

Handboken innehåller riktlinjer för kommunerna för att utveckla barnrådgivningsverksamheten som en del av kommunens basservice. Riktlinjerna gäller organisering och ledning av verksamheten samt utveckling av dess innehåll.

Som åtgärder för att utveckla barnrådgivningen föreslås bildande av ett familjeservice-nätverk, tillräcklig dimensionering av antalet hälsovårdare och läkare, fortsatt och kompletterande utbildning samt utveckling av ledarskapet. Barnfamiljernas välbefinnande kan främjas genom att stöda föräldraskapet och föräldrarnas parförhållande, att utveckla stödet av likställda och genom ökade hembesök. Återkommande kontroller är en väsentlig del av uppföljningen av barnens utveckling och stödet för familjerna. Nya verksamhetsmodeller och tidigt ingripande behövs för att man skall kunna hantera speciella situationer i fråga om barn och familjer.

Handboken är i första hand avsedd för personalen på rådgivningarna och tjänsteinnehavare som ansvarar för rådgivningsarbetet samt för hälsovårdscentralens ledning. Även rådgivningsbyråernas samarbetspartner samt studerande och lärare inom området kan ha nytta av handboken.

Internet: www.stm.fi/svenska



Distribution och försäljning:
 Helsingfors Universitetsförlaget
 PB 4 (Berggatan 3 A)
 FI-00014 HELSINGFORS UNIVERSITET
 Fax (09) 7010 2374
 Tfn (09) 7010 2363
 books@yliopistopaino.fi
 www.yliopistopaino.fi/kirjamynti

SOCIAL- OCH HÄLSOVÅRDSDMINISTERIET



Barnrådgivningen som stöd för barnfamiljer

Handbok för personalen

SOCIAL- OCH HÄLSOVÅRDSDMINISTERIET

Handböcker 2005:12



Barnrådgivningen

som stöd för barnfamiljer

Handbok för personalen



ISSN 1236-116X

ISBN 952-00-1713-5 (inh.)

ISBN 952-00-1714-3 (PDF)

Teckningar: Oona Pulkkinen vid 3–6 års ålder, Vehnätiens päiväkoti (Vetevägens daghem), Vanda

Layout: AT-Julkaisutoimisto Oy

Tryckning: Yliopistopaino, Helsingfors 2005

Sammandrag

Barnrådgivningen som stöd för barnfamiljer. Handbok för personalen. Helsingfors, 2005. 320 s. (Social- och hälsovårdsministeriets handböcker ISSN 1236-116X; 2005:12) ISBN 952-00-1713-5 (inh.), ISBN 952-00-1714-3 (PDF)

Den nya barnrådgivningshandboken presenterar riktlinjerna för utvecklingen av rådgivningsverksamheten såsom en del av kommunens baservice. Riktlinjerna gäller bland annat utveckling av barnrådgivningens innehåll och metoder samt organisering och ledning av verksamheten. Det första avsnittet i handboken har utgivits som en separat publikation riktad till beslutsfattarna i kommunerna.

I syfte att stödja familjer och föräldraskap samt främja barnens välbefinnande föreslås ett familje- och resursbaserat arbetsgrepp, en omfattande kamratstödsverksamhet samt en fokusering på vårdande av parrelationer. Rådgivningsverksamheten bygger alltså på periodisk uppföljning och olika former av screening samt familjerådgivning och -stöd i anslutning till dessa. Det är även skäl att bygga upp beredskap för särskilda situationer som berör barn eller familjer. För familjer som är i behov av särskilt stöd rekommenderas ofta extra besök, antingen på rådgivningsbyrån eller i form av hembesök. På så sätt kan man genomföra principen om tidigt ingripande, som är en av de bärande idéerna i handboken.

I en tid när rådgivningsverksamheten kräver allt större kompetens förutsätter förebyggande och hantering av barn- och familjeproblem allt oftare ett planmässigt multiprofessionellt samarbete och överenskommelser om vårdrutiner. För att trygga samarbetet föreslås ett nätverk inom familjetjänsterna och en integrering av samarbetet med kommunens barnpolitiska program. För att effektivisera styrningen och uppföljningen av tjänsterna för barnfamiljer rekommenderas en övergripande planerings- och uppföljningsgrupp som avlägger rapporter för de politiska beslutsfattarna inom kommunen. En arbetsgrupp för barnrådgivning inklusive de specialarbetstagare som ingår i gruppen arrangerar fortsatta undersökningar av barn och tidig rehabilitering på kommunnivå.

För utförandet av det arbete som beskrivs i handboken behövs ett i relation till befolkningen och dess särdrag tillräckligt antal hälsovårdare (högst 340 barn under 7 år per hälsovårdare när det inte finns någon vikarie) samt läkare som är motiverade att satsa på rådgivningsverksamhet, som har fått utbildning för verksamheten och är beredda att bära ansvar för den (högst 2 400 barn per heltidsanställd läkare utan vikarie). Det föreslås att rådgivningsbyråerna satsar på utökad kompetens för familjearbete med tanke på hembesöken hos familjer som behöver särskilt stöd.

För att göra rådgivningsarbetet verkningsfullare krävs förutom ökade resurser och satsning på samarbete även ett effektiviserat ledarskap (bland

annat genom utnämning av personer som ansvarar för ledarskapet). Det är skäl att främja kvalitetsutvärderingen, statistikföringen och ett lokalt utvecklingsarbete inom rådgivningsverksamheten. De nya författningarna och rekommendationerna om kompletterande utbildning lägger en grund för uppdatering och för ett fortlöpande upprätthållande av kompetensen hos personalen vid rådgivningsbyråerna. Huvudansvaret för verkställigheten av de förslag som ingår i handboken bärs av kommunerna. Vidare behövs ett brett upplagt regionalt samarbete mellan systemet för social- och hälsovårdstjänster, läroanstalter och organisationer. En del av förslagen förutsätter åtgärder på nationell nivå: exempelvis utveckling av statistikföring och informationssystem samt av forskningsarbete och verksamhet baserad på konkreta resultat.

Förslagen tillämpas i olika kommuner och områden utgående från lokala förhållanden och behov. De tilltagande sociala och mentala problemen innebär dock att det gäller att allvarligt överväga förebyggande åtgärder i ett tidigt skede och ingrepp redan innan problemen hunnit bli alltför stora. Metoder för att uppnå dessa ändamål finns redan. De förutsätter rätt rimliga eller rentav obetydliga tilläggsresurser i relation till problemen och de kostnader som dessa förorsakar. Det finns belägg för att man genom en effektivisering av den förebyggande verksamheten kan reducera kostnaderna för korrigerande verksamhet.

Nyckelord

barn, hälsa, hälsofrämjande, hälsovårdare, ledarskap, läkare, rådgivningsbyråer för barnavård, samarbete, välbefinnande

Tiivistelmä

Lastenneuvola lapsiperheiden tukena. Opas työntekijöille. Helsinki, 2005. 320 s. (Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita ISSN 1236-116X; 2005:12) ISBN 952-00-1713-5 (nid.), ISBN 952-00-1714-3 (PDF)

Uusi lastenneuvolaopas sisältää suuntaviivat kunnille lastenneuvolatoiminnan kehittämiseksi osana kunnan peruspalveluja. Niihin kuuluvat linjaukset neuvolatoiminnan sisällön ja menetelmien kehittämiseksi sekä neuvolatoiminnan organisoimiseksi ja johtamiseksi. Oppaan ensimmäisen osa on julkaistu erillisenä julkaisuna kuntapäätäjille.

Perheiden ja vanhemmuuden tukemiseksi ja lasten hyvinvoinnin edistämiseksi ehdotetaan perhe- ja voimavaralähtöistä työtettä, laajaa vertaistukitoimintaa sekä huomion kiinnittämistä parisuhteen vaalimiseen. Määräaikaiseuranta ja erilaiset seulonnat sekä niihin liittyvä perheiden neuvonta ja tukeminen muodostavat edelleen neuvolatoiminnan tukirangan. Lisäksi on tarpeen kehittää toimintavalmiuksia lapsen ja perheen erityistilanteita varten. Erityisen tuen tarpeessa oleville perheille suositellaan herkästi lisäkäyntejä, joko vastaanotolle tai kotikäynteinä. Näin on mahdollista toteuttaa varhaisen puuttumisen periaatetta, joka on yksi oppaan keskeisistä periaatteista.

Neuvolatoiminnan haasteellisuuden lisääntymisen myötä lapsen ja perheen pulmien ehkäiseminen ja hoitaminen edellyttävät yhä useammin suunnitelmallista moniammatillista yhteistyötä ja hoitopoluista sopimista. Yhteistyön varmistamiseksi ehdotetaan perhepalveluverkoston muodostamista ja yhteistyön sisällyttämistä osaksi kunnan lapsipoliittista ohjelmaa. Tällaiset yhteistyörakenteet voivat palvella esimerkiksi kaikkia alle 18-vuotiaiden lasten perheitä. Lapsiperheiden palveluiden ohjausta ja seurantaa tehostamaan suositellaan laaja-alaista suunnittelu- ja seurantaryhmää, joka raportoi kunnan poliittisille päättäjille. Lastenneuvolatyöryhmä siihen kuuluvine erityistyöntekijöineen, jollainen toimii jo useimmissa neuvoloissa, järjestää lasten jatkotutkimuksia ja varhaiskuntoutusta kuntatasolla.

Oppaassa kuvatun työn toteuttamiseksi tarvitaan väestöön ja sen erityispiirteisiin nähden riittävä määrä terveydenhoitajia (enintään 340 alle 7-vuotiasta lasta/terveydenhoitaja, kun sijaista ei ole) sekä neuvolatoimintaan motivoituneita, koulutettuja ja siitä vastuuta ottavia lääkäreitä (enintään 2 400 lasta/kokopäivätoiminen lääkäri, kun sijaista ei ole). Neuvolaan ehdotetaan lisättäväksi perhetyön osaamista erityistukea tarvitsevien perheiden kotikäyntitoimintaa varten.

Lastenneuvolatyön tuloksellisuuden parantaminen edellyttää riittävien resurssien ja yhteistyön kehittämisen lisäksi johtamisen tehostamista, muun ohessa johtamisen vastuuhenkilöiden nimeämistä. Neuvolatoiminnan laadunarviointia, tilastointia ja paikallista kehitystyötä on syytä edistää. Uudet täydennyskoulutusta koskevat säädökset ja suositukset

antavat perustan neuvolatyötä tekevien osaamisen päivittämiselle ja jatkuvalla ylläpitämiselle. Päävastuu oppaaseen sisältyvien ehdotusten toimeenpanosta on kunnilla. Lisäksi tarvitaan sosiaali- ja terveystaloustieteiden seudullista yhteistyötä sekä oppilaitosten ja järjestöjen panosta. Osa ehdotuksista edellyttää kansallisia toimenpiteitä. Tällaisia ovat tilastoinnin ja tietojärjestelmien sekä tutkimustyön ja näyttöön perustuvan toiminnan kehittäminen.

Ehdotuksia sovelletaan eri kunnissa ja alueilla paikallisten olosuhteiden ja tarpeiden mukaisesti. Sosiaalisten ja mielenterveyden ongelmien suuri esiintyvyys pakottaa vakavasti miettimään ongelmien varhaista ehkäisyä ja ongelmiin tarttumista silloin, kun ne ovat vielä pieniä. Molempiin on jo olemassa keinoja, joiden käyttöönotto edellyttää varsin kohtuullisia, ongelmiin ja niiden hoitamisen kustannuksiin suhteutettuna jopa vaatimattomia lisävoimavaroja. Tietoa on kertymässä siitä, että ehkäisevää toimintaa tehostamalla pystytään vähentämään korjaavan toiminnan kustannuksia.

Asiasanat:

hyvinvointi, johtaminen, laatu, lapset, lastenneurolat, lääkärit, terveydenhoitajat, terveyden edistäminen, terveys, yhteistyö

Summary

Child health clinics in support of families with children. A guide for staff. Helsinki 2005. 320p. (Handbooks of the Ministry of Social Affairs and Health, ISSN 1236-116X; 2005:12) ISBN 952-00-1713-5 (print), ISBN 952-00-1714-3 (PDF)

The new guide for child health clinics outlines the development of the clinics' work as a part of the municipal primary services. The guide contains guidelines for development of the content and working methods as well as for organising and leading of the work of the child health clinics. The first part of the guide, which is meant for municipal decision-makers, has been published separately.

Measures that are proposed to support families and parenting and to promote the well-being of children include a family- and resource-oriented approach, extensive peer support activities and paying attention to fostering the parents' relationship. Regular follow-ups, various screenings and related guidance and support for families still constitute the foundation of the work. In addition, it is important to develop preparedness for dealing with special situations of children and families. Additional visits are recommended for families in need of special support, either as visits to the clinic or home visits. This will enable early intervention, which is one of the main principles outlined in the guide.

As the challenges for the work of child health clinics are increasing, prevention and dealing with problems of children and families presuppose systematic multiprofessional co-operation and agreeing on care paths. It is suggested, with a view to ensuring the necessary co-operation, that a family service network should be established and co-operation integrated into the municipal childhood policy programme. A broad-based planning and monitoring group is recommended to intensify case management and service co-ordination, as well as the monitoring of services for families with children; the group would report of its work to the municipal decision-makers. The child health clinic working group, in which experts are included, is to arrange follow-up examinations and early rehabilitation for children at the municipal level.

For the work described in the guide, a sufficient number of public health nurses and physicians trained and motivated for the work at a child health clinic are needed taking account of the population and its characteristics. The proportions should be max. 340 children under 7/ public health nurse and max. 2,400 children/full-time doctor, when there is no substitute. Skills in family-oriented work should be increased in order to manage home visits to families in need of special support.

The effectiveness of the clinics' work can be promoted, not only by increasing resources and boosting co-operation but also by making the

management of the work more effective (i.a. appointing particular persons to be responsible for management). The quality assessment, statistics and local development work relating to the clinic's services should be boosted. The new statutes and recommendations on further education provide the basis for updating and continuous maintaining of the skills and knowledge of clinic staff. The main responsibility for the implementation of the proposals presented in the guide is vested in the local authorities. Sub-regional co-operation between the social welfare and health care system, educational institutions and non-governmental organisations is needed, in addition. Part of the proposals even require measures at the national level, e.g. development of the statistics, information systems, research and evidence-based activities.

The proposals will be applied in different municipalities and localities taking account of the local conditions and needs. The increased social and mental health problems demand a serious consideration of early prevention and tackling of problems when they are still manageable. There are means to deal with both and their introduction only requires reasonable additional resources, compared with the costs of the consequences of problems and dealing with them. There is increasing knowledge and information of how the costs of corrective measures can be reduced by intensifying the preventive action.

Key words:

child health clinics, children, co-operation, health, health promotion, leadership, physicians, public health nurses, wellbeing

Förord

Ett barnrådgivningssystem som kontinuerligt utvecklas och har goda resurser är en viktig del av de hälsofrämjande kommunala bastjänsterna. Att främja barnens hälsa och konstatera deras sjukdomar och utvecklingsstörningar i ett tidigt skede är fortfarande en av rådgivningens basuppgifter. Genom ett välriktat och rätttidigt stöd är det också möjligt att i betydande utsträckning förebygga barnens och de ungas illamående och marginalisering. Graviditeten, födseln och småbarnstiden ökar familjens motivation att utvecklas och växa för att främja barnets välbefinnande.

Syftet med denna handbok är att ge riktlinjer för 2000-talets rådgivningsarbete och dess styrning och utveckling i kommunerna. Handboken är i första hand riktad till dem som utför rådgivningsarbete, de tjänsteinnehavare som ansvarar för rådgivningsarbetet samt till hälsovårdscentralens ledning. Även rådgivningens samarbetspartner samt studerande och lärare inom området har nytta av handboken. Handboken är exceptionellt omfattande och detaljerad och baserar sig på de behov som kommit fram inom social- och hälsovården.

Handbokens rekommendationer baserar sig på hälsopolitiska riktlinjer, dels på forskningsresultat och dels på sakkunnigas ställningstaganden. Tillämpning av rekommendationerna kan vara olika i olika kommuner beroende på lokala förhållanden. Ur familjernas synvinkel är det frågan om jämlikhet och rättvisa i tjänsteutbudet. Därför är ett av rekommendationernas syften att garantera en tillräckligt enhetlig nivå och kvalitet på rådgivningstjänster på olika håll i landet.

Handboken har sammanställts av en sakkunniggrupp som tillsatts av social- och hälsovårdsministeriet. Under sitt arbete hörde arbetsgruppen flera sakkunniga inom olika områden. (Bilaga 1). Föreningar inom specialområden gav expertutlåtanden som kunde användas i planering av handbokens innehåll. Arbetsgruppen beredde handboken i ett öppet samarbete med fältet och anordnade sex diskussionsmöten tillsammans med länsstyrelserna på våren 2003. Social- och hälsovårdsministeriet fick sammanlagt 76 utlåtanden om handboken från olika håll, t.ex. från centralförvaltningen, länsstyrelserna, läroinrättningar, sjukvårdsdistrikt, kommuner och hälsovårdscentraler, organisationer, kompetenscentraler och enskilda experter. Två olika utkast till handboken har varit tillgängliga på ministeriets webbsidor, där de har kunnat kommenteras. Allmänheten har informerats om utkastet i flera facktidningar. I beredningen av handboken har värdefulla anvisningar och skriftliga förslag kommit från primärvården, den specialicerade sjukvården, universitet och yrkeshögskolor, organisationer och expertinstitutioner. Social- och hälsovårdsministeriet tackar speciellt MKD, specialläkaren i pediatrik Elina Hermanson och hälsovårdaren, docent Marjaana Pelkonen, som har skrivit boken under

arbetsgruppens ledning. Social- och hälsovårdsministeriet tackar även andra experter som aktivt deltagit i arbetet.

Social- och hälsovårdsministeriet uppmuntrar rådgivningsbyråernas personal att utveckla rådgivningsverksamheten i enlighet med riktlinjerna i handboken. De kommunala beslutsfattarna och de tjänsteinnehavare som ansvarar för rådgivningsverksamheten skall se till att rådgivningsverksamheten har tillräckliga resurser och andra verksamhetsbetingelser som t.ex. motiverad och kunnig arbetskraft. För att hålla hälsovårdskostnader i styr är det skäl att utnyttja de möjligheter som det förebyggande arbetet erbjuder. Detta är mänskligt motiverat ur barnfamiljernas synvinkel och ofta även förmånligare än ett korrigerande arbete.

Helsingfors, september 2004

Omsorgsminister Liisa Hyssälä

INNEHÅLL

DEL I	
RÅDGIVNING SAR BETETS MÅL OCH ORGANISATION	15
1. INLEDNING	16
2. BARNRÅDGIVNINGENS MÅL, UPPGIFTER OCH STYRPRINCIPER	19
2.1 Mål och uppgifter	20
2.2 Principer som styr verksamheten	22
3. MULTIPROFESSIONELLT SAMARBETE FÖR BARNFAMILJERNAS VÅL	26
3.1 Nationella program som utgångspunkt för samarbete	27
3.2 Intensifiering av barnfamiljearbetet i kommunens familjeservicenätverk	28
3.3 Planering och uppföljning av barnfamiljernas välfärd och tjänster	30
3.4 Barnrådgivningens personal och dimensionering	32
3.4.1 Hälsovårdaren	32
3.4.2 Rådgivningsbyråns läkare	33
3.4.3 Familjearbete och familjearbetaren	35
3.4.4 Specialarbetare	36
3.4.5 Dimensionering av personalen	39
3.5 Barnrådgivningsarbetsgruppen och annat samarbete på rådgivningsbyrån	40
3.6 Samarbete inom kommunen	42
3.6.1 Samarbetet med hemtjänsten och barnskyddet	42
3.6.2 Samarbetet med dagvården och förskoleverksamheten	44
3.6.3 Samarbetet med uppfostrings- och familjerådgivningsbyråer	46
3.6.4 Samarbete med skolorna	47
3.6.5 Samarbete med andra intressentgrupper	49
3.7 Samarbete med den specialiserade sjukvården	50
3.8 Överlåtande och hemlighållande av rådgivningsbyråuppgifter	51
4. LEDNING, BEDÖMNING OCH UTVECKLING AV RÅDGIVNING SAR BETET	55
4.1 Ledning av rådgivningsarbetet	56
4.2 Dokument om barnet	59
4.3 Statistikföring och dess utveckling	61
4.4 System för bedömning av kvaliteten	63
4.5 Kunskapsbaserad verksamhet och lokalt utvecklingsarbete	65
4.6 Utveckling av fortbildning	68
4.7Handledning	71
4.8 Byte av personal och inskolning	73
4.9 Rådgivningsarbetets kostnader	74
5. DET PRAKTISKA GENOMFÖRANDET, UPPFÖLJNINGEN OCH UTVÄRDERINGEN AV REKOMMENDATIONERNA	77

DEL II	
RÅDGIVNINGENS INNEHÅLL OCH METODER: INDIVIDUELL UPPFÖLJNING OCH STÖD FRÅN SPÅDBARNÅLDERN TILL SKOLÅLDERN	81
6 FÖRÄLDRASKAP, PARFÖRHÅLLANDE OCH STÖDANDE AV BARNETS UTVECKLING	82
6.1 Föräldraskapets resurser i en förändrad livssituation	82
6.2 Att växa till far och mor	85
6.3 Föräldrarnas och barnets tidiga växelverkan	87
6.4 Föräldrarna som stödare av barnets självkänsla och individualitet	89
6.5 Barnuppfostran och föräldraskapets roller	90
6.6 Barnets synvinkel på familjens vardag	92
7 RÅDGIVNINGSBYRÅNS UPPGIFTER I STÖDJANDET AV FAMILJER	94
7.1 Bemötande av barnet på rådgivningsbyrån	95
7.2 Ett gott samarbetsförhållande till föräldrarna – nyckeln till stärkandet av resurserna	96
7.3 Identifiering av familjernas behov av stöd	99
7.4 Formulär som hjälpmedel i tidigt ingripande	100
7.5 Planering av individuella tjänster för barn och familjer	104
7.6 Resursorienterade arbetsmetoder i stödandet av familjens kunskaper och färdigheter	104
7.7 Rådgivning via e-post, telefon och Internet	107
7.8 Helhetsuppfattningen om klienteletets stödbehov	109
7.9 Rådgivningens resultat och effektivitet	110
8 STÖD FRÅN FÖRÄLDRAGRUPPER	113
8.1 Betydelsen av stöd av likställda	114
8.2 Exempel på föräldragrupper och andra smågrupper	114
8.3 Utvidgning av familjeträning till föräldragrups- verksamhet	117
8.4 Förutsättningar för anordnande av smågruppsverksamhet	119
9 HEMBESÖK	121
9.1 Betydelsen av hembesök	122
9.2 Rådgivningsbyråns hembesök före barnets födelse	122
9.3 Ett hembesök hos en familj som har ett nyfött barn	124
9.4 Andra hembesök	126
10 PERIODISK UPPFÖLJNING AV BARNET	127
10.1 Allmänna principer för periodisk uppföljning	128
10.2 Hälsouppföljning under barnets första veckor	131
10.3 Återkommande kontroll av ett sex-åtta veckor gammalt barn	132
10.4 Återkommande kontroll av ett tre månader gammalt barn	135
10.5 Återkommande kontroll av ett fyra månader gammalt barn	136
10.6 Återkommande kontroll av ett fem månader gammalt barn	138

10.7	Återkommande kontroll av ett sex månader gammalt barn	139
10.8	Återkommande kontroll av ett åtta månader gammalt barn	140
10.9	Ett ettårigt barn på rådgivningsbyrån	143
10.10	Ett 18 månaders barn på rådgivningsbyrån	144
10.11	Ett tvåårigt barn på rådgivningsbyrån	147
10.12	Ett treårigt barn på rådgivningsbyrån	148
10.13	Ett fyraårigt barn på rådgivningsbyrån	151
10.14	Ett femårigt barn på rådgivningsbyrån	154
10.15	Ett sexårigt barn på rådgivningsbyrån	157
11	SCREENINGAR FÖR SJUKDOMAR OCH HANDIKAPP	160
11.1	Screening för psykiska problem	162
11.2	Somatiska screeningar	165
11.3	Screening för neurologiska problem	168
11.4	Screeningar av hörseln och synen	173
12	VACCINERINGAR	179
13	NÄRING OCH KOSTRÅDGIVNING	182
13.1	Amning och barnets andra kost som spädbarn	183
13.2	Barnets mat i lekåldern	187
13.3	Användning av D-vitaminpreparat	189
13.4	Problem som har med mat och måltider att göra	190
13.5	Näringsrådgivning på rådgivningsbyrån	191
14	ANNAT HÄLSOFRÄMJANDE	194
14.1	Munhygien	195
14.2	Förebyggande av olycksfall	197
14.3	Barnets och familjens motion	200
14.4	Föräldrarnas och barnens sexuella hälsa	201
14.5	Föräldrarnas rökning	204
14.6	Föräldrarnas alkoholbruk	206
14.7	Barn och datateknik	209
15	BARNETS SPECIALSITUATIONER OCH STÖDET I DEM	212
15.1	Allmänt om specialsituationer	213
15.2	Ett prematurbarn	214
15.3	En gråtande baby	215
15.4	Barn med krävande temperament	217
15.5	Ett långvarigt sjukt, sjukligt eller handikappat barn	218
15.6	Allergier och astma	220
15.7	Barnets övervikt	223
15.8	Speciella svårigheter i den neurologiska utvecklingen samt inlärningssvårigheter	225
15.9	Barnets infektionscirkel och återkommande öroninflammationer	228
16	SPECIALSITUATIONER I FAMILJEN OCH STÖDJANDET AV FAMILJEN I DEM	231
16.1	Syskonets sjukdom och barnets död	232
16.2	Moderns överkänslighet och depression efter förlossningen	233

16.3	Föräldrarnas psykiska sjukdomar	237
16.4	Dålig behandling av barnet och identifiering av den	239
16.5	Våld i parförhållandet	241
16.6	Föräldrarnas missbruksproblem	245
16.7	Svårigheter i parförhållandet och sexuallivet	247
16.8	Föräldrarnas skilsmässa ur barnets synvinkel	248
16.9	Barn som sköts hemma i en isolerad familj	249
16,10	En familj som nyss flyttat till orten	250
16.11	Familjer som hör till etniska minoriteter	251
16.12	Den mångformiga familjen	256
16.13	Andra livssituationer	257

KÄLLOR **259**

BILAGOR **268**

Bilaga 1.	Expertarbetsgruppen för rådgivningsarbete	268
Bilaga 2.	Barnrådgivningsarbetsgruppen och familjeservice-nätverket	270
Bilaga 3.	Lagstiftning om barnrådgivning	271
Bilaga 4.	Hälsovårdarens och läkarens dimensioneringskalkyl	278
Bilaga 5.	Blankettmodell. Samtycke till att sekretessbelagda uppgifter kan utlämnas i multiprofessionellt samarbete	286
Bilaga 6.	Exempel på indikatorer som gäller barn och barnfamiljer	289
Bilaga 7.	Webbsidor som stöder utvecklingen av rådgivningsverksamheten	291
Bilaga 8.	Vilken beredskap har hälsovårdare och läkare att arbeta inom rådgivningen på basis av sin grundutbildning	296
Bilaga 9.	Frågeformulär för identifiering av faktorer som ger kraft åt och faktorer som belastar familjer som ska ha barn	298
Bilaga 10.	Resurser i vardagen i familjer med nyfödda. Frågeformulär för identifiering av faktorer som ger kraft åt och faktorer som belastar familjer med nyfödda	301
Bilaga 11.	Frågeformulär som fungerar som stöd vid intervju om social växelverkan under graviditeten	304
Bilaga 12.	Frågeformulär till stöd för intervju om social växelverkan efter barnets födsel	308
Bilaga 13a	Frågeformulär som stöd för intervju för att identifiera postnatal depression	312
Bilaga 13b	Kriterier för svår depression	313
Bilaga 14.	Frageformulär som grund för intervju på mödra- och barnrådgivningen angående våld i parförhållanden	314
Bilaga 15.	Programmet för barnrådgivningens återkommande kontroller	315
Bilaga 16.	Undersökning av hörseln på barnrådgivningen	316
Bilaga 17.	Undersökning av synen på barnrådgivningen	317
Bilaga 18.	Barnets munhälsovård i samband med regelbunda rådgivningsbesök	318

DEL I

Rådgivningsarbetets mål och organisation

1

Inledning

DEL I

Rådgivningsarbetets mål och organisation

1. INLEDNING

En handbok för organisation av barnrådgivningsverksamheten utarbetades senast år 1990 av Medicinalstyrelsen. Tre år senare ändrades statsandelssystemet. Efter det har kommunerna haft en ännu mera självständig ställning som anordnare av tjänster. Från och med slutet av 1980-talet har omkring hälften av kommunerna beslutat att organisera sin hälsovård i enlighet med befolkningsansvarsprincipen. Man var rädd för att befolkningsansvarssystemet skulle försvaga rådgivningstjänsterna och hota rådgivningsbyråernas kunskande och yrkeskunskap. Trots förändringarna har rådgivningsbyråerna för både mödravård och barnavård behållit sin ställning inom hälsovården. Relevansen och nyttan av rådgivningstjänsterna som främjare av barnens hälsa har inte på allvar ifrågasatts ens under depressionsåren. Visserligen har man skurit ner de återkommande kontrollerna på många ställen och upphört med hembesöken på grund av för sparsamt dimensionerade hälsovårdsresurser.

Under de senaste årtiondena har rådgivningsbyråerna undersökt klienternas förväntningar och behov och gjort en hel del regionalt utvecklingsarbete. Även hälsovårdarnas utbildning har utvecklats. En del av de goda och fungerande nya tillvägagångssätten har även spritt sig till andra rådgivningsbyråer. I allmänhet har detta emellertid skett slumpmässigt och varit beroende på lokala människors aktivitet.

Dödligheten hos finländska barn och ungdomar har halverats under de senaste tre årtiondena. År 2002 var spädbarnsdödligheten en av de lägsta i världen (3 av 1000 levandefödda barn). Majoriteten av de allvarliga infektionssjukdomar som lett till död eller handikapp har försvunnit ur Finland med vaccineringsprogram. Med undantag av allvarliga infektionssjukdomar och karies har barnens sjukfrekvens emellertid inte nämnvärt minskat. För karies del stannade den positiva utvecklingen av vid övergången till 1990-talet. Behandlingsmetoderna har däremot utvecklats, och många sjukdomar upptäckts i ett allt tidigare skede och kan behandlas effektivare. Även rehabiliteringsmetoderna har utvecklats. Barnrådgivningen har betydligt minskat frekvensen av infektionssjukdomar och den har spelat

en central roll i förebyggande av olyckor och i screening, tidig upptäckt och vårdhänvisning av många barnsjukdomar.

Majoriteten av barnen i dagens Finland mår bra och lever sannolikt längre än någon tidigare generation.

Det finns allt fortfarande utmaningar vad gäller främjandet av barnens hälsa. Psykosociala problem är vanliga hos barn och ungdomar, och bl.a. en allt större andel av sjukhusvården beror på allvarliga depressioner. Finländska ungdomar dricker mycket alkohol. Det finns tydliga tecken på att fetma håller på att bli allmänna även bland barn. Inlärningssvårigheter verkar ha ökat och deras betydelse är större än tidigare. Astma, allergier och diabetes blir allt vanligare. Å andra sidan har deras behandling utvecklats. Familjernas problem avspeglas i att stödåtgärderna och omhändertagandena i öppenvården har ökat. Enligt olika undersökningar behöver 10–30 % av de familjer som har ett barn i rådgivningsåldern särskilt stöd. Enligt dagvårdens statistik behöver 6–15 % av dagvårdsbarnen särskilt stöd.

Bakom problemen och symptomen hos barn och ungdomar ligger många förändringar i familjen och samhället. Föräldraskapet är en större utmaning än tidigare. Flyttningsrörelsen har ökat och föräldrarnas sociala stödnätverk har blivit glesare. Den traditionella finländska samhällskulturen håller på att ersättas av individuella livsstilslösningar. I familjerna skapar de kommersiella medierna behov och förväntningar som är motstridiga med tanke på hälsan. Småbarnsfamiljer är i genomsnitt fattigare än barnlösa familjer och familjer med äldre barn. Vid övergången till 2000-talet splittras cirka 30 000 barns familjer varje år. Det beräknas att ca 5 % av havande kvinnor är alkoholmissbrukare, varvid risken för fosterskador och störningar i barnets andliga utveckling är stora. Hos män är alkoholmissbruket ännu vanligare. Under de senaste åren har narkotikabruket ökat hos föräldrar som väntar och uppfostrar barn. Efter förlossningen går 10–15 % av mödrarna igenom en depressionsperiod under vilken moderns och barnets interaktion lätt blir störd. Även fädernas mentala problem syns i barnets liv. 17 % av barn och ungdomar under 18 år berättar att de har sett eller upplevt våld hemma. Ett barns sunda tillväxt och utveckling hotas speciellt när flera faktorer som är skadliga för hälsan och välbefinnandet tornar upp sig i familjen och det inte finns tillräckligt med stöd till hands.

Enligt undersökningar är föräldrarna oftast relativt nöjda med rådgivningstjänsterna. Av hälsovårdaren och läkaren önskar de mera tid, individuellt stöd som utgår från familjens behov samt mera diskussion om saker som har att göra med parförhållandet, föräldraskapet och barnens psykosociala utveckling och uppfostran. De vill också få en möjlighet att utbyta tankar och erfarenheter med personer som är i samma livssituation. Föräldrarna längtar efter en sådan atmosfär på rådgivningsbyrån där de kan tala om svåra och känsliga saker. Föräldrarna förväntar sig också att de skall kunna gå hos samma hälsovårdare och läkare. Mest stöd vill man

ha under spädbarns- och trotsålderstadiet. Det upplevs som problematiskt att tjänsterna kring rådgivningsbyrån är splittrade.

Hälsovårdarna igenkänner tämligen bra moderns depression och de problem som står i samband med föräldrarnas stresshantering och interaktionen mellan föräldrar och barn. Däremot anser de att de inte har tillräckliga färdigheter att identifiera familjens sociala problem och kriser såsom problem i föräldrarnas parförhållande, alkoholproblem och familjevåld. Hälsovårdarna tycker också att de inte har tillräckligt med tid och verktyg för att stöda familjerna. Nätverks- och teamarbetets möjligheter utnyttjas ännu för litet.

Läkarens andel i rådgivningsbyråns arbete har undersökts och utvecklats mycket litet. Intrycket är att läkarens genomsnittliga arbetsinsats på rådgivningsbyråerna har minskat och att deras roll har inskränkts till uppgifter av konsultationstyp, vilket eventuellt har minskat arbetets meningsfullhet. Även om rådgivningsarbetet i övrigt har undersökts och utvecklats rätt så mycket, finns det lite information om rådgivningens effektivitet. Rådgivningen har emellertid en klar samhällelig värdegrund.

Barnrådgivningen i början av 2000-talet kan inte ensam förändra familjernas omständigheter. Om familjerna och föräldraskapet skall stödjas på riktigt och barnens illamående förebyggas, måste även bostads-, beskattnings- och socialpolitiska åtgärder vidtas och arbetslivet anpassas i en barnvänligare riktning. Samtidigt behövs en förändring av attityder och beteende i hela samhället mot gemensamt ansvar, engagemang och samhällelighet.

Hälsovårdarna på barnrådgivningen träffar nästan alla småbarnsfamiljer sammanlagt ca 15–20 gånger. Rådgivningsbyrån har en etablerad och central ställning i samhället, den täcker klientelet väl och tröskeln dit är låg. Således har den goda möjligheter att effektivisera förebyggande av sjukdomar, främja fysisk och psykisk hälsa och stöda familjer i olika problemsituationer. För hälsofrämjandet rekommenderas ett resursorienterat, familjecentrerat och samarbetsinriktat arbetsgrepp, med vars hjälp familjernas egna utgångspunkter för ett hälsosamt liv befästs innan det blir problem. Resultaten av både finländska och utländska undersökningar stöder uppfattningen att tidigt ingripande, multiprofessionellt arbete och riktade hembesök borde utökas. De har konstaterats minska mentala problem, beteendestörningar och marginalisering hos barn och ungdomar och medföra besparingar för samhället. Erfarenheterna av föräldragrupper och grupprådgivning har varit bra. Jämfört med hälsovårdens övriga funktioner är rådgivningsbyråerna billiga i drift. Till exempel uppföljningen av ett barn under dess rådgivningsålder kostar 1000–2000 euro beroende på antalet mottagningsbesök, hembesök och besök på träningsgrupper. Att investera i barn är en lönsam investering för framtiden.

2

Barnrådgivningens mål, uppgifter och styrprinciper

2 Barnrådgivningens mål, uppgifter och styrprinciper

För att trygga barnfamiljernas hälsa och välbefinnande på 2000-talet har barnrådgivningen till sitt förfogande nya kunskaper och arbetsmetoder, som gör det möjligt att vidareutveckla verksamheten och inrikta den i enlighet med familjernas förändrade behov. Vad som behövs är personalens aktiva, undersökande grepp om arbetet för att utveckla och säkra kvaliteten på rådgivningsbyråernas verksamhet. Följande mål, uppgifter och verksamhetsprinciper baserar sig på hälsopolitiska ställningstaganden, forskningsresultat, praktiska erfarenheter och etiska författningar och rekommendationer. Det rekommenderas att kommunerna konkretiserar dem i sina egna barnpolitiska program och sina verksamhetsplaner för rådgivningsverksamheten.

2.1 Mål och uppgifter

Barnrådgivningens allmänna målsättning:

- barnens fysiska och psykiska hälsa och familjernas välbefinnande förbättras speciellt i familjer som behöver särskilt stöd, varvid hälsoskillnaderna mellan familjer minskar,
- den följande generationens resurser för hälsa och föräldraskap är bättre än hos den nuvarande.

Barnrådgivningens andra mål är:

- varje barn får tillräckligt med omsorg och stöd för att utveckla sin egen personlighet,
- barnens sjukdomar, faktorer som förhindrar utvecklingen och familjens andra hälsoproblem identifieras tidigt inom gränserna för den nuvarande kunskapen,
- varje förälder har en möjlighet att redan tidigt skapa ett tryggt, ömsesidigt tillgivenhetsförhållande och bilda en positiv uppfattning om sitt barn och om sig själv som förälder,
- föräldrarna sköter om sitt parförhållande och föräldraskap så att de kan sköta om sitt barn och stöda dennas utveckling. De identifierar sina egna resurser och sådana faktorer som belastar familjen samt tar ansvar för barnets och familjens välbefinnande,
- alla föräldrar får stöd av likställda andra föräldrar om de så önskar,
- familjen får stöd för sina hälsofrämjande val,
- den positiva inställningen och stödet till barn och barnfamiljer ökar i det samhälle som omger rådgivningen och familjeservice-nätverket,

- mentala störningar hos barn och ungdomar minskar,
- familjernas jämlikhet i fråga om hälsa ökar, när det tidiga stödet riktas djärvt till de klientfamiljer som behöver det mest,
- föräldrarna deltar aktivt i utvecklingen av barnrådgivningens tjänster.

Barnrådgivningens uppgift är:

På barnets och familjens nivå

- att göra det möjligt för föräldrarna att få tidsenlig och forskningsbaserad information om faktorer som har att göra med barnet, familjen och främjandet av deras hälsa på ett sätt som lämpar sig för en enskild förälder,
- att göra det möjligt för föräldrarna att få tillräckligt med stöd i föräldraskapet och parförhållandet för att stärka familjens funktion,
- att hjälpa föräldrarna att uppfostra sitt barn på ett sätt som är tryggt, utgår från barnet och innebär närvaro av trygga vuxna,
- att följa upp och stöda barnets fysiska, psykiska, sociala och emotionella utveckling
- att ge vaccineringsprogrammet och upprätthålla barnens vaccineringskydd,
- att i ett så tidigt skede som möjligt identifiera tecken på en ofördelaktig utveckling i barnet, familjen och livsmiljön och tidigt ingripa i de faktorer som äventyrar hälsan, att hänvisa barnet och familjen vid behov till andra experter för undersökning eller vård.

På hälsovårdscentralens nivå

- att bekanta sig med familjerna inom sitt ansvarsområde och deras levnadsförhållanden,
- att se till att föräldrarna deltar i utvecklandet av rådgivningstjänsterna och får tillräckligt med stöd av likställda,
- att öka jämlikhet i hälsa bl.a. genom att rikta stöd utgående från kända och identifierade behov till de familjer som behöver det mest,
- att delta i anordnandet och koordineringen av vården av långtidssjuka och handikappade barn,
- att organisera och koordinera rådgivningsbyråns tjänster som en del av familjeservicenätverket så att kontinuiteten i familjernas tjänster och det behövliga multiprofessionella samarbetet säkras; att vid behov ta initiativ för skapandet av verksamhetsmodeller för att hjälpa familjer som har många problem,
- att följa upp och regelbundet utvärdera rådgivningens resultat, verksamhetsprocesser och verksamhetsbetingelser,
- att aktivt utveckla rådgivningstjänsterna och personalens yrkeskunskunskap genom att se till att nya kunskaper kanaliseras till rådgivningsverksamheten.

På kommunens och samhällets nivå

- att känna till kommunens tjänster för barnfamiljer samt kommunens planering och beslutsfattande som gäller familjerna och vid behov påverka dem,
- att följa samhällets och miljöns säkerhet, positiva inställning till barn och familjer och olika faktors inverkan på familjernas hälsa samt främja beaktandet av barnens och familjernas välbefinnande.

2.2 Principer som styr verksamheten

I denna publikation har medtagits vissa centrala principer som styr barnrådgivningen och som rådgivningspersonalen önskas diskutera och vars innehåll och mening de önskas begrunda i sin egen verksamhet. Dessutom borde föräldrar få uppgifter om dessa principer till exempel i en broschyr som tilldelas dem på rådgivningsbyrån. Det är också bra att diskutera principerna med familjerna. Ju mera medvetna rådgivningsarbetarna och de som använder rådgivningstjänster är om de värden och principer som ligger bakom verksamheten, desto mera ändamålsenliga och bättre kan rådgivningstjänsterna bli. Värden och principer är en av utgångspunkterna för kvalitetsbedömningen. Principerna baserar sig dels på hälsopolitiska ställningstaganden och författningar, dels på de förväntningar och önskemål som föräldrarna uttryckt i flera undersökningar. Vissa traditionella, fortfarande aktuella principer, såsom rådgivningens frivillighet och konfidentialitet har inte särskilt nämnts i detta sammanhang.

Familjecentrerad och klientorienterad verksamhet

Barnets intresse. Barnrådgivningens primära mål är att säkerställa alla barns hälsa och välbefinnande och se till att de utvecklas så gynnsamt som möjligt. Detta förutsätter barnorientering i rådgivningens arbete. Vid behov ställs barnets intresse före föräldrarnas.

Familjecentrering. Barnets bästa kan vanligen inte förverkligas utan föräldrarna, för barnets välbefinnande beror på hela familjens välbefinnande, speciellt kvaliteten på föräldrarnas parförhållande och föräldraskap. Handboken fäster därför speciell uppmärksamhet vid att stöda både faderns och moderns föräldraskap och stresshantering. Familjecentreringen innebär bland annat att mammor, pappor och barn är rådgivningsbyråns klienter och att verksamheten baserar sig på deras kunskaper och färdigheter som experter på sin egen familj. Familjens livssituation, kulturbakgrund, vanor och miljö tas i beaktande. Familjer är nuförtiden mycket varierande: förutom s.k. kärnfamiljer finns det familjer med bara en förälder, styvfamiljer och familjer med två föräldrar av samma kön.

Individualitet och klientorientering. Familjens livssituation och föräldrarnas främsta behov eller bekymmer tas som utgångspunkt för mötet.

Personalen skall aktivt lyssna på klienten och undvika stereotypa lösningar i verksamheten. En dylik verksamhet förutsätter att man känner till familjen tillräckligt bra, är känslig för olika situationer, respekterar föräldrarnas rättigheter och beslut och vinner deras förtroende.

Att respektera föräldrar och barn och ta fram fakta. Föräldrarnas livssituation och lösningar är inte alltid optimala ur rådgivningens och hälsofrämjandets synvinkel. Med sin yrkeskunskap söker rådgivningsarbetaren förhållnings- och verksamhetsätt som inte i första hand skuldbelägger, klandrar eller överger klienten på den emotionella nivån. Det är viktigt att lyssna på klienten, vara finkänslig och acceptera klienten som människa, även om man inte kan acceptera dennas verksamhet på grund av dess ogynnsamma följder. Eftersom verksamheten i första hand styrs av barnets intresse, måste personalen ibland även ta upp saker som känns svåra eller obehagliga. Även då är det bäst att direkt och öppet närma sig klienten och diskutera saken. Det är lättast när man har blivit bekant med familjen och skapat förtroende.

Samhälleligt hälsofrämjande

Hälsofrämjande. Med hälsofrämjande avses i detta sammanhang verksamhet, som ökar familjernas möjligheter att inverka på sin hälsa och faktorerna bakom den och sålunda hjälpa upp familjens hälsa. På rådgivningsbyrån fäster man uppmärksamhet vid barnets och familjens förutsättningar för ett sunt liv och föräldrarnas och barnens färdigheter att göra till exempel hälsofrämjande val av livsstil. Att skapa hälsofrämjande samhällen och göra multiprofessionellt och tvärsektorellt samarbete hör också till rådgivningsbyråns sätt att arbeta. Hälsa förstås som en mångdimensionell helhet, till vilken hör såväl fysisk och mental hälsa, relationerna mellan människor som livskontroll.

Resursorientering. På rådgivningsbyrån fäster man aktivt uppmärksamhet vid föräldrarnas och barnens resurser, de faktorer som skyddar och stärker dem och de faktorer som belastar familjen. Resursfaktorerna främjar barnets sunda tillväxt och utveckling och skyddar alla familjemedlemmar från ogynnsamma verkningar. Ur barnets synvinkel är resursfaktorer bland annat omsorgen om barnet, god självkänsla, barnorienterad uppfostran och familjens sociala nätverk. Rådgivningsbyrån syftar till att stärka föräldrarnas förmåga att verka för den egna familjens väl. Stärkan- det av resurser är ett sätt att främja hälsan.

Förebyggande och tidigt ingripande. En av rådgivningsbyråns upp- gifter är att förebygga problem som berör barnfamiljer och förhindra de identifierade problemen från att bli värre. Med hjälp av information från longitudinella undersökningar strävar man efter att identifiera utslag- ningshotade barn och deras familjer och ingripa i problemsituationer så tidigt som möjligt.

Samhällelighet och utnyttjande av likställdas stöd. Rådgivningsbyrån skall främja barnfamiljernas samhörighet och familjernas samarbete och

ömsesidiga stöd. Som bäst yttrar sig samhälleligheten också som ett kollektivt ansvar för barnen, då barnen skyddas bland annat från kommersiella media och för stora friheter. Rådgivningsbyrån och familjeservicenätverket bör hjälpa familjerna att få stöd av likställda på orten till exempel genom att organisera grupper av likställda som fortsätter efter familjeträningsgrupperna. Rådgivningsbyrån kan uppmuntra även andra aktörer att anordna grupper av likställda för föräldrarna. Den nya teknologin erbjuder ett alternativ för att öka samhälleligheten, till exempel genom chat på nätet.

Jämlikhet och rättvisa. Principen om jämlikhet styr inriktandet av rådgivningsbyråns tjänster enligt familjernas behov. Andra familjer klarar sig bra med de bastjänster och säkerställande som de får från rådgivningsbyrån, andra behöver till och med ett mycket intensivt stöd. Rådgivningsbyrån måste aktivt vara med i detta arbete som minskar hälsoskillnader och ökar den samhälleliga rättvisan.

Multiprofessionellt samarbete. Förutom hälsovårdare och läkare behöver en välfungerande rådgivningsarbetsgrupp multiprofessionellt kunnande. Det väsentliga är att medlemmarna i den multiprofessionella arbetsgruppen delar samma värden och mål, träffar varandra och arbetar tillsammans enligt situationen. På kommunnivå är det viktigt att bilda en helhetsuppfattning om de principer och utstakningar som styr barnfamiljernas tjänster och sköta om deras likriktning.

Kvalitet och effektivitet i rådgivningsbyråns arbete

De sätt att verka och de metoder som används på rådgivningsbyrån baserar sig på den bästa tillgängliga kunskapen. Rådgivningsbyrån utnyttjar i första hand metoder och sätt att verka för vilkas hälsofrämjande och förebyggande verkan det finns evidens. Dessutom syftar man till att motivera de uppgifter, synpunkter och förslag som presenteras på rådgivningsbyrån med hjälp av den bästa tillgängliga tidsenliga kunskapen. Utnyttjande av nya kunskaper förutsätter att det utvecklas mekanismer för att följa upp och utvärdera ny information. Rekommendationerna i handboken baserar sig på aktuella kunskaper. När kunskapen förändras med tiden, måste rekommendationerna revideras. Därför bör alla som arbetar på rådgivningsbyrån vara öppna för ny information.

Rådgivningsarbetets kontinuitet och långsiktighet. En av rådgivningsbyråns styrkor är dess möjlighet till långsiktigt arbete. Med långsiktigt arbete är det enligt undersökningarna möjligt att stöda familjer även i svåra livssituationer. Därför är det viktigt att man tar hand om verksamhetens kontinuitet och smidighet när man planerar rådgivningen. Det här är desto viktigare, ju flera och svårare problem det finns i familjen.

Kvalitet och effektivitet. Att påvisa och öka rådgivningens effektivitet är en gemensam utmaning för dem som gör rådgivningsarbete och utvecklar det. För att öka rådgivningens effektivitet måste man bl.a. ha metoder och förfaringssätt som baserar sig på evidens, ställa barn- och familjespecifika

mål och påvisa de förändringar som uppnåtts med rådgivningen. För att regelbundet följa upp rådgivningen och bedöma dess kvalitet är det skäl att utveckla och införa fungerande tillvägagångssätt.

Ledningens stöd. Förutsättningen för en högklassig barnrådgivning är ett planmässigt och yrkeskunnigt ledarskap. Dessutom är det viktigt att de personer som ansvarar för rådgivningen har tillräckligt med expertis om rådgivningens innehåll.

Hållbar utveckling. Barnrådgivningen främjar en socialt, ekonomiskt, kulturellt och ekologiskt hållbar utveckling i sin egen verksamhet. Med en förebyggande och hälsofrämjande verksamhet förbättras möjligheterna till ett givande och hälsosamt liv för nya generationer av barn.

3

Multiprofessionellt samarbete för barnfamiljernas väl

3 MULTIPROFESSIONELLT SAMARBETE FÖR BARNFAMILJERNAS VÄL

3.1 Nationella program som utgångspunkt för samarbete

FN:s konvention om barnets rättigheter utstakar barnets ställning och rättigheter globalt. Vårt gemensamma mål är att göra världen till en lämplig plats för barn. På 2000-talet är centrala finländska program, som ger en gemensam värdegrund för multiprofessionellt samarbete som en del av barnrådgivningens utveckling, folkhälsoprogrammet Hälsa 2015, det nationella projektet för att trygga hälso- och sjukvården i framtiden, utvecklingsprojektet inom socialsektorn, Finlands Kommunförbunds barnpolitiska program och statsrådets principbeslut om de nationella riktlinjerna för förskolepedagogiken. Principerna i kvalitetsrekommendationerna för mentalvårdstjänster och skolhälsovård syftar till kommuninvånarnas välfärd i allmänhet.

I sitt principbeslut om folkhälsoprogrammet Hälsa 2015 har statsrådet ställt som mål i fråga om barn: "Barnens välbefinnande ökar och deras hälsa blir bättre medan symptom och sjukdomar som beror på otrygghet minskar märkbart." "För att nå de uppställda målen försöker man även minska ojämlikheten och förbättra de sämst ställda befolkningsgruppernas välfärd och relativa ställning." I kommunernas verksamhet anses bl.a. främjandet, uppföljningen och bedömningen av hälsan som en del av kommunernas välfärdspolitiska program vara en utmaning och bra verksamhetsinriktning. Vad barnens hälsa beträffar betonas i programmet samarbetet mellan olika sektorer och dess hälsofrämjande roll, stödet till barn och barnfamiljer som hotas av marginalisering och barnens psykosociala välbefinnande och dess uppföljning.

I det nationella projektet för tryggande av hälso- och sjukvården i framtiden fästs uppmärksamhet vid systematiskt och omfattande förebyggande arbete och utvecklandet av mödra- och barnrådgivningsarbetet som en del av fungerande närtjänster inom primärvården. I socialsektorns utvecklingsprojekt föreslås att den förebyggande verksamheten och socialtjänsterna skall förnyas så att de stöder utvecklingen av människornas välbefinnande och minskar utslagning och uppkomst av sociala problem. Barnfamiljernas tjänster utvecklas i samarbete med social- och hälsosektorn.

Finlands Kommunförbunds barnpolitiska program "Leve barnen – barnpolitiska riktlinjer" fungerar som exempel och sätter igång diskussion i kommunerna. Flera kommuner har utarbetat sina egna barnpolitiska program. I programmets visioner är barndomen och ungdomen trygga

och hälsofrämjande skeden av livet. Man har skött om barndomens resurser under barnets olika utvecklingsstadier och familjens livssituationer. Barnet har en möjlighet att vara en aktiv deltagande kommuninvånare och förverkliga sin särart.

I förskolepedagogikens nationella riktlinjer betonas bland annat barnets rättigheter, föräldrarnas fostringsansvar, förskolepedagogikens uppgift i stödandet av barnets gynnsamma uppväxt och utveckling och samarbetet mellan personalen inom förskolepedagogiken och annan social- och hälsovård, speciellt barnrådgivningen.

I enlighet med de ovannämnda programmens riktlinjer strävar man efter att främja barnfamiljernas hälsa och välbefinnande och försöker så genomgripande som möjligt planera, uppfölja och bedöma de tjänster som är riktade till barnfamiljer. I kommunerna kan dessa båda genomföras så att verksamheten styrs av barnets intresse och genom en barnorienterad jämlikhetsfrämjande synvinkel. Ett omfattande och helhetsbetonat grepp förutsätter att det finns en regelbundet fungerande, välorganiserad samarbetsgrupp där ansvaren har definierats tydligt.

Rekommenderad litteratur:

Eläköön lapset – lapsipolitiikan suunta. 2000. Suomen Kuntaliiton lapsipoliittinen ohjelma. Suomen Kuntaliitto, Helsinki.

Kouluterveydenhuollon laatusuositus. 2004. Oppaita 8. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.

Konventionen om barnets rättigheter. 1989. Förenta nationerna. Tillgänglig på internet www.unicef.fi/tietoa/toiminnasta/lastenoikeuksiensopimus/shtml 15.4.2004.

Mielenterveyspalveluiden laatusuositus. 2001. Oppaita 9. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.

Valtioneuvoston periaatepäätös sosiaalialan tulevaisuuden turvaamiseksi. 2003. Esitteitä 5. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.

Valtioneuvoston periaatepäätös terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. 2002. Esitteitä 6. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.

Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 -kansanterveysohjelmasta. 2001. Julkaisuja 4. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.

Valtioneuvoston periaatepäätös varhaiskasvatuksen valtakunnallisista linjauksista. 2002. Julkaisuja 9. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.

Valtioneuvoston selonteko eduskunnalle lasten ja nuorten hyvinvoinnista. 2002. Julkaisuja 12. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.

3.2 Intensifiering av barnfamiljearbetet i kommunens familjeservicenätverk

På vissa orter har man redan börjat samla ihop de tjänster som är avsedda för barnfamiljer eller intensifierat samarbetet mellan de organisationer som gör barnfamiljearbete. Ofta har man kopplat in frivilligverksamhet. För att främja denna utveckling föreslås att möjligheterna att samla ihop till barn riktade välfärdstjänster till ett familjeservicenätverk diskuteras i

kommunerna (Bilaga 2). Då skulle planmässigt samarbete och konsultationer underlättas. Ur verksamhetens synpunkt kan tjänsterna anordnas som en fysisk helhet eller som ett aktiverande familjeservicenätverk. Barnvårdscentraler eller barnhus som finns på vissa orter är exempel på dylika fysiska helheter där det förutom tjänsterna kan finnas rum för föräldragrupper, organisationer, fritids- och familjekaféverksamhet. Det rekommenderas att samarbetet mellan den kommunala sektorn och den tredje sektorn ökas och familjernas påverkningssamverkan förbättras. Här behandlas familjeservicenätverket vad gäller anordnande av tjänster för familjer som har barn under skolåldern.

I familjeservicenätverket finns en läkare, en hälsovårdare, en familjearbetare, en psykolog, en talterapeut, en fysioterapeut och vid behov andra specialarbetare. Beroende på de lokala omständigheterna finns i nätverket även andra fackmän som arbetar med barnfamiljer såsom dagvårdspersonalen, arbetarna på uppfostrings- och familjerådgivningsbyrå, socialarbetarna, ergoterapeuten, näringsterapeuten, tandläkaren och/eller munhygienisten. Familjeservicenätverkets sammansättning kan vara olika i olika kommuner beroende på lokala omständigheter och behov. I nätverket bör emellertid finnas något slags representation från alla de tjänster i social- och hälsovårdsväsendet som är avsedda för barnfamiljer, innan man kan tala om ett familjeservicenätverk i den bemärkelse som avses här. I bilaga 2 har beskrivits familjeservicenätverkets sammansättning. En förutsättning för ett framgångsrikt samarbete är att de olika aktörerna kommer överens om arbetsfördelningen och vem som ansvarar för vad.

Administrativt sett kan familjeservicenätverket vara enhetligt eller bestå av representanter för olika förvaltningar. I olika kommuner och ekonomiska regioner finns det olika förhållanden och grunder för olika administrativa lösningar. Här framförs inget ställningstagande om hur den administrativa organisationen borde se ut. Nätverkets verksamhetsidé är att göra samarbetet lättare och förbättra tjänsternas tillgänglighet. Det är emellertid viktigt att se till att samarbetet med hälsovårdscentralens ledning fungerar och att ha kontakter med kommunens operativa ledning. Inom kommunen är det viktigt att komma överens om vem som ansvarar för underhåll och styrning av nätverket och dess utveckling.

Multiprofessionellt teamarbete och nätverksarbete fungerar inte av sig själva utan det behövs motivation, kunskap, samarbetsmetoder och långsiktig träning. Teamarbetet underlättas av att man kommer överens om gemensamma mål och är tillräckligt förtrogen med de andras arbete. Att olika grupper av anställda har olika utgångspunkter, verksamhetskulturer och fackspråk leder lätt till spänningar. Nätverksarbetet utvecklas bättre om de medverkande har färdigheter att bedöma sin egen roll och sina egna uppgifter och diskutera dem med de andra medlemmarna i nätverket. Utbildningen i det gemensamma nätverksarbetets metoder främjar nätverksarbetet på ett naturligt sätt. För att sekretessen inte skall bli ett hinder för samarbetet måste alla känna till de relevanta bestämmelserna och komma överens om lämpliga förfaringssätt (se kapitel 3.8, bilaga 3).

REKOMMENDATION:

I kommunen eller regionen påbörjas planeringen av hur tjänsterna för barnfamiljer skall samlas ihop till ett s.k. familjeservicenätverk. I detta sammanhang definieras de viktigaste ansvariga instanserna, aktörerna och förhållandet till den kommunala välfärdspolitiken. Familjeservicenätverkets verksamhetsidé är att utveckla samarbetet mellan dem som arbetar med barnfamiljer.

Rekommenderad litteratur:

Arnkil TE, Erikson E & Arnkil R. 2000. Palveluiden dialoginen kehittäminen kunnissa. Sektorikeskeisyydestä ja projektien kaaoksesta joustavaan verkostointiin. Raportteja 253, Helsinki, Stakes.

3.3 Planering och uppföljning av barnfamiljernas välfärd och tjänster

Det rekommenderas att beslutsfattarna *på varje ort och i varje ekonomisk region* skall tänka över om där borde grundas en planerings- och uppföljningsgrupp för barnfamiljernas välfärd och tjänster, om det inte finns ett motsvarande organ från förut. Uppföljningsgruppens uppdrag kan läggas upp brett så att det omfattar uppföljningen och främjandet av barnfamiljernas hälsa och välbefinnande eller smalare som ett samarbetsorgan för uppföljning och planering av tjänster. Det rekommenderas att gruppens verksamhetsfält även omfattar familjerna till barnen i skolåldern. Med tanke på funktion och administration är det lämpliga befolkningsunderlaget för en uppföljningsgrupp ca 20 000–30 000 invånare (jfr Det nationella hälsovårdsprojektet). Det är önskvärt att till gruppen hör representanter för hälsovården, rådgivningen (den läkare eller hälsovårdare som ansvarar för rådgivningsarbetet), dagvården, socialvården, familjerådgivningen, munhygien, mentalvårds- och missbrukartjänsterna, skolornas välfärdstjänster, församlingen eller kyrkans familjerådgivningscentral, polisen, organisationssektorn och eventuellt näringslivet, yrkeshögskolan m.fl. beroende på vad som är möjligt och ändamålsenligt på en enskild ort. Det är viktigt att få med en representant för barnfamiljerna.

Multiprofessionellt samarbete blir effektivt när man tillsammans har kommit överens om spelreglerna och arbetsformerna. Detta kräver planmässighet och regelbundna möten mellan aktörerna och dem som ansvarar för de olika verksamheterna. Som utgångspunkt för samarbetet lämpar sig bäst kommunens eget *barnpolitiska program* eller den del av kommunens *välfärdspolitiska program* där man har kommit överens om hur barnfamiljer skall stödas och hälsan främjas på orten. Det barn- eller välfärdspolitiska programmet förenar de olika aktörerna såsom idrotts-, ungdoms- och undervisningsväsendet, planeringen, trafikregleringarna, församlingen och eventuella frivilliga aktörer. För att utvärdera programets nytta är det nödvändigt att följa upp dess genomförande. Samarbetet kan organiseras, även om det inte finns ett program.

Planerings- och uppföljningsgruppen för barnfamiljernas välfärd och tjänster bör ha i uppdrag att planera och utveckla samarbetet mellan de olika aktörerna, följa upp hur barnens och barnfamiljernas välfärd utvecklas och det barnpolitiska programmet genomförs, i synnerhet vad gäller välfärdstjänsterna, samt göra förslag för tryggheten av barnfamiljernas välfärd. Målet är att främja barnens och barnfamiljernas hälsa och välbefinnande på ett övergripande sätt. Gruppen skall ge en helhetsbild av de tjänster som riktats till barnfamiljer samt av behovet av dem (på vissa orter har man kartlagt det med hjälp av t.ex. antalet specialbarn), vilket gör det lättare att utveckla tjänsterna, använda dem på ett ändamålsenligt sätt och undvika överlappningar. Uppföljningsgruppen kunde även se till att det finns förutsättningar för handledning av grupper som är likställda.

Gruppen kan följa med hur tjänsterna fungerar som en helhet och hur de olika tjänsterna anknyts till varandra och planera och utveckla samarbetet mellan aktörerna. Ett exempel på dylikt samarbete är samarbetet mellan dagvården och barnrådgivningen i uppföljning av barnens utveckling, fostringsstöd till föräldrar och förebyggande av infektioner i dagvården. Ett annat exempel på ett område där det är skäl att komma överens om och systematiskt genomföra samarbete är övergången till förskola och grundskola så att i synnerhet stödet till barn som behöver stöd fortsätter utan avbrott. Med sina ställningstaganden och förslag kan uppföljningsgruppen även påverka planerings- och trafiklösningar och de lokala förutsättningarna för förenande av arbete och familjeliv. Dessutom är det möjligt att be de organisationer som arbetar för barnfamiljer att ge sitt utlåtande om saker redan i planeringsskedet. Utlåtandena kan ha en stor inverkan på familjernas samvaro, den sociala, fysiska och kulturella miljön samt möjligheterna till fritidssysselsättningar och motion. Dessa avgöranden har betydande och långsiktiga verkningar på främjandet av familjernas, barnens och de ungas hälsa.

Samarbetsstrukturerna är nyttiga både för kommuner och för barnfamiljer. Med deras hjälp är det möjligt att effektivisera ekonomisk och ändamålsenlig användning av tjänsterna, undvika överlappande arbete, inrikta resurser enligt befolkningens föränderliga behov och göra samarbetet mellan de olika enheterna smidigare. Samarbetsstrukturerna underlättar och förbättrar informationsutbytet med bl.a. församlingarna och den tredje sektorn. Med deras hjälp är det även lättare att planera användningen av de köpta tjänster som barnfamiljerna behöver. Dylika tjänster är bl.a. forsknings-, rehabiliterings-, missbrukar- och barnskyddstjänsterna som ofta har splittrats på olika kommunala tjänstemäns ansvarsområden.

REKOMMENDATION:

I kommunens eller den ekonomiska regionens område finns en fungerande planerings- och uppföljningsgrupp för barnfamiljernas välfärd och tjänster som ansvarar för uppföljning och rapportering till kommunens tjänste- och förtroendemannaledning.

3.4 Barnrådgivningens personal och dimensionering

Centrala arbetare på en rådgivningsbyrå för barnavård är hälsovårdare och läkare som utgör kärnarbetsparet i rådgivningsverksamheten. De arbetar i tätt samarbete med varandra och andra som arbetar med barnfamiljer. Andra viktiga arbetare är familjearbetaren och specialarbetarna. Ett tillräckligt antal anställda är en viktig förutsättning för en fungerande rådgivningsbyrå.

3.4.1 Hälsovårdaren

Barnrådgivningens viktigaste resurs är hälsovårdaren. I rådgivningsarbetet är hälsovårdaren expert på hälsofrämjande och familjevårdarbete och ansvarar för verksamhetens vårdvetenskapliga nivå. Hälsovårdaren känner sitt område, dess invånare och familjer, för innan barnet börjar i skolan träffar hälsovårdaren familjen omkring 16–20 gånger beroende på den praxis som följs på rådgivningsbyrån. En del av mötena är hembesök. Hälsovårdaren kan bilda en helhetsuppfattning om sitt klientel, följa förändringar i det och tillgodogöra sig av de kommunala tjänsterna för barnfamiljer. En del av den samhällsliga aspekten i hälsovårdarens arbete är att hon förmedlar information om familjernas situation i sitt område och tar initiativ.

Hälsovårdaren ansvarar för uppföljningen av barnets sunda uppväxt och utveckling. Till hennes uppgifter hör även screeningundersökningar och vaccineringsarbetet. Hälsovårdarens arbete är familje- och resursorienterat och främjar alltså hela familjens hälsa. I arbetet ingår att stärka föräldraskap, parförhållande och familjens andra resurser (bl.a. ge uppfostringsrådgivning, granska familjens levnadssätt och livsföring tillsammans med familjen) och ge klientorienterad hälsorådgivning med mångsidiga och individuella metoder. Hälsovårdaren ställer sin sakkunskap till familjens förfogande och arbetar tillsammans med familjen i en anda av partnerskap och förtroende och för att stärka förutsättningarna för hela familjens hälsa. Hälsovårdaren utarbetar en helhetsplan för uppföljning av barnets och familjens hälsa tillsammans med familjen och kommer överens om hur den skall revideras och utvärderas.

Hälsovårdaren bedömer tillsammans med familjen om barnets hälsa och välbefinnande eller familjens förändrade omständigheter förutsätter andra medarbetares undersökningar eller annat stöd än rådgivningens basuppföljning. Att identifiera barnets eller familjens behov av stöd och ingripa i ett tidigt skede hör till hälsovårdarens kärnuppgifter. Hälsovårdaren skall bedöma om ett bekymmer om barnets uppväxt, utveckling eller beteende som kommit upp i uppföljningen föranleder fortsatta undersökningar eller åtgärder. I problemsituationer måste hälsovårdaren kunna förhandla med sin arbetsgrupp. En familj som

behöver särskilt stöd har hjälp av hälsovårdarens samarbetsvilja och det att hälsovårdaren anlitar andras sakkunskap utgående från barnets intresse och familjens väl.

Om ett barn använder andra hälso- eller socialtjänster, hör det till hälsovårdarens roll som sakkunnig att förhandla med familjen om koordineringen av och kontinuiteten i de tjänster som barnet och familjen behöver. Hälsovårdaren ser till att en ansvarig person har utsetts för familjen. Omsorgen för helheten och kontinuiteten förutsätter bland annat att alla barn under skolåldern i samma familj följs upp av samma hälsovårdare och att familjen lätt kan få tag på hälsovårdaren.

Hälsovårdaren gör hembesök och ansvarar för att familjen vid behov kan ha stöd från en grupp av likställda. I hälsovårdarens roll ingår planering och ledning av grupper antingen självständigt eller i samarbete med ett multiprofessionellt team. Om det finns en familjearbetare på rådgivningsbyrån, kan anordnandet av gruppverksamheten delas mellan familjearbetaren och hälsovårdarna. Om hälsovårdaren inte leder grupper själv, sköter hon informationen om gruppverksamheten och är på det klara med gruppmötenas sakinhåll.

I befolkningsansvarssystemet rekommenderas att hälsovårdaren inte tar hand om andra sektorer än förenat mödravårds- och barnrådgivningsarbete eller barnrådgivnings- och skolarbete. Detta bidrar till att hälsovårdaren orkar arbeta och uppehålla sin yrkeskunskap. Om en hälsovårdare tar hand om flera sektorer, betonas ledningens ansvar för verksamhetens tidsenlighet och för tillräcklig fortbildning.

REKOMMENDATION:

Hälsovårdaren är den centralaste aktören på en rådgivningsbyrå för barnavård. Hon ansvarar för förstahands sakkunskap i främjandet av barnfamiljernas hälsa i sitt område och för vårdens nivå och tidsenlighet i rådgivningsverksamheten. Hälsovårdaren utvecklar sin roll som givare och koordinator av tjänster inom familjevården och som stärkare av barnfamiljernas samhällelighet.

3.4.2 Rådgivningsbyråns läkare

Förutom hälsovårdaren är rådgivningsarbetsgruppens läkare den enda fackman som personligt träffar varje barn och dess familj. Därför är också läkarens arbetsinsats i personligt bemötande av familjen synnerligen viktig för framgångsrik rådgivning. Läkaren deltar i uppföljningen av barnets hälsa och uppväxt. Hon ansvarar för screening för sjukdomar och utvecklingsavvikelser och ofta även för tolkning av de utvecklingsavvikelser som hälsovårdarna upptäckt (beroende på vad som överenskommit lokalt) och planerar de fortsatta åtgärderna tillsammans med familjen. I de återkommande kontrollerna bekantar sig familjen och läkaren med varandra.

Samtidigt byggs ett förtroende som behövs om det förekommer problem med barnet eller i familjen.

Förutom de återkommande kontrollerna bör familjen ha en möjlighet att beställa tid hos läkaren när det föreligger ett särskilt skäl. Dyliga skäl är dibarns symptom såsom utslag och irritation eller problem som har med barnets utveckling och beteende att göra. Det är i familjernas intresse att läkaren inte bara tar hand om screeningen utan även för sin del stöder familjerna och bidrar till främjandet av den individuella hälsan och hälsofostran. Läkare deltar även i planeringen, utvärderingen och utvecklingen av rådgivningstjänsterna och i det multiprofessionella samarbetet.

Ett gott samarbete och klar arbetsfördelning mellan läkaren och hälsovårdaren förbättrar rådgivningstjänsternas kvalitet. För att göra samarbetet öppet och okomplicerat borde läkaren och hälsovårdaren komma överens om arbetsfördelningen vid de återkommande kontrollerna och reservera tillräckligt med tid för diskussion och konsultation. Då kan läkaren och hälsovårdaren tillsammans dryfta de problemsituationer där det inte behövs andra fackmän. Läkarens goda motivation, tillräckliga kunskaper och andra färdigheter för rådgivningsarbetet främjar rådgivningsbyråns verksamhet och är belönande för läkaren själv.

En ansvarig läkare skall vara utsedd för rådgivningsverksamheten. Den ansvariga läkaren skall ansvara för rådgivningens medicinska nivå, organisation och tidsenlighet när det gäller den medicinska verksamheten. Om det finns flera läkare på en rådgivningsbyrå för barnavård, åligger det den ansvariga läkaren att se till att de nya läkarna får inskolning och att deras fortbildning försäkras. Den ansvariga läkaren eller en av den ansvariga läkaren befullmäktigad läkare deltar även i de multiprofessionella samarbetsgrupperna. Barnrådgivningens ansvariga läkare bör själv arbeta inom barnrådgivningen för att kunna bedöma aktuella utvecklingsbehov.

För att vården av barn som är långtidssjuka eller ofta sjuka skall lyckas bra inom primärvården, bör rådgivningens ansvariga läkare komma överens om arbetsfördelningen med de läkare som har befolkningsansvaret. Om en rådgivningsläkare är väl insatt i barnsjukdomar kan det vara ändamålsenligt att anordna vård- eller uppföljningsbesök på rådgivningsbyrån i fråga om vissa sjukdomar. (Se även kapitel 16.6 Allergier och astma.) Om man arbetar inom ett befolkningsansvarssystem, kan det vara ändamålsenligt att organisera arbetet åtminstone delvis enligt sektor så att vissa läkare koncentrerar sig på barnrådgivningsarbetet (se även kap. 3.4.5 Dimensionering av personalen.)

REKOMMENDATION:

På varje rådgivningsbyrå för barnavård har utsetts en ansvarig läkare som ansvarar för rådgivningens medicinska nivå, organisation och tidsenlighet vad gäller den medicinska verksamheten.

3.4.3 Familjearbete och familjearbetaren

I barnrådgivningsarbete möter man ofta familjer i vilka situationen och barnens beteende ger anledning till bekymmer. Alltid är bekymret inte tillräckligt allvarligt eller formulerbart för att kontakt till barnskyddsmyndigheterna eller hänvisning till fackmän inom mentalvården eller missbrukarvården kunde komma i fråga. I dessa situationer är det bästa och snabbaste alternativet att situationen i familjen utreds redan i ett tidigt skede och att det finns en låg tröskel till att be om stöd från barnrådgivningen som även kan hjälpa genom samtal i familjens hem.

Det föreslås att rådgivningen skall kompletteras med kunnande i familjearbete. Detta är möjligt genom att 1) öka hälsovårdarnas kunskaper med kompletterande utbildning, 2) utöka rådgivningsbyråns personal med en familjearbetare eller 3) komplettera rådgivningsarbetsgruppen eller familjeservicenätverket med en arbetare från socialväsendet.

Det finns goda erfarenheter av att familjearbetet har satts i nära samarbete med barnrådgivning och daghem. Då är det frågan om förebyggande arbete, för det föreligger en social eller mentalhygienisk risk. Till exempel på Håkansböle rådgivning i Vanda har man fått goda resultat av ett experiment där familjearbetarens arbete har blivit en del av rådgivningsbyråns tjänster. Klienterna kommer till familjearbetet i första hand genom rådgivningsbyrån. Hälsovårdaren och familjearbetaren arbetar alltid parvis. Kommunala tjänster kan organiseras på ett flexibla sätt, om familjearbetaren arbetar inte bara på rådgivningen utan delvis även i daghemmet och/eller inom barnskyddet.

En familjearbetare som arbetar på rådgivningsbyrån eller inom familjeservicenätverket skall stöda och främja de familjers livskontroll som behöver särskilt stöd i situationer där utredningen av familjens situation och stödet till familjen förutsätter upprepade och tillräckligt långa hembesök. Dyliga situationer är till exempel en mor som är trött på sitt griniga barn, moderns lindriga depression, en ensamförsörjares eller mycket unga föräldrars osäkerhet, barnets oro eller avvikande trotsighet och inflyttarfamiljernas situation. Naturligtvis har de sjukdomsbaserade orsakerna till barnets symptom blivit utredda. Till uppgifterna hör också stöd till föräldrarna, stöd och hjälp till vård och fostran av barnen när problemet är en enskild familjemedlems sjukdom eller sjukdomens inverkan på familjemedlemmarnas inbördes relationer. Dessutom kan familjens funktionsförmåga eller föräldrarnas förmåga att anpassa sig till familjelivets utmaningar och nya livssituationer ge upphov till hjälpbehov.

En familjearbetare bör kunna analysera och bedöma helhetssituationen i samråd med andra fackmän inom social- och hälsovården. Familjearbetaren kan hjälpa familjerna att utnyttja och samla ihop närstående nätverk och servicenätverk. Hon är förtrogen med barnskyddsarbetet i sin kommun samt de möjligheter som missbrukar-, mentalvårds- och familjeterapitjänster och andra tjänster erbjuder och kan samarbeta med dessa organisationer. Man bör särskilt se till att samarbetet mellan barnrådgivningens familjearbetare och barnskyddet fungerar bra. När familjearbetaren arbetar i mera

krävande problemsituationer som parförhållande-, rusmedels-, våld- och mentalproblem, behövs nästan alltid en medarbetare. Medarbetaren kan vara förutom hälsovårdare även psykolog eller socialarbetare. Familjearbetaren måste ha ett tätt samarbete och obehindrad konsultationsmöjlighet även i förhållande till rådgivningsläkaren. Familjearbetarens arbetsformer består av förutom hembesök även diskussionsarbete antingen ensam eller som medarbetare på rådgivningsbyrån och vid gruppmöten.

Det finns forskningsbelägg för effektiviteten av planmässig hjälp som förts till familjens hem. I undersökningarna har stödets kostnadseffektivitet varit god. Det har beräknats att man med hjälp av stödet undviker kostnader som är 4–6 gånger större än de investeringar som gjorts. (Häggman-Laitila m.fl. 2001.)

För närvarande är familjearbetare yrkesutbildade personer med varierande utbildning. Lagstiftningen om kompetenskraven för socialvårdens yrkespersonal (inklusive familjearbetare) förnyas år 2004. Beroende på utbildningsbakgrund behöver en familjearbetare 20–40 studieveckor kompletterande utbildning eller fortbildning för barnrådgivningsarbetet.

REKOMMENDATION:

På barnrådgivningen eller i familjeservicenätverket finns familjearbetare, som även har kunskaper inom socialsektorn. De fungerar som hälsovårdarnas medarbetare i familjer som behöver stöd. Beroende på lokala förhållanden kan en familjearbetare även fungera som samarbetspartner i dagvården och skolan.

Rekommenderad litteratur:

- Heino T, Berg K & Hurtig J. 2000. Perhetyön ilo ja hämmennys, lastensuojelun perhetyömuotojen esittelyä ja jäsenyyksiä. Aiheita 14, Stakes, Helsinki.
- Häggman-Laitila A, Ruskomaa L & Euramaa K-I (red.). 2000. Varhaista tukea lapsiperheille. Kokemuksia Lapsiperhe-projektin perhetyöstä. Mannerheimin Lastensuojeluliitto, Helsinki. *En skildring av familjearbetarnas arbete med enskilda familjer.*
- Kalland M & Maliniemi-Piispanen S. 1999. Vauvan kiikku. Kuvaus kokeilevasta vauvaperhetyöstä. Vammaisten lasten och nuorten tukisäätiö, Helsinki.

3.4.4 Specialarbetare

I rådgivningsbyråns multiprofessionella arbetsgrupp arbetar även psykologer, talterapeuter, fysioterapeuter, näringsterapeuter och munhygienpersonal. Även om dessa grupper vanligen inte administrativt hör till rådgivningspersonalen, behandlas deras verksamhet i korthet i detta kapitel. Kommunen måste se till att rådgivningsbyrån har möjlighet att konsultera dessa grupper.

I psykologens befattningsbeskrivning ingår bland annat att utvecklingsundersökningar, utlåtanden om familjens helhetssituation, uppfost-

ringsrådgivning och förstahandsbedömning av psykiska störningar. Ofta deltar psykologen i planeringen och genomförandet av förebyggande mentalhygienisk verksamhet.

Psykologen samarbetar mycket med andra yrkesgrupper. Beroende på sin utbildnings- och erfarenhetsbakgrund kan hon styra det arbete som utförs på daghemmen och av andra som deltar i rehabiliteringen av barn samt planera verksamheten med dem och ge handledning. I vissa kommuner handleder hon olika grupper.

I det ideala fallet har rådgivningsbyrån en egen psykolog. På små orter är rådgivningsbyråpsykologens uppgifter emellertid bara en del av hälsovårdscentralpsykologens arbete. I mycket små kommuner kan psykologens tjänster till och med skötas som ett samarbete mellan närliggande kommunerna. Tjänsterna kan i vissa fall även skaffas som konsultationshjälp från familjerådgivningsbyrån. Det är viktigt att det skall vara lätt, enkelt och konfidentiellt att komma till rådgivningspsykologen.

En *talterapeuts* uppgift på rådgivningsbyrån är att utveckla, planera och ge talterapijänster i den omfattning som hälsovårdscentralens förtroendeledning har beslutat. Talterapeuten planerar ett system, med vilka de barn som hör till riskgrupperna hittas och hänvisas till talterapeuten för bedömning på ett pålitligt sätt och vid rätt tidpunkt. Till riskgrupper hör barn, som har störningar till exempel inom tidig interaktion, oralmotorik, tal, språk eller kommunikation. Verksamheten har en stark karaktär av förebyggande arbete.

Det finns inget remisstväng till talterapeuten. I en multiprofessionell arbetsgemenskap är talterapeuten sakkunnig och utbildare inom sitt eget område. Talterapeuten inskolar hälsovårdaren och dagvårdens personal i användningen av behövliga redskap, bl.a. screeningsredskap. Det screeningsmaterial som skall användas väljs i samarbete med personalen.

Ifall hälsovårdscentralen köper talterapeutisk rehabilitering, är tjänstetalterapeuten den ansvariga yrkespersonen i förhållande till yrkesutövaren. Om det inte alls finns en talterapeut på hälsovårdscentralen, måste man på något annat sätt se till att barnets behov av talterapi bedöms ändamålsenligt, till exempel genom att skapa en remisspraxis till talterapeuternas mottagning på centralsjukhuset.

Fysioterapeutens uppgift i arbetsgruppen är att verka som expert i undersökning av barnens motoriska problem, undersökning och vård av problem i hållnings-, rörelse- och andningsorganen, motionshandledning och den tidiga rehabiliteringen av handikappade och långtidssjuka barn. Det är alltid viktigt att konsultera en fysioterapeut, om ett barn i rådgivningsåldern har till exempel fördröjning eller avvikelser i den motoriska utvecklingen, hållningsasymmetri, lemmarnas eller ryggens felaktiga hållningar eller funktionella brister.

Med fysioterapi på barnrådgivningen syftar man till att tidigt upptäcka och rehabilitera problem som hämmar rörelse- och funktionsförmågan så att begränsningarna i rörelse- och funktionsförmågan skall bli så små som

möjligt. Barnets funktionsförmåga främjas med hjälpmedel och ändringsarbeten i hemmet. Fysioterapins mål är att ge barnet erfarenheter av att lyckas trots begränsningarna och stöda familjernas uppfostringsarbete. Den förebyggande verksamhetens andel av fysioterapeutens arbete ökar. Den minskande vardagsmotionen och risken för övervikt med åtföljande folksjukdomar är växande problem som bevisligen kan lösas med motion. Motionsrådgivning och träning av barnets fysiska färdigheter före skolåldern kan förbättra motoriskt svaga barns förmåga att senare delta i skol- och fritidsidrott. Fysioterapin för barn i rådgivningsåldern förutsätter att fysioterapeuten är insatt i normal och avvikande motorisk utveckling och barnens ortopediska problem, men av terapeuten förutsätts även ett övergripande grepp om arbete, familjeorientering och stöd till tidig interaktion mellan barn och förälder.

Näringsterapeuten deltar i planeringen och genomförandet av rådgivningsbyråns näringsrådgivning och -handledning. Av näringsterapeuten får man dessutom individuell handledning i specialkost och andra saker som har med måltider att göra. Dessa kan vara övervikt, mjölk-, spannmåls- och andra övergripande matallergier och andra svårigheter i anslutning till mat. Näringsterapeuten kan välja lämpliga livsmedel och specialprodukter för olika tillfällen och ge råd om deras användning.

Näringsterapeuten anordnar kurser för den övriga rådgivningspersonalen och är konsult inom sitt eget fack. Han utarbetar skriftligt rådgivningsmaterial och bland det tillbudsstående materialet väljer han det som lämpar sig för rådgivningsarbetet. Näringsterapeuten deltar även i evenemang som riktats till barnens föräldrar, t.ex. i olika föreläsningar, diskussioner och praktiska matlagningskurser. Sakkunskap i barnens näring behövs även i samarbetet mellan rådgivningsbyrån och dagvården.

Munhygienpersonalen består av tandläkare, tandhygienister/munhygienister och tandskötare. Munhygien syftar till att förebygga munsjukdomar i ett så tidigt skede som möjligt och igenkänna riskfaktorer för munnens hälsa och lösa problem. I fråga om barn i rådgivningsåldern är det viktigt att skjuta upp bakterieinfektioner till ett så sent skede som möjligt och skapa dagliga munvårdsrutiner. En munhygienist skall ta hand om den periodiska uppföljningen av barnens munhygien och skicka de barn som behöver vård till tandläkaren. Tandläkaren deltar i uppföljningen av barnets munhygien och ocklusion och ansvarar för igenkännande av utvecklingsavvikelse. Planeringen av samarbetet mellan rådgivningsbyrån och munhälsovården och en skriftlig överenskommelse om tillvägagångssätten garanterar god och välfungerande praxis. Munhygienpersonalen planerar och avbildar den praxis med vilken barn i munhygieniska riskgrupper hittas och kan skickas till vård. Skriftliga anvisningar för munhygienisk hälsorådgivning och igenkännande av munhygieniska problem i samband med barnets besök på rådgivningsbyrån stärker god samarbetspraxis.

3.4.5 Dimensionering av personalen

Ett grundvillkor för en framgångsrik rådgivningsverksamhet är en kvalitativt och kvantitativt tillräcklig personal. Rådgivningspersonalens antal och barnfamiljernas hemtjänst har minskats under 1990-talet samtidigt som familjernas problem har blivit svårare och kraven för rådgivningsarbete sålunda har ökat. Rådgivningsbyråerna representerar alltså den första kontakten och bastjänsten vars friktionsfria funktion det är skäl att satsa på för att kunna upptäcka och åtgärda problem i ett tidigt skede. Eftersom barnets födelse är en särskilt upplevelsefull och vanligen hoppningivande händelse, ger den en utmärkt möjlighet att stöda föräldraskap, familjens och dess medlemmars välbefinnande och funktionsförmåga.

Jämfört med tidigare dimensioneringar av rådgivningen hör till de nya tidskrävande arbetsformerna systematiskt stöd för tidig interaktion och föräldraskap, multiprofessionellt samarbete, effektiverade föräldragrupper och ett större antal hembesök. Även handledning och deltagande i kompletterande utbildning tar tid. De följande dimensioneringsrekommendationerna baserar sig på beräkningar som gjordes utgående från rekommendationerna i den nya barnrådgivningshandboken (bilaga 4).

REKOMMENDATION:

Utgångspunkten för den kalkylerade dimensioneringen av hälsovårdare är högst 340 barn per en hälsovårdare på heltid, när det inte finns en vikarie, och 400 barn per en hälsovårdare på heltid, när det finns en vikarie. Om hälsovårdaren arbetar i flera än två sektorer eller om det finns många invandrare eller andra familjer som behöver särskilt stöd i området bör antalet barn vara mindre. Utgångspunkten för dimensioneringen av läkare som gör rådgivningsarbete är 2 400 barn per en läkare på heltid, när det inte finns en vikarie, och 2 800 barn per en läkare på heltid, när det finns en vikarie.

Personalbehovet kan vara större än rekommendationen beroende på bl.a. nivån på kommunens tjänster, familjernas situation och andra faktorer som påverkar dimensioneringen.

Faktorer som påverkar dimensioneringen är bland andra:

- familjernas behov av stöd: till exempel arbetslöshetsgraden och flyttningsgraden i kommunen, behovet av barnskydd, antalet familjer som behöver utkomststöd, familjer med bara en förälder, styvfamiljer, familjer som hör till etniska minoriteter, antalet språkgrupper, antalet barn under 1 år,
- hälsovårdarnas och läkarnas arbetsbeskrivning: bland annat organisering av föräldragrupper och antalet sektorer (antalet sektorer ökar behovet av anställda, eftersom var och en av dem förutsätter upprätthållandet av en viss nivå på kunskaper och färdigheter),

- geografiska omständigheter: (glesbygden, skärgården; jfr den tid som går åt hembesök). Befolkningsminskningen till följd av flyttning minskar inte nödvändigtvis tjänstebehovet i samma proportion,
- den till barnfamiljer riktade personalens struktur och antal i kommunen: t.ex. hur många familjearbetare och hemvårdare inom socialväsendet, psykologer eller andra specialarbetare har reserverats för barnfamiljer.

Om hälsovårdaren eller läkaren arbetar bara en del av arbetstiden på barnrådgivningen, delas det barnantal som har dimensionerats för en heltidsanställd arbetare med den ifrågavarande andelen. Till exempel när hälsovårdaren arbetar två dagar i veckan på barnrådgivningen och tre dagar i annat arbete, kan hon ha högst 136 barn under skolåldern ($340/5=68$, $2 \times 68=136$). I praktiken borde antalet barn vara mindre än detta, för behärskandet av flera sektorer är tidskrävande och ställer utmaningar på upprätthållandet av yrkeskunskaper. Det rekommenderas att antalet sektorer på en hälsovårdares ansvar i mån av möjligheter begränsas till två.

I Barnfamilj-projektet uppskattades behovet av familjearbetare vara en familjearbetare per 400–1200 barn under skolåldern. Behovet av familjearbetare är svårt att uppskatta exakt, eftersom erfarenheten av kommunala familjearbetare på barnrådgivningen tillsvidare är begränsad och de lokala förhållandena varierar. De experiment som startats kommer att ge information om situationen.

För att utveckla personalens dimensionering måste den tid som används på barnrådgivningen följas upp. Till exempel i befolkningsansvarssystemet finns det behov av att statistikföra den tid som läkarna använder på rådgivningsarbetet.

3.5 Barnrådgivningsarbetsgruppen och annat samarbete på rådgivningsbyrån

Med barnrådgivningsarbetsgruppen avses en samarbetsgrupp, där man konsulterar och diskuterar hur barn och familjer kunde följas upp, stödas och undersökas så ändamålsenligt som möjligt. I gruppen behandlas de svårigheter som kommit fram under möten med klientfamiljerna, möjligheter till anordnande av stöd och hjälp samt planeras fortsatta undersökningar av barnet. I gruppen kan man även planera nya hälsofrämjande och förebyggande arbetsformer. Med hjälp av ett systematiskt teamarbete kan arbetsgruppens yrkeskunskap och kunnande bäst utnyttjas för barnens och familjernas väl. Familjerna kan uträtta sina ärenden snabbare och flexibla. Samarbetet inom det lokala expertnätverket behövs bland annat i planeringen av tidig rehabilitering och ändamålsenlig användning av den specialiserade sjukvården.

De viktigaste aktörerna i barnrådgivningsarbetsgruppen är hälsovårdaren och barnrådgivningens läkare. Andra arbetargruppernas deltagande

i rådgivningsarbetsgruppen beror på de lokala resurserna. Till gruppen hör förutom de grupper som räknats upp i det föregående kapitlet även dagvårdsarbetaren, (barnskyddets) socialarbetare och ergoterapeuten. Mödravårdscentralens hälsovårdare deltar i rådgivningsarbetsgruppens möten åtminstone när hon önskar konsultationshjälp eller när hennes erfarenhet behövs i planeringen av det fortsatta stödet till familjen. Mödra- och barnavårdscentralernas friktionsfria och kontinuerliga samarbete gäller emellertid alla barn och deras familjer. I samarbetet bör särskild uppmärksamhet fästas vid övergångskedet, i synnerhet om hälsovårdaren byts ut. Mödrarna väntar sig att moderns stresshantering och parförhållandet beaktas på samma sätt på barnrådgivningen som på mödravårdscentralen. Om rådgivningsgruppen sammanträder ofta och regelbundet, går informationsutbytet utan friktion. Rådgivningsarbetsgruppen borde iaktta principen om den låga tröskeln även i sitt samarbete. Denna yttrar sig så att det är lätt att rådgöra med varandra. Ärendena bör alltså tas till den multiprofessionella arbetsgruppen flexibelt och utan dröjsmål.

Barnrådgivningsarbetsgruppens eller -gruppernas organisation och sätt att arbeta kan vara olika på olika stora orter och på olika rådgivningsbyråer. Det är viktigt att ha en klar överenskommelse om hur ansvaret och uppgifterna fördelas. Ibland kan det vara ändamålsenligt att varje hälsovårdare har en egen rådgivningsarbetsgrupp. I vissa fall kan flera hälsovårdare höra till samma rådgivningsarbetsgrupp.

Alltid är det inte möjligt att grunda en dylik rådgivningsarbetsgrupp som beskrivits ovan, eftersom tillgången till specialarbetare kan variera mycket i landets olika delar. Det är emellertid viktigt att rådgivningsbyråns arbetare säkras en möjlighet att konsultera åtminstone psykolog, talterapeut och fysioterapeut även i glesbygder.

Hälsovårdaren ansvarar för sammankallandet av barnrådgivningsarbetsgruppen och organiseringen av arbetet. Läkaren och hälsovårdaren kan sinsemellan komma överens om vem som ansvarar för ledningen av gruppen. För behandlingen av barnets ärenden behövs alltid föräldrarnas samtycke (se kapitel 3.8). Om man inte har bitt om eller fått tillstånd, kan situationen endast diskuteras på ett sätt där familjens identitet inte avslöjas. Det är önskvärt att föräldrarna deltar i arbetsgruppens möte om där behandlas ärenden som gäller deras barn.

I problemsituationer är det vid behov också möjligt att bilda ett stödteam kring familjen eller utnyttja en existerande stödgrupp för barnskydd.

I flera kommuner har det grundats rehabiliteringsgrupper för barn. Medlemmarna i rehabiliteringsarbetsgruppen är ofta desamma som medlemmarna i barnrådgivningsarbetsgruppen. Det är viktigt att dessa grupper är förtroagna med varandras arbete och har en klar arbetsfördelning. Rehabiliteringsarbetsgruppen har i uppgift att dra upp rehabiliteringsplaner och anordna fortsatt vård och rehabilitering som styrs av den specialiserade sjukvården. Den främsta principen är att föräldrarna alltid kallas till rehabiliteringsarbetsgruppens möten. Om detta inte är möjligt måste man få deras tillstånd innan man behandlar barnets ärenden.

Om barnet är i dagvård, utarbetas rehabiliteringsplanen vanligen på dagvårdens initiativ. Specialarbetarna konsulteras vid behov. I lagstiftningen om dagvård ingår en tydlig förpliktelse om rehabilitering av specialbarn och om planering av rehabiliteringen.

REKOMMENDATION:

Det finns en barnrådgivningsarbetsgrupp på varje rådgivningsbyrå för barnavård. Till gruppen hör de anställda som deltar i undersökning av barn och stödande av familjer, allt efter de lokala omständigheterna. På rådgivningsbyrån kommer man överens om rådgivningsarbetsgruppens arbete såsom dess deltagare, uppgifter och mötesfrekvens. Samarbetet mellan rådgivningen för mödravård och barnavård löper friktionsfritt och gäller alla barn som föds samt deras familjer.

3.6 Samarbete inom kommunen

3.6.1 Samarbetet med hemtjänsten och barnskyddet

I många familjer behövs även hjälp i hem- och barnavården. Då är det mest ändamålsenligt att anlita en närvårdare som inriktat sig på barnfamiljearbete eller en motsvarande arbetare. Närvårdaren är en konkret hjälp i familjen och gör vid behov alla vardagliga arbeten i hemmet. En barnfamilj kan ha svårigheter att klara av vardagen till exempel på grund av föräldrarnas sjukdomar eller nyhjälploshet eller därför att det finns bara en förälder i familjen. Den vardagliga hjälp och handledning som närvårdaren ger åt familjen kan som bäst förebygga behovet av barnskydd. Verksamheten har alltså en stark karaktär av förebyggande arbete. Det finns ett behov att skapa ett fungerande samarbete mellan barnfamiljernas hemtjänst å ena sidan och experterna inom rådgivningen, socialarbetet och andra socialtjänster samt hälsovården å andra sidan. Genom dessa sektorer kan man hänvisa de familjer som behöver stöd till tjänsterna och också säkra en tillräcklig multiprofessionell konsultation vid behov.

Barnskyddsmyndigheternas lagstadgade uppgift är att stöda alla barn och ungdomar vilkas hälsa eller utveckling är i fara. Man syftar till att förebygga uppkomsten av problem och deras anhopning, anordna den hjälp, vård och kontroll som behövs för att stöda familjernas vardag och barnens och ungdomarnas hälsa, uppväxt och utveckling. Barnskyddslagen förpliktar bl.a. social- och hälsoväsendets anställda att underrätta socialnämnden, i praktiken socialväsendets barnskyddsarbetare, om ett barn som är i behov av familje- eller individinriktat barnskydd (40 § Barnskyddslagen). En barnskyddsanmälan är ett samarbetsinitiativ som gör det möjligt för barnskyddet och andra behövliga sektorer att vara med om att utreda barnets situation och stödbehovet samt planera stöd-

åtgärder. Rådgivningsbyråerna gör mycket få barnskyddsanmälningar. Det görs emellertid en barnskyddsanmälan om ca 4 % av spädbarnen. Barnskyddsarbetare är rådgivningsbyråns viktiga samarbetspartner och det finns behov av att öka samarbetet.

Genast när barnrådgivningsarbetsgruppen fattar en misstanke om behovet av barnskydd, konsulteras barnskyddsmyndigheten. I begynnelsekedet kan konsultationen göras utan att nämna familjen. I den egentliga barnskyddsanmälan måste familjen specificeras. Då är det skäl att komma överens med familjen om saken eller åtminstone meddela familjen att en anmälan skall göras.

Rådgivningsarbetsgruppen deltar naturligtvis i de utrednings- och stödåtgärder som barnskyddsmyndigheten önskar. Tillsammans med rådgivningen ser barnskyddsmyndigheterna till att rådgivnings- och familjeservicenätverket ger de behövliga tjänsterna även till de barn som omfattas av barnskyddets stödåtgärder och de vuxna som sköter om dem så att de tillsammans betraktas som en familj.

Med stöd av barnskyddslagen kan socialarbetaren stöda barnet och familjen ekonomiskt och erbjuda stöd t.ex. för boende. Socialarbetaren kan anordna stödperson- och stödfamiljsverksamhet och terapitjänster, stöda fritidssysselsättning och möjliggöra semester- och rekreations-tjänster för familjen.

REKOMMENDATION:

I kommunerna anordnas en förebyggande hemtjänst som är riktad till barnfamiljer och möjliggör tidigt stöd och samarbetar med socialtjänsterna och rådgivningsbyrån.

Barnskyddets representanter deltar i familjeservicenätverket och vid behov i rådgivningsarbetsgruppens verksamhet. Rådgivningsbyrån, familjeservicenätverket och barnskyddsmyndigheterna har tillräcklig kännedom om varandras tillvägagångssätt och arbetsmetoder och de har tillsammans kommit överens om hur och under vilka förutsättningar en barnskyddsanmälan skall göras.

Rekommenderad litteratur:

Elorinne E-L, Manninen R. 1997. Elsa-projekti. Ehkäisevän lastensuojelutyön avo- huollollinen kokeiluprosjekti 1994–1997. Ensi- och turvakotien liitto, Helsinki. Harava-projektet är den offentliga sektorns och organisationssektorns samarbets- projekt som syftar till att skapa sådana verksamhetsmodeller för de psykosociala tjänsterna för barn och unga och barnfamiljer som överskrider de traditionella gränserna. Projektet koordineras av Finlands Kommunförbund och Centralför- bundet för Barnskydd. Haravas webbsidor: www.harava.net.

Miten lastensuojelu voi auttaa lastasi och perhettäsi. Esite. Stakes, Helsinki.

Taskinen S. 1999. Huostaanotto. Lastensuojelun asiantuntijaryhmän suositus huostaanottoprosessin laatua ohjaaviksi yleisiksi periaatteiksi. Oppaita 33, Stakes, Helsinki.

3.6.2 Samarbetet med dagvården och förskoleverksamheten

I förskoleverksamheten betonas interaktionen mellan barnen, personalen och föräldrarna samt ett fostrande partnerskap. Förskolepedagogiken utövas i samarbete med ett omfattande nätverk som betjänar barnet och familjen (Bilaga 2). Dagvården i sina olika former är den vanligaste samhälleliga verksamhetsmiljön för förskolepedagogiken. Ungefär hälften av alla barn är i kommunal dagvård. Så gott som alla barn deltar i förskoleundervisningen i dagvården eller i skolan ett år innan de börjar skolan. Övergången från rådgivningsbyrån till skolhälsovården varierar från kommun till kommun.

Dagvården är rådgivningsbyråns nära samarbetspartner varför det borde finnas en representant för dagvården i familjeservicenätverket och rådgivningsarbetsgruppen. Utgångspunkten för förskolepedagogiken i dagvården är densamma som på rådgivningsbyrån: barnens och familjernas behov. Bådas uppgift är att främja barnets uppväxt, utveckling och inläring och stöda föräldrarna i hemuppfostran. I förskolepedagogiken stöds föräldraskapet klientorienterat med många olika aktiviteter. Även barnets eventuella behov av särskilt stöd, dess inläringssvårigheter, språk- och kulturbakgrund eller till exempel pojkars och flickors olika behov måste tas i beaktande i förskolepedagogiken (Statsrådets principbeslut om förskolepedagogikens nationella utstakningar, 2002).

Förskolepedagogiken har emellertid en annan synvinkel på barnfamiljerna än rådgivningsbyrån (Lammi-Taskula & Varsa 2001). Dagvårdspersonalen möter föräldrarna till de barn som är i dagvård varje dag, och det här ger personalen en bra utgångspunkt att samtala med föräldrarna om ärenden som rör familjen och barnets uppväxt, utveckling och inläring.

Innan man kan utbyta information om ett enskilt barns ärenden, måste till barnets handlingar på rådgivningsbyrån bifogas ett av föräldrarna undertecknat tillstånd i vilket definieras under vilka förutsättningar information får utbytas mellan rådgivningen och dagvården (se bilaga 5). I dagvården kan man be om ett likadant tillstånd. Det skulle vara önskvärt om föräldrarna tog med sig dagvårdspersonalens bedömning om barnets situation, färdigheter och sociala gruppärdigheter till rådgivningens återkommande kontroller.

På vissa orter, till exempel i Nokia och Esbo, har man fått goda erfarenheter av att delvis genomföra de återkommande kontrollerna på daghemmet (t.ex. Ollikainen 2002). I experimentet baserade sig bedömningen av barnet på hela vårdteamets observationer om barnets sociala gruppärdigheter och på enskilda uppgifter med barnet. Föräldrarna var med i bedömningen. Före läkarundersökningen hade de en feedbackdiskussion med barnträdgårdsläraren. I diskussionen utarbetades ett sammandrag av de uppgifter som gjorts med barnet och av föräldrarnas och daghemspersonalens observationer. Sammandraget sändes med föräldrarnas tillstånd till rådgivningsbyrån, där det kunde utnyttjas vid läkarundersökningen.

Hälsovårdarens uppgift var att bedöma de barn som sköttes hemma, i familjedagvård eller i privata daghem med samma metoder.

I vissa städer har man utvecklat en samarbetsmodell för uppföljning av 3- och 5-åriga barn. Modellen baserar sig på samarbetet mellan föräldrarna, rådgivningen och dagvården. Ett dylikt samarbete har enligt erfarenheterna hjälpt daghemspersonalen att bättre än tidigare bli medveten om barnets behov av individuellt stöd. För hälsovårdarna har samarbetet gjort det möjligt att stöda barnfamiljerna på ett mångsidigare sätt.

I dagvården finns även barn som behöver särskilt stöd. Hälsovården är endast medveten om problemen hos en del av barnen. Det vore önskvärt att en cirkulerande specialbarntädgårdslärare, eller när en sådan inte finns, annan yrkesutbildad person inom dagvården skulle fungera som verkställare av samarbetsinitiativet när det gäller dessa barn. På detta sätt skulle varje rådgivningsarbetsgrupp vara medveten om de barn på dess ansvar som behöver särskilt stöd i dagvården. Sjukdomsdiagnostiken hör inte till dagvårdspersonalen utan till läkaren. Ett viktigt samarbetsområde inom dagvården och rådgivningen är förebyggandet av infektioner hos barn i dagvård (se Renko & Uhari 2001). Hälsovården borde ansvarsfullt vara med om att ge barnen en hälsosam verksamhetsmiljö där infektionsriskerna har minimerats.

Rådgivningsbyråpersonalens besök på dagvården kan vara nyttiga. Man bör undvika att stämpla normala lindriga variationer och särdrag i utvecklingen som medicinska problem. Å andra sidan kan också en lindrig svårighet, även om dess natur och svårighet inte fyller de diagnostiska kriterierna, orsaka betydande problem i vardagen. Det kan vara till stor hjälp för barnet och miljön om problemet beaktas och barnet får tillräckligt med stöd. Expertisen i familjeservicenätverket och vid behov den specialiserade sjukvårdens anvisningar hjälper dagvården att anordna särskilt stöd, hjälp och rehabilitering när detta är motiverat. Dagvården kan fungera som en viktig förebyggare och rehabiliterare av olika utvecklings-, kontakt-, beteende- och inlärningssvårigheter hos barn i förskoleåldern. Rådgivningsbyråns eller barnrådgivningsarbetsgruppens arbetare kan även aktivt hänvisa barn till dagvården och vid behov dagvårdens stödåtgärder när de anser att detta främjar barnets utveckling eller rehabilitering. I dessa specialsituationer borde dagvården och stödåtgärderna anordnas så flexibelt som möjligt både med tanke på barnet och familjens situation. Ur dagvårdspersonalens synvinkel är de svåraste barnen ofta de som behöver speciellt mycket stöd i socialt beteende och självreglering.

Det är bra om en familjearbetare eller annan arbetare i familjeservicenätverket kan delta i daghemmets verksamhet. Genom att stöda familjen och föräldraskapet främjar hon barnets utveckling men hjälper även daghemmets personal att orka. Inom dagvården har utförts experiment som gäller familjearbetare, till exempel på daghemmet Jussinlinna i Hyvinge. Där anställdes en familjearbetare som skulle ansvara för samarbetet med föräldrarna och vid behov ge personalen handledning. I och med Jussinlinna-projektet har samarbetet mellan föräldrarna och arbetarna

blivit öppnare. Den nya verksamhetsmodellen erbjuder metoder för att förebygga barnens illamående och stöder småbarnsföräldrar i vardagens uppfostringsarbete.

En arbetsmodell av nätverkstyp som sammanför familjen och olika arbetare till diskussion används redan på flera orter. Dagvårdens samarbete med social- och hälsovårdens andra aktörer för att stöda familjen kan fungera på samma sätt som i fråga om skolans elevvårdsgrupper. Familjen är medveten om samarbetet och kan delta i det. Om man lyckas skapa fungerande lokala samarbetsförfaranden och informera föräldrarna om verksamhetssätten, har detta även den fördelen att verksamheten blir vardagligare och tröskeln för ingripande blir lägre.

Det är viktigt att en eller flera representanter för dagvårdspersonalen deltar i familjeservicenätverkets möten. Dessutom rekommenderas att familjeservicenätverket anordnar utbildnings- och rekreationsevenemang för sin personal i samråd med dagvårdspersonalen.

REKOMMENDATION:

En representant för dagvården deltar i familjeservicenätverkets och vid behov barnrådgivningsarbetsgruppens verksamhet. Dagvården och rådgivningsbyrån har kommit överens om samarbetsförfaranden och informationsutbyte.

Rekommenderad litteratur:

Infektioiden ehkäisy päivähoidossa. Oppaita. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö, Helsinki. Handboken utkommer under år 2005.

Jussinlinnan päivähoitohankkeessa kehitettiin uudenlaista tukea föräldrarna kasvatustyölle. Tiedote 33/22.5.2002. Stakes. *Årets 2002 TERVE-SOS-priset gick till Hyvinge stads dagvårdsprojekt Jussinlinna som stöder föräldrarnas fostringsarbete.*

Lammi-Taskula J & Varsa H. 2001. Vanhemmuuden aika. Vanhemmuuden tukemisen käytännöt och haasteet osana neuvoloiden och päiväkotien työtä. Aiheita 7. Stakes, Helsinki. *En undersökning av rådgivningsbyråernas och daghemmens förfaringssätt vid millennieskiftet.*

Varhaiskasvatussuunnitelman perusteet. 2003. Oppaita 56. Stakes, Helsinki.

3.6.3 Samarbetet med uppfostrings- och familjerådgivningsbyråer

Uppfostrings- och familjerådgivningsbyråer är en viktig expert- och samarbetspartner både för vuxnas vårdplatser och för barnrådgivningen. Anordnandet av uppfostrings- och familjerådgivningen är kommunens skyldighet. I slutet av 1990-talet hade nätverket av familjerådgivningsbyråer nästan 130 familjerådgivningsbyråer och 222 servicepunkter. Deras, liksom barnrådgivningarnas, basuppgift är att främja barnens och familjernas positiva utveckling. Familjerådgivningsbyråerna hjälper barn, unga och deras familjer i ärenden som rör uppfostran, utveckling och familjernas

mänskliga relationer genom att ge handledning och rådgivning, genom att undersöka barnets och familjens helhetsituation och genomföra olika behandlingsformer såsom familjeterapi, individualterapi för barn, vård av föräldraskapet samt nätverksterapi. Klient- och besökarantalet har ökat betydligt under 1990-talet.

Uppfostrings- och familjerådgivningsbyråerna är en del av familjeservicenätverket. Utvecklingen av familjerådgivningsbyråns och barnrådgivningsbyråns samarbetsformer är till nytta för båda parterna. Det är av största vikt att familjerådgivningsbyråns representanter deltar i den arbetsgrupp som skall planera och följa upp barnfamiljernas tjänster. Det vore önskvärt om de även deltog i rådgivningsarbetsgruppen. Annat samarbete beror på familjerådgivningsbyråns möjligheter att satsa på utvecklingen av förebyggande arbete i kommunen. Experterna på uppfostrings- och familjerådgivningsbyråerna, vanligen psykologen, socialarbetaren och barnpsykiatern, kan ge konsultationshjälp till dem som arbetar på barnrådgivningarna. Dessa tar ofta kontakt med familjerådgivningsbyrån i barnets eller familjens problemsituationer. Familjerådgivningsbyråernas experter kan inom ramen för sina egna resurser anordna även utbildning och handledning för rådgivningspersonalen. Man har goda erfarenheter av samarbetet i bland annat multiprofessionellt anordnande av utbildning om tidig interaktion. Samarbetet blir lättare om man gemensamt kommer överens om tillvägagångssätten och datasekretessfrågorna. Vid utbyte av information kan det bifogade formuläret (Bilaga 5) användas.

REKOMMENDATION:

En representant för uppfostrings- och familjerådgivningsbyrån deltar i familjeservicenätverkets och vid behov barnrådgivningsarbetsgruppens verksamhet. Mellan familjerådgivningsbyrån och barnrådgivningsbyrån finns gemensamt överenskomna förfaranden för samarbete och informationsutbyte.

Rekommenderad litteratur:

- Antikainen J. 1992. Palveleva kasvatus- ja perheneuvola. Oppaita 15. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus, Helsinki.
- Johanson J. 2002. Haasteena vanhemmuus: Suomen kasvatus- och perheneuvontaliitto 50 vuotta 1952–2002. Suomen kasvatus- ja perheneuvontaliitto, Helsinki.
- Tasola S & Lajunen K. 1997. Vanhempana vahvemaksi. Ylivillkkaiden ja keskitymättömien lasten vanhemmille tarkoitettu valmennusohjelma. Jyväskylän perheneuvola, Jyväskylä.

3.6.4 Samarbete med skolorna

Med tanke på främjandet av barnets och familjens hälsa är övergången från rådgivningsbyrån till skolhälsovården speciellt viktig. Man bör se till att barnets hälsovård och annat behövt stöd fortsätter enhetligt och

friktionsfritt. Detta förutsätter att man kommunicerar tillräckligt och kommer överens om enhetliga verksamhetsprinciper. På kommunnivå kommer man överens om vid vilken tidpunkt barnet övergår från rådgivningen till skolhälsovården när förskoleundervisningen börjar i sexårsåldern.

När barnet börjar skolan, överförs de väsentliga patientuppgifterna om barnets uppväxt, utveckling och hälsovård till den ifrågavarande skolans skolhälsovård. Principen är att enbart nödvändiga uppgifter överförs. Man behöver inte be om föräldrarnas tillstånd, men det är bra att samtala med dem om överföringen av uppgifterna. Barnrådgivningsarbetsgruppen beslutar på våren, om vilka barn det är skäl att samtala personligen med i skolhälsovården. Gruppen kommer även överens om hur uppgifterna skall överföras. Föräldrarna bör ha en möjlighet att delta i detta möte om de så önskar.

Om det har bildats ett behövligt stödteam för att hjälpa familjen, skall detta stödteam följa barnet till skolhälsovårdens uppföljning. Planerings- och uppföljningsgruppen för barnfamiljernas välfärd i området bör säkerställa att skolornas välfärdstjänster fortsätter det multiprofessionella stöd som påbörjats före skolåldern. Det är tillrådligt att skolhälsovårdens, skolans och rådgivningsbyråns representanter med vissa intervaller undersöker hur bra man lyckats identifiera och sköta de barn som behöver särskilt stöd samt dryftar verksamhetens utvecklingsbehov.

Det är önskvärt att experter som koncentrerat sig på vården av barn i skolåldern känner bra till det system som byggts till stöd för barn under skolåldern och tvärtom. Till exempel på barnrådgivningen borde man känna till skolornas specialundervisning och elevvårdsarbetets situation i huvuddrag.

REKOMMENDATION:

Familjeservicenätverket, barnrådgivningen och skolan följer ett gemensamt överenskommet förfarande för att trygga barnens inträde i skolan och ett friktionsfritt stöd. Barnet och föräldrarna är medvetna om förfarandet och har röst- och yttranderätt på mötena.

Rekommenderad litteratur:

- Aunola K, Barman S, Isosaari T, Tuomi E & Nurmi J-E. 2001. Neuvolan 5-vuotistarkastus kouluvaikkeuksien ennustajana. *Psykologia* 6, 419–428.
- Kouluterveydenhuolto 2002. *Opas kouluterveydenhuollolle, peruskouluille ja kunnille*. Stakes Oppaita 51, Helsinki.
- Liuksila P-R. 2000. Lastenneuvolan viisivuotistarkastus ja sen merkitys lapsen selviytymiselle ensimmäisellä luokalla koulussa. *Turun yliopiston julkaisuja*. Sarja C, osa 161. Turun yliopisto, Turku.
- Sihvola S. 2000. Terveyskeskustelu kouluuntulotarkastuksessa. *Acta Universitatis Tampereensis* 751. Tampereen yliopisto, Tampere.
- Strid O. 1999. Viisivuotistarkastuksesta kuudennelle luokalle. *Lastenneuvola ja kouluterveydenhuolto lapsen vaikkeuksien havaittajana*. Stakes Aiheita 16. Helsinki.

3.6.5 Samarbete med andra intressentgrupper

Föräldrar som har mentala problem eller hälso-, rusmedels- och våldsproblem vårdas annanstans än på rådgivningsbyrån. Rådgivningsarbetsgruppen bör komma överens om samarbete med dessa sektorer, för att vårdhänvisningen och stödet för föräldraskapet skall lyckas bra. Vårdkedjorna bildas ortvis och om tillvägagångssätten överenskomms skriftligt. Barnrådgivningen kan stöda dessa familjer, både barn och föräldrar, bäst, om samarbetet med den som sköter om föräldrarna fungerar. Föräldrarnas samtycke till samarbetet och informationsutbytet behövs för båda sektorerna.

Församlingar och organisationer ger många slags tjänster och anordnar gruppverksamhet, kurser och projekt, som kompletterar de kommunala tjänsterna. Flera organisationer är också villiga att samarbeta med den kommunala sektorn. Till exempel kyrkans familjerådgivningsbyråer och de rådgivare i familjeärenden som arbetar på dem är redo att öka på sin andel av förebyggande arbete och i mån av möjlighet vara med om att anordna föräldragrupper och utbilda personalen i parrelationsfrågor. Familjerådgivningsbyråerna har även material om föräldraskap och parförhållandet. En del av materialet är gratis.

Organisationer som arbetar med barnfamiljer har mycket verksamhet om vilket de som arbetar på rådgivningsbyrån bör ha vetskap om för att kunna hänvisa familjer till dem. Till exempel Mannerheims Barnskyddsförbund har en rådgivningstelefon för föräldrar samt familjecentraler och familjecaféer (cirka 300) på många orter. Förbundet har även gjort samarbete för att skapa familjeträning, bland annat fadersträning. Centralförbundet för Barnskydd utvecklar barnfamiljernas tjänster och samarbetet med rådgivningen bland annat i Harava-projektet och Projektet för tidigt ingripande, Varpu. Förbundets för mödra- och skyddshem projekt har nämnts bl.a. i kapitel 8.2. Befolkningsförbundet har bl.a. verksamhet som stöder familjen, parförhållandet och sexualiteten. Befolkningsförbundet har verksamhet speciellt i huvudstadsregionen och på webben.

Den arbetsgrupp som planerar och följer upp barnfamiljernas välfärd och tjänster i området bör koordinera och informera om de tjänster som finns på orten.

REKOMMENDATION:

Barnrådgivningen och familjeservicenätverket samt uppfostrings- och familjerådgivningsbyrån och de som sköter om de vuxnas mentala hälsa och alkoholproblem på orten kommer överens om samarbetsförfaranden för att stöda barnen och familjen. Familjeservicenätverket och barnrådgivningen ser till att de har uppdaterade uppgifter om den sociala och stödande verksamhet som organisationerna och kyrkan erbjuder.

Rekommenderad litteratur:

- Kataja – Kestävän parisuhteen kasvu ry. <http://personal.inet.fi/yhdistys/kataja>.
- Solantaus T & Ringbom A. 2002. Miten autan lastani. Opas vanhemmille, joilla on mielenterveyden ongelmia. Stakes ja Omaiset mielenterveystyön tukena, Uudenmaan yhdistys, Helsinki.
- I Stakes' projekt Den fungerande familjen produceras material om föräldrarnas mentala problem och barnen och olika sätt på vilka familjerna kan hjälpas. www.stakes.fi/lapsetjanuoret/toimivaperhe/
- Tavataan perhekahvilassa. Opas perhekahvilatoimintaan. 2001. Mannerheimin Lastensuojeluliitto, Helsinki.
- Tehdään yhdessä. Kirkkohallituksen toiminnallinen osasto. Broschyren kan beställas på Kyrkostyrelsens publikationsförsäljning, e-post julkaisumyynti@evl.fi, tfn (09) 18021. *I broschyren berättas om verksamhetsfältet för Kyrkostyrelsens operativa avdelning; av broschyren framgår även hurdana befattningar det finns i församlingarna.*

3.7 Samarbete med den specialiserade sjukvården

När sjukhusvården efter förlösningarna har blivit kortare, har detta ökat betydelsen av informationsutbytet och mödra- och barnrådgivningens arbete och ansvar. Babys första dagar är det mest kritiska skedet i barnets liv vad gäller hälsorisker och -uppföljningen. Primärvårdens samarbete med förlösningseenheterna är speciellt viktigt bl.a. för mödrar som är missbrukare eller som lider av andra sociala problem.

Samarbete behövs även med den specialiserade sjukvården inom barnsjukdomar, barnkirurgi, barnneurologi och barnpsykiatri. Den ansvariga läkaren på rådgivningsbyrån är skyldig att se till att de samarbetsförfaranden som hör till rådgivningsbyråns ämnesområde och de vårdrutiner för barn som man kommit överens om med den specialiserade sjukvårdens enheter hålls à jour. Det är önskvärt att rådgivningsbyråns läkare personligen bekantar sig med sina kolleger inom den specialiserade sjukvården. När kollegerna känner varandra, är det lättare att komma överens om arbetsfördelningen. Mellan rådgivningsbyråerna inom den specialiserade sjukvården och primärvården skall även utvecklas aktiv utbildningsverksamhet och annat informationsutbyte. Förenhetligandet av olika vård- och patientanvisningar förbättrar vårdens kontinuitet.

Primärvårdens ansvariga läkare koordinerar vården av långtidssjuka barn och sköter för sin del om kontakterna med den specialiserade sjukvården. Den ansvariga läkaren kan vara antingen rådgivningsläkaren eller befolkningsansvarsläkaren, bara man har kommit överens om vem som ansvarar för vilka patienter eller sjukdomar och informerat den specialiserade sjukvården.

På basis av föräldrarnas muntliga samtycke bör den specialiserade sjukvården så fort som möjligt ge en skriftlig respons till rådgivningsbyrån. Även i det fall att remissen kommer från någon annanstans än

rådgivningsbyrån (t.ex. från en privatmottagning eller jourmottagning), är det önskvärt att den specialiserade sjukvårdens responser sänds också till rådgivningsbyrån.

I vissa sjukvårdsdistrikt har utvecklats modeller till vårdprogram för vissa patientgrupper eller sjukdomar. Exempel på sådana är de kedjor som utarbetats för vård av astma, allergier och barnens fetma på HNS, vårdprogrammet för återkommande öroninflammationer i Norra Österbotten och vårdprogrammet för spädbarnsmödrar på Norra Karelen centralsjukhus (se även kapitel 16 och 17).

Man håller på att fästa allt större uppmärksamhet vid enhetligheten i de elektroniska patientjournalernas strukturer. I framtiden kommer elektroniska journaler att möjliggöra flexibel dataöverföring mellan primärvården och den specialiserade sjukvården. Haikara, mödravårdens elektroniska informationssystem, som utvecklats på Kuopio universitetssjukhus, stöder den friktionsfria servicekedjan och fungerar redan mellan KUS och flera kommuner i Norra Savolax. Redan idag samlas det rikligt med statistikuppgifter om nyfödda på förlossningssjukhus. Dessa uppgifter kan utnyttjas i planeringen i kommuner eller ekonomiska regioner.

På vissa orter utför den specialiserade sjukvårdens barnläkare, barnneurologer och -psykiatriker konsultationsbesök i kommunerna på basis av kommunvisa avtal. Stöd på specialläkarnivå, även om det ges med långa intervaller, är mycket nyttigt för familjeservicenätverken och i synnerhet för rehabiliteringsarbetsgrupperna.

REKOMMENDATION:

Undersöknings- och vårdrutinerna till den specialiserade sjukvården är i skick vad gäller de vanligaste undersöknings- och vårdbehoven, och den specialiserade sjukvårdens responsystem fungerar. Rådgivningsbyrån kommer överens om utvecklingsscreeningarna med den specialiserade sjukvården i området. Rådgivningsläkaren och befolkningsansvarsläkaren kommer överens om arbetsfördelningen i vården av långtidssjuka barn enligt patient eller patientgrupp.

3.8 Överlåtande och hemlighållande av rådgivningsbyråuppgifter

Sekretessfrågorna har ofta setts som ett hinder för multiprofessionellt samarbete. Datasekretessbestämmelserna i lagen om klientens ställning och rättigheter inom socialvården (socialvårdens klientlag) och å andra sidan datasekretessbestämmelserna i lagen om patientens ställning inom hälsovården (nedanom patientlagen) gör dataöverföringen tillståndspliktig både inom hälsovården och inom socialvården (mellan olika verksamhetsenheter) och även mellan dessa två. Med klientens skriftliga samtycke

är det emellertid möjligt att överföra alla de uppgifter som är behövliga för att anordna klientens vård eller socialvård. Med samtycke avses en viljeförklaring med vilken patienten godkänner utlämnandet av sina uppgifter frivilligt och är medveten om vem som får uppgifterna, vilka uppgifter som utlämnas och ändamålet för de uppgifter som utlämnas samt betydelsen av utlämnandet. När man ber om samtycke till utlämnandet av uppgifter måste man alltid meddela, till vem uppgifterna ges, vilka uppgifter som ges, och för vilket ändamål de ges. I princip måste överförandet av uppgifter mellan social- och hälsovårdens verksamhetsenheter alltid basera sig på klientens skriftliga samtycke.

Enligt socialvårdens klientlag 17 § kan socialvården i vissa undantagsfall utan samtycke lämna ut uppgifter till en annan myndighet inom socialvården, en person som på uppdrag av den utför socialvårdens uppgifter eller ett samfund och annan myndighet. Detta är möjligt under vissa förutsättningar, ifall de behövs för att trygga vården av eller omsorgen för klienten eller för barnets väl. På basis av socialvårdens klientlag är socialvårdens myndigheter å sin sida berättigade att under vissa förutsättningar oberoende av sekretessföreskrifter få uppgifter bl.a. av verksamhetsenheter och yrkesutbildade personer inom hälsovården. Dyliga uppgifter är de uppgifter och utredningar som väsentligt inverkar på socialvårdens klientrelation och som är nödvändiga för att utreda behovet av socialvård, anordna socialvården och vidta därtill anknutna åtgärder.

Enligt lagen är de uppgifter som ingår i journalhandlingarna sekretessbelagda, och de får överlåtas till utomstående i princip bara med patientens eller dennes lagliga företrädares skriftliga samtycke (patientlagen 785/1992, 13 §). Med utomstående avses personer som inte vid verksamhetsenheten eller på uppdrag av den deltar i vården av patienten eller i andra uppgifter i samband med vården. Om rådgivningsarbetsgruppens medlemmar arbetar i samma verksamhetsenhet, och deltar i vården av patienten, har de alla rätt till att få del av uppgifterna i journalhandlingarna. Verksamhetsenheter inom hälsovården är bl.a. hälsovårdscentraler. Detta innebär att om det förutom hälsovårdaren och läkaren finns en familjearbetare på rådgivningsbyrån, är hon berättigad till att få barnets patientuppgifter, eftersom hon deltar i vården av barnet. Mödra- och barnrådgivningen och skolhälsovården hör till hälsovårdscentralen, varför de som deltar i vården av patienten inom dem har rätt att få de uppgifter som är antecknade i journalhandlingarna. Om rådgivningsarbetsgruppens medlemmar arbetar inom olika administrativa enheter (socialvården, hälsovården, hälsovårdens olika verksamhetsenheter), bör man alltid särskilt be patienten eller, i fråga om ett barn i rådgivningsåldern, dess förälder eller annan vårdnadshavare om ett skriftligt tillstånd att lämna ut uppgifterna.

I ett fall av fortsatt vård får man ändå med ett muntligt samtycke överlåta uppgifter som är nödvändiga för att anordna undersökning och vård av patienten till en annan verksamhetsenhet inom hälsovården eller till en yrkesutbildad person inom hälsovården. Med ett specificerat muntligt samtycke från patienten eller patientens lagliga företrädare är det även

tillåtet att ge ett sammandrag av vården till den verksamhetsenhet inom hälsovården eller den yrkesutbildade person inom hälso- och sjukvården som har skickat patienten till vård. Om överlåtandet av uppgifter görs en anteckning i journalhandlingarna.

Innan det alltså är tillåtet att ge uppgifter till exempel till dagvården, bör man alltid be om ett skriftligt tillstånd (Bilaga 5). Om föräldrarna har gett sitt skriftliga samtycke till utbyte av information mellan barnrådgivningsarbetsgruppens eller familjeservicenätverkets arbetare, är det möjligt att byta de uppgifter som behövs för undersökningen och vården av barnet även om enskilda arbetare i barnrådgivningsarbetsgruppen eller familjeservicenätverket inte hör till samma verksamhetsenhet. Patienten eller vårdnadshavaren kan när som helst återkalla samtycket, vilket även måste antecknas på samtyckesformuläret eller i patientjournalen. Det är önskvärt att det formulär med vilket föräldrarna kan ge tillståndet att överlåta uppgifter är densamma både i dagvården och i rådgivningen. Även i detta formulär bör preciseras, vilka uppgifter som lämnas, till vem och för vilket ändamål.

Elektroniskt utträttande av ärenden kommer att öka när datasekretessfrågorna har blivit lösta på ett pålitligt sätt. Lagstiftningen om elektronisk identifiering av personer utvecklas snabbt.

Enligt 40 § barnskyddslagen är de som är anställda inom hälsovården skyldiga att oberoende av sekretessbestämmelserna utan dröjsmål anmäla till socialnämnden om de vid handhavandet av sina uppdrag fått vetskap om att barn är i uppenbart behov av familje- och individinriktat barnskydd. Då behövs föräldrarnas tillstånd inte. Det är emellertid ändamålsenligt att diskutera saken med föräldrarna och berätta för dem om socialförvaltningens möjligheter att stöda och hjälpa familjer. Det finns även skäl att berätta om rådgivningspersonalens lagstadgade anmälningsskyldighet.

I rådgivningsbyråns dokument om barnet bör antecknas de och endast de sociala uppgifter och de uppgifter om sjukdomar, familjeförhållanden och beteende som är av betydelse vid uppföljning och bedömning av barnets hälsotillstånd och utveckling. Till exempel moderns infektioner eller bruk av alkohol eller narkotika under graviditeten skall antecknas, men inte de aborter som gjorts på modern tidigare.

Informationen om datasekretessen förmedlas aktivt till familjer personligt, med rådgivningsbroschyrer samt på hälsovårdscentralens webbsidor och anslagstavlor.

REKOMMENDATION:

I kommunen följs gällande regler för överlåtande av information och alla parterna är medvetna om de tillvägagångssätt som man kommit överens om. För medlemmarna i familjeservicenätverket anordnas gemensam multiprofessionell utbildning om lagstiftningen om datasekretess och behandling av personuppgifter.

Rekommenderad litteratur:

Dataombudsmannens byrå: www.tietosuoja.fi. Asiaa tietosuojasta-serien.

Kompetenscentralen för informationsteknologi, Stakes: www.stakes.fi/oske/tietosuoja/suoja.htm

Parkkari J, Soikkeli M & Siira M. 2001. Julkisuus ja salassapito moniammatillisessa työssä. Stakes, Helsinki.

Ranta H (red.) 2003. Sosiaali- ja terveydenhuoltolainsäädäntö. Talentum Media, Helsinki.

Ylipartanen A. 2001. Tietosuoja terveydenhuollossa. Potilaan asema ja oikeudet henkilötietojen käsittelyssä. Tietosanoma, Helsinki.

4

Ledning, bedömning och utveckling av rådgivningsarbetet

4. LEDNING, BEDÖMNING OCH UTVECKLING AV RÅDGIVNING SAR BETET

4.1 Ledning av rådgivningsarbetet

För att vara framgångsrikt måste rådgivningsarbetet stödas genom skicklig ledning. Med ledningen av rådgivningsarbetet avses styrning av rådgivningsarbetets utveckling. Detta innebär att det skapas förutsättningar för effektivt rådgivningsarbete och visioner och strategiska planer för den kommande utvecklingen. Det egentliga målet för ledningsarbetet är rådgivningens resultat, dvs. ändringarna i barnfamiljernas välbefinnande och hälsa (se Simoila 1999). Ledningen av rådgivningsarbetet förutsätter engagemang, ansvar och tillräckliga kunskaper om rådgivningsarbetets innehåll.

Ledningen av rådgivningsarbetet har försvagats under 1990-talet bland annat genom att tjänster för vårdarbetets ledare har avsevärt minskats (se Ailasmaa 2002, Stakes 2004). I de kraftiga nedskärningarna av hälsovården har det förebyggande arbetet och dess ledning inte rönt tillräckligt stor uppmärksamhet. Till stöd för ledning av rådgivningsarbetet har inte heller utvecklats tillräckliga instrument, till exempel system för statistikföring och kvalitetsbedömning.

Organisationen av rådgivningsarbetet varierar beroende på kommunens storlek och de lösningar som gjorts i kommunen. Med tanke på rådgivningsarbetets utveckling och barnfamiljernas hälsa är det väsentligt att de representanter för medicin och vårdarbete som ansvarar för rådgivningsarbetets helhet klart har utsetts och att de har fått tillräckliga verksamhetsbetingelser. När samarbetet mellan de personer som ansvarar för rådgivning fungerar bra, utgör de även en förebild för multiprofessionellt samarbete. Det rekommenderas att den chef som ansvarar för rådgivningsarbetet har hälsovårdarexamen och högre högskoleexamen samt ledarutbildning.

Framgångsrikt ledarskap baserar på solid utbildning, forskningsbevis och kontinuerlig inövning som kommer med erfarenhet. Engagerande ledning, innovativ organisationsatmosfär, socialt och yrkesmässigt stöd, inlärnin g från och i arbetet, utbildning, avanceringsmöjligheter och beslutanderätt ökar välbefinnandet och trivseln i arbetet. De har även ett samband med bättre arbetsresultat. Frågor om rättvisa, etik och förtroende blir allt viktigare i arbetsgemenskaper. Ledningen har även en stor betydelse när det gäller att utveckla multiprofessionellt samarbete och annat teamarbete.

Planeringen av rådgivningsverksamheten är en del av kommunens mera omfattande plan för barnfamiljernas välfärd. I utarbetandet av planen utnyttjas existerande statistik- och registeruppgifter som man kan få bl.a. från statistikcentralen, Stakes Sotka-databas, Vårdanmälningsregistret och kommunstatistiker, Folkhälsoinstitutets och Folkpensionsanstaltens statistiker samt kommunens egna statistiker. Dessutom utnyttjas information från periodiska särutredningar och andra undersökningar. Det behövs även information om barnens utvecklingsmiljö såsom problemen i hemmet (t.ex. skilsmässor, våld, missbruk) och dagvårdsarrangemang och de behov som har upptäckts inom dagvården.

I verksamhetsberättelser bör inkluderas även nyckeltal för barnfamiljernas välfärd, välfärdsunderskott och hälsovanor. Sådana är till exempel omhändertagningar av barn och barnfamiljernas arbetslöshetsgrad (se bilaga 6). Indikatorer som beskriver barnens hälsa ingår i det indikator-system som skall skapas för uppföljning av folkhälsoprogrammet Hälsa 2015 och i Stakes databank av välfärdsindikatorer (se även Perttilä m.fl. 2003). För uppföljning av hälsoskillnader mellan olika befolkningsgrupper bör man i mån av möjlighet granska nyckeltalen enligt utbildnings-, yrkes-, inkomst- och invandrargrupp och bostadsområde. Dessutom kan talen granskas för ensamförsörjare och arbetslösa.

Det är nödvändigt för utvecklingen av rådgivningen att verksamhetsplanen och verksamhetsberättelsen skickas till kommunens beslutsfattare, t.ex. den behöriga nämnden eller kommunalfullmäktige. För att ge beslutsfattarna användbar information om situationen inom rådgivningen är det skäl att använda så åskådliga och jämförbara siffror som möjligt, till exempel index, procent eller relationstal.

Rådgivningens informationssystem är en del av hälsovårdscentralens patientregister. I planering och utveckling av datasystem måste personuppgiftslagens krav tas i beaktande.

De personer som ansvarar för rådgivningsverksamheten skall även trygga personalens materiella betingelser. Med detta avses ändamålsenliga lokaliteter, redskap och annat material. De redskap som behövs i kommunikation och anskaffning av information (internet, databaser) är en väsentlig del av en välfungerande rådgivningsbyrå. Det viktigaste är emellertid att de ledande personerna ser till att det finns tillräckligt med kunnig personal i rådgivningsarbete (se kapitel 3.4.5).

En del av gott ledarskap är att man gör en analys över framtiden, till exempel befolkningens kommande behov och centralisering av service-systemet, och vidtar behövliga åtgärder på basis av dem.

REKOMMENDATION:

På hälsovårdscentralen finns en representant för medicin och vårdarbete som utsetts som ansvarig för rådgivningsarbetet. Med tanke på verkställigheten av barnrådgivningshandboken och på barnrådgivningsverksamhetens utveckling är det viktigt att de som ansvarar för ledningen av rådgivningsarbetet vidtar de åtgärder som behövs för att

- göra handboken känd och att komma överens om och registrera de tillvägagångssätt som föreslagits i handboken,
- planera och koordinera rådgivningstjänsterna i kommunen och säkerställa förutsättningarna för rådgivningsarbetsgrupperna och annat multiprofessionellt samarbete,
- rekrytera kompetenta anställda, inskola dem, få dem att stanna kvar i arbetet och utveckla deras kunnande,
- skapa och upprätthålla ett kontinuerligt utvecklingssystem och kvalitetssystem för rådgivningsarbete
- säkerställa förutsättningarna för kunskapsbaserad verksamhet,
- påvisa betydelsen av förebyggande arbete för de kommunala beslutsfattarna och, å andra sidan, kanalisera hälsopolitisk information till de anställda,
- följa upp och utvärdera rådgivningsarbetet och förmedla de data och den statistik som rådgivningsarbetet förutsätter till kommunens beslutande organ.

Rekommenderad litteratur:

- Elovainio M, Sinervo T & Pekkarinen L. 2001. Uusien työväläineiden omaksuminen. Asenteet, työn sisältö, yhteistyö ja prosessi muutosta edistävänä tekijöinä perusterveydenhuollossa. Stakesin julkaisuja 1, Helsinki.
- Perttilä K, Koskinen S, Karvonen S, Orre S & Rimpelä M. 2003. Ehdotus kunnille lasten ja nuorten hyvinvointi-indikaattoreiksi. Työpapereita 4. Stakes. Tillgänglig på internet 27.1.2004: www.stakes.fi/hyvinvointi/khs/
- Sinkkonen S & Taskinen H. 2002. Johtamisosaamisen vaatimukset ja taso perusterveydenhuollon johtajille. *Hoitotiede* 14, 129–141.
- Strømmer R. 1999. Henkilöstöjohtaminen. 3. painos. Edita, Helsinki.
- Terveyttä ja hyvinvointia näyttöön perustuvalla hoitotyöllä. Hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelma 2004–2007. 2003. Julkaisuja 18. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki. *I kapitlet 4.1 behandlas ledningen av vårdarbetet ur flera synvinklar.*
- Vahtera J, Kivimäki M & Virtanen P. 2002. Työntekijöiden hyvinvointi kunnissa ja sairaaloissa: tutkittua tietoa ja haasteita. Työterveyslaitos, Helsinki.
- Varjoranta P, Pirskanen M, Pelkonen M, Hakulinen T & Haapakorva A. 2004. Äitiys- ja lastenneuvolatyö Itä-Suomen läänissä. Selvityksiä 4. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.

4.2 Dokument om barnet

Barnrådgivningens handlingar är en viktig del av familjens vård- och serviceplan. De skall bland annat säkerställa rådgivningens individualitet och kontinuitet som accentueras när familjen flyttar eller personal byts ut. Tillräckliga och ändamålsenliga anteckningar klarlägger och stärker både familjens och rådgivningspersonalens rättsskydd. Detta bidrar till att trygga tillgången till information om vården och främjar utvecklingen av ett förtroligt samarbetsförhållande. Ett av anteckningarnas syften är att göra det möjligt att mäta vårdens och tjänsternas effektivitet. Detta förutsätter att den i antecknandet behövliga terminologin och dess klassificering utvecklas så att det blir möjligt att dokumentera barnets och familjens behov, de metoder som använts för att tillgodose dem samt de resultat som erhållits.

Dokumenteringen baserar sig på personuppgiftslagen, lagen om patientens ställning och rättigheter och social- och hälsovårdsministeriets bestämmelser. Enligt dem är de viktigaste principerna i antecknandet förtroligheten och öppenheten. Huvudregeln är att man skall diskutera med föräldrarna vad som skall antecknas om deras barn och familj. Anteckningen borde baseras på iakttagelser och källan borde nämnas. Detta är ändamålsenligt med tanke på både barnets och vid behov även personalens rättsskydd. Enligt personuppgiftslagen bör föräldrarna aktivt informeras om behandlingen av personuppgifter och om klientens rättigheter, bl.a. rätten att se dokumenten om sitt eget barn.

I dokumenteringen av uppgifterna om barnets och familjens hälsa används flera alternativa sätt. I de finländska rådgivningsbyråerna används formulär som utvecklats av Finlands Kommunförbund och som förnyats på 1990-talet (Larjoomaa 1997). I journalen ingår en blankett för basuppgifter, uppföljningsformulär för vaccinerings-, hörsel och syn, ett hälsovårdsformulär samt formulär för tillväxtkurvor. På formuläret för familjeuppgifter är det möjligt att anteckna uppgifter om bland annat familjens resurser, hälsovanor och barnvårdsarrangemang. Kommersiella programproducenter har utarbetat rådgivningsprogram som baserar sig på Kommunförbundets formulär men som skiljer sig både från originalet och från varandra.

Tillsammans med den övriga hälsovården kommer rådgivningsbyråerna så småningom att övergå till enhetliga elektroniska handlingar som utvecklas som en del av det nationella hälsovårdsprojektet (Sähköisten potilasasiakirjajärjestelmien valtakunnallinen...2003). Målsättningen är att de elektroniska journalsystemen skall utnyttja gemensamt definierade uppgifter som baserar sig på nationellt godkända termer, klassificeringar och kodverk. Elektronisk dokumentering kommer att erbjuda nya möjligheter i rådgivningsarbete när det gäller uppgifternas mobilitet samt uppföljning och utveckling av verksamheten. Man bör emellertid se till att de elektroniska handlingarna utvecklas utgående från rådgiv-

ningsverksamhetens behov. Man bör till exempel se till att det skall vara möjligt att anteckna familjespecifik information. Ifyllandet av varken en elektronisk handling eller någon annan blankett får störa interaktionen mellan familjen och rådgivningspersonalen.

När familjen flyttar till en annan rådgivningsbyrås område i en annan kommun, kan avskrifter av patientens dokument skickas eller lånas till en annan hälsovårdsenhet med föräldrarnas samtycke. Med patientens samtycke kan emellertid de dokument om barnens och ungdomarnas uppväxt och utveckling som utarbetats inom rådgivningen, skolhälsovården och tandvården skickas till en annan enhet i original. I den skickande enhetens register bör då antecknas vart originaldokumenten har flyttats.

Vid behov bör utbildning anordnas för att effektivisera antecknandet. Utbildningen bör vara tillräckligt omfattande, för ibland kan bristfälliga anteckningar bero på bristfällig förståelse för det sakinnehåll, till exempel familjens resurser, som behövs för att göra anteckningen. Ibland kan de bero på otillräckliga kunskaper om anteckningsreglerna. Uppföljning av anteckningarnas kvalitet kan genomföras till exempel med självbedömning och bedömning av likställda enligt den kvalitetshandbok eller andra anteckningsregler som används i arbetsgemenskapen.

REKOMMENDATION:

De formulär och elektroniska system som avsetts för registrering av rådgivningsarbetet möjliggör en högklassig barn- och familjespecifik registrering. De personer som leder rådgivningsarbetet ansvarar för att kommersiella producenter får information av dokumenteringsbehoven inom rådgivningsverksamheten. Registrering följs upp regelbundet i arbetsgemenskapen och utvecklas vid behov.

Rekommenderad litteratur:

- Ihalainen K, Pelkonen M & Hakulinen T. 2002. Laadukas kirjaaminen lastenneuvolan tavoitteeksi. Terveystieteiden tutkimuskeskus 4–5, 25–27.
- Larjoma R. (red.) 1997. Laadukasta neuvolatyötä – laadukkaasti kirjaamalla. Suomen Kuntaliitto, Helsinki.
- Munnukka T. (toim) 1998. Dokumentointi hoitotyössä. Hoitotyön vuosikirja. Hygieia, Kirjayhtymä, Helsinki.
- Personuppgiftslag 22.4.1999/523 RP:96/1998.
- Social- och hälsovårdsministeriets förordning om upprättande av journalhandlingar samt om förvaring av dem och annat material som hänför sig till vård. 99/2001.
- Sähköisten potilasasiakirjajärjestelmien valtakunnallinen määrittely ja toimeenpano. 2003. Työryhmämuistioita 38. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö, Helsinki.
- Upprättande av journalhandlingar samt förvaring av dem och annat material som hänför sig till vård. En handbok för personalen inom hälso- och sjukvården. 2001. Handböcker 3. Social- och hälsovårdsministeriet, Helsingfors.

4.3 Statistikföring och dess utveckling

Datainsamlingen på rådgivningsbyrånivå bör vara motiverad och systematiserad. Datainsamlingsmetoder har standardiserats endast i ringa grad. Därför finns det ett klart behov av att utveckla klassificeringar och definitioner för hälsotillstånd, välfärd, sjukdomar och funktionsförmåga. Ur en enskild arbetstagares synvinkel är detta viktigt för att bedöma och inrikta sitt eget arbete, lära känna fenomenet, förbättra arbetets målinriktning och, på klientnivå, att göra det lättare att följa upp barnets och familjens situation. Ur rådgivningsbyråns synvinkel är datainsamlingen nödvändig för att kunna organisera och utveckla arbetet, fastställa resursbehovet och följa upp arbetets effektivitet. Datainsamling på kommunnivå förbättrar arbetets organisation och gör det lättare att fatta beslut om resursbehov och tjänstestruktur. Datainsamling är en viktig del av uppföljningen av kommuninvånarnas välbefinnande och hälsa. Den ger basmaterialet för regionala jämförelser till exempel mellan grannkommuner eller andra lika stora kommuner (benchmarking).

På riksnivå behövs de uppgifter som samlas på rådgivningsbyråerna och uppgifter om rådgivningsverksamheten för att kartlägga situationen i hela landet och i dess olika regioner såväl för att organisera tjänsteutbudet som för barnens och familjernas välbefinnande. Uppgifterna behövs även för att kunna följa nationella trender och utarbeta framtidsscenarier. Även en jämlik tillgång till tjänster förutsätter data-insamling.

Arbetsgrupper för utveckling av insamling och statistikföring av hälsouppgifter har i sina färskas rapporter konstaterat att insamlingen av data om barnens hälsa och de tjänster som riktats till barn är bristfällig (Arbetsgruppen Social- och hälsovårdens datareform 2005, statistik- och datasystemavdelningen inom barnrådgivningsverksamhetens expertarbetsgrupp). På några undantag när finns det inte aktuella uppgifter om barnens hälsa, sjukfrekvens och levnadsvanor i landets datasystem. Det finns täckande information om barnens dödlighet, specialersättningar och vårdanmälningar. Social- och hälsovårdsministeriet samlar in uppgifter om amning vart femte år och Folkpensionsanstalten uppgifter om vaccineringstäckningen vartannat år.

Barn och barnfamiljer besöker rådgivningsbyråer med jämna mellanrum varvid mycket information lagras i barnets journal, men tillsvidare producerar denna verksamhet endast litet information för kommuner, regioner och hela landet. Kommunerna har sina egna datainsamlingssystem men dessa har tillsvidare inte möjliggjort nationella jämförelser.

Det har enhälligt föreslagits att datainsamlingen om barnens hälsa och tjänster skall utvecklas (Social- och hälsovårdens..., 2003). Det föreslås att datasystemet för barnens och barnfamiljernas bastjänster skall utvecklas så att uppgifterna samlas in på kommunnivå och att den nationella datainsamlingen får aggregerade uppgifter från kommunerna. Uppgifter om barnens hälsa skall samlas in med jämna mellanrum i intervjuunder-

sökningar och hälsokontrollundersökningar. Därtill bör barnens och de ungas välbefinnande och användning av social- och hälsovårdstjänster följas upp.

Utvecklingen av en elektronisk journal som en del av det nationella hälsovårdsprojektet gäller även barnets dokument i primärvården. Målsättningen är att skapa enhetliga innehålls-, struktur- och dataöverföringsdefinitioner och bygga en infrastruktur som stöder användningen av hälsovårdens datasystem. Före slutet av år 2007 skall alla elektroniska journalsystem använda gemensamt definierade strukturuppgifter, som baserar sig på nationellt godkända termer, klassificeringar och kodverk. Som en del av dessa processer skall definieras de väsentliga informationsinnehåll som rör barnets tillväxt, utveckling, mentala hälsa, somatiska hälsa och barnets familj och tjänster. Stakes pågående reform av den öppna vårdens statistiksystem är en del av den ovannämnda helhetsreformen av hälsovårdens datasystem.

På kommunnivå rekommenderas årlig uppföljning av vissa rådgivningsvariabler. Dessa är bland annat användning av rådgivningstjänster, användning av andra än rådgivningstjänster samt rådgivningsverksamhetens resurser. I dessa uppgifter bör inkluderas även uppgifterna om munhygien hos barn under skolåldern. Tjänsternas kvalitet bör uppföljas med särutredningar på rådgivningsbyrå- och kommunnivå. Samtidigt kan data om rådgivningsbyråns användning av arbetstid samlas in med hjälp av en särskild uppgiftsindelning.

REKOMMENDATION:

Kommunerna utvecklar uppföljningen av rådgivningen och den datainsamling som stöder uppföljningen på kommunnivå så att datainsamlingen stöder inriktning, utveckling och resursering av tjänster för barnfamiljer i kommunen. Kommunerna förbereder sig på nationella reformer av statistikföringen.

Rekommenderad litteratur:

- Sosiaali- ja terveydenhuollon tietouudistus 2005 -työryhmän raportti. 2003. Työryhmämuistioita 37. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö, Helsinki.
- Sosiaali- ja terveydenhuollon tietouudistus 2005. 2003. Väestön terveydentilä -ryhmän raportti. Työryhmämuistioita 36. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö, Helsinki.
- Sosiaali- ja terveydenhuollon tietouudistus 2005. 2003. Palvelujärjestelmä ja sen toimivuus -ryhmän raportti. Työryhmämuistioita 21. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö, Helsinki.
- Sähköisten potilasasiakirjajärjestelmien valtakunnallinen määrittely ja toimeenpano. 2003. Työryhmämuistioita 38. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö, Helsinki.

4.4 System för bedömning av kvaliteten

Det är skäl att utveckla ett system för kvalitetsuppföljning och -bedömning som ger mångsidig respons om rådgivningsbyråns verksamhet. Detta förutsätter att arbetsgemenskapen tillägnar sig kvalitetskontrollens principer och att dessa principer präntas in i arbetsgemenskapen. Med rådgivningsarbetets kvalitet avses helheten av de saker som utgör grundvalen för en organisations, produkts, tjänsts eller en viss process' förmåga att uppfylla de krav och förväntningar som riktas mot den (se Rousu & Holma 1999). Kvalitetsbedömningen ger alltså information om hur väl rådgivningsbyrån har uppnått de mål som ställts för den och hur väl den har uppfyllt andra förväntningar på sig själv. Denna information är nyttig såväl för familjer, rådgivningsarbetare och ledning som för hälsovårdscentralens beslutsfattare. Informationen om rådgivningens kvalitet är viktig även för nationell styrning och resursering. Uppföljningen av kvaliteten står i nära samband med data- och statistiksystem och deras utveckling. Det är viktigt även för de anställda att de lätt, till exempel via internet, kan få uppdaterade verksamhetsuppgifter och annan information som är i enlighet med de överenskomna utstakningarna för verksamheten.

Ur arbetsgemenskapens synvinkel kan kvalitetskontrollen på arbetsplatsen betyda följande saker (t.ex. Rousu & Holma 1999):

- var och en är på det klara med sin organisations och arbetsenhets uppgift och mål,
- var och en är bekant med sina egna klienter och känner till deras förväntningar och behov,
- man har kommit överens om målen och verksamhetslinjerna även med tanke på arbetets och tjänsternas kvalitet,
- man har skapat förutsättningar för uppnående av de mål som man kommit överens om (t.ex. tillräckligt kunnande, tillräckligt antal anställda med tanke på tjänstebehovet),
- man har gjort arbetet synligt både för sig själv och för andra för att kunna analysera och bedöma om man utför rätta saker och vad som ännu bör utvecklas,
- på basis av tjänstebehov har definierats hurdana tjänster bjuds ut och vad som är det mera exakta innehållet i tjänsterna
- uppnåendet av överenskomna mål och överenskommen kvalitetsnivå samt kostnaderna följs upp och bedöms kontinuerligt på basis av statistik, responser och andra utvärderingar
- man är redo att rätta till och ändra verksamheten på basis av bedömningsinformationen.

Det har utvecklats många olika metoder och system för kvalitetsbedömning och kvalitetskontroll. Att bearbeta eller söka dem kräver möda och gemensam överenskommelse, men ett fungerande kvalitetssystem ger mycket nytta åt alla parter. Det har konstaterats att det vanligen är

en fördel om ett system i tillräcklig mån är orienterat 'nerifrån upp', inte bara 'uppifrån ner'. Ett kvalitetssystem kan inrikta sig på enstaka personer eller hela arbetsgemenskapen.

Ett exempel på det sistnämnda är ITE-arbetsenhetens självbedömnings- och kvalitetskontrollmetod med vilken arbetsgemenskapen kan följa upp sin egen utveckling (Holma 2003). Förfaringssätten för kollegial bedömning kan vara arbetsenhetsinterna eller de kan jämföra olika rådgivningsbyråer (s.k. benchmarking).

I några kommuner har utvecklats kvalitetssystem även för rådgivningsbyråer. Till exempel på Håkansböle rådgivning i Vanda har utvecklats ett kvalitetssystem, till en början för hälsovårdarens, senare även för läkarens tjänster. Till ett kvalitetssystem hör en kvalitetshandbok, en kvalitetspolitik, intern auditering, en tillsyn av ledningen två gånger om året och resultats- och utvecklingsdiskussioner. I ett kvalitetssystem beskrivs hur rådgivningstjänster leds och resurser kontrolleras, hur produkterna produceras och hur resultaten mäts, analyseras och förbättras. Dessutom beskrivs där tjänsteprocesserna och medlen för upprätthållande av kunnandet och konkretiseras de överenskomna värdena. För tjänsterna har ställts godkännandekriterier som kan bedömas av klienterna. Klientresponser består av responslådan, observationer som tecknas upp på mottagningen och en omfattande förfrågan om klienttillfredsställelse vartannat år. Ett fyraårigt utvecklingsarbete har lett till goda resultat för alla parter. (Salo-Jokinen 2002.)

För att få tillförlitlig information bör systemet undersöka kvaliteten ur tillräckligt många synvinklar och på tillräckligt många nivåer. På rådgivningsbyrån bör utvecklas ett klientresponssystem som är uttryckligen inriktat på rådgivning.

De nuvarande organisationsorienterade förfrågningarna om klienttillfredsställelse ger inte mycket information om rådgivning. Med rådgivningsbyråns klientresponssystem skulle det vara möjligt att göra jämförelser som baserar sig på klienternas förväntningar och erfarenheter och utveckla verksamheten enligt de överenskomna utstakningarna. Dessutom är det viktigt att ställa mätbara måltal, följa upp hur de uppfylls och utveckla fungerande mekanismer för att ingripa i s.k. kvalitetsavvikelser, dvs. konstaterade missförhållanden. Man kommer till exempel överens om att varje klientrespons skall besvaras.

Eftersom diskussionen om rådgivningsbyråns värderingar utgår från kommunens värden, har kommunstyrelsen och fullmäktige en viktig roll när det gäller att precisera principerna för tjänsteproduktionen. En av uppgifterna för hälsovårdens ledning är att se till att det skapas en kvalitetspolitik för hälsovårdscentralen.

På varje verksamhetsställe konkretiserar de anställda kommunens kvalitetspolitik i sitt arbete.

REKOMMENDATION:

Som en del av kvalitets uppföljningen vid hälsovårdscentralen utvecklas ett mångsidigt kvalitetssystem på varje rådgivningsbyrå. Systemet innehåller åtminstone systematisk klientrespons och dess utnyttjande, beskrivningar av fungerande klientprocesser, förfaringsätt när de anställda bedöms av de anställda själva, sina kolleger och chefer, samt andra förfaringsätt inom arbetsgemenskapen och ledningen.

Man för en värdediskussion för att lägga grunden till utvecklingen av systemet för kvalitetsuppföljning. Man kommer överens om de principer som styr rådgivningsarbetet och om hur principerna konkretiseras i praktiken och hur deras genomförande följs upp (mätbara måttal för så många saker som möjligt). Kvalitetspolitikens grunder utgår från kommunens värden och kommuninvånarnas önskemål.

Informationen från systemet för kvalitetsledning tillställs hälsovårdens ledning som förmedlar uppgifterna till de kommunala beslutsfattarna åtminstone i verksamhetsberättelsen.

Rekommenderad litteratur:

Outinen M, Lempinen K, Holma T & Haverinen R. 1999. Seitsemän laatupolkua. Vaihtoehtoja laadunhallintaan sosiaali- och terveydenhuollossa. Suomen Kuntaliitto, Stakes, Turun yliopiston täydennyskoulutuskeskus, Helsinki.

Rousu S & Holma T. 1999. Laadunhallinnan perusteita lastensuojelutyöhön. Toimintamalleja ja työvälineitä kuntien sosiaalitoimistojen laatutyöhön. Suomen Kuntaliitto, Helsinki. *Ger mångsidig och allmän information om kvalitetsarbete som bra kan tillämpas på rådgivningsverksamheten.*

4.5 Kunskapsbaserad verksamhet och lokalt utvecklingsarbete

Var och en som arbetar inom hälsovården skall även utveckla sitt eget arbete, ty klientelets behov förändras och det kommer ny information om effektiva verksamhetsmetoder och -former. Även kontinuerlig respons- och annan kvalitetsuppföljningsinformation, till exempel respons från föräldrar, ger information på basis av vilken rådgivningsarbetet kan utvecklas.

Kunskapsbaserad verksamhet

Inom hälsovården försöker man förbättra verksamhetens effektivitet (t.ex. Terveyttä ja hyvinvointia...2003). Detta förutsätter att förfaringsätten och metoderna baserar sig på den bästa uppdaterade kunskapen, dvs. evidensen. Med kunskapsbaserad verksamhet avses exakt, avvägd och genomtänkt användning av den bästa uppdaterade kunskapen när man fattar beslut om vården av en enskild klient, klientgrupp eller hela befolkningen (Mäkelä 2000). Den bästa kunskapen kommer från flera

högklassiga undersökningar där metoderna och deras effektivitet har bedömts. Ofta har undersökningarna utförts annanstans i världen och i annorlunda hälsovårdssystem. Resultaten kan inte nödvändigtvis direkt tillämpas på andra system. I kunskapsbaserat beslutsfattande övervägs de alternativa förfaringssättens goda och dåliga sidor. Detta förutsätter att tillförlitlig information skiljs från otillförlitlig (kritisk bedömning) och att man snabbt kan få uppdaterad information. I kunskapsbaserad verksamhet beaktas förutom evidensen även klientens situation och organisationens resurser.

Det finns olika grader av evidens om de metoder som används i rådgivningsarbete. Den starkaste evidensen anses vara evidensen från metaanalyser och systematiska översikter. Dylig information har utvärderats och den framställs i en koncis form. Vårdrekommendationer är exempel på koncis och utvärderad information som har gjorts användarvänlig. Dyliga är bl.a. Gängse vård-rekommendationerna. Syftet med Duodecims och specialläkarorganisationernas projekt är att utarbeta vårdrekommendationer som lämpar sig för Finland. Många av dessa rekommendationer lämpar sig för rådgivningsverksamheten.

Gängse vård-rekommendationerna

- är nationella vårdrekommendationer
- syftar till att förbättra vårdkvaliteten och minska variationen i vårdpraxis
- är koncisa, lättlästa, lättillgängliga (www.duodecim.fi)
- stöder läkarens och hälsovårdarens arbete
- utgör grunden för planering av regionala vårdprogram
- exempel på rekommendationer: tobaksavvänjning, barnens och de ungas ätstörningar, behandling av astma, akut mellanörefinflammation

Olika rekommendationer för vårdarbete utarbetas i Finlands sjuksköterskeförbunds projekt 'Hoitotieteellisellä näytöllä tuloksiin' (Finlands sjuksköterskeförbund rf 2004). Det har även samlats tillförlitlig information om betydelsen av hembesök, tidig interaktion, amningshandledning och smågrupper. Ofta måste man emellertid ty sig till anspråklösare evidens. I brist på forskningsresultat eller för att komplettera dem är det bra att använda informationen i statistiker och verksamhetsutvärderingar. I flera fall representerar det förfaringssätt som de sakkunniga gemensamt kommit överens om den bästa möjliga evidensen. Det är i alla fall ojämförligt bättre än en enskild anställds förfaringssätt som baserar sig på en outtalad rutin.

Eftersom det fattas en hel del information, behövs det långsiktig finländsk forskning om rådgivningsarbetets effektivitet. I princip kan utvärderingen av de metoders effektivitet som används i rådgivning anses vara en uppgift på riksnivå. Var och en som leder eller utför rådgivningsarbete

ansvarar emellertid för kvaliteten på sitt eget arbete och för utvecklingen av rådgivningen.

I en arbetsgemenskap förutsätter den kunskapsbaserade verksamheten utveckling av ett gynnsamt attitydklimat, säkerställande av tillräckliga färdigheter, ändamålsenlig arbetsfördelning och behövliga medel såsom litteratur, datorer med internet-förbindelse, databaser och rättigheter till vissa avgiftsbelagda webbsidor (Perälä 1999). Det behövs ett system för uppföljning av ny information. Den kunskapsbaserade verksamheten är en framtidstrend, för fäder och mödrar kan allt mera fråga vad rådgivningens instruktioner eller förfaringssätt baserar sig på. De som arbetar på en rådgivningsbyrå behöver utbildning i kunskapsbaserad verksamhet.

Annat utvecklingsarbete

Som bäst är utvecklingsarbetet en naturlig del av ens eget arbete och den lokala organisationskulturen. För utvecklingsarbetet har skapats bestående strukturer som stöds med ledning. Utvecklingen av det egna arbetet förutsätter en öppen och reflekterande inställning till det egna arbetet. Detta kan främjas med permanenta utvärderingsförfaranden, till exempel med självutvärdering, utvärdering av kolleger och överordnade.

Det finns många sätt att göra lokalt utvecklingsarbete. Ofta är utvecklingsarbetet organiserat i projekt som är ett sätt att utveckla verksamheten i arbetsgemenskapen. Under 1990-talet har genomförts flera olika rådgivningsprojekt (se Pelkonen & Löthman-Kilpeläinen 2001). För att projekten skall kunna utnyttjas bör informationen, gärna utvärderingsinformationen, göras lättillgänglig. Det kan vara nyttigt att utse ansvariga personer samt målmedvetet och systematiskt utarbeta utvecklingsteman och pröva sätt att verka som anknyts till temana. Det är också skäl att komma överens om hur ny information om rådgivning följs upp i arbetsgemenskapen. Regelbunden utbildning, arbetsrotation, ett uppdaterat bibliotek, utvecklingsdiskussioner på månadsmöten eller motsvarande, studiebesök och samtal mellan över- och underordnade ger impulser till utvecklingen av rådgivningsarbetet (Strømmer 2003).

Flera organisationer utvecklar material och verksamhetsformer som gagnar rådgivning, varför det är skäl att aktivt följa deras produktion. Dyliga organisationer är bland annat Mannerheims Barnskyddsförbund, Finlands Kommunförbund, Befolkningsförbundet, Centralförbundet för barnskydd, Förbundet för mödra- och skyddshem, Föreningen för Mental Hälsa i Finland, Stakes, Folkhälsoinstitutet och social- och hälsovårdsministeriet. Viktigt utvecklingsarbete som rör rådgivningsverksamheten utförs även av universiteten, till exempel institutionerna för vårdvetenskap och medicinska fakulteter, enheten för familjeforskning vid Jyväskylä universitet och yrkeshögskolorna. Kompetenscentralen för sexuell hälsa har fungerat vid Jyväskylä yrkeshögskola sedan år 1996. Hälsovårdsrelaterad information finns även tillgänglig genom Terveysportti som drivs av läkar-sällskapet Duodecim. Det är viktigt att se till att även hälsovårdarna har

tillgång till Terveysportti från sin arbetsstation. Användarrättigheter till Terveysportti har köpts för nästan alla Finlands hälsovårdscentraler. Adresser för ovan nämnda organisationers webbsidor har samlats i bilagan 7.

Utvecklings- och forskningscentralen för rådgivningsarbetet för mödra- och barnavård som grundats i Kuopio år 2002 har i uppgift att bedöma och sammanfatta information om rådgivningsarbete och ge den ut i en lättillgänglig form, utveckla och bedöma de förfaringssätt som används inom rådgivning och utveckla kunnandet och utvärderingspraxis hos dem som gör rådgivningsarbete. Centralen organiserar de årliga rådgivningsdagarna, gör utredningar om rådgivningsarbete och upprätthåller ett nätverk av rådgivningsforskare och utvecklare. Målsättningen är att rådgivningscentralens webbsidor skall fungera som en informationscentral för rådgivningsarbete i framtiden.

REKOMMENDATION:

De metoder och tillvägagångssätt som används i rådgivningen bedöms i mån av möjligheter. Man håller aktivt sig à jour med ny information om verkningsfulla metoder och tillvägagångssätt (t.ex. FinOHTA och Impaktitidningen, Cochrane-biblioteket, "Gängse vård"-rekommendationerna och rekommendationer för vårdarbete).

Lokalt utvecklingsarbete är organiserat, metodiskt och fortgående, och ansvariga personer har utsetts för det. Utvecklingsarbetet baserar sig på uppföljningen av familjernas behov och utnyttjar informationen från kvalitetsuppföljningen. Utvecklingsarbetet stöds med ledarskap och har inkluderats i rådgivningsarbetets kvalitetssystem.

Rekommenderad litteratur:

Hoitotyön vuosikirja 2001. 2000. Näyttöön perustuva hoitotyö. Hygieia, Tammi, Helsinki.

Impakti. Tidskriften för FinOHTA, enheten för utvärdering av medicinsk metodik. Tillgänglig även på adressen www.stakes.fi/finohta. *Tidskriften innehåller information om effektiva förfaringssätt och metoder.*

Miettinen S (red.) 2000. Itsensä johtaminen sosiaali- ja terveystalalla. WSOY, Helsinki. Näkökulmia lääketieteellisistä tutkimuksista lapsilla. 2003. Valtakunnallisen Eettisen neuvottelukunnan asettaman työryhmän loppuraportti. Helsinki.

Partanen P & Perälä ML. 1997. Menetelmien arviointi hoitotyössä. Kansallisen och kansainvälisen tutkimuksen systemoitu kirjallisuuskatsaus. FinOHTAn raportteja 8. Stakes, Helsinki.

4.6 Utveckling av fortbildning

Genomförande av de förslag som presenteras i handboken förutsätter att tillräcklig fortbildning anordnas för rådgivningspersonalen. Yrkesutbildade personer inom hälsovården har en lagstadgad skyldighet att upprätthålla och utveckla sin kompetens och yrkeskunskap i enlighet

med lagen om yrkesutbildade personer inom hälsovården 1994. I början av år 2004 trädde ändringarna i folkhälsolagen (992/2003) och lagen om specialiserad sjukvård (993/2003) i kraft. Ändringarna preciserar arbetstagarens och arbetsgivarens skyldigheter angående fortbildning inom hälsovården. Fortbildningens innehåll, kvalitet, omfattning, organisering, uppföljning och utvärdering reglerades dessutom mera detaljerat i social- och hälsovårdsministeriets förordning (1194/2003). Dessa författningar kompletteras av den nationella rekommendationen om fortbildning inom hälso- och sjukvården (Social- och hälsovårdsministeriet 2004). Syftet med rekommendationen om fortbildning är att styra utvecklandet av en planmässig och långsiktig fortbildning på hälsovårdscentraler och på sjukhus enligt organisationens grunduppgift och utveckling och de anställdas kompetensbehov.

Allmänt om anordnande av fortbildning

Det åligger arbetsgivaren att möjliggöra och finansiera fortbildningen. Det är på arbetstagarens ansvar att bedöma det egna behovet av fortbildning och delta i en utbildning som tjänar det egna arbetet och den egna organisationen. Enligt de nya rekommendationerna hör planering, anordnande och uppföljning av fortbildning nära ihop med den strategiska ledningen av organisationen och kvalitetsstyrningen. I rekommendationerna fästs speciell uppmärksamhet vid utvecklandet av fortbildningen inom primärvården och det regionala samarbetet betonas i planeringen och genomförandet av utbildningen. Genomförandet av utbildningen och deltagande i den följs upp som en del av verksamhetsenhetens uppföljningssystem. Med utvärderingen av fortbildningen stöds utvecklandet av utbildningen.

För systematisk bedömning av de personers kompetens- och utbildningsbehov som arbetar på rådgivningsbyrån behövs hjälpmedel. Ett dylikt hjälpmedel är till exempel den kompetenskarta över rådgivningens kärnkompetens som utvecklats på Helsingfors hälsovårdscentral. Med hjälp av kartan kan man utvärdera kompetensnivån och utarbeta en utvecklings- och utbildningsplan för enskilda personer, grupper eller organisationer. (Se även Strømmer 2003). Genom att utöka personliga (utvecklings)portfolier och utvecklingsdiskussioner är det möjligt att effektivisera den individuella planeringen och uppföljningen av fortbildningen och stöda personlig karriärutveckling.

Fortbildningen genomförs som hälsovårdscentralernas egen verksamhet eller anskaffas från utomstående utbildningsorganisationer. Dessa är universitet och yrkeshögskolor och de enheter i dem som ger öppen utbildning, branschens fackliga och vetenskapliga organisationer och andra aktörer. Framförallt små hälsovårdscentraler har nytta av regionalt utbildningssamarbete med andra hälsovårdscentraler och sjukvårdsdistrikt. Utvecklings- och forskningscentralen för rådgivningsarbetet för mödra- och barnavård anordnar årligen nationella rådgivningsdagar som

främjar handbokens mål och deltar i utvecklandet av fortbildningen. I genomförandet av utbildningen gynnas längre utbildningshelheter och utnyttjas inlärningsmetoder som lämpar sig för vuxenutbildning och distansstudier, t.ex. interaktiva och samarbetsinriktade inlärningsmetoder och olika tillämpningar av nätundervisning.

Uppföljning och utvärdering hör till en god fortbildning. Genomförandet av utbildningen och deltagandet i den följs upp exempelvis med hjälp av personalrapportering och ett elektroniskt fortbildningsregister. I dem samlas uppgifter om det nya utbildningsutbudet, personalens deltagande i utbildningen samt kostnaderna. Registren kan utnyttjas även i uppföljningen av en enskild arbetstagares fortbildning och kompetensutveckling och som stöd i utvecklingsdiskussioner. Samarbetet mellan primärvården och den specialiserade sjukvården kan utvecklas genom att ansluta hälsovårdscentralens fortbildningsuppföljning till det register som sjukvårdsdistriktet uppehåller. I utvärderingen av fortbildningen fästs uppmärksamhet vid, vilka nya kunskaper, färdigheter och attityder som lärts, vilken inverkan det inlärd har på arbetsprestationen och vilken nytta barnfamiljer har av det som lärts. Det är viktigt att de som skall utbildas är med både i planeringen och i utvärderingen av utbildningen.

Innehållet i fortbildningen

Fortbildning behövs för att uppdatera och utveckla många innehållsliga och metodiska färdigheter. Viktiga motivkretsar är de speciella situationerna i kapitel 15 och 16 och stödandet av parförhållandet samt främjande av sexuell hälsa. Därutöver behövs utbildning för informations- och kommunikationstekniskt kunnande, kvalitetsledning och kostnadshantering, nya utvecklingsprojekt och kunskapsbaserad verksamhet. Förändringarna i befattningsbeskrivningar medför också behov av påbyggnadsutbildning. Påbyggnadsutbildning behövs för de hälsovårdare och läkare som varit länge borta från arbetslivet och för dem som återvänder dit. Hälsovårdarens och läkarens grundutbildning ger utgångspunkterna för planeringen av fortbildningen och uppdateringen av kunnandet (bilaga 8).

För alla läkare som gör rådgivningsarbete behövs fortbildning som är riktad till dem. Det rekommenderas att det planeras en tät utbildning på 2–3 dagar om rådgivningshandbokens väsentliga innehåll.

Utbildning och fortbildning i tidig interaktion rekommenderas för alla hälsovårdare som arbetar inom rådgivningen och även för så många läkare som möjligt. På vissa orter har man fått speciellt bra erfarenheter om anordnandet av denna utbildning för en multiprofessionell grupp. Gruppen har bestått av hälsovårdare och representanter för dagvården och socialarbetet. Genom en gemensam utbildning lär man sig att bättre känna och respektera andras arbete, identifiera gemensamma mål och komma överens om förfaranden. Detta gör samarbetet effektivare och smidigare och skapar en grund för ett samarbete av nätverkstyp.

För att effektivisera det multiprofessionella samarbetet bör man anordna gemensam utbildning för hela rådgivningsarbetsgruppen. De viktigaste specialsituationer som kräver samarbete är hjälpanvändningen av barnfamiljer med missbruksproblem och mentala problem.

Hälsovårdarnas amningskunskaper ökas med hjälp av en amningsinstruktörkurs. Med dess hjälp kan man förbättra mödrarnas amningsberedskap och -kunskap.

För att effektivisera det tidiga ingripandet rekommenderas att en del av dem som arbetar på rådgivningsbyrån deltar i den multiprofessionella utbildarutbildningen som anordnas av projektet för tidigt ingripande (Varpu). Det är även tillrådligt att bekanta sig med de material som är på kommande, såsom handböcker om tillvägagångssätten i tidigt ingripande och att föra saker på tal.

Alla hälsovårdare behöver utbildning i familjevårdsarbetet. I denna ingår förnyade arbetsmetoder för hälsofrämjande, bl.a. ett resursorienterat grepp om arbetet, dialog och videoassisterade och andra interaktiva metoder. För främjandet av organisering och ledning av grupper av likställda behövs utbildning som ger färdigheter för detta. Användningen av de formulär som presenterats i handboken förutsätter kompletterande utbildning beroende på det existerande kunskapsunderlaget.

Kunskap om inlärningssvårigheter, de därtill anknutna övergripande problem och förebyggande och identifiering av dem måste ingå i grund- och fortbildningen för alla yrkesgrupper som arbetar med barn.

REKOMMENDATION:

För de hälsovårdare och läkare som arbetar på barnrådgivningen planeras ett fortbildningsprogram som genomförs mångsidigt och en del av vilket riktas till ett multiprofessionellt team.

De som arbetar på rådgivningsbyrån deltar årligen i fortbildning enligt verksamhetens krav och individuellt uppskattade utbildningsbehov.

För de personer som leder rådgivningsbyråns arbete anordnas fortbildning i multiprofessionellt ledarskap.

Rekommenderad litteratur:

Terveystenhoitajaopiskelijan ohjatun harjoittelun työkirja. 2001. Suomen Terveystenhoitajaliitto, Helsinki.

Terveystenhoitajan täydennyskoulutussuositus. 2004. Oppaita 3. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.

4.7 Handledning

Arbetet på barnrådgivningen är förebyggande mentalhygien bland familjer. I arbetet bör man även upptäcka, ta fram och ingripa i svåra saker, som våld och missbruksproblem. I arbetet fästs uppmärksamhet vid de problem

som förekommer i mänskliga relationer, som problemen i tillgivenhetsförhållandet mellan föräldrar och barn. Arbetet baserar sig på arbetarens egna interaktionskunskaper och personlighet förutom yrkesmässiga kunskaper och färdigheter. I det behandlas ärenden som hänför sig till en medmänniskas mänsklighet. Det är alltså fråga om mycket känsliga saker: ett osakkunnigt arbete kan också vara skadligt.

Med handledning avses regelbunden handledning av processkaraktär, stöd i utvärderingen av det egna arbetet, analys av arbetsproblem samt planering av behövliga åtgärder som personalen får av en mera erfaren medarbetare inom den egna sektorn eller en expert inom mänskliga relationer. Handledning behövs speciellt i uppgifter, där behandlingen av klient-patientrelationer har en central ställning (Paunonen-Ilmonen 2001).

Syftet med handledningen är att höja kvaliteten på vården. Handledningen är inte personlig terapi för den anställda, utan de saker som behandlas i arbetshandledningen hör alltid till arbetet i vid bemärkelse. Handledningen bör givas till förmån för barnets familj, förbättra vården av barnet och öka den handleddas förmåga att förstå och hjälpa barnet. Handledningen syftar till att den handledda hittar det arbets sätt och den yrkesroll som bäst hjälper barnet och familjen. Målet är den förändrings- och utvecklingsprocess som sker i arbetaren: man blir självständig, lär sig känna de egna färdigheterna och begränsningarna och utvecklas som arbetare och människa (Niskanen m.fl. 1988). Handledningen hjälper arbetstagaren att bevara sin objektivitet och empatiförmåga. Handledning som ger en möjlighet att utveckla det egna arbetet förebygger även utbrändhet.

Handledningen är en förutsättning för effektiv barnrådgivning. Ingen kan tvingas till handledning, men arbetsgivaren måste anordna en möjlighet till det. En handledningsgrupp som samlas sporadiskt är ett minikrav. Behovet av individuell handledning bör övervägas person- och situationsvis.

REKOMMENDATION:

Alla som arbetar på rådgivningsbyrån har möjlighet att delta i regelbunden handledning.

Rekommenderad litteratur:

- Niskanen P, Sorri P & Ojanen M. 1988. *Auta auttamaan – käsikirja työnohjauksesta*. WSOY, Juva. *Ett gammalt grundläggande verk där handledningen har förklarats i detalj och ändå på ett begripligt sätt*
- Paunonen-Ilmonen M. 2001. *Työnohjaus. Toiminnan laadunhallinnan varmistaja*. WSOY, Helsinki. *I boken presenteras bl.a. SUED-modellen (en förkortning för orden succeed, supervision och education). Modellens grundidé är att kombinera handledning och arbetsplats- och kompletteringsutbildningen till en enda process som ingår i arbetet och som syftar till att stöda personalen och utveckla arbetet.*

4.8 Byte av personal och inskolning

Arbetet på rådgivningsbyrån baserar sig på förtroende, kontinuitet och i sista hand på varje rådgivningsarbetares egen personlighet. Ur familjernas synvinkel kan bytet av personalen innebära problem. Därför är utgångspunkten en stadigvarande rådgivningspersonal och användning av vikarier enbart i undantagsfall. För rådgivningsansvaret lämpar sig läkare som förbinder sig till detta arbete. En stadigvarande personal är ett viktigt personalpolitiskt mål (se kapitel 4.1 Ledningen av rådgivningsarbetet).

Man kan lindra verkningarna av ett arbetarbyte med olika medel. Med familjen kan anordnas ett möte där både den gamla och nya arbetaren är med. Ett dylikt förfarande rekommenderas i synnerhet för familjer som behöver särskilt stöd.

I en arbetsgemenskap behövs inskolning av åtminstone två slag: a) för en ny men redan erfaren arbetare och b) för en nyutexaminerad arbetare. I inskolningen av en nyutexaminerad arbetare ingår även inskolning som tar tid och krafter. En erfaren person som byter arbetsplats behöver kunskaper snarare om klientelet, arbetsgemenskapen, orten och praktiska arrangemang än om själva rådgivningsarbetet. Inskolningen har en mycket stor betydelse för en ny arbetstagare, för hela arbetsgemenskapen, men framför allt för familjen. Det är också fråga om verksamhetens säkerhet och kvalitet.

För inskolning av hälsovårdare ansvarar (enligt inskolningsplanen) den ledande skötaren och/eller den hälsovårdare som ansvarar för rådgivningsbyrån. För inskolningen av läkare ansvarar den läkare som ansvarar för rådgivningsarbetet. Det vore idealiskt att en arbetstagare som slutar skulle vara med om att inskola sin efterträdare. I inskolningen går man systematiskt igenom såväl de allmänna anvisningarna för rådgivningen som de anvisningar som speciellt är tillämpade för orten. En ny hälsovårdare bör bekanta sig med sina klienters handlingar. Detta är viktigt i synnerhet i fråga om de klienter som en tidigare arbetare har specialarbetat med under de senaste månaderna. Efter inskolningsfasen borde nya arbetare ha möjlighet till konsultation och rådslag.

Även en ny läkare bör inskolas i rådgivningsarbete och därmed anknutet multiprofessionellt samarbete.

REKOMMENDATION:

Hälsovårdscentralen har ett fungerande inskolningsprogram och varje ny medarbetare inskolas individuellt i rådgivningsarbetet.

4.9 Rådgivningsarbetets kostnader

Enligt tillbudsstående information är kostnaderna för det hälsofrämjande som ett barn under skolåldern och dennas familj får på rådgivningsbyrån mycket låga. I produktifieringspiloten för mödra- och barnrådgivningsarbetet på Kuopio social- och hälsovårdscentral baserade sig kostnads-kalkylen på funktionsanalysen och uppföljningen av tidsanvändningen (Produktifiering på Kuopio social- och hälsovårdscentral 2003). I den rätt så nedskurna verksamhetsmodellen i Kuopio var det genomsnittliga priset för uppföljningen som pågått under hela barnrådgivningsåldern inom primärvården cirka 600 euro år 2002. I priset ingick besök i enlighet med basprogrammet. I besöken ingick 12 rådgivningsbesök hos hälsovårdaren, ett hembesök av hälsovårdaren hos det nyfödda barnet och tre läkarbesök. Därutöver kostade familjeträningen cirka 150 euro per familj. I priserna ingår löner, administrativa kostnader, hyror, rese-kostnader, utbildningskostnader och övriga kostnader såsom kostnader för materialanskaffningar.

På Vanda hälsovårdscentral har rådgivningstjänster produktifierats under 2–3 års tid. År 2001 kostade 15 mödra- och barnrådgivningsbesök, hembesök medräknade, 630 euro för hälsovårdarens del. I detta belopp ingår inte läkarundersökningar. Det är fråga om ett verkligt pris, i vilket ingår alla löne-, rese- och utrymmeskostnader och s.k. gemensamma kostnader. På Torneå hälsovårdscentral har man räknat att 13 besök hos hälsovårdaren, tre besök hos läkaren och ett hembesök hos en nyfödd kostar cirka 720 euro. Vid Åbo hälsoväsen var priset för helheten av barnets rådgivningsbyråbesök cirka 660 euro år 2002. I det ingick hälsovårdarens och läkarens löner, fastighetskostnader, adb, telefon, distribueringsmaterial och beställningar från apoteket och centrallagret. Enligt en rådgivningsbyråutredning som utförts i Östra Finland år 2003 hade mödra- och barnrådgivningstjänster produktifierats förutom i Kuopio i två kommuner och rådgivningsbyråbesökens priser sänkts i sex kommuner eller samkommuner av fyrtio (Varjoranta m.fl. 2004).

I Barnfamilj-projektet gjordes beräkningar om kostnaderna för förebyggande arbete, bland annat kostnaderna för familjearbetaren (Häggman-Laitila m.fl. 200). Familjearbetarens familjespecifika stöd kostade i genomsnitt 1 680 euro per en familj som behöver särskilt stöd. Det gruppvisa stödet kostade cirka 200 euro per deltagare. Familjearbetarna träffade familjerna i genomsnitt 13,5 gånger (variationsbredd 1–78) och arbetade med dem i medeltal 29 timmar (variationsbredd 1–320 timmar). Det genomsnittliga timpriset var cirka 50 euro. Resultatet av den interna och externa utvärderingen av Barnfamilj-projektet var att man med familjearbete förebyggde uppkomsten av alternativkostnader som var 4–6-gånger större.

Kostnaderna för besök på rådgivningsbyrån och för familjeträning är mycket rimliga. Den dyraste verksamhetsformen är hembesök. Till

exempel i Kuopio kostade ett hembesök hos familjen till en nyfödd cirka 82 euro. Kostnaden för föräldragrupper beror bland annat på de deltagande experternas löner, mötesfrekvens, den tid, de utrymmen och det material som används för grupperna. Rådgivningsarbetets totalkostnader är sannolikt olika på olika hälsovårdscentraler bland annat beroende på läkarnas lönesystem.

Enligt rekommendationerna i denna handbok blir servicehelheten för barnrådgivningsåldern i någon mån dyrare än uppskattningarna för de ovannämnda kommunerna, eftersom det hör mera tjänster till den. Det rekommenderas 16 besök av hälsovårdaren (inklusive två hembesök) och minst fem läkarbesök. Om man tillämpar priserna i Vanda och Kuopio, blir hälsovårdarens andel cirka 750 euro och läkarens uppskattningsvis 200 euro. Därtill måste man tillägga kostnaderna för föräldragrupperna, uppskattningsvis 600 euro, om det anordnas åtta gruppmöten. Enligt en mycket grov uppskattning är rådgivningsålderns totalkostnader för ett barn cirka 1 600–2 000 euro, vilket innebär en årlig kostnad på under 300 euro.

Enbart priserna säger naturligtvis ingenting om rådgivningens kvalitet och effektivitet. Informationen om kostnaderna gör det möjligt att utvärdera verksamhetens kostnadseffektivitet senare. Det är skäl att fortsätta kostnadsberäkningen på hälsovårdscentraler av olika typ. Förutom priset på de bastjänster som rådgivningsbyrån erbjuder är det skäl att definiera de kostnader för effektiverad verksamhet som särskilt stöd av olika grad förutsätter. Till exempel anställningen av en familjearbetare kostar uppskattningsvis 30 000 euro per år. För jämförelsens skull följer här exempel på alternativa kostnader på vissa orter enligt kostnadsnivån år 2003. En barnpsykiatrisk vårdperiod på en månad kostar cirka 9 000–15 000 euro. I barnskyddet kostar placeringen av ett barn i familj eller på anstalt cirka 30 000–60 000 euro per år. Anställningen av en personlig assistent i dagvården orsakar kommunen årliga kostnader för cirka 18 000 euro.

Tack vare vaccineringarna på rådgivningsbyrån undviks förutom dödsfall, invaliditet och sjukdomsfall även stora kostnader. Det nationella vaccineringsprogrammets vacciner anskaffas till Finland centraliserat med statliga medel och de levereras till kommunerna gratis. Utvärderingen av de olika delområdenas effektivitet inom rådgivningen skulle kräva ett omfattande och väl planerat forskningsarbete. Man borde beräkna kostnaderna för ett effektiverat tidigt ingripande, bedöma verksamhetens effektivitet och försöka uppskatta hur mycket mänskligt lidande och utslagning kan förebyggas och hur stora de ekonomiska inbesparingarna blir. Utvärderingen av rådgivningsverksamhetens nytthet borde även inbegripa en analys av den hälsofrämjande verksamhetens verkningar: till exempel barnets och förälderns tidiga interaktion, ett bra fungerande föräldraskaps långtgående betydelse, de hälsosamma vanornas sjukdomsförebyggande effekt och den ökade välfärden.

REKOMMENDATION:

I beräkningen av rådgivningsverksamhetens kostnader tar kommunerna i beaktande nyttorna både på kort och på lång sikt och jämför kostnaderna för specialtjänsterna med de alternativa kostnaderna.

Rekommenderad litteratur:

Häggman-Laitila A, Euramaa K-I, Hotari A-M, Kaakinen J & Hietikko M. 2001. Lapsiperheiden varhainen tuki, tuen vaikuttavuus ja kustannushyöty. Lapsiperheprojektin loppuraportti. Mannerheimin Lastensuojeluliitto, Helsinki.

Tuotteistaminen Kuopion sosiaali- ja terveystieteiden keskuksessa. Äitiysneuvolatyö, vastaanotto- ja lastenneuvolatyö. 2003. Sosiaali- ja terveystieteiden keskuksen julkaisusarja 4. Kuopio.

5

Det praktiska genomförandet, uppföljningen och utvärderingen av rekommendationerna

5

5. DET PRAKTISKA GENOMFÖRANDET, UPPFÖLJNINGEN OCH UTVÄRDERINGEN AV REKOMMENDATIONERNA

Handboken är avsedd som stöd för kommunerna i ledning och utveckling av rådgivningen. Handboken utnyttjas för att främja barnfamiljernas hälsa och välbefinnande med beaktande av lokala förhållanden. Den nytta som handboken medför för barnfamiljer beror till stor del på hur den tas i bruk och hur dess genomförande stöds och utvärderas.

Kommuner och samkommuner och deras hälsovårdscentraler är i första hand ansvariga för att de rekommendationer som presenteras i handboken tillämpas i praktiken. Det rekommenderas att kommunerna utarbetar en rådgivningsöversikt där barnrådgivning i kommunen jämförs med de lösningar som presenteras i handboken. På basis av en analys över den nuvarande situationen besluts vad man vill och kan göra i kommunen för att utveckla barnrådgivningen och barnfamiljernas tjänster. Beroende på kommunens praxis antecknas resultatet i en verksamhetsplan eller i det barnpolitiska programmet som är under beredning. I kommunen är det viktigt att se till att alla nödvändiga aktörer får information om handboken eller en adress där de kan beställa den. Att utse de personer i kommunerna som ansvarar för rådgivningsverksamheten är nödvändigt med tanke på utvecklandet av rådgivningen och den praktiska tillämpningen av handbokens rekommendationer. Också det samarbete som görs i enlighet med riktlinjerna för socialsektorns utvecklingsprojekt och det nationella hälsovårdsprojektet för att samla ihop barnfamiljernas tjänster bidrar till att bygga upp en verksamhet i enlighet med denna handboks riktlinjer. Mål- och verksamhetsprogrammet för social- och hälsovården 2004–2007 styr även kommunerna att stärka barnrådgivningen och dess resurser.

Länsstyrelserna hjälper kommunerna verkställa riktlinjerna i barnrådgivningshandboken. De anordnar regionala utbildningar och seminarier om handbokens ämnesområden och främjar organiseringen av samarbetet mellan dem som utför barnfamiljearbete. Länsstyrelserna kan följa upp förverkligandet av rekommendationerna och eventuella hinder för förverkligandet på hälsovårdscentralerna med hjälp av kommunbesök och personliga kontakter. Det finns behov av att utvärdera rådgivningens tillstånd regelbundet, till exempel med 3–5 års mellanrum. Dessutom styr länsstyrelserna en del av de nationella utvecklingsprojektet pengar som de koordinerar till projekt som syftar till att utveckla rådgivningen och

barnfamiljernas tjänster i enlighet med handboken och startar vid behov även egna projekt som gäller barnfamiljer. Länsstyrelserna uppmuntrar kommunerna till samarbete inom ekonomiska regioner. Länsstyrelserna kan även tillsätta en lokal arbetsgrupp eller motsvarande för uppföljning av barns och ungdomars välbefinnande.

Social- och hälsovårdsministeriet (SHM) styr rådgivningens utveckling som högsta myndighet med hjälp av informationsstyrning och genom att stöda utvecklandet av strukturer som för rådgivningsarbetet framåt. När lagstiftningen om hälsofrämjande revideras ägnas uppmärksamhet åt barnrådgivningens juridiska ställning. SHM sköter om stärkandet av rådgivningens ställning som en del av förebyggande tjänster. SHM stöder utvecklingen av datasystem för statistikföring av barn och unga och uppföljningen av rådgivningens effektivitet. Det är på SHM:s ansvar att starta utarbetandet av en kvalitetsrekommendation för rådgivningen.

SHM informerar om handboken, följer verkställandet av handboken och ansvarar för att handboken uppdateras enligt behov. Handboken är tillgänglig som webbpublikation på ministeriets webbsidor på adressen www.stm.fi ->julkaisuja. SHM utvärderar verkställandet av handboken, bland annat genom att organisera en utvärderingsundersökning om handboken och förmedla information om finansieringsmöjligheter för utvecklingen av rådgivningen. SHM anordnar arbetsseminarier i samarbete med länsstyrelserna med jämna mellanrum. Social- och hälsovårdsministeriet sköter om styrningen och etablerandet av Utvecklings- och forskningscentralen för rådgivningsarbetet för mödra- och barnvård.

Finlands Kommunförbund hjälper kommuner utveckla sådana lösningsmodeller för rådgivningen i sina servicesystem som främjar barnens totala välfärd och är i enlighet med kommunernas barnpolitiska program. Det ser till att de formulär som används i barnrådgivningen hålls à jour och informerar om handboken som en del av sin kommuninriktade verksamhet. Även skapandet av ett centraliserat kvalitetsbedömningsystem för rådgivningsverksamheten stöder utvecklandet av kommunernas kvalitetsbedömning.

Stakes är den nationella forsknings- och utvecklingscentralen för social- och hälsovården. Dess klassificeringscentral vidareutvecklar data- och statistikföringssystemet för rådgivningsbyråerna med samarbetspartner. Enheten för utvärdering av medicinsk metodik, FinOHTA, utvärderar även metoder som rör rådgivningsarbetet. Stakes fortsätter välfärdsindikatorarbetet för barn och ungdomar och utvecklar förebyggande mentalhygien för barn. Till Stakes befattningsbeskrivning som den nationella forsknings- och utvecklingscentralen för social- och hälsovården hör även forskningen och utvecklingen inom rådgivningen.

Folkhälsoinstitutet ansvarar för vaccineringen samt förebyggandet av olyckor hemma och under fritiden och deltar i utvecklingsarbetet av data- och statistikföringssystem som gäller barn och ungdomar.

Yrkeshögskolor och universitet inkluderar de innehåll som presenterats i handboken i sina undervisningsprogram i grundutbildning och

fortbildning av rådgivningsarbetare och deras chefer och lärare (öppet universitet, öppen yrkeshögskola). Det är synnerligen önskvärt att anordna multiprofessionell utbildning för de yrkesgrupper som är inriktade på rådgivningsarbete.

Som en del av utvecklingen av arbetslivet tillämpar yrkeshögskolor och universitet handbokens utstakningar för de studerandes utvecklingsprojekt och lärdomsprov och annat samarbete, och ger sakkunskap till utvecklingsprojekt inom rådgivningsverksamheten. Universitet och yrkeshögskolor tar i beaktande forskningen inom rådgivningsarbete och barnfamiljearbete när de inriktar sina forsknings- och utvecklingsstrategier.

Undervisningsministeriet sköter om grundutbildningen av såväl rådgivningspersonalen som lärarna och cheferna inom området. Ministeriet ser till att utbildningen uppdateras och strävar efter att skapa ett fortbildningssystem för rådgivningspersonalen i samarbete med social- och hälsovårdsministeriet.

Även Utvecklings- och forskningscentralen för rådgivningsarbetet för mödra- och barnavård som grundades år 2002 fortsätter att verkställa handbokens rekommendationer. Handbokens viktigaste teman behandlas på de Nationella rådgivningsdagarna som centralen årligen anordnar. Rådgivningscentralen utför en utredning om mödra- och barnrådgivningen i alla län och producerar på det här viset information om rådgivningsverksamhetens nuläge som en basis för utvecklingsarbetet. Rådgivningscentralens webbsidor utvecklas till rådgivningens informationscentraler och genom dem förmedlas koordinerat information om rådgivningsarbetet och dess utveckling. Rådgivningscentralen deltar i piloteringen och utvärderingen av nya kunskapsbaserade verksamhetsmodeller och utvecklingen av fortbildningen.

Fackorganisationer kan hjälpa att göra handboken känd och främja utvecklingen av det kunnande som dess riktlinjer förutsätter genom sin yrkestidning, sina lokalföreningar och sina nationella utbildningsdagar.

Man bör komma överens om utvecklingen av samarbetet enligt de föreslagna rekommendationerna med andra i handboken skildrade intressentgrupper, såsom organisationer och församlingar, med beaktande av lokala förhållanden och resurser.

DEL II

Rådgivningens innehåll och metoder: individuell uppföljning och stöd från spädbarnsåldern till skolåldern

6

Föräldraskap, parförhållande och stödande av barnets utveckling

Rådgivningens innehåll och metoder: individuell uppföljning och stöd från spädbarnsåldern till skolåldern

6

FÖRÄLDRASKAP, PARFÖRHÅLLANDE OCH STÖDANDE AV BARNETS UTVECKLING

Föräldrarna är de viktigaste främjarna av sitt barns utveckling och sin familjs välbefinnande. Med hjälp av den nuvarande kunskapen kan man identifiera de faktorer som främjar barnets gynnsamma utveckling.

En allmän resursfaktor, såsom omsorg eller barnets begåvning, inverkar på barnets utveckling oberoende av andra faktorer. *En riskfaktor* vänder barnets utveckling i en negativ riktning. Sårbarhet innebär mottaglighet för negativ påverkan under omständigheter där riskerna också annars är stora. *En skyddande faktor* stöder utvecklingen trots riskerna. Den verkar som buffert när risken är stor. När risken är liten, har den skyddande faktorn inga verkningar. (Pulkkinen 2002)

6.1 Föräldraskapets resurser i en förändrad livssituation

Barnets födelse förändrar familjens livssituation på många sätt. Den förändrar till exempel föräldrarnas tidsanvändning, mänskliga relationer, ekonomiska situation och speciellt parförhållandet. En del av förändringarna är positiva, medan en del kan pröva familjen och dess medlemmars hälsa.

Föräldrarnas resurser inverkar på hela familjens välbefinnande. Exempel på familjens interna resurser är föräldrarnas utbildning, deras kunskaper och färdigheter och förtroliga mänskliga relationer. En god självkänsla och positiv uppfattning om sig själv som fostrare hjälper till

att utveckla ett öppet och tryggt förhållande till barnet. För barnet är det också viktigt att föräldrarnas parförhållande fungerar så bra att det erbjuder ett tryggt växtunderlag för barnet.

Vad gäller familjens utomstående resurser är det sociala stöd som andra människor, såsom släktingar, vänner och grannar erbjuder det viktigaste. Andra barnfamiljer som är i samma livssituation har visat sig vara ett viktigt stöd.

Betydande belastande faktorer är, beroende på barnets ålder och familjesituation, svårigheter i vardagen, i synnerhet situationen där föräldrarna har för litet tid för sig själva. Andra allmänna problem är trötthet (Jokinen 1996), växlingar i vitaliteten och sinnesstämningen, moderns ensamhet, osäkerhet om föräldraskapet och rollmotsättningar. (Välimäki 2000, Eirola & Friis 2001, Reinholm 2003). Barnets födelse inverkar ofta på det sättet att familjens flexibilitet minskar, dess arbetsfördelning förändras, det uppstår kommunikationsproblem och känslan av samhörighet försvagas. (Hakulinen 1998). På rådgivningsbyrån är det bra att minnas att även andra förändringar än de som beror på barnets födelse (t.ex. flyttning, insjuknande) upplevs ofta som en belastning i familjen. Dessa borde tas i beaktande i diskussioner om föräldrarnas stresshantering och familjens livssituation.

En för stor arbetsbörda, arbetslöshet eller åtstramad penningssituation tär på föräldrarnas resurser. Därför avspeglas familjepolitiska lösningar (t.ex. storleken på barnbidrag och andra inkomstöverföringar) och förenandet av familjeliv och arbete i barnens levnadsförhållanden.

Tillfredsställelsen med parförhållandet är som störst i början av förhållandet. Sedan börjar den gå neråt – vare sig paret har barn eller inte – och ökar sedan igen (Rytkönen & Hautasalo 1999). Från sammansmältningsskedet går man över till differentieringsskedet till vilken makarna ofta kommer vid olika tidpunkter. Barnets födelse inträffar ofta under en tidpunkt då tillfredsställelsen med parförhållandet är som lägst. De flesta skilsmässor sker i ett skede då det finns 1–2 små barn i familjen. Till samma tidpunkt sammanfaller i allmänhet flera andra viktiga händelser som påbörjandet av arbetslivet, skapandet av en ekonomisk grund och vuxenblivandet. – Å andra sidan vet man att föräldraskapet ökar känslan av samhörighet i ett parförhållande (Erel & Burman 1995).

På tillfredsställelsen i parförhållandet inverkar flera faktorer, bl.a. förhållandets inre faktorer, personligheten, egna barndomsupplevelser, föräldraskapet och yttre faktorer. Alla dessa kan påverkas på olika sätt: genom att lära sig självkänedom, bli medveten om de faktorer som ger tillfredsställelse och underrätta partnern om dem, genom att lära sig kommunicera och lösa konflikter, genom att behandla eventuella problem själv eller i svårare fall med hjälp av terapi. Förändring kräver en solid motivation. Det skulle vara lättast att bearbeta frågor om parförhållandet innan problemen förvärras, men det finns inte alltid beredskap för det. Det gräslas mest om hemarbetena. När parförhållanden har studerats har

man märkt att i ett långvarigt förhållande pratar paren med varandra, klarar upp de konflikter som uppstått, accepterar varandras förändring och olikhet och kan glädja varandra (Määttä 2000). Dessutom utvecklar de sitt vardagsliv och håller fast vid sitt beslut att älska den andra, dvs. förbinder sig till förhållandet.

Familjernas resurser är mycket olika. Det är bra att komma ihåg att situationerna i både tvåföräldrafamiljer och ensamförsörjarfamiljer varierar så mycket att det inte går att tala om "typiska" familjer. Även föräldrarna i familjen kan uppleva saker på olika sätt. Oftast har familjerna både kraftgivande och belastande faktorer. Belastande faktorer som tornar upp sig är en utmaning även för rådgivningsarbetet. I den förändrade familjesituationen efter barnets födelse behöver många familjer och speciellt mödrar utomstående stöd. Om modern föder flera än ett barn samtidigt, föreligger det en stor risk för att föräldrarna inte orkar sköta barnen och då kan familjen behöva utomstående stöd. Rådgivningsbyråns hälsovårdare har en central roll i stöddandet av flerlingsfamiljer.

Föräldrarna kan stärka barnets resurser på många sätt. När man söker information om barnets vård och utveckling, blir vardagen säkrare. Det är viktigt att aktivt sköta parförhållandet. Det skulle vara bra att få rutin i att tala öppet även om svåra saker, att gråla utan våld och komma överens om delandet av hemarbetena. Vid behov borde man också våga söka utomstående hjälp. Det är väsentligt att igenkänna de egna styrkorna, att aktivt förbättra den egna livssituationen och ta ansvar för den. (Pelkonen & Hakulinen 2002.)

Rådgivningsbyrån har bra möjligheter att stöda familjer som försöker öka sina resurser. Redan det att man ökar sina kunskaper och sin medvetenhet om kraftgivande och belastande faktorer är en del av denna verksamhet. En utomståendes synpunkter och erfarenheter kan hjälpa familjen att märka att de inte är ensamma med sina svårigheter.

Rådgivningsbyrån kan stöda parförhållandet genom att ge utrymme för att diskutera parförhållandet, ta upp det och ge erkänsla. Det är även viktigt att ge uppmuntran när saker går bra, och säga högt vilka saker som är i ordning. Rollkartan för parförhållandet ger stöd åt rådgivningsbyråns anställda. Till familjeträningen hör kunskap om de skeden som normalt hör till parförhållandet och om de typiska svårigheter som ett par kan möta efter barnets födelse. Paren kan styras att ställa sig själv samma grundfrågor, som används på parrelationskurser: Vad är bra i förhållandet, vad fungerar, vad fungerar inte, vad är det som man önskar få ändring på, vad borde man göra för att få till stånd förändringen? Öppna frågor öppnar diskussionen. Frågor accepteras i allmänhet bättre än råd.

REKOMMENDATION:

Rådgivningsbyrån stöder ett bra parförhållande och förhindrar problemen i parförhållandet från att tillspetsas.

Rekommenderad litteratur:

- Airikka S. 2003. Parisuhteen roolikartta, Suomen Kuntaliitto, Helsinki.
- Fisher B, Kiiianmaa K & Hart N. 1997. Rakennamme parisuhdetta. Kehityksen avaimet, Jyväskylä.
- Kinnula A & Tuovinen L. 2001. Tahdon sanoa tahdon. Opaskirja avioliittoon aikoville. Kirkon perheasiain keskus, Helsinki. *I broschyren finns tankar om bl.a. parförhållandet, äktenskapet, älskandet och sexualiteten. Församlingarna delar ut broschyren till de par som skall gifta sig.*
- Parisuhdevihkonen vekaraperheen vanhemmille. 2003. Väestöliiton perheverkko, Helsinki. *Broschyren kan beställas från Befolkningsförbundets Familjenätverk tfn 09-612 7102, eller perheverkko@vaestoliitto.fi.*
- Rytkönen O & Hautasalo K. 1999. Laadukas parisuhde: onnea ja vuorovaikutusta. Jyväskylän yliopiston perhetutkimusyksikön julkaisuja 10. Jyväskylä.

6.2 Att växa till far och mor

Att växa till förälder är familjens inre process på vilken inverkar båda föräldrarnas tidigare erfarenheter, egen barndom, uppfattningar om föräldraskapet och samhällsliga förväntningar. Familjens ekonomiska situation, makarnas karriärplaner och barnets eventuella särdrag (i synnerhet handikapp) har naturligtvis betydelse. Processen börjar redan före barnets födelse och fortsätter hela livet. Föräldrarna utvecklar ett förhållande till barnet, tar ansvar för barnet, arbetar och lever med barnet i praktiken.

Kvinnans uppväxt till mor innebär förutom en emotionell förändring även en biologisk och fysisk förändring, medan det är den emotionella och sociala processen som betonas i mannens uppväxt till far. Med tanke på utvecklingen av faderns ansvarskänsla är det av betydelse, om han själv velat ha barn eller om han böjt sig för makans vilja att skaffa barn. Om övergången till föräldraskapet har varit ett gemensamt val, underlättar detta det gemensamma engagemanget att ta hand om barnet (Sevon & Huttunen 2002). Barnet blir emellertid verkligt för fadern på ett helt annat sätt än för modern: för många konkretiseras det nya livsskedet först efter barnets födelse (Kaila-Behm 1997, Säävälä m.fl. 2001).

Graviditeten är en viktig period för uppväxten till mor och far och gestaltningen av hela familjen. Detsamma gäller för själva förlossningsupplevelsen. Det är viktigt för modern och fadern att kunna gå igenom förlossningsupplevelsen, i synnerhet om den har varit svårare än väntat. Obehandlade upplevelser av misslyckande kan försvåra livet till och med i årtionden och vålla bitterhet och skuld.

Föräldrarnas föreställningar om och förväntningar på barnet ända från graviditeten inverkar på honom eller henne i senare växelverkan. Moderns eventuella negativa föreställning om babyen under graviditeten har ett samband med de problem som syns i barnets beteende i åttaårsåldern. (Luoma m.fl. 2001.)

Varje far och mor är olika. Till exempel kulturbakgrunden kan innehålla rolluppfattningar, som familjen vill följa. Den traditionella uppfattningen

om moderns roll kan inskränka faderns möjligheter till ett fullvärdigt föräldraskap. För många föräldrar kan kunskapen om ett delat eller jämställt föräldraskap vara befriande och givande. Ett delat föräldraskap innebär att fadern är starkt med och engagerar sig i vården av barnet. I detta engagemang skiljer man på tre delområden: "aktiv växelverkan" med barnet, "tillhandsvarande" även då huvuduppmärksamheten finns i annan verksamhet, och "ansvarstagande" som betyder att fadern begrundar, sköter om och anordnar praktiska ärenden som har med barnet att göra. Som bäst engagerar sig båda föräldrarna från första början i föräldraskapet mer eller mindre med samma intensitet. Båda är redo och kapabla till (nästan) alla de arbeten i hemmet och barnavården som kommer fram. Båda syftar till en balans mellan arbete och familj. Båda ger barnet både vård och ömhet och håller de gränser som man gemensamt kommit överens om. Båda är redo att underhandla och diskutera de situationer som uppstår (Huttunen 2001).

Enligt de nuvarande uppfattningarna är det delade föräldraskapet nyttigt på många olika sätt. Det ger babyen trygghet och stöder dess utveckling. Modern får utrymme till att sköta om sig själv, och fadern får ett nytt sätt att förverkliga sig själv. Även parförhållandet mår ofta bättre, när vården av barnet är på båda föräldrarnas ansvar (Säävälä m.fl. 2001). En av utgångspunkterna är nyare forskning som visat att babyen kan fästa sig vid både fadern och modern och skilja dem från varandra (Pruett 1993).

Även om mannen skulle vara motiverad och redo till ett deltagande, till och med vårdande faderskap, är det inte alltid lätt att genomföra det. Mycket få har en sådan modell från sin egen barndom som passar in i nuet. Det kan kännas svårt att ändra på sin livsstil och börja leva på babyens villkor. Babyen kan verka svår att sköta, och moderns kunskap och erfarenhet kan verka överlägset bättre. Som värst kan delandet av vården av barnet leda till en maktkamp mellan föräldrarna. (Säävälä m.fl. 2001). När modern blir deprimerad eller sjuk är faderns roll mycket viktig för familjens återhämtning och barnens välbefinnande. Fäder behöver också tillräckligt med information om förlossningens inverkan på kvinnan. I synnerhet behöver de information om eventuell förlossningsdepression.

Det är rådgivningsbyråns uppgift att hjälpa båda föräldrarna att skapa en bild om den nyföddas egenskaper och förmågor som är så positiv som möjligt men samtidigt realistisk och stärka moderns och faderns förbindelse till babyen (Puura 2002). Det kan vara skäl att berätta för föräldrarna att man inte växer till mor och far av sig själv, utan att det förutsätter föräldrarnas och barnets växelverkan och samvaro, med andra ord tid (Keltikangas-Järvinen 2000). Det är bra att närma sig fäder på sätt som passar dem bäst. Många fäder är redo att komma med i grupper. En personlig inbjudan till rådgivningsbyrån kan vara till nytta. Det är bäst att anpassa hembesöket före barnets födelse så att det även passar den blivande faderns tidtabeller.

REKOMMENDATION:

På rådgivningsbyrån stöds faderns och moderns växande till förälder och berättas om det delade föräldraskapets fördelar.

Rekommenderad litteratur:

- Huttunen J. 2001. Isänä olemisen uudet suunnat. Hoiva-isiä, etä-isiä ja ero-isiä. PS-kustannus, Jyväskylä. Isäryhmät osana perhevalmennusta 2002–2003. 2003. Hankeraportti. Oulun Ensi- ja turvakoti, Oulu.
- Kaila-Behm A. 1997. Miehestä esikoisen isäksi. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 49. Kuopio.
- Keränen T & Ruskomaa L. 2002. Näkökulmia äitiyteen. Mannerheimin Lastensuojeluliiton Löytöretki vanhemmuuteen -projekti. Helsinki.
- Piensoho T. 2001. Äitiyden alkumetrit: naisten raskaudelle ja synnytykselle antamat merkitykset ja oppimiskokemukset. Helsingin yliopisto, Helsinki.
- Puura K, Tamminen T & Mäntymaa M ym. 2001. Lastenneuvolan terveydenhoitaja vauvaperheen tuen tarpeen havaitsijana. Suomen Lääkärilehti 47(56), 4855–4861.
- Salo-Jokinen B. 2002. Äitiyden alkumetrit. Terveystieteitä 4–5, 12–13.
- Säävälä H, Keinänen E & Vainio J. 2001. Isä neuvolassa – työvälittäjä ja ajatuksia vauvaa odottavien ja hoitavien isien kanssa työskenteleville. Tasa-arvo julkaisuja 8. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
- Torkkeli M (red.) 2001. Näkökulmia isyyteen. Mannerheimin Lastensuojeluliiton Löytöretki vanhemmuuteen -projekti. Helsinki.

6.3 Förälderns och barnets tidiga växelverkan

Barnets bästa möjliga utveckling är beroende av en miljö som svarar på dennas sociala och emotionella behov. En psykiatrisk forskning om småbarn har gett ny kunskap om barnets medfödda färdighet till växelverkan. Enligt teorin om tillgivenhet är det förhållande som bildas mellan föräldern och barnet av avgörande betydelse för barnets senare psykiska utveckling. De känsloupplevelser som hör ihop med tidig interaktion styr hjärnans funktionella utveckling och skapar grunden för hela människans senare utveckling (Mäntymaa m.fl. 2003). Babyer är mycket känsliga för kvaliteten på förälderns emotionella svar. Föräldrarna signalerar till barnet via tal, miner, gester, rörelser, rörandet, greppen och i allmänhet fysisk närhet.

I tidig interaktion är det fråga om förälder-barn-parets förenlighet samt om ömsesidigheten och samtakten i växelverkan. Samtakten i växelverkan beror på förälderns färdigheter och vilja att förena sin egen verksamhet med barnets behov, rytmer och förmåga till växelverkan. När växelverkan fungerar bra, kan föräldern njuta av sin relation till barnet och även vara emotionellt tillgänglig. I växelverkan är föräldern i stånd till ömsesidighet och förutsägbarhet, och då växer barnets förtroende mot omgivningen. Barnet upplever att föräldern förstår och accepterar hans behov och erfarenheter. Samtidigt lär sig barnet att han får signalera om sina känslor och erfarenheter till andra människor, och att det leder till ett positivt slutresultat. Så här lär sig barnet så småningom att igenkänna

sina egna behov och känslotillstånd. Detta är av en stor betydelse för barnets emotionella självreglering och uppbyggnad av positiv självkänsla. (Lyytinen m.fl. 2003).

I rådgivningsarbetet har man ökat hälsovårdarnas färdigheter att igenkänna psykiska problem hos barn. Således kan de bättre hjälpa föräldrarna att stöda barnets utveckling och vara i tidig interaktion med barnet. Hälsovårdaren kan inspirera föräldrarna till att igenkänna och sköta även sina egna problem effektivare. Det är viktigt för henne att igenkänna familjer, där stödandet av tidig interaktion är speciellt viktigt. Tack vare utbildningen har hälsovårdare tagit mod till sig och tagit upp även svåra frågor. (Puura m.fl. 2001).

För att få en uppfattning om växelverkan mellan baby och föräldern är det bra om hälsovårdaren iakttar och undersöker föräldrarnas och babys beteende tillsammans. Delandet av känslolägen och dess ton samt föräldrarnas tankar om baby berättar mycket. Man kan stöda växelverkan genom att ge positiv respons om situationer som fungerar bra och genom att på ett avhjälpare sätt ingripa i situationer som fungerar dåligt för baby eller föräldern. Exempel på avhjälpare ingripande är att finkänsligt skapa modeller (t.ex. lyfta baby i föräldrarnas famn efter vaccineringsen, om föräldern inte själv fattar det), att ifrågasätta handlandet med öppen förundran (t.ex. Måne baby lugnar ner sig snabbare, om du tar henne i famnen?) eller att verka som babys röst (t.ex. Nu vill jag gråta och vill komma i famnen). Den ovan beskrivna metoden har konstaterats vara ekonomisk och effektiv (Puura m.fl. 2001).

REKOMMENDATION:

På rådgivningsbyrån stöds aktivt tidig interaktion mellan baby och föräldern. Varje arbetare sätter sig in i stödandet av tidig interaktion och dess teoretiska bakgrund.

Rekommenderad litteratur:

- Kurki P-L, Koivuniemi-Iliev L, Tuulos T. 2001. Psykkisten häiriöiden ehkäisy neuvolassa – Varhaisen vuorovaikutuksen tukeminen lastenneuvolatyössä -projekti 1997–2000. Oulun lääninhallituksen julkaisuja nro 64. *En beskrivning av den teoretiska bakgrunden för projektet för tidig interaktion, projektets utgångspunkter och dess genomförande i Uleåborgs län. Publikationen kan även läsas på adressen www.intermin.fi/olh.*
- Mäntymaa M & Tamminen T. 1999. Varhainen vuorovaikutus ja lapsen psykisk utveckling. *Duodecim* 115, 2447–2453.
- Mäntymaa M, Luoma I, Puura K & Tamminen T. 2003. Tunteet, varhainen vuorovaikutus ja aivojen toiminnallig utveckling. *Duodecim*, 6, 459–466.
- Niemelä P, Siltala P & Tamminen T. 2003. Äidin ja vauvas varhainen vuorovaikutus. WSOY, Helsinki.
- Puura K, Tamminen T, Mäntymaa M. ym 2001. Lastenneuvolas terveydenhoitaja vauvaperheen tuen tarpeen havaitsijana. *Suomen Lääkärilehti* 47(56), 4855–61.
- Sinkkonen J & Kalland M. 2001. Varhaiset ihmissuhteet ja niiden häiriintymisen. WSOY, Helsinki. Stern DN. 1992. Maailma lapsen silmin: mitä lapsi näker, kokeer ja tuntee. Suom. E-L. Jaakkola. WSOY, Helsinki.

6.4 Föräldrarna som stödare av barnets självkänsla och individualitet

En viktig uppgift för föräldrarna är att skapa grunden för utvecklingen av barnets goda självkänsla redan från ett tidigt skede. När föräldrarna tar hand om babyen, avlägsnar dennas illamående och är barnets pålitliga stöd och tröst även under dåliga stunder, får babyen en känsla av att vara viktig och värdefull (se kapitel 6.3). När vården dessutom ges i rätt tid, dvs. då barnet uttrycker ett behov, kan barnet uppleva att hon behärskar saker som har att göra med henne själv.

Problemet med föräldrar som fått sitt första barn är att de kan vara överbeskyddande: babyen sköts föregripande och för säkerhets skull. Det är inte bra för barnet. Däremot skapar en konsekvent behovstillfredsställelse en tilltro till andra som blir en tilltro till sig själv. En likgiltig och för barnets behov kallsinnig vård och återkommande tidiga erfarenheter av att bli övergiven står i samband med problem med självkänslan under senare år. Det är viktigt att en vuxen finns till hands. (Keltikangas-Järvinen 2003.)

Efter spädbarnsåldern inverkar det på barnets självkänsla hur andra förhåller sig till barnets färdigheter och göranden. Barnet bör få mycket tack och litet kritik. Det är även skäl att berömma barnet självt. Genom att observera sin miljö får barnet i varje fall respons för sin egen hjälplöshet. Det är bra att komma ihåg att det hur man betraktar barnet inverkar på barnets beteende. Sättandet av gränser ökar barnets känsla av säkerhet och stärker sålunda självkänslan. (Keltikangas-Järvinen 2003.)

För att kunna stöda sin egen babys individualitet behöver många föräldrar information om barnets *temperament*. Varje baby har karaktäristiska, relativt bestående vanor och individuella drag. Dessa medfödda, biologiska skillnader mellan människornas beteende och reaktioner kallas för temperament. Det temperamentsdrag som är lättast att identifiera och förändras minst med åldern är rytmiskheten (sömnrytmen, rörelsernas snabbhet och styrka). Andra temperamentsdrag är tålamod, lugn, aktivitet, orolighet och anpassnings- och koncentrationsförmåga. Även sinnesstämningar, såsom irritation och benägenhet till negativa känslor, samt nyfikenhet, mod eller blyghet och reservation i en ny situation hör till temperamentet. Temperamentet bestämmer i första hand barnets stresstolerans. Stresstoleransen har i sin tur konstaterats ha ett samband med senare sjukfrekvens. (Keltikangas-Järvinen 2004.)

Personligheten är ett resultat av temperamentets och yttervärldens växelverkan, bland annat uppfostran. En babys temperament inverkar på föräldern och kan ändra föräldrarnas inställning till babyen. Ett barn som till sitt temperament är mindre reaktivt får mera initiativ från modern och kanske mindre respons. Barnets egna initiativ får en känslig mor att anpassa sin egen verksamhet. Att föräldern går med i barnets initiativ och stärker dem är lika viktigt för barnets utveckling som det beteende som

utgår från föräldrarnas initiativ. (Lyytinen m.fl. 1995.) Ur föräldrarnas synvinkel yttrar sig barnets temperament så att vissa barn är lättare att sköta och andra mera krävande. Förenligheten mellan babyns temperament och föräldrarnas beteende och förväntningar kan vara både en skydds- och en riskfaktor (Thomass & Chess 1977). (se kapitel 15.3)

En del av föräldrarna behöver stöd för att "våga" stärka barnets självkänsla. Metoderna för stödet är i grunden enkla. Det viktigaste är att man sköter barnet enligt dess ålder (se även kapitel 6.3. om tidig interaktion). Det hör till hälsovårdarens och läkarens yrkeskunskap att kunna diskutera barnets temperament med olika föräldrar. För att öppna diskussionen kan man till exempel ställa frågan: "Hur skulle ni som mor/far beskriva ert barn?"

REKOMMENDATION:

Man berättar för föräldrarna om betydelsen av självkänsla, om temperamentskillnadernas medfödda natur och om hur viktigt det är att förstå att barn är olika.

Rekommenderad litteratur:

Keltikangas-Järvinen L. 2000. Tunne itsesi suomalainen. WSOY, Helsinki.

Keltikangas-Järvinen L. 2003. Hyvä itsetunto. 13–14. painos. WSOY, Helsinki.

Keltikangas-Järvinen L. 2004. Temperamentti – ihmisen yksilöllisyys. WSOY, Helsinki.

6.5 Barnuppfostran och föräldraskapets roller

Uppfattningarna om en önskvärd uppfostran har varierat under tidernas lopp. Många forskningsresultat stöder uppfattningen att en handledning som genomförs på ett demokratiskt sätt främjar barnets utveckling till en socialt begåvad och icke aggressiv människa som litar på sig själv. Värme och omsorg ökar hänsyn till andra, vänlighet och självrespekt (Pulkkinen 1984). En dylik uppfostringsstil som är bra för barnets utveckling har kallats barnorienterad uppfostran eller varm och trygg uppfostran med tillräcklig auktoritet (Figur 1).

Fördelarna med den s.k. barnorienterade uppfostran har konstaterats i flera undersökningar och speciellt i den finländska Från barn till vuxen-undersökningen som pågått i över 30 år (Pulkkinen 1996). En barnorienterad uppfostran främjar bland annat barnets anpassning till samhället, stöder barnets självkänsla och främjar skolframgången senare (Aunola 2001). Grunden för en barnorienterad uppfostran är föräldrarnas välbefinnande och goda ömsesidiga förhållande, barnets goda förhållande till fadern och moderns beskyddande förhållande till barnet.

Omsorgen innebär att man ger barnet emotionellt stöd, övervakar barnets aktiviteter och sätter gränser som skapar trygghet. Barnet har

många erfarenheter av att lyckas, han får tack, och bestraffning används inte som uppfostringsmetod. En barnorienterad uppfostran är en betydande resursfaktor i barnets liv. (Pulkkinen 2002.) Föräldrarna ser barnet som en betydande personlighet, vars behov och åsikter tas i beaktande och som aldrig överges på den emotionella nivån. Aunolas (2001) resultat om föräldrarnas gynnsamma uppfostringsstilar pekar i samma riktning: Viktigt är förtroende, värme, sättande av gränser och intresse för barnets aktiviteter. (Figur 1.)

VARM, TRYGG UPPFOSTRAN	FRI UPPFOSTRAN
Stark tillit till barnet Stark kontroll: intresse, gränser	Stark tillit till barnet Svag kontroll: litet intresse och gränser
AUKTORITÄR UPPFOSTRAN	FÖRSUMMANDE UPPFOSTRAN
Svag tillit till barnet Stark kontroll: intresse, gränser	Svag tillit till barnet Svag uppföljning, bindning och kontroll

Figur 1. Föräldrarnas uppfostringsstilar (källa Aunola 2001)

En föräldracentrerad, dvs. från de vuxnas behov och sinnesstämningar utgående, uppfostran utgör en riskfaktor för barnet. Den innebär ringa beaktande av barnets synvinkel, ringa växelverkan med barnet, godtycke, orättvisa och likgiltighet i barnets ärenden. (Pulkkinen 2002). Skadliga uppfostringsstilar är även en för fri eller auktoritär stil. Nackdelarna med en försummande uppfostran är uppenbara (Figur 1).

Stödandet av uppfostran förutsätter att man beaktar olika miljöfaktorer. Det har till exempel uppdagats att ekonomiska svårigheter avspeglas i parförhållandet. Ett dåligt parförhållande inverkar på föräldraskapets kvalitet. Föräldrarna kan lättare straffa barnet eller bli likgiltigare för barnets behov. Detta försvagar i sin tur barnets anpassningsförmåga. (Pulkkinen 2002.) Det är också skäl att ta kulturskillnader i beaktande.

Det är viktigt med följdriktigheten i uppfostran. För barnet är det väsentligt att de vuxna som deltar i uppfostran verkar enligt ungefär samma principer. Detta gäller framför allt hemmet. Därutöver borde dagvårdens och hemmets riktlinjer för uppfostran vara tillräckligt överensstämmande. Rådgivningsbyråns viktiga uppgift är att diskutera olika former av dagvård med föräldrarna och styra föräldrarna till dem.

Enligt undersökningarna önskar många föräldrar diskussion om uppfostran på rådgivningsbyrån. Rådgivningsbyrån bör stöda föräldrarna i barnets uppfostran och förmedla information om sådan uppfostran som främjar barnets utveckling och sådan uppfostran som bromsar upp den. Föräldrarna inverkar på sina barn på många sätt, delvis omedvetet,

delvis medvetet. För att kunna påverka tillvägagångssätt som går i arv i generationer, måste man kunna tala om dem. Ett arbetsredskap som visat sig vara bra är föräldraskapets rollkarta. Där har man skisserat uppgiftshelheter eller roller, med hjälp av vilka det på rådgivningsbyrån är lätt att åskådliggöra saker som hör till föräldrarnas uppfostringsansvar och som ofta verkar abstrakta (Helminen & Iso-Heiniemi 1999, Rautiainen 2001). Till föräldraskapet hör att bland annat ge kärlek och omsorg, sätta gränser, ha kunskap om mänskliga relationer och livet.

Alla uppfostrare gör även fel, och det finns inget perfekt föräldraskap. Genom att tillåta misstag och erkänna dem själv ger uppfostraren även plats för barnets ofullkomlighet. Ett kännetecken för ett bra föräldraskap är att kunna be barnet om förlåtelse.

REKOMMENDATION:

På rådgivningsbyrån ger man föräldrarna information om uppfostringsmetoder som främjar barnets utveckling.

Rekommenderad litteratur

- Eskelinen A. 2000. Rakkautta ja rajoja kasvatukseen: yhdessä elämään. Kirjapaja, Helsinki.
- Helminen M-L & Isoheiniemi M. 1999. Vanhemmuuden roolikartta. Käyttäjän opas. Suomen Kuntaliitto, Helsinki. (www.vslk.fi)
- Pulkkinen L. 1996. Lapsesta aikuiseksi. Atena, Jyväskylä.
- Rautiainen M (red.) 2001. Vanhemmuuden roolikartta. Syvessä ja sovelia. Käyttäjän opas 2. Suomen Kuntaliitto, Helsinki.

6.6 Barnets synvinkel på familjens vardag

Rådgivningsbyrån kan vid behov hjälpa föräldrarna att tänka på saker ur barnets synvinkel och från barnets utvecklingsnivå och ta i beaktande barnets individuella drag. Man bör fundera över familjens vardag inte bara utgående från föräldrarnas behov, arbete och klarande, utan även med tanke på barnets bästa. Barnets bästa förverkligas när barnet får växa älskat och omskött och gå igenom sina aktuella utvecklingsuppgifter i en fridfull och trygg miljö. Detta kan låta som en självklarhet i en familj som väntar på ett önskat barn. I vissa familjer dränker emellertid vardagen allting annat. Det är rådgivningsbyråns uppgift att vid behov framföra barnets synvinkel även i dessa förhållanden.

Barnet lär sig nya saker och bekantar sig med dem först genom lek. Lek stöder barnets motoriska utveckling, språkliga träning och fantasi. Senare vill barnet delta i familjens arbeten. Nuförtiden får alla barn inte möjlighet till lek på en nivå som motsvarar deras ålder. För detta behövs inga komplexa eller dyra instrument, utan material som går att hitta hemma och i naturen räcker till lekar som stimulerar fantasin.

Den mängd ord och begrepp som barnet behärskar avspeglas i barnets hela psykiska utveckling. Redan därför är det viktigt att man från första början talar och läser mycket för barnet. Redan babyer glädjer sig över att se på bilder och den växelverkan som det medför att läsa högt. I moderskapsförpackningen finns barnets första bok för detta ändamål. När föräldrarna läser mycket för barnet utvecklas talet och förståelsen växer. Detta främjar i sin tur all inlärning och utveckling av fantasin. Litteraturen ger barnet även kunskap om världen, lär etiska frågor och erbjuder exempel för livet. Vissa föräldrar bör stödas till att leka och pyssla med sitt barn och hitta på sådana sätt att vara tillsammans som båda har intresse för.

Samtal med barnet utvecklar verbala kunskaper och stöder känslolivets utveckling. Då lär sig barnet så småningom att även igenkänna och namnge sina egna känslor. Barn är utomordentligt noggranna iakttagare och anar familjemedlemmarnas känslotillstånd. De kan tro att de själv har orsakat dessa känslotillstånd. Det lugnar barnet om det får objektiv information och förstår vad som sker i familjen. Till exempel lönar det sig att berätta för barnet enligt dess åldersnivå om föräldrarnas sjukdom och de förändringar som sjukdomen medför i föräldrarnas beteende. Om föräldrarna har haft meningsskiljaktigheter, bör man också berätta för barnet att grälen har uppklarats och att det inte är barnet som varit orsak till dem.

En vuxen förebild är en viktig faktor som styr barnets utveckling redan i lekåldern. Ibland borde föräldrarna vakna till insikt om hur deras egna förhållnings- och verksamhetssätt överförs till barnen. Det är viktigt att barnet förstår att föräldrarna bryr sig både om varandra och om barnet, och att båda sköter om barnet. Till barnets positiva utveckling hör att lära sig känna empati mot en annan människa och trösta dem som är i svårigheter.

Man skall inte kräva för mycket av ett barn: förmågor och färdigheter håller på att utvecklas. Ett barn under skolåldern kan inte koncentrera sig länge. Observationsförmågan är skarp, när barnet är motiverat, men den räcker till exempel inte till för att följa trafiken. Man kan inte heller kräva en mångsidig abstrakt tankeförmåga av ett barn.

REKOMMENDATION:

Rådgivningens uppgift är att framhålla barnets synpunkt och hjälpa föräldrarna att tänka på saker från barnets synpunkt samt att ta den i beaktande i familjens vardag. Man berättar för familjerna hur viktigt det är för barnens utveckling att de får leka, och att man talar med barnen och tillbringar tid och gör saker tillsammans med barnen.

Rekommenderad litteratur:

Ikonen T, Marttila S & Vajjärvi K. 1978. Lue lapselle. Weilin & Göös, Helsinki.
Jarasto P & Sinervo N. 1997. Alle kouluikäisen lapsen maailma. Gummerus, Jyväskylä.
Suojala M & Karjalainen M. (red.) 2001. Avaa lastenkirja. Lasten Keskus, Helsinki.

7

Rådgivningsbyråns uppgifter i stödandet av familjer

7 RÅDGIVNINGSBYRÅNS UPPGIFTER I STÖDJANDET AV FAMILJER

Ett äkta bemötande av barnet och föräldrarna skapar grunden för familjens och rådgivningspersonalens samarbete. Ett gott samarbetsförhållande gör det möjligt att identifiera barnets och familjens stödbehov, sätta upp familjespecifika mål och utarbeta en plan. De olika metoderna, som till exempel kunskapsmässigt och emotionellt stöd, baserar sig på barnets och familjens behov. Största delen av dessa identifieras i de återkommande kontrollerna. Att bilda en helhetsuppfattning om klienteletts behov är å ena sidan en administrativ uppgift, men å andra sidan är det också till hjälp i den familjespecifika verksamheten. Av välplanerade och genomförda rådgivningstjänster kan man vänta sig resultat som minskar avståndet till målen.

7.1 Bemötande av barnet på rådgivningsbyrån

Rådgivningsbyrån skall i första hand säkerställa barnets hälsa och välbefinnande. Därför måste man alltid prioritera barnets synvinkel. Ett barnorienterat grepp om arbetet är dock ingen självklarhet inom social- och hälsovården. Det har utvecklats i utvecklingsprojekt som utnyttjat familjecentrerat arbete (t.ex. Forsberg 2000 och 2002). Det finns även behov av att vidare utvärdera och utveckla rådgivningsbesöken och rådgivningsbyråmiljön ur barnets synvinkel.

Varje möte med barnet kan vara avgörande för barnets senare liv. Barnet förnimmer lätt icke-verbal kommunikation. Det är viktigt att barnet av mötet får en känsla av att hon är viktig och värdefull, att de vuxna lyssnar på henne och att de vill skydda och stödja henne. Barnet måste kunna känna sig som huvudpersonen under besöket på rådgivningsbyrån. Ur barnets synvinkel är det viktigt att fästa uppmärksamhet vid vad man talar om i dess närvaro.

Det är viktigt att fråga barnet självt om hur han eller hon befinner sig och vilka saker som glädjer eller oroar barnet. Det att man förklarar för barnet vilka undersökningar och åtgärder som skall utföras visar att man uppskattar barnet. Det är bäst att utföra undersökningen av barnet som en slags lek. Därför är det bra att ha ett ändamålsenligt urval av leksaker, t.ex. klossar, böcker och en boll, i undersökningsrummen. Ur barnets synvinkel är vaccineringsbesöket den viktigaste och mest skrämmande delen av

besöket på rådgivningsbyrån (Okkonen 1999). Det är naturligt att man på alla möjliga sätt försöker förebygga och lindra barnets smärta. Man bör emellertid berätta ärligt för barnet på förhand om att vaccineringen kommer att orsaka smärta men att den går snabbt över. Det är också viktigt att godkänna den smärta som barnet upplever och förhålla sig respekterande och tröstande till barnets rädsla.

Det är skäl att ge barnet tillräckligt med tid att bekanta sig med den nya omgivningen och de nya människorna. Ett barn kan inte klara av uppgifterna snabbt och effektivt. Barnet måste också få uppleva glädje över att lyckas. Varje barn är unikt, och hos barnet finns sidor som man ärligt kan berömma och beundra. Speciell uppmärksamhet bör fästas vid s.k. tysta barn.

En bra rådgivningsbyråmiljö är trygg och tillräckligt intressant för barnet. Den ger möjligheter till meningsfullt pyssel i väntrummen och mottagningsrummet.



REKOMMENDATION:

Under varje rådgivningsbesök visar man barnet uppskattning och respekt samtidigt som man tar hänsyn till varje barns individuella livssituation och de vuxna som hör till den. Barnet intervjuas enligt sin ålder och ges tillräckligt med tid och positiv respons. Rådgivningsmiljön planeras så att den är angenäm för barnet.

Rekommenderad litteratur:

Okkonen T. 1999. Neuvolakäynti kuusivuotiaan lapsen kuvaamana. Kuopion yliopisto, hoitotieteen laitos. Licentiatavhandling.

7.2 Ett gott samarbetsförhållande till föräldrarna – nyckeln till stärkandet av resurserna

Dialog som mål

Förutsättningen för att man mångsidigt och framgångsrikt kan stödja barnet och familjen är ett positivt och förtroligt samarbetsförhållande mellan rådgivningsbyråns personal och familjemedlemmarna. Familjerna väntar sig att bli hörda och kunna diskutera saker som är aktuella för dem. Ett dylikt förhållande baserar sig på partnerskap. Det är snarare en ömsesidig dialog än hälsovårdarens monolog. Väsentliga drag i ett gott samarbetsförhållande är förutom ömsesidighet även ärlighet, engagemang, reflexivitet och respekt för föräldrarnas individualitet. Till det hör även äkthet, känslighet som gör det möjligt att identifiera föräldrarnas känslor och acceptera dem, finkänslighet och respekt för familjens valfrihet. (Falk-Rafael 2001). Ett dialogiskt interaktionsförhållande gör det

möjligt att samtala om känslor och resurser, erbjuder möjligheter till föräldrarnas aktiva deltagande och beslutsfattande och ger föräldrarna en känsla av lugn och att man blir hörd. Föräldrarna borde uppleva att hälsovårdaren är genuint intresserad av barnets, förälderns och familjens välbefinnande. Utgångspunkten är att man känner till föräldrarna och deras livssituation tillräckligt bra. Man ger föräldrarna positiv och ärlig respons, visar att eventuella problem är vanliga i barnfamiljer, hjälper föräldrarna att förbereda sig för eventuella negativa eller problematiska händelser eller utvecklingsgångar, och uppmuntrar dem att ge respons om rådgivningsverksamheten.

Om föräldrarna som sköter barnet bor i olika hushåll, är det bra om hälsovårdaren träffar dem båda. Det kan vara bra att ge det skriftliga materialet i två exemplar eller skicka de andra exemplaren till den förälder som inte kunde komma till mötet på rådgivningsbyrån. Det är viktigt att rådgivningsbyråns personal inte tar ställning för den ena föräldern mot den andra föräldern. (Se även kapitel 16.12 En mångformig familj)

Ett bra interaktionsförhållande är speciellt viktigt i ett långvarigt arbete. Om familjen har problem, gör ett bra samarbetsförhållande det möjligt att ha ett resursinriktat grepp om arbetet (även Kettunen m.fl. 2002) och behandla svåra frågor. Om man lyckas få föräldrarna till samarbetspartner, och arbetet baserar sig i huvudsak på mål som utgår från föräldrarna, har rådgivningsbyrån goda möjligheter att stöda barnfamiljen.

Det första mötet

Det första mötet är ofta avgörande, ty då skapar man ramen för föräldrarnas och arbetarens kommande växelverkan och roller. Det är skäl att fundera på hur modern och fadern från första början kunde tillägna sig den aktiva deltagarens och bemyndigade förälderns roll. På detta sätt skulle de inte bli passiva mottagare av råd. Det är viktigt att utreda föräldrarnas förväntningar och synsätt för att rådgivningsbyråns stöd till familjen skall bli framgångsrikt och nyttigt. Man skall berätta för föräldrarna om rådgivningsbyråns verksamhetssätt och -former samt resurser, så att familjen vet vad den kan vänta sig av barnrådgivningsarbetsgruppen. Det är även bra att berätta om rådgivningens mål vad gäller föräldrarnas aktiva deltagande i samarbetet och utvecklingen av rådgivningsverksamheten. Ur föräldrarnas synvinkel är det nyttigt att det finns en skriftlig broschyr om barnrådgivningen med kontaktuppgifter. I broschyren är det naturligt att också informera om kommunens andra tjänster för barnfamiljer och om familjeservicenätverkets verksamhet i huvuddrag.

Intervjufärdigheter

Till ett gott samarbetsförhållande hör rådgivningsarbetarens intervju- och samtalsfärdigheter. De är i en nyckelposition, när man bekantar sig med familjen, igenkänner ett eventuellt stödbehov eller ingriper i familjens situation. En god intervjuare har respekt för klienten, ställer skickligt för-

mulerade frågor och låter föräldrarna svara. För att utveckla intervjufärdigheter kan man sätta sig in i litteraturen om motiverande eller interventiva intervjuer och resurscentrerade rådgivningssamtal (t.ex. Hirvonen m.fl. 2002, Kettunen m.fl. 2002, även Falk-Rafael 2001). Med interventiv intervju avses ett tillvägagångssätt, där allt som den som deltar i intervjun eller interaktionen gör kan uppfattas som en intervention, dvs. ingripande. Frågorna kan utvärderas på grund av hur de stärker individens eller familjens beteende, hur de ifrågasätter deras beteende eller situationen, eller hur de får en att söka nya synvinklar och lösningar till situationen.

Informationsorienterade frågor är vanligen direkta och korta. Med hjälp av dem söks en uppfattning om familjens situation och hälsa. De betonar hälsovårdarens roll som frågeställare och expert, och är inte ägnade att möjliggöra ett samtal om känslor. *(Reflexiva) frågor som stöder föräldrarnas eget tänkande, igenkännande av egna resurser och sökande av lösningar* gör det möjligt för föräldern och hälsovårdaren att delta och växelverka jämlikt och samtala om känslor. På det här sättet stöder de tanken om att arbeta tillsammans. Reflexiva frågor kan hjälpa klienten att bli medveten om och strukturera sin livssituation och de förändringar som eventuellt behövs i den. Därutöver hjälper de föräldern att själv hitta lösningar till sina problem. När man ingriper i familjens situation kan man även behöva *konfrontationsfärdigheter*. Då ger arbetaren föräldern respons som baserar sig på hennes observationer om motstridig information (t.ex. ”ni säger att allting är bra, men jag tycker att ni ser mycket trött ut”). Det är viktigt att personalen själv är medveten om syftet med sina egna frågor och sitt eget prat. Vid behov kan hon medvetet träna att ställa olika typer av frågor. Som en följd av nya öppna frågor kan man som bäst se att även klienten handlar på ett nytt sätt och söker en ny synvinkel på sin situation.

Klientresponsen ger bl.a. information om föräldrarnas erfarenheter. Som etablerad arbetsform kan den ge exakt information om rådgivningsverksamhetens nytta och kvalitet. För att få klientrespons kan man även utnyttja internet.

REKOMMENDATION:

På rådgivningsbyrån utvecklas samarbetsförhållandet mellan arbetaren och föräldern i riktning mot partnerskap och dialog. Samarbetet utgår från föräldrarnas behov, resurser och bekymmer. Under varje besök utreds klientfamiljens främsta förväntningar och eventuella bekymmer. Rådgivningsbyrån ger sina klienter en broschyr om tjänsterna.

Rekommenderad litteratur:

- Hirvonen E, Pietilä A-M & Eirola R. 2002. Terveyskeskustelu – tavoitteena dialogi terveyden edistämiseksi. Teoksessa: Pietilä A-M ym. Terveyden edistäminen. Uudistuvat työmenetelmät. WSOY, Helsinki, 219–242.
- Kettunen T, Poskiparta M & Karhila P. 2002. Voimavarakeskeinen neuvontakeskustelu. Hoitotiede 14(5), 213–222.

7.3 Identifiering av familjernas behov av stöd

Den centrala grundprincipen i rådgivningen är att igenkänna barnets och familjens behov av stöd, att ingripa i saker så tidigt som möjligt och på detta sätt förebygga att svårigheterna förvärras. Särskilt stöd behövs när det i barnet, familjen eller miljön finns faktorer som kan hota barnets sunda utveckling. Rådgivningen bör ingripa i dessa faktorer för att förebygga anhopning av svårigheter och utslagning. Många familjer har även mindre stödbehov som rådgivningsbyrån kan svara på.

Det uppskattas allmänt att cirka 70 % av barnen och deras familjer mår bra, och de har inget speciellt behov av stöd. Antalet personer i behov av särskilt stöd är uppskattningsvis 10–30 % av familjerna. Cirka 10 % av barnen i rådgivningsåldern växer upp i familjer, i vilka det finns problem som stör eller äventyrar barnens psykosociala uppväxt och utveckling. Barnens psykiska och socioemotionella symptom uppskattas vara vanligare än detta (Kumpulainen m.fl. 1994, Puura 1998). Föräldrarnas likgiltighet för barnen och problemen i föräldrarnas och barnets tillgivenhetsförhållande anses vara några av dagens problem.

Enligt flera undersökningar är stödbehoven hos familjer som har barn under skolåldern mycket likadana. *Problem som hör ihop med föräldraskapet* är mödrarnas och fädernas utmattning, osäkerhet eller okunnighet som förälder, familjens förmåga att klara av vardagen och moderns depression. Föräldrarna kan ha negativa känslor mot barnet eller andra problem med tillgivenheten, eller glädjen har försvunnit från föräldraskapet. Somliga vuxna behöver stöd i att igenkänna barnets behov och stärka sin självkänsla som förälder. Problemen i barnens *fostran och vård* kan bero på barnets beteende, karaktär, självkänsla, sömnstörningar, amning, vårdproblem och sättandet av gränser. *Parförhållandet prövas* av bristen på gemensam tid, ömsesidiga konflikter, bristfällig förmåga att diskutera saker, skilsmäso- eller separeringsprocess och problem som hör ihop med tidigare äktenskap eller samboende. *Problem som hör ihop med livssituationen* är bristfälliga sociala nätverk, ekonomiska bekymmer, förändringar i livssituationen, faktorer som har att göra med boende och miljö, svårigheter med att få tillfällig hjälp i barna- eller hemvård. (Häggman-Laitila m.fl. 2000, Löthman-Kilpeläinen 2001, Puura m.fl. 2001, Heimo 2002).

Om fadern inte deltar i familjeträningen under graviditeten kan detta tyda på problem i parrelationen eller föräldraskapet, varför det är skäl att diskutera saken med föräldrarna.

Det finns brister i igenkännandet av stödbehovet. Familjerna själva igenkänner sitt stödbehov för sent. Man kan följa med barnets situation en lång tid, innan man söker hjälp. Enligt Puuras (1998) forskningsresultat är barnpsykiatriska störningar inte tillräckligt kända och föräldrarna har sökt hjälp enbart för 10 % av de deprimerade barnen. Det finns tecken på att man på rådgivningsbyrån bättre igenkänner sådana problem som hör

ihop med barnets fysiska, motoriska och språkliga utveckling än emotionella problem och familjeproblem (Strid 1999). Enligt Heimo (2002) samlar hälsovårdarna mindre uppgifter om familjens livssituation och sociala relationer än till exempel om barnskötsel och familjens hälsa. Hälsovårdarna själva uppskattade att de igenkänner tämligen bra moderns rädslor under graviditeten, de problem som beror på föräldrarnas trötthet och hjälplösheten i vardagens situationer. Sämst igenkänner man sexuellt utnyttjande av barnet, familjevåld, psykisk misshandel av barnet och faderns alkoholproblem. Hälsovårdarna igenkände cirka 70 % av de familjer i vilka det fanns en riskfaktor som orsakade stödbehov (Puura m.fl. 2002).

Det finns behov av att utveckla igenkännandet av det familjespecifika stödbehovet på rådgivningsbyråerna. Detta förutsätter att arbetarnas färdigheter och redskap och det multiprofessionella samarbetet utvecklas. Därutöver finns det behov av att komma överens om fortsatta åtgärder och ta hand om uppföljningen. Det hör till färdigheterna i att igenkänna stödbehov att hälsovårdaren modigt för på tal den oro som hon känner. Hon kan ha en intuitiv känsla av att det finns belastande faktorer i familjen, även om det är svårt att upptäcka eller få fram dem i samtalet. Det har konstaterats att hälsovårdarna undviker att självmant föra bekymret med föräldrarna på tal, för de kan vara rädda att förhållandet bli sämre. Ändå blir största delen av relationerna bättre och får en öppnare start när bekymret tas upp. (Arnkil & Eriksson 1998). Inom den närmaste framtiden publicerar Stakes en handbok för hur man för saker på tal.

REKOMMENDATION:

De som arbetar på rådgivningsbyrån utvecklar sina färdigheter att igenkänna familjernas stödbehov.

Rekommenderad litteratur:

Arnkil T & Eriksson E. 1998. Yritämme ottaa päihdeasian puheeksi. Dialogi 3–4.

7.4 Formulär som hjälpmedel i tidigt ingripande

När man har ett gott samarbetsförhållande blir det lättare att bekanta sig med familjens situation. Inom många ämnesområden kan samtalet underlättas och struktureras med olika formulär. Formulär kan vara ändamålsenliga med tanke på tidsanvändningen, speciellt om föräldrarna fyller i formulären tillsammans hemma där de kan tala om saken. Formulären effektiviserar och fördjupar rådgivningsarbetet, om de hjälper föräldrarna att tillsammans strukturera sin livssituation, överväga behövliga lösningar och föra saker på tal på rådgivningsbyrån. De gör det möjligt att tidigt ingripa i familjens situation, vilket familjerna själva vanligen anser vara önskvärt. De strukturerade formulär som föräldrarna fyller i hemma ger i

de flesta fall även pålitlig information om barnets utveckling och problem, för föräldrarna ser sitt barn i flera situationer än den bästa experten på rådgivningsbyrån. I synnerhet på den psykiska utvecklingens område kan pålitligheten för en bedömning som gjorts på rådgivningsbyrån förbli låg.

På det här sättet hjälper formulären även att inrikta den handledning och det stöd som ges på rådgivningsbyrån. Formulären hjälper i synnerhet yngre arbetare att komma igång med samtalet. En erfaren arbetares intervjufärdigheter gör det lättare att samtala även om känsliga saker. I kommunen är det bra att göra ett gemensamt beslut om vilka formulär som prövas och tas i bruk och hur man uppföljer användningen av formulären. Då behövs information om dessa datainsamlingsredskaps pålitlighet, bl.a. om de verkligen ger den information som de är avsedda att ge. Det behövs även information om formulärens bruksanvisningar. Vid behov anordnas kompletterande utbildning för de anställda.

För närvarande finns det både olika kortare temaspécifika formulär och mera omfattande formulär som undersöker familjesituationen. Exempel på temaspécifika formulär är sinnesstämningsformuläret som är avsett för igenkännande av depression efter förlossningen (Edinburgh Postnatal Depression Scale, EPDS) (kapitel 16.2, Bilaga 13a), ett formulär som utreder föräldrarnas alkoholbruk (10 Personliga frågor, se kapitel 14.6 och 16.6), och ett formulär för att screena för våld i parförhållande på mödra- och barnrådgivningen (Perttu 2004, kapitel 16.5, Bilaga 14). På Niilo Mäki Institutet har utvecklats metoder för bedömning av tidigt språk och tidig kommunikation (Lyytinen 1999), för bedömning av lek (Lyytinen 2000) samt journaler för tidiga läten och tidig motorik (Lyytinen m.fl. 2000).

Sinnesstämningsformuläret kan en moder till en 6–8 veckor gammal baby fylla i antingen själv eller tillsammans med hälsovårdaren. När modern går igenom frågorna tillsammans med hälsovårdaren, är det inte nödvändigt att poängsätta svaren. Förfrågningen ger stöd och mod att även föra känsliga saker på tal. (Cox m.fl. 1987). Formulärets pålitlighet i igenkännandet av depression har påvisats i flera undersökningar. Formuläret har testats i internationella och nationella undersökningar (bl.a. Tamminen 1990, Luoma 2004).

Syftet med de intervjuformulär som används i projektet *Stödandet av tidig interaktion i rådgivningsarbetet* är att hjälpa föräldrarna att öppet diskutera sin nuvarande livssituation och framtiden och anpassa sig till de förändringar som babyen medför. I det formulär som utreder situationen under graviditeten (bilaga 11) behandlas bland annat de känslor som kvinnan förknippar med sin nuvarande graviditet, förutsedda förändringar i familjelivet, den gravida kvinnans jagföreställning, förväntningar och synpunkter på det ofödda barnet. I den intervju som utförs efter barnets födelse (bilaga 12) behandlas förlossningen, den psykiska hälsan, familjens inställning, moderns förväntningar och synpunkter på barnet, växelverkan och kommunikationen mellan modern och babyen och mo-

derns känslomässiga resurser att svara på babyns behov (se även kapitel 9.2 och 9.3 hembesök). Formuläret har använts tillsammans med träning bl.a. i två internationella undersökningar (Tsiantis m.fl. 2000, Puura m.fl. 2002). I den internationella versionen har intervjun riktats till mödrarna av undersökningsskäl. I Finland har hälsovårdarna tagit papporna med och tillämpat intervjun för båda föräldrarna (Kurki m.fl. 2000). Erfarenheterna från formulären har varit mycket positiva.

Syftet med *familjebarometern* som utvecklats i Mannerheims Barnskyddsförbunds Barnfamilj-projekt har varit att kartlägga familjens helhetssituation och behov av stöd. Familjemedlemmarna bedömer självständigt eller tillsammans med arbetaren, hur mycket till exempel föräldrarnas ömsesidiga förhållande, mängden av föräldrarnas gemensamma tid, sättet att fatta beslut och mammans sinnesstämning har tryckt sinnet. Med hjälp av formuläret kan man igenkänna föräldrarnas och barnens olika uppfattningar om saker och diskutera dem. Samtidigt kommer familjens styrkor fram. (Häggman-Laitila m.fl. (Häggman-Laitila m.fl. 2000, formuläret finns på adressen: www.mll.fi.) Formuläret håller på att testas i lärdomsprov.

För att känna igen familjens resurser och belastande faktorer under graviditeten (bilaga 9) (Kaljunen 2002) och *i ett under ett år gammalt barns familj* (Vauvaperheen arjen voimavarat, bilaga 10) har formulär utvecklats och testats (Pelkonen & Hakulinen 2002). Formulärens ämnesområden är nästan likadana. Avsikten är att hjälpa föräldrarna att bli medvetna om sin livssituation, att diskutera den tillsammans och vid behov planera ändringar till den. Föräldrarna uppmuntras att diskutera teman på rådgivningsbyrån om de så önskar. Utvärderingarna om användningen av formulären och responsen från föräldrarna, hälsovårdarna och hälsovårdarstuderanden har varit mycket positiva.

Föräldraskapets rollkarta (Rautiainen 2001) hjälper att igenkänna och diskutera föräldraskapets roller på en konkret vardagsnivå (se kapitel 6.1). Den hjälper föräldrarna att bedöma sin egen verksamhet och dess utveckling i relation till barnets behov och åldersstadier. På rådgivningsbyrån kan arbetarna använda kartan när de samtalar med föräldrarna i familjeträningen, på mottagningarna och under hembesöken. Arbetaren kan fundera på hur hon stöder föräldrarna i deras många roller. Som bakgrund till funderandet kan hon även granska sitt eget föräldraskap. Några hälsovårdscentraler har utarbetat åldersstadiespecifika broschyrer i anslutning till rollkartan att delas ut till föräldrarna (t.ex. Kuopio) eller fäst en rollkartsaffisch på väggen som incitament. Pålitligheten har inte rapporterats.

Parförhållandets rollkarta har utvecklats på basis av föräldraskapets rollkarta (Airikka 2003). I publikationen presenteras parrelationens fem centrala delområden som beskriver människans motivation att leva i ett parförhållande. De olika rollerna är partner, värnare av förhållandet, älskare, vardagshjälte och respekterare av gränser. Parförhållandets rollkarta

kan användas som arbetsredskap bl.a. i olika slags familjearbete och i samtalsgrupper. Pålitligheten har inte rapporterats.

Orons zoner och sättet att föra oron på tal har utvecklats som ett hjälpmedel för tidigt ingripande (Arnkil m.fl. 2000). Orons zoner har visat sig vara ett bra verktyg för att bedöma ens egen oro för barnet och behovet av multiprofessionellt samarbete. Man syftar till att få personalen att diskutera vad som kan göras för att skingra små bekymmer, för att klarlägga situationer i den gråa zonen och för att minska stora bekymmer. Formuläret har utvecklats för att strukturera arbetarens arbetsförhållanden och de bekymmer som han eller hon upplever i dem. Det är inte avsett för klassificering av barn. Framtagningsformuläret som utvecklats för att föra oron på tal innehåller frågor som hjälper i förberedning och som är sådana som en god arbetskamrat skulle ställa när en kollega tänker att ta fram en besvärlig fråga med försörjaren. Man har samlat respons om användningen av formuläret. Responsen har varit positiv. Formuläret finns på adressen www.stakes.fi/hyvinvointi/verk.

T.ex. när det är frågan om styvfamiljer kan det hjälpa till att strukturera och få en uppfattning om familjesituationens och de mänskliga relationernas mångfald om man ritar ett *genogram* dvs. ett stamträd, tillsammans med föräldrarna (t.ex. Friedman 1992). Med hjälp av stamträdet är det lättare för familjen och arbetaren att strukturera nätverket av mänskliga relationer ur barnets synvinkel och utveckla möjligheter att stå i kontakt med nätverkets medlemmar. Stamträdet kan även hjälpa att hitta vuxna som vid behov kan stöda barnet ytterligare. Det finns inga uppgifter om denna metod har testats i Finland.

Några av de ovannämnda formulärens kan även användas på så sätt att rådgivningsbyrån sänder en inbjudan till föräldrar som har barn i en viss ålder. Samtidigt sänds ett formulär som skall ifyllas på förhand. Föräldrarna kan fylla i formuläret hemma i lugn och ro och fundera i förväg på alla de ämnen som de vill diskutera under det följande besöket på rådgivningsbyrån. I fortsättningen behövs mera information om datainsamlingsverktygens pålitlighet och känslighet.

REKOMMENDATION:

För att effektivisera tidigt ingripande och klientorientering bör formulär som lämpar sig för klientfamiljer tas i bruk på rådgivningsbyrån.

Rekommenderad litteratur:

- Airikka S. 2003. Parisuhteen roolikartta. Suomen Kuntaliitto, Helsinki.
- Arnkil TE, Eriksson E & Arnkil R. 2000. Palveluiden dialoginen kehittäminen kunnissa. Raportteja 253. Stakes, Helsinki.
- Rautiainen M. (red.) 2001. Vanhemmuuden roolikartta. Syvennä ja sovelta. Käyttäjän opas 2. Suomen Kuntaliitto, Helsinki.

7.5 Planering av individuella tjänster för barn och familjer

För att vara framgångsrik måste rådgivningsverksamheten vara målorienterad, systematisk och rätt inriktad. I synnerhet när en familj behöver särskilt stöd, rekommenderas att en barn- och familjespecifik plan görs upp i samarbete med familjen. I planen ställer man målen och kommer överens om metoderna, de behövliga tjänsterna och de sätt på vilka verksamheten skall utvärderas. Målen ställs i första hand av föräldrarna, men man bör komma ihåg att det viktigaste är att säkra barnets och inte föräldrarnas välbefinnande. I planen ingår även prioritering av stödbehovet tillsammans med familjen.

I Barnfamilj-projektet har utvecklats en familjeserviceplan för bestämning av stödbehovet, uppställning av målen och planering av metoderna. Formuläret har även använts för att utvärdera familjearbetets effektivitet (Häggman-Laitila m.fl. 2000.)

Det rekommenderas att rådgivningens stöd starkare än förut inriktas på vissa skeden i barnets utveckling och vissa situationer i familjens liv. Skeden som är kritiska för barnets utveckling och föräldraskapet är babyns första sex månader samt barnets trotsålder 1,5–3 år. Inriktat stöd kan även behövas av föräldrar vars barn är svårare att vårda än vanligt samt andra föräldrar som behöver särskilt stöd (se kapitlen 16 och 17). Täta möten i ett visst skede eller en viss livssituation kan underlätta familjens liv på ett avgörande sätt. De kan förhindra situationen från att bli sämre eller till och med utvecklas till en kris och på det här sättet hjälpa familjerna att klara sig.

REKOMMENDATION:

Rådgivningsbyråns stöd bör inriktas på barnets tre första levnadsår och på familjer som är i behov av särskilt stöd. För familjer som är i behov av särskilt stöd bör utarbetas en målinriktad plan vars genomförande följs upp och utvärderas.

7.6 Resursorienterade arbetsmetoder i stödandet av familjens kunskaper och färdigheter

En av rådgivningens hälsofrämjande uppgifter är att stärka familjernas egna resurser så att de kan fungera så självständigt som möjligt till förmån för barnens utveckling och hela familjens hälsa. Resursorienteringen, som rekommenderats som den allmänna principen för verksamheten, innebär inte att man blundar för problemsituationer som belastar livet. Man utgår från familjens starka sidor, att man identifierar och utvecklar dem och skapar nya starka sidor. Det väsentliga är familjens medvetenhet om sina

egna resurser och de faktorer som belastar dem och målinriktad verksamhet för att öka de egna resurserna. Man hjälper familjen att utveckla sina egna resurser och minska på belastande faktorer.

En förutsättning för resursorienterat arbete är ett bra samarbetsförhållande (kapitel 7.2). Med hjälp av det är det möjligt att öka föräldrarnas medvetenhet och de kunskaper och färdigheter som de behöver. Att föräldrarna blir medvetna om sin egen livssituation och de möjligheter som den erbjuder (till exempel med hjälp av samtal, ifyllande av formulär) är ofta en förutsättning för att resurserna förstärks. Andra resursorienterade metoder kan vara att erbjuda betydelsefull information, att stöda föräldrarna att förkovra nya färdigheter och att förstärka föräldrarnas självkänsla och personliga kontrollkänsla. Viktiga metoder är även att hjälpa familjen att identifiera valmöjligheter och stärka familjens sociala nätverk. I praktiken är metoder inte skarpt avgränsade. I det följande behandlas utlämning av uppgifter, utlämning av färdigheter och erbjudande av emotionellt stöd närmast på individplanet. I främjande av barnfamiljernas hälsa är det ändamålsenligt att använda mångsidiga arbetsmetoder och verksamhetsmodeller och skraddarsy dem efter familjernas individuella behov av stöd. (Pelkonen & Hakulinen 2002) (Pelkonen & Hakulinen 2002.)

Rådgivningens uppgift som familjens rådgivare och handledare

Det är rådgivningsbyråns uppgift att göra det möjligt för föräldrarna att få uppdaterad information som motsvarar deras behov och förväntningar för att främja barnets gynnsamma utveckling och hela familjens hälsa. Namnet rådgivning syftar på att ge råd. Detta bör emellertid granskas kritiskt och mångsidigt. Rådgivningens mål är bland annat att stöda föräldrarnas självförtroende och göra val som passar familjen och främjar dess hälsa.

Utvecklingen av individuell handledning som utgår från familjernas behov är ett av rådgivningens utmaningar. Handledning och rådgivning bör utvecklas bl.a. om föräldrarna upplever handledningen som rutinmässig och moraliserande eller om arbetaren själv upplever att han eller hon agerar enligt gamla mönster. Individuell handledning förutsätter bland annat att tillräcklig identifiering av föräldrarnas kunskapsgrund och planering av individuella medel. Det är sällan bra att hälsovårdaren ger råd och anvisningar utan att lyssna på föräldern. Enligt principerna om klientorientering bör man först lyssna på familjerna och uppmuntra dem att själva hitta på lösningar.

På basis av sin yrkeskunskap bör rådgivningsarbetaren bestämma vilken slags information, när och i vilken form han eller hon skall ge till en enskild familj. I handledningen behandlas ofrånkomligen familjens val och levnadsvanor. Även om familjen naturligtvis har rätt till sina egna val, är det ändå rådgivningspersonalens uppgift att erbjuda olika alternativ och diskutera vad valen betyder för barnets och hela familjens hälsa och välbefinnande samt ge forskningsbaserad, aktuell information som basis

för familjens eget beslutsfattande. Beroende på familjens intresse och bakgrund vägleds föräldrarna till källor för ytterligare information.

Om kunskapen skall vara en faktor som ger kraft, måste föräldrarna kunna uppfatta dess betydelse i sitt eget liv. Därför måste information ges i ett tillräckligt tidigt skede. Det sätt på vilket information ges är viktigt. Om informationen är av fel typ eller bristfällig, kan den snarare öka rädslor och hjälplöshet än skapa trygghet. Anvisningar eller rekommendationer som syftar till barnets välbefinnande men saknar närmare motiveringar eller information om vad som kommer att hända om anvisningarna inte följs kan rubba föräldrarnas tillit till sin egen förmåga att uppfostra barnet. (Sevon & Huttunen 2002.)

Ett barn anammar sin familjs sätt och vanor och formar på det här sättet sin utveckling och kommande hälsa. Till exempel motionsvanorna skapas tidigt, och deras betydelse för fortsatt utveckling har bevisats. Det är klart att näringen å ena sidan står i samband med gynnsam utveckling och å andra sidan med utsatthet för flera folksjukdomar. Man har till exempel bevisat att det finns ett statistiskt betydande samband mellan moderns levnadssätt och barnets beteendeproblem (Preski & Walker 1997). Inom återkommande kontroller och hälsofrämjandet finns flera frågor om vilka familjerna behöver information och i vilka de behöver stöd. Dessa frågor behandlas även i kapitel 10 och 14. På rådgivningsbyrån uppstår tämligen ofta diskussioner om hur man borde förhålla sig till motstridig information.

Att ge emotionell hjälp till en familj

Förutom information förväntar sig de flesta familjer emotionellt eller socio-emotionellt stöd i sin livssituation. Ett dylikt stöd består av att man bryr sig om, visar respekt, förstår och stärker. Med dess hjälp försöker man även förstärka föräldrarnas självförtroende, förmåga att klara sig och göra egna val och beslut och ta ansvar. Syftet är att stöda föräldraskapet, parrelationen och hela familjens fungerande. En tolerant atmosfär ger föräldern en möjlighet att både uttrycka och möta sina egna känslor av osäkerhet eller andra negativa tankeväckande erfarenheter. Den ger även utrymme för verbaliseringen av positiva känslor. I ett gott samarbetsförhållande ingår särdrag som ger mycket emotionellt stöd (se kapitel 7.2). Erfarenheten av att bli hörd och få omtanke är speciellt viktig för en förälder som i en svår livssituation har få andra stödkällor förutom rådgivningen.

Andra arbetsmetoder

I framtidens rådgivningsarbete behövs nya metoder. Dylika är till exempel videostödd familjehandledning och familjeorienterad planering av förändring. Med videostödd familjehandledning avses ett kompakt interventionsprogram som granskar föräldrarnas och barnens verksamhet och i vilket familjen aktivt deltar både i lösning av ett visst problem i livssituationen och i förändring av situationen. I metoden betonas föräldrarnas styrkor och ansvarighet i syfte att förbättra familjens livskontroll. Man har fått positiva resultat från videostödd familjehandledning och det har presenterats möj-

ligheter att tillämpa den för rådgivning. Användningen av handledningen förutsätter specialutbildning och förtrogenhet (Eirola 2003).

Handledd familjeorienterad planering av förändring som har använts bl.a. i socialarbetet kallas bl.a. för inlevelsemetoden eller komma-ihåg-framtiden-metoden. Där ber man först klienten att föreställa sig en positiv situation, till exempel en förändring i familjens liv. Efter det ber man klienten att berätta vad som har förändrats i familjens liv och vad som har hänt före det. Klienten gestaltar planeringen av förändringen från sina egna utgångspunkter och med egna ord. (Eskola & Pietilä 2002.) Dessutom kan han eller hon identifiera vilken slags utomstående hjälp kunde vara nyttig för att genomföra denna förändring. I komma-ihåg-framtiden-metoden (Arnkil m.fl. 2000) lever man sig på motsvarande sätt in i det år som gått i riktning mot önskningarna. Det arrangeras ett möte i vilket man utgår från det att situationen i familjen är god. Man ber familjen beskriva hur en bra situation skulle se ut och berätta hur situationen har förändrats, var familjen har fått hjälp och hur familjen själv har agerat.

REKOMMENDATION:

På rådgivningsbyrån bör utnyttjas arbetsmetoder som stöder föräldrarnas och barnens resurser.

Rekommenderad litteratur:

Arnkil TE, Eriksson E & Arnkil R. 2000. Palveluiden dialoginen kehittäminen kunnissa. Raportteja 253. Stakes, Helsinki.

7.7 Rådgivning via e-post, telefon och Internet

E-posten har blivit en kommunikationsform även inom hälsovården. Dess användning kräver planering, överenskommelse om spelregler och bl.a. beaktande av dataskyddsfrågor. E-post som ett rådgivningsredskap har tillsvidare undersökts litet.

Olika webbaserade tjänster och webbaserad informationsförmedling blir allmännare. På den här handbokens sidor finns hänvisningar till många av dem. Med hjälp av den Droglänken-tjänst som utvecklats av A-klinikstiftelsen kan man delta i diskussioner, olika test och fråga sakkunniga anonymt om olika saker som har med droger att göra. Befolkningsförbundet har webbtjänster och interaktiv sexualrådgivning för barnfamiljer. Föräldrarna har tillgång till allt mera hälsorelaterad information och anvisningar på olika aktörers hemsidor. På rådgivningsbyrån är det skäl att fästa föräldrarnas uppmärksamhet vid det att kvaliteten på materialet på webben varierar och att det även kan vara felaktigt. Tillförlitliga webbsidor om hälsa uppfyller på förhand ställda kvalitetskriterier. Till exempel de kvalitetskriterier för utvärdering av webbtjänster som producerats

av det projekt som statsrådet startade år 2003 finns på adressen www.laatuaverkkoon.fi.

Webbrådgivningsbyrån är ett exempel på ett nytt elektroniskt redskap. Tillsvärdare är den en kommersiell produkt som utvecklats för mödravård (se Elämisen alkuun-projektet 1996–2000). Den har täckande och uppdaterat uppgiftsinnehåll som kan användas både av en familj som väntar barn och av rådgivningsbyråns och sjukhusets vårdpersonal. För de anställda fungerar webbrådgivningsbyrån som ett ställe för inskolning och kontrollering av information. Familjerna kan uträtta ärenden med en arbetare, skaffa information självständigt och diskutera med varandra.

Flera föräldrar deltar i diskussionsgrupper av likställda på internet. E-postlistor som används av mödrar är bland annat amningsstödlistan, mammastödlistan, hemmamammalistan och babylistan. År 2001 använde mödrarna nästan 140 olika e-postlistor eller nyhetsgrupper (Munnukka m.fl. 2002). Det är nyttigt för hälsovårdarna att följa med sidor som avsetts för barnfamiljer så att de vid behov kan instruera familjer att inställa sig kritiskt till den information som ges på dem (t.ex. den vaccineringsfientliga debatten e.d.).

Rådgivningsbyrån kan utnyttja Internet också för att få respons, till exempel via ett responsformulär på hälsovårdscentralens webbsidor.

På rådgivningsbyråerna distribueras rikligt med kompletterande material som skall stöda rådgivningen och som enligt utredningar är ganska heterogent. På rådgivningsbyrån borde man kunna få goda skriftliga broschyrer om barnets utvecklingsstadier, riskfaktorer för barnets fysiska och psykiska utveckling, faktorer som skyddar mot riskerna samt allmänna resursfaktorer. Om detta inte är möjligt, rekommenderas det att rådgivningsbyråerna ger information om var motsvarande material kan skaffas. Det material som distribueras bör vara uppdaterat och basera sig på bästa möjliga information, dvs. evidens.. Rådgivningsbyrån bör även kritiskt bedöma det material som erbjuds av olika kommersiella företag och säkra att dess innehåll inte strider mot gällande linjedragningar för hälsan. Det är bra att göra bedömningen tillsammans med kontaktpersonen för hälsofrämjande.

REKOMMENDATION:

Varje rådgivningsarbetare bör ha en personlig datorförbindelse till sitt förfogande. Rådgivningsbyrån bör aktivt fästa uppmärksamhet vid kvaliteten och tillförlitligheten på det kompletterande materialet. Rådgivningsbyråns personal bör få tillräcklig utbildning i användningen av de nya informationstekniska redskapen.

Rekommenderad litteratur:

Munnukka T, Kiikkala I & Valkama K. 2002. Äitien keskinäinen sosiaalinen tuki välittyy Internetin postituslistoilla. *Sairaanhoitaja* 75, 5, 24–27.

Pajukoski M. 2004. Sähköinen asiointi sosiaali- ja terveydenhuollossa. *Lainsäädännön rajat ja mahdollisuudet*. Stakes, Helsinki.

7.8 Helhetsuppfattningen om klienteletets stödbehov

Förutom det familjespecifika stödet är det hälsovårdarens och läkarens uppgift att bilda en helhetsuppfattning om sitt klientel, klientfamiljerna och deras situation samt om familjernas behov av stöd och tjänster. När man handlar så här, kan hälsovårdaren och läkaren tillsammans med rådgivningsarbetsgruppen få en uppfattning om tillräckligheten av de tjänster som är avsedda för ortens eller den ekonomiska regionens barnfamiljer och göra förslag för att utveckla tjänsterna och samarbetet. En överblick hjälper även hälsovårdaren och läkaren att arbeta i sina roller som de personer som svarar för helheten i barnfamiljernas tjänster. I detta arbete bör man utnyttja informationen från gemenskapsanalyser och kommunernas välfärdsrapporter och utveckla uppföljningssystemet för hälsa (Koponen 2002).

Familjerna kan hjälpas effektivare, om klientfamiljerna kan klassificeras på ett enhetligt sätt. Klassificeringen hjälper vid identifieringen av resursbehovet, valet av behövliga metoder och den lokala uppföljningen. En riksomfattande praxis skulle hjälpa att följa upp rådgivningsverksamheten och bedöma dess effektivitet. På rådgivningsbyråerna kan till exempel årligen göras en sammanfattning om klientfamiljernas placering i olika klasser på basis av deras stödbehov. Detta ger information om ändringar i familjernas välbefinnande och styr den strategiska planeringen för följande år. Det finns undersökningar av bland annat följande modeller.

I en undersökning som baserade sig på ett riksomfattande slumpmässigt urval av barnfamiljer föreslogs gruppering av familjer i fyra klasser enligt familjernas resurser (Pelkonen 1994). För familjer med tillräckliga resurser fungerar rådgivningsbyrån som ett bekräftelseställe och erbjuder 'ett normalt program'. Familjer, vars resurser är rätt så tillräckliga, behöver regelbunden uppföljning och en hälsovårdare som är till deras förfogande. Familjer med klart bristande resurser behöver en effektiviserad verksamhetsmodell, och den grupp vars resurser är ringa behöver effektiviserat multiprofessionellt samarbete.

Några kommuner har tillämpat orons zoner när de har grupperat familjer efter arbetarens oro. Familjerna har grupperats i familjer, som inte alls ger anledning till oro, familjer, som ger anledning till liten oro, familjer, som ger anledning till oro och osäkerhet, och familjer, som ger anledning till verkligt stor oro. Orons zoner kan användas som bedömningsmetod på kommunnivå, när man vill bedöma hur många barn behöver effektiviserat samarbete. (Arnkil m.fl. 1999) Enligt olika utredningar placerar sig ca 7–10 % av de orossituationer som rör barn på orons grå zon. Den viktigaste utgångspunkten för orons zoner har varit den oro som yrkesfolket inom socialarbetet upplever.

De familjer som sökte hjälp från projektet i Mannerheims Barnskyddsförbunds Barnfamilj-projekt grupperades i fyra så kallade familjeprofiler.

I familjer som söker tilläggsresurser orsakade förändringen i familjestrukturen osäkerhet, och det fanns inga andra problem. *I familjer som söker förändring* fanns någon relativt begränsad sak för vilken man sökte förändring. Dylika var barnets kolik, sättandet av gränser för barnet eller problem i parrelationen. *I familjer som bygger upp sin vardag på nytt* hade problemen, till exempel en familjemedlems ångest eller föräldrarnas utmattning, fortsatt en lång tid. *I familjer som framskrider med hjälp av ett stödnätverk* hade problemen redan skärpts, och familjerna omfattades av olika social- och hälsotjänster, eller i deras liv hade under en kort tid skett betydande förändringar som försvårat familjens liv. De två första grupperna hade nytta av smågrupperna, de två senaste behövde däremot intensivt stöd. (Häggman-Laitila m.fl. 2000.)

I de ovannämnda beskrivningarna betonas psykiskt, socialt och uppfostringsmässigt behov av stöd. Därtill är även uppföljningen av fysisk utveckling och förebyggandet av sjukdomar väsentligt på rådgivningsbyrån. Ifall man beslutar att ta någon klassificering i bruk, är det viktigt att följa upp och bedöma dess funktionsduglighet.

REKOMMENDATION:

För att effektivera rådgivningen fäster man uppmärksamhet vid hela klientelet, familjernas livssituation och stödbehov och utvecklar metoder för att beskriva klienteletets stödbehov och de förändringar som sker i dem.

7.9 Rådgivningens resultat och effektivitet

Bevisandet av rådgivningens effektivitet är en av dagens viktigaste utmaningar. Med effektivitet avses i detta sammanhang de förändringar i linje med målsättningarna som åstadkommit med rådgivningsverksamheten i barnens och barnfamiljernas hälsa och välbefinnande (se Sintonen m.fl. 1997). Bevisandet av effektiviteten förutsätter åtminstone att man ställer upp rådgivningsverksamhetens mål, utnyttjar så effektiva metoder som möjligt och utvecklar metoder för att uppnå, utvärdera och uppfölja målen. Den finländska rådgivningsverksamhetens effektivitet har undersökts mycket litet tillsvidare.

Att ställa upp önskade resultat eller målsättningar

Rådgivningsverksamhetens önskade resultat har beskrivits på en allmän nivå i denna handboks kapitel två som behandlar målsättningarna. Målsättningarna gäller 1) barnets hälsa och välbefinnande, 2) föräldrarnas och familjens hälsa och välbefinnande, 3) föräldrarnas förhållande till barnet och 4) samarbetet familjerna emellan och familjernas ställning i samhället. Den allmänna målsättningen är att förbättra speciellt de familjers hälsa och välbefinnande som behöver särskilt stöd. Uppnåendet av målen kan granskas på individens, familjens, hälsovårdscentralens eller kommunens nivå och på nationell nivå.

Kommunerna har behov av att dela målen och presentera dem i en konkret och mätbar form. Målen skall vara sådana att de som arbetar på rådgivningsbyrån kan följa upp hur målen uppnås.

Till exempel i Barnfamilj-projektet strukturerades det familjespecifika arbetets och det tidiga stödets effektivitet bl.a. med följande kriterier som närmast gällde föräldrar som var i behov av tilläggsstöd: orubbad sinnesro, verkningar på den egna psykiska utvecklingen och planeringen av det egna livet, ökad livslust, förmåga att klara sig med barnen, säkerhet i barnuppfostran, verkningar på parförhållandet och på växelverkan inom familjen, familjens förmåga att klara vardagen, en klarare dagsrytm. I projektet mättes även uppnåendet av familjens egna mål under projektet och bedömning av familjens egen andel. (Hägman-Laitila m.fl. 2001.)

De mål som gäller föräldrar och familjen kunde även granskas som följande förändringar som beskriver ökningen av resurser: förändringarna hos föräldern (bl.a. ökat självförtroende och starkare självkänsla), förändringarna i familjens mänskliga relationer (bl.a. förbättrade relationer till familjemedlemmar och vänner) och förändringarna i familjemedlemmarnas liv (t.ex. hälsosammare val) (Falk-Rafael 2001).

Användning av effektiva metoder i rådgivningsverksamheten

För att rådgivningsverksamheten skall vara effektiv, måste där först och främst användas metoder, vars effektivitet har bevisats. Då är verksamheten kunskapsbaserad. Kunskap om effektiva metoder fås till exempel från systematiserade översikter, vårdrekommendationer och annan utvärderad forskning.

Evidens i anslutning till rådgivningsarbete finns tillsvärdare bara om ett fåtal teman. Dylig evidens är kunskapen om tidig interaktion, vaccineringsarnas effektivitet, D-vitaminet, amningen, förebyggandet av olyckor, föräldrargruppernas, hembesökens och tobaksavvänjningens effektivitet (se kapitlen 6.3, 8, 9, 13, 14). Det finns även forskning om enskilda screeningmetoder (neurologiska screeningar, syn, hörsel). Största delen av de metoder som denna handbok rekommenderar baserar sig på experternas synpunkter och de har inte granskats med egentliga effektivitetsundersökningar inom olika områden

I Barnfamilj-projektet utökade det familjespecifika arbetet i hemmet, det förebyggande arbetet och det tidiga stödet familjernas välbefinnande. Dess verkningar yttrade sig som ett bättre familjeliv i föräldraskapet, barnuppfostran, barnskötseln och parförhållandet, som en förstärkning av stödnätverk och positiva utvecklingsgångar och som undkommande av negativa utvecklingsgångar. (Hägman-Laitila m.fl. 2001).

Bedömningen av rådgivningsmetodernas effektivitet är forskarnas och forskningsenheternas uppgift. Till exempel i Stakes enhet för utvärdering av medicinsk metodik, FinOHTA, pågår projekt för utvärderingen av flera metoder. Enheten hjälper även vid utvärderingen av idéer och utvecklandet av utvärderingsprojektets metoder.

Uppföljning och bedömning av effektiviteten

För utvärderingen av effektiviteten behövs pålitliga mätare och indikatorer som möjliggör uppföljningen. Redan nu är det möjligt att välja vissa tal, som beskrivs i statistik eller upprepbara undersökningar, som indikatorer för rådgivningsverksamheten. Sådana kunde vara vaccineringsstäckning och amningsciffror. Även indikatorer som beskriver den socioekonomiska situationen och dess förbättring kan vara användbara, även om många av dem bara ger indirekt information om rådgivningsverksamheten (till exempel omhändertaganden). De välfärdsindikatorer för barn och ungdomar som utvecklats och utvecklas på Stakes erbjuder redskap för utvärderingen av resultaten (Perttilä m.fl. 2003). Motsvarande indikatorer används för att utvärdera uppnåendet av målen i folkhälsoprogrammet Hälsa 2015.

Förutom resultaten kan det vara nyttigt att utvärdera och följa upp verksamhetsprocessen.

Med rådgivningsverksamhetens totala kvalitetsledning är det även möjligt att följa upp rådgivningsverksamhetens effektivitet och påvisa hur rådgivningsverksamheten uppnår de mål som ställts upp för den (även kapitel 4.4). Det är viktigt att kommunerna ställer upp sina egna kommunspecifika mål för rådgivningsverksamheten och kommer överens om metoderna för bedömning och uppföljning av dem. I kommunernas egen statistik kan man redan nu finna pålitliga indikatorer. Detta skapar en grund för utvärderingen av både effektiviteten och kvaliteten.

Forskningen i rådgivningens effektivitet är brådskande och speciellt utmanande. Undersökningen av ämnet hör ihop med utvecklingsbehovet av statistikföringen och informationssystemen och bl.a. dokumentationsbehovet i vårdvägarna. En del av detta arbete förutsätter verksamhet på nationell nivå.

REKOMMENDATION:

För att påvisa och förbättra rådgivningsverksamhetens effektivitet ställer hälsovårdscentralerna konkreta mål för rådgivningsverksamheten, använder så effektiva metoder som möjligt och utvecklar uppföljningen av de förändringar som uppnåtts med rådgivningsverksamheten.



Stöd från föräldragrupper

8 STÖD FRÅN FÖRÄLDRAGRUPPER

8.1 Betydelsen av stöd av likställda

Med stöd av likställda avses det sociala stöd som en likställd person, dvs. en förälder som lever i en likadan livssituation ger. I det sociala stödet blir personen medveten om att det finns människor från vilka hon kan få emotionellt, kunskapsmässigt och utvärderande stöd och konkret hjälp. Enligt inhemska och utländska undersökningar är stödet av likställda till obestridlig nytta för många familjer.

Under kritiska övergångsperioder, som före och efter födelsen, kan gruppinriktade metoder ge bättre resultat än individinriktade metoder. Detta gäller även för småbarnsåldern. (Thomas m.fl. 1999). I smågrupper kan föräldrar få nyttig information från varandra, vilket ger nya synvinklar, hjälper att strukturera den egna livssituationen och underlättar lösandet av praktiska problem. Denna information behövs utöver den information som experterna ger. Gruppen ger en möjlighet att dela erfarenheter med andra. De nya mänskliga relationer som uppstår i grupperna stärker familjernas sociala nätverk. Grupperna har ökat mödrarnas resurser att klara av vardagssituationer, hjälpt att behärska vardagen och medfört glädje och nöje i vardagen. (Vehviläinen-Julkunen & Teittinen 1993, Varjoranta 1997, Järvinen m.fl. 2000, Säävälä m.fl. 2001, även Häggman-Laitila m.fl. 2000.) Grupper ger goda möjligheter att förutse de förändringar som familjen har framför sig i olika skeden och inse deras vanlighet. Man inser att många problem är vanliga och börjar finna lösningar till dem, när man vågar föra dem på tal.

Smågruppsverksamheten kan göra förhållandet mellan föräldern och hälsovårdaren öppnare och mera förtroligt. Föräldrarna sätter värde på att hälsovårdarna anordnar nya möjligheter att stöda dem. Smågruppsverksamheten aktiverar föräldrarna till att delta i planeringen av rådgivningsverksamheten och ökar därigenom rådgivningsverksamhetens klientorientering. (Järvinen m.fl. 2000, Pelkonen & Löthman-Kilpeläinen 2001.)

8.2 Exempel på föräldragrupper och andra smågrupper

Grupprådgivningar

Grupprådgivningarna är ett sätt att ge föräldrar möjligheter till stöd av likställda. Grupprådgivningen har utvecklats i Finland i vissa utvecklingsprojekt, från vilka man har fått bra erfarenheter (t.ex. Vakkilainen &

Järvinen 1994, Järvinen & Keskisärkkä 1996, Mattila m.fl. 1998). Kuusamo lär ha de längsta erfarenheterna av integrering av grupprådgivningen i rådgivningens normala verksamhet. Idén med grupprådgivningen är att de föräldrar som har jämnåriga barn besöker rådgivningsbyrån samtidigt varvid barnen screenas och vaccineras och föräldrarna har tillfälle att samtala med varandra. Ett besök på grupprådgivningen ersätter en återkommande kontroll åtminstone vad gäller den åldersspecifika rådgivningen. Besöket på grupprådgivningen kan förverkligas på olika sätt. Till grupprådgivningen kallas vanligen 4–5 barn i samma ålder och deras föräldrar vid tidpunkten för en normal månads- eller årskontroll. För besöket har reserverats 1–2 timmar. De flesta grupper har samlats 4–6 gånger under det första året, några har fortsatt i lekåldern. Temana har vanligast haft att göra med babys utveckling och skötsel, föräldrarnas parförhållande, föräldraskap och stresshantering, tjänster för barnfamiljer och andra aktuella teman. Förutom hälsovårdaren kan även andra experter besöka gruppen.

Den smågruppsverksamhet som genomförts på Kuusamo barnrådgivning från år 1987 är en fortsättning på mödrarådgivningens familjeträning. Man syftar till att uppmuntra närmast förstabarnsföräldrar att hitta sina resurser i sig själva, sin familj, sina närmaste, i boende- och arbetsgemenskapen och samhället samt stärka föräldrarnas och hela familjens utveckling. Med gruppens stöd klarar föräldrarna bättre av kriserna och hittar lösningar till vardagslivets behov. Under barnets första levnadsår hålls sju möten som alla har sitt eget tema. I grupperna behandlas förlösningserfarenheter, tidig interaktion, de glädjeämnen och bekymmer som barnen medför, familjens mänskliga relationer samt ärenden som gäller barnets utveckling och hälsa. Ett besök har tillägnats pappor och spädbarn och dessutom anordnas en parrelationskväll. Man lämnar rikligt med utrymme för föräldrarnas egna önsknings- och inbördes samtal. Hälsovårdarna har satt ihop en mapp som stöd för verksamheten (se Rådgivningens föräldragrupp 2000). Hälsovårdarna arbetar i par.

Beroende på organisationssättet påminner grupprådgivningen om föräldragrupsverksamheten, men ersätter den ändå inte. Den kan emellertid förbättra det stöd som mödrarna kan få av likställda i en situation, där det inte ännu finns föräldragrupsverksamhet.

Leksandsmodellen

I Leksand i Sverige har utvecklats en familjecentral för att komplettera den traditionella rådgivningsbyrån i denna kommun med cirka 16 000 invånare. Syftet med centralen är att stärka föräldrarnas inbördes förhållande och kontakten mellan barn och föräldrar, förbättra föräldrarnas och barnens välbefinnande och öka föräldrarnas påverkningssmöjligheter. Den viktigaste metoden är grupper av likställda, med vilkas hjälp bildas sociala nätverk som stöder både föräldrarnas och barnens välbefinnande och hjälper dem att klara av vardagen. Verksamhetsidén är att lyckliga föräldrar som känner sig trygga kan förmedla livsglädje och grundtrygghet till sina barn.

Mödra- och barnrådgivningen kallar de föräldrar som väntar barn till en grupp på åtta par som sammanträder åtta gånger före barnets födelse och åtta gånger under det första levnadsåret. På mötena finns varje gång olika experter. Nästan varje gång använder fäderna en del av grupptiden med sin egen grupphandledare medan mödrarna gör detsamma till exempel med hälsovårdaren. Verksamheten stöds av olika andra grupper, bland annat det öppna daghemmet och fädernas egna möten. Det har fästs mycket uppmärksamhet vid att få fäderna med. Många föräldrar har velat fortsätta verksamheten efter de första åren. Då har ansvaret förflyttats allt mera till föräldrarna själva och Folkhögskole-frivilligarbetet som är aktivt i Sverige. I denna modell som baserar sig på stöd av likställda och en god växelverkan mellan de olika parterna har det åstadkommit många positiva förändringar. Det finns tillsvidare inga forskningsresultat om Leksandmodellens effektivitet. För närvarande är man av den uppfattningen att små insatser ger stora resultat. Som tilläggsarbetskraft har en koordinator anställts, annars har verksamheten startats med befintliga resurser. För personalen har anordnats utbildning. Utbildning har även anordnats för pappornas tränare, som får en liten ersättning för att de leder pappagrupperna.

I Leksandmodellen förenas en högklassig familjeträning och en därpå följande mångsidig smågruppsverksamhet. Det som är nytt är alltså inte egentligen verksamhetens innehåll utan snarare modellens systematiska, täckande och samhälleliga realisation.

Andra smågrupper

På många orter anordnar den tredje sektorn verksamhet för grupper av likställda och utbildning t.ex. för unga föräldrar, invandrare, våldsoffer och mödrar som lider av depression efter förlossningen. Uppfostrings- och familjerådgivningsbyråerna har utvecklat gruppverksamheter, till exempel skilsmässogrupper, skilt för föräldrar och barn, kreativa grupper för barn och grupper för rastlösa pojkar. Också församlingarna kan ha gruppverksamhet för föräldrar och barn. I många kommuner har socialväsendet eller hälsoväsendet tillsammans med andra organisationer skapat möjligheter för barnfamiljernas möten: öppna daghem, familjestugor, familjeklubbar, familjecaféer. Parrelationsgrupperna fungerar samtidigt som förebyggare av problem i parrelationen.

Växelverkan mellan modern och babyn kan stödas med hjälp av intensiv och riktad gruppverksamhet. Syftet är att stöda familjens livskontroll genom att skapa rytm och säkerhet i kaoset och att lyfta fram barnets behov. Verksamheten har hjälpt också sådana familjer som varit i en mycket svår livssituation (Törrönen 1998).

Rekommenderad litteratur:

Johansson T & Jons I. 2002. Föräldragrupper i praktiken. Gothia, Stockholm. *Boken som berättar om Leksandmodellen är avsedd för att ge mödra- och barnrådgivningscentralernas, skolornas och socialväsandets personal idéer för utvecklingen av arbetet i deras egen kommun.*

Rådgivningsbyråns föräldragrupp. 2000. Kuusamo rådgivningsbyrå, Kuusamo. *En gruppmap som sammanställts av hälsovårdargruppen för anordnandet av de sju mötena. Mappen kan beställas på adressen Kuusamon kunta, perusturvalautakunta/neuvola, Raistakantie 1, 93600 Kuusamo.*

Paavola A. (toim.) 2004. Perhe keskiössä. Ideoita yhteistyöhön perheiden parhaaksi; kokemuksia Ruotsin Leksandista ja useista Suomen kunnista. Lastensuojelun keskusliitto, Helsinki.

8.3 Utvidgning av familjeträning till föräldragrupsverksamhet

Det lönar sig att rikta rådgivningens resurser till anordnandet av planmässig och långsiktig föräldragrupsverksamhet. Det föreslås att verksamheten struktureras enligt barnets utvecklingsstadier och förutsebara problem så att föräldrarna har en möjlighet att bekanta sig med varandra och bilda nya sociala nätverk med andra föräldrar i samma livssituation.

I första hand föreslås det att man planmässigt och friktionsfritt fortsätter att ha graviditetsgrupper åtminstone för förstabarnsföräldrar under barnets första levnadsår. De har vanligen den största motivationen och det största behovet av stöd av likställda. Gruppen får inte vara för stor, högst åtta par, för att det skall uppstå samtal och människor kan dela av sina erfarenheter i den. Om man vill främja verklig gruppbildning, måste man försöka hålla samma grupp ihop från första början.

Framgång kräver omsorgsfull planering och långsiktigt arbete. I det ideala fallet planerar rådgivningsbyrån programmet och ställer upp målen tillsammans med föräldrarna. I varje fall är det skäl att vid varje möte lämna tillräckligt med plats för de ämnen som föräldrarna själv uttryckt. Verksamheten stöds med ändamålsenligt kompletterande material.

Under det första året rekommenderas sex-åtta möten. I programmet beaktas innehållen i parförhållandet, föräldraskapet, barnets och förälderns växelverkan, barnskötseln, hälsofrämjandet och uppfostran med tanke på barnets ålder och föräldrarnas livssituation. Det blir lättare att förena arbete och familjeliv om man får så omfattande information om socialskydd och arbetstidsmodeller som möjligt. Det är bäst att varje tema inleds av en tillbudsstående yrkesmänniska.

Det föreslås att familjeträningar under graviditeten skall innehålla åtminstone: 1) de olika känslor, förväntningar och tankar som graviditeten väcker, 2) de fysiska och psykiska förändringar som graviditeten och amningen medför, 3) förlossningen, 4) babyns utrustning, 5) babyns skötsel och amning, faderns roll vid amningen, 6) de förändringar som föräldraskapet medför i parförhållandet och sexualiteten, (en eventuell skilsmässas betydelse ur barnets synvinkel) 7) familjeförmåner (moderskapsunderstöd, föräldrapenning, vårdledighet) och 8) tjänster för familjer i kommunen (dagvård och familjerådgivning)

I grupper för spädbarnsföräldrar lönar det sig att behandla aktuella teman som passar till barnets utvecklingsstadium, som 1) babyns utveck-

ling och vård; amning och annan matning och dygnsrytm, 2) tidig interaktion (inkl. sånger, ramsor, böcker), 3) barnets skyddande från olyckor, 4) ett sjukt barn, 5) föräldrarnas stresshantering och arbetsfördelning, 6) förändringar i parförhållandet och sexualiteten, 7) stärkandet av faderns roll och frågorna om den frånvarande fadern. Den ovan presenterade föräldragrupsverksamheten utgör kärnan i smågruppsverksamheten. I anslutning till den eller förutom den kan enligt föräldrarnas önskan eller konstaterade behov och resurser även anordnas andra grupper. Ur föräldrarnas synvinkel finns det ett stort behov av att anordna *gruppmöten för föräldrar till 1,5–2,5-åriga barn* så att föräldrarna kan dela sina erfarenheter av trotsålderns problem och uppfostringspraxis och diskutera dem. Teman för denna "trotsålder" kan vara till exempel: 1) konsekvent dagsrytm, matproblem hos ett barn i trotsåldern 2) sagor, ramsor, sånger och lekar; 3) föräldrarnas enhetliga uppfostringslinjer; 4) stödandet av barnets självkänsla och känslouttryck och 5) handlandet i problemsituationer och 6) skötandet av parrelationen.

Andra smågrupper

Det kan även vara nyttigt att anordna grupper för föräldrar till större barn eller skilt för mammor och pappor inom ramen för föräldrarnas önskemål och lokala resurser. Dessa grupper kan vara ledda grupper, men många föräldrar önskar även självständiga möten för föräldrarna. Familjeservicenätverket har goda möjligheter att organisera grupper av likställda för invandrare.

I *pappagrupper* och *pappa-baby-grupper* strävar man efter att stärka och ta i bruk resurser som hör till faderskapet. Det centrala är att stärka pappornas tro och tillit till att de kan klara sig av att vara en tillräckligt bra pappa. Det skulle vara bra att få papporna med att kläcka idéer till gruppverksamheten och utveckla olika funktionella medel som främjar deras barns hälsa. Pappor kan och vill ofta till exempel planera och bygga lösningar som förebygger olyckor hemma. Alla män vill inte delta i gruppverksamhet, och man bör inte utöva påtryckning. När pappgruppen bildas samtidigt som föräldragrupper startas, till exempel i familjeträningen under graviditeten, kan gruppen formas helt naturligt. Det väsentliga är att papporna kan samlas även skilt, utan mammorna. Enligt erfarenheter från grupperna kan gruppens ledare vara lika väl man som kvinna.

Många *mödrar* har nytta av att dela sina känslor och erfarenheter med andra mödrar i samma livssituation. I synnerhet en mor som sköter sitt första barn under moderskapsledigheten kan känna sig ensam. Hon kan få avgörande hjälp från gruppverksamheten. Mödrar vill ibland tala om intima saker som det inte är lätt att tala om när män lyssnar. Flera rådgivningsbyråer och tredje sektorn har anordnat bland annat mammacaféer. Andra exempel är stödgrupper för ammande mödrar. Mammagrupper kan genomföras även som grupprådgivning. Flera rådgivningsbyråer informerar redan rutinemässigt om mammagrupperna på orten.

Rekommenderad litteratur:

Säävälä H, Keinänen E & Vainio J. 2001. Isä neuvolassa – työväläneitä ja ajatuksia vauvaa odottavien ja hoitavien isien kanssa työskenteleville. Tasa-arvojulkaissuja 8. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki. *En utmärkt guide som innehåller praktiska råd om bemötandet av män i grupper och ledning av grupper. Innehåller även funderingar om babyvårdens ideologier samt erfarenheter av männens växande till faderskap.*

8.4 Förutsättningar för anordnande av smågruppsverksamhet

Ledandet av smågrupper förutsätter annorlunda färdigheter än individinriktat klientarbete. Ledandet av föräldragrupper av likställda ingår nuförtiden redan i hälsovårdarnas grundläggande yrkesutbildning, varför en intresserad och motiverad hälsovårdare eller familjearbetare kan bra fungera som gruppens ledare. De som arbetat längre behöver däremot kanske få fortbildning och fatta mod för att leda smågrupper. Kompletterande utbildning i grupparbete är en fördel, men nödvändig är den inte. Det väsentliga är att gruppverksamheten är planerad och att dess innehåll är intressant. Besöken av experter i familjerådgivning, näringslära, motion och andra områden ökar intresset för gruppmötena.

Ämnesområdena för gruppmötena bör vara välplanerade, även om man varje gång bör reservera gott om tid för fri diskussion. Det finns goda erfarenheter även av föräldrarnas deltagande i planeringen av grupperna. Speciellt med tanke på pappornas deltagande vore det viktigt att åtminstone en del av gruppmötena kunde anordnas på kvällen. För vissa föräldrar finns det kanske skäl att motivera relevansen av gruppen av likställda. För dem kan man betona att man inte behöver vara i svårigheter och kräva särskilt stöd, utan det är bra för var och en att höra andras tankar och lära från andras erfarenheter.

Anordnandet av smågruppsverksamheten lyckas vanligen inte utan tilläggsresurser. I första hand är det frågan om hur mycket tid hälsovårdaren eller en eventuell familjearbetare har till sitt förfogande. Om det är frågan om en omfattande verksamhet i en större kommun, bör man kanske ha en separat koordinator för att möjliggöra organiseringen av verksamheten. Av de smågruppsmöten som föreslagits i denna handbok har sex gånger beaktats i dimensioneringen av hälsovårdarna. Ifall det finns ömsesidig vilja, är det möjligt för arbetsgivaren och arbetstagarna att lokalt komma överens om arbetstidsmodeller så att gruppledarna får ersättning för kvällsarbetet antingen som ledighet eller pengar. Det rekommenderas att grupper leds i arbetspar. Det skonar de anställda och gör det lättare att utvecklas som gruppledare. För medarbetaren kan man även berätta om sina egna erfarenheter och få respons av denna.

Det rekommenderas att föräldrarnas verksamhet i grupper av likställda anordnas som bredbasigt nätverksarbete. Då blir det möjligt att utnyttja

all den sakkunskap som finns i kommunen. Samarbetet minskar onödiga överlappningar och öppnar möjligheter för mångsidig verksamhet. Tilläggsresurser för anordnandet av grupper fås från samarbetspartnerna och föräldrarna själva. På familjerådgivningsbyråerna och kyrkans familjerådgivningscentraler arbetar yrkesfolk som har fått utbildning till exempel i lösning av problem i parförhållandet. Kommunen eller de organisationer som är verksamma i dess område kan också ha andra experter som kan anlitas i planeringen och genomförandet av föräldragruppernas program. Till ett av mötena kan man inbjuda FPA:s representant på orten eller en socialarbetare som känner bra till ämnet. När föräldrarna i en grupsituation träffar fackmän inom familje- och mentalvårdsarbete och yrkesfolk som specialiserat sig i behandling av parförhållande-, rusmedels- eller våldproblem, är det lättare att vända sig till dem vid behov.

Det är viktigt att man i kommunen gemensamt kommer överens om, hur föräldragrupper anordnas, vem som anordnar dem och vilka resurser som kan användas i verksamheten. En av uppgifterna för planerings- och uppföljningsgruppen för barnfamiljernas välbefinnande och tjänster är att se till att det finns förutsättningar för att alla som arbetar med barnfamiljer kan vid behov få information om de olika grupperna och verksamhetsmöjligheterna.

Om man blir tvungen att prioritera verksamheten bör man utgå ifrån att de föräldrar som väntar och uppfostrar sitt första barn sannolikt har mest nytta av stödet av likställda. Den nytta och hjälp som föräldrarna får är den viktigaste grunden för gruppverksamheten.

Det är viktigt att få respons om gruppverksamheten. Därför är det skäl att regelbundet utvärdera dess funktion. – Till stöd för utvecklingen av gruppverksamheten behövs nationell utveckling av innehållet, experiment samt utvärdering av gruppernas effektivitet med hjälp av forskning.

REKOMMENDATION:

I kommunen överenskoms om en permanent praxis som möjliggör föräldragrupsverksamheten åtminstone för de föräldrar som väntar och uppfostrar sitt första barn. Föräldragrupsverksamheten under graviditeten och det första levnadsåret är en del av den resurserade planen för de kommunala tjänsterna för barnfamiljerna och den följs upp och utvärderas med metoder som man gemensamt kommit överens om.



Hembesök

9

HEMBESÖK

9.1 Betydelsen av hembesök

Det finns lite inhemsk och mycket utländsk vårdvetenskaplig och medicinsk forskning om betydelsen av hembesök. Hembesöken har undersökts både som en del av mödra- och barnrådgivningen och som en separat stödform. Till exempel Aronen m.fl. (1995) har undersökt familjestöd som baserar sig på hembesök som en form av det primära förebyggandet av mentala störningar. De gynnsamma effekterna av den familjerådgivning som utfördes i Helsingforstrakten och som baserade sig på hembesök var långvariga och märkbara till och med 15–20 år efter det att interventionen hade slutat (Aronen m.fl. 1995, Aronen & Arajärvi 2000).

Under de senaste åren har det kommit information även om andra hembesökprogrammets effektivitet. De kan förbättra moderns och barnens psykosociala situation och hälsa, till exempel främja amningen, identifiera och behandla depression och lindra barnets besvärliga beteende (Elkan m.fl. 2000). Därutöver har nyttan av hembesökprogrammen konstaterats i förebyggandet av olyckor, mödrarnas tillgång till information, i utvecklandet av moderns och barnets växelverkan, vården av barnet och i förebyggandet av dålig behandling av barnet (Byrd 1997, Hodnett & Roberts 2000, Kendrick m.fl. 2000, Drummond m.fl. 2002). Ett lyckat hembesök förutsätter ett empatiskt, förtroligt och respekterande förhållande till familjens medlemmar och användningen av resursgivande strategier. Det hjälper att minska risken för att barnet behandlas illa, om riskfamiljer identifieras tidigt, stödtjänsterna påbörjas helst redan under graviditeten och man gör flera besök under en viss period, till exempel under sex månader (Cox 1998).

I Storbritannien har man prövat med rådgivning i smågrupper i familjernas hem. Även i Danmark och på Island gör man mycket hembesök. På Island har man kunnat stöda mödrar och familjer i amning av babyn med hjälp av täta hembesök efter förlossningen.

9.2 Rådgivningsbyråns hembesök före barnets födelse

Det rekommenderas att barnrådgivningens hälsovårdare gör sitt första hembesök vid slutet av graviditeten åtminstone till de föräldrar som väntar sitt första barn, men helst efter varje barns födelse. Det lönar sig att göra hembesöket efter att man i familjeträningen har berättat om parrelationens förändring och eventuella svårigheter, helst först när moderskapsledigheten börjat. Man försöker anordna besöket så att även den blivande fadern är på plats.

För föräldrarna signalerar besöket att man bryr sig om och engagerar sig. Om barnets hälsovårdare är en annan än den som följt graviditeten, får föräldrarna en möjlighet att bekanta sig med hälsovårdaren som person, även om de redan skulle ha träffats under familjeträningen. Hembesöket är en mycket intim händelse och öppnar ett förtroligt förhållande. För arbetaren är syftet med hembesöket att bekanta sig med familjen i dess vardagsmiljö. Efter besöket kan arbetaren bättre göra samarbete på ett sätt som är förenligt med familjens levnadssätt. Syftet med besöket är också att diskutera de förväntningar och rädslor som den föränderliga familjesituationen väcker i båda föräldrarna. Om det finns äldre barn i familjen, är det skäl att ta hänsyn även till deras tankar och förväntningar. Det tredje syftet med hembesöket är föregripande och förebyggande av olyckor. Förutom att man på hembesöket bekantar sig med familjen hjälper besöket att tidigt identifiera familjer som behöver särskilt stöd.

På hembesöket förbereds babyns ankomst. På hembesöket har man även bra möjligheter att samtala om familjens sociala relationer, såsom släktingar eller andra bekanta som familjens resurs.

Om föräldrarna så önskar är det tillrådligt att man på hembesöket använder det intervjuformulär som använts i Vavu-projektet och som stöder växelverkan under graviditeten (se bilaga 11). Alternativt kan man använda andra formulär eller fri diskussion under vilket man kan ta fram de saker som föräldrarna önskar. Dessa kan vara kvinnans och mannens intryck av den aktuella graviditetens förlopp, de förutsedda förändringar som babyns födelse orsakar för familjelivet, hur man klarar av de kommande förändringarna, den eventuella depressionen efter förlossningen, förväntningarna på barnet, förlossningen och vården av barnet, det sexuella umgänget och parets inbördes förhållande efter barnets födelse. Det är skäl att också tala om moderskapsledigheten, hur man finner en rytm för livet hemma, behovet av att organisera moderns egen tid och föräldrarnas gemensamma tid.

Även behandlingen av föräldrarnas barndom och barndomserfarenheter kan passa som ett tema för mötena före förlossningen. Om föräldern har svåra erfarenheter eller minnen eller inte kan minnas något i sin egen barndom, kan det vara skäl att samtala med en psykolog, en familjearbete eller i mån av möjlighet med en familjeterapeut.

Om modern vårdas på bäddavdelningen under en längre tid under graviditeten, är det möjligt att göra "hembesöket" även där. Det viktigaste är att träffa föräldrarna och diskutera de kommande förändringarna i livet. Man kan komma överens om att det egentliga hembesöket görs efter att barnet har fötts.

Även sådana par som blir föräldrar på nytt kan behöva stöd i sin livssituation. Om ett nytt hembesök inte verkar behövas, kan man från fall till fall överväga att båda föräldrarna och hälsovårdaren möts på rådgivningsbyrå. Även om familjen har erfarenhet av ett äldre barn, är det bra att gå igenom de ovannämnda sakerna på nytt enligt klientens önskemål.

REKOMMENDATION:

Rådgivningsbyråns hälsovårdare gör ett hembesök hos varje familj som är på hennes ansvar och träffar båda föräldrarna under graviditeten.

9.3 Ett hembesök hos en familj som har ett nyfött barn

Det rekommenderas att det andra hembesöket görs när modern har kommit hem från sjukhuset med barnet. Ett hembesök efter födelsen är nödvändigt i synnerhet om man inte har gjort ett hembesök under graviditeten eller om modern och barnet har utskrivits från sjukhuset snabbare än vanligt. Speciellt viktigt är det med hembesök hos familjer där det finns flera små barn. Man kan även avstå från besöket, i synnerhet om man redan tidigare har gjort ett hembesök. Det rekommenderas att hembesöket görs under en sådan tid att även fadern är hemma. Det att vården fortsätter friktionsfritt efter förlossningssjukhuskedet förutsätter att förlossningssjukhuset och rådgivningarna har enhetliga direktiv och att förlossningssjukhuskedets situation har dokumenterats omsorgsfullt och informationen förmedlats till rådgivningsbyrån.

Det är praxis på vissa orter att hembesöket till en familj som har ett nyfött barn görs enbart av mödrarrådgivningens hälsovårdare. När man går till väga så här, är det viktigt att mödrarrådgivningens hälsovårdare rapporterar personligen om sitt besök till barnrådgivningsbyråns hälsovårdare och efter behov till hela arbetsgruppen. Med tanke på barnrådgivningsarbetet är det bra att också den hälsovårdare på barnrådgivningsbyrån som är ansvarig för familjen besöker hemmet i något skede.

Besöket efter barnets födelse består huvudsakligen av observationen av moderns, faderns och det nyfödda barnets hälsotillstånd och handledning av vården av babyen. Såsom även under de första rådgivningsbesöken, är det även nu viktigast att stödja tidig interaktion. Om inget hembesök har gjorts under graviditeten, kan hemmet även granskas med tanke på förebyggande av olyckor.

Under hembesöket lönar det sig att återgå till de samtalsämnen, som var framme under det första besöket till den väntande familjen. Var det något som blev oklart? Modern kan ha ett behov av att tala om förlossningen. Motsvarade den förväntningarna? Är det någonting som trycker sinnet? Det kan vara skäl att prata om förlossningserfarenheterna med båda föräldrarna.

Moderns kondition och mängden efterblödningar utreds. Eventuella episiotomi- eller kejsarsnittssår och rupturer undersöks, om mödrarrådgivningens hälsovårdare inte har varit och undersökt dem. Vid behov undersöker hälsovårdaren bröstvårtorna och ger råd till exempel om hur man mjölkar ur bröstet.

Det väsentliga med barnet är allmäntillståndet, vikten, sekretens kvalitet och mängd och eventuella gulhet. Dessutom undersöks naveln. Även de eventuella meddelandena från förlossningssjukhuset beaktas. För vägningen rekommenderas en noggrann digitalvåg. Det går också att använda en annan våg med vilken man kan konstatera barnets storleksklass och mot vilken riktning dess vikt håller på att utvecklas. Ett friskt och välnärt barns vikt överskrider födelsevikten före två veckors ålder. Den genomsnittliga viktökningen är 20–30 g per dag.

Modern kan behöva stöd och hjälp vid amningen. Observationen av amningssituationen med moderns tillstånd ger en naturlig möjlighet till individuell och konkret handledning och stöd. Det är nyttigt att observera babyens suggrepp, ty majoriteten av amningsproblemen beror på ett dåligt suggrepp. Mödrar med amningsproblem ges individuell och konkret handledning. De kan uppmuntras att söka stöd av likställda från amningsstödgrupper. Man bör tala om kommande problem, även om situationen under besöket skulle verka klar och bra. Om det kommer fram problem i moderns eller barnets hälsotillstånd, bör man omedelbart ta kontakt med förlossningssjukhuset.

Föräldrarna kan behöva uppmuntran och stöd för att nå en god växelverkan med barnet. Det är viktigt att observera föräldrarnas sinnesstämning. Till exempel intervjuformuläret från Vavu-projektet kan användas som hjälp (bilaga 12). Efter barnets födelse lever man i ett nytt skede i parrelationen. Har erfarenheterna hittills motsvarat förväntningarna? Hur upplever föräldrarna sin situation och framtid i dag? I vilket hänseende har modern enligt faderns mening lyckats särskilt bra i familjens nya situation, i vilket hänseende fadern enligt moderns mening? Det är skäl att ge föräldrarna en möjlighet att tala om sex efter förlossningen. Det är bäst att påminna föräldrarna om att prevention behövs igen (se kap. 14.4).

Det är skäl att ta fram de äldre syskonens befinnande och inställning till babyen. De bör tas med när man diskuterar skötseln av babyen.

REKOMMENDATION:

För att stöda tidig interaktion gör hälsovårdaren ett hembesök hos den nyfödda babyens familj och träffar båda föräldrarna/hela familjen.

Rekommenderad litteratur:

Vehviläinen-Julkunen K, Varjoranta P & Karjalainen K. 1994. Asiakkaiden ja terveydenhoitajien arviointeja äitiys- ja lastenneuvoloiden kotikäynneistä. *Hoitotiede* 6 (1), 22–30.

9.4 Andra hembesök

I kapitel 9.2 och 9.3 har beskrivits hembesök hos familjer som väntar barn eller som har ett nyfött barn. I kapitel 16 räknas dessutom upp många exempel på familjer där det kan finnas behov av att göra ytterligare hembesök. Dyliga grupper är till exempel prematurers familjer, familjer som flyttat till orten och familjer där föräldrarna lider av missbruksproblem eller mentala problem. Ett hembesök kan vara nödvändigt, om barnets intresse är i fara, barnet är kroniskt sjukt eller om familjens barn har dött (t.ex. Hynynen 1999). Ett dylikt hembesök förutsätter mod, tillräcklig sakkunskap, en bra självkännetdom och förmåga till djup växelverkan av hälsovårdaren (även Paavilainen 1998). Hälsovårdaren eller familjearbetaren kan göra dessa besök ensam eller tillsammans. Med familjearbetarens täta hembesök är det möjligt att stöda familjer som behöver särskilt stöd (se kap. 3.4.3). Det är också möjligt att till exempel utföra periodiska undersökningar av treåriga barn som hembesök (se kap. 10.12).

Rådgivningsarbetet bör göras så flexibelt att det är möjligt att göra hembesök även efter spädbarnsperioden. Man kontaktar varje familj som nyligen flyttat till orten och föreslår ett möte antingen på rådgivningen eller hemma. Samtidigt kan familjens behov av stöd av likställda identifieras och familjen kan informeras om de tjänster som är avsedda för ortens barnfamiljer.

REKOMMENDATION:

På rådgivningsbyrån ökas antalet hembesök enligt identifierat behov. Hembesökens innehåll och registrering av besök utvecklas aktivt. Metoder för uppföljning och utvärdering av hembesök utvecklas, till en början genom kollegial utvärdering.

Rekommenderad litteratur:

Yrjänäinen H. 2002. Riskioloissa elävä perhe lastenneuvolan terveydenhoitajan asiakkaana. Licensiaatin tutkielma. Oulun yliopisto, hoitotieteen laitos.

10

Periodisk uppföljning av barnet

10

PERIODISK UPPFÖLJNING AV BARNET

10.1 Allmänna principer för periodisk uppföljning

De återkommande kontrollerna av barnet hör ihop med barnrådgivningens grunduppgift: att följa upp och stöda barnets fysiska, psykiska och sociala uppväxt och utveckling samt konstatera eventuella avvikelser i ett så tidigt skede som möjligt. I samband med de återkommande kontrollerna är det naturligt att uppmärksamma hela familjen. Ibland är föräldrarnas behov av stöd och handledning sådant att föräldrarna själva inte kan eller orkar söka hjälp. Familjernas problem har blivit mångformigare och komplexare. Sålunda läggs tyngdpunkten alltmer på växelverkan och diskussion. Detta förutsätter tillräckliga arbetskraftsresurser, så att arbetstagaren har tillräckligt med tid för att genomgripande stödja familjen i enlighet med denna handbok.

De rekommendationer som ingår i handboken baserar sig på ställningstaganden som erhållits från Barnläkarföreningen i Finland, Barnneurologiska Föreningen i Finland, Suomen Lastenpsykiatriyhdistys, Finlands Ögonläkarförening, Finlands Otolaryngologförening, Stakes, Hammaslääkäriseura Apollonia, Niilo Mäki Institutet, Finlands Psykologförbund, Folkhälsoinstitutets vaccineringsavdelning och Näringsexpertgruppen, det vaccineringsprogram som träder i kraft i början av år 2005 samt de experters utlåtanden som gett kommentarer.

En stor del av nyttan med de återkommande kontrollerna går förlorad, om arbetaren byts ut med täta mellanrum. På rådgivningsbyrån bör finnas möjligheter för en långvarig uppföljning av barnet och familjen. Att barnets utveckling framskrider är ofta viktigare än det vad barnet kan vid en enskild kontroll.

Kontakterna mellan hälsovårdaren och familjen täcker största delen av de återkommande kontrollerna och fortsätter i det kombinerade arbetet från graviditeten ända till skolåldern. I denna handbok föreslås en viss grundstomme för de återkommande kontrollerna (bilaga 15) och anvisningar för screeningundersökningar av syn och hörsel (kapitel 11, bilagor 16 och 17). Målsättningen är att kontrollerna görs tillräckligt enhetligt i hela landet. Hälsovårdaren träffar barnet och dennas familj minst 10 gånger före ettårsåldern och cirka 16 gånger under hela rådgivningstiden (av dessa fem gånger i samarbete med en läkare och en gång under graviditeten).

Läkaren undersöker alla barn vid 6–8 veckors, 4, 8 och 18 månaders ålder och därtill minst en gång i lekåldern (t.ex. femårsåldern), samman-

lagt minst fem gånger (bilaga 15). När det fattas beslut om rådgivningens läkarresursering måste man diskutera med alla parter. Om man kommer överens om att läkaren endast undersöker de 3-åringar som hälsovårdaren har hänvisat till fortsatt undersökning, ser man till att det finns tid för dessa behovsprövade undersökningar. Det är viktigt att det reserveras en tillräckligt lång tid för läkarundersökningen, så att läkaren hinner ta i beaktande både barnet och föräldrarna och diskutera även psykosociala bekymmer.

Det är skäl att reservera tid även för en diskussion mellan läkaren och hälsovårdaren, så att hälsovårdarens intryck och bekymmer blir hörda. Speciell uppmärksamhet bör fästas vid individuella rådgivningskontroller för flerlingar, så att eventuella förseningar i barnens utveckling kan upptäckas.

Barnets psykiska utveckling har beskrivits i korthet för varje åldersstadium.

Hälsovårdaren vaccinerar barnet enligt det gällande vaccinationsprogrammet.

Enligt nuvarande praxis undersöks pojkarnas könsorgan på rådgivningen. Undersökning av flickornas könsorgan rekommenderas i synnerhet för de flickor som har flyttat från länder där kulturen tillåter omskarning av flickor. Undersökningen är i första hand läkarens uppgift. Eftersom det kan vara flera år mellan de återkommande kontrollerna som läkaren utför, är det skäl att vid behov komma överens om arbetsfördelningen mellan läkaren och hälsovårdaren. (Se även kap. 16.11, och bilaga 3 Lagstiftningen om barnrådgivning).

Det är tillrådligt att familjerna kan använda sitt eget modersmål på rådgivningsbyrån vid behov med hjälp av en tolk eller telefontolkning. I frågan om de inhemska språken är detta klienternas rättighet.

En del av hälsorådgivningen vid de återkommande kontrollerna kan ersättas med grupprådgivning (se kap. 8). Tidsbeställningarna i bilage-tabellen (bilaga 15) är riktgivande. I verkligheten varierar den tid som behövs beroende på situationen hos barnet och familjen. De riktgivande genomsnittliga tiderna är i första hand avsedda för kontroller av familjens första barn. För att familjen skall kunna reservera den tid som behövs, kan det vara ändamålsenligt att hälsovårdaren föreslår längden på den reserverade tiden under det föregående besöket.

Återkommande kontroller innebär ett visst minimiantal möten. Familjerna bör dessutom ha möjlighet att flexibelt reservera förlängda tider enligt sina individuella behov och sin livssituation. På samma sätt måste arbetaren ha en möjlighet att träffa barnet och familjen flexibelt om hon är orolig för barnet..

Kontakten med ett och ett halvt år gamla och äldre barns familjer kan göras med ett brev eller på annat sätt åtminstone när föräldrarna inte själva beställer en kontrolltid. Vissa rådgivningsbyråer har bra erfarenheter av självplanerade formulär som föräldrarna fyller i före den

återkommande kontrollen. I formuläret kan ingå uppgifter om vad som är de mest typiska dragen i det innevarande utvecklingsstadiet och ett hurtant utvecklingsstadium man kan vänta sig näst. Denna information hjälper föräldrarna som är de bästa experterna på sitt eget barn att stöda barnets åldersmässiga sunda utveckling. För barn som är i dagvård är det bra att reservera ett ställe för dagvårdens observationer i formulären. I formuläret kan ingå frågor förutom om barnet även om familjens situation, problem i parrelationen, våld och bruk av rusmedel. Nationellt samstämmiga formulär har inte tillsvidare utvecklats.

Observationer, diskussioner och planer registreras ändamålsenligt. Betydelsen av registreringen accentueras när det har kommit fram något speciellt i mottagningsituationen antingen i fråga om barnet eller familjen. Beroende på situationen tas de bekymmer som kommer fram upp antingen med läkaren eller på rådgivningsarbetsgruppens möte. Framförallt hälsoproblem hos små dibarn måste snabbt hänvisas till läkarens noggrannare undersökningar och vård. Vanligen är det skäl att kontrollera enskilda avvikande fynd i screeningundersökningar innan de hänvisas till fortsatta undersökningar inom den specialiserade sjukvården.

När det kommer fram något bekymrande eller avvikande i de återkommande kontrollerna i föräldrarnas berättelser eller barnets färdigheter, kan man komma överens om en ny besökstid. Om det är frågan om föräldrarnas oro, bör man överväga om mötet skall anordnas utan barnet. Om det finns behov av att diskutera saken i rådgivningsarbetsgruppen, kallas föräldrarna med. Om detta inte är möjligt, kan arbetaren tala om saken med föräldrarnas tillstånd. Om barnet inte klarar av screeningsuppgifterna, kan det även vara frågan om trots, trötthet eller någon annan tillfällig faktor. Om man misstänker att detta är fallet, kan det vara skäl att kontrollera situationen med ett återbesök. Om barnet är i dagvård, är det skäl att vara i kontakt med den. I tillståndsförfaranden efterföljs gällande författningar och vid behov används ett formulär för att få föräldrarnas skriftliga tillstånd (se bilaga 5).

Det är skäl att komma detaljerat överens om arbetsfördelningen mellan hälsovårdaren och läkaren och förena och utnyttja bådars erfarenhet och sakkunskap.

Se även kap. 11 Screening för sjukdomar och handikapp.

REKOMMENDATION:

Hälsovårdaren möter barnet och dennas familj cirka 14–16 gånger under hela rådgivningsskedet. Läkaren undersöker barnet fem gånger före skolåldern. Man går skilt igenom tillvägagångssätten i de återkommande kontrollerna lokalt, kommer överens om egna tillvägagångssätt samt arbetsfördelningen och tidsanvändningen mellan hälsovårdare och läkare.

10.2 Hälsouppföljning under barnets första veckor

Hälsovårdarens och rådgivningens betydelse betonas under barnets första veckor. Då behöver familjen mycket information, stöd och säkerhet, i synnerhet när det är frågan om det första barnet. Förutom att de första veckorna är fyllda av lycka kan de även vara en förbryllande tid för föräldrarna. Det är en tid då föräldrarna och barnet lär sig känna varandra och då föräldrarna lär sig sköta barnet. I det här skedet måste föräldrarna anpassa sitt eget liv efter barnets behov och rytm. Föräldrarna kan känna sig osäkra på hur barnet skall matas, ammas, nattas och kläs och hur andra vardagliga sysslor skall skötas.

Under de första hembesöken eller rådgivningsbesöken är barnets allmänna befinnande och viktökning viktigast. Även föräldrarnas förlossningsupplevelse, amningen, växelverkan mellan föräldern och barnet, föräldrarnas inbördes relationer, stresshantering och eventuella bekymmer är viktiga. Många av föräldrarna i babyfamiljerna är i detta skede mycket motiverade att förbättra sin egen livsföring. Alkohol, sömnmedel eller tobak passar inte för den som sköter ett spädbarn.

Under de första veckorna kan det vara skäl att till och med mycket intensivt följa upp viktökningen och t.ex. hur amningen lyckas och ge stöd och konkret handledning i amningstekniken. Täta besök gör det möjligt att diskutera olika ämnesområden beroende på situationen, föräldrarnas behov och hälsovårdarens observationer. Grupprådgivningsbesök med babyer i samma ålder kan vara en bra lösning för att gå igenom samtalsämnen (se kap. 9.2 Grupprådgivningar).

Ämnesområden som bör diskuteras samt hälsorådgivning under de första veckorna och månaderna:

- glädjeämnen och bekymmer som föräldrarna tar upp
- föräldrarnas observationer om barnet
- tidig interaktion och dess betydelse
- amning; D-vitaminsupplementens nödvändighet
- förhållandena i hemmet: den nya livssituationen, parförhållandet, moderns och faderns stresshantering, ömsesidigt stöd
- de råd och anvisningar som familjen får från olika håll, deras filtrering för att passa det egna levnadssättet; föräldrarna uppmuntras att lita på sitt bondeförnuft
- föräldrarnas egna värden och attityder som grunden för föräldraskap, "att tåla vardagen"
- faderskap och moderskap; förenande av familjeliv och arbete
- moderns sinnesstämning, eventuella ensamhetskänslor och moderns egen tid
- familjens sociala nätverk, familjekrets, mor- och farföräldrar, vänner

- deltagande i grupp av likställda eller behovet av att komma med i en sådan
- hur familjens dagsrytm formas
- föräldrarnas hälsovård: motion, rökning, alkohol
- moderns och faderns fritidsintressen och hur de kan förenas med den nya livssituationen
- föräldrarnas egna matvanor och gemensamma måltider
- missbruk och familjevåld
- att tala, syssla och leka med barnet och hålla det i famnen
- att prata med barnet när det är piggt och glatt
- att trösta barnet när det är trött och grinigt, att reagera på gråten
- barnets behov av fysisk närhet
- prat, ramsor, sånger, känslighet mot barnets initiativ
- föräldraledighetsarrangemang, skötseln av barnet efter föräldradigheten
- **det rekommenderas att babyen läggs att sova på ryggen ända till 6 månaders ålder, eftersom undersökningarna har visat att detta betydligt minskar risken för plötslig spädbarnsdöd** (Kirjavainen 2003). När babyen är vaken kan den hållas liggande på magen.

Undersökning av babyen under de första veckorna: se 9.3 Hembesök hos en familj som har ett nyfött barn och 10.3 Återkommande kontroll av ett sex-åtta veckor gammalt barn.

10.3 Återkommande kontroll av ett sex-åtta veckor gammalt barn

När ett barn är 6–8 veckor gammalt, träffar familjen både hälsovårdaren och läkaren. Läkareundersökningen är viktig, eftersom spädbarn utskrivs mycket snabbt från förlossningssjukhuset nuförtiden. Rådgivningsläkarens undersökning utgör en viktig komplettering till den undersökning som vanligtvis görs en gång på förlossningssjukhuset. Det är även skäl att minnas att det är frågan om det första mötet mellan rådgivningsläkaren och familjen. Ett positivt första möte skapar en grund för samarbetsförhållandet mellan familjen och läkaren även i fortsättningen.

Utvecklingsstadiet hos ett friskt åtta veckors barn. Barnet reagerar ännu mycket helhetsinriktat. Barnet kan gråta utan synbar orsak, men en förälder som sköter barnet kan vanligen urskilja hungergråten från annan gråt. Barnet trivs bra i famnen. Barnet lyckas vanligen rikta blicken till ögonen för en stund. Sugandet lyckas utan svårigheter. Barnet har börjat ge ifrån sig korta vokalläten. Redan strax efter födseln spritter barnet till vid höga ljud som klappandet av händer eller smällen av en dörr och

blinkar eller öppnar ögonen när det hör ett sådant ljud. Från cirka 1 månads ålder börjar barnet lägga märke till plötsliga långvarigare ljud, t.ex. dammsugaren, och stannar upp för att lyssna när ljudet börjar. Barnet reagerar på en klingande klocka genom att stanna upp och lyssna. Denna test lyckas emellertid bara om barnet är utvilat och lugnt. Mororeflexen är ofta symmetrisk, men den kan också redan ha slocknat. Ett friskt barn kan dra sitt huvud i upprätt ställning från 45 graders vinkel och kontrollera sitt huvud en stund när det sitter stött. Babyn är spänstig när den hanteras i famnen. När babyn ligger på magen kan den lyfta näsan från underlaget. De nedre extremiteternas rörelser sker turvis. När babyn ligger på ryggen lyfter den tidvis sina underarmar från underlaget, öppnar sina nävar och använder sina händer symmetriskt.

Samtalsämnen och hälsorådgivning: se 10.2 Hälsouppföljningen under barnets första veckor

Hälsovårdaren bör be modern fylla i ett formulär som screenar för depression (bilaga 13a).

Enligt lokalt överenskommen praxis går hälsovårdaren eller läkaren igenom formuläret tillsammans med modern (se även kap. 16.2 Moderns överkänslighet och depression efter förlossningen).

Till läkarens hälsokontroll hör förutom utvärderingen av barnets tillväxt och utveckling även föräldrarnas eventuella bekymmer. Det är skäl att be föräldern beskriva sitt barn.

På ett 6–8 veckor gammalt barn undersöks:

- helhetsintrycket, spänstigheten
- längdens, viktens och huvudomfångets utveckling
- växelverkan och kontakt med föräldern, ögonkontakt
- oralmotorik och vokalljud (anamnestiskt vid behov)
- anamnestiskt föräldrarnas observationer om barnets reagerande på höga ljud. Vid behov undersöks hörselreaktionen på en klingande klocka (sugandet upphör, blinkning med ögonen e.d.)
- pupillerna, storlek och reaktion för ljus och röd reflex
- skallens suturer, hud, hjärtljud, mage, femoralartärpuls, vulva eller testiklar och höfter
- öppnar händerna
- asymmetrisk tonisk nackreflex, Mororeflex, spontan ställning och rörelser, krypreflex, rörelsernas symmetri
- traktionstest: ett friskt och alert barn kan lyfta upp sitt huvud, när kroppen är i ca 45 graders vinkel mot underlaget
- kontroll av huvudet en stund i stödd sittande ställning

Den del som vanligtvis tar mest tid är samtalet om föräldrarnas livssituation och resurser. Moderns depression eller i mildare form överkänslighet, "baby blues", är mycket vanlig. Det lönar sig att uppmuntra föräldrarna

att berätta om sina känslor, så att man tillsammans kan fundera på vad som borde göras (se kap. 16.2).

Om bedömningen lämnar en osäker känsla av att det trots allt finns någonting avvikande i barnets utveckling, är det klokt att göra en ny bedömning efter en kort tid (i den här åldern efter två veckor) (Mustonen 1999). De vanligaste avvikelserna är problemen i huvudkontroll och muskeltonus och det att händerna inte öppnas. Föräldrarna tillfrågas om barnets reaktion på ljud. Om anamnesen eller undersökningen ger anledning att misstänka hörselskada eller om föräldrarna befarar hörselskada, undersöks barnet på nytt efter en eller två veckor och hänvisas vid behov till fortsatta undersökningar. Läkaren och hälsovårdaren kommer överens om arbetsfördelningen i den nya bedömningen eller kontrollen beroende på situationen.

Interaktions- och kontaktproblem kan vara ett tecken på föräldrarnas depression, psykos eller att det inte har uppstått ett tillgivenhetsförhållande. Dessa saker kan utredas vidare på rådgivningen. Bristerna i interaktionsfärdigheter kan orsakas av depression, utvecklingsstörning, allvarlig speciell svårighet samt störningar i hörseln och synen. De måste undersökas. Beroende på situationens allvar kan familjen hänvisas till en pediatriker, en psykolog, familjerådgivningen eller vuxen- eller barnpsykiatriska tjänster. Den specialiserade sjukvårdens tjänster behövs, om moderns funktionsförmåga är klart försvagad, modern har psykotiska tankerubbningar (t.ex. "babyn vill vara elak mot mig") eller när modern själv känner att hon behöver tjänsterna. Det är viktigt att också utreda faderns uppfattning om situationen. Vid sidan om annan vård måste man se till att modern får tillräckligt med hemhjälp.

I rådgivningens journal antecknas, om de anhöriga har haft ögon- och syn- eller hörselproblem.

Barnet hänvisas till fortsatta undersökningar till exempel, om

- det konstateras avvikelser i barnets allmänna befinnande (akutremiss); trötthet under ätandet, avvikande blekhet och svettighet samt förhöjd andningsfrekvens och dålig viktökning kan vara symptom på hjärtfel hos ett dibarn (Tikanoja 2003),
- det hörs biljud i hjärtat,
- det konstateras strukturella avvikelser i ögonen, kontinuerlig skelning, flackande ögon eller nystagmus,
- det befaras starr eller annan hornhinnegrumling. Om den röda reflexen är matt eller sloknad i det ena ögat eller i båda ögonen, eller om det i den röda reflexen finns en skugga eller pupillen ser vit ut, måste barnet hänvisas till brådskande fortsatta undersökningar,
- höftluxation befaras,
- barnet är klart gult,
- hörselnedsättning befaras.

10.4 Återkommande kontroll av ett tre månader gammalt barn

Den av hälsovårdaren utförda återkommande kontrollen av barnet utförs i treårsåldern. Då kontrollerar hälsovårdaren sådana saker som eventuellt kommit fram på läkarrådgivningen och som skall bedömas på nytt om de inte har lett till en ny läkarkontroll. Denna är också en lämplig ålder för eventuell grupprådgivning.

Utvecklingsstadiet hos ett friskt tre månaders barn. Barnet kan redan rikta blicken, le selektivt åt sin skötare (socialt leende) och ge svars ljud. Barnet använder sina händer aktivt för att gripa, utan att nödvändigtvis lyckas med det ännu. Handen är för det mesta öppen. De tidiga reflexerna (Moro, kryppreflex, asymmetrisk tonisk nackreflex) håller så småningom på att försvinna.

Samtalsämnen och hälsorådgivning: se 10.2 Hälsouppföljningen under barnets första veckor. Dessutom tar man upp:

- föräldrarnas observationer, glädjeämnen och eventuella bekymmer
- startandet av vaccineringarna och relaterad information (frivillighet, sjukdomar som kan förebyggas med vaccinering, barnets normala vaccinationsreaktioner, eventuell medicinering osv.)
- amning

På ett tre månader gammalt barn undersöks:

- helhetsintrycket (t.ex. huden, andningsfrekvensen, hållningsspänstigheten)
- längdens, viktens och huvudomfångets utveckling
- åldersspecifik utvecklingsbedömning: se beskrivningen ovan, tidiga reflexer, kontaktstörningar.

I undersökningen borde man få fram en ögonkontakt mellan babyn och modern och "babytalk". Om ömsesidighet inte fås fram, måste man komma ihåg möjligheten av synskada, och undersöka den röda reflexen och riktandet av blicken t.ex. mot en ansiktsbild eller ett schackrutmönster. Det är skäl att anordna en extra läkarundersökning genast om man befärrar avvikelser. När synskadan har uteslutits, är det skäl att beakta eventuella interaktionsproblem som kan ha med moderns mentala hälsa att göra. Om babyn inte tar ögonkontakt med undersökaren, inte svarar på dennas leende eller verkar apatiskt och tycks utvecklas långsamt, bör man överväga om detta kan bero på en efterblivenhet i babyns helhetsutveckling eller på depression, och utreda saken. För detta behövs eventuellt ett hembesök, konsultation med specialarbetare eller samarbete med en barnneurologisk eller barnpsykiatrisk vårdenhets (se 8-veckorsundersökningen ovan). Om det misstänks, att barnet inte orkar kontrollera

huvudet ens när det är alert, eller att axlarna är avvikande svaga, behövs fortsatta undersökningar. Ofta kan en fysioterapeut bedöma situationen exaktare och ge föräldrarna anvisningar om babys hantering för att stöda utvecklingen.

10.5 Återkommande kontroll av ett fyra månader gammalt barn

Vid fyra månaders ålder träffar familjen både hälsovårdaren och läkaren. Läkaren måste kunna bedöma avvikelser i den neurologiska utvecklingen på ett barn i denna ålder och diskutera eventuella allergier, dvs. läkaren måste alltså vara väl insatt i rådgivningsarbetet.

Utvecklingsstadiet hos ett friskt fyra månaders barn. Barnet kan redan fixera blicken och iaktta miner i flera tiotals sekunder. Det finns ingen tydlig skelning mera. Barnet kan följa en ansiktsbild över 90 grader, och ansiktsbilden intresserar barnet mera än en betydelselös geometrisk bild. Barnet ler tillbaka, när man pratar med henne och ler mot henne. Barnet kan jollra, tjuta och skratta högt. Hon svarar på pratet genom att ge ifrån sig ljud och stannar gärna och lyssnar på sitt eget joller. Barnet tystnar eller ler när hon hör föräldrarnas röst, även om hon inte ser föräldern. Barnet kan även rikta sitt huvud eller sin blick mot föräldern, som pratar till henne bakifrån eller sidledes. Det förekommer knappast ingen oförklarlig gråt mera hos barnet, och det är lätt att lugna ner barnet i famnen. En del av barnen blir skygga i den här åldern. Spontana ryck eller Mororeflexer förekommer inte mera. Babysn stöder sig ofta på sina armbågar när den ligger på magen. Den kan också stödja de nedre extremiteterna med hela fotbladet för en stund. Den kan föra sin hand mot mittlinjen och famla efter ett föremål.

Till hälsokontrollen hör förutom utvärdering av barnets uppväxt och utveckling även en kartläggning av föräldrarnas eventuella bekymmer. Det är skäl att be föräldern beskriva sitt barn.

Samtalsämnen och hälsorådgivning: se 10.2 Hälsouppföljningen under barnets första veckor.

Vid fyra månader undersöks

- längdens, viktens och huvudomfångets utveckling
- smilrespons, interaktivt joller
- att rikta blicken, följa med blicken sidledes och följa med blicken ett föremål som närmar sig, röd reflex, ögonkontakt
- bedömning av skelningen på basis av en ljusreflex (Hirschbergs test)
- anamnestisk reaktion mot ett hörselstimulus. Vid behov undersöks hörselreaktionen (tystnar barnet vid en klingande klocka)

- spontana rörelser, muskeltonus: observera i synnerhet asymmetri, benägenheten att sträcka på vristerna
- eventuella seriemässiga ryckningar efter uppvaknandet (anamnestiskt, möjligheten för infantilsjask)
- användningen av de övre extremiteterna: öppna händer i viloställning och knäppta händer i ryggliggande, händerna symmetriskt supinerade i munnen (tummarna ut- och oppåt, insidan av handen mot munnen), sträcker handen mot föremålet och famlar efter föremålet med en halvöppen hand.
- hud, hjärtljud, mage, femoralartärpuls, testiklar
- traktionstest: babyn kontrollerar sitt huvud i nivå med kroppen; god kontroll av huvudet och överkroppen i stödd sittande ställning
- stödande på underarmarna magliggande
- de nedre extremiteternas symmetri, höfternas stabilitet
- stundvis stödande på de nedre extremiteterna, ingen varaktig tågång

Om bedömningen lämnar en osäker känsla av att det trots allt finns någonting avvikande i barnets utveckling, är det klokt att fundera på om det skulle vara möjligt att få tilläggsutredningar eller stöd för barnets utveckling. Åtminstone borde en ny bedömning utföras inom en kort tid (i den här åldern inom en månad) (Mustonen 1999). Till exempel misstankar om lindrigt ökad tonus, hypotoni eller asymmetri är skäl att skicka barnet till att bedömas av en fysioterapeut. Då får föräldrarna även handledning för att stöda barnets fysiska utveckling. För barnet måste även reserveras tid för en ny läkarundersökning vid 5 månaders ålder (Kunnamo & Hermanson 2004). Om barnet inte följer med blicken frågas modern om observationer av ögonkontakten. Om det konstateras både anamnestiskt och vid undersökningen att barnet inte följer med blicken tyder detta på en avvikelse som kräver fortsatta undersökningar. Även svag ögonkontakt och skelning kräver fortsatta undersökningar. Om skelningen är tidvis uppträdande och kortvarig och de närmaste släktingarna inte har vårdats för skelning eller amblyopi, kan situationen följas upp till 6 månaders ålder. Uppenbar skelning måste alltid skickas till ögonläkarens undersökning (som brådskande, om ögonen redan har varit raka).

Avsaknaden av joller eller hörselreaktion kan ha att göra med en störning i talproduktion eller hörsel, en utvecklingsstörning eller otillräcklig tidig interaktion. Speciell uppmärksamhet måste fästas vid barnets hörsel, om jollret är klen, om föräldrarna befarar avvikelser i hörseln eller om släkt- och graviditetsanamnesen (prematurfödelse, asfyxi, infektioner) tyder på risker för hörselskada.

Eksem kan tyda på mjölkallergi, i synnerhet om det finns atopi i familjen och om barnet har fått modersmjölksersättningar. Verkligt känsliga barn kan även reagera på komjölk som kommit via modersmjölken eller på andra födoämnen. Även varierande symptom i tarmsystemet kan bero

på allergi (se kap. 15.6 Allergier och astma). Det är alltid läkaren som utreder allergimistanken.

Misstanke om infantil spasm är orsak till en brådskande remiss. Enkelsidig testikelretention och tårkanaltäppa kan man ännu följa upp. Miss-tankar om höftluxation, biljud i hjärtat, och hörselnedsättning föranleder fortsatta undersökningar.

10.6 Återkommande kontroll av ett fem månader gammalt barn

Personligt besök hos hälsovårdaren/grupprådgivning.

Utvecklingsstadiet hos ett friskt fem månaders barn. I genomsnitt lär sig babyn vid denna tidpunkt att rulla runt från mag till rygg och tvärtom. Liggande på magen lyfter det huvudet och övre kroppen med stöd av armbågarna. Att den tidiga reflexen upprepas (Moro, ATNR, krypreflex) är ett avvikande fynd. Barnet griper i allmänhet redan ivrigt tag i föremål. Undersökningen av föremål sker med hjälp av munnen. En del av barnen har redan hittat sina egna tår och för dem i munnen. Kommunikationen har utvecklats: barnet kan "tala" med sin skötare allt mångsidigare, och reagerar på olika sätt på olika röster. Många barn kan lyssna och producera ljud i olika toner.

Samtalsämnen och hälsorådgivning: se 10.2 Barnets första veckor och hälsouppföljning. Förutom de ovannämnda är aktuella ämnen i den här åldern:

- föräldrarnas observationer, glädjeämnen och eventuella bekymmer
- amning, barnet börjar äta fast föda (se kap. 13 Näring och kost-rådgivning)
- somnande, nattuppvaknanden, nattmatning, inverkan av föräldrarnas verksamhet på barnets sömn
- att hålla barnet på golvet (utveckling av rörligheten/proprioceptiva förmågor)
- familjens sociala situation och närrelationer
- familjevåld

Vid fem månaders ålder undersöks:

- helhetsintrycket
- längdens, viktens och huvudomfångets utveckling
- åldersspecifik utvecklingsbedömning: se beskrivningen ovan. Muskeltonus, vändning, trivsel på magen, interaktion och kontakt med föräldern, joller.

10.7 Återkommande kontroll av ett sex månader gammalt barn

Om alla halvåringens uppföljningsbesök i huvudsak har skötts på grupprådgivningen med undantag av 1,5 månaders och 4 månaders undersökningar, är det skäl att anordna ett individuellt möte mellan familjen med hälsovårdaren senast vid 6 månaders ålder. Syftet med mötet är att bedöma uppväxten och utvecklingen, ge hälsorådgivning och identifiera resurser och eventuella bekymmer.

Utvecklingsstadiet hos ett friskt sex månaders barn. Barnet kan redan vanligen vända sig från rygg till mage och från mage till rygg. När man drar barnet upp för att sitta kommer huvudet före kroppen, och när man sätter barnet att sitta är ryggens balans bra. I upprätt ställning stöder barnet sig på båda fötterna. Magliggande stöder sig barnet med raka armar. En sex månaders baby kan ofta (inte alltid) redan behärskat gripa tag i ett föremål med en hand, flytta föremålet från den ena handen till den andra och föra föremålet till munnen. Barnet har ofta redan lärt sig att skilja bekanta från främmande och beter sig olika mot dem. I den här åldern accepterar babyn emellertid ännu vanligen en främmande persons ansikte efter ett intensivt betraktande, om denna närmar sig barnet långsamt. Temperamentsfulla barn har kramper av ilska i frustrations- och smärtsituationer. Det är på sin plats att observera hur föräldern tröstar barnet. Barnets joller är livligt i den här åldern och barnet kan ha långa "samtal" med sin skötare. Barnet kan utan att skela följa ett föremål som rör sig. Föremålet kan till exempel vara en röd boll som är cirka 1 cm i diameter. Reaktionen på ett hörselstimulus kan vara obetydlig, om barnets uppmärksamhet samtidigt är fäst på andra saker. Föräldrarna kan i allmänhet berätta att barnet kan väckas från sin middagssömn av ett mycket obetydligt prassel. En halvåring med normal hörsel tycker om att åstadkomma buller.

Samtalsämnen och hälsorådgivning se 10.2 Hälsouppföljningen under barnets första veckor. Dessutom tas i den här åldern fram:

- barnavårdsarrangemang eller -planer
- familjens matvanor, regelbunden måltidsrytm, behovet av gemensamma måltider och hälsosam kost
- barnets vänjande vid tandborstning
- förebyggande av de bakteriesmittor som orsakar karies i tänderna
- förebyggande av olyckor
- interaktion och uttryck för känslor
- tröstande
- skygghet

Vid sex månaders ålder undersöks:

- helhetsintrycket och längdens, viktens och huvudomfångets utveckling
- åldersspecifik utvecklingsbedömning: se beskrivningen ovan. Rörlighet, stödjande på de nedre extremiteterna, skyddsreflexer (vid närmanden framifrån och från sidan). Joller och annat tagande av kontakt. Följande av ett rörligt föremål med blicken, vid behov reaktion på hörselstimulus.

Man lyssnar till föräldrarnas observationer och eventuella problem. När man funderar på barnets dagvård talar man med föräldrarna om olika vårdarrangemang och deras eventuella inverkan på barnets fysiska och psykiska hälsa.

Barnet kan ha riskfaktorer för språkutveckling, i slakten kan ha förekommit störningar i talet och språkutvecklingen eller inlärningssvårigheter. Då kan familjen handledas till att följa upp språkutvecklingen enligt Bedömningsmetoden för tidig kommunikation och språkutveckling (Varhaisen kommunikaation ja kielenkehityksen arviointimenetelmä, Lyytinen 1999) som publicerats av Niilo Mäki Institutet (se kap. 11.3 Screening av neurologiska problem). Det är skäl att komma överens om förfarandet med rådgivningsarbetsgruppen.

Alla misstankar om anfall kräver fortsatta undersökningar (se 11.3). Annars innebär små enskilda avvikelser eller dröjsmål jämfört med det ovan beskrivna inte nödvändigtvis en patologisk situation. De lönar sig att tala med läkaren om de bekymmer som kommit fram, ta barnet till läkarmottagningen eller ta upp saken på rådgivningsarbetsgruppens möte. Fortsättningsplanen görs på basis av helhetssituationen.

10.8 Återkommande kontroll av ett åtta månader gammalt barn

I den här åldern träffar både hälsovårdaren och läkaren barnet och dess familj. Om arbetsfördelningen se kap. 10.1.

Utvecklingsstadiet hos ett friskt åtta månaders barn. Barnet kommunicerar med miner och gester. Barnet kommer gärna upp i famnen och söker ögonkontakt, vilket är ett tecken på att barnet litat på föräldern och att interaktionen är positiv. Barnet identifierar sina närmaste vårdare och skiljer dem från främmande. Munnens motorik är bra utvecklad: barnet kan redan äta relativt grov mat och härmar ljud eller surr, knäpp eller motsvarande. Barnet vänder huvudet i riktning mot förälderns röst eller mot mycket tysta röster från sidan, om det inte är speciellt koncentrerat på något annat. Barnets joller innehåller redan kombinationer med konsonanter samt flerstavighet som låter som ord, så kallade jollerkedjor (ba-ba,

ma-ma). Barnet urskiljer redan mycket små föremål och griper tag i dem med pekfinger först. Det lyckas ta föremål samtidigt i båda händerna, byta föremålet från den ena handen till den andra och föra föremålet kontrollerat i munnen. Nya föremål intresserar mera än ett redan undersökt föremål. Barnet efterapar gärna till exempel klappning. Kurragömma gör barnet glatt. När barnet lyfts upp och stå, stöder det sig på fötterna med hela fotbladet (vid 9 månaders ålder kan barnet i allmänhet stå självt om det stöds). Barnet kan redan röra sig målmedvetet på ett eller annat sätt (ålande, krypande, rullande, stjärtrutschande m.m.). En del av barnen kan redan sitta utan stöd (vid 9 månader nästan alla). Barnet behöver inte längre nattmål.

Samtalsämnen och hälsorådgivning se 10.2 Hälsouppföljningen under barnets första veckor och 10.7 Återkommande kontroll av ett sex månaders barn.

Till läkarens hälsokontroll hör förutom utvärderingen av uppväxt och utveckling utredandet av föräldrarnas eventuella bekymmer. Det är skäl att be föräldern beskriva sitt barn.

Vid åtta månader undersöks

- helhetsintrycket
- längdens, viktens och huvudomfångets utveckling
- förmåga till interaktiv kontakt: vill barnet komma upp i famnen, söker det sig till aktiv kontakt, använder det miner och gester, tar det ögonkontakt, jollrar det interaktivt
- förmåga att särskilja främmande från de närmaste skötarna
- åldersmässigt ätande: äter från sked, tuggar, sväljer (anamnestiskt)
- ljudimitation och jollerfärdigheter: kan jollra interaktivt och flerstavigt.
- kan barnet gripa tag i ett föremål med en hand, byta ett föremål från den ena handen till den andra och föra det i munnen
- kan barnet gripa tag i två föremål samtidigt
- intresse för en ny leksak (avspeglar ospecifikt den visuella observations- och processeringsförmågan)
- följande med ögonen och skelning: ett föremål rörs upp, ned och sidledes
- Hirschbergs test, röd reflex
- märker och famlar hemma efter små smulor o. dyl. (anamnestiskt)
- lokaliseringssvar med en liten audiometer
- stöder sig på hela fotbladet
- stödjandet på raka armar magliggande (eller förmåga att krypa). Ofta kan barnet gripa tag i en leksak utan att tappa balansen.
- skyddsreflexerna framåt och åt sidan (bakåt kan ännu saknas)

- spontana rörelser, muskeltonus: observera i synnerhet asymmetri, benägenheten att sträcka på vristerna
- hud, hjärtljud, mage, femoralartärernas puls, vulva eller testiklar, trumhinnor (se kap. 11.4 hörsel- och synscreening)

Om bedömningen lämnar en osäker känsla av att det trots allt finns någonting avvikande i barnets utveckling, är det klokt att konsultera hälsovårdscentralens specialarbetare (t.ex. fysioterapeut). Dessa kan ofta ge föräldrarna råd som stöder barnets utveckling. Det är skäl att göra en ny bedömning efter en kort tid (inom en månad). Ett enskilt fynd har sällan betydelse. Om barnet inte söker sig i föräldrarnas närhet, kan det finnas avvikande interaktion eller psykosocial deprivation i bakgrunden. Dyliga misstankar kräver fortsatta psykologiska, psykiatriska eller neurologiska utredningar, i synnerhet om det finns flera symptom och situationen inte blir bättre. Om man måste vänta på specialundersökningarna, anordnar hälsovårdaren eller familjearbetaren hembesök. Hörselskada måste utslutas i fråga om avvikande språkutveckling. (Mustonen 1999). Om barnet inte reagerar på en miniaudiometers svajton, undersöks öronen, och om otit konstateras, behandlas den, och hörseln undersöks på nytt efter behandlingen. Om otit har konstaterats och lokaliseringssvaret är osäkert, kontrolleras fyndet om en vecka. Om fyndet fortfarande är avvikande, skickas barnet till öronläkaren för fortsatta undersökningar.

Kontrollering och skygghet, dvs. tydligt gynnande av de huvudsakliga skötarna, tyder på att den psykosociala utvecklingen skrider fram. Babyn borde vara i stånd att dela en annans avsikt (dvs. förstå att titta på föremålet och inte fingret, när föräldern pekar med fingret på något). Bristen på dessa färdigheter kan bero på bristfällig växelverkan mellan föräldrarna och barnet eller annan utvecklingsstörning, som bör redas ut. Om barnet inte alls är intresserat av människor, kan det vara frågan om ett autistiskt problem och barnet måste sändas till fortsatta undersökningar.

Om ögat rinner kontinuerligt trots pressande och annan vård, skickas barnet nu eller senast vid 10 månaders ålder till en bedömning om nödvändigheten av en tårkanalsondering. Även en misstanke om synbaserad nackspärr (torticollis) förutsätter fortsatta undersökningar. Om hög skrotal testikel eller kryptorkism konstateras, kontrolleras situationen vid 10 månaders ålder eller barnet sänds omedelbart till fortsatta undersökningar. Biljud i hjärtat förutsätter fortsatta undersökningar (se kap. 11.2). Även skelning och andra ögonfynd förutsätter en vidareremiss.

Efter detta besök blir undersökningarna enligt stomprogrammet fåtaligare, men vid behov finns det möjlighet till extra besök.

10.9 Ett ettårigt barn på rådgivningsbyrån

Utvecklingsstadiet hos en frisk ettåring. Ett ettårigt barn börjar röra sig alltmera självständigt. I genomsnitt lär sig barn att gå kring 1-årsdagen. Alla friska och normala barn kan alltså inte ännu gå i det här skedet. Pincettgreppet är redan välutvecklat hos största delen. Barnet vill göra allt mera saker självt. Det är energiskt och har samtidigt en benägenhet att råka ut för olyckor. De första uttrycken för egen vilja kommer fram så småningom. En ettåring reagerar, när föräldern kallar den vid namn. Barnet kan också reagera på t.ex. ordet "nej" när det hör det, även om det inte ser den tillhörande gesten. Barnet förstår enkelt tal, och det härmar och famlar efter ord. Social interaktion, att hållas i famnen, prat, ramsor, sånger, lekar och samvaro överhuvudtaget är viktiga för barnets utveckling. Trevliga lekar är till exempel att ta och ge ett föremål samt kurragömma tillsammans med en vuxen. Barnet börjar äta samma mat som resten av familjen, varför familjens matvanor har en stor betydelse. En del av barnen har börjat eller håller på att börja i dagvård.

Till identifieringen av föräldrarnas resurser och bekymmer hör

- de glädjeämnen och/eller bekymmer som föräldrarna spontant tar upp
- föräldrarnas värden och attityder som utgör grunden för föräldraskapet
- föräldrarnas egen hälsa, arbetssituation, arbetsfördelning hemma, parförhållande och stresshantering
- föräldrarnas observationer om barnet
- redan upptäckta hälsoproblem hos barnet
- barnets måltider, specialdieter, att komma ihåg D-vitamintillskottet
- familjens gemensamma måltider, familjens dagsrytm
- barnets eventuella sömnsvarigheter
- att umgås med, lugna ner, leka med barnet och annan kommunikation
- familjens sociala situation och närrelationer
- föräldrarnas bruk av rusmedel och våld i familjen
- barnavårdsarrangemang eller -planer
- föräldrarnas arbetsfördelning

I hälsorådgivningen ingår samtal om

- familjens och barnets matvanor, regelbunden måltidsrytm, behovet av gemensamma måltider och hälsosam kost
- barnets tandborstning och förebyggandet av kariessmitta
- förebyggande av olyckor
- förbud och sättandet av gränser
- betydelsen av föräldrarnas trygga närvaro för barnet
- lekande med barnet, lekar, prat, läsning, ramsor och sånger
- tröst och närhet

Vid ett års ålder undersöks:

- helhetsintrycket
- längdens, viktens och huvudomfångets utveckling
- munnens hälsa: Man tittar in under överläppen. Ifall det syns plack på tandytan, hänvisas barnet till munhälsovården
- åldersspecifik utvecklingsbedömning: Se beskrivningen ovan. Rörligheten. Att förstå enkla råd och förbud, att famla efter ord. Barnet reagerar på bekanta namn utan icke-verbalt tips (t.ex. se på lampan, var är mamma, utan att undersökaren med en blick eller gest visar på objektet). Interaktiv lek (kurragömma, vinkande). Användning av händer, kastande av föremål, pincettgrepp.

10.10 Ett 18 månaders barn på rådgivningsbyrån

För ett och ett halvtåringens familj anordnas ett möte med både hälsovårdaren och läkaren, för vilka båda reserveras tillräckligt med tid. Hälsovårdaren ansvarar i första hand för hälsorådgivningen. Läkaren ansvarar i första hand för screening av sjukdomar och tar helhetsansvaret för bedömningen av barnets hälsotillstånd. Läkaren planerar barnets hälsouppföljning tillsammans med hälsovårdaren och familjen. Personligt möte med hälsovårdaren kan delvis ersättas med grupprådgivning, där det finns bra möjligheter att få rådgivning genom diskussion. I grupprådgivning får familjer också höra likställdas åsikter om uppfostringsfrågor. I detta åldersstadium är det viktigt att berätta om barnets normala trotsålder och diskutera hur man skall förhålla sig till den.

Utvecklingsstadiet hos ett friskt ett och etthaltårigt barn. Barnet kan redan gå. Hon tittar in och ut, sträcker sig efter, kliver och undersöker, kastar och slår sönder. Barnet börjar visa en egen vilja: det vill äta själv, klä sig själv, föra sin tallrik själv osv. Föräldern har nu en mycket viktig roll som uppmuntrare och sporrare, men även som trygg och konsekvent sättnare av gränser. Om barnet ständigt får flytta på de gränser och regler som föräldern ställt, kan barnets inre trygghetskänsla förbli outvecklad. Livet borde ändå inte enbart bestå av förbjudande och befallande; barnet måste få känna sig älskat, uppskattat och beundrat som sig själv. Ett barn i den här åldern kommer i allmänhet lätt med i en ny verksamhet, om hon känner sig tryggt. Barnet har redan lärt sig sambandet mellan ord och föremål, och det har i allmänhet betydelsefulla ord som det kan använda i rätta sammanhang. I den här åldern kan man individuellt överväga att börja lära barnet att sitta på pottan. Trots detta bör man inte ännu vänta sig att barnet är torrt. Ett normalt barn insjuknar i 5–10 luftvägs- eller tarminfektioner per år.

Ett av de viktigaste ämnesområdena för *hälsorådgivningen* är stadiet då barnets egen vilja utvecklas kraftigt, vilket ofta kommer som en överraskning för föräldrarna. Att bemöta och acceptera detta som något som hör till barnets normala utveckling är viktigt såväl för barnets reglering av sig självt och sina emotioner som för utvecklingen av barnets förmåga att uthärda besvikelser. Föräldrarnas uppfostringslinjer kan avvika från mainstreamkulturen. Alla föräldrar funderar nödvändigtvis inte själva på sina uppfostringslinjer och sätt, om de inte uppmuntras till det. Faderns och moderns uppfattningar om sätten att uppfostra barnet kan gå i mycket olika riktningar, vilket kan ha lett till spänningar. Det är hälsovårdarens viktiga uppgift att medverka till att man kommer överens med föräldrarna om uppfostringslinjerna och säkra att föräldrarna vet att fysiskt straff är skadligt och ett brott enligt Finlands lag.

Föräldrarna måste dessutom ha en möjlighet att berätta om sina individuella bekymmer som rör till exempel svårigheter i parförhållandet, barnets utveckling eller sjukdom eller konkreta mat-, beteende- eller sömnproblem.

I läkarens *hälsokontroll* ingår förutom bedömningen av barnets uppväxt och utveckling även identifiering av föräldrarnas eventuella bekymmer. Det måste finnas tillräckligt med tid för att hinna undersöka barnet ordentligt och även diskutera till exempel barnets uppfostringsproblem eller sjukdomar. Se även 10.9 Ett ettårigt barn på rådgivningsbyrån.

Vid 1,5 års ålder undersöks

- helhetsintrycket
- längdens, viktens och huvudomfångets utveckling
- förmågan till interaktiv kontakt: vill barnet komma upp i famnen, tar det ögonkontakt
- talproduktion: barnet har vanligen ord som det använder meningsfullt
- talförståelse: barnet pekar på namngivna föremål (bilder) och handlar enligt korta uppmaningar
- användning av sked för att äta och tuggar maten (anamnestiskt)
- barnets övre framtänders renhet (om tänderna är plackbelagda, skickas barnet till munhälsovården)
- tandsprickning (om inte en enda tand syns, skickas barnet till munhälsovården)
- staplandet av 2 klossar (problem kan bero på muskeltonus, svårigheter i ögonens och handens samarbete eller bristfälliga imitationsfärdigheter)
- meningsfull hantering av föremål
- intresse för en ny leksak
- förmåga till interaktiv (boll- eller "ta-ge"-)lek
- följande med ögonen och skelning: ett föremål rörs upp, ned och sidledes

- pincettgrepp
- Hirschbergs test
- direkt täckprov, åtminstone för de barn i vars nära släkt det har förekommit svagsynthet eller skelning
- röd reflex
- går utan stöd
- uppstigning utan stöd, när barnet t.ex. lyfter en boll från golvet
- spontana rörelser, sittställning, muskeltonus: observera särskilt asymmetrier, torticollis som beror på problem i användning av synen
- hud, hjärtljud, mage, femoralartärpulsar, testiklar, vulva, trumhinnor (se kap. 11.4 Screening av hörsel och syn)

Födoämnesallergier håller på att försvinna i den här åldern. Det är skäl att försäkra sig om att föräldrarna följer upp kosten på ett ändamålsenligt sätt. Det är vanligt att elimineringsdieter hålls onödigt länge. Vid behov utarbetar man ett avvecklingsprogram för dieterna.

Pojkar lär sig att tala i genomsnitt litet senare än flickor. Därför är det inte lika oroande att meningsfulla ord eller försök till ord fattas hos pojkar som hos flickor. Om barnets hörsel, kontaktförmåga och talförståelse (t.ex. "Ge bollen till mamma") är typiska för ålder, kan man bli och vänta på de första orden och kontrollera situationen i tvåårsåldern. Det är bra att styra föräldrarna till att leka och prata med barnet och praktisera delad uppmärksamhet (t.ex. en vuxen börjar prata om en sak eller ett föremål, för vilket barnet visar intresse). Om barnet som ett och ett halvtåring aktivt använder bara ett par ord, är det befogat att ta reda på om det finns läs- och skriv-, inlärnings- eller koncentrations-svårigheter i släkten. Om sådana finns hos de närmaste släktingarna, kan familjen även ha nytta av talterapeut. Ett barn som misstänks ha svårigheter att förstå det hörda talet (anvisningar, frågor, benämningar som är bekanta från vardagen) borde hänvisas till undersökningar hos talterapeuten.

Problem i språkutvecklingen kan vara de första symptomen på en speciell svårighet i språkinläring (dysfasi), hörselskada, utvecklingsstörning, autism eller andra kontaktproblem, motoriska störningar (dyspraxi, svårighet att styra talrörelser), deprivation och familjens interna interaktionsproblem och mångkulturella barns komplicerade psykosociala problem. Om släktingarna har haft störningar i språkinläring och koncentration, dyslexi eller inlärnings-svårigheter, är det skäl att följa upp språk- och kommunikationsutvecklingen noggrannare än normalt. Man bör inte tveka att be talterapeuten om hjälp. I tvivelaktiga fall kan Bedömningsmetoden för tidig kommunikation och språkutveckling (Lyytinen 1999) fortfarande användas.

Problem i meningsfull hantering av föremål kan bero på talhörsel och talförståelse, ögats och handens samarbete, förståndshandikapp osv.

Det är alltså klart att varje fynd måste bedömas i relation till helheten. Synundersökningen är speciellt viktig om syskonen eller föräldrarna har haft funktionell svagsynthet eller skelning.

Testikelretention kan förekomma i vilken ålder som helst före puberteten, varför palpation av testiklarna hör till varje rådgivningsläkarundersökning.

10.11 Ett tvåårigt barn på rådgivningsbyrån

Utvecklingsstadiet hos ett friskt tvåårigt barn. Ett tvåårigt barn utvecklas motoriskt hela tiden. Det kan redan springa litet, det lär sig att kliva uppför trapporna och övar sig i allmänhet i balansgång. En tvååring vill få och göra de mest olika saker. Barnet har emellertid ingen uppfattning om vad den kan få och inte få, varför en vuxen ofta tycker att det här är en svår ålder. Barnet leker gärna med andra barn. Barnen kan emellertid inte egentligen ännu leka tillsammans, utan de leker samma lek sida vid sida. En tvååring talar vanligen med tvåordiga meningar men kan säga orden fel och repetera de första stavelserna i orden. Variationen för den individuella språkutvecklingen är bred: ordförrådet kan variera mellan 0–600 ord (Lyytinen 2003). Barnet frågar ”vad”-frågor. Man bör inte ingripa i barnets tal genom att korrigera barnets uttryck. Däremot är det bra att fortsätta diskussionen och samtidigt ge den rätta modellen för barnets felaktiga ordform. Barnets utveckling främjas när man talar och läser mycket och tittar på bilder med barnet.

Nu är det dags för potträningen: Många barn blir helt av med blöjorna mellan 2–3 år. Å andra sidan behöver väldigt många ännu nattblöjor. Barn blir torra i olika takt, och det krävs känslighet av föräldern att förnimma sitt barns situation.

Man borde bli av med nappen senast i den här åldern. Barn insjuknar fortfarande ofta i infektionssjukdomar.

Identifiering av föräldrarnas resurser och bekymmer och hälsorådgivning: se 10.9 Ett ettårigt barn på rådgivningsbyrån. Till rådgivningen hör dessutom samtal om

- tvååringens utvecklingsstadium: trotsålder, sättandet av gränser och sätt med vilka man kan klara av problematiska situationer
- familjens och barnets matvanor, betydelsen av gemensamma måltider, hälsosam kost, undvikandet av ett ständigt småätande och påminnandet om D-vitamintillskott
- barnets tandborstning och förebyggandet av kariessmitta
- barnets och familjens användning av fluortandkräm och xylitol
- potträning och avstående från nappen
- begränsande av tv-tittande

Hos ett tvåårigt barn undersöks:

- helhetsintrycket
- längdens, viktens och huvudomfångets utveckling
- åldersspecifik utvecklingsbedömning: se beskrivningen ovan. Gående, hukande och oppstigande, bollsparkning. Talets utveckling: efterföljande av enkla råd och förstående av förbud, nämnande av bekanta föremål på en bild. Byggande av ett torn på ett par klossar.

Det är viktigt att identifiera de barn vilkas språkutveckling sannolikt inte framskrider på det ålderstypiska sättet. Vid bedömning av barnets språkutveckling måste uppmärksamhet därför fästas vid barnets sätt att vara i växelverkan. Även barnets förmåga att förstå tal och använda förspråklig kommunikation berättar om språkutvecklingens framskridande.

Speciell uppmärksamhet bör fästas vid de barn, som inte ännu vid tvåårsåldern kan säga meningsfulla ord eller vilkas närmaste släktingar har eller har haft språkliga svårigheter. Om en tvååring inte använder ord eller inte förstår enkla verbala anvisningar, försöker man bedöma om barnet hör normalt. Om hörseln verkar normal, är det skäl att skicka barnet för bedömning hos talterapeuten. Ifall det misstänks, att barnet inte hör normalt, utfärdar man en remiss till centralsjukhuset eller undersökningar på hörselcentral (se kap. 11.4 screeningar av hörsel och syn). Situationen med tanke på språkutvecklingen måste bedömas på nytt efter öronläkarens undersökning.

Interaktionen mellan föräldern och barnet bör observeras. En tvååring kan förväntas vara initiativrik i interaktionen. Han kan lyda förbud och korta, tydliga anvisningar (självreglering). Barnet kan trösta och söka tröst hos föräldern (barnets och föräldrarnas förmåga till empati). Föräldern borde vara i stånd att ge barnet tydliga anvisningar och sätta gränser och upprätthålla dem utan våld. Föräldern bör kunna inställa sig empatiskt till barnet. Barnet bör ha regelbundna dagsrutiner (tidskänsla och självreglering).

Serumets kolesterolhalt undersöks i tvåårsåldern hos de barn som har familial hyperkolesterolemi i släkten eller som har haft kranskärlssjukdom i den nära släkten (se kap. 11.2 Somatiska screeningar).

10.12 Ett treårigt barn på rådgivningsbyrån

När barnet fyller tre år kan mötet med familjen anordnas antingen med hälsovårdaren och läkaren eller enbart med hälsovårdaren. Alla barns 3-årsläkarkontroll kan lämnas bort, om det måste göras nedskärningar på orten på grund av bristen på läkarresurser. Det är emellertid skäl att

dimensionera läkarens rådgivningsarbete så att hälsovårdaren på basis av sin undersökning kan hänvisa barnet smidigt till läkarens mottagning. Undersökningen kan även göras under hembesöket. En del av besöket kan också ersättas med grupprådgivning, så att det behövs mindre tid för det individuella mötet. Man kan besluta lokalt om utvecklingscreeningarnas omfattning: (se 11.3).

På vissa rådgivningsbyråer används rådgivningens och daghemmets gemensamma Formulär för bedömning av ett treårigt barns utveckling. I formuläret har daghemmet skrivit vissa observationer om barnet, och informationen går med föräldrarna till rådgivningen. På basis av rådgivningsundersökningen skriver hälsovårdaren eller läkaren sina egna observationer i formuläret till kännedom för daghemmet med eventuella förslag till fortsatta åtgärder.

Utvecklingsstadiet hos en frisk treåring. Barnet kan hoppa jämfota åtminstone ett hopp. Det kan hålla balansen en stund på den ena foten. Barnet kan kasta bollen med båda händerna så att bollen går i den tilltänkta riktningen. Barnet kan gå på tårna. (Somliga barn går till och med hela tiden på tårna. Det är normalt, om hälen är på marken när man står.) Kobentheten är som värst. Barnet kan säga flera ord tydligt och förståeligt och tala i korta meningar. Talet kan vara hackigt och repetitivt. En treåring ställer många "varför, var"-frågor. Vanligtvis kan ett barn i den här åldern koncentrera sig för ca 15 minuter, till exempel när hon leker ensam. Barnet härmar ofta de vuxnas vardagsfunktioner, t.ex. matar en docka. Hon tycker om att lyssna till berättelser, när hon själv kan följa med berättelsen genom att titta på bilderna. Hon borde reagera på musik på ett eller annat sätt. Hon vill ha allt, är självständig och nyfiken. Hon prövar nya leksaker: känner, klappar, välter och tömmer, klämmer och fyller. Hon tycker om att bygga, men ritandet är ännu klotter. Vanligtvis kan ett treårigt barn köra på en trehjuling och är intresserad av lekar både ute och inne. En treåring har redan förstått att hon kan inverka på sin omgivning med sin vilja. Barnet vill även göra skillnad på sig självt och andra och på ett konkret sätt uppleva att bli omhändertagen. I praktiken innebär dessa drag att barnet är ofta rätt så trotsigt och krävande. Många föräldrar är trötta på ständiga vredesutbrott. Barnet borde konsekvent orka följa förbud och råd. Med en del barn lyckas leken inte alltid som treåring, även om barnet njuter av andra barn. I de flesta lekarna leker man sida vid sida med andra barn. En treåring är inte ännu kapabel till någon egentlig samlek. En treåring kan själv klä av sig och den kan klä lätta kläder på sig själv eller på en docka. Många treåringar undersöker ivrigt sina könsorgan och leker med dem. Nästan alla kan tömma tarmen och urinera i pottan. (Först över 4-åringar anses smutsa ner.) Cirka hälften av över 3-åriga barn är också nattorra. Nappen borde man redan ha blivit av med

Identifieringen av föräldrarnas resurser och bekymmer, se 10.9 Ett ettårigt barn på rådgivningsbyrån. Därutöver

- Föräldrarnas uppfattning om barnets talförmåga, koncentrationsförmåga, härmande av vardagsbestyren, lyssnande till berättelser, (reaktion på musik)
- vidareutveckling av den egna viljan, och hur föräldrarna orkar med den
- barnets initiativtagande i dagliga ärenden
- behov av dagblöja, användning av nappen
- hur barnet leker med andra barn

Hälsorådgivningen Se 10.9 Ett ettårigt barn på rådgivningsbyrån. Dessutom tas fram

- 3-åringens utvecklingsstadium: en 3-åring lär sig mönstergillt. Familjens gemensamma sysslor och att lära sig från vardagsbestyren. Det lönar sig att styra föräldrarna till att tacka och uppmuntra sitt barn, samtala med barnet, svara på dess frågor som känns evinnerliga och läsa sagor för sitt barn;
- D-vitamintillskott (oktober-mars); barnets och familjens användning av fluortandkräm och xylitol
- begränsande av tv- och videotittande och förhållandet till en eventuell dator (se kap. 14.7 Barn och datateknik)

Vid tre år undersöks:

- helhetsintrycket
- längdens, viktens och huvudomfångets utveckling
- barnets övre framtänders renhet (om tänderna är plackbelagda, skickas barnet till munhälsovården)
- ansiktets symmetri (om det finns tydlig asymmetri, skickas barnen till munhälsovården)
- den psykosociala utvecklingen: barnet borde vara intresserat av andra barn, vara i stånd att vänta en stund och uthärda föräldrarnas korta frånvaro
- grovmotorik: gående, gång på tårna, stående på ett ben, hoppning och bollkastning (se beskrivningen ovan). Gåendet måste vara riktningsmedvetet, rytmiskt, flexibelt, avslappnat. Riktningsmedvetenheten borde bevaras oberoende av att barnet ser sig omkring.
- talförståelse: följer enkla anvisningar, pekar på extremiteterna och ansiktets delar
- talproduktion: meningar med minst 3 ord, använder pluralformer
- begreppsförståelse: förstår skillnaden mellan stor och liten i en bilduppgift, kan klassificera klossar av olika färg på olika platser. Barnet borde också förstå skillnaden mellan könen.
- perception av det hörda: skiljer på ord av samma typ som har olika betydelse

- öga-hand-samarbetet: lyckas bygga ett torn av 7 klossar, kopierar en cirkel, lod- och vågrät linje, kan skruva av en kork
- synförmåga: närseende och/eller synskärpa på avstånd (det är tillrådligt att undersöka båda) t.ex. med hjälp av LH-tavlor och -kort (om barnet är kooperativt), skelning med täckprov och Hirschbergs test. Stereoseendet kan undersökas t.ex. med TNO-testet, om ett sådant är i bruk på rådgivningen.
- om det finns problem i talförståelse eller talproduktion, måste man säkra att barnets hörsel är normal (se kap. 11.4)

Om det finns lindriga avvikelser i minst tre deluppgifter som kartlägger grovmotoriken, skickas barnet till fysioterapeut eller barnneurologiska poliklinik för fortsatt bedömning enligt det lokala vårdprogrammet. Ett barn som misslyckats i två deluppgifter borde undersökas på nytt efter en viss tid. På motsvarande sätt utförs en helhetsbedömning av andra delområden.

Undersökningen av synskärpan lyckas inte alltid på grund av bristande Kooperation. Om det inte finns speciell orsak att misstänka svagsynthet, kan undersökningen i dessa fall skjutas upp. Det finns orsak till fortsatta undersökningar, om både när- och avståndssynskärpan är binokulärt sämre än 0.5 eller om det finns en skillnad på 2 rader mellan ögonen eller om uppenbar skelning konstateras.

Barnet skickas för bedömning hos talterapeuten, om talet är otydligt eller knappt, om barnet har det svårt att förstå korta anvisningar och/eller frågor, om barnet inte håller sig till ämnet eller inte ger begripliga svar eller inte kan koncentrera sig på att lyssna: till exempel inte reagerar på en fråga eller en anvisning.

Om både hälsovårdaren och läkaren deltar i utförandet av undersökningen, måste man komma överens om en arbetsfördelning mellan dem så att den blir ändamålsenlig och smidig.

10.13 Ett fyraårigt barn på rådgivningsbyrån

Möte med hälsovårdaren. Man kan besluta lokalt om omfattningen av utvecklingsscreeningar: se 11.3 Screening av neurologiska problem.

Utvecklingsstadiet hos en frisk fyraåring. En fyraåring är ofta energisk och har svårt att hållas på plats länge, men om någon syssla verkligen intresserar honom, kan han koncentrera sig bra på den för en halv timme. Med ett enskilt föremål orkar han leka i 5–10 minuter. Barnet har lärt sig att kontrollera sina rörelser bra, och han är självsäker och orädd i sina lekar. Följande karakteriseringar av den motoriska utvecklingen används i LENE-metoden (se kap. 11.3). Barnet kan hoppa på ett ben på stället 4–5 gånger och göra grenhopp. Han kan stå på ett ben 5–6 sekunder och gå

längs en linje. Även finmotoriken är bra utvecklad, de flesta barn kan redan använda sax och knäppa sin dräkt. Språkutvecklingen har framskridit snabbt. Barnet kan producera hela meningar, med minst 3–4 ord, och talet är lätt att förstå. R och S kan ännu bli utbytta. Barnet kan lätt följa anvisningar i två delar, räkna åtminstone till tre och förstå frågor. Han kan namnge minst tre av de fyra huvudfärgerna. Fyraåringen har en livlig fantasi, han överdriver, skryter och berättar överkliga historier. Fyraåringen kan redan leka tillsammans i en grupp på två barn, men i lekarna finns inte ännu någon plan för att nå det gemensamma målet. Barnets intresse riktas mera mot kompisarna än själva verksamheten. Barnet tycker om rollekar. Många barn leker även gärna med sina könsorgan, visar dem för varandra och klär av varandras byxor. Barnet förmår redan bra att vara borta från sina föräldrar en stund. De flesta barn är torra och rena, även om sängvätning är relativt allmänt.

Identifiering av föräldrarnas resurser och bekymmer: se 10.9 Ett ettårigt barn på rådgivningsbyrån (i tillämpliga delar). Därutöver:

- föräldrarnas uppfattning om barnets koncentrationsförmåga, initiativtagande, lekfärdigheter med andra barn och de mest omtyckta lekarna
- eventuell (säng)vätning

Hälsorådgivning: se 10.9 Ett ettårigt barn på rådgivningsbyrån (i tillämpliga delar). Dessutom tas fram:

- fyraåringens utvecklingsstadium: fantasin kan orsaka problem, när skillnaden mellan verkligheten och fantasin är oklar. Det är inte bra att skrämma eller hota, ty barnet har också annars lätt överdrivna rädslor. Det är bra att uppmuntra föräldrarna till att tacka och sporra sitt barn, samtala med barnet, svara på barnets frågor som känns evinnerliga. En fyraåring tar initiativ och det är skäl att lära henne att vara ren. Hon deltar gärna i hemarbeten.
- barnets kreativitet, sagor, pyssel, byggande osv.
- D-vitamintillskott (oktober-mars); barnets och familjens användning av fluortandkräm och xylitol
- begränsandet av tv- och videotittande och förhållandet till en eventuell dator (se kap. 14.7 Barn och datateknik)

Vid fyra år undersöks:

- helhetsintrycket
- längdens, viktens och huvudomfångets utveckling
- övre framtändernas renhet och ansiktets symmetri (se 10.12 Ett treårigt barn på rådgivningsbyrån)
- grovmotorik: gående, gående längs en linje, stående och hoppande på ett ben, grenhopp på stället. Kastande och fångande av bollen borde lyckas från två meters avstånd.
- interaktionsfärdigheter: barnet är i stånd till växelverkan

- uppmärksamhet och motivation: barnet kan koncentrera sig på uppgifterna vid undersökningssituationen ca 10 minuter i ett sträck
- förståelse av tal och begrepp: följer anvisningar i två delar, svarar korrekt på frågor, nämner färger, räknar åtminstone till tre
- talproduktion: meningar med minst 3–4 ord, lätt förståeligt tal
- perception av det hörda: skiljer på ord av samma typ som har olika betydelse
- ögats och handens samarbete: kopierar modellbilder (kors och kvadrat), klipper längs en rak linje, trär pärlor som är 1 cm i diameter på en plasttråd
- figurlådan kan användas för att kartlägga den rumsliga perceptionen. En fyraåring klarar av att sätta de tre lättaste klossarna i lådan. De två svåraste (triangeln och polygonen) kan barnet placera i lådan antingen genast eller efter att en gång blivit visat och färdigheten bevaras
- i synundersökningen upprepas 3-åringens undersökningar
- hörseln undersöks med audiometer (screening). En normal hörsel är 20 dB 0,25–4 kHz

Om det finns lindriga avvikelser i minst tre deluppgifter som kartlägger grovmotoriken, skickas barnet till fysioterapeut för fortsatt bedömning. Redan en enskild klar avvikelse är betydande, om det en finns lindriga avvikelser i 1–4 andra uppgifter. Då måste rådgivningsarbetsgruppen lokalt överväga, om det finns orsak till stödåtgärder eller handledning av familjen och uppföljningsbesök hos hälsovårdaren. Ett barn som misslyckats lindrigt i två deluppgifter bör undersökas på nytt efter en viss tid. På motsvarande sätt utförs en helhetsbedömning av andra delområden. När man bedömer barnets utveckling måste man se på helheten och barnets utveckling, inte enbart enskilda färdigheter.

Med tanke på den psykosociala utvecklingen är det alarmerande, om barnet inte kan knyta vänskapsband eller leka interaktivt. I första hand är det bäst att utreda saken genom att, med föräldrarnas tillstånd, fråga om dagvårdens synpunkter. Vid behov ber man om en psykologs bedömning och dryftar situationen i rådgivnings- eller rehabiliteringsarbetsgruppen.

Om det framkommer problem i talproduktionen, följandet av anvisningar, förståelsen av frågor och begrepp eller perceptionen av det hörda, är det skäl att sända barnet för undersökning till talterapeuten. Om barnet uttalar ljud fel eller talar otydligt, är det skäl att undersöka tungbandets längd (om tungbandet är kort kan detta hindra barnet att använda tungspetsen). Skärningen av tungbandet lyckas sällan efter babyåldern utan anestesi, och då måste man vid behov skriva en remiss för ingreppet.

Det vore önskvärt att undersökningar, diagnoser, rehabiliteringsplaner och terapier som rör dysfatiska barn skulle vara färdiga vid fem års ålder. Den nya ICD 10-sjukdomsklassificeringen innehåller tydliga kriterier för diagnostik av dysfasi. Om det finns tillräckligt med lokal expertis och en

möjlighet att konsultera den specialiserade sjukvården, kan undersökningar och diagnostik påskyndas och stödåtgärder startas omedelbart. Ett dysfatiskt barn är läropliktigt vid 6 år och dess förskoleålder börjar vid 5 år. För en förlängd läroplikt behövs ett psykologutlåtande.

10.14 Ett femårigt barn på rådgivningsbyrån

Undersökningen av en femåring är i allmänhet den mest omfattande och tidskrävande av alla återkommande kontroller på rådgivningen. Även relativt lindriga neurologiska problem som senare orsakar skolsvårigheter borde upptäckas senast i den här åldern. Då kan de redas ut ändamålsenligt och stödåtgärderna kan vid behov startas före skolåldern. Trots noggranna testningar kommer en del av inlärningssvårigheterna fram först i skolåldern. Inlärningssvårigheter orsakar lätt en cirkel som leder till utslagning som man måste försöka förebygga med alla möjliga medel. När en störning har identifierats, måste man vidta lämpliga stödåtgärder och vid behov tidig rehabilitering. Det är skäl att utreda, om barnets problem berättigar henne till exempel till tidigareläggning av förskoleundervisningen. I undersökningen kan användas ett förintervjuformulär, som föräldrarna ifyller. Man kan besluta lokalt om utvecklingsscreeningarnas omfattning och tidpunkt (se 11.3). Om man har beslutat att koncentrera de noggrannaste utvecklingsscreeningarna på barn under fem år, bör man komma ihåg att på någon annan ort skulle kanske först femåringar undersökas mera ingående. I femårskontrollen av barn som flyttat till området är det därför skäl att utreda, om utvecklingsscreeningarna har gjorts på barnet.

Det rekommenderas att man ber barnets dagvårdare om ett utlåtande också för 5-årsundersökningen. De har ofta en bra uppfattning om barnets situation, färdigheter och eventuella problem. Deras utlåtande är ett värdefullt expertställningstagande, som kompletterar föräldrarnas berättelse. Det är även möjligt att genomföra en del av 5-årsundersökningen på daghemmet (se 3.6.2 Samarbetet med dagvården).

Hälsovårdarens främsta uppgifter i femårsundersökningen är förintervjun med föräldrarna, allmän hälsofostran, mätning och vägning av barnet. Hälsovårdaren bör även låta barnet göra utvecklingsnivåuppgifterna (om de inte har gjorts i dagvården). På basis av dessa gör läkaren den somatiska undersökningen av barnet, samlar ihop resultaten och framför slutsatserna. Försättningsplanerna görs tillsammans med föräldrarna och hälsovårdaren. Försättningsplanerna består ofta av att man beslutar om fortsatta undersökningar och kommer överens om hur man tar kontakt.

Utvecklingsstadiet hos en frisk femåring. En femårings förmåga till långsiktig verksamhet är redan ganska utvecklad. Barnet orkar koncentrera sig på olika uppgifter, t.ex. på 5-årstesten minst 25–30 minuter. Barnet är nyfiket (till exempel intresserat av sin omgivning och också av de saker som finns i hälsovårdarens rum). Han samtalar och lyssnar gärna

till sagor och musik. Femåringens motoriska färdigheter (kombinerandet av rörelser och smidighet) är redan relativt utvecklade. Barnet klättrar, cyklar, hoppar rep osv. Barnet tycker ofta om att pyssla kan redan klippa en cirkel med saxen, trä ledigt pärlor och kopiera en triangel. Häntheten har stabiliserats, och penngreppet är ett vuxenaktigt trefingersgrepp. Teckningen av människor har flera detaljer. Barnet hittar små detaljer på teckningarna, jämför och sorterar föremål efter deras egenskaper och bygger helheter av klossar efter en modell. Barnet förstår frågesatser, använder tidsformer, kan ta om korta rytmserier och meningar och förstår grundbegrepp. Avsaknaden av R, S eller D är mycket vanligt. Om något annat ljud fattas eller är felaktigt, hänvisas barnet till talterapeuten. Om det finns läs- och skrivsvårigheter, måste ett barn som är försenat i sitt tal och/eller språkutveckling hänvisas till talterapeuten senast som 5-åring. Viktigare än små fonetiska fel är att talet annars är flytande och språkliga färdigheter annars är ålderstypiska. En femåring kan vanligen klara av stressituationer utan extrema känsloutbrott. Han är social och trivs såväl med sina lekkamrater som med vuxna. Barnet kan lära sig att göra överenskommelser och bedöma sitt eget uppförande. Med lekkamraterna planeras lekarna tillsammans, uppgifterna delas och man kan redan även ge med sig. Fantasi- och rollekar är behagliga. Det är ännu vanligt med sängvätning men det är ändå bra att diskutera saken på läkarens mottagning.

Identifiering av föräldrarnas resurser och bekymmer: se 10.9 Ett ettårigt barn på rådgivningsbyrån (i tillämpliga delar). Därutöver:

- föräldrarnas uppfattning om barnets koncentrationsförmåga, initiativtagande och dess lekfärdigheter med andra barn
- föräldrarnas uppfattning om barnets känsloliv, rädslor, skygghet och aggressivitet
- konstaterande av omtyckta lekar och rörelseformer
- är barnet sängvätare
- barnets medverkan i hemmets sysslor
- barnets vårdarrangemang, samarbetet med dagvården

Hälsorådgivning se 10.9 (i tillämpliga delar). Dessutom tas fram:

- femåringens utvecklingsstadium
- klassiska sagor och deras betydelse (empatiförmågans utveckling, att skilja på rätt och fel samt gott och ont osv.)
- D-vitamintillskott (oktober-mars); barnets och familjens användning av fluortandkräm och xylitol
- begränsandet av tv- och videotittande och förhållandet till en eventuell dator (se kap. 14.7 Barn och datateknik)

Om bedömningsmetoderna och screeningkriterierna för *ett femårigt barns uppväxt och utveckling* måste överenskommas med specialarbetarna i området (i första hand med psykologen, talterapeuten, fysioterapeuten

och den eventuella sysselsättningsterapeuten). Oberoende av metoden måste alla delområden i utvecklingen täckas på något sätt. LENE-testet är avsett för bedömning av dessa färdigheter (Valtonen & Mustonen 2003). Även Snögubbe-testet är en del av LENE-testet. (Se även 11.3, Screening för neurologiska problem)

Det föreslås att hälsovårdaren (eller eventuellt delvis dagvården) ansvarar för att följande saker undersöks hos barnet:

- helhetsintrycket
- längdens, viktens och huvudomfångets utveckling
- grovmotorik (enligt LENEs aktuella version; screeningkriterier kan justeras när det kommer mera forskningsresultat): gående på hämlarna och tårna, gående på tårna längs en linje 5 m, stående på ett ben (minst 10 sekunder utan att nämnvärt vackla) och hoppandet på en fot (borde lyckas minst 10 gånger rytmiskt). Barnet borde lyckas kasta och ta fast en ärtpåse på 2 meters avstånd så att händerna inte rör kroppen.
- interaktionsfärdigheter, uppmärksamhet och motivation: barnet kan koncentrera sig på uppgifterna vid undersökningssituationen i ca 25–30 minuter utan avbrott. Talet måste vara adekvat och interaktionen måste ta i beaktande båda parterna, barnet talar till exempel inte på en annan, lyssnar på vad den andra säger, svarar på frågorna.
- färdigheter i tal och språk undersöks med en standardiserad test, till exempel den s.k. Snögubbe-testen. Berättandets smidighet, logiskhet och förståelighet, hörförståelse (frågesatser och tidsformer), talmotoriken, det auditiva serieminnen (att komma ihåg ordserier), satsminnet och ordgestalter, nämning och artikulation, förståelse av basbegrepp och instruktioner bedöms.
- visuell perception: barnet är i stånd att bygga en konstruktion av 6 klossar på nytt enligt en given modell
- ögats och handens samarbete: kopierar modellfigurer (en triangel och en triangel-kvadratkombination), klipper en cirkel med saxen, trär pärlor som är 1 cm i diameter på en plasttråd normalt 5–6 pärlor i minuten
- synundersökning: som vid 3 år, skäl för fortsatta undersökningar: se bilaga 17. Om en 5-åring konstateras ha en svår störning i visuell perception, måste barnet även få en remiss till ögonläkarens undersökning.
- Hörseln undersöks med audiometer (screening), om hörseln inte har kontrollerats vid 4-årsåldern. En normal hörsel är 20 dB 0,25–4 kHz
- (blodtrycket)

Läkaren bekantar sig med handlingarna och undersökningen, intervjuar föräldrarna och undersöker barnet. I läkarundersökningen kan i tillämpliga delar ingå delar av de ovan uppräknade uppgifterna, i synnerhet om fyndet har varit avvikande eller hälsovårdaren inte varit säker på fynden. Om barnet har ett aktuellt hälsoproblem (t.ex. vätning), tar

man naturligtvis itu med det på ett normalt sätt. Läkaren undersöker varje barn även vad gäller

- helhetsintrycket
- längdens, viktens och huvudomfångets utveckling
- övre framtändernas renhet och ansiktets symmetri (se 10.12 Ett treårigt barn på rådgivningsbyrån)
- diadokokinesi (lyckas i samma takt minst 5 gånger utan att överarmen rör sig)
- finger-nästipp-test (måste lyckas utan tremor eller andra kramp-ryckningar)
- hud, hållning, hjärtljud, mage, femoralartärpulsar, testiklar.
- (blodtryck, om man inte kommer överens om att det är hälsovårdarens uppgift i samband med 5- eller 6-årsundersökningen)
- samtal med barnet: barnets uppfattning om sin hälsa, barnets åsikter

I den här åldern hörs hos många barn biljud i hjärtat. Fyndet och ett eventuellt förslag för fortsatt undersökning borde alltid berättas för föräldrarna.

Det beror på lokal arbetsfördelning och lokala avtal och resurser, hur man förhåller sig till ett barn som har talfel men vars tal annars är flytande och språkliga färdigheter ålderstypiska. Läkaren drar slutsatserna på basis av undersökningsresultaten och ger respons till barnet och föräldrarna. Med föräldrarna kommer man överens om att ge respons till dagvården. Om eventuella fortsatta undersökningar eller stödåtgärder överenskomms med föräldrarna. Om förfaringssätten vid avvikande fynd borde finnas på förhand överenskomna skriftliga anvisningar.

10.15 Ett sexårigt barn på rådgivningsbyrån

Sexåringar börjar i förskolan och deras hälsovårdsarrangemang varierar beroende på kommun. Innehållet i undersökningen av en sexåring är emellertid likadan vare sig den genomförs på rådgivningsbyrån eller i skolhälsovården. När sexåringen ännu möts på rådgivningen, är det bäst att diskutera skolhälsovården med barnet och familjen. Samtidigt kommer man överens om överförandet av uppgifterna till skolhälsovården, vilket borde ske med flexibel rapportering, om skolhälsovården har en annan hälsovårdare än barnrådgivningen. Om utvecklingscreeningarnas omfattning kan beslutas lokalt (se 11.3).

Utvecklingsstadiet hos en frisk sexåring. Skedet av snabb tillväxt vid sexårsåldern kan ha gjort barnet klumpigare än tidigare. Barnet kan redan klä på och av sig på egen hand och börjar bli självständigt. Å andra sidan behöver det ännu mycket trygghet. Det är till exempel farligt att röra sig

ensamt i trafiken, eftersom barnets observationsförmåga inte ännu (på många år) är jämförbar med en vuxens. Jämnårigas sällskap är behagligt och även nödvändigt. Så här lär sig barnet sociala färdigheter som att underhandla, vänta på sin tur och ta hänsyn till andra. Även familjens gemensamma aktiviteter, motion, lägerliv och gemensamma lässtunder är viktiga. För skolgången som närmar sig lönar det sig att öva såväl teckning och pyssel som koncentration, lyssnande och att uttrycka sig verbalt.

Identifieringen av föräldrarnas resurser och bekymmer: se 10.9 Ett ettårigt barn på rådgivningsbyrån och 10.14. Ett femårigt barn på rådgivningsbyrån. Därutöver:

- Den aktuella situationen för de bekymmer och fynd som kommit fram i 5-årsundersökningen, eventuellt behov av särskilt stöd och fortsättandet av stödåtgärderna i skolåldern
- frågor som hör ihop med skolstarten

Hälsorådgivningen se 10.14 Ett femårigt barn på rådgivningsbyrån. Därutöver:

- sexåringens utvecklingsstadium, speciellt den socioemotionella utvecklingen
- stöddandet av självstyrningen och utvecklingen av ansvarskänslan
- hänvisning till munhälsovården, om barnet inte ännu har varit på tandvårdskliniken, barnets användning av fluortandkräm och xylitol

Vid sex år undersöks:

- helhetsintrycket
- längdens, viktens och huvudomfångets utveckling
- övre framtändernas renhet och ansiktets symmetri (se 10.12 Ett treårigt barn på rådgivningsbyrån)
- grovmotoriska uppgifter lyckas av de flesta 6-åringar: att gå baklänges längs en markeringstejp (2–3 meters sträcka med högst 2 svajningar), att stå på ett ben (i minst 15 sekunder) och hoppa på ett ben (minst 15 gånger rytmiskt och smidigt), överskridandet av kroppens mittlinje (se kap. 11.3)
- riktandet av uppmärksamheten, koncentration, interaktion
- talproduktion: att berätta om en bild, normal talmotorik
- hörselminne (återger 4 substantiv)
- talförståelse: efterföljande av anvisningar, klassificering och förståelse av överbegrepp, förståelse av "varför"-frågor, räkning av tio klossar
- läs- och skrifärdigheter: skrivande av det egna namnet, bokstavs-känedom, identifiering av initialljudet
- visuell perception: rekonstruktion av en tredimensionell klosskonstruktion (svårare modell än som 5-åring)

- ögats och handens samarbete: kopiering av modellfigurer och klippning med sax (framåtskridande från 5-årsåldern)
- blodtrycket, om det inte har mätts som 5-åring eller om resultatet då var nära screeninggränserna.
- synundersökningar om synen inte har undersökts i femårsåldern eller om det väcks misstankar om synproblem. Den normala synskärpan är 0.8 eller mera med vardera ögat separat och båda ögonen tillsammans och det finns inte två raders avstånd mellan ögonen. Stereosyntest (t.ex. TNO- eller Lang I-test) om synen inte har testats tidigare och metoden används på rådgivningsbyrån.
- hörseln undersöks med audiometer (tröskelmätning på alla). En normal hörsel är 20 dB 0,25–4 kHz

Det är skäl att fråga på nytt om det har kommit fram hyperkolesterolemi eller tidig kranskärlssjukdom i den nära slakten (se 11.2 Somatiska screeningar). Om barnet tillhör en s.k. risksläkt, är det skäl att senast nu ta ett blodprov för att undersöka kolesterolvärdena.

På grund av de risker som hör ihop med ljudfel (se föregående kap.) är det skäl att till talterapeuten hänvisa åtminstone de barn för vilka det av ett eller annat skäl föreligger en risk att de blir mobbade eller att de drar sig tillbaka.



Screeningar för sjukdomar och handikapp

11 SCREENINGAR FÖR SJUKDOMAR OCH HANDIKAPP

Den allmänna principen för screening borde vara att man bara screenar för sådant som är nyttigt att konstatera. På rådgivningsbyrån måste det finnas klara anvisningar om, hur man skall gå till väga med positiva screeningresultat. För de screenade anordnas behövliga resurser för undersökning och vård.

Ovan har beskrivits åldersgruppsmässiga screeningmetoder. Rådgivningen kan avvika från dem på goda grunder. Till exempel neurologisk screening kan genomföras på många sätt. Som hjälp kan användas frågeformulär som skickas hem på förhand, eller man kan be föräldern fylla i formuläret under väntetiden. Om en del av screeningarna flyttas till dagvården, måste man komma ihåg att tolkningen av screeningresultaten och utförandet av diagnosen är hälsovårdens, i sista hand läkarens uppgift (se även kap. 3.6.2).

Rådgivningens ansvarsläkare har det primära ansvaret för vilka screeningar som utförs på rådgivningen, eftersom hon också ansvarar för att patienterna i rätt tid skickas till den specialiserade sjukvården. Man måste komma överens om screeningmetoderna gemensamt. På varje rådgivningsbyrå kommer man överens om arbetsfördelningen mellan hälsovårdaren och läkaren. Det friktionsfria samarbetet mellan hälsovårdaren och läkaren och en klar arbetsfördelning garanterar att allt som är nödvändigt blir gjort. Läkaren ansvarar även för tolkningen av de undersökningar som hälsovårdaren gjort.

Det är svårt att screena friska barn, eftersom den normala variationen är bred och man måste ta i beaktande utvecklingslinjerna för helheten. En enskild avvikelse är sällan av betydelse. Det kan vara svårt för en forskare att tro på ett resultat när det är avvikande. Varje avvikande resultat borde emellertid alltid kontrolleras. En klar, vid behov genom repeterade undersökningar konstaterad avvikelse får aldrig lämnas utan fortsatta undersökningar.

Det är alltid skäl att tydligt registrera tillvägagångssätt som avviker från denna rekommendation och deras motiveringar så att till exempel nya anställda kan handla ändamålsenligt.

Den som utför screeningar måste ha en uppfattning om testernas betydelse, som hon begripligt kan berätta om för klientfamiljerna. Syftet med screeningstesten är inte att normera människor i samma form, utan screena fram problem, som kan behandlas, eller förebygga deras följder. Den viktigaste screeningmetoden är fördjupat lyssnande på föräldrarna. Det är alltid skäl att ta föräldrarnas bekymmer på allvar.

11.1 Screening för psykiska problem

Psykiska störningar i förskoleåldern är i allmänhet utvecklingsstörningar som hör ihop med barnets regleringsförmåga, växelverkan och/eller helhetssituation. I situationer med störningar är det vanligt att en psykisk störning är förknippad med både interaktiva och neurologiska utvecklingsproblem. Det vore artificiellt att skilja åt psykiska störningar från andra utvecklingsstörningar. Screening för störningar som baserar sig på en enskild psykiatrisk diagnosklassificering rekommenderas inte i denna åldersgrupp. I forskningsbruk finns flera för småbarn lämpliga sätt att screena för störningar i tidig interaktion, reglering och barnets uppförande och känsloliv, men tillsvidare är forskningsuppgifterna om deras användning inom primärvården otillräckliga med tanke på omfattande screening.

Den eventuella nyttan från screeningen beror mycket på vilka kriterier som används. I kliniskt arbete kan frågeformulär vara nyttiga redskap vid tidigt konstaterande och dokumentation av störningar. De kan också mera allmänt hjälpa att "föra störningar på tal". I regel har föräldrarna och barnen upplevt det som positivt, att personalen frågar och samtalar även om saker som har att göra med tidig interaktion och psykiskt välbefinnande.

Till psykiska störningar, vars tidiga upptäckt enligt experterna sannolikt är till nytta, hör

- 1) Störningar i tidig interaktion (hos 0–2-åringar)
- 2) Störningar i självreglering och uppmärksamhet samt beteendestörningar (5–6-åringar) speciellt i anslutning till andra riskfaktorer (bl.a. problem i interaktion eller föräldraskap).
- 3) Omfattande utvecklingsstörningar och andra neuropsykiatriska störningar (0–6-åringar).

En tidig upptäckt av dessa störningar förutsätter sakkunskap och samarbete av dem som arbetar på rådgivningsbyrån. Identifieringen av störningar kan effektiveras genom ändamålsenlig utbildning och handledning. Hembesök kan vara en bättre metod än rådgivningsbyråbesök att få information om familjernas och barnens varierande situationer.

Identifiering av störning i tidig interaktion mellan barnet och föräldrarna. I interaktionen mellan barnet och föräldern bedöms det som sker (beteendets nivå), hur interaktionen känns (känslonivå eller affektiv nivå) och hur parterna förstår interaktionen (psykologisk nivå). På beteendets nivå kan interaktionsstörningen synas på barnet:

- som minskad eller bristande ögonkontakt (söker inte föräldrarnas blick eller undviker den)
- som minskad interaktionsreglering eller prat (gnäller, gråter eller är tyst, jollrar inte som svar på föräldrarnas tal)
- som minskad eller bristande allmän aktivitet och respons (rörelserna är dämpade och knappa, responsen till t.ex. smärta kommer fördröjt eller är mycket dämpad)

I en störd interaktion kan känsloläget innehålla bara få positiva känslor och vara förvirrande, kallt eller hatfyllt (t.ex. föräldern behandlar barnet mekaniskt eller talar om barnet ibland positivt, ibland mycket negativt, eller föräldrarnas känslouttryck är negativa). På en psykologisk nivå kan interaktionsstörningen i babyn synas som en förbluffad eller avvärjande reaktion till föräldrarnas agerande (t.ex. babyn ser rädd eller sorgsen ut när föräldern försöker få barnet att le). Föräldern kan å sin sida ge sådana betydelser till barnets egenskaper eller agerande som inte motsvarar verkligheten (t.ex. när babyn blir mätt märker föräldern det inte utan tycker att babyn inte äter därför att den är olydig).

Störningar i självreglering, uppmärksamhet och beteende. Barnets förmåga att reglera sina egna känslor och aktiviteter utvecklas gradvis under barndomen i återkommande interaktionssituationer. Föräldrarnas agerande i att dela barnets glädje, trösta och begränsa lär barnet att behärska negativa känslor som sorg, ilska och besvikelse. Det lär barnet också att dela medlidande och glädje och behärska och inrikta dess egen aktivitet och uppmärksamhet i varje enskild situation på det sätt som den kräver. Den tid som barnet behöver för att lära sig behärskning beror på dess individuella egenskaper (se temperament) och föräldrarnas verksamhet.

En störning i självregleringsförmågan yppar sig i barnet som en brist på behärskning av känslolägen och reaktioner på ett ålderstypiskt sätt (t.ex. en 4-åring börjar skrika och rasa över den minsta besvikelse, eller en 5-åring står inte ut med att vänta).

En uppmärksamhetsstörning innebär att barnet varken kan koncentrera sig på en angenäm eller en ansträngande uppgift på ett ålderstypiskt sätt (t.ex. en 4-åring orkar inte följa med en läst berättelse i 5 minuter eller en 5-åring i 10 minuter). En uppmärksamhetsstörning har vanligen en neurologisk bakgrund (t.ex. Sandberg 1999).

En beteendestörning kan yppa sig så, att barnet kontinuerligt överskrider de gränser som sätts för honom, trotsar de vuxna kontinuerligt och uppför sig våldsamt för åldersnivån och kan inte alls tänka på följderna av sina aktioner (t.ex. ett 3-årigt barn slår alltid, när det blir arg eller biter andra, lyder inte tydliga förbud, talar argsint och genom att använda svordomar). Om föräldrarna inte styr och reglerar barnet tillräckligt och förstår dess känslor dåligt, kan störningar uppstå. Föräldrarnas otillräckliga reglering av barnets verksamhet syns ofta som en avsaknad av vardagsrutiner, vacklande i de gränser och förbud som ställs på barnet eller likgiltighet mot barnets aktiviteter. De föräldrar som upplever sitt barns aktivitet som problematisk drivs också lättare till fysisk bestraffning och misshandel av barnet då de upplever att de är medellösa och trötta på de ständiga grälen med barnet.

Omfattande utvecklingsstörningar och andra neuropsykiatriska störningar. Barn kan även ha omfattande utvecklingsstörningar, till exempel autism och Asperger-syndrom (i det sistnämnda förekommer vanligen inte störningar i språkutvecklingen eller fördröjning i den kognitiva utveck-

lingen). Då upplever föräldrarna växelverkan med barnet som olikartad och avvikande. Ett litet barn har ett minskat intresse för att söka ögonkontakt med en vuxen, och i lekåldern kan barnet vara mera intresserat av föremål än av människor. Föräldrarna kan vara oroliga för att barnet inte trivs i famnen, att barnet inte hör eller inte svarar när man kallar det vid namn. Ofta väcks misstanken om en omfattande störning när barnet för första gången kommer i kontakt med sin åldersgrupp i daghemmet och skolan. Där kan dessa barns sociala okunnighet väcka uppmärksamhet. Barnen kan beskrivas som självständiga, på något sätt underliga, de är kanske inte kapabla att vänta på sin tur, verka i grupp eller ta emot anvisningar. Deras lek består ofta av att ordna föremål eller behandla dem mekaniskt, till exempel att rulla dem. De kan även ha olika rutiner och tvångshandlingar.

Hos ett barn i lekåldern är fortsatta undersökningar nödvändiga, om (det eventuella problemet inom parentes)

- det finns stora brister i de ålderstypiska färdigheterna (fördröjd utveckling, speciella svårigheter)
- barnet söker inte kontakt med andra människor eller har egna avvikande beteendemönster (omfattande utvecklingsstörning, till exempel autism, problem med uppmärksamheten, problem i den sociala utvecklingen)
- barnet är mycket rastlöst eller aggressivt (uppmärksamhetsstörning, beteendestörning)
- barnet är grinigt, nedstämt, ensamt eller apatiskt (depressiva problem)
- barnet har många rädslor som begränsar honom eller henne (ångest)
- barnet kan inte vara skilt från sina föräldrar ens under en kort stund (separationsångeststörning)
- föräldrarna framför sin oförmåga som föräldrar eller det väcks misstankar om att barnet försummas eller straffas våldsamt (behov av barnskydd)
- barnet känner inget medlidande mot andra barn eller vuxna eller är grymt t.ex. mot djur (störning i den sociala utvecklingen)

Utredningen kan startas på rådgivningsbyrån och, beroende på situationens svårighet, kan barnet och dess familj hänvisas till familjerådgivningen, den specialiserade sjukvårdens tjänster (barnpsykiatri, barnneurologi, foniatri) eller till barnskyddet.

Om det vid mötet på rådgivningsbyrån kommer fram sådant, för vilket det inte finns ett överenskommet sätt om fortsatt förfarande, bör hälsovårdaren konsultera rådgivningsläkaren eller sitt team. Rådgivningsarbetsgruppen och familjen gör tillsammans upp en fortsättningsplan (till exempel ett avtal om att gå på psykologiska undersökningar). Interventionerna borde helst ske i närheten av familjen. Familjearbetarens hembesök kan vara en viktig del av stödet för familjen utöver annan undersökning och vård. Familjearbetaren samarbetar med familjerådgivningen, dagvården och socialväsendet.

REKOMMENDATION:

På barnrådgivningen och inom familjeservicenätverket har man kommit överens om arbetsfördelningen och tillvägagångssätten i fråga om fortsatta utredningar och stödåtgärder vid psykiska och neuropsykiatriska problem.

Rekommenderad litteratur:

- Kumpulainen K & Kemppinen K. Lapsen psyykkisen häiriintyneisyyden tunnistaminen perusterveydenhuollossa. 2000. Suomen Lääkärilehti 55(11), 1233–36.
- Linna S-L. 2004. Autismi. Lääkäris käsikirja. 31.3.2004. Kustannusosakeyhtiö Duodecim, Helsinki. (www.terveysportti.fi)
- Nieminen T, Kulomäki T, Ulander R & Von Wendt L. 2000. Aspergerin oireyhtymä. Suomen Lääkärilehti 55(9), 967–972.
- Puura, K. 2003. Lapsen psyykkisen kehityksen seuraaminen neuvolan ikäkausitarkastuksissa. Lääkäris käsikirja 13.5.2003. Kustannusosakeyhtiö Duodecim, Helsinki. (www.terveysportti.fi)
- På adressen www.ppsph.fi finns vårdprogram som utarbetats av Norra Österbottens sjukvårdsdistrikt i fråga om flera sjukdomar. Ett vårdprogram för bl. a. barn under skolåldern med psykiska symptom. (Uppdaterat 14.8.2004)

11.2 Somatiska screeningar

Uppföljningen av *tillväxten* återspeglar barnets näringsintag och avslöjar tillstånd som förbrukar för mycket av den energi som krävs för tillväxten (Saha 1997). Bl.a. hypothyreos, celiaki och andra tarmsjukdomar samt störningar i skelett- och broskutvecklingen kan också yttra sig enbart som fördröjd eller långsam längdutveckling. Den kan även återspegla interaktionsproblem eller ekonomiska och mentala problem i familjen. Försummad uppföljning av tillväxten kan ha till följd att diagnostiken fördröjs, vilket leder till onödigt lidande, komplikationer och behov av sjukvårdens tjänster. Om längd- eller viktutvecklingen i en upprepad mätning uppfyller screeningskriterierna i tillväxtkurvan, hänvisas barnet enligt rådgivningsläkarens övervägande till undersökningar inom den specialiserade sjukvården. Längden och vikten mäts på varje rådgivningsbesök. Barnläkarföreningen i Finland rekommenderar månatliga mätningar till sex månaders ålder, mätningar med 3 månaders mellanrum under det andra halvåret, mätningar med 6 månaders mellanrum under det andra året och en gång om året från och med tvåårsåldern. Ytterligare mätningar görs enligt bedömt behov. Reglerna för screening av tillväxt har presenterats i tillväxtkurveformuläret och på webbadressen www.lastenendo.sci.fi. Det finns ett kommersiellt PC-program som ritar kurvorna och genomför noggrannare screeningar än vad som förutsätts i dessa regler.

REKOMMENDATION:

Vid bedömning av barnens tillväxt följs screeningskriterierna i tillväxtkurvorna. Tillväxtkurvorna är tillgängliga på alla icke-jourhavande läkarmottagningar inom primärvården.

Fetma är en viktig riskfaktor som äventyrar den senare hälsan. Man bör ingripa i viktökningen, om längdvikten (som tidigare kallades för den relativa vikten) kontinuerligt ökar, överskrider 30 % eller har ökat med över 10 procentenheter på ett år. Se kapitel 13 Näring och 15.7 Barnets övervikt. Behandlingen av övervikt hör i regel till primärvården.

De allvarligaste hjärtfelen bör igenkännas före ettårsåldern. De flesta biljud i hjärtat kommer fram först vid drygt en månads ålder när lungblodtrycket sjunker. Cyanos och hjärtsvikt kan förekomma redan tidigare. Utan vård kan en aortakoarktation hos ett spädbarn leda till döden. Hos ett större barn leder den till hypertrofi av den vänstra kammaren och ett tillstånd som påminner om dilaterande kardiomyopati. ASD (förmaksseptumdefekt) kommer vanligtvis fram först i lekåldern, varför det behövs en läkarundersökning även då.

Även på ett symptomfritt barn med ett biljud i hjärtat bör förutom femoralartärerpulsarna mätas blodtrycket i alla fyra extremiteter. I en normalsituation är det cystoliska blodtrycket i en nedre extremitet alltid på minst samma nivå som i en övre extremitet. Om blodtrycket i en nedre extremitet är över 5 mmHg lägre än det högre av trycken i de högre extremiteterna, är det skäl att ge en remiss för fortsatta undersökningar (Kunnamo 2004).

I allmänhet behöver ett barn inte skickas till fortsatta undersökningar, om barnet är utan symptom, blodtrycksnivåerna är normala, blodtrycken i de nedre extremiteterna är högre än trycket i de högre extremiteterna, det andra hjärtljuddets fördelningar och betoningar är normala, och biljudet bara hörs i mellan- eller startsystemen och är högst 3/6 grader. I osäkra fall är det skäl att be om en EKG-undersökning och ta en thorax-röntgenbild. Om t.ex. femoralartärerpulsarna saknas, ett diastoliskt ljud hörs eller det inte går att mäta blodtrycket, måste barnet skickas till fortsatta undersökningar.

Man bör, helst skriftligt, komma överens om den lokala vårdkedjan för undersökning av biljud i hjärtat, vilket redan är fallet på vissa orter.

Högt blodtryck är alltid ett allvarligt symptom hos ett barn: det är alltid sekundärt hos barnet och tecken på en njursjukdom, aortakoarktation eller en endokrinologisk störning. Det kan även vara det enda symptomet på dessa fel som är lätt att screena. Det finns ingen forskningsinformation om när det skulle vara som mest kostnadseffektivt att mäta blodtrycket. I praktiken är det bäst att utföra mätningen i en ålder när barnet är kooperativt. Manschettens bredd bör vara av rätt bredd i förhållande till barnets storlek. Screeninggränserna är: 110/65 för barn under ett år, 115/75 för 1–5-åringar, 125/85 för 6–10-åringar (Jokinen 2004).

REKOMMENDATION:

Man kommer överens om arbetsfördelningen vid hjärtundersökningar mellan rådgivningsbyrån och regionens specialiserade sjukvård.

Serumets kolesterolhalt rekommenderas att undersökas i tvåårsåldern hos de barn som har familial hyperkolesterolemi i släkten eller om det har konstaterats en kranskärllssjukdom hos fadern eller farfadern vid under 55 års ålder eller hos modern eller mormodern vid under 65 års ålder. För gränserna för hyperlipidemi i släkten se Läkärin käsikirja.

Gränsvärdet för det normala anses vara under 5.5 mmol/l och LDL-halten under 4.0 mmol/l. Om kolesterolhalten har blivit större, behöver familjen kosthandledning. Om kolesterolet under en 6–12 månaders uppföljning inte sjunker till den normala nivån (eller om utgångsnivån är mycket hög, kolesterolen över 7.0 mmol/l/ LDL-kol över 5.5 mmol/l), är det skäl att skicka barnet till den specialiserade sjukvården. (Salo 2003.)

Testiklarnas nedvandring bör alltid kontrolleras hos en pojke vid en läkarundersökning. Enligt dagens rekommendation måste en inte nedvandrad testikel skötas före tvåårsåldern för att minimera de störningar i spermatogenesisen som hör ihop med kryptorkism (Dunkel 2000). En pojke, vars andra testikel inte är nedvandrad, hänvisas till fortsatta undersökningar före 10–12 månaders ålder. Senare är det skäl att komma ihåg möjligheten av en sekundär retention.

En medfödd *höftluxation* är den allmännaste kongenitala missbildningen. Om man räknar med de s.k. luxerbara höfterna, konstateras detta fel hos cirka en procent av de nyfödda. Målet är att barnet får en diagnos genast som nyfödd, då behandlingen är lätt och resultatet är en normal höft (Louhimo m.fl. 2000). Undersökningen av höfterna bör höra till läkarens rutiner vid alla kontroller ända till den ålder, när barnet har lärt sig att stödja sig på sina ben.

Det finns flera olika medfödda malformationer och deformationer. Inspektion, auskultation och palpation är mycket centrala undersökningsmetoder. Att ställa en diagnos kräver mycket erfarenhet av de normala variationerna.

Rekommenderad litteratur:

Läkärin käsikirja. *Samlingen som publicerats som bok, som CD och på den avgiftsbelagda adressen www.terveysportti.fi innehåller flera artiklar, bl.a.: Lapsen kasvu ja sen häiriöt (artikeln innehåller bl.a. screeningsregler för uppväxt); Lapsen verenpaine; Ruokayliherkkyys ja -allergia, Lehmänmaitoallergia; Miten ruokiin liitettyjä oireita selvittäään?; Lapsen hyperkolesterolemian diagnostiikka ja hoito; Sydämen kuuntelu ja verenpaineen mittaus lastenneuvolassa.*

Flera sjukhusdistrikt har publicerat flera regionala vårdprogram, till exempel *Kasvun häiriöt (SÖSVD, uppdaterat 15.3.01)*, *Lasten lihavuus (HNS-Hyvinge, uppdaterat 24.2.2004)*, *Lapsella sivuääni sydämessä (SÖSVD, uppdaterat 10.6.02)*, *Lasten astma (flera)*. Kan läsas även genom *Terveysportti*. På adressen www.pshp.fi vårdprogram som utarbetats av Norra Österbottens sjukvårdsdistrikt.

- Om behandlingen av barnens övervikt publiceras inom kort en Gångse vård-rekom-
mendation (www.duodecim.fi/kh).
- www.lastenendo.sci.fi innehåller *Lastenendokrinologian käsikirja, där det finns bl.a. screeningsanvisningar för tillväxt och anvisningar vid misstanke om olika endokrinologiska störningar. Även patientanvisningar.*
- Hasunen K, Kalavainen M, Keinonen H. ym. 2004. Lapsi perhe ja ruoka. Imeväis-
ja leikki-ikäisten lasten, odottavien ja imettävien äitien ravitsemussuositus.
Julkaisuja 11. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö, Helsinki.
- Lario R. 2004. Laaja-alaiset kehityshäiriöt. Lääkäriin käsikirja 24.2. 2004. Kustannus
Oy Duodecim, Helsinki. (www.terveysportti.fi)
- Louhimo I, Peltonen J, Rintala R (red.) 2000. Louhimon lastenkirurgiaa. Kandidaat-
tikustannus. 2:a reviderade upplagan. *En lättläst liten bok för primärvården.
Täcker hela barnkirurgins område med undantag av elektiv hjärtkirurgi. Vad
detaljerna i vården beträffar berättas bara för de vanligaste åkommorna.*
- Petäjä J & Siimes MA (red.) Lastentaudit. 2004. 3:e helt reviderad upplaga. Kustannus
Oy Duodecim, Helsinki. *Informationen i boken passar bra även för primärvår-
den. Där finns information bl.a. om normal uppväxt och utveckling, kost och
de vanligaste sjukdomarna.*
- Ryöppy S. 1997. Lasten ortopedia. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki. *Den första
finskspråkiga helhetsframställningen av barnortopedi förutom trauman.
Innehåller information om bl.a. ortopediska avvikelser hos barn i växande
ålder enligt organsystem, om allmänna muskuloskeletala sjukdomar samt om
reumatism, infektioner och bentumörer hos barn.*
- Välimäki M, Sane T, Dunkel L (red.). 2000. Endokrinologia. Kustannus Oy Duodecim,
Helsinki. Tillväxtkurvprogrammet kan beställas (mot avgift) på adressen Tilator
Oy, Sydänmaantie 178, 27800 Säkö eller tilator@netti.fi.

11.3 Screening för neurologiska problem

Som en grund för ålderstypiska neurologiska screeningar har man i denna handbok tagit den metod för neurologisk bedömning och styrning av ett spädbarn, som utvecklats av överläkaren inom barnneurologi Kirsi Mustonen, och den bedömningsmetod för barn i lekåldern (LENE), som utvecklats av hennes arbetsgrupp (Valtonen & Mustonen 2003). I LENE-metoden ingår uppgiftsgrupper som styr bedömningen av syn- och hörselperception, grovmotorik, interaktion, uppmärksamhet, talproduktion, talförståelse och begreppsförståelse, perception av det hörda, ögon-hand-koordination, lek och självständighet, visuell perception och ålderstypiska läsfärdigheter. Därutöver används Snögubbe-testet vid bedömningen av 5-åringarnas språkutveckling. Även andra screeningmetoder kan användas om de passar in i den lokala situationen bättre. Det väsentliga är att de åtgärder som stöder barnets utveckling påbörjas genast när symptomen yttrar sig.

LENE är en metod för bedömning av 2.5-, 3-, 4-, 5- och 6-åringar. Den beaktar delområdena i barnets utveckling och är avsedd för rådgivningsbyråernas bruk. LENEs bedömningssskala på de områden i utvecklingen som skall undersökas är 3-gradig, dvs. normal utveckling (0), lindrig fördröjning (1) och klar fördröjning (2). Detta underlättar åtskiljandet av allvaret i utvecklingsproblemen, uppmuntrar att ta upp problemen med föräldrarna

och att ta itu med allvarligare problem i förebyggande syfte redan i ett tidigt skede. LENE har utvecklats och undersökts från och med år 1995. I en uppföljningsundersökning på över 400 barn kan LENE konstateras bra förutspå den normala utvecklingen mellan 4–5 år. 9 barn av 10 som klarat sig fullt normalt i LENE-bedömningen som 4-åringar utvecklades normalt som femåringar. Cirka 2/3 av dem som vid 4 års ålder screenats i LENE till den grupp, som hade klara och mera omfattande problem, hade fortsatta problem i minst samma grad vid femårsåldern, medan problemen blev lindrigare hos 1/3 under ett års uppföljning. (Valtonen m.fl. 2004.) I LENE ingår inte en bedömning av den socioemotionella utvecklingen annat än vad gäller beteendet och interaktionen i undersökningssituationen, varför det behövs andra metoder för detta.

På basis av forskningsuppgifterna bearbetas och utvecklas LENE-metoden, och inom vissa delområden av utvecklingen kommer dess screeninggränser sannolikt att vidgas. Om LENE-metoden införs i en kommun, borde personalen få en systematisk utbildning i den. Familjeservicenätverket och den specialiserade sjukvården borde komma överens om, hur LENEs screeningkriterier skall tillämpas. Om det behövs fortsatta undersökningar, är det vanligen bäst att starta dem med undersökningar hos det egna familjetjänstnätverkets psykolog, tal- eller fysioterapeut. Vid bedömning av barnets neurologiska utveckling är det viktigt att ta i beaktande helhetsutvecklingen, enskilda lindriga fördröjningar kräver inget ingripande.

Det är inte nödvändigt att utföra en detaljerad kontroll vid varje ålder, trots att den utvecklingsmässiga screeningen av 3-, 4-, 5- och 6-åringar har framförts på det sättet i denna anvisning. Det beror på de lokala förhållandena, vilken ålders utvecklingsmässiga screeningar man koncentrerar sig på. På de flesta rådgivningsbyråer har man vant sig vid att göra en genomgripande bedömning av den neurologiska utvecklingen i samband med 5-årskontrollen. För att möjliggöra en tillräckligt tidig start av de tilläggsundersökningar och stödåtgärder som eventuellt behövs har man börjat effektivisera uppföljningen av 4-åringarnas utveckling på många orter. I synnerhet om man vet att det förekommer läs-, skriv-, inlärnings- eller koncentrationssvårigheter inom den nära släkten (inklusive mor- och farföräldrarna och deras avkomlingar), är det skäl att göra exaktare neurologiska utvecklingscreeningar också före femårsåldern.

På Niilo Mäki Institutet håller man på att planera ett frågeformulär som är avsett för föräldrarna och med vars hjälp de språkliga färdigheter som ligger bakom läsinlärningen kartläggs t.ex. före 5-årskontrollen.

Huvudomfångets tillväxt måste uppföljas tills skallens suturer permanent har slutits. Det sker före 12-årsåldern. Så länge som suturerna är helt öppna (till 6–20 månaders ålder), kan ett accelererande växande huvudomfång vara det enda tecknet på höjt intrakraniellt tryck. I praktiskt rådgivningsarbete är de vanligaste sjukdomstillstånd man stöter på hydrocefali och mikrocefali. Incidensen för hydrocefali är 0,2–2,5/1000 levande

födda. Det är skäl att behandla hydrocefali som brådskande kirurgiskt, ty annars kan den leda till ett bestående neurologiskt handikapp och till och med döden. Mikrocefali kan höra ihop med en förtida förbening av skallens fogar, men bakom den kan ligga även många slags andra (ärftliga, toxiska, endokrinologiska) orsaker. En del av dessa kan behandlas så att ett neurologiskt tillägghandikapp förhindras. Även när det inte finns någon egentlig behandling, leder konstaterandet av sjukdomen i ett så tidigt skede som möjligt till den rätta diagnosen, som är viktigt med tanke på rehabiliteringsåtgärderna och ärftlighetsrådgivningen. Om skallens suturer har slutit sig för tidigt, måste operationen göras i tid, så att hjärnans utveckling kan framskrida utan hinder.

Av anfallssymptomen är infantila spasmer svårast att identifiera i begynnelseskedet. De är vanligast vid 4–7 månaders ålder. Det finns skäl att misstänka infantila spasmer, om det förekommer en serie snabba ryck när babyn är vaken, i synnerhet just efter den har vaknat. Barnets huvud sjunker ner mot bröstet och de övre extremiteterna svänger åt sidorna eller flexas vid armbågslederna. I ryggliggande kan benen svänga upp. När anfällen börjar, sker det ofta att utvecklingen avstannar eller regredierar. Ett snabbt påbörjande av vården förbättrar prognosen.

Utvecklingen av barnets *grovmotorik* ger en bild av barnets allmänna utvecklingsnivå. Fördröjningar eller lindriga avvikelser i grovmotorikens utveckling kan bero på psykosociala faktorer, men de kan även vara symptom på till exempel ärftliga sjukdomar, handikapp eller annars fördröjd utveckling eller senare inlärningssvårigheter. En normal motorisk utveckling innebär inte en normal neurologisk utveckling, men tydliga fördröjningar eller avvikelser kan tyda på hjärnbaserade eller neuromuskulära sjukdomar, vilkas bakgrund kan vara komplex. När den normala fysiska utvecklingen stannar upp eller går tillbaka kan detta tyda på en sjukdom i det centrala nervsystemet eller annan organisk sjukdom. Orsaken kan vara många sjukdomar som inverkar på barnets allmänna kondition, endokrinologiska sjukdomar och hållnings- och rörelseorganens sjukdomar förutom ovannämnda faktorer.

Genom att bedöma finmotoriken kan man upptäcka bl.a. följande svårigheter eller problem i utvecklingen:

1. allmän försening i utvecklingen/intellektuell utvecklingsstörning (prevalens 10/1000)
2. en del av CP-skadorna (CP-skadornas prevalens 2.5/1000)
3. barnets regression
4. störningar i hjärnans finaste funktionsmekanismer (tidigare MBD), inklusive problem i den motoriska koordinationen (prevalensen för störningar i de finaste funktionerna, inklusive attention deficit hyperactivity disorder, ADHD, 70/1000 hos 5–10-åringar)
5. en del av inlärningssvårigheterna (10–15 % av barnen i skolåldern har inlärningssvårigheter)

Genom att bedöma synmässig och rumslig eller visuo-spatiell perception kan man hitta bl.a. följande svårigheter eller problem i utvecklingen:

1. allmän försening i utvecklingen/intellektuell utvecklingsstörning (prevalens 10/1000)
2. barnets regression
3. störningar i hjärnans finaste funktioner inklusive perceptionsproblem (hos ca 5 % av 5–10-åringarna)
4. begränsade specifika perceptionsproblem (hos 2–3 % av barn i skolåldern)
5. en del av barnen, som har risk för inlärningssvårigheter i skolåldern

Intellektuell utvecklingsstörning leder till en fördröjning av den finmotoriska utvecklingen, språkliga funktioner och perceptions- eller uppmärksamhetsfunktioner. *Till CP-diagnostiken* hör såväl fin- och grovmotorisk bedömning som neurologisk primärstatus (tidiga reflexer, muskelpänst, senreflexer, rörelsemodeller). *I sjukdomar som leder till regression* (t.ex. AGU och andra lysosomala inlagringssjukdomar) är de första symptomen fördröjd talutveckling, minskade manuella färdigheter och, i fråga om perceptionsfunktioner, barnets minskade intresse för omgivningen. *I finmotoriska störningar* är symptomspektret mycket varierande. En finmotorisk störning står ofta i samband med annan klumpighet eller omogenhet i den motoriska koordinationen. Ofta förekommer även svårigheter med uppmärksamheten och funktionsstyrningen samt perceptionsstörningar av olika grader.

De svåraste formerna av uppmärksamhetsproblem, fin- och grovmotorikens problem och perceptionsproblem förekommer tillsammans med problem i den språkliga utvecklingen. Språkliga brister kan även förekomma i samband med lindrigare uppmärksamhetsstörningar.

Utvecklingen av barnets *tal och kommunikation* hänger samman med barnets och skötarens växelverkan och hur barnets kontaktförmåga, uppmärksamhet och styrning av den egna aktiviteten utvecklas (det inre talet behövs). Även utvecklingen av känslolivets reglering och framgången i all inlärning är bundna till talets utveckling. Bedömningen av ett litet barns kommunikationsförmåga hör nära ihop med bedömningen av kontaktförmågan och känslolivet, och samma stödåtgärder styrker alla dessa. Ett av de viktigaste skedena i bedömningen och stödandet av talutvecklingen och språkinlärningsförmågan är den förspråkliga spädbarnsåldern (ögonkontakt, viljeuttryck, uttryck av känslotillstånd, gestkommunikation, enkla målinriktade aktiviteter med föremål). Av den här anledningen måste man följa ett 0–2-årigt barns interaktions- och kommunikationsförmåga och stöda den på varje rådgivningsbesök. Det talar för användning av standardiserade screeningmetoder att de vid sidan om bedömningen styr föräldrarna till ålderstypiska gemensamma sysslor med barnet (erbjudande av impulser) (t.ex. Lyytinen 1999). Redan innan man kan bedöma det egentliga talet och språkutvecklingen, bör man bedöma familjens risker (den genetiska risken, de socioemotionella faktorerna och

grundtryggheten) och undersöka hörseln (*hörselnormaliteten måste säkras hos alla barn hos vilka en fördröjning av talet eller språkutvecklingen har konstaterats*). Därutöver följer man barnets förmåga att ge ifrån sig ljud och förspråkliga stadium, tidiga tal och talförståelse, och bedömer 1,5-åringens kontaktförmåga (Lyytinen m.fl. 2000).

Redan hos en under 2-åring kan bristen på kommunikationsförmåga orsaka frustration och sekundärproblem, som t.ex. tillbakadragande från kontakt, psykosomatiska symptom (t.ex. förstoppning), trotsighet och beteendestörningar samt depression. Om screeningen av lindrigare språkstörningar och inlärningsfärdigheter försenas, förblir den tilläggsutövning som sker med hjälp av rehabilitering outnyttjad. När föräldrarna informeras och stöds redan i ett tidigt skede, blir det lättare för dem att anpassa sig till barnets eventuella inlärnings svårigheter.

Symptomen på barnets kommunikations- eller inlärnings svårigheter är mycket mera omfattande och risken för marginalisering större, om det finns psykosociala riskfaktorer i familjen. Av detta finns både forsknings- och erfarenhetsbaserad information. I dessa familjer behövs särskilt stöd i de tidiga skedena. Senare är det svårt att få föräldrarna med i rehabiliteringen. Om risktillägget för familjens psykosociala problem inte beaktas, får den försenade språkutvecklingen lätt mindre uppmärksamhet än i andra familjer (bristen på familjens egen aktivitet och å andra sidan en "förklaring" till barnets fördröjning). Även lindriga talfördröjningar hos dessa barn måste genast utredas, så att språklig växelverkan och inläring kan stödas.

Om barnet uttalar ljud fel eller talar otydligt, är det skäl att undersöka tungbandets längd. I fråga om en 0,5–4-åring lyckas skärningen av tungbandet sällan utan anestesi, varför den eventuella remissen för ingreppet bör skrivas t.ex. vid 4-årskontrollen.

Screeningundersökningar för *autism* har utvecklats internationellt (t.ex. Baron-Cohen m.fl. 1992, Baird m.fl. 2000, Scambler m.fl. 2001), men tillsvidare har deras funktionsduglighet i finländska förhållanden inte utretts tillräckligt. Autismrelaterade drag i beteendet och kommunikationen kan ändå observeras i samband med rådgivningsbesöken. När det interaktiva sociala umgänget, kommunikationen och talet är utvecklade och funktionsförmågan och intressen är begränsade kan de vara tecken på autism. Det är viktigt att konstatera autism tidigt, så att rehabilitering, vård och stöd till familjen kan påbörjas i ett tidigt skede. (Linna 2004.) Vid bedömning av barnets neurologiska utveckling måste man vid sidan om screeningar och deras resultat alltid beakta helheten, till vilken också hör hur barnet klarar sig i dagvården och hemma.

Det nya klassificeringssystemet för medicinska diagnoser ICD-10 innehåller grundlig information om kriterierna för de sjukdomar och störningar som omfattas av klassificeringssystemet. En diagnos underlättar anordnandet av vård och rehabilitering och erhållandet av eventuella förmåner. Det av Stakes utgivna ICD-10 finns tillgänglig bl.a. på adressen www.terveysportti.fi.

REKOMMENDATION:

Rådgivningsbyrån, de lokala specialarbetarna, dagvården och den specialiserade barnneurologiska sjukvården ingår, helst skriftligt, ett avtal om utvecklingsscreeningmetoder för barn i lekåldern och arbetsfördelningen i fortsatta utredningar och stödåtgärder.

Rekommenderad litteratur:

- Ahonen T, Siiskonen T & Aro T. (red.) 2001. Sanat sekaisin? Kielelliset oppimisvaikeudet ja opetus kouluikässä. Opetus 2000. PS-kustannus, Jyväskylä.
- Korpilahti P. 2002. Lumiukko, 5-vuotiaan puheseula. 2:a. reviderade upplagan. Invapaino, Helsinki.
- Linna S-L. 2004. Autismi. Lääkäriin käsikirja. 31.3.2004. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki. (www.terveysportti.fi)
- Lyytinen P. 1999. Varhaisen kommunikaation ja kielen kehityksen arviointimenetelmä. Jyväskylän yliopiston Lapsitutkimuskeskus ja Niilo Mäki Instituutti. Jyväskylä. *Institutet har även gett ut en motsvarande publikation Varhainen leikki ja sen arviointi, 2000.*
- Mustonen K. 1999. Vauvan neurologinen arviointi- ja ohjantamenetelmä (Vane), käsikirja. Honkalampisäätiö, Joensuu.
- Mustonen K, Valtonen R, Ahonen T. 2000. LENE – leikki-ikäisen lapsen neurologisen kehityksen arviointimenetelmä lastenneuvoloille. Suomen Lääkärilehti 55, 953–956.
- Siiskonen T, Aro T, Ahonen T & Ketonen R (toim.) 2003. Joko se puhuu? Kielenkehityksen vaikeudet varhaislapsuudessa. Opetus 2000. PS-kustannus, Jyväskylä.
- Sillanpää M, Herrgård E, Iivanainen M, Koivikko M, Rantala H. (red.) 2004. Lasten neurologia. 2:a. reviderade upplagan. Duodecim, Helsinki.
- Valtonen R, Mustonen K. 2003. LENE – Leikki-ikäisen lapsen neurologisen kehityksen arviointimenetelmä. Niilo Mäki Instituutti, Jyväskylä.
- Norra Österbottens sjukvårdsdistrikt har utarbetat vårdprogram för många sjukdomar, bl.a. barnneurologiska situationer som barnens huvudvärk och ADHD. Adress: www.ppshp.fi.
- Westerinen H. 2003. ADHD- ja MBD-oireyhtymät. Lääkäriin käsikirja 11.8.2003. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki.

11.4 Screeningar av hörseln och synen

Sammandrag av screeningar av hörsel och syn inom barnrådgivningen, se bilagor 16 och 17.

Hörsel

Hörseln är det viktigaste sinnet för kommunikationen. Även ett lindrigt hörseldefekt inverkar skadligt på utvecklingen av barnets tal och språk samt den senare framgången i studierna och arbetslivet. Den första hörselscreeningen på förlossningssjukhuset är av största vikt. Ett horn med lågt tonläge bör inte användas i hörselundersökningen, eftersom ett till och med svårt hörselskadat barn kan reagera på låga ljud. Målsättningen är att alla nyföddas hörsel screenas på förlossningssjukhuset med en pålitlig me-

tod (otoakustiska emissioner eller stimulusresponsundersökningar). Även om barnet hade klarat hörselscreeningen på förlossningsjukhuset, måste rådgivningsbyrån följa upp hörseln. Lindriga hörsselfel eller hörsselfel av en sällsynt typ upptäcks nödvändigtvis inte med de screeningmetoder som är i bruk. Ett hörsselfel kan även uppstå eller framskrida under barndomen. Föräldrarnas eller mor- och farföräldrarnas misstanke om nedsatt hörsel är alltid en orsak för fortsatta undersökningar. Målet skall vara att konstatera den tidiga barndomens hörsselfel före 6 månaders ålder. (Asplund 1996, The European Consensus Development... 1998, Joint Committee on Infant Hearing...2000.) Åldern för konstaterandet av hörsselfel är fortfarande långt från detta mål. Enligt de kartläggningar som gjorts i Finland finns det brister i barnrådgivningarnas hörselscreeningar både i användningen av den utrustning som finns till förfogande och i screeningen.

Barnrådgivningen har emellertid inte en tillförlitlig hörselscreeningmetod för barn under 8 månader. Man bör alltid fråga om eventuella hörsselfel i släkten och anteckna dem i rådgivningsjournalen redan i det skedet då barnet är nyfött. Om det har konstaterats annat än ett förvärvat hörsselfel hos barnets föräldrar eller syskonen eller om barnet som nyfött har varit minst ett dygn i intensivvård eller om barnet har missbildningar i huvud- eller halsområdet, bör man fästa speciell uppmärksamhet vid barnets hörsel vid kontrollen på rådgivningen. Om barnet har insjuknat i hjärnhinneinflammation som orsakats av bakterier måste hörseln undersökas inom den specialiserade sjukvården. Om föräldrarna har misstankar om barnets hörsel är efterundersökningar alltid motiverade, om man inte pålitligt kan försäkra sig om hörseln på rådgivningsbyrån. (Sorri & Mäki-Torkko 1998.) Även i bra screeningsystem startas en avsevärd del av de fortsatta undersökningarna på grund av familjens misstankar om hörsselfel. Personalens utbildning är av största vikt.

I åttaårsåldern måste alla barns hörsel undersökas med en miniaudiometer (45 dB, frekvens 3–4 kHz; t.ex. KP10). Barnet bör kunna lokalisera ljud på båda öronens sidor. (Sorri m.fl. 1987.) Om man använder en kalibrerad klocka (45 dB, 3 kHz), kan den också användas för att undersöka lokaliseringssvaret. Lokaliseringssvaret undersöks när barnet sitter i förälderns famn t.ex. med en leksak i handen. Undersökaren finns bakom barnet och föräldern. Ljurstimulus ges till båda öronen från örats sida (inte snett uppifrån – eller nerifrån) så att undersökarens hand blir bakom barnets synfält. Om lokaliseringssvaret fattas, undersöks barnets öron. Om mellanöreinflammation konstateras, upprepas hörselscreeningundersökningen 2–3 veckor efter att behandlingen av öroninflammationen är slutförd. Om lokaliseringssvaret fortfarande fattas, måste barnet skickas till fortsatta undersökningar. Det instrument som används vid undersökningen av lokaliseringssvaret måste kalibreras regelbundet, gärna med ett års mellanrum.

Efter spädbarnsåldern är det alltid skäl att komma ihåg hörsellets möjlighet, när man misstänker en fördröjning i helhetsutvecklingen eller

kommunikationsfärdigheterna. Om ett 2–3 årigt barns tal verkar fördröjt, kan man försöka undersöka hörseln med audiometer. På hörselcentralen vid Tammerfors universitetssjukhus håller man på att utveckla ett alternativt sätt att undersöka hörseln. Utvärderingen av metoden är ännu inte klar. I metoden viskas medvetet valda ord från cirka 3 meters avstånd. Föremål som motsvarar orden har packats i en kappsäck som man har gett åt barnet. Orden är "nalle", "skjorta", "båt", "strumpa", "nyckel" och "napp". Som "bluffföremål" kan användas äpple, kopp, kanin, blomma, clown. En upprepning är tillåten, men om ett enda ord är fel, är resultatet avvikande. Ett avvikande resultat kontrolleras om två veckor, och om det fortfarande är avvikande, skickas barnet till fortsatta undersökningar.

Om ett barn i lek- eller förskoleåldern har symptom på beteendestörning, om det förekommer rastlöshet, hyperaktivitet eller om man misstänker speciella svårigheter i den neurologiska utvecklingen, borde även barnets hörsel (och syn) undersökas.

Till utredningen av en försenad talutveckling hör även talterapeutens bedömning. Om det uppstår en misstanke om hörselfel i talterapeutens undersökning, måste barnet skickas till undersökningar inom den specialiserade sjukvården.

Det är motiverat att undersöka trumhinnorna hos ett friskt barn, om man misstänker en hörselskada, om barnet har tidigare haft öroninflammationer eller när föräldern önskar en undersökning (Kunnamo 1997).

En screening med audiometer med 20 dB:s ljudstyrka på olika frekvenser lyckas ofta redan på 4-åringar. Om fyndet är avvikande, utförs en tröskelmätning och öronen undersöks. Eventuell otit behandlas och undersökningen upprepas 2–3 veckor efter att behandlingen av öroninflammationen är slutförd. Om undersökningen inte lyckas på en 4-åring och det anamnestiskt inte finns några misstankar om hörselfel, görs screeningundersökningen i 5 årsåldern. För alla 6-åringar måste en tröskelmätning med audiometer utföras.

Screening av synen och ögonsjukdomar

En bra synförmåga är en central faktor i ett växande barns utveckling. Vid födelseögonblicket är synsystemets strukturer ganska färdiga, men synförmågan utvecklas så småningom, och denna utveckling är beroende av hjärnans samtidiga utveckling. Båda ögonen borde förmedla en enhetlig iakttagelse till synhjärnan från första början, så att hjärnans synbanor och -centra utvecklas på ett normalt sätt och barnet lär sig se på bästa möjliga sättet. Om den bild som ett av ögonen förmedlar till hjärnan av en eller annan orsak är inexakt, kan följden vara en oåterställbar nedsättning av synen, en s.k. funktionell synskada.

På grund av sin formbarhet är synsystemet mottagligt för störande faktorer under hela det första årtiondet. Med tanke på normal synutveckling är det mest kritiska skedet under 3 månaders ålder. Sjukdomar som försvårar seendet, såsom kongenital katarakt, borde upptäckas och be-

handlas före cirka 2 månaders ålder för att uppnå en duglig synförmåga. Andra störningar i den normala synutvecklingen kan man påverka med vårdåtgärder ända till cirka 8–10 års ålder, inte mera efter det.

Vårdresultaten för kongenital katarakt är starkt beroende av om operationen utförs under livets två första månader. Även behandlingsmetoderna för tumörer i ögats näthinna har utvecklats och barnet kan ofta behålla ögat, om sjukdomen konstateras tillräckligt tidigt.

Även om screeningundersökningar rekommenderas under vissa perioder, bör barnen undersökas och vid behov hänvisas till fortsatta undersökningar genast, när misstanke om till exempel amblyopi eller skelning yttrat sig, och inte vänta till följande screeningundersökning.

I Finland har barnrådgivningarna spelat en avgörande roll i screeningen av barnens ögonsjukdomar och synskador ända sedan 1960-talet. Med rättidiga och noggranna ögonundersökningar och enkla test av synskärpa är det möjligt att screena största delen av barnens behandlingsbara ögonsjukdomar.

Om ett barn i lek- eller förskoleåldern har symptom på beteendestörning, om det förekommer rastlöshet, hyperaktivitet eller om man misstänker speciella svårigheter i den neurologiska utvecklingen, borde även barnets hörsel (och syn) undersökas.

Förhandsuppgifter. Det är skäl att fråga om eventuella ögonsjukdomar som förekommer i släkten:

- retinoblastom
- kongenital katarakt
- skelning och funktionell svagsynthet (amblyopi)
- ärftlig näthinnegeneration

Inspektion. I rådgivningsundersökningen borde man upptäcka klara strukturavvikelse i ögonen och ögonlocken, utvecklingsstörningar, asymmetri och avvikande ögonrörelser. Vårdbedömning av en specialist på ögonsjukdomar behövs till exempel vid:

- Ögonens storleksskillnad. Mikroftalmi hänvisar till ögats utvecklingsstörning och stora ögon till glaukom.
- Avvikelse i pupillen. En stor pupill som verkar ljusstel kan tyda på brister i irisen (ett syndrom som kan innebära njurcancer) medan pupillens avvikande placering eller form kan tyda på utvecklingsstörning i ögats framdel.
- avvikande ögonrörelser, talantropi (nystagmus), ovanlig huvudposition (torticollis).
- synlig skelning

Undersökning av synskärpan. Syntest kan göras pålitligt vid 3–4 årsålder beroende på barnets individuella utveckling. Synskärpan hos ännu yngre kan bedömas genom att observera barnets beteende och syn, speciellt genom att observera hur barnet riktar sina ögon och följer

föremål med blicken. För mätningen av synskärpan finns det flera olika figurtest. På finländska rådgivningsbyråer används i allmänhet det s.k. LH-synskärpetestet (säljs även vid namn Lea Symbols), som lämpar sig bra även för undersökning av små barn (cirka 3 år) och kan således rekommenderas. Det är även planerat att upptäcka s.k. crowding, som är typisk för funktionell svagsynthet. Även detta talar för LH-tavlor i synnerhet på rådgivningsbyråer.

Undersökningsplatsen måste vara lugn och testandet avstressat. Först är det bra att testa båda ögonens synskärpa tillsammans och försäkra sig om att barnet förstår och kan uttrycka testen korrekt. När ögonen testas skilt *täcks det andra ögat omsorgsfullt*. Undersökningen påbörjas med de största figurerna och framskrider snabbt till de nedre raderna, på vilka 4–5 figurer visas. Syntavlan borde ha en bra, icke reflekterande och oföränderlig belysning. Om man är osäker över resultatet, måste testet absolut göras på nytt efter ett tag.

Röd reflex. Vid undersökning av den röda reflexen får belysningen i rummet gärna vara dunkel. Genom oftalmoskopet ser man på ögat från ca 40 cm:s avstånd när ljuset träffar pupillhålan vinkelrätt. En normal reflex i pupillen är klart orangeröd. Ett mörkhyat barns röda reflex är mörkare på grund av det rikliga pigmentet under näthinnan. Undersökningen av den röda reflexen är av en central betydelse i diagnostiken av kongenital katarakt, retinoblastom och glaskroppens utvecklingsstörningar. Den borde undersökas för första gången redan hos nyfödda före utskrivning från förlossningssjukhuset och på rådgivningens 6–8 veckors kontroll.

Undersökning av skelning.

- 1) *Hirschbergs test.* Man ber barnet att se vinkelrätt mot pennlampan, som hålls på ca 40 cm:s avstånd. I testet kontrolleras de ljusreflexer som kommer från hornhinnorna. När ögonen ser rakt befinner sig ljusreflexen symmetriskt i pupillhålan, vanligtvis något nasalt från pupillens mittpunkt. Om det andra ögats ljusreflex befinner sig i pupillens ytterkant, skelar ifrågavarande öga inåt. Om ljusreflexen kommer från pupillhålets innerkant, skelar ögat i fråga utåt. Detta test avslöjar synlig eller uppenbar skelning, inte latent skelning.
- 2) *Täckprov.* Man ber barnet att titta på pennlampan eller den lilla bilden i undersökarens hand. Det andra ögat täcks med en papplapp. Om det icke-täckta ögat gör en korrigeringsrörelse antingen inifrån ut eller utifrån in, skelar ögat i fråga (=tydlig skelning in- eller utåt på motsvarande sätt). Om ingen rörelse sker, skelar ögonen inte. Om det täckta ögat gör en korrigerande rörelse efter att täckningen avlägsnats, är det fråga om *latent skelning*.

Skelning kan vara medfödd (har börjat före ½ års ålder) eller kan börja senare (t.ex. ackommodativ skelning inåt). Eftersom skelning kan vara ett symptom på någon annan ögonsjukdom, till och med retinoblastom, bör

alla barn som tydligt skelar hänvisas till undersökningar hos en specialläkare för ögonsjukdomar.

Skelningsvinkeln har inte betydelse för utvecklingsrisken för funktionell svagsynthet. Även en liten skelningsvinkel kan åstadkomma djup svagsynthet. Det som är viktigare är skelningens varaktighet. Skelar någotdera ögat kontinuerligt eller är skelningen periodisk, till exempel synlig vid trötthet? När man överväger en operation, har skelningsvinkelns storlek en avgörande betydelse.

En latent skelning orsakar inte funktionell svagsynthet, men om vinkeln är stor och symptomen svåra kan en operation vara nödvändig. En symptomfri latent skelning med liten vinkel förutsätter inte fortsatta undersökningar.

Screening för skelning minskar antalet svagsynta (Kvarnström m.fl. 1998, Eibschitz-Tsimhoni m.fl. 2000). Vårdresultaten är desto bättre, ju tidigare skelning diagnostiseras och vården påbörjas (Williams m.fl. 2002). Uppenbar skelning kan ofta konstateras redan före 4-årskontrollen, varför det är motiverat att förutsätta att också 0–3-åringar screenas för skelning på rådgivningsbyrån.

Eftersom läkarundersökningar är få, är det bra om även hälsovårdaren gör ett täcktest och Hirschbergs test.

Rekommenderad litteratur:

På adressen www.ppshp.fi finns av Norra Österbottens sjukvårdsdistrikt utarbetade vårdprogram för många olika sjukdomar. Bl.a. annat ett vårprogram för undersökning av barnens syn och skelning.

Heikkinen T. 2003. Lapsen välikorvatulehdus: määritelmä, epidemiologia ja diagnostiikka. Lääkäriin käsikirja 27.4.2003. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki. www.terveysportti.fi.

Heikkinen T. 2004. Lapsen välikorvatulehduksen hoito ja seuranta. Lääkäriin käsikirja 5.9.2004. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki. www.terveysportti.fi.

Hyvärinen L. 2004. Näön tutkiminen lastenneuvolassa. Lääkäriin käsikirja 11.5.2004. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki. www.terveysportti.fi. innehåller detaljerade anvisningar för undersökningarna.

Hyvärinen L. 2004. Tietoa näkötesteistä ja näön tutkimisesta neuvolassa sekä vanhemmille että neuvoloiden henkilökunnalle. www.lea-test.fi.

Hörselvårdsförbundet. www.kuulonhuoltoliitto.fi

Oinonen K, Tuomala K, Virta A & Lehto E. 2000. Osa lasten kuulovammoista todetaan liian myöhään. *Terveydenhoitaja* 4, 33–35.

Toiminnallinen 3-vuotiaiden kuulonseulontamenetelmä-projekti. 2002. Kehittämisyhteistyöprojekti K5021. Operatiivinen tulosalue, KNK-klinikka, Tays.

WHO. 2003. Consultation on development of standards for characterization of vision loss and visual functioning. World Health Organization, Prevention of Blindness & Deafness, 4–5 September, Geneva.

12

Vaccineringar

12 VACCINERINGAR

Ett av barnrådgivningssystemets centrala uppgifter är att förebygga smittsamma sjukdomar och därför sköta om vaccinationstäckningen. I Finland har man lyckats bra. I den senaste undersökningen hade 93 % av barnen i ett urval av år 1997 födda barn vaccinerats fullständigt (Joensuu m.fl. 2002). Två år tidigare kom man emellertid till en ännu högre siffra och det kan befaras att trenden fortsätter. Det har förmodats att när folk inte längre har egna erfarenheter av de sjukdomar som förebyggs med vaccination och deras farlighet, fördunklas vaccinationens mål och uppmärksamheten fästs vid vaccinationens avigsidor vilket kan leda till att man låter bli att vaccinera barn.

Folkhälsoinstitutet (FHI) ansvarar för det vaccinationsprogram som genomförs i Finland. Dess uppgift är att utarbeta vaccinationsrekommendationer, de vetenskapliga motiveringarna för förändringsbehovet och ett informationspaket för utbildning och sköta om att materialet delas ut till kommunerna. I Tabell 1 presenteras det barnvaccinationsprogram som utarbetats av Folkhälsoinstitutets arbetsgrupp för vaccinationsrekommendationer och Den nationella vaccinationsexpertgruppen och som fastställts genom social- och hälsovårdsministeriet förordning och är i kraft från och med början av år 2005. I detta program ingår användning av ett kombinationsvaccin (difteri, stelkramp, kikhosta, polio). Förändringen till det gamla programmet är ett acellulärt kikhostvaccin som orsakar mindre biverkningar och ger skydd även för barn i skolåldern och äldre åldersgrupper. Programmet har tillsvidare inget vattkoppsvaccin, men om föräldrarna så önskar kan ett vattkoppsvaccin ges åt ett över ett år gammalt barn på familjens egen bekostnad. Hälsovårdscentralerna och rådgivningsbyråerna underrättas om ändringarna i det nationella vaccinationsprogrammet med Folkhälsoinstitutets anvisningar.

Tabell 1. Barnvaccinationsprogrammet i Finland från och med 1.1.2005

Vaccin	Ålder
BCG	< 1 vecka
DTaP-IPV-Hib	3 mån.
DTaP-IPV-Hib	5 mån.
DTaP-IPV-Hib	12 mån.
MPR I	14–18 mån.
DTaP-IPV	4 år
MPR II	6 år
dtap	14–15 år

Det allmänna vaccinationsprogrammet omfattar förutom sådana vaccinationer som ges åt alla även de vaccinationer som ges till vissa riskgrupper. Dessa är Hepatit B (HBV)-, Hepatit A (HAV)- och influensavacciner. Noggrannare anvisningar om riskgrupper och vaccinationer finns på Folkhälsoinstitutets webbsidor i webbversionen av Rokottajan käsikirja (Vaccinatörens handbok) (www.ktl.fi).

Ändringarna minskar antalet enskilda vaccinationer. Rådgivningens återkommande kontroller kan emellertid inte minskas, för det är nödvändigt att månatligen träffa en under sexmånaders baby bl.a. för att stöda uppföljningen av tillväxten, kosten och föräldraskapet. Den tid som blir över av vaccinationerna skall användas till att stöda föräldraskapet (se kap. 10.1).

Det är vanligen hälsovårdaren som ger vaccinet. I osäkra fall bör man konsultera rådgivningsläkaren, centralsjukhusets barnläkare eller FHI:s vaccinationsexpert (FHI:s vaccinavdelning tfn (09) 4744 8243, vardagar kl. 9–12). Information om förändringarna i vaccinationsprogrammet finns på FHI:s offentliga sidor (www.ktl.fi/rokohjuud). De förnyade vaccinationsrekommendationerna finns i den nya upplagan av Rokottajan käsikirja och FHI:s uppdaterade webbversion av Rokottajan käsikirja (www.ktl.fi/oppaita/roko/). Rådgivningsläkaren måste känna till vaccinernas verkliga kontraindikationer och onödiga avhållanden från vaccinationer måste undvikas.

Vaccineringar är frivilliga. Både läkaren och hälsovårdaren måste kunna ge alla föräldrar faktauppgifter om sjukdomar som kan förebyggas med vaccinationer, om de faror som hör ihop med att försumma vaccinationen och vaccinetns säkerhet, men speciellt för dem som tvekar att ge sitt tillstånd till vaccination. På basis av den information de fått gör föräldrarna sitt beslut.

Specialsituationer uppstår, när barnets sjukdom eller föräldrarnas vilja orsakar en avvikelse från vaccinationsprogrammet. Sammanpassandet av invandrabarnens tidigare vaccinationer med det finländska vaccinationsprogrammet kräver ofta ett individuellt försnabbat vaccinationsprogram.

REKOMMENDATION:

På rådgivningen informeras alla föräldrar om vaccinationer, de sjukdomar som kan förhindras med vaccinationer och vaccinationernas säkerhet.

Rekommenderad litteratur:

Folkhälsoinstitutets webbsidor www.ktl.fi erbjuder information om vaccinationer och vaccinationsprogrammet.

Rokottajan käsikirja. 2005. Kansanterveyslaitos, Kustannus Oy Duodecim.

Social- och hälsovårdsministeriets förordning om vaccinationer samt screening av smittsamma sjukdomar under graviditet 421/2004.

Anordnande av allmänna frivilliga vaccinationer. Social- och hälsovårdsministeriets föreskriftssamling 2002:1. Social- och hälsovårdsministeriet.

13

Näring och kostrådgivning

13 NÄRING OCH KOSTRÅDGIVNING

Barnets välbefinnande förutsätter mångsidig, kvantitativt lämplig och näringsriktig mat, regelbunden måltidsrytm och stödande av vardagsaktiviteten. Hos barn i lekåldern är kostens näringsmässiga utmaningar desamma som hos vuxenbefolkningen: Fettmängden skall hållas rimlig och mjuka fetter gynnas. Man ökar användningen av grönsaker, bär och fiberrika fullkornsprodukter. Man minskar användningen av socker och salt.

De näringsfrågor som sysselsätter rådgivningsbyråerna mest är barnens fetma och allergier samt olika problem med ätandet. På rådgivningsbyrån är det möjligt att inverka på hela barnfamiljens matbeteende och viktkontroll. Det bästa resultatet uppnås, när man tar itu med problemen tillräckligt tidigt.

Diskussioner om familjens kosthållning är en naturlig del av rådgivningsbesöket. Till exempel måltider, matinköp och matlagning är en väsentlig del av familjens vardag. Utgångspunkten för rådgivningen är individualitet, flexibilitet och familjeorientering. Föräldrarna uppmuntras till att ta ansvar för familjens vardag utgående från barnets behov. Det som är bra för barnet, är i allmänhet bra för hela familjen. Det är till exempel bra att fästa uppmärksamhet vid förenandet av arbete, fritid och gemensamma måltider. Det är rådgivningspersonalens uppgift att säkra att familjen har tillräckliga grundkunskaper och en klar helhetsuppfattning om barnets uppväxt, utveckling och näring. En speciell utmaning är att möta de familjer, vars resurser inte räcker till för att klara vardagen.

13.1 Amning och barnets andra kost som spädbarn

Rådgivningsbyrån har bra möjligheter att främja positiv inställning till amning. Både mamman och barnet har nytta av amning. Amningen främjar mammans återhämtning efter förlossningen och hjälper med viktkontrollen. Det har också konstaterats att amningen har hälsofrämjande verkningar för kvinnan på längre sikt. Till exempel kvinnans risk att insjukna i osteoporos och vissa cancrar minskar. Bröstmjolk innehåller förutom de näringsämnen som babyen behöver många skyddsämnen som är nödvändiga med tanke på babyens utveckling. Därutöver ökar amningen moderns och babyens naturliga fasta kontakt.

Modersmjölken räcker som enda näring under de första sex levnads-månaderna för de flesta barn som fötts med normalvikt. Bara D-vitamintillskott behövs. I helamning upptas bröstmjölakens näringsämnen bäst, och mjölakens sjukdomsförebyggande verkan är effektivast. Tillräckligheten

av bröstmjolk garanteras bäst så att babyn utnyttjar sitt sugbehov endast med bröstuppfödning. Att suga på bröstet är en stimulus som inverkar väsentligt på mjölkavsöndringen. Användningen av nappar och nappflaskor skall man undvika åtminstone tills barnet har lärt sig en bra sugteknik (se Lääkäriin käsikirja 2001, se kap. 9.3). Å andra sidan har man i epidemiologiska undersökningar kunnat bevisa att en regelbunden användning av nappen skyddar från spädbarnsdöden (Kirjavainen 2003).

Det är viktigt att uppfölja barnets tillväxt, utveckling och välbefinnande. I helamning går babyernas vikt under de första tre månaderna upp i genomsnitt litet mera än de babyers som fått modersmjölksersättning. Från och med sex månaders ålder är däremot viktökningen hos dem som får bröstmjolk och tilläggskost litet långsammare än hos de babyer som får ersättning och tilläggskost. Från och med tre månaders ålder till nära ettårsåldern är däremot bröstbarnens längdutveckling i genomsnitt litet långsammare än flaskbarnens. Senare är längdkurvorna enhetliga (Salmenperä 1997). Ett helammat barns och ett barns som fått bröstmjolk och fast tilläggskost relativa längd minskar från och med tre månaders ålder till 9 månaders ålder så småningom med till och med 1 SD. Längdvikten (tid. den relativa vikten) minskar emellertid inte, med andra ord ökar vikten i proportion till tillväxten. Detta är typiskt för helt friska barn som får bröstmjolk. De är ännu vid ettårsåldern litet lättare än de barn som fått ersättningsföda. Denna skillnad i den normala tillväxten borde man vara medveten om för att förhindra en onödig och för tidigt påbörjad matning med tilläggskost.

Otillräcklig viktökning, knappa urin- och avföringsmängder eller barnets hunger även efter täta mjölmåltider är tecken på att bröstmjölken inte räcker till som enda näring. Vid bedömning av situationen bör man försäkra sig om, att barnet inte är sjukt och att amningstekniken är den rätta. Även amningproblem för vilka det inte går att hitta en lösning kan vara grunder för att ge tilläggskost före sex månaders ålder.

Efter påbörjandet av tilläggskost rekommenderas delvis amning upp till ettårsåldern (Tabell 2). Delvis amning innebär att barnet får bröstmjolk vid sidan om tilläggskost eller modersmjölksersättning. Även en delvis amning är värdefull. Bröstmjölken förbättrar immunförsvaret och annan näringsupptagning. Delvis amning kan fortsättas ännu efter det första levnadsåret om familjen så önskar. WHO rekommenderar att amningen fortsätts upp till tvåårsåldern. Då är det viktigt att barnets kost blir mångsidigare och dess ätfärdigheter utvecklas i överensstämmelse med åldern.

Litet, sporadiskt intagande av alkohol, som ett glas vin under måltiden eller en öl efter bastun förhindrar inte amning. I dessa situationer kan man vänta i ett par timmar före amningen. Alkoholet försvinner från bröstmjölken med samma hastighet som ur moderns blod. Mammans rikliga alkoholbruk stör barnet mest indirekt som osäker hantering av barnet.

Tobakens nikotin och andra gifter sprider sig via bröstmjölken till barnet. Bröstmjölakens nikotinhalt är som högst efter cirka en kvartstimme efter rökning.

Tabell 2. Spädbarnets kost

Ålder/kost				
0-4 mån.	> 4 mån.	> 6 mån.	>8 mån.	> 10 mån.
HELAMNING 6 mån.		DELVIS AMNING upp till 12 månaders ålder		
	Individuellt vid behov introduktionsrätter som puré: - potatis - grönsaker - bär - frukter >5 mån. kött eller gröt	För alla fasta tilläggskost, purémåltider: - potatis, grönsaker - bär och frukter - kött eller fisk - gröt	Grova puréer och nya introduktionsrätter: - potatis, grönsaker och kött eller fisk - gröt - bär och frukter - finfördelat råkost	Familjens rätter eller grova puréer - gröt, bröd - potatis, grönsaker - råkost - bär och frukter - kött- eller fiskrätter - mjölkprodukter och mjölk i gröten
D-VITAMINPREPARAT i alla åldersgrupper				

* Om amningen inte fortsätter, används i stället modersmjölksersättningar upp till ettårsåldern.

Tobaksrökning inverkar på moderns allmänna kondition, minskar mjölkavsöndringen och fördröjer utlösningen av mjölkavsöndringen. De mödrar som röker avslutar amningen tidigare än icke-rökande. Modern bör undvika rökning eller användning av nikotinersättande preparat helst helt, men åtminstone 2-3 timmar före och under amning. Modern stöds och motiveras till att sluta röka. (se kap. 14.5)

Amning kan främjas och stödas på många sätt. Det finns en hel del forskningsevidens om effektiviteten av de metoder som används i stödet (t.ex. Protection of breastfeeding in Europe 2004). Mödrarnas goda kunskaper om amning och positiva amningsattityder står i samband med längre amningslängder (Hannula 2003). Papporna har en betydande roll i att stöda moderns amning. Makens attityd mot amning har en betydande inverkan på mammornas beslut att börja amningen. Pappornas goda kunskaper om amning står i samband med deras positiva inställning (Stockley 2004.)

Med sin handledning kan hälsovårdspersonalen påverka att amningen lyckas (även Sikorski m.fl. 2002). Handledningen på barnrådgivningen bör vara likriktad och enhetlig med den handledning som ges på mödrarådgivningen och förlossningssjukhuset. Hälsovårdarna måste ha tillräckliga och aktuella kunskaper om amning, stödandet av amningen och de vanligaste problemsituationerna, helst genom amningshandledarutbildningen. För en del av mödrarna innebär amning en stor påfrestning och själsligt tryck. De finns behov av att fästa särskild uppmärksamhet vid mödrar som lider av amningsproblem. Rådgivningsläkaren måste sätta sig in i

amningens fysiologi och problem. Rådgivningsläkaren måste kunna ge konsultationshjälp åt hälsovårdaren och sköta problem som hör ihop med amningen. Rådgivningens samarbete med amningsstödgrupperna måste effektivieras för att säkerställa ett tillräckligt amningsstöd. Betydelsen av stödet av likställda är stor speciellt för de mödrar som har amningproblem. I en problemsituation söker man lösningar som främjar hela familjens välbefinnande för att säkra barnets näring.

Det lönar sig att stöda amningen med hjälp av ett högklassigt hälso- rådgivningsmaterial. I fortsättningen behövs en regional amningstrategi för den specialiserade sjukvården och primärvården, ett regionalt enhetligt amnings- och kostuppföljningsformulär och kriterier för kvalitetsuppföljningen.

Tilläggsuppgifter om bröstmjök och amning finns i boken *Lapsi, perhe ja ruoka* (Hasunen m.fl. 2004) och en färsk litteraturöversikt om Europeiska unionens amningsprojekt (*Protection of breastfeeding in Europe* 2004).

Annan näring för barnet i spädbarnsåldern

Tilläggsmat påbörjas alltid efter individuellt behov. Behovet och starttidpunkten beror på amning och barnets tillväxt och utveckling. Om det finns knappt med bröstmjök kan man börja ge tilläggsmat redan vid fyra års ålder. Med tanke på amningens kontinuitet är det bättre att ge fast purémat än modersmjölksersättning eller välling från flaska. Om barnet inte alls får bröstmjök, börjar man ge fast tilläggsmat vid 4–6 månaders ålder samtidigt som man fortsätter ge barnet modersmjölksersättning. (Tabell 2.)

Alla barn behöver fast tilläggsmat från och med ungefär ett halvt års ålder. Då har barnet kommit så långt i sin motoriska utveckling att det är redo att äta tilläggsmat. Med tilläggsmat säkerställs i synnerhet tilläckligt intag av energi, protein och andra nödvändiga näringsämnen. Om barnet matas enbart med bröstuppfödning längre än ett halvt år finns det risk för tillväxtrubbning och järnbristanemi.

När man ger tilläggsmat, bör kosten gradvis utvidgas med ett par nya födoämnen per vecka. När man ger födoämnen ett i sänder, vänjer sig barnet vid de nya smakerna och det är lättare att upptäcka om maten inte passar för barnet. Lämpliga första tilläggsfödoämnen är potatis, andra vegetabilier, bär och frukter. Efter dem börjar man ge kött och spannmål (Tabell 2). Nära ett års ålder börjar man ge vanliga mjölkprodukter. Det är bra att börja vänjningen med surmjölksprodukter. I spädbarnsmat används ingen salt och i matlagningen används inte livsmedel som innehåller rikligt med salt såsom korvar eller ostar.

I detta kapitel behandlas endast en del av frågorna kring barnens näring. Ytterligare information om olika gruppers, t.ex. prematurbarnens, kost eller ätproblem, till exempel svårigheter med nya födoämnen, finns i boken *Lapsi, perhe ja ruoka* (Hasunen m.fl. 2004). Den innehåller även mycket information om mikrobiologiska riskfaktorer och livsmedelshygien. På livsmedelsverkets sidor finns de aktuella uppgifterna om eventuella användningsbegränsningar för födoämnen i olika åldersgrupper.

Rekommenderad litteratur:

Livsmedelsverket: www.elintarvikevirasto.fi

Hannula L. 2003. Imetysnäkemykset ja imetyksen toteutuminen. Suomalaisten synnyttäjien seurantatutkimus. Turun yliopiston julkaisuja Sarja C, osa 195. Turun yliopisto, Turku.

Hasunen K, Kalavainen M, Keinonen H et al. 2004. Lapsi, perhe ja ruoka. Imeväis- ja leikki-ikäisten lasten, odottavien ja imettävien äitien ravitsemussuositus 3:e reviderade upplagan. Julkaisuja 11. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.

Imetysohjaus ja imetysohjelmat. 11.5.2001. Lääkärin käsikirja. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki.

Salmenperä L. 1997. Rintaruokinta ja kasvu. Duodecim 113, 605–610.

Vauvamyönteinen Keski-Suomi – alueellinen hoito-ohjelma (Det babyvänliga Mellerta Finland – ett regionalt vårdprogram). Uppdaterat 23.3.2000.

Tillgängligt på internet på den avgiftsbelagda adressen www.terveysportti.fi. Programmet baserar sig på WHO:s och UNICEF:s program för amningsvänliga sjukhus Tio steg till lyckad amning. A Joint WHO/UNICEF Statement. Protecting, Promoting and Supporting Breastfeeding: The Special Role of Maternity Services. 1989.

Vauvamyönteisyysohjelma. Ohjelma imetysohjauksen jatkuvaan laadun kehittämiseen. 1994. Stakes, Helsinki. www.lapsiperhe.net/vamy. Innehåller information om babyvänlighet, i det närmaste om amning, även Tio steg till lyckad amning.

13.2 Barnets mat i lekåldern

Mot slutet av sitt första levnadsår börjar barnet så småningom äta samma mat som resten av familjen. Den vuxna ansvarar för att barnet regelbundet får näringsrik mat i en positiv atmosfär. När man gör så här, äter barnet i allmänhet den mängd mat som det behöver och man undviker ätproblem. Det finns ofta stora skillnader i jämnåriga barns energibehov. Energiintaget bedöms individuellt med tillväxtkurvan. I bedömningen hjälper föräldrarnas observationer och barnets förnöjsamhet och hälsa.

Fettet är en viktig källa av energi, nödvändiga fettsyror och fettlösliga vitaminer. För att främja hjärt- och kärllhälsan är det viktigt att hålla fettmängden rimlig och gynna mjukt fett. I praktiken innebär detta att man bör undvika hårt fett och väljer mjuka fetter som det synliga fettet. När man börjar använda kött- och mjölkprodukter kan barnet från första början använda fettfria eller magra alternativ. Som mjölk är fettfri mjölk lämpligast. Hårt fett finns som dolt fett inte bara i mjölk- och köttprodukter utan även i till exempel kex och andra bakverk, varför de bör användas endast sporadiskt. Som synligt fett på bröd, i dressingar, i matlagning och bakning används vegetabilisk olja, vegetabiliskt margarin och flytande vegetabiliska oljeprodukter (s.k. flaskmargarin). När ett barn under två år använder fettfria mjölkprodukter, bör 2–3 tsk tillägsfett tillsättas i kosten som vegetabilisk olja eller margarin (80 % fett) för att säkerställa energiintaget.

Det lönar sig för hela familjen att vänja sig vid en regelbunden måltidsrytm redan under graviditeten, för frekvent småätande och -drickande

utsätter tänderna för en ständig syreattack. Åtminstone under de första levnadsåren borde man undvika att ge barnet sötsaker. Det är skäl att begränsa användningen av sötsaker, kex, glass, läsk m.m. söt mat till måltider eller olika högtidsstunder. I frågan om sötsaker bör man även fästa uppmärksamhet vid mängden. Läckerheterna tränger lätt undan annan mat eller är överflödiga och utsätter barnet därigenom för övervikt. Ständigt småätande stör regleringen av hunger- och mättnadskänslan. Barnet bör lära sig att använda endast vatten som törstsläckare.

Det är bäst att från första början lära barnet äta mat med låg salthalt. Samtidigt vänjer sig hela familjen vid låg salthalt. Flera kryddsalter, buljonger, marinader och sojasåser innehåller rikligt med salt. När man använder dem behöver man inte tillsätta salt i maten. Saltintaget kan minskas genom att i mån av möjlighet väljer ett alternativ med låg salthalt bland bröd, köttprodukter, ostar och fettprodukter och genom att bara sporadiskt använda livsmedel som innehåller rikligt med salt (t.ex. chips, salta nötter, ketchup).

Regelbundna mattider utgör grunden för kosthållningen. Oregelbundna mattider stör lätt barnets känsliga aptitreglering.

I familjens gemensamma måltidssituationer kan barnet målinriktat läras både ätfärdigheter och nya ätvanor. Föräldrarna och andra närstående påverkar utvecklingen av barnets matvanor med sitt exempel och sina åtgärder. Barn förhåller sig ofta skeptiskt mot nya maträtter och smaker. Föräldrarna uppmuntras att servera barnet nya maträtter i små portioner flera gånger under samma vecka. När barnet upprepade gånger får smaka på nya födoämnen enligt sin egen lust utan tvång, lär barnet sig lättare att tycka om olika smaker. Atmosfären i måltidssituationen har en avgörande inverkan på vad barnet lär sig att tycka om och vad barnet äter. Om det är lugnt och barnets önskningar tas i beaktande, blir det lättare att skapa en angenäm måltidsatmosfär. Ett barn i lekåldern behöver klara anvisningar om vad som är önskat och vad som är oönskat beteende. Föräldrarna kan styra barnets matvanor till exempel genom att tacka och uppmuntra barnet. Lirkande, trugande och hotelser är inte effektiva uppfostringsmedel.

Vegetarisk kost för barn

Många vegetarianer är mycket insatta i den vegetariska kosthållningen. Övertygelsen eller livsåskådningen bakom kosthållningen kan vara stark.

Hälsovårdarens inställning och en tolerant atmosfär är av avgörande betydelse när det gäller att skapa ett fungerande samarbetsförhållande. Det gemensamma målet är att sätta ihop en kost som är så mångsidig och näringsmässigt tillräcklig som möjligt och i vilken även vegetarianens övertygelse har tagits i beaktande. I frågan om klara näringsrisker är det emellertid alltid skäl att ingripa på ett lämpligt sätt.

Ju flera födoämnen en vegetarisk kost innehåller, desto mera sannolikt är den näringsmässigt tillfredsställande. En mångsidigt ihopsatt semi-

lakto- eller lakto-ovovegetarisk kost garanterar ett tillräckligt intag av näringsämnen. En kost som innehåller fisk avviker sig inte näringsmässigt från en kost som innehåller kött. Fisk förbättrar fett-, protein-, D-vitamin- och järnhalten i den vegetariska kosten.

Vegankosten, som består enbart av produkter från växtriket, rekommenderas inte för barn. Vegankostens säkerhet kan inte garanteras, eftersom det varken finns finländsk forskningsinformation eller solid praktisk erfarenhet om ämnet. I Finland är urvalet av kompletterade produkter som ersätter animaliska livsmedel begränsat och tillgången är ganska dålig. Detta gör det svårare att sätta ihop en näringsmässigt tillfredsställande vegankost. Om familjen vill att barnet skall växa upp på vegankost, bör man ha goda kunskaper i livsmedelskänedom och näringslära för att kunna skapa en näringsmässigt tillfredsställande kost. Man bör även kunna laga mat. Vegankosten bör alltid kompletteras med B12-vitamin, D-vitamin, kalcium och vid behov järn genom att använda antingen näringsämnespreparat eller berikade livsmedel. Ett problem för veganbarn kan även vara otillräckligt energiintag, när man inte orkar äta tillräckligt med vegetabiliska produkter som innehåller knappt med energi.

Om barnet har födoämnesallergi eller andra kostbegränsningar, är det i praktiken mycket svårt att genomföra en vegetarisk kost. Barnets näringsintag blir lätt bristfälligt. Familjen har skäl att mycket noga överväga om de vill att ett allergiskt barn skall leva på vegetarisk kost.

Om ett barn lever på vegetarisk kost, följs dess tillväxt vid behov med tätare besök till rådgivningsbyrån. Vegetaristbarn är vanligen litet kortare och lättare än barn som äter blandkost. Orsakerna till en tydlig avmattning i tillväxten och nedgång i vikten måste utredas. En hemoglobinuppföljning vid 1–2 års ålder är motiverad på grund av att det finns knappt med järn i kosten.

13.3 Användning av D-vitaminpreparat

Under det första halvåret får ett barn tillräckligt med vitaminer och mineralämnen från modersmjölken. I lekåldern tillfredsställs behovet av vitaminer och mineralämnen av en mångsidig kost. Det enda undantaget är D-vitaminet vars intag kompletteras genom att ge alla under treåriga barn ett D-vitaminpreparat under hela året (Tabell 3). För äldre barn är det nyttigt att fortsätta att använda preparatet från början av oktober till slutet av mars till femton års ålder. För mörkhyade barn ges D-vitamin som preparat året om till femton års ålder. Under den mörka årstiden behöver gravida och ammande mödrar D-vitaminpreparat 10 µg/dygn.

Tabell 3. Dosering av D-vitaminpreparatet för barn i olika åldrar

Barnets ålder och näringsintag	Dosering av D-vitaminpreparatet
Under 1 år gamla barn från 2 veckors ålder	
▪ Näringsintag helt eller delvis genom amning	10 µg/dygn
▪ Barn som får modersmjölksersättning, specialpreparat för barn eller vitaminerad barnvälling	6 µg/dygn
1–2-åring	
▪ Vanlig mångsidig mat som innehåller tillräckligt med mjölkprodukter	5–6 µg/dygn
▪ Barn som använder ovtaminerad mjölk (gårdsmjölk), ekomjölk eller ingen mjölk	10 µg/dygn
Ett 3–15-årigt barn från oktober till mars, om barnet inte använder vitaminerade mjölkprodukter regelbundet	5 µg/dygn
Ett 3–15-årigt mörkhyat barn året om	5–6 µg/vrk

13.4 Problem som har med mat och måltider att göra

Det har uppskattats att cirka 5–10 % av spädbarnen har *födoämnesallergi*. För behandling av allergier se kapitel 15.6 Allergier och astma. Ett barns allergisymptom kan inte förebyggas genom att undvika sensibiliserande ämnen under graviditeten. Inte heller under amningstiden finns det grunder för att undvika födoämnen för att förebygga allergier. Uteslutningsdiät praktiseras först då barnets allergi klart har diagnostiserats. Amningen kan skydda barnet mot ett allergiskt reaktionsätt, om barnet har ärvt anlag för allergi. Det är viktigt för både moderns och barnets välfärd att den ammande modern har en varierad och tillräcklig kost. Under amningen bör modern undvika endast de födoämnen som orsakar symptom för henne själv.

Övervikten hos barn i lekåldern har ökat: uppskattningsvis 5–10 % av barnen har övervikt. För behandlingen av övervikt se kapitel 15.7 Övervikt hos barn. Mat- och måltidsanvisningarna i denna rekommendation förebygger övervikt effektivt. Orsaken till att ett barn blir fett ligger ofta i oregelbundna mattider, ett osäkert och inkonsekvent grepp om uppfostran och bristande vardagsaktivitet. Det blir inte klart för barnet, när man skall

äta, hurdan mat är vardagsmat och hurdan mat är festmat. Även det att man trugar mat åt barnet eller belönar och tröstar barnet med mat stör den naturliga regleringen av matmängden. Genom att påverka dessa vanor kan man förebygga onödig viktökning.

Olika ätproblem är en del av vardagen både på rådgivningsbyrån och i dagvården. Problem kan vara bland annat aptitlöshet, selektivt ätande (vilket också kan bero på tuggsvårigheter), vägran att äta, smygätande eller bråk i ätsituationen. Om ätproblem fortsätter länge kan de leda till bl.a. ätstörningar, långsammare tillväxt eller övervikt. Fortsatta ätproblem förekommer hos cirka 10 % av barnen och mindre problem hos över hälften av barnen. Ätproblemen börjar i lekåldern och ökar ända till femårsåldern. För det mesta är problemen övergående och hör ihop med olika skeden barnets psykosociala utveckling. Tillsvidare vet man inte om det finns ett samband mellan tidiga och senare förekommande ätstörningar, såsom anorexi och bulimi. Tidig identifiering av problemen hjälper att förebygga dem: man bör ha ett känsligt öra för föräldrarnas minsta signaler och bekymmer. Tröskeln till hjälpen bör vara låg. En stor del av vanliga ätproblem kan rättas till med rådgivningens, dagvårdens och föräldrarnas samarbete, om problemen åtgärdas i tid. Om problemen inte kan lösas genom att klarlägga ätsituationen, kan det vara fråga om problem i familjens inbördes växelverkan. Då bör situationen utredas mera ingående.

13.5 Näringsrådgivning på rådgivningsbyrån

Syftet med rådgivningsbyråns näringsrådgivning är att säkra att barnet och hela familjen får näringsriktig mat. Målsättningen är att måltiden skall vara någonting positivt och roligt för både barnet och föräldrarna och att hälsosynpunkterna förenas med en smakupplevelse.

Barnens och familjernas matvanor följs upp och bedöms tillsammans med familjen under hela rådgivningsåldern. Barnets ätande utvecklas så småningom när barnet blir äldre och får nya färdigheter. Näringshandledning ges enligt barnets utvecklingsskede (Tabell 4). När föräldrarna är känsliga för förändringar i barnets färdigheter, kan de skapa lämpliga omständigheter där barnet kan öva sig och lära sig nya saker. I synnerhet sådana föräldrar som inte haft barn förut behöver grundläggande information om barnets kost, anvisningar för identifiering av de känslighetsperioder som hör till ätlärlningen och konkreta tips på vad barnet kan öva i olika åldrar. Det har konstaterats vara nyttigt att behandla dessa saker även i rådgivningsbyråernas mamma-barn-grupper och grupprådgivningar.

Rådgivningsbyråns hälsovårdare är en viktig länk mellan dagvården och den specialiserade sjukvården. När det gäller familjer med många problem behövs även samarbete med socialarbetet. Regionalt samarbete kan genomföras till exempel genom att hälsovårdaren deltar i föräldramötet på daghemmet.

TABELL 4. Näringshandledningens viktigaste innehåll i spädbarns- och lekåldern

ÅLDER	VIKTIGT I ÅLDERN	NÄRINGSHANDLEDNINGENS VIKTIGASTE TEMAN
0–4 mån.	Kraftig tillväxt och utveckling Man lär sig att vårda barnet Ofta problem och osäkerhet i amningen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Barnet får sin näring endast genom amningen ▪ Stärkt amningstöd i problemsituationer ▪ Matning enligt barnets önsksningar ▪ Användning av modersmjölksersättning vid behov ▪ Olika matningssätt individuellt ▪ Snabbt ingripande i problemsituationer
5–6 mån.	Problem i bedömning av behovet av tilläggsmat Motoriskt mognande till tilläggsmat Amningens sårbarhet	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Säkrande av amningens kontinuitet ▪ Tilläggs-kosten påbörjas individuellt efter barnets färdigheter och behov ▪ Fast tilläggs-kost för alla senast från 6 månaders ålder
7–9 mån.	Stark utveckling i barnets färdigheter	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kosten görs mångsidigare ▪ Stöd för delvis amning ▪ Barnet vänjer sig vid muggen ▪ Maten görs grovare ▪ Finger-mat och pincett-greppet ▪ Barnet flyttar till köksbordet
10–12 mån.	Barnet går över till familjens mat Barnet går eventuellt i dagvård Barnet lär sig äta självständigt	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vardagens tidtabell i en föränderlig situation, familjens måltider, regelbundna mattider ▪ Familjens matlagningsskunkaper och -möjligheter ▪ Fettets mängd och kvalitet, mjölkval, användning av salt, törstsläckare ▪ Mellanmål, drycker, småätande ▪ Barnet lär sig äta självständigt ▪ Barnets hunger/mättnadssignaler ▪ Amning/avvänjning ▪ Avvänjning från nappflaskan senast i ett års ålder ▪ Ätandets spelregler i dagvården
1–3 år	Barnet äter all mat Barnet äter huvudsakligen självständigt Trotsåldern, ätproblem är vanliga Växlande aptit	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Familjens ätsituation, mattider och gränser ▪ Ständig vänjning vid nya födoämnen ▪ Barnet lär sig använda matbestick ▪ Mångsidig kost, användning av grönsaker, frukt och bär, fett och socker, sötsaker ▪ Mellanmål, drycker, småätande ▪ Utvecklingen av barnets vikt ▪ Uppmuntran till självständig motion och aktivitet ▪ Snabbt ingripande i problemsituationer som drar ut på tiden
4–5 år	Barnets kompiskrets utvidgas Dagisåldern Kompisarnas inflytande blir starkare	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Barnets deltagande i beredning av familjens måltider ▪ Mellanmål, drycker och småätande ▪ Fett och socker i kosten ▪ Användning av grönsaker, frukt och bär ▪ Stöd för barnets aptitreglering ▪ Utvecklingen av barnets vikt ▪ Uppmuntran till vardagsaktivitet och motion ▪ Snabbt ingripande i problemsituationer som drar ut på tiden
6 år	Barnet börjar i förskolan och skolan	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Huvudmålen och mellanmålen i hemmet ▪ Barnets självständighet stöds, små självständiga matlagningssuppgifter ▪ Fett och socker i kosten ▪ Mellanmål, drycker och småätande ▪ Utvecklingen av barnets vikt ▪ Uppmuntran till vardagsaktivitet och motion ▪ Snabbt ingripande i problemsituationer som drar ut på tiden

Hälsovårdaren bör uppdatera sina kunskaper om olika kosten och deras verkningar. För att upprätthålla sina färdigheter behöver hälsovårdaren kunskap om informationskällor och redskap med vilka man kan skaffa information.

Om arbetsfördelningen inom näringsrådgivningen överenskomms lokalt mellan den specialiserade sjukvården och primärvården. I långvariga, svåra ätstörningar behövs näringsterapeutens hjälp. Denna kan säkra att barnets kost är tillräckligt mångsidig till exempel när barnet har en svår födoämnesallergi, över- eller undervikt eller ett handikapp. Näringsterapeutens sakkunskap kan även utnyttjas i utbildningen av personalen och hon kan konsulteras vid behov.

REKOMMENDATION:

På rådgivningsbyrån stöds föräldrarna i amningen av barnet och i sådana matvanor som främjar hela familjens hälsa och välbefinnande.

Rekommenderad litteratur:

D-vitamiinivalmisteiden käyttösuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön kuntakirje 17.1.2003. Dno 8/66/2002.

Hasunen K. Imeväisikäisten ruokinta Suomessa 2000. 2001. Selvityksiä 12. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.

Hasunen K, Kalavainen M, Keinonen H. ym. 2004. Lapsi, perhe ja ruoka. Imeväis- ja leikki-ikäisten lasten, odottavien ja imettävien äitien ravitsemussuositus. 3. uudistettu painos. Julkaisuja 11. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.

Kasvisperheet. www.lapsiperhe.net/kasvisperheet.

Mahtavat muksut – ratkaisuja liHAVAN lapsen hoitoon. 1999. Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry:n julkaisema opas perustuu perhe- ja ratkaisukeskeiseen työotteeseen.

Partanen R. 2002. Maahanmuuttajan ravitsemusneuvonta. Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry, Helsinki.

14

Annat hälsofrämjande

14 ANNAT HÄLSOFRÄMJANDE

14.1 Munhygien

Munhygien är en del av barnets totala hälsa. För munhygien läggs en grund för livet under barnets första levnadsår. För att främja barnens munhygien och förebygga problem behövs det samarbete mellan olika yrkesgrupper. Metoderna för att upprätthålla munhygien är enkla: förebyggande av kariesinfektion, munnens och tändernas renhet, hälsosam föda och användning av xylitol.

Det är viktigt att målsmännen får grundläggande information om tillkomsten och förebyggandet av munsjukdomar samt praktiska anvisningar för upprätthållandet av munhygien redan innan barnets första tänder har spruckit. När barnet växer är det bra att på nytt ta fram de saker som har med mun- och tandvården göra på besöken till rådgivningsbyrån. Även om tandvårdspersonalen bär huvudansvaret för munhygien, är ett samarbete mellan de olika yrkesgrupperna en förutsättning för att lyckas. Det gemensamma målet är att hjälpa familjen att ta ansvaret för uppfostran, de dagliga rutinerna och barnets välfärd. Genom att öka rådgivnings- och tandvårdspersonalens gemensamma utbildningar kan rådgivningens innehåll planeras så att signalerna från de olika yrkesgrupperna stärker varandra.

Förebyggande av kariesbakterieinfektion

Det är mycket viktigt att förebygga *Streptococcus mutans* vid det skede då mjölkttänderna kommer. En tidig infektion har konstaterats öka risken för hål både i mjölkttänderna och de permanenta tänderna. *Streptococcus mutans* smittas med saliven vanligen från modern. Även andra personer som sköter barnet och har *mutans streptokocker* i munnen kan smitta barnet. Därför får man till exempel inte smaka på maten med samma sked som man matar barnet med och inte slicka nappen ren innan man ger den åt barnet. Man får dock kyssa barnet, eftersom risken för salivkontakt är liten. Genom att regelbundet använda xylitol kan modern och andra personer som sköter barnet väsentligt minska smittorisken. När kariesbakterieinfektionen skjuts upp till lekåldern har icke-skadliga bakterier erövat utrymme i munnen så att det har blivit svårare för kariesbakteriet att smittas och förökas. Då har möjligheten att behålla tänderna friska väsentligt ökat.

Även de bakterier som orsakar tandköttsinflammation smittas genom saliven. Tandköttsinflammationen yttrar sig som blödning i tandköttet. Förlust av tändernas bindvävnader förekommer först i vuxenåldern. Det är bra att uppmuntra föräldrarna till god munhygien och upprätthållandet av sin egen munhygien redan under graviditeten.

Hälsosam kost

Regelbundna måltider och mångsidig föda utgör grunden såväl för den allmänna tillväxten och utvecklingen som för munhygien. Betydelsen av näring och hälsosam kost behandlas i kapitel 13. Det är viktigt att ingripa i tid i näringsproblem. Det är bra om hela familjen redan under graviditeten vänjer sig vid regelbundna måltider, som bäst förebygger onödigt mumsande och snaskande. Tänder som först nyss spruckit i munnen har ännu inte nått sin slutgiltiga hårdhet varför de är särskilt utsatta för hål.

Rengöring av tänder och användning av fluor

Barnet behöver en vuxens hjälp i tandrengöringen. Man börjar borsta tänderna när de första tänderna har kommit och vänjer sig från första början vid att borsta två gånger om dagen. När mjölkkindtänderna kommer i ungefär 1,5 års ålder börjar man tillsätta en gnutta tandstärkande fluortandkräm i borsten. Om eventuell användning av andra fluorprodukter bestäms i munhälsovården.

Sugvanor

I begynnelsekedet är bröstmjölken den bästa näringen för barnet, och amningen främjar den ideella utvecklingen av munområdets muskler och käkarna. Sugbehovet är individuellt. Det minskar vanligen mot slutet av det första levnadsåret vid tandsprickningen. Då är det ofta möjligt att ge upp nappen och nappflaskan. Förlängda vanor att suga nappen och nappflaskan ökar tillkomsten av malockklusioner såsom öppna bett och korsbett och kan styra käkbenens tillväxt i en ogynnsam riktning. När det gäller att välja mellan sugandet av napp eller finger är det bäst att gynna nappen vars sugdel är platt och mjuk. Det är lättare att bli av med nappen än av fingret. Man kan även uppmuntra modern till tätare amning i stället för nappen.

Främjande av munhygien och identifiering av problem hos ett barn i rådgivningsåldern

Rådgivningsbyråns hälsovårdare träffar barnen regelbundet så att hon har de bästa möjligheterna att ge information om god munhygienutveckling till föräldrarna och hitta de barn som har problem med munhygien. Dessa barn har inte nödvändigtvis gått i tandvården och familjerna kan ha även andra problem. I de viktigaste återkommande kontrollerna kan hälsovårdaren säkra att barnets munhygien utvecklas bra. Man kan komma överens om förfarings sättet med hälsovårdscentralens tandvårdspersonal. I bilaga 18 har man samlat ihop de viktigaste frågorna i barnets munhygien som hälsovårdaren kan ta i beaktande under besöken till rådgivningsbyrån. Syftet är att identifiera riskfaktorerna för barnets munhygien i ett tidigt skede. Bakterietäcket (placklagret) på de övre framtänderna är ett tecken på ökad risk för hål. Bakterietäcket kan lätt upptäckas genom att lyfta upp barnets överläpp och undersöka tandytorna. Om det finns ett

klart skönjbart placklager på ytan av framtänderna, hänvisas barnet utan dröjsmål till munhälsovården.

Tandsprickningsåldern varierar. Om den första tanden inte syns i ett-och-ett-halvt-årsåldern är det tillrådligt att sända barnet till munhälsovården. Det är skäl att sända barnet till tandläkaren även i det fall att det finns asymmetri eller annat avvikande i käk- och ansiktsområdet, eller om man misstänker en störning i tändernas utveckling. Samarbete behövs också i fråga om olyckor som skadat tand- och käkområdet. Det är bra att komma överens om förfaringssätten vid olycksfall med munhälsovårdspersonalen.

Beaktande av specialgrupper

Risken för orala sjukdomar är större hos barn som har en långvarig sjukdom, upprepade infektioner eller en utvecklingsstörning. Läkemedlen kan öka risken för munsjukdomar till exempel genom att minska salivavsöndringen. Riskgrupper är dessutom barn i familjer som har psykosociala problem, barn till föräldrar som lider av tandläkarskräck samt barn i invandrarfamiljer. En del av barnen i dessa grupper blir lätt utanför den reguljära tandvården. Flera andra problem kan tära på familjens krafter eller man kan ha en likgiltig inställning till tandvården.

Barn i särgrupper använder ofta mycket andra hälsovårdstjänster. Med bra samarbete och informationsförmedling mellan olika experter inom hälsovården kan dessa barn komma att omfattas av munhälsovården. Där kan dessa barn och deras familjer få särskilt stöd och speciell rådgivning samt intensiv förebyggande och vid behov förbättrande tandvård. Ett kontinuerligt och långvarigt vårdförhållande och multiprofessionellt samarbete är ofta förutsättningar för framgångsrik vård.

REKOMMENDATION:

På rådgivningsbyrån ges hålsorådgivning om munhygien tillsammans med enheten för munhälsovården. På rådgivningsbyrån finns skriftliga föreskrifter om rådgivning i munhygien och identifiering av munhygieniska problem.

Barnens munhälsovård i samband med regelbunda besök till rådgivningsbyrån (Bilaga 18). Ytterligare information finns bl.a. i de broshyrer som publicerats av Mannerheims Barnskyddsförbund.

14.2 Förebyggande av olycksfall

Olycksfall orsakar barnen cirka 8 000 vårdtillfällen på sjukhus varje år. Dessutom besöker vart tionde barn läkare på grund av olycka varje år. Antalet allvarliga olyckor verkar minska och antalet lindrigare olyckor vara oförändrat.

Dödligheten i olyckor har minskat kraftigt till år 2001. År 2002 förolyckades 31 under 10-åriga barn. 18 av dem var under 5 år. Olyckor med dödlig utgång hos barn i denna ålder beror oftast på drunkningar eller trafiken. Olyckor är två gånger vanligare hos pojkar än hos flickor.

I Finland befinner vi oss för tillfället i en situation där man inte kan påvisa sådana enstaka åtgärder eller ändringar i lagstiftningen med vilka man avsevärt kunde minska olycksfall hos barn. Den rådgivning om förebyggande av olyckor som ges i barnrådgivningarnas hälsokontroller och föräldragrupper är viktig grundläggande information om barnens säkerhet för föräldrarna. Föräldrarna borde följa barnets uppväxt och utveckling samt vara medvetna om de metoder med vilka olyckor i olika skeden kan förebyggas. Eftersom barnet växer snabbt ändras också de farliga situationerna. Största delen av olyckorna hos barn under tre år sker inomhus i hemmet. Efter fyraårsåldern ökar andelen olycksfall som sker utomhus.

Små barn och ett tryggt hem

Under sitt hembesök bör hälsovårdaren bedöma hemmets säkerhet ur barnets synvinkel och om han upptäcker att barnets säkerhet kan förbättras genom att rätta till vissa saker bör han fästa föräldrarnas uppmärksamhet vid dem.

Ett spädbarns säkerhet betyder god basvård. Det är viktigt att man använder säkra redskap i barnavården (nappar, sängar, barnvagnar barnstolar) och att barnet inte lämnas en lång tid utan övervakning. Allmänna olycksrisker för ett litet barn är fall (t.ex. från vårdbordet), brännskador (bl. a. heta drycker och rätter på bordet) och främmande föremål i luftvägar. I det orala utvecklingsskedet sätter barnet allt i sin mun. Därför måste föräldrarna se till att barnet inte kan få tag på material som innehåller farliga beståndsdelar, såsom farliga kemikalier, batterier, läkemedel, vitaminer, tobak eller nikotintuggummi. Under de senaste åren har inga barn dött av förgiftning, men förgiftningssituationer är ändå vanliga i hemmen. Av de 37 200 samtal som giftinformationscentralen mottog år 1999 gällde 15 030 förgiftningar hos barn under sex år. Enligt centralens statistikuppgifter är åttandet av tobak en av de vanligaste förgiftningso-lyckorna hos småbarn.

När barnet börjar röra sig, bör föräldrarna se till att hemmet är så tryggt som möjligt.

Det viktigaste är att se till att barnet inte:

- faller från hög höjd
- får allvarliga brännskador
- sätter giftiga ämnen i sin mun
- skadar sig självt med vassa föremål

Det beror på typen av bostad och planlösning hurdana säkerhetsanordningar det är skäl att skaffa till hemmet. Följande produkter är obestridligt nyttiga för barnets säkerhet:

- spisskydd; skyddsproppar för uttag om det inte finns uttag med jorddon i bostaden,
- låsbart medicinskåp; trappgrind, om det finns en inomhustrappa i hemmet.

Säkerhetsaspekten bör tas i beaktande också när man köper leksaker åt barnet.

Barnens säkerhet utomhus

Olycksfall med dödlig utgång eller med allvarliga skador hos barn sker i regel utomhus. I trafiken skadas knappt ett tusen barn under femton år varje år. Nuförtiden färdas barnen i bilen vanligen säkert fastspända. Drunkningar är den näst vanligaste orsaken till att barn dör genom olyckshändelse. Största delen av de fall där småbarn drunknar sker på sommaren i strandlekar samt på vårens och höstens svaga is nära hemmet.

När barnets lekar flyttas till gården är det skäl att kontrollera miljöns säkerhet. På stadsgårdar orsakas farliga situationer av bilarnas servicetrafik och trafiken till parkeringsplatser. De mest typiska bristerna i utomhuslekredskap på gårdar är deras hårda underlag och försummade serviceåtgärder. På landsbygden ger barnens miljöer mångsidiga impulser. På gården kan till exempel arbetsmaskiner, verktyg, lantgårdens kemikalier, djur, å- och sjöstränder samt brunnar utgöra en fara för barn.

Med tanke på barnens säkerhet är tillräcklig övervakning och rådgivning viktigast. För föräldrarna är det svårt att besluta i vilken ålder barnet får leka ensamt eller med kompisar. Det finns inga entydiga svar; den fysiska miljöns villkor måste tas i beaktande. Förutom förebyggandet av olyckor måste föräldrarna instrueras att förebereda sig på att ge första hjälp på ett ändamålsenligt sätt.

REKOMMENDATION:

På rådgivningsbyrån instrueras föräldrarna att förebygga olycksfall hos barn enligt åldern och skaffa behövliga säkerhetsanordningar och kunskaper om första hjälpen.

Rekommenderad litteratur och andra informationskällor:

Giftiga växter: www.hus.fi -> Giftinformationscentralen

Hoppu K, Pohjalainen T, Taalikka P (toim.) 2002. Lasten myrkytykset. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki.

Information om trafiksäkerheten: www.liikenneturva.fi.

Information om första hjälpen från Finlands Röda Kors: www.redcross.fi.

Kampanjen mot hemolycksfall: www.kotitapaturma.fi. På sidorna kan man beställa avgiftsfritt material, bl.a. en minneslista över hemmets säkerhet.

Kampanjen mot hemolycksfall. Avgiftsbelagt material om förebyggande av olycksfall hos barn kan beställas från Suomen Pelastusalan Keskusjärjestö: www.spek.fi.

Kotiympäristö turvalliseksi. Opas koulutus- ja neuvontatyötä tekeville. 2001.

Turvassa tapaturmilta. Broschyren om barn i olika åldrar (1/2-åring–6-åring) kan fås från Centralförbundet för barnskydd : www.lskl.fi.

14.3 Barnets och familjens motion

Ett litet barn rör sig vanligen mycket och ger så här utlopp för sin naturliga energi. Det har ackumulerats solid vetenskaplig evidens om motionens betydelse för människans hälsa i alla skeden av levnadsloppet. I barndomen stöder motionen barnets sunda tillväxt och utveckling och främjar dess välfärd.

Genom att röra sig lär sig barnet förutom motoriska färdigheter även andra viktiga färdigheter som behövs för att hålla balansen och hantera verktyg. Motionen kan indirekt främja barnets kunskapsmässiga och sociala utveckling och utvecklingen av barnets känslor och vilja. På det sättet är motionsfärdigheterna av en stor betydelse för utvecklingen av barnets jagföreställning och självförtroende. Dessutom förebygger regelbunden motion utvecklingen av övervikt och minskar risken för flera sjukdomar.

Redan bland barn i skolåldern har individuella och könsmissiga skillnader i den fysiska aktiviteten identifierats. Till exempel sexåriga pojkar är mera aktiva än flickor. Passiviteten är en relativt bestående form av beteende. Redan före skolåldern både på rådgivningsbyrå och i dagvården bör därför större uppmärksamhet fästas vid den fysiska aktiviteten och inställningarna mot motionen hos sådana barn som rör sig litet. Glada och mångsidiga motionserfarenheter i barndomen skapar förutsättningar för ett livslångt motionsintresse. Positiva erfarenheter kan man få från olika lekar, spel och familjens gemensamma motionsintressen. Ett barn som tillfredsställt sitt motionsbehov sover i allmänhet lugnt och tillräckligt. Ett livligt barn som inte har möjligheter att ge utlopp för sin energi blir frustrerat och börjar bete sig på ett störande sätt.

En särskilt stor nytta av motionen får de barn som lider av motoriska problem. Deras andel av 4–5-åriga barn är uppskattningsvis 5–10 %. Motoriska problem står ofta i samband med inlärningssvårigheter som kommer upp i skolåldern och de är tämligen bestående. Därför är det skäl att mera än tidigare använda motionen för att stöda barnets helhetsutveckling. För de barn som har olika inlärnings- och beteendestörningar eller motoriska problem borde erbjudas tillräckligt med yrkeskunnigt handledd motion.

Föräldrarnas viktiga uppgift är att stöda sitt barns utveckling genom att skapa barnet mångsidiga möjligheter att ge utlopp för sin naturliga lust att röra sig samtidigt som de själva ger finkänsligt bakgrundstöd och fungerar som handledare och modell. Detta förutsätter bland annat att det finns tillräckligt med stimulerande och säkra gårdar och andra lekplatser för barn i den närmaste omgivningen. Eftersom barnets vanor utvecklas som en del av familjens vanor är det önskvärt att motionen blir en positiv stund för samvaro för så många familjer som möjligt. Föräldrarnas modell påverkar även barnets vardagsmotion så att man till exempel använder trappor i stället för hiss, promenerar och inte kör bil osv.

För att främja barnets och dess familjs motionsintresse behövs det både självständig och handledd motion och samarbete mellan olika parter. Nästan hälften av barnen omfattas av dagvården där det finns utmärkta

möjligheter att främja barnets lek och motion. Familjeservicenätverkets samarbete med det kommunala idrottsväsendet är mycket önskvärt.

På rådgivningsbyrån är det skäl att fästa uppmärksamhet vid barnens rörelse och eventuella problem i den och ge föräldrarna individuell handledning. Somliga barn och familjer kan behöva både uppmuntran att röra sig och information om motionens betydelse för barnet. Familjerna kan även behöva information om motionsformer, -möjligheter och redskap som är lämpliga för barnets ålder. Det finns familjer som måste kanske till och med tyglas, till exempel om föräldrarna tar barnet mycket tidigt till ansträngande, handledda motionsformer.

REKOMMENDATION:

På rådgivningsbyrån fäster man aktiv uppmärksamhet vid hur barnet och dess familj rör sig och vilka möjligheter de har till motion till exempel genom att diskutera barnets och dess familjs motionsvanor och intressen som en del av rådgivningsbyråns återkommande kontroller. Målsättningen är att barnen hittar motions sätt som de tycker om och att de redan i barndomen omfattar ett fysiskt aktivt levnadssätt.

Rekommenderad litteratur:

- Arvonen S. 2004. Porukalla. Perheliikuntaohjaajan käsikirja. Suomen Latu. Arvonen S. 2004. Perheliikunnan ohjaajan opas. Perheliikuntatyöryhmä, Suomen Latu.
- Numminen P. Millainen merkitys liikunnalla on varhaislapsuudessa? I verket Mietinen M. (red.) 2000. Haasteena huomisen hyvinvointi. Miten liikunta lisää mahdollisuuksia? Liikunnan yhteiskunnallinen perustelu II. Tutkimuskatsaus. Liikunnan ja kansanterveyden julkaisuja 124. Liikunnan ja kansanterveyden edistämissäätö, Jyväskylä, 49–53.
- Sääkslahti A, Numminen P, Raittila P, Paakkunainen U & Välimäki I. 2000. 6-vuotiaiden fyysinen aktiivisuus. Liikunta ja tiede, 37, 6, 19.
- Terveyttä edistävän liikunnan kehittämistoimikunnan mietintö. 2001. Komiteanmietintö 12. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki. Valtioneuvoston periaatepäätös terveyttä edistävän liikunnan kehittämisestä. 2002. Esitteitä 2. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.

14.4 Föräldrarnas och barnens sexuella hälsa

Se även kapitel 6 och 16.7.

Sexualiteten är en central del av ett välfungerande parförhållande och människans välfärd. Graviditeten, förlossningen och tiden efter barnets födelse ändrar parförhållandet och därmed även sexualiteten. För somliga kan dessa perioder orsaka problem vars tillkomst kunde förebyggas eller verkningar dämpas med hjälp av rättidig information och möjligheter till samtal. Sexet är bara en del av människans sexualitet, men om graviditeten och tiden efter den verkar mycket negativt på kvinnans och mannens sexliv kan parförhållandet råka i fara.

Genast efter förlossningen är kvinnan inte alltid intresserad av samlag, på grund av att hon är trött och vården av barnet kan orsaka spänning och utmattnings. Svårigheter orsakas av operationen på perineet och även hormonala förändringar. Intresset för sex och uppvaknandet av lusten efter barnets födelse är mycket individuella saker. Det sexuella begäret kan variera även hos män. Efter förlossningen kan samlagen vara smärtsamma därför att slidans slemhinnor är torra. Om situationen kvarstår, kan glidmedel vara till nytta. Efter förlossningen är det bra att påminna om behovet av prevention, för undersökningarna visar att det görs mera aborter än i genomsnitt 6–8 mån. efter förlossningen (Vikat m.fl. 2002). Stärkandet av musklerna i bäckenbotten är bra för sexlivet och förebygger senare inkontinens. Även andra livsområden avspeglas i parförhållandet och sexualiteten liksom makarnas färdigheter att diskutera de förväntningar som de har på varandra och familjens liv i allmänhet. Vårnandet av parförhållandet och den ömhet och närhet som hör till det spelar en avgörande roll i ett lyckat sexliv. När föräldrarnas förhållande fungerar, mår även barnet vanligen bra.

Skedena i barnets sexuella utveckling följer skedena i barnets psykosociala utveckling. Ett tryggt och bra förhållande till de egna föräldrarna påverkar barnets bild av sig själv, sin kropp och sexualitet. De viktigaste skedena för utvecklingen av ett balanserat känslö- och sexuelliv anses vara skedet för grundtrygghetens uppkomst samt renlighets- och självständighetskedet. Renlighetsuppföstran bör vara fördomsfritt, uppmuntrande och belönande. I lekåldern förälskar sig barnet vanligen i någon vuxen i den närmaste kretsen; flickorna vill gifta sig med pappan och pojkarna med mamman. För att kunna bygga sig en positiv sexuell identitet behöver barnet ett identifikationsobjekt. I alla familjer finns inte de båda föräldrarna. Då blir andra närstående människor viktiga som identifikationsmodeller. Förutom de vuxnas modeller påverkas valet av könsroll av berättelser och media. I lekar är det viktigt att pröva de olika rollmodellerna. Samtidigt bedömer barnet sitt eget kön och det goda i att vara flicka/pojke. De närstående vuxnas inställning och familjens interaktionsmodeller är av en central betydelse. (Cacciatore 2002.)

Ungefär samtidigt blir barnet intresserat av sitt ursprung: varifrån kommer bebisar, hur skiljer sig flickor och pojkar från varandra. Barnet hittar sina egna könsorgan och den njutning som rörandet av dem ger oftast i femårsåldern. För barnet är könsorganen en kroppsdel som är jämlik med de andra delarna, barnet kan vara mycket stolt över dem och känner ingen skam över dem. (Brandt m.fl. 2001.) Lapsi opettelee yhteisön sääntöjä. För ett barn som undersöker sig själv kan fördomsfritt berättas att man inte brukar röra könsorganet offentligt men att var och en får röra sin kropp när man är ensam. (Cacciatore 2002.)

Det är hälsovårdarens och läkarens uppgift att ta fram barnets sexuella utveckling på barnrådgivningen. Om föräldrarna så önskar är det också bra att diskutera deras egen sexualitet och sexualiteten i parförhållandet. Det hjälper många föräldrar när man berättar för dem om sexualiteten

och ger dem behövliga faktauppgifter på förhand. Det kan även vara skäl att diskutera eventuella problem. Vid behov hänvisas klienten till andra sakkunniga. Föräldrarnas välfärd, attityder, verksamhet och modeller i mänskliga relationer och sexualfrågor påverkar barnet och det hur barnet kommer att uppleva sexualiteten senare i sitt liv.

Med tanke på barnets säkerhet kan det också vara skäl att ta fram barnets rätt till integritet och handleda föräldrarna att uppfostra sitt barn till sexuellt självbestämmande. Genitalområdena är sådana som barnet självt bestämmer om, och ingen har rätt att kräva att få se och röra dem.

Arbetarens förhållande till sin egen sexualitet påverkar hans eller hennes förmåga att samtala med klienterna. Dessutom behövs det goda kunskaper om sexualiteten för att kunna handleda andra. Litteratur, kompletterande utbildning, arbetshandledning och diskussioner om ämnet i arbetsgemenskapen ger ytterligare färdigheter. Yrkehögskolorna, i synnerhet Jyväskylä yrkehögskola och organisationerna i området (bl. a. Befolkningsförbundet och Sexpo-stiftelsen) arrangerar utbildning om sexualitet och utvecklar relaterat material.

REKOMMENDATION:

På rådgivningsbyrån diskuteras barnets sexuella utveckling som en del av barnets helhetsutveckling och personalen är redo att diskutera även frågorna kring sexualiteten i parförhållandet med föräldrarna.

Rekommenderad litteratur och andra informationskällor:

- Brandt P, Korteniemi-Poikela E & Cacciatore R. 2001. Lasten ja nuorten seksuaalisen kehityksen tukeminen lasten sairaanhoidossa seksuaalisuuden portaiden avulla. Befolkningsförbundets klinik för sexuell hälsa. Tillgänglig på internet 28.1.2004: www.seksuaaliterveys.org/artikkelit.
- Keski-Suomen Seksuaaliterveyden osaamiskeskus. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Keskussairaalan tie 21 E, 40620 Jyväskylä. E-post: seksologia@jypoly.fi. Hemsidor: www.jypoly.fi/sote. Kompetenscentralen organiserar utbildning i sexuell hälsa och publicerar nätverkstidningen Seksuaaliterveys, som är avgiftsfri för nätverkets medlemmar.
- Kontula O & Lottes I (toim.) 2000. Seksuaaliterveys Suomessa. Tammi, Tampere.
- Lajunen K & Kemppainen K. 2004. Lasten Turva Taito – väkivallan ja seksuaalisen hyväksikäytön ehkäisyohjelma. I verket: Kosunen E & Ritamo M. (red.). Näkökulmia nuorten seksuaaliterveyteen. Raportteja 282. Stakes, Helsinki, 174–184.
- Nurmi T. 2000. Seksuaaliterveys ja terveydenhoitaja. Seksuaaliterveyden edistäminen ja terveydenhoitajiksi valmistuvien seksuaaliterveyden asiantuntijuus 1970-, 1980- ja 1990-luvuilla. Julkaisuja 13. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
- På Suomen Seksologinen Seuras webbsidor (www.seksologinenseura.net) finns en bibliografi över sexologisk facklitteratur som publicerats i Finland, en förteckning över de sakkunniga i området samt uppgifter om utbildningen i området.
- Vauvasta naperoiseksi. 2001. Cacciatore R ja Korteniemi-Poikela E. Väestöliitto, Helsinki. *Ett häfte om små barns sexualfostran i hem, på rådgivningsbyråer och i daghem.*
- Vekara-vihkonen. 1998. Befolkningsförbundet, Helsingfors. *Det lilla häftet för föräldrar till 0–3-åriga barn innehåller anvisningar och tips för hur man kan leva i familjen och njuta av både föräldraskapet och parförhållandet.*

14.5 Föräldrarnas rökning

Föräldrar till barn under skolåldern röker ungefär lika mycket som den övriga befolkningen: av kvinnorna röker ca 20 % och av männen 28 % (Helakorpi m.fl. 2003). Under graviditeten röker ca 15 % av kvinnorna och 70 % av de rökande kvinnornas makar. Av de gravida kvinnorna röker de mindre utbildade mera än de högt utbildade, och ensamförsörjarna mera än de som lever i ett parförhållande. I östra och norra Finland röker de blivande mödrarna mera än i andra delar av Finland. Problemet gäller speciellt de unga mödrarna, för 37 % av de gravida kvinnorna under 19 år röker. För de 20–24-åriga är den motsvarande siffran 23 %. (Jaakkola 2002.)

De unga kvinnornas ökade rökning kan öka även rökningssiffrorna för gravida kvinnor och småbarnsföräldrar. Ansträngande och belastande livssituationer ökar rökningen hos de unga kvinnorna (Rimpelä m.fl. 1997). En del av dem som slutat röka under graviditeten börjar röka på nytt efter barnets födelse. Detta är sannolikare, om grunden för slutandet var barnets hälsa och inte den egna hälsan.

Tobaksrök och rökning under graviditeten och amningen skadar barnets hälsa

Moderns rökning under graviditeten ökar barnets risk för lättvikt, prematur förlossning och spädbarnsdöd. Föräldrarnas rökning under graviditeten ökar risken för att barnet insjuknar i astma. Nästan alla tobakens giftiga beståndsdelar penetrerar placentan och utsätter fostret. Nikotinet gör att det utvecklande fostrets blodkärl drar sig samman och bromsar hjärnans tillväxt och utveckling. Hjärnskadorna kan yttra sig som inlärnings-, tal- och utvecklingssvårigheter. (Patja & Haukkala 2004.)

I den ammande modern sprider sig tobakens nikotin och dess utbrytningsprodukt kotinet till mjölken och vidare till barnets kropp. Halterna i mjölken kan vara mångdubbla jämfört med halterna i moderns blod och de blir desto större ju mera modern röker. Moderns rökning utsätter barnet även för de cancerframkallande ämnena i tobaken samt för tungmetallerna, till exempel kadmium.

Rökning under graviditeten ökar klart barnets risk att insjukna i återkommande infektioner i de övre luftvägarna. Även risken för astma ökar. Rökningen utsätter alltså barnet även för svåra kroniska sjukdomar som yttrar sig senare.

Moderns rökning under amningen kan öka barnets risk för kolikbesvär och sömnstörningar samt orsaka barnet illamående, magsmärtor och diarré. Riklig rökning kan också minska mjölmängden. Rökande mödrar ammar i genomsnitt en klart kortare tid än de som inte röker. Näringsinnehållet i en rökande moders bröstmjolk är torftigare än i en icke-rökares mjolk. Till exempel C-vitaminhalten är bara hälften av C-vitaminhalten i en icke-rökande kvinnas bröstmjolk.

Ca 7 % av barnen under 15 år utsätts hemma för tobaksrök. Röken gör barnet mottagligare för luftvägsinfektioner såsom öroninflammationer, bronkit och lunginflammation. Föräldrarnas rökning ökar barnets risk att insjukna i astma. Om ett barn redan har astma, kan föräldrarnas rökning förvärra sjukdomen. Tobaksröken verkar också ha en klart sänkande effekt på lungfunktionen. (Tieteellinen perustelukatsaus tupakansavun...2000.)

Att sluta röka och minskandet av rökningens skadeverkningar

På rådgivningsbyrån bör man fästa uppmärksamhet vid moderns och faderns rökning. Man frågar föräldrarna om deras rökning vid ett lämpligt tillfälle, dock minst en gång om året. Man berättar för föräldrarna om rökningens skadeverkningar i enlighet med de nyaste forskningsresultaten och rekommenderar dem båda att sluta röka. Situationen registreras. I handledningen behövs finkänslighet och förmåga att förstå föräldrarnas livssituation.

En del av föräldrarna kan bli av med rökningen självständigt, men för många är det mycket svårt på grund av det starka nikotinberoendet. Somliga behöver 3–4 försök för att bli av med tobak. Det lönar sig att följa upp slutandet och stöda föräldrarna att bli av med rökningen. Positiv feedback är av stor betydelse. Många rökare kan hjälpas med avvänjningsbehandlingar. Till avvänjning lönar det sig att hänvisa i synnerhet föräldrar till sådana barn som lider av astma och återkommande infektioner. Hälsovårdscentralen bär huvudansvaret för rökavvänjningen, t.ex. för organiserandet av avvänjningsgrupper.

Om en ammande moder inte kan sluta röka, bör man emellertid handleda henne att minska rökningen och förlägga den till sådana tidpunkter att så litet nikotin som möjligt avsöndras till bröstmjölken. Nikotinmängden i bröstmjölken halveras i 1,5 timme varför modern borde avstå från att röka åtminstone 2,5–3 timmar före amning. Det finns emellertid inga säkra säkerhetsgränser, eftersom mödrarnas rökningssvanor varierar.

I några situationer kan behandling med nikotinersättning vara ett bra sätt att stöda modern att sluta röka. Då bör man komma ihåg att behandlingen tillsammans med rökning kan leda till mycket höga nikotinhalter i moderns kropp och mjölk. En dylik kombination måste absolut undvikas. Om modern använder en behandling med en engångsdos (tuggummi, spray), rekommenderas en 2–3 timmars paus i amningen. En behandling med nikotinplåster utgör inte ett hinder för amning. Nikotinhalt i moderns serum blir lägre och barnet utsätts inte för de andra skadliga föreningar som kommer med tobak. Behandlingen med nikotinersättning bör emellertid användas endast i de situationer i vilka rökavvänjningen inte annars lyckas.

Om föräldrarna inte kan sluta röka, betonar personalen barnets rätt till ren andningsluft och berättar om tobaksrökens skadliga verkningar

för hälsan. Det är motiverat att ställa det som mål att föräldrarna inte röker inomhus och inte heller i bil och i allmänhet inte i barnets närvaro. Föräldrar till ett barn i familjedagvård uppmuntras att diskutera huruvida samma principer borde följas när barnet är i vård. Tobakslagstiftningen förbjuder rökningen i bl.a. daghem med förbudet gäller tillsvdare inte för familjedagvården. Det är också skäl att påpeka att föräldrarnas rökning kan påverka om barnet kommer att börja röka senare i sitt liv. Om föräldrarna slutar röka blir det mindre sannolikt att barnen börjar röka.

REKOMMENDATION:

Rådgivningspersonalen handleder föräldrarna att sluta röka eller att röka på ett sätt som orsakar barnet minsta möjliga skada i enlighet med den Gångse vård-rekommendationen. Personalen har uppdaterade uppgifter om avvänjningstjänsterna i sin egen kommun, principerna för behandling med nikotinersättning, och rökningens verkningar på föräldrarnas och barnens hälsa.

Rekommenderad litteratur:

- Huovinen M. 2004. Tupakka. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki.
- Patja K & Haukkala A. 2004. Tupakkakertomus 2003. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B2. Helsinki.
- Savuton koti. 2001. En broschyr av Mannerheims Barnskyddsförbund.
- Tupakointi, nikotiiniriippuvuus ja vieroitushoidot. Käypä hoito -suositus 2002. Duodecim 2002, 118(24), 2578-87. (www.duodecim.fi/kh)
- Vierola H. 2002. Tupakoitsijan oikeus hyvään terveysvalistukseen. Terveyskasvat-tajan kymmenen kuolemansyntiä. Terveystenhoitaja 4–5, 44–45.

14.6 Föräldrarnas alkoholbruk

Under de senaste trettio åren har både kvinnornas och männens alkohol-konsumtion ökat. Enligt undersökningen av ungdomarnas hälsovanor är alkoholbruket ungefär lika allmänt hos både flickor och pojkar.

Eftersom alkoholens skadeverkningar ökar, blir det nödvändigt att öka verksamhet som syftar till att förebygga alkoholproblem, konstatera dem tidigt och ingripa i dem i ett tidigt skede. Människor hjälps att bli medvetna om riskgränsen i sitt alkoholbruk på samma sätt som redan är fallet i fråga om blodtrycket.

Främjande av själviakttagelse

Det rekommenderas att föräldrarnas alkoholbruk uppföljs på rådgivnings-byrån neutralt, i första hand som en hälsofråga. Det är bra att föräldrarna dryftar alkoholbruket ur barnens synvinkel och med tanke på familjens livssituation. I de flesta familjer förändras alkoholvanorna under graviditet när nästan alla mödrar slutar dricka alkohol eller minskar alkoholkonsum-

tionen. Detta utgör en god utgångspunkt för granskningen av föräldrarnas levnadsvanor också efter barnets födelse. På rådgivningsbyrån kan man diskutera hur lätt barnen upptäcker när föräldrarna använder alkohol. Genom tal och gärning skapar de vuxna tänke- och förfaringssätt i fråga om alkohol.

Det kan hända att föräldrarna underskattar eller förnekar sitt alkoholbruk. Rådgivningsbyrån har redskap såsom miniinterventionen. Med den avses smärre ingripande med vilket man främjar klientens självakttagande och för alkoholbruket aktivt på tal. Syftet är att alla föräldrar uppmuntras iakttä sitt alkoholbruk. Med formuläret Tio personliga frågor om alkoholbruket (ett s.k. AUDIT-formulär) är det lätt för föräldern själv att bedöma sitt alkoholbruk och dess eventuella risker. Som gränser för riskkonsumtion definieras 24 doser i veckan och sju doser åt gången för en frisk, medelstor man respektive 16 doser i veckan och fem doser åt gången för en kvinna som inte är och inte planerar att bli gravid. Riskgränserna är emellertid inte säkerhetsgränser, för individuellt kan även ett mindre omfattande drickande vara förknippat med risker. Det är viktigt att föräldrarna bedömer riskerna i synnerhet ur barnets synvinkel. Vid behov kan man diskutera resultaten med arbetaren. Kontinuerligt dagligt bruk eller återkommande drickande i syfte att bli full varje vecka (fem eller flera doser åt gången) utgör emellertid alltid en grund för rådgivning. Rådgivningen är alltid situationsspecifik och individuell: man berättar för föräldern om alkoholens verkan på hälsan och förmågan att göra saker med barnet, man motiverar henne att minska alkoholbruket och ger henne skriftliga och muntliga instruktioner. Ibland räcker det med att bara omnämna alkoholbruket under besök till mottagningen för att minska klientens alkoholkonsumtion.

Hur alkoholbruket under graviditeten påverkar barnet

Alkoholbruket hos kvinnor i fruktbar ålder har ökat i Finland. År 2000 uppgav sig 10 % vara nyktra och i synnerhet allt flera unga kvinnor dricker för att bli fulla.

Uppskattningsvis 1–3 % av de gravida kvinnorna är storförbrukare av alkohol och knappt tio procent använder mera än en dos alkohol i veckan under graviditeten. Det finns ingen känd trygg gräns för alkoholbruk under graviditet, varför det rekommenderas att alkoholbruket skall minskas under graviditet.

Utsattheten för alkohol kan leda till ett syndrom som är mycket varierande vad gäller både omfattning och svårighetsgrad, och diagnosterminologin är rätt så brokig. Fetalalkoholsyndromet eller FAS betyder att hos barnet konstateras såväl de typiska ansiktsdragen, en tillväxtrubbning och ett bestående funktionsstörning i nervsystemet. När endast två av de ovannämnda symptomen konstateras hos barnet, används diagnosen ”delvis FAS” eller FAE (fetal alcohol effects). Om barnet endast har en funktionsstörning i nervsystemet utan yttre kännetecken och tillväxtrubbningar

används diagnosen ARND (alcohol related neurodevelopmental disorder). Man har kommit överens om att termen FASD (Fetal alcohol spectrum disorder) används som en gemensam nämnare för alla dessa situationer och som alltså täcker alla alkoholskador under fostertiden.

Under den första tredjedelen av graviditeten är alkoholbruket i syfte att bli fullt förknippat med en risk för en missbildning i vilket som helst organ. Fostrets organ bildas under en period då kvinnan inte nödvändigtvis ens vet att hon är gravid. Risken för organmissbildning är i synnerhet förknippad med oplanerad graviditet och att man dricker för att bli full.

Ju längre modern dricker under graviditeten, desto mera sannolikt rubbas fostrets tillväxt. En bestående tillväxtrubbning uppstår, om kvinnan fortsätter att dricka rikligt med alkohol (över 10 alkoholdoser per vecka) efter medelgraviditeten. När barnet föds, är det litet i förhållande till graviditetens längd. I spädbarnsåldern går vikten ofta upp trögt och huvudomfångets tillväxt är långsam. Hos flickor med FAS-syndromet normaliseras viktutvecklingen men pojkarna är slanka även som vuxna.

Alkoholen skadar det utvecklande centrala nervsystemet desto mera sannolikt, ju oftare fostret utsätts för alkohol eller ju högre alkoholhalter det utsätts för. Skadan för det centrala nervsystemet varierar från utvecklingsstörning till inlärningssvårigheter. Det finns inget typiskt FAS/FAE- eller ARND-barn, men vissa drag är allmänna hos dem. De saknar ofta tålmod, är impulsiva och det är svårt för dem att planera sin egen verksamhet och slutföra sina uppgifter. Inlärningssvårigheterna kommer fram i synnerhet i matematik.

I FAS- och det delvisa FAS/FAE-syndromet konstateras de typiska ansiktsdragen. För att igenkänna i synnerhet avvikelser i näsa-överläpp-triangeln (underutvecklat filtrum och smal överläpp) har en s.k. "läpp-filtrum-guide" publicerats på internet. Guiden hjälper att igenkänna dessa syndrom i kliniskt arbete (<http://depts.washington.edu/fasdnpn/lipguide.html>). Ansiktsdragen är emellertid inte så typiska att man kunde ställa den diagnosen enbart på basis av dem – motsvarande avvikelser förekommer även i andra syndrom.

I praktiken ställer man ofta inte FAS/FAE-diagnoser, även om syndromet kunde igenkännas på basis av de kliniska symptomen. FAS- och FAE-diagnoserna står i samband med rikligt alkoholbruk åtminstone under medelgraviditeten. Det är mycket svårt att kliniskt ställa en ARND-diagnos, för det finns flera andra orsaker till speciella inlärningssvårigheter och det är svårt att få tillförlitlig information om alkoholbruket under graviditeten från en mor vars barn är i skolåldern. Dessutom vet vi tillsvidare inte, en hur liten upprepad exponering kan leda till en bestående skada i det centrala nervsystemet. Det är emellertid viktigt att igenkänna dessa problem för att optimalt kunna stöda barnets utveckling och säkerställa en trygg uppväxtmiljö. – Identifieringen av barnets FAS/FAE-syndrom ger alltså även en möjlighet att säkra det följande fostrets utveckling.

REKOMMENDATION:

Rådgivningsbyråns alla klientfamiljer frågas rutinmässigt om alkoholbruket en gång om året. För att främja föräldrarnas självakttagelse och för att bedöma alkoholbrukets risker används ett formulär med tio personliga frågor (AUDIT-formulär). Föräldrarnas alkoholbruk tas upp vid behov och åtminstone i det fall att AUDIT-poängantalet är minst åtta.

Rekommenderad litteratur:

- Alkoholprogrammet 2004–2007. Yhteistyön lähtökohdat 2004. 2004. Julkaisuja 7. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki. På alkoholprogrammets webbsidor www.alkoholiohjelma.fi finns tips för dem som vill minska sitt alkoholbruk, bl.a möjligheten att beställa formuläret 10 personliga frågor om alkoholbruket (Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 2004:3).
- Autti-Rämö I. 1997. Sikiöaikaisen alkoholi-altistuksen kognitiiviset vaikutukset. *Duodecim* 4, 308–314.
- Stakes. Ehkäisevä päihdetyö. Neuvoa-antavat-portalen. Tillgänglig på internet 30.1.2004. www.stakes.fi/neuvoa-antavat/valineet/mini-interventiot.htm.
- Valtioneuvoston periaatepäätös alkoholipolitiikan linjauksista. 2003. Esitteitä 6. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.

14.7 Barn och datateknik

Datatekniken har många positiva verkningar på vårt liv och vår kultur. Den är emellertid ett helt nytt område i livet och kräver färdigheter som många inte har behövt förut. Ett centralt krav är mediäläskunnigheten. Med den avses en läskunnighet som är en utvidgning av den traditionella läskunnigheten och som omfattar färdigheter att motta audiovisuell framställning och en kritisk självständighet i användningen av medier och i interpretationen av medieinnehåll (Mustonen & Pulkkinen 2003).

Datorbaserade underhållnings- och undervisningstillämpningar lär som bäst flera viktiga tankeprocesser: problemlösning, slutledning och visuell tolkning. Inom förskolepedagogiken är en av de viktigaste utmaningarna att utbilda uppfostrare handla barn att bli medvetna om datorns möjligheter. I specialundervisning och rehabilitering utnyttjas skickligt flera datatekniska tillämpningar redan idag.

I den värld barn under skolåldern lever i kan datatekniken emellertid snarare vara en risk än en möjlighet. Barn under skolåldern håller först på att bygga sin person. En viktig byggkomponent är det s.k. sociala startkapitalet. Med det avses samhällets stöd, sociala nätverk och förtroende samt de värden och normer som barnet får av sina föräldrar och tillägnar sig i andra tidiga mänskliga relationer (Pekonen & Pulkkinen 2002). Socialt kapital uppstår endast om föräldrarna genuint är närvarande i sina barns liv och ger barnen av sin tid. Genom att verka tillsammans med sina barn förmedlar föräldrarna seder och bruk, språkligt och kulturellt arv samt sätt att lösa vardagens problem.

Även föräldrarnas och barnens gemensamma datorintresse, innehållsmässiga val inom datatekniken och egna modeller är en allt större del av det sociala kapitalet (Mustonen & Pulkkinen 2003). Som bäst har datatekniken positiva verkningar på det sociala startkapitalet: Den kan lära tolerans, jämlikhet och aktivt deltagande eller aktiv påverkan. Nätverksbyggande och virtuella vänner kan hjälpa att skapa identitet och ge identifikations- och rollmodeller.

Datateknikens risker består av det att datatekniken kan medföra sådana negativa influenser till barnens liv som de vuxna inte är medvetna om. I medievärlden och på internet råder en mångfald av livsstilar och värden. Det som håller på att bli problematiskt är normer som godkänner självisheten och aggressiviteten. Genom internet förmedlas effektivt såväl etiskt som oetiskt material, testad information och humbug, motstridiga ideologier, rykten och lögnar.

På grund av sin interaktivitet och sin karaktär som kombinerar olika sinnen rycker de datorbaserade medierna barnet effektivare med sig och producerar starkare upplevelser än de traditionella medierna. I den artificiella rymd som datorn producerar uppstår förnimmelser som verkar verkliga och som producerar en illusion om att användaren smälter in i en låtsasvärld.

Beträffande tv-tittandets verkningar har det uppdagats att innehållet betyder mera än det hur mycket man tittar (Shah m.fl. 2001). Brutalt våld som presenteras i idealiserande ton leder till avtrubning och minskad empati. Redan ett mildt våld kan leda till attityder och normer som accepterar aggressioner. Medievåldet ökar aggressionen i synnerhet hos de barn som redan är aggressiva från förut och som lever i en omgivning som accepterar våldet.

Största delen av barnen blir inte våldsamma på grund av medierna, även om barnet skulle imitera de aggressiva händelserna i en film i sina lekar. Det väsentliga är om aggressionen förblir en lek eller om barnets självkontroll sviker så att barnet på riktigt skadar andra människor eller föremål. Det är viktigt att komma ihåg att till och med en våldsam lek är någonting helt annat än det att man skadar andra. I själva verket kan genomgåendet av aggressionen med hjälp av lek främja utvecklingen av självbehärskning och kontrollen av aggression. Till riskgruppen hör i synnerhet de barn hos vilka gränsen mellan lek och verklig aggression försvinner. Mottagliga för detta är de barn som har upplevt våld eller som har försumrats. (Mustonen & Pulkkinen 2003).

Å andra sidan kan medievåldet orsaka ångest hos skygga och ängsliga barn. Även denna verkan framskrider i en cirkel: skygga och ängsliga personer söker stimulans i underhållning som ger starka upplevelser. Actionfilmerna kan höja humöret på kort sikt. På längre sikt ger våldsfilmerna emellertid näring åt en otrygg och misstänksam världsbild där världen ses som en farlig plats. Detta ökar ångesten ytterligare. (Gerbner m.fl. 1994.) Detta kan ha som följd att det kan förekomma sociala rädslor

och misstänksam inställning mot medmänniskor hos både aggressiva och ängsliga barn.

Den vuxnas uppgift borde vara att handleda barnet att inse att det finns olika presentationssätt, att tolka deras värdesystem och fundera på hur realistiskt eller orealistiskt aggressionens följder presenteras. I januari 2003 godkände Riksdagens Framtidsutskott följande linjedragningar enligt vilka föräldrarna bör aktiveras att ta på sig ansvaret som uppfostrare. (Mustonen & Pulkkinen 2003.) Begränsandet av användningen av datateknik och medier i familjerna innebär bl.a.:

1. Innehållsmässig handledning och överenskommelser: man kommer överens om vad man tittar på eller spelar
2. Gemensamt urval, gemensamma köpbeslut, röstning genom att välja
3. Erbjudandet av alternativ aktivitet och hobbyer
4. Begränsning av mängden: man kommer överens om antalet program på förhand
5. Begränsning av tiden: timbegränsning
6. Teknisk begränsning: censurchips (TV), filterprogram (internet)

Det är tillrådligt att placera medieapparaterna i familjens gemensamma vardagsrum där den sociala interaktionen är naturlig – inte i barnens rum.

REKOMMENDATION:

När barnet har fyllt två år, tar man datateknikens och mediernas fördelar och nackdelar aktivt upp på rådgivningsbyrån. Man återkommer till ämnet under senare besök.

Rekommenderad litteratur:

Mustonen A & Pulkkinen L. 2003. Sosiaalinen alkupääoma ja tietotekniikka. Teknologian arviointeja. Osa 14. Eduskunnan kanslian julkaisu 1. Helsinki. *Publikationen belyser datateknikens nytto- och risksynpunkter betydligt mera detaljerat än det ovanstående. I begründandena behandlas även barnens och ungdomarnas inställning till datatekniken.*

15

Barnets specialsituationer och stödet i dem

15 BARNETS SPECIALSITUATIONER OCH STÖDET I DEM

15.1 Allmänt om specialsituationer

I de två senaste kapitel har räknats upp en del situationer som kräver effektiverad rådgivningsuppföljning och gjorts förslag till hur familjerna kunde stödas. Information om situationer i vilka man borde ingripa i tid finns bl.a. i undersökningar. Till exempel Hannu Rintanen (2000) har konstaterat i sin doktorsavhandling att försumning av rådgivningskontroller är en riskfaktor i en ung persons liv. Det är skäl att dimensionera arbetet så att dessa specialsituationer kan hanteras. Hanteringen av situationerna blir lättare när man på varje rådgivningsbyrå har kommit överens om operationsmodellen eller anvisningar med de behövliga samarbetspartnerna. I familjeservicenätverket är det möjligt att komma överens om ansvarsfördelningen och specialkunnandet mellan de anställda.

Flera föräldrar som är i behov av specialstöd förväntar sig att hälsovårdarna har ett aktivt grepp när det gäller att lösa familjens problem och föra dem vidare. För dessa föräldrar kan det vara svårt att ta initiativ och kontakt. Ett förtroendefullt och jämlikt interaktionsförhållande till hälsovårdaren och en lugn atmosfär har en avgörande inverkan på hur öppet föräldrarna diskuterar sin familjs ärenden på rådgivningsbyrån. (Heimo 2002.)

Föräldrarna kan ta sitt barn till undersökningar eller vård självständigt genom andra kanaler än rådgivningen. Föräldrarna bär det primära ansvaret för sina barn och de har frihet att bestämma hur mycket av sina egna ärenden de vill dela med rådgivningsbyrån. Rådgivningsbyrån måste respektera föräldrarnas beslut, för ett gott samarbete är en förutsättning för att kunna agera för barnets väl. Om det finns skäl att misstänka att barnets tillväxt och utveckling är i fara, måste rådgivningen ändå se till att familjen får tillräckligt med uppföljning och stöd.

REKOMMENDATION:

Målsättningen är att det på rådgivningsbyrån finns skriftliga instruktioner med uppgifter om överenskomna förfaranden, ansvariga personer, samarbetspartner, arbetsfördelningen, vårdvägar och behövlig kompletterande utbildning.

Rekommenderad litteratur:

Määttä P. 1999. Perhe asiantuntijana. Erytyiskasvatuksen ja kuntoutuksen käytännöt. Atena, Jyväskylä.

15.2 Ett prematurbarn

Prematurbarnet föds i en familj där förberedelserna för barnet ännu inte är slutförda. Därför behöver de flesta föräldrar mycket utomstående hjälp. Barnets somatiska problem som har med den prematura förlossningen att göra behandlas på sjukhuset och i de flesta sjukvårdsdistrikt för specialiserad sjukvård har även den senare uppföljningen av prematurbarnen organiserats bra. I de flesta centralsjukhusen finns även ett välorganiserat psykiskt och socialt stöd för prematurbarnens familjer. Sjukhusets möjligheter att hjälpa familjen är emellertid alltid begränsade.

Med sjukhus som vårdar prematurer borde man komma överens om att rådgivningsbyrån skall informeras om ett prematurbarns födelse oberoende av hur länge barnet kommer att stanna på sjukhuset. Om barnet måste stanna på sjukhuset i flera veckor är det tillrådligt att hälsovårdaren i mån av möjligheter besöker barnet, dess familj och vårdteamet på sjukhuset. Skriftliga dokument om sjukhusvården hjälper rådgivningsarbetsgruppen att säkerställa kontinuiteten när uppföljningen av barnet övergår till rådgivningsbyrån.

I vården av ett prematurbarn finns det många problem som är alldeles likadana som problemen i vården av övriga barn. Ett spädbarn gråter utan någon klar anledning, sömnrutmen kan vara fel eller föräldrarna kan grubbla över barnets normala utveckling. Ett prematurbarn har dessutom särskilda problem, många av vilka kan vara mycket individuella. Ofta har svårigheterna att göra med sammanjämkandet av de råd som familjen får av yrkesmänniskorna och den verklighet som råder i hemmet. Det viktigaste i fråga om alla prematurbarn är utvecklingen av tillgivenhets- och interaktionsförhållandet mellan föräldrarna och barnet. Även om barnet skulle vara mycket "dyrbart" och föräldrarna har satsat mycket på att få barnet och sköta det, kan det vara svårt att fästa sig vid barnet. Trots att de svåra situationerna är förbi och det finns ingen realistisk risk för att barnet skulle dö, kan föräldrarna irrationellt vara rädda för att förlora barnet. Det känns liksom säkrare att inte fästa sig för djupt vid barnet. Den egna rådgivningsbyråns stöd är viktigt även för prematurbarnets familj. I fråga om ett prematurbarn har rådgivningsbyrån i uppgift att sköta alla sådana ärenden, bl.a. vaccinerings, som man inte särskilt kommit överens om att skall skötas på sjukhuset.

Matningsanvisningarna för de minsta prematurbarnen och normala barn är olika, och dessa anvisningar ges av sjukhuset. Om modersmjölken inte räcker till, rekommenderas det att de barn vars födelsevikt är mindre än 2500 g får antingen en särskilt för prematurer avsedd modersmjölkersättning eller en ersättning som innehåller protein minst 1,5 g/100 ml. Man fortsätter på det här viset tills barnet äter en full köttmåltid varje dag. Rådgivningsbyrån bör se till att de barn vars födelsevikt är mindre än 2500 g får D-vitamin- och järnprofylaxen och att doseringen av extra järn uppdateras enligt sjukhusets instruktioner och barnets tillväxt.

Tillväxten och utvecklingen uppföljs enligt den räknade tidpunkten eller den korrigerade åldern ända till två årsåldern. Den psykomotoriska utvecklingen, synen och hörseln uppföljs noggrannare än vanligt. Om en prematur eller ett barn som fötts underviktigt inte omfattas av sjukhusuppföljningen, är det skäl att utföra utvecklingsuppföljningen extra noggrant. I synnerhet 4- och 5-femårskontrollerna är viktiga. I problem-situationer är det bäst att rådgivningsbyrån står i kontakt med den enhet inom den specialiserade sjukvården som vårdat barnet. Även för övrigt är det viktigt med ett bra samarbete.

Föräldrarnas känslor präglas ofta av skuld, även om det inte finns några sakargument för detta. Det är svårt att självmant tala om skuldkänslor. Saken kommer inte alltid upp på sjukhuset. Det skulle vara önskvärt att nå en sådan diskussionskontakt och ett sådant förtroende på rådgivningsbyrån att man kunde tala även om dessa bekymmer. Stödet av likställda är nyttigt för många föräldrar. Eftersom det trots allt finns ganska få prematurer, är det ändå naturligare att ordna stödet av likställda genom den specialiserade sjukvården än genom primärvården.

Möten med prematurbarnets familj planeras individuellt. Prematurbarnens familjer drar nytta av i synnerhet hembesök som kanske behövs flera. Det är skäl att överväga om det behövs en familjearbetare. Förutom prematuren beaktas även de övriga barnen i familjen, föräldrarnas stresshantering och parförhållandet.

REKOMMENDATION:

I mån av möjligheter besöker barnrådgivningens hälsovårdare prematurbarnet, familjen och vårdteamet på sjukhuset, om barnet måste stanna på bäddavdelningen i flera veckor. Mötena med prematurbarnets familj och eventuellt extra stöd planeras individuellt.

Rekommenderad litteratur:

Kuru T. 1999. Täysivaltaiseen vanhemmuuteen. Perheiden tuentarve ja yhteistyö asiantuntijoiden kanssa pienen keskosien ensimmäisen elinvuoden aikana. Research reports 70, Jyväskylän yliopisto.
Järvenpää A-L. 2003. Keskoslapsi avohoidossa. Lääkäriin käsikirja 7.4.2003. Kustanus Oy Duodecim, Helsinki. www.terveysportti.fi.

15.3 En gråtande baby

Gråtet är ett nödvändigt uttrycksmedel för en baby. Ett spädbarn gråter i genomsnitt två timmar i dygnet. Kolikgråt kallas en anfallsliknande, genomträngande smärtgråt, för vilken det inte kan hittas en anledning och som fortsätter trots försök att lugna barnet. Innan gråten kan kallas för kolik, bör somatiska orsaker uteslutas. En baby som gråter av kolik drar sig typiskt i en båge, viftar med händerna eller kröker dem eller knyter nävarna. Magen är ofta putande och man kan höra kurrande tarmläten.

Under anfällen förekommer ofta gasspänningar, eftersom barnet sväljer luft när det gråter. Gråten är periodisk och förekommer ofta under samma tid på dygnet.

Koliken börjar ofta redan under den andra levnadsveckan, den är som värst i 4–6 veckors ålder och går över före fyra månaders ålder. Kolik förekommer hos 10–30 procent av babyerna beroende av definitioner. För en s.k. kolikbaby kan kallas ett barn som gråter i mera än tre timmar i dygnet under minst tre dagar i veckan i över en vecka och för vilket somatiska orsaker till gråten (t.ex. öroninflammationer, urineringsbesvär och komjölksallergier) har uteslutits. Grinigheten är alltid en grund för rådgivningsläkarens utredningar. Det kan även vara motiverat att sända en baby med svår kolik till att undersökas av en specialist.

Orsakerna till koliken är inte kända. Koliken har ansetts vara ett magbesvär, men det finns inget övertygande bevis. Orsakerna är okända men åtminstone för en del kan det finnas en komjölksallergi i bakgrunden. Ingen effektiv och trygg medicinsk behandling av koliken är känd. Dimetikon absorberas inte från tarmen och är alltså ett tryggt läkemedel mot gasbesvär. Man kan pröva det, fast dess effekt inte har påvisats. Ett läkemedel med namnet dicykloverin som eventuellt är effektivt bör inte användas på barnrådgivningen på grund av dess eventuella biverkningar.

Det finns ingen allmängiltig behandling mot koliken. Man har fått goda resultat genom att systematiskt försöka olika behandlingar i vilka barnet i tur och ordning ges mjölk, napp, famn, bärande och vila (Lehtonen 1997). Tidigare rekommenderade man att lägga barnet att sova på magen men detta rekommenderas inte på grund av faran för en plötslig död. Däremot är det redan på grund av den motoriska utvecklingen tillrådligt att låta barnet ligga på magen vaket. Ibland kan uteslutning av komjölksallergin komma i fråga (Läkärlin käsikirja 2001).

Hos ett barn på över 4–6 månader kan grinigheten under natten vara inlärdd, och situationen kan underlättas med en justering av matningsrytmen eller med en "sömnskola". Problemen i den tidiga interaktionen kan även vara orsaken till att babyen gråter mycket. Det är skäl att ta en förälders bekymmer på allvar och utreda situationen så grundligt som möjligt. Ibland kan ränselbehandling eller babymassage hjälpa, somliga drar nytta av stödet av likställda, ibland behövs det specialarbetare (familjearbetare, psykolog) för att hjälpa familjen.

REKOMMENDATION:

På rådgivningsbyrån finns med den specialiserade sjukvården överenskomna förfaranden för att utreda babyernas grinighet både vad gäller de somatiska orsakerna och vad gäller problemen i den tidiga interaktionen. På rådgivningsbyrån finns enhetliga anvisningar för föräldrar till barn som lider av kolik. Man kommer lokalt överens om nattvårdsarrangemangen med den specialiserade sjukvården och ett eventuellt dygnetrunt-daghem, mödrahem e.d. Man fäster uppmärksamhet vid föräldrarnas stresshantering.

Rekommenderad litteratur:

- Itkuinen vauva. 2001. Lastenlääkäriin näkökulma. 7.9.2001 (toimitus). Lääkäriin käsikirja. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki.
- Launis L. 2001. Itkuinen vauva. Lastenpsykiatriin näkökulma. 7.4.2001. Lääkäriin käsikirja. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki.
- Lehtonen L. 1997. Imeväisen koliikki. I boken Simell O (red.). Neuvolakirja. Femte upplagan. Orion-yhtymä, Vammala, 400–403.

15.4 Barn med krävande temperament

Om en babys temperament inte passar ihop med föräldrarnas beteende och förväntningar kan det bli en riskfaktor i barnets liv (Thomass & Chess 1977). Ett temperament som är svårt att behärska yttrar sig bl.a. som oregelbundna rytmer, grinighet, mörkrädsla och negativ emotionell irriterabilitet. Hos föräldern kan dessa framkalla antipati, kritik, ignorerande av barnet, en cirkel av tvångsmedel och osäker tillgivenhet (Pulkkinen 2002).

Barnets sätt att reagera och verka formar barnets egen tillväxt- och utvecklingsmiljö. Barnets viljestyrka, starka och negativa reaktioner och missnöjdhet är riskfaktorer i utvecklingen. Föräldrarna kan uppleva att de har misslyckats, de kan själva vara irriterade över barnet och kan åtminstone ibland vara trötta, villrådiga och till och med ha skuld känslor.

Man måste ge rum åt föräldrarnas känslor. Hatkänslan är inte ovanlig, den är tillåten, men man måste kunna ge utlopp för den på ett tryggt sätt. Hat berättigar inte till våld eller försummelse.

En utmaning av en annan typ ställs av skygga barn som "värmer upp långsamt" och som inställer sig tillbakadragande och avvärijande till nya situationer.

Ur en resursorienterad synvinkel är det viktigast att föräldrarnas problem angående barnets temperament identifieras på rådgivningsbyrå. Det är bra att förklara för föräldrarna att barnets personliga sinnelag också är en resurs. Några av nyckelfrågorna när det gäller viljestarka barn är att behålla vuxenheten, ställa trygga gränser och komma överens om spelreglerna. Enligt sitt sinnelag förbinder sig viljestarka barn kraftigt till gemensamma överenskommelser. Trots detta kan överenskommelser inte träffas under barnets villkor.

De skygga barnens styrka är att de iakttar sin omgivning, bekantar sig med den och processar dess olika drag. De behöver tid. Genom att ge tid åt de barn som undersöker sin omgivning på det här sättet kan föräldrarna uppmuntra sitt barn. Största delen av barnen befinner sig temperamentsmässigt mellan dessa två ytterligheter.

En föräldragrupp kan vara en bra plats att diskutera och dela med sina erfarenheter. Att förstå och acceptera barnets temperament innebär att man respekterar barnets personlighet. På det här sättet utgör den ett underlag för balanserad tillväxt och utveckling.

REKOMMENDATION:

På rådgivningsbyrån fästs särskild uppmärksamhet vid barnens temperament och föräldrarna ges vid behov information om dess medfödda natur. Man ger utrymme åt föräldrarnas känslor. Om föräldrarna så önskar diskuterar man hur en förälder borde agera med barnet i uppfostrings-situationer.

15.5 Ett långvarigt sjukt, sjukligt eller handikappat barn

På barnrådgivningen ser man till att ett långvarigt sjukt, sjukligt eller handikappat barn och dennes familj får samma hälsofrämjande och förebyggande rådgivningstjänster som andra barn. På rådgivningsbyrån är det också skäl att uppfatta, vad barnets långvariga sjukdom betyder för familjens liv, fortbestånd och hurdan vård och service familjen behöver för att stöda barnets hälsa och välbefinnande som en helhet.

Ibland kan långvariga sjukdomar yttra sig först senare varför tidig diagnostisering på rådgivningsbyrån är av stor betydelse. Misstanken att allt inte står rätt till kan fattas på en återkommande kontroll på rådgivningsbyrån eller hemma. I fråga om ett långvarigt sjukt, sjukligt eller handikappat barn sker hänvisningen till fortsatta undersökningar eller vård ofta på rådgivningsbyrån. Ofta skulle det vara bra om också vården kunde koordineras på rådgivningsbyrån. Eftersom rådgivningsbyråns verksamhet baserar sig på en långvarig klientrelation kan den säkerställa stödets kontinuitet.

Till de vanligaste kroniska sjukdomarna hör allergiska sjukdomar, särskilda svårigheter i den neurologiska utvecklingen samt mentala störningar. Eftersom man på rådgivningsbyrån möter hela årsklassen, kommer dit även sådana barn som har mera sällsynta sjukdomar såsom utvecklingsstörda barn, syn- och hörselskadade, rörelsehandikappade, diabetiker och barn med cancer.

Ett kroniskt sjukt barn vårdas av många olika organisationer, och familjerna kan uppleva att det inte finns någon som sätter sig ordentligt in i helheten. Det är viktigt för familjen att få veta hur man skrider framåt i vården och vem som är ansvarig för vårdbesluten och vem man vid behov kan ta kontakt med. Primärvården har i uppgift att sätta sig in i sjukdomen och vårdhelheten hos ett barn som hör till dess ansvarsområde och ta hand om koordineringen och kontinuiteten i tjänsterna. Detta förutsätter ett samarbete mellan den specialiserade sjukvården och primärvården samt ett multiprofessionellt samarbete med de olika sektorerna inom primärvården och socialväsendet.

Med helhetsansvaret avses förutom barnets sjukvård och koordineringen av olika undersökande och rehabiliterande aktörer, handikapprådgivningen, dagvården m.m., försäkring av det sjuka barnets socialskydd

och deltagande i multiprofessionella förhandlingar även stödande av barnets sunda utveckling, uppfostran, interaktionen inom familjen och föräldrarnas stresshantering.

Om rådgivningsläkaren inte är den samma som familjens egenläkare, är det skäl att klart komma överens om det medicinska ansvaret och ansvarsfördelningen mellan läkarna så att man tar familjens synpunkter i beaktande. Ur den specialiserade barnsjukvårdens synpunkt är det ofta naturligare att samarbeta med rådgivningsläkaren. I de återkommande kontrollerna måste rådgivningsläkaren i varje fall insätta sig i barnets situation. Rådgivningsläkaren kan också utnyttja den erfarenhet och kunskap som hälsovårdaren har om barnet och dess familj.

Kontinuiteten i helhetsorienterad vård och stödet till barnet störs, om primärvården inte får uppdaterade uppgifter om den specialiserade sjukvård eller de serviceplaner som gäller barnet till exempel inom socialväsendet. Föräldrarna kan inte alltid förmedla dessa uppgifter. Därför är det tillrådligt att föräldrarna får uppgifterna om barnets vård i skrift med sig och tar dem till rådgivningen. Praxis med distributionen av epikriser borde vara enhetlig i hela landet. Till exempel epikriserna i den specialiserade sjukvården borde med föräldrarnas tillstånd sändas även till rådgivningsbyrån. Om barnets rådgivningsbyrå inte finns på sändlistan för den specialiserade sjukvårdens epikriser, borde hälsovårdscentralens arkiv- eller annan personal sända kopior av epikriserna till rådgivningsbyrån efter att ha fått ett tillstånd av föräldrarna.

Med tanke på främjandet av barnets hälsa och välbefinnande är det viktigt att få en uppfattning om vilken inställning barnet och dess föräldrar har till sjukdomen, hur vården förverkligas, om sjukdomen begränsar det dagliga livet och hur, om föräldrarna kan och vill följa vårdinstruktionerna (till exempel kost, föräldrarnas rökning, rehabilitering, uppföljningstest), hur barnet och familjen upplever omgivningens inställning, om föräldrarna har tid för de övriga barnen i familjen, för varandra och för sig själva. Med ett barn i lekåldern kan det vara fruktbart att prata om barnets egna uppfattningar om sin sjukdom och dess behandling och påverkan på barnets vardag. Familjen bör ges uppgifter om organisationer där de kan söka ytterligare information och stöd av likställda.

Hälsovårdaren är ofta en slags tolk för föräldrarna vad gäller främmande begrepp, svårbegripliga vårdinstruktioner eller fortsatt vård. Hälsovårdaren handleder också familjerna att tillämpa instruktionerna för just denna familjs liv och vardag.

Föräldrar till handikappade barn önskar att familjen ges samma bas-tjänster, dvs. uppföljning av utvecklingen och stöd i uppfostran, som alla andra (Pelkonen & Löthman-Kilpeläinen 2000). Hasu (1998) har konstaterat att när barnet ofta var sjukt, blev familjens sociala stödnätverk glesare, föräldrarnas aktivitet med barnen mindre, och familjerna använde oftare hälсотjänster. Föräldrarna var nöjda med det kunskapsmässiga stödet under besöken till mottagningen, men de förväntade sig att hälsovårda-

ren och läkaren skulle ge dem mera emotionellt stöd och stärka deras resurser.

Om barnet tas om hand av en rådgivningsbyrå för handikappade, måste man klart komma överens om arbetsfördelningen mellan rådgivningsbyrån för handikappade och den vanliga rådgivningsbyrån. Konkreta saker som man måste komma överens om och som skulle lämpa sig för barnrådgivningen är bl.a. vaccinerings, uppföljningen av barnets somatiska, neurologiska och psykiska utveckling, näringsrådgivning, tandvård, stöddandets av föräldrarnas parförhållande, rådgivning i uppfostringsfrågor och bedömningar av skolmognad.

Eftersom kroniska sjukdomar ökar risken för munsjukdomar är det viktigt att hänvisa insjuknade barn omedelbart till hälsovård och följa munhygien extra noggrant under besöken till rådgivningsbyrån.

REKOMMENDATION:

Inom sina ansvarsområden skaffar hälsovårdaren och läkaren information om ett långvarigt sjukt barns sjukdom eller handikapp och insätter sig i barnets och familjens situation. Barnrådgivningen säkrar att man har kommit överens om vem som ansvarar för vården som helhet. Rådgivningen samarbetar med den specialiserade sjukvården och socialväsendet och byter information med dem efter att ha fått föräldrarnas tillstånd. Barnets epikriser samlas på rådgivningsbyrån. Hälsovårdaren koordinerar vården av kroniskt sjuka barn för sin egen del, om inte annat överenskommit med familjen.

Rekommenderad litteratur:

Ei sen väliä, onko tyttö vai poika, kunhan... 1997. En broschyr av Centralförbundet för barnskydd.

Gängse vådrekommandationer.

Läkäarin käsikirja. I denna samling som publicerats som bok, på CD och på den avgiftsbelagda adressen www.terveysportti.fi finns flera artiklar om kroniska sjukdomar.

Moilanen I. 2000. Kroonisen sairauden ja vamman vaikutus tunne-elämään. I verket Räsänen E. Moilanen I, Tamminen T & Almqvist F (toim.) Lasten- ja nuorisopsykiatria. 2:a reviderade upplagan. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki.

Sata harvinaista. En publikation av Stakes.

Ytterligare information om sällsynta sjukdomar: <http://www.harvinaiset.org>, <http://www.sos.se/smkh> (på svenska), <http://rarediseases.info.nih.gov/> (Office of Rare Diseases, USA) och <http://www.icondata.com/health/pedbase/pedlynx.htm> (en allmänpediatrisk engelskspråkig databas).

15.6 Allergier och astma

Allergier och astma hör till de vanligaste kroniska sjukdomarna hos barn. Det har uppskattats att ca 10 procent av småbarn har matallergier (Hasunen m.fl. 2004). Det finns inget bevis för att minskandet av de

s.k. allergiserande födoämnen skulle förebygga allergirisken. Detta har rekommenderats både för barn och för gravida och ammande mödrar men bör alltså inte användas. Matallergierna bryter vanligen ut före ettårsåldern. Risken för dem bör beaktas både om barnet endast matas med amning och i synnerhet om barnet får tilläggsmat eller ersättning. Om centrala födoämnen måste tas bort från en ammande moders kost på grund av barnets allergier, hänvisas modern till näringsterapeutens mottagning och barnet till att undersökas av en specialläkare.

Allergisymptomen börjar vanligen inom några veckor efter det nya födoämnet har tillsatts till kosten. Symptomen kan bestå av utslag, klåda eller tarmsymptom (uppstötning, lösa avföringar, avföringar som luktar illa eller har en underlig färg, förstoppning, magsmärtor). I synnerhet i de sistnämnda fallen är det ofta svårt att säga om det är frågan om ett symptom eller normal variation.

Under sina fem första levnadsår har t.o.m. 80 % av de finländska barnen övergående symptom som tyder på atopiskt eksem, t.ex. torka, skrapspår och eksemfläckar. Diagnosen på atopiskt eksem ställs bara för 16 %. Det är väsentligt att vårda huden väl, bland annat genom smörjning. Om symptomen trots detta ökar eller allvarligt stör familjens liv, är det skäl att en läkare undersöker symptomen. Möjlig födoämnesallergi bör beaktas hos alla spädbarn med atopiskt eksem.

Den ansvariga läkaren på rådgivningen kommer med befolkningsansvarsläkarna överens om huruvida allergierna skall hanteras på rådgivningsbyrån eller på befolkningsansvarsläkarens mottagning. Eftersom rådgivningsläkaren får lättare erfarenheter om området, kan det vara bäst att utreda allergierna på rådgivningsbyrån. Under de återkommande kontrollerna formas ett patient-läkar-förhållande, på basis av vilket det ofta är lättare att utföra fortsatta utredningar. Föräldrarna får inte lämnas ensamma att grubbla över om barnets symptom beror på något födoämne.

I undersökningen av en misstanke om en födoämnesallergi är det viktigt med anamnesen. Det är skäl att råda föräldrarna att föra dagbok över symptomen. Allergimisstankar angående ett enskilt födoämne (t.ex. ägg, fisk, citrusfrukt) kan utredas av en läkare inom primärvården, om det inte finns symptom på en betydande avmattning i tillväxten. Det misstänkta födoämnet avlägsnas från kosten, symptomen följs upp, och födoämnet prövas på nytt efter 1–2 veckor. Det beror på lokala vårdprogramsavtal hur ingående överkänslighet mot de näringsmässigt viktiga födoämnen (mjölk, spannmålsprodukter) utreds inom primärvården. Det är skäl att komma ihåg att barn får kortvariga symptom efter till exempel diarrésjukdomar och andra infektioner. Om det finns misstankar att barnet är allergiskt mot flera födoämnen och/eller barnet dessutom har många allmänna symptom (utslag, klåda, tarmsymptom och/eller tillväxtrubbning), bör diagnosen göras och vården planeras i den specialiserade sjukvården.

Avvecklandet av kostbegränsningarna är ett viktigt skede. Avvecklingen görs oftast inom primärvården. I fråga om 1,5-åringar bör man alltid tänka efter om det finns skäl för kosthållningen. Det vill säga om

den baserar sig på klara symptom som utretts med ett avhållningstest eller med experiment hemma. Med experimentering eller kontrollerad exponering är det skäl att kontrollera situationen med ett par års mellanrum för varje födoämne, om en läkare som är insatt i behandlingen av barnallergier inte annat råder.

Symptomen hos barn som är i lekåldern eller äldre kan bero på att en björkallergiker korsreagerar mot okokta rotfrukter (potatis, morot, selleri, palsternacka), frukter och grönsaker (äpple, päron, persika, kivi, plommon, mango, tomat, paprika), vissa kryddor (senap, kummin, gurkmeja, ingefära, kanel) eller (val)nöt och mandel. Avhållningen från dessa födoämnen baserar sig på symptomen. Hudtest och RAST-undersökningar är inte pålitliga. Man bör inte använda listor över födoämnen som man måste avhålla sig från, utan sådana födoämnen bedöms separat för varje barn.

Allergisk snuva och ögonsymptom börjar vanligen tidigast i lekåldern. Ungefär en femtedel av de barn som lider av allergisk snuva insjuknar i astma.

Även diagnosen på allergisk snuva baserar sig på en noggrann anamnes. Om symptomen hålls i styr med antihistamin eller periodisk lokal steroid, behövs mera ingående diagnostik nödvändigtvis inte. Om över 5-åringar har svåra symptom är det skäl att överväga att sända dem till en desensibiliseringsbedömning. Före detta konstateras symptomens IgE-förmedling antingen med ett stickprov i huden eller med en RAST-undersökning.

Om arbetsfördelningen och ansvaret i desensibiliseringen överenskomms lokalt. Beslutet att börja desensibiliseringen fattas av den specialiserade sjukvården, men behandlingen kan genomföras inom primärvården.

Symptom som tyder på astma är undvikandet av fysisk ansträngning, daglig hosta och rosslande i över sex veckor och, som ett lindrigare symptom, upprepade svårigheter och vinande vid utandningen. Det är viktigt att utreda i vilka situationer symptomen förekommer: hosta när barnet kramar en hund på en visit, andtäppa när barnet härjar eller när det är björkens pollineringsstid. En atopibakgrund ökar risken för astma. Rökning hemma ökar risken för andningssymptom över huvud taget. Vad gäller basutredningarna för astma bör man komma överens om arbetsfördelningen mellan rådgivnings- och befolkningsansvarsläkaren.

REKOMMENDATION:

Rådgivningsbyrån och den specialiserade sjukvården i området ingår ett skriftligt avtal om vårdvägarna för diagnostisering, behandling och uppföljning av allergier och astma. Hälsovårdscentralen och rådgivningsbyrån kommer överens om arbetsfördelningen i fråga om barnens allergiska sjukdomar.

Rekommenderad litteratur:

- Astma. 2000. Gångse vård-rekommendation (www.duodecim.fi/kh).
- Hasunen K, Kalavainen M, Keinonen H et al. 2004. Lapsi, perhe ja ruoka. Imeväis- ja leikki-ikäisten lasten, odottavien ja imettävien äitien ravitsemussuositus. Sosiaali- ja terveystministeriön julkaisuja 11.
- Kaila M. 2003. Lapsen astman diagnostiikka ja hoito. Lääkäriin käsikirja. 30.7.2003. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki.
- Lasten ruoka-allergiat. 2004. Gångse vård-rekommendation. www.duodecim.fi/kh
På Gångse vård-sidorna finns även patientanvisningen: Apua astmaan. Den har också publicerats i tidskriften Hyvä Terveys 2000, 15(11), 47-8.
- Lääkäriin käsikirja. I denna samling som publicerats som bok, på CD och på den avgiftsbelagda adressen www.terveysportti.fi finns flera artiklar, om bl.a. undersökning av atopi, komjökallergi, de allergiska sjukdomarna på rådgivningsbyrån, diagnostisering och vård av astma och atopiskt eksem hos barn.
- De flesta sjukvårdsdistrikt har publicerat regionala vårdprogram för barnens allergier, undersökning av astma och vårdprogram. Se www.terveysportti.fi.

15.7 Barnets övervikt

Förebyggande av övervikt, se kapitel 13 Näring.

Övervikten är ett av våra viktigaste folkhälsoproblem och dess förebyggande är en av rådgivningens viktigaste uppgifter i hälsofrämjandet. 6–10 % av barnen i lekåldern är överviktiga. Övervikten är en central riskfaktor för senare hälsa. Ansvaret för behandlingen av övervikt hos barn bärs i första hand av primärvården. Därför är det skäl att ingripa i övervikt hos barn på rådgivningsbyrån.

Ett barn har övervikt om dess kroppsmasseindex överskrider +20 %. Om kroppsmasseindexet jämnt håller sig mellan +20 – +30 %, är det mindre viktigt än om kroppsmasseindexet kontinuerligt växer. Man bör ingripa i viktuppgången, om kroppsmasseindexet tycks växa hela tiden eller överskrider +30 % eller ökar med över 10 procentenheter varje år. En för stor viktuppgång hos barn bör alltid åtgärdas i ett så tidigt skede som möjligt. Ju längre barnet förblir fett, desto mera sannolikt är det att barnet är fett även som vuxen. Rundheten hos en baby som matas med enbart bröstmjolk är inte fetma. Ett barn som ammas får inte sättas på bantningskur.

Bakom övervikten kan finnas många olika orsaker som kan vara såväl ärftliga, sociala, psykiska som levnadssättsrelaterade. I överviktens uppkomst är miljöfaktorerna vanligen viktigare än ärftliga eller metabola faktorer. I kapitel 13 Näring finns nyttiga råd med vilka övervikt kan förebyggas. Familjens vardagliga matvanor, interaktionsfärdigheter och aktiva levnadssätt samt begränsning av den tid som används för TV-tittandet och datorspel spelar en avgörande roll i barnens viktkontroll. Ett balanserat förhållande till maten, regelbundna måltider efter behov, undvikande av onödigt småätande samt vardagsmotion är nyckelfrågor. Man fokuserar på hur familjen klarar av vardagen: hur kan barnet garanteras

en regelbunden dags- och måltidsrytm och en möjlighet till att röra på sig mångsidigt. Man minskar på TV- och videotittandet och datorspel, i stället för transporterering låter man barnet gå självt och uppmuntrar barnet till fysiska lekar.

När man utesluter sjukdomar hos ett barn som går upp i vikt, är det viktigt att försäkra sig om att den relativa längden inte samtidigt minskar. Den relativa längden vanligen ökar eller blir oförändrad till följd av övervikt. Minskningen av den relativa längden tyder på en endokrinologisk (t.ex. sköldkörtel-) sjukdom eller en ärftlig sjukdom eller ett ärftligt syndrom. Det är viktigt att hälsovårdaren och/eller läkaren utreder om andra familjemedlemmar eller nära släktingar har övervikt, hjärt- eller kärlsjukdomar, diabetes av typ 2 eller störningar i fettmetabolismen. Hos ett överviktigt barn kontrolleras förutom tillväxtuppgifterna även blodtrycket. Om tillväxtkurvan eller anamnesen ger antydningar, är det skäl att ta några blodprov (B-PVK, fS-kol, fS-kol-HDL, fS-kol-LDL, fS-Trigly, S-ALAT, TSH, HbA¹C). Om vilka barn som skall sändas till den specialiserade sjukvården överenskomms separat (se HNS-Hyvinge- och HNS-Pejas-områdets lokala vårdprogram Barnens fetma).

Samarbetet och arbetsfördelningen mellan hälsovårdaren och läkaren är viktiga i behandlingen av övervikt. Läkarmottagningen kan behövas förutom för diagnostisering även för motivering.

Ett överviktigt barn behandlas när familjen är intresserad och har resurser. Det kan vara svårt att motivera barnet till viktkontroll, i synnerhet om även föräldrarna är feta. Motiveringen är emellertid en väsentlig del av behandlingen: om det inte finns motivation, lönar det sig inte att påbörja behandlingen. Då är det bra att lämna familjen en möjlighet till att ta kontakt på nytt när bantningsmotivationen har mognat. I några områden har man kommit överens om att man återkommer efter 0,5–1 år, om kroppsmasseindexet är < 60 % och det inte finns motivation.

I behandlingen av övervikt är det viktigast att hitta ett realistiskt vikt mål. Syftet med behandlingen är att nå en livslång viktkontroll med bestående ändringar i levnadssättet. I lindrig övervikt (kroppsmasseindex 20–40 %) och måttlig övervikt (kroppsmasseindex 40–60 %) är det ett tillräckligt mål att stoppa viktuppgången och att bibehålla den absoluta vikten. I svår övervikt (kroppsmasseindex >60 %) strävar man efter en gradvis vikt nedgång, som inte är mera än 0,5–1 % i månaden.

I behandling av vuxna har gruppverksamheten ofta visat sig vara ett nyttigt och kostnadseffektivt sätt att behandla fetma. Man har också fått goda erfarenheter från behandling av överviktiga barn i grupper. Om organiseringen av grupper är det skäl att förhandla i familjeservicenätverket. I området kan även finnas organisationer och medborgaraktivitet som kan organisera bantningsgrupper.

Barnets matvanor ändras ofta lättare om de vuxna ändrar sina vanor samtidigt. För ett barn i rådgivningsåldern bör detta inte bli ett problem utan föräldrarna tar ansvaret om saken. Målsättningen är att hela familjen kan äta samma fullvärdiga mat.

Vare sig man väljer individuella möten eller gruppmöten som behandlingsmetod, behövs det möten varje vecka i flera månader, för det är svårt att tillägna sig nya mat- och motionsvanor. Syftet är att göra små men bestående ändringar i vardagens mat- och dryckesval och ätvanor och öka vardagsaktiviteten. Ändringar blir möjliga endast om familjen själv väljer ändringen. Uppföljningen är nödvändig även efter den aktiva behandlingstiden.

REKOMMENDATION:

I hälsovården bär barnrådgivningