://www.rikshandboken-bhv.se/Dokument/Undersokningar/Manual%20h%C3%B6rselscreening,%20Rikshandboken%20BHV.pdf>

Jansson, A., Sivberg, B., Wilde-Larsson, B. & Udén, Giggi. (2003, 10 april). Hembesök kan ge nyblivna föräldrar stöd att utvecklas som familj: Första mötet med barnhälsovården viktigt för den fortsatta kontakten. *Läkartidningen*, 100(15). 1348-1351. Från http://ww2.lakartidningen.se/old/content_0315/pdf/1348_1351.pdf

Jonsell, R. (2012). *Bakgrund och mål*. Hämtad 2 Juni, 2015, från Rikshandboken barnhälsovård, <http://www.rikshandboken-bhv.se/Texter/Om-Rikshandboken/Bakgrund-och-mal/>

Jonsell, R. (2011). *Språk och tal*. Hämtad 18 augusti, 2015 från Rikshandboken barnhälsovård. <http://www.rikshandboken-bhv.se/Texter/Undersokningar/Sprak-och-tal/>

Karlsson, S. & Munthe, M. (2015). *BVC-sjuksköterskans stöd till familjer med adopterade barn- Kvalitativ intervjustudie av BVC-sjuksköterskors erfarenheter* (magisteruppsats). Borås Institutionen för vårdvetenskap, Högskolan i Borås.

Lannér Swensson, A. (2014). *Vanliga föräldrarfrågor: Föräldra-barn samspelet, 0-2 år*. Hämtad 8 september, 2015, från Rikshandboken barnhälsovård <http://www.rikshandboken-bhv.se/Texter/Vanliga-foraldrfragor/Relationer-och-samspel/>

Lindfors, A. (2014). *Hembesök-förslag på upplägg*. Hämtad 17 maj, 2015, från Rikshandboken barnhälsovård. <http://www.rikshandboken-bhv.se/Texter/Barnhalsovarsprogrammet-aldrar/Hembesok/>

Ludvigsson, J., Ejderhamn, J., Andersson, O. & Nordström, K. (2014). *Nationell målbeskrivning för läkartjänstgöring på BVC*. Hämtad 7 september 2015 från Rikshandboken barnhälsovård,

<http://www.rikshandboken-bhv.se/Dokument/Nationella%20m%C3%A5lbeskrivningar/Nationell%20m%C3%A5lbeskrivning%20f%C3%B6r%201%C3%A4kartj%C3%A4nstg%C3%B6ring%20p%C3%A5%20BVC.pdf>

Magnusson, M., Blennow, M., Hagelin, E., och Sundelin, C. (2011). *Barnhälsovård - att främja barns hälsa*. Stockholm:Liber

Magnusson, M. Lindfors, A (2014). *Ögon, syn och synprovning - undersökning*. Hämtad 7 maj, 2015, från Rikshandboken barnhälsovård, <http://www.rikshandboken-bhv.se/Texter/Undersokningar/Undersokning-av-ogon-syn-och-synprovning-/>

Magnusson, M., Lindfors, A., & Tell, J. (2011, 30 augusti). Stora skillnader i Svensk barnhälsovård- Barnhälsovårdsenheter avgör själva oroande att nationellt program saknas. *Läkartidningen*,108 (35) 1618-1621, Hämtad 14 maj, 2015 från http://www.lakartidningen.se/OldWebArticlePdf/1/16845/LKT1135s1618_1621.pdf

Magnusson, M., Tell, J., Blennow, M. och Reuter, A. (2014). *Barnhälsovårdsprogrammet-en översikt*. Hämtad den 14 oktober, 2015, från Rikshandboken barnhälsovård, <http://www.rikshandboken-bhv.se/Texter/Oversikt/Det-aldersrelaterade-programmet---en-oversikt/>

MIA. (2012). *Fler barn som adopteras har särskilda behov*. Hämtad 17 september, 2015, från MIA <http://www.mia.eu/sv/Publikationer/MIA-Info/Nr-2---2008/Flera-barn/>

MIA. (2014). *Kort om 1993 års Haagkonvention*. Hämtad 18 oktober, 2015, från MIA <http://www.mia.eu/sv/Publikationer/MIA-Info/MIA-Info-2014---1/Kort-om-Haagkonvention/>

Olsen, J. (2011). Register-based research: Some methodological considerations. *Scandinavian Journal of Public Health*, 39(3). 225–229. DOI: 10.1177/1403494811402719

Paust, A. (2014). *Kan förstärkta insatser från barnhälsovården i form av extra hembesök bidra till minskad stress och ökad trygghet hos föräldrar*. Västra götalandregionen. Hämtad 5 september, 2015 från <http://www.researchweb.org/is/vgr/project/158771>

Priorix*. (2015). *I Fass.se*. Hämtad 15 september, 2015, från <http://www.fass.se/LIF/product?userType=0&nplId=19980717000112>

Rikshandboken barnhälsovård. (u.å.). *BHV programmet - en översikt*. Hämtad 20 oktober, 2015, från Rikshandboken barnhälsovård http://www.rikshandboken-bhv.se/Dokument/%C3%96versikt/BHV_programmet_en_oversikt_liggande_2050826.pdf

Rykkje, L. (2007). Intercountry adoption and nursing care. *Scandinavian journal of caring science*, 21(4). DOI: 10.1111/j.1471-6712.2007.00503.

Rädda Barnen. (u.å.). *BARNKONVENTIONEN - LÅNG VERSION*. Hämtad 18 oktober, 2015, från Rädda Barnen, <http://www.raddabarnen.se/om-oss/barnkonventionen/barnkonventionen-lang-version/>

Sjöholm, G. (2013). *Lika få adoptioner som på 60-talet*. Hämtad 7 April, 2015, från SVT Nyheter, <http://www.svt.se/nyheter/inrikes/lika-fa-adoptioner-som-pa-60-talet>

Socialstyrelsen. (2014). *Vägledning för barnhälsovården*. Stockholm: Socialstyrelsen

Socialstyrelsen. (2008). *Vaccination av barn- det svenska barnhälsovårdsprogrammet. En kunskapsöversikt för hälsovårdspersonal*. Stockholm: Socialstyrelsen.

SOSFS 1991:8. Hälsoundersökningar inom barnhälsovården. Stockholm: Socialstyrelsen.

SOSFS 2014:15. Ändring i föreskrifterna(SOSFS 2006:22)om vaccination av barn. Stockholm: Socialstyrelsen.

SOU 2003:49. Sammanställning av forskning avseende adoptivbarn och deras liv efter adoptionen. Stockholm: Fritzes offentliga publikationer

Statistiska centralbyrån. (2010). *Adoptioner*. Stockholm: Statistiska centralbyrån

Statistiska centralbyrån. (2014). *Internationella adoptioner minskar*. Hämtad 4 november, 2015 från statistiska centralbyrån, http://www.scb.se/sv/_Hitta-statistik/Artiklar/Internationella-adoptioner-minskar/

Thörnqvist, E. (2011). *Adoptivföräldrars och biologiska föräldrars upplevelser av barnhälsovården*. (D-uppsats). Uppsala: Institutionen för vårdvetenskap, Uppsala universitet. Tillgänglig: <http://uu.diva-portal.org/smash/get/diva2:431078/FULLTEXT01.pdf>

UNICEF. (2014). *Health, the big picture*. Hämtad 17 oktober, 2015, från UNICEF http://www.unicef.org/health/index_bigpicture.html

UNICEF. (2010, September). Achieving the MDGs with Equity. *Progress for children*. Nummer 9. Tillgänglig http://www.unicef.org/protection/Progress_for_Children-No.9_EN_081710.pdf

Vetenskapsrådet. *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Vetenskapsrådet. Hämtad 5 september, 2015 från <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>

Wallby, T. (2012). *Lika för alla- social position och etnicitet som determinater för amning, föräldrars rökvanor och kontakter med BVC*. (Doktorsavhandling). Uppsala: Acta universitatis upsaliensis uppsala.

Wallby, T., Lagerberg, D., Magnusson, M. & Sundelin, C. (2012). *Basta- Validitet i ett regionalt barnhälsovårdsregister*. (Doktorsavhandling, Artikel V) Uppsala: Acta universitatis upsaliensis uppsala.

Wallby, T & Hjern, A. (2011). *Child health care uptake among low-income and immigrant families in a Swedish country*. (Doktorsavhandling, Artikel III). *Acta paediatrica*, 100 (11) 1495-1503

Westerlund, M. (2008, 16 januari). Språkscreening av 2,5–3-åringar identifierar även andra avvikelser -Väldokumenterad metodik är förutsättningen. *Läkartidningen* 3(105) 132-134. Hämtad 18 augusti, 2015, från http://www.lakartidningen.se/OldWebArticlePdf/8/8563/LKT0803s132_134.pdf