

# Tidigare skolstart bör föranleda förändring av BVCs 6-årskontroll

Utifrån ett förändringsperspektiv har vi utvärderat hälsokontrollen vid 5,5–6 års ålder vid de bohuslänska barnavårdscentralerna under hösten 1997. Syftet var att studera utfallet, om utfallsbarnen var »nyupptäckta», vilka åtgärder som vidtogs och vilka remissinstanserna var. Vidare önskade vi utvärdera hälso- och sjukvårdspersonalens och lärarnas uppfattning av värdet med undersökningen och dokumentera fungerande samarbetsformer mellan barnavårdscentral (BVC), förskola och skola.

För att uppnå dessa båda syften har två olika metoder använts, dels en kartläggning av resultat av den erbjudna hälsokontrollen, dels en enkätundersökning.

## SKOLFÖRBEREDANDE UNDERSÖKNING

Den skolförberedande undersökningen inom barnhälsovården infördes i början av 1990-talet i många landsting, utifrån att Socialstyrelsen i sitt allmänna råd 1991 förordade en utvidgning av den avslutande hälsokontrollen på barnavårdscentralen [1]. Den tidigare psykomotoriska bedömningen vid 4 års ålder hade i longitudinella studier visat sig ha ett lågt prediktivt värde med avseende på framtida skolproblem [2]. Flera studier hade visat att barn med svårigheter eller avvikelser med motorik, perception och koncentration till stor del kan identifieras på BVC om undersökningen görs vid 5,5–6 års ålder och bygger på såväl föräldrars som förskolepersonals observationer samt en direktobservation av barnet [3, 4].

Den nuvarande hälsokontrollen vid 5,5–6 år som införts i flertalet lands-

tingsområden är en modifiering av en screeningmetod utvecklad av Gillberg och Rasmussen [5, 6]. Screeningmetoden har inte utvärderats vetenskapligt för barn under 6 år [7]. Det har i uppföljningsstudier befunnits föreligga en relativt god överensstämmelse mellan lärarens skattning av barnets svårigheter och resultaten av BVCs 5,5–6-årsundersökning för gruppen barn med tydliga svårigheter avseende motorik, inlärning och beteende [8]. Överensstämmelsen för barn med mindre uttalade svårigheter var dock sämre. Bergström och medarbetare har påvisat klara identifikationsproblem på BVC för denna grupp barn [9]. Bondestam och Amcoff har i den senaste publicerade svenska uppföljningen av BVCs 5,5–6-årsundersökning funnit starkare samband mellan förskollärares och lärarens bedömning av barnet än mellan förskollärares bedömning och föräldrarnas respektive undersökarens uppgifter [10].

Idag jämfört med 1991 råder andra förutsättningar, då flertalet barn börjar skolan som 6-åringar i s k förskoleklass med skolan som huvudman. I enlighet med propositionen 1997/98:6, Förskoleklass och andra skollagsfrågor, har riksdagen fastslagit att alla barn skall erbjudas verksamhet inom ramen för offentligt skolväsende från 6 års ålder. Innehåll och tidpunkt för barnhälsovårdens avslutande hälsokontroll behöver utifrån en tidigare lagd skolstart förändras samtidigt som man i samma proposition fastslagit att ansvaret för hälsoövervakning för barn i 5,5–6 års ålder även fortsättningsvis åligger sjukvårdshuvudman, om inte annat överenskommit med skolhuvudman [11].

Syftet med undersökningen var:  
– att studera utfallet av barnhälsovårdens hälsokontroll vid 5,5–6 år och vilka åtgärder som vidtogs,  
– att studera barnomsorgs-, hälso- och sjukvårdspersonals och lärares uppfattning om värdet av hälsokontrollen.

## METOD

I Bohuslän infördes en utvidgad hälsokontroll på BVC för åldersgruppen 5,5–6 år 1992–1993. Den innehåller

## Sammanfattat

- Den skolförberedande undersökningen vid 5,5–6 års ålder är tidskrävande och ifrågasatt och har därför utvärderats genom en kartläggning av utfall, åtgärder och remissvägar för drygt 1 000 barn.
- En enkätundersökning genomfördes för att utvärdera hälso- och sjukvårdspersonal samt skolpersonals uppfattning av värdet med skolförberedande undersökning.
- Det visade sig att det är flest pojkar som identifieras, att undersökningen fokuserar på motoriska avvikelser och att det relativt sällan upptäcks »nya barn».
- BVC-personal, skolsköterskor och lärare värdesätter denna hälsokontroll trots tolkningssvårigheter av resultaten.
- Resultaten från vår utvärdering ger stöd för vår uppfattning att den skolförberedande undersökningen bör förändras såväl i tid som till innehåll.

idag tre delar, dels en direktobservation av barnet på BVC, dels föräldraformulär och dels förskolepersonalformulär med frågor om barnets mognad och beteende. Barnets motorik och perception observeras genom att barnet får genomföra sex olika moment (hoppa eller stå på ett ben, Fogs test, handrörelse, klippa cirkel och spårning). Något moment som avser att specifikt mäta koncentration finns inte med, utan BVC-sköterskan har utifrån sin observation och tidigare kunskap om barnet bedömt om koncentrationssvårigheter föreligger eller ej. Bedömningen av koncentration grundas på uppgifter från förskoleformulär samt om påtaglig koncentrationsavvikelse framkommer vid undersök-

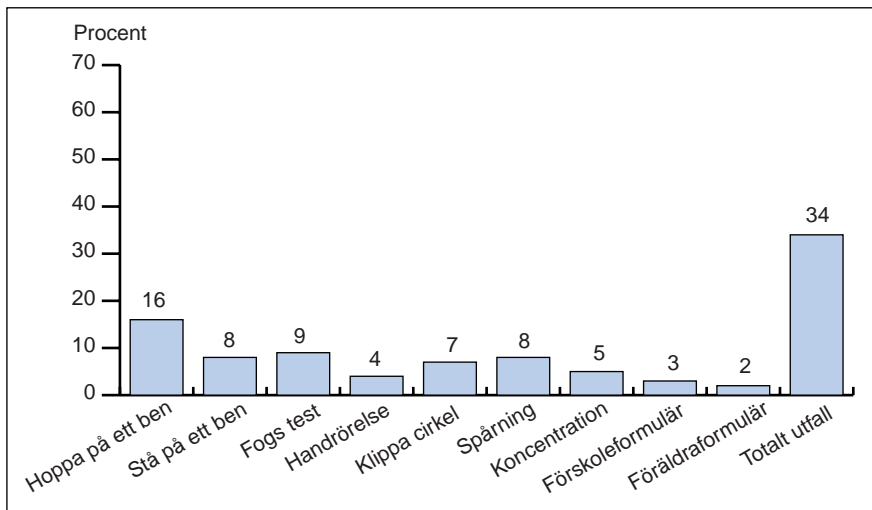
## Författare

GUN BOHLIN

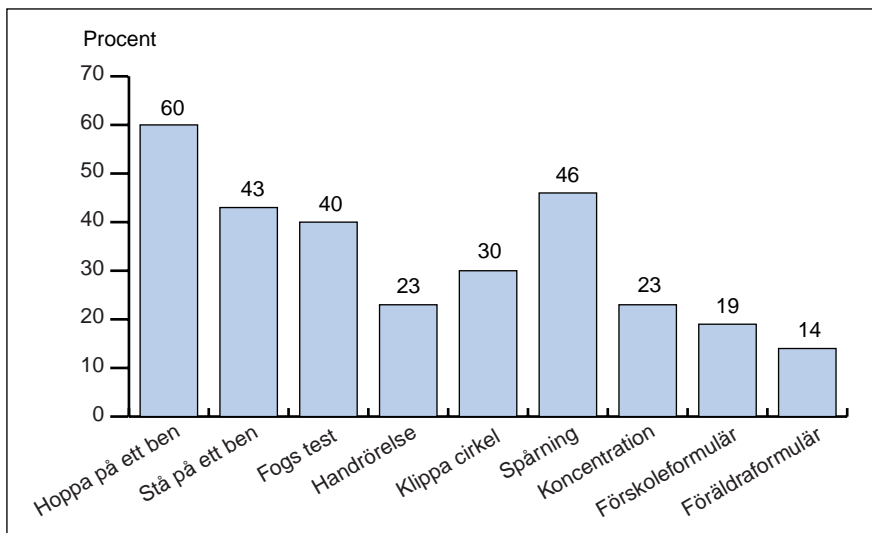
leg psykolog, Primärvården Bohuslän, Västra Götalandsregionen, Stenungsund

MAGNUS P BORRES

docent, barnhälsovårdsöverläkare, Primärvården Göteborg, Västra Götalandsregionen, Göteborg.



