

Skolhälsovårdens framtid

Lyft fram det som är bra i svensk barnhälsovård!

Hur har svensk hälsovård för barn och ungdomar erövrat ett internationellt anseende för goda kvaliteter? Genom att lyfta fram och ta till vara det som är bra bör man även i arbetet med att omstrukturera skolhälsovården kunna nå ett gott resultat.

Sverige har sedan många år haft rykte om sig att bedriva bra hälsovård för barn och ungdom. Speciellt barnhälsovården har ansetts heltäckande och har uppmärksamats internationellt. Även skolhälsovården har varit en del i den goda hälsovård som kommit svenska barn till del.

I den aktuella diskussionen om barn och ungdomshälsovård för många framden s k salutogena effekt man vill uppnå. Vi skall inte bara se till, screena för, fel och brister hos barnen utan även se till deras starka sidor. Vad gör många barn friska och varför förblir de friska?

Den pågående debatten kring barn- och skolhälsovården präglas av att finna vad som är fel på just hälsovården. Vad bristerna är och hur de skall rättas till är de frågor som dominerar debatten. Men ingen nämner eller ställer frågan: Vad är det som är så bra med svensk hälsovård för barn och ungdom? Varför har den på många sätt blivit/varit ett exempel internationellt? Hur har den så förnämligt kunna nå alla barn?

Hälsokontroller kritiserar

Hälsokontrollerna har fyllt en stor funktion inom såväl barn- som skolhälsovården under stor del av det gångna seklet. De är nu utsatta för stark kritik bland annat i den pågående skolhälsovårdsdebatten [1, 2], och det mesta talar – om man lyssnar på ledande hälso-

vårdsföreträdare i landet – för att de kommer att försvinna i nuvarande form.

Det är ingen tvekan om att det inte är meningsfullt och lämpligt att leta testiklar eller granska ljumskar vid första skolläkarkontrollen i första klass, när bedömningar av retentio och eventuellt bräck är gjort inom barnhälsovården. Att läkaren letar efter sneda ryggar rutinmässigt är heller inte meningsfullt när en god screening via sjuksköterskan säkert fungerar bättre.

Men värdet av generella eller åtminstone brett riktade läkarkontroller är att läkaren kommer i nära kontakt med barnet, lär känna det och kan vara delaktig i bedömningen av dess välspektive illabefinnande samt kan lära sig förstå och bedöma dess fysiska och psykiska utveckling.

På samma sätt som barnets längd-vikt-kurva måste vara en kurva med flera värden, inte endast ett enskilt startvärde, för att kunna ge information om barnets fysiska utveckling, ger hälsokontrollerna läkaren möjlighet att bedöma barnets psykiska och allmänna utveckling över tiden.

Handlar ej om screening

Ofta sägs att hälsokontroller inte fyller kraven för vetenskapligt godtagbar screening av sjukdomar. Bremberg [1] menar att nyttan av hälsokontroller endast är belagd inom ett fåtal områden, men påpekar ändå att egna översiktsstudier talat för deras nytta inom så viktiga områden som huvudvärk, skadliga levnadsvanor (alkohol, tobak, kostvanor), klamydiainfektioner och skolios. Detta är i sig inte dåligt. Elinder [2,3] framför att hälsokontrollerna syftar till screening av dåligt definierade neuropediatriska tillstånd, vilket i sig skadar barnen.

Man glömmer att hälsokontrollerna aldrig har varit eller har varit tänkta som screeninginstrument. Deras främsta funktion har utvecklats till att ge läkaren, tillsammans med sjuksköterskan, en möjlighet att träffa de enskilda barnen och följa dem över tiden.

De har inneburit möjlighet till en god hälsoövervakning av varje enskilt barn.

”Men ingen nämner eller ställer frågan: Vad är det som är så bra med svensk hälsovård för barn och ungdom?”

För att utnyttja engelskan så har det inom svensk hälsovård inte rört sig om screening utan om clinical surveillance. Det är i denna bredare kontext som hälsokontrollerna måste bedömas.

Kamp mot akronymer

Elinder har i en rad artiklar i dagspress och senast i Läkartidningen [2, 3] kritiserat begreppen DAMP, ADHD, ADD med flera. Men det är inte bara begreppen som sådana utan även vad de står för som inte godtas.

Jag kan inte värja mig ifrån att Elinder kämpar mot dessa akronymer lika intensivt som en känd medeltida riddare slogs mot väderkvarnar. Men det är inte förkortningarna i sig som är det viktiga, det är vad dessa står för och vad de beskriver. Genom dem och genom det forskningsarbete som bl a neuropsykiatern Christopher Gillberg har bedrivit i Göteborg har vi fått inblick i en ny och spännande värld.

Det är en värld av analyser och bedömningar av barns handikapp och avvikelser i sin utveckling och inom sitt beteende men även av deras styrkor, vilket leder oss till nya möjligheter att stödja och hjälpa barnet i skolan. Vi i skolans hälsovård får en inblick i på vilket sätt det okoncentrerade barnet är okoncentrerat och vilka orsakerna kan vara till det – biologiska, psykologiska och/eller sociala.

På samma sätt får vi en inblick i barnets förmågor vad gäller motorik och perception, allmänna utvecklingsnivå, läsning och skrivning samt dess exekutiva färdigheter (att planera, uppfatta tidssammanhang etc). Allt detta är viktigt för att kunna begripa barnets svårigr

Författare

TRYGGVE ÅRMAN

överläkare vid Barnens sjukhus på Huddinge sjukhus, skolöverläkare i Huddinge kommun.

ANNONS

ANNONS

heter i skolan och förstå hur han/hon skall kunna hjälpas vidare i exempelvis sin inläring eller sin anpassning.

Om skolhälsovården inte skulle ta till sig nya forskningsrön från neuropsychiatriken eller från andra områden, kommer den att stå still och på sikt försvina. Det är genom öppenhet för förändringar och genom integration av nya forskningsrön i hälsovården som en utveckling sker av dess verksamhet.

Dessa nya kunskaper måste införlivas i skolhälsovården och beaktas vid utarbetande av ett nytt basprogram – ett basprogram som Skolläkarförbundets ordförande Jan Tenstam efterlyser [4].

Kommunhälsovård för barn

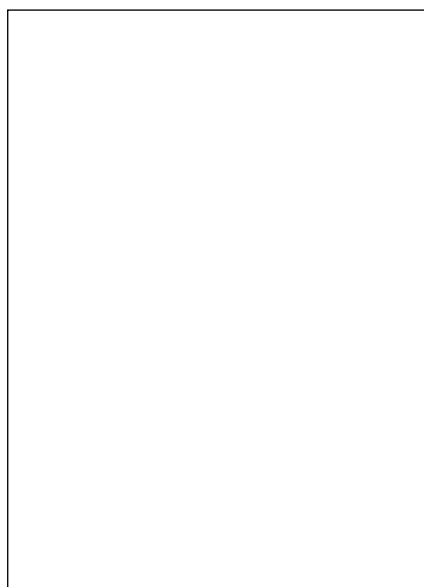
Såväl Bremberg [1] som Berg Kelly [5] efterlyser i sina inlägg om skolhälsovården en sammanhållen hälsovård för barn och ungdom från 0 till 20 år. Ett exempel på detta finns lokalt i England med kommunbarnläkare. De har, där det fungerar, såväl ett övergripande hälsoansvar för barn som ansvar för vård av kroniskt sjuka barn och barn i behov av rehabilitering utanför sjukhuset. Den övervägande delen av praktisk hälso- och sjukvård sköts av husläkarna.

Kommunbarnläkaren skulle i Sverige inkludera den roll barnläkaren i öppenvård och de öppna barnmottagningarna spelar, vilket är värt att uppmärksamma i detta sammanhang. I den pågående debatten inskränker sig nämnda författare till hälsovården från 0 till 20 år.

Danmark nämns nu som ett föredöme, trots att Danmark är känt för att ha mycket stora brister inom sin hälsovård generellt, med bl a kortare medellivslängd än hos befolkningen i de flesta utvecklade europeiska länder. Detta hindrar inte att Danmark kan vara på väg att bygga upp en verksamhet som på sikt är vida bättre än i Sverige. Men vad är då bra i Sverige, varför kan ingen specificera och peka på de faktorer som gett Sverige gott renommé inom hälsovården för just barn och ungdom?

Det pekas på sjuksköterskans viktiga roll i barnhälso- och skolhälsovården, men läkarens roll tonas ned eller förringas. Skolläkaren, och även BVC-läkaren, skall – är det tänkt – främst arbeta genom sjuksköterskan och vara hennes/hans konsult och på det sättet förmedla sitt medicinska kunnande ut i praktisk hälsovård.

Att vara konsult i medicinska och neuropsychiatriska frågor är viktigt, men att sedan enbart eller främst arbeta genom sjuksköterskan i elev-/barnkontakten är svårare. Läkarens kontakt eller



Hälsovården måste, för att kunna vara förebyggande, även inrymma kontakter med friska barn.

möjlighet till kontakt med barnet/barnen måste bevaras – till detta återkommer jag.

Integrering bör debatteras

Ett av Berg Kellys starka argument för en sammanhållen hälsovård för barn framförs i slutet av hennes artikel. Där pläderar hon för att en person med läkarutbildning och med akademisk förankring får ansvar för utvecklingsarbetet, metodutvecklingen och kvalitets-säkringen av barnens hälsa och hälsovården inom en kommun och således verkar i kommunens regi.

Hur en möjlig integrering av barnhälsovård och skolhälsovård sedan skulle kunna ske, om den är önskvärd, tas inte närmre upp. Detta är en stor fråga som bör diskuteras, och där ledande företrädare för barn- och ungdomshälsovården måste gå före.

Det som kan sägas är att det är väsentligt att inrättandet av kommunövergripande »barnhälso- och skolläkare» eller kommunbarnläkare inte får innebära att läkaren i sitt yrke enbart ägnar sig åt övergripande utvecklingsarbete och stabsfunktioner, utan att det också måste finnas läkartid för det dagliga praktiska barnarbetet.

Sådant läkararbete behövs tydligast inom det barnmedicinska fältet, exempelvis allergi, barnets tillväxt och utveckling. Vidare behövs det för integrerandet av handikappade barn i skolans värld och inom neuropsychiatriken, där hela tänkandet nu genomsyras av teamarbete mellan personalgrupper.

Just inom nämnda och en del andra områden är det viktigt att läkaren arbetar tillsammans med sjuksköterskan kring barnet och inte enbart via sjuksköterskan. Sjuksköterskan har sin plats närmast barnet vid omvårdnad, för det psykiska stödet och för den sociala insatsen, vilket är viktigt, men det får inte leda till att läkaren fjärras från kontakter med barnen inom alla fält. Konsultrollen bör utvecklas, men har sina begränsningar.

Sammanfattning

Svenska barns hälsovård i allmänhet, men även skolhälsovården har stora styrkor. Ett finmaskigt nät av hälsokontroller för hälsoövervakning har utvecklats och lett till såväl bra hälsovård för barn som en nära kontakt mellan barn och läkare.

Vid analysen av den nödvändiga omstruktureringen av hälsovården och hälsokontrollerna bör hänsyn tas till de kvaliteter denna clinical surveillance har haft. Den har lett till och bör helst också framöver leda till att såväl det friska barnet med dess styrkor, det barnmedicinskt sjuka barnet med dess symptom, som det neuropsychiatriskt avvikande och det handikappade barnet uppmärksammas av såväl sjuksköterskan som läkaren.

Kontakten med det friska barnet ger förståelse för barnens helhetssituation och är en referenspunkt i arbetet med det sjuka eller med det i sin utveckling skadade eller avvikande barnet. Ett helhetsgrepp med dessa delar aspekter invägs behövs vid omstruktureringen av hälsovården för barn och ungdom.

För skolhälsovårdens del vore under tiden ett nytt genomarbetat basprogram av stort värde.

Referenser

1. Bremberg S. Så kan skolhälsovården göra nytta i framtiden. Läkartidningen 1999; 96: 4003-6.
2. Elinder L. Stöd till elever med problem i stället för hälsokontroller. Läkartidningen 1999; 96: 3878-9.
3. Elinder L. Historien om skolhälsovården, hälsokontrollen och neuropsychiatri. Läkartidningen 1999; 96: 4520.
4. Tenstam J. Basprogram för skolhälsovården behövs för »vård på lika villkor». Läkartidningen 1999; 96: 4774-5.
5. Berg Kelly K. Skolhälsovård – är det nog i dagens samhälle? Läkartidningen 1999; 96: 4162-6.

Tidigare inlägg i debatten om skolhälsovården har varit införda i nr 37, 38, 39, 44, 51–52/99 och 3/00.