

Dokumentet om barns hälsa bra start, men fler måste engageras

Medicinska forskningsrådets »state-of-the-art»-konferens om barnhälsovårdens betydelse för barns hälsa är ett lovvärt initiativ till att vetenskapligt analysera verksamheten inför framtiden.

Barnhälsovården har genom åren präglats av stabilitet. Författningar och allmänna råd från Socialstyrelsen har reglerat arbetet. Det senast fastställda programmet för hälsoundersökning inom barnhälsovården finns i SoS Allmänna råd 1991:8.

Luckor i dokumentet

MFR-konferensen valde att belysa verksamheten, inte ett avgränsat medicinskt problem, vilket har gjort förutsättningarna svåra. Barnhälsovårdens

verksamhet omfattar flera discipliner, vilket kommer till uttryck genom att en rad företrädare för subspecialiteter har åsikter utifrån sitt perspektiv om hur vården skall bedrivas. Konferensens planeringsgrupp har valt att ta upp de delar av verksamheten som berör hörsel, ADHD/DAMP, utvecklingsstörning, samspel föräldrar–barn, amning samt frågor förknippade med tobak och astma–allergi. Saknas gör den verksamhet som berör bl a syn, tillväxt och vaccination.

Tyvärn har man belyst verksamheten endast ur ett medicinskt och psykologiskt vetenskapligt perspektiv. Granskningen hade fördjupats och förbättrats om man även hade inkluderat ett pedagogiskt vetenskapligt perspektiv. En av

Författare

MAGNUS BORRES
docent, barnhälsovårdsöverläkare,
Göteborg.

E-post: magnus.borres@vgregion.se

BVC-sköterskans viktigaste roll är enligt min uppfattning hälsopedagogens, ett perspektiv som saknas i dokumentet.

Tvåra kast

Det man slås av är de tvåra kasten mellan de allmänna råden från 1991 och slutsatserna från denna »state-of-the-art»-konferens åtta år senare. I de allmänna råden anges att »alla barn bör

Barnhälsovården kräver helhetssyn!

Splittrad bild i "state-of-the-art"-dokument

Författare

EVA NYBERG

fil dr, leg psykolog, forskningsledare inom barn- och ungdomspsykiatri, Stockholms läns landsting.

E-post: eva.nyberg@oms.sll.se;
eva.n.nyberg@telia.com

Iden granskning av barnhälsovården som presenteras i »state-of the art»-dokumentet »Barnhälsovårdens betydelse för barns hälsa» (se separat artikel i detta nummer) kan två skilda perspektiv på verksamheten utläsas. Ett är samhällsperspektivet: att granska verksamheten som skyddsverksamhet för barn. Ett annat är kravet på evidens, knutet till en speciell forskningsmetod. Perspektiven föranleder olika typer av texter, ofta blandade i samma stycke, vilket ger dokumentet ett något ointegrerat intryck.

De två perspektiven

Samhällsperspektivet ingår i barnhälsovårdens mål och bör därför vara det övergripande. Vid granskning av delkomponenterna bör deras betydelse för verksamheten som helhet beaktas. Det kan sammanfattas så, att barnhälsovården är mer än summan av dess delar. Implementering av nya komponenter, i dokumentet exemplifierade genom s k program, måste likaså ske utifrån en helhetssyn.

Så som evidenskravet på olika delkomponenter införs, såväl befintliga

som föreslagna, saknas en sådan integrerad syn. Det blir en ganska fragmentariserad verksamhet som presenteras i dokumentet.

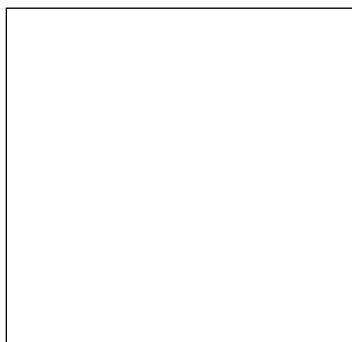
Klyfta mellan praktik och forskning

Barnhälsovården är en tämligen oglamorös verksamhet inom medicinen. Den har inte tilldelats några större forskningsresurser och dess praktiker gör sällan forskningskarriärer. Få verksamhetsfrågor blir därför föremål för akademisk forskning, och utvecklingen av arbetet bygger huvudsakligen på beprövad erfarenhet. Barnhälsovårdens målgrupp är heller inte högljudd, som en del patientgrupper inom sjukvården kan vara.

Det behöver inte betyda att utvecklingsarbetet har varit inadekvat i förhållande till behov och resurser, men det gör barnhälsovården till en sårbar verksamhet för kritik från akademiskt forskarkarhåll. Sårbarheten illustreras väl i föreliggande dokument.

Genom sin betoning på behovet av utvärdering kanske dokumentet ändå kan bli ett led i närmandet mellan barn-

Se artiklarna med start på sidan 3064 samt under Debatt.



undersökas av läkare vid 6–12 veckors, 6 månaders, 12 månaders, 18 månaders och 5,5–6 års ålder». I »state-of-the-art»-dokumentet sägs att läkarens undersökning av barn efter 2-månaderskontrollen ersätts med ett fastställt program för besök hos BVC-sjuksköterskan.

Ett annat exempel på dessa tvära kast är att undersökning vid 5,5–6 år, 1991 fastställs förmå identifiera en stor andel av de barn som får skolproblem, i och med att den bygger på såväl föräldrars som förskolepersonals observationer samt en motorisk perceptuell screening. Flertalet landsting har infört denna tidskrävande hälsokontroll under 1990-talet utifrån dessa riktlinjer. I »state-of-the-art»-dokumentet menar man nu att

Frigjord läkartid

måste komma barnen till godo i form av kvalificerade konsultinsatser av en erfaren allmänläkare eller barnläkare.

FOTO: IT STOCK/GREAT SHOTS

»dessa aktiviteter bör ses som pilotprojekt och bli föremål för kvalificerad utvärdering».

Hälsoundersökningen vid 5,5–6 år har under åren säkerligen omfattat ca 100 000 barn i Sverige. Bara i Göteborg har under de senaste fem åren 25 000 barn undersökts, och det blir svårt att inför kolleger, sköterskor, psykologer och, inte minst, föräldrar förklara att denna verksamhet bara är »pilotprojekt».

Varför denna omsvängning?

Vad har då framkommit under dessa åtta år för att så drastiskt förändra synsättet på såväl läkarmedverkan inom barnhälsovården som screeningkriterierna? Wilsons och Jungers kriterier för

hälsovården och universiteten. Klyftan mellan praktik och forskning minskas om olika utvärderingsprojekt knyts till utvecklingsarbete och till personalens fortbildning.

I dokumentet förespråkas samarbete mellan barnhälsovården och universitetsinstitutioner som är specialiserade på utvecklingspsykologi. Utifrån barnhälsovårdens tvärvetenskapliga karaktär bör samarbetet vidgas till att omfatta olika forskningsinstitutioner som bedriver, eller har intresse för att starta, för barnhälsovården relevanta forskningsprogram inom såväl medicin och psykologi som pedagogik och socialt arbete.

Evidensbegreppet

Evidenskravet på verksamheten ges ett stort utrymme i dokumentet. Evidens inom barnhälsovården presenteras dock huvudsakligen som ett metodproblem för forskningen, eftersom RCT-studier, »randomised controlled trials», är svåra att genomföra. Metodkriteriet för evidens resulterar i att forskning efterlyses inom områden där en hel del kunskap, genomförd med för frågeställ-

ningarna adekvata metoder, faktiskt redan finns.

Det är inte rimligt med en definition av evidensbegreppet som medför att även *avhandlingar* med relevans för utvecklingsarbetet inom barnhälsovården avfärdas som kunskapskälla. Kravet på evidensbaserad kunskap innebär då en risk att kasta ut barnet med badvattnet, i stället för en möjlighet att ge verksamheten en vetenskaplig bas. Att betrakta evidens som knuten till en enda metod inom ett speciellt vetenskapligt paradigm riskerar definitivt att ställa mångfacetterade verksamheter, bl a då barnhälsovården, utanför forskarsamhällets intresse.

Barnhälsovården definieras i dokumentet som en medicinsk verksamhet med starka psykosociala inslag. Den bygger på både medicin och samhällsvetenskap. I samband med en del forskningsfrågor, som exempelvis handlar om arbetssätt eller komplicerade psykosociala problembilder, dvs när inte kvantiteter utan ökad förståelse efterfrågas, kan systematiserade kvalitativa beskrivningar vara till störst nytta i utvecklingsarbetet.

Vad skall utforskas?

Bra forskning karakteriseras av att forskningsfrågorna undersöks med adekvata metoder. Det är en god överensstämmelse mellan frågeställning och metod som bör utgöra kriterium för acceptabel evidens snarare än ett specifikt metodkrav. Med all respekt för internationell praxis måste nog ändå definitionen av begreppet evidens bli föremål för diskussion, gärna i en dialog mellan forskare och praktiker.

Med inspiration ur dokumentet framträder några frågor som viktiga att utforska, där också den kvalitativa metodiken är särskilt användbar. Exempel är hur barnhälsovårdens tidiga föräldrastöd egentligen är beskaffat i relation till teorier om tidigt samspel, till utvecklingspsykologiska teorier om spädbarn och till anknytningsteori; hur personalen inom barnhälsovården kombinerar ett föreskrivande budskap i folkhälsosyfte med ett stöd till föräldrarnas individuella resurser; vilken betydelse barnhälsovårdsarbetet har för barnet i familjer med psykosocial problematik.

Forskningen bör vara verksamhetsnära i den meningen att den beprövade

kraven på screening borde väl ha varit lika aktuella i början av 1990-talet som nu? Det kan väl inte vara så, att vi nu plötsligt yrvaket börjar förstå vad evidensbaserad verksamhet går ut på?

Visst är det bra att dagens debatt, liksom »state-of-the-art»-dokumentet, får oss att bättre skärskåda vår egen verksamhet. Vi skall inte tänka i traditionella och konservativa banor, men visst reagerar många trotjänare inom barnhälsovården med en viss uppgivenhet på att det sätt på vilket man arbetar idag kommer vara felaktigt i morgon.

En viktig lärdom vi kan dra av detta är att vi måste vara än mer noggranna och tänka oss för innan vi introducerar nya arbetssätt och moment i vårt basprogram. Tyvärr är det ett betydande ar-

bete att införa nya moment, men också svårt att för föräldrar motivera varför en undersökning inte behövs.

Frigjord läkartid skall komma barnen till godo

Det är glädjande att MFR-dokumentet slår fast »att den frigjorda läkartiden måste komma barnen till godo i form av kvalificerade konsultinsatser av en erfaren allmänläkare eller barnläkare beroende på problemens art». Detta tror jag att alla som jobbar med praktisk barnhälsovård kan ställa sig bakom. Jag tycker dessutom att den frigjorda tiden skulle kunna användas även till teamkonferenser, som på många håll i Sverige har avskaffats på grund av tidsbrist.

Att minska antalet läkarbedömning-

ar från fem till en medför, enligt dokumentet, en risk för att upptäckten av allvarliga medicinska tillstånd försenas. Däremot nämns inte den, enligt min erfarenhet, största risken, nämligen att den frigjorda tiden inte kommer barnen till godo utan försvinner som vanligt i det »svarta hålet». De landsting som redan avskaffat läkarmedverkan vid 18-månaderskontrollen kan tyvärr inte rapportera att den frigjorda tiden kommit de mest utsatta barnen till godo.

Då vi diskuterar läkarmedverkan på BVC glömmar vi lätt bort att vi har till uppgift inte bara att hitta behandlingsbara avvikelser utan även att vara ett stöd för sjuksköterskan och vara delaktig i hälsorådgivning direkt till föräldrarna. Minskad läkartid på BVC inne-

erfarenheten tillvaratas som kunskapskälla, särskilt vid avgöranden om vad som skall utforskas. I forskning om föräldrautbildningen t ex, vilken omfattar ca 70 procent av alla familjer som får sitt första barn, bör knappast forskningsfrågorna inriktas mot dess legitimitet utan mot metodutveckling.

Ändrat fokus

Både nya och traditionella fokuseringar inom barnhälsovårdens uppgifter efterlyses i dokumentet. Vissa fokuseringar innehåller intressanta motsättningar, vilka dock inte problematiseras i framställningen.

Ett ändrat fokus – från upptäckt av avvikelser hos barn till ett hälsoperspektiv som innefattar mobilisering av föräldrars resurser – efterfrågas. En del erfarenheter tyder också på att en sådan utveckling sker. Föräldrars frågor idag har en större bredd än tidigare. Samtalen mellan personal och föräldrar har utvecklats mot att vara mindre föreskrivande och mer dialogiska.

Samtidigt finns ett omfattande dokumentationskrav i framför allt medicinskt hälsoövervakningssyfte, vilket

utgör ett kraftfullt styrmedel i arbetet. Som barnhälsovårdens ansikte utåt medverkar dokumentationen till att osynliggöra stora delar av verksamheten, inte minst det psykosociala arbetet. Kanske några kartläggningsstudier behövs för att identifiera vilket fokus barnhälsovårdens vardagsarbete faktiskt har idag?

Basprogrammet, som är lika för alla familjer, utgör stommen i barnhälsovårdens arbete och motiverar kontakten mellan personal och familj. Samtidigt förespråkas i dokumentet något som kan ses som en individualisering av kontakten mellan barnhälsovården och familjen, t ex en rekommendation att i partnerskap med föräldrarna fatta beslut angående intensiteten av hälsoövervakningen. Verksamhetens unika ställning med sin integrering av stöd och övervakning är inget nytt. En individualisering av formen för kontakten kan dock ställa krav på nya arbetsformer.

Avvägning av specialinsatser

En fråga som inte heller problematiseras är omfattningen av generella in-

satser till alla familjer, respektive insatser till riskgrupper. En motivering för de generella insatserna är att befintliga screeninginstrument har svag prediktionsförmåga. Endast generella åtgärder kommer därför att innefatta riskgrupperna.

En annan motivering är att ingen barnfamilj behöver känna sig utpekad – alla går till barnvårdscentralen, även familjer med svår psykosocial problematik som annars undviker institutioner och myndigheter.

Inte önskvärt att förändra barnhälsovårdens karaktär

En del av barnhälsovårdens resurser ägnas idag åt förebyggande arbete med riskgrupper: t ex stödgrupper för föräldrar med barn som inte sover, stöd till deprimerade nyförlösta mödrar etc. Det är en viktig uppgift, men den kräver överväganden. Ökade insatser för utvalda målgrupper förändrar barnhälsovårdens karaktär från en normalinstitution till en institution för familjer med speciella behov. Det påverkar dess renommé på längre sikt, vilket måste beaktas i metodutvecklingsarbetet. •