**Figur 1A.** Fördelning av utfall på undersökningsmomenten för hela undersökningsgruppen (N=1062).



**Figur 1B.** Fördelning av utfall på undersökningsmomenten för utfallsgruppen (N=122).

ningen. Bedömningsgrunderna är validerade, och tidigare undersökningar har visat på positiv korrelation mellan förskolans bedömning och lärarskattning av barnets koncentrationsförmåga [10]. Undersökningen sker vid två kontakttillfällen, och vid sista tillfället genomförs läkarundersökning. Sammantaget utfall räknas om flickan/pojken fått två respektive tre utfall på de motoriska och perceptuella momenten. Utfall på enbart koncentration, föräldra- respektive förskoleformulär bedöms som utfall på undersökningen även om motoriska svårigheter inte framkommit.

### Metod I

I samband med ordinarie undersökningstillfälle under tidsperioden 15 september 1997–15 december 1997 fyllde BVC-sjuksköterskan i särskilt formulär för varje barn (N=1 062). Uppgifter som dokumenterades var hur barnet

klarade bedömningen, tidsåtgång, resultat av tidigare BVC-bedömningar och eventuella viktiga åtgärder. Instruktioner för ifyllande av uppgiftsblankett meddelades i ett medföljande informationsbrev. BVC-personalen ombads att basera sin bedömning på de metodanvisningar som återfinns i handbok för BVC Bohuslän.

### Metod II

Parallellt med kartläggningen genomfördes en enkätundersökning i 26 BVC-områden. Urvalet skedde genom att var femte BVC utvaldes från landstingets BVC-register. Genom detta förfarande blev varje primärvårdsområde representerat med minst en BVC, oftast fler beroende på områdets storlek. Sjuksköterskan och läkaren från varje utvald barnavårdscentral blev uppmanade att fylla i en enkät. Samtidigt fick områdets barnomsorgsenheter, skolsköterska och

en slumpvis utvald lärare i årskurs 2 fylla i motsvarande enkät. Totalt skickades 26 enkäter ut till respektive yrkesgrupp, med undantag av barnomsorgsföreståndarna som totalt erhöll 34 enkäter.

Enkäterna var utformade så att flertalet svar skulle kunna kategoriseras dikotomt. För några frågor fanns flera svarsalternativ samt VAS-skala för skattning av attityd kring några frågeställningar.  $\chi^2$ -test användes för att beräkna statistisk skillnad mellan grupperna. Utrymme fanns för kommentarer och synpunkter.

## RESULTAT AV METOD I – KARTLÄGGNINGEN

Totalt kallades under perioden 1 090 barn (P/F 556/529) till 5,5–6-årsundersökningen på BVC. Av de kallade barnen genomfördes bedömningen på 1 062 (97,4 procent). Bortfallet utgjordes av ofullständigt ifyllda formulär eller familjer som uteblev eller avböjde undersökningen. I några av fallen kom familjen efter påminnelse, dock utanför kartläggningstiden. Skälen till att föräldrarna avböjde var i huvudsak att barnet hade ett sedan tidigare känt kroniskt handikapp. Medianåldern för de undersökta barnen var 5 år och 7 månader (variationsvidd 5:4–6:3). För 325 barn saknades förskoleformulär, och vanligaste orsaken var frånvaro av daghemspå. Glömska var ett annat angivet skäl.

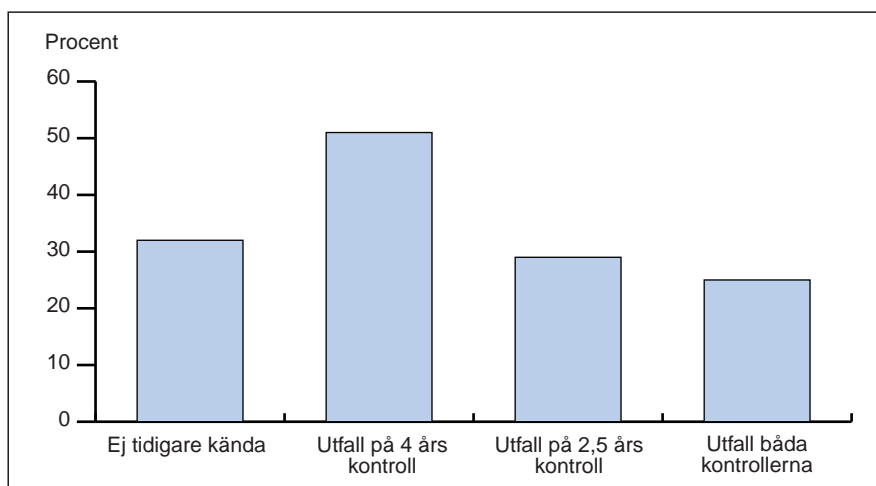
### Utfall

Av de 1 062 undersökta barnen klarade 700 bedömningen helt utan märkning (66 procent). Resterande antal barn (N=362, 34 procent) fick utfall på något eller några undersökningsmoment (Figur 1A). Könsfördelningen för denna grupp barn var P/F 2:1. Fler barn bedömdes ha motoriska utfall än utfall med avseende på koncentration, i förskole- respektive föräldraformulär.

Gruppen barn som sammantaget fick utfall utgjordes av 122 barn (11,5 procent). Majoriteten var pojkar med fördelningen P/F 3:1. Även denna grupp har mer utfall på motoriska/perceptuella moment än på övriga parametrar (Figur 1B).

Få av de 122 barnen var barn med enskilt utfall på koncentration (N=1), föräldra- respektive förskoleformuläret (N=3). I stället verkar flertalet av dessa barn ha enbart motoriska utfall (N=35) eller motoriska utfall i kombination med andra utfall (N=53).

Majoriteten av barnen (68 procent) med ett sammantaget utfall hade en problematik som tidigare var känd av personalen på barnavårdscentralen (Figur 2). Oftast hade problematiken blivit känd i samband med 4-årskontrollen,



**Figur 2.** Samband mellan tidigare hälsokontroller och känd problematik för utfallsgruppen (N=122).

men redan vid tal- och språkscreeningen vid 2,5 års ålder hade 33 procent av »utfallsbarnen» uppmärksammats. Således var 32 procent av barnen som sammantaget föll ut »nyupptäckta» på BVC.

### Åtgärd

Vanligaste åtgärden vid utfall för gruppen barn med sammantaget utfall var utökad rådgivning utifrån barnets problematik (N=63). Råd angående motorisk träning, språklig stimulans, social mognad etc var vanligt förekommande interventioner. Rådgivningen gavs framför allt av BVC-sjuksköterskan men även av BVC-läkare och i några fall av psykolog och barnläkarkonsult. 37 av dessa 122 barn remitterades.

Andra insatta åtgärder var konsultation/bedömning av barnhälsovårdspsykolog (N=21) och av barnläkare (N=17). I vissa förekommande fall skedde en utökad kontakt med barnomsorgen (N=9) respektive med skolan (N=4). För 36 (28 procent) barn sattes ingen åtgärd in trots ett sammantaget utfall.

Vanligaste remissinstans var psykolog (N=16), logoped (N=12), barnläkare på barnmottagning/slutenvård (N=10), DAMP-team/sjukgymnast (N=4), BUP (N=1) och övriga (N=3). Av de 37 barnen som remitterades till fortsatt utredning var en majoritet pojkar även i relation till procentuell andel av gruppen. Således remitterades 33 procent av pojkarna i gruppen barn med sammantaget utfall men endast 20 procent av flickorna. Många av barnen remitterades parallellt till flera remissinstanser.

Tidsåtgång för hela gruppen barn var i medeltal 50 minuter för BVC-sjuksköterska och 14 minuter för BVC-läkaren. För barnen med sammantaget utfall var

det en marginell ökning av tidsåtgången, 53 respektive 18 minuter.

## RESULTAT AV METOD II – ENKÄTUNDERSÖKNING

Svarsfrekvensen var hög, 100 procent för sjuksköterskor, skolsköterskor och barnomsorgsföreståndare. Motsvarande frekvens för läkare respektive lärare årskurs 2 var 84 procent och 69 procent.

### BVC-personalens uppfattning

En tredjedel av sjuksköterskorna och läkarna ansåg att det var svårt att hinna bedöma barnen på ett korrekt sätt på den avsatta tiden. Undersökningen uppfattades som tidskrävande men meningsfull av flertalet sjuksköterskor (73 procent).

Läkargruppen var också positiv till undersökningens värde, 59 procent uppgav att 5,5-årsundersökningen var meningsfull. Någon statistisk skillnad förelåg inte mellan sköterske- och läkargrupp ( $\chi^2=0,55$ ). Båda yrkesgrupperna skattade dock värdet av 5,5-årsundersökningen högre än 2,5- respektive 4-årsundersökningarna.

En fjärdedel av båda yrkesgrupperna ansåg att bedömningsmaterialet inte gav tillräckligt underlag för en helhetsbedömning av barnet. Utfallskriterierna var dåligt preciserade, och många angav att de motoriska momenten var svåra att bedöma. 47 procent av sjuksköterskorna ansåg att utfallskriterierna inte gick att följa. Exempelvis beskrev 35 procent av sköterskegruppen Fogs test som svårt att bedöma för denna åldersgrupp.

Såväl sjuksköterskorna som läkarna tror sig inte hitta barn som inte tidigare varit kända. Hälften av sjuksköterskorna anger stor frustration över långa vän-

tetider till framför allt psykolog och logoped för de barn som fallit ut.

### Förskole- och skolpersonals uppfattning

Generellt var man från barnomsorgen tveksam inför värdet av barnhälsovårdens 5,5-årsundersökning. 60 procent av barnomsorgsföreståndarna hade inte fått information om syftet med undersökningen och uppgav ett bristfälligt samarbete med barnavårdscentralen. 90 procent svarade att samarbetet inte hade utökats efter det att den skolförberedande undersökningen infördes inom barnhälsovården.

Skolsköterskorna (92 procent) och samtliga lärare som besvarade enkäten ansåg att det var värdefullt att BVC utför 5,5-årsundersökningen i sin nuvarande form. Undersökningsresultatet underlättar planeringen för barnet i skolan enligt 76 procent av skolsköterskorna. Lärarna uppgav att de inte hade fått information utifrån 5,5-årsundersökningen när eleverna började i skolan, men de var trots detta generellt positiva till att barnets svårigheter kartläggs så långt som möjligt före skolstart.

### DISKUSSION

Strukturerade hälsoundersökningar av barn är ett viktigt inslag i barnhälsovårdens arbete. Vid 5,5-årsundersökningen bedöms barnets motorik, perception/hörsel, tal/språk och allmänna utveckling. Vid besöket summeras olika iakttagelser kring barnet, barnet ska ges möjlighet att bidra med synpunkter om sig själv, samt bedöms behovet av särskilt stöd inför skolstart.

Vi finner i vår undersökning att BVCs hälsokontroll vid 5,5–6 års ålder är tidskrävande. Den identifierar mest pojkar samt fokuserar på motoriska avvikelser. Relativt sällan upptäcks »nya» barn. Flertalet av utfallsbarnen i vår utfallsgrupp har haft svårigheter vid tidigare hälsokontroller eller har en sedan tidigare känd problematik.

Det är de motoriska momenten som barnen inte klarar, få barn faller ut på grund av koncentrationsavvikelser. 34 procent av hela den studerade gruppen har minst ett utfall, vilket vida överskrider det generellt rekommenderade utfallet på 15 procent vid en screening.

I enkätsvaren framkommer att utfallskriterierna är svåra att följa, en del av de motoriska momenten anses av BVC-personalen som svårbedömda och ligger enligt personalens uppfattning inte åldersmässigt helt rätt. Till vår förvåning framkommer vid denna kartläggning att flertalet av BVC-läkarna, BVC-sjuksköterskorna, skolsköterskorna och lärarna värdesätter 5,5–6 års

**ANNONS**

undersökningen trots hälsokontrollens stora utfall och tolkningssvårigheter. BVC-personal skattar värdet av 5,5-årsundersökningen högre än 2,5- och 4-årsundersökningen.

Vi kan bara spekulera i orsakerna till detta. En förklaring kan vara att man uppskattar 5,5-6-årsundersökningens syfte att summera och avsluta. Läkarna och sjuksköterskorna ges en möjlighet att följa upp och utvärdera sina tidigare ställningstaganden och åtgärder. Värdet av denna funktion är svårt att bedöma, men den torde vara viktig för att kunna utveckla en klinisk erfarenhet.

Det finns idag inte något vetenskapligt utprövat undersökningsinstrument som med säkerhet identifierar barn med DAMP-problematik för åldersgruppen 5-6 år. Den metod vi använder idag har utprovats för barn från 6 år och uppåt och har visat sig ha god sensitivitet. De höga utfall som framkommit då samma metod använts för något yngre barn visar på behovet att anpassa innehållet till den något yngre åldersgrupp som BVC undersöker.

Inom några landsting diskuteras möjligheten att förlägga BVCs nuvarande hälsokontroll till 5 år för att bättre harmonisera med skolstart och skolhälsovårdens första hälsokontroll. Detta kräver dock ett förändrat innehåll och också ett klagörande av vilken målsättning som undersökningen bör ha.

BVCs skolförberedande hälsokontroll har ibland felaktigt blivit kallad för DAMP-screening. Vi måste dock acceptera att våra möjligheter att hitta barn med lätt till måttlig DAMP är relativt begränsade.

Resultaten från vår kartläggning liksom tidigare utvärderingar har med tydlighet visat att de barn som har en mer grav problematik är sedan tidigare kända av BVC. I dagsläget finns dock inte redskapen att rätt identifiera den betydligt större grupp som utifrån mer lindriga svårigheter med koncentration och uppmärksamhet kräver viss anpassning i skolan.

Den motorisk-perceptuella undersökningen av barnet med syfte att screena förekomst av DAMP-problematik skulle på sikt med fördel kunna förläggas till barnets första skolår. Som situationen ser ut idag är dock de lokala förutsättningarna inom skolhälsovård mycket olika, och på många håll finns otillräckliga resurser.

En förändring av detta slag kräver en rustad skolhälsovård med avseende på både resurser och kompetens och är därför idag generellt inte ett realistiskt alternativ.

Sannolikt kommer hälsoövervakningen av 6-åringar tills vidare i huvudsak att kvarstå inom barnhälsovården. Trots barnhälsovårdens begränsade

möjligheter att hitta alla de barn som sedan visar sig få problem har en avslutande hälsokontroll på BVC ett stort värde enligt våra resultat. Besöket ger möjlighet till summering och förberedelse av barnets skolstart och har utifrån dessa aspekter även fortsatt ett berättigande.

Vår erfarenhet från denna kartläggning är att nuvarande hälsokontroll på BVC för 5,5-åringar behöver förändras såväl avseende tid som innehåll men att det fortsatt är viktigt att bedöma barnets mognad inför skolstart och att utveckla goda samverkansformer som rätt utnyttjar BVCs kunskap om barnet.

Det är vår skyldighet att den kunskap som vi förvärvat om barnet och barnets familj överförs till skolhälsovården.

### Referenser

1. SoS allmänna råd :1991.
2. Mellbin T, Sundelin C, Vuille JC. Från 4 år till 10 år. Stockholm: Socialstyrelsen, 1982. Socialstyrelsen redovisar1982: 10.
3. Bondestam M, Hagelin E, Rydell AM, Westerlund M. Sexårsundersökning i samarbete mellan BVC, föräldrar och förskola. Socialmedicinsk tidskrift 1988; 10: 479-84.
4. Kornfält R, Johannesson P, Svensjö G. MBD kan spåras på barnavårdscentralen i allmän undersökning före skolstart. Läkartidningen 1991; 88: 2233-7.
5. Gillberg C, Rasmussen P, Carlström G, Svensson B, Waldenström E. Perceptual, motor and attentional deficit in six-years old children. Epidemiological aspects. J Child Psychol Psychiatry 1982; 23: 131-44.
6. Gillberg C, Rasmussen P. MBD hos 6- och 7-åringar kan spåras med enkla diagnos hjälpmedel. Läkartidningen 1982; 79: 4443-5.
7. Gillberg C. Ett barn i varje klass. Stockholm: Cura 1996.
8. Bondestam M, Hagelin E, Rydell AM, Westerlund M. Health examination in relation to school adjustment in grade 1. Acta Paediatr 1992; 81: 257-61.
9. Bergström E, Blomqvist H, Ferry S, Högstadius P, Rudebeck CE. Samordnad hälsokontroll underlättar skolans planering av stödinsatser. Läkartidningen 1988; 85: 2946-51.
10. Bondestam M, Amcoff B. BVC fångar inte alla förskolebarn med problem. Läkartidningen 1998; 95: 4103-5.
11. Ds 1997:10. Samverkan för utveckling. Om förskolan, skolans och skolbarnsomsorgen.

**P**alliativ medicin är vetenskapen som den palliativa vården grundar sig på, dvs utbildningen, utvecklingen och forskningen.

I Läkartidningen har under 1999 och 2000 publicerats 15 artiklar som belyser palliativ vård från olika sidor. Dessa har samlats i ett särtryck som kan beställas med kupongen nedan.

Priset är  
80 kronor.

## Palliativ medicin



Beställer härmed.....ex  
av "Palliativ medicin"

.....  
namn

.....  
adress

.....  
postnummer

.....  
postadress

Insändes till **LÄKARTIDNINGEN**  
**Box 5603**  
**114 86 Stockholm**

Faxnummer: **08-20 74 35**

**www.lakartidningen.se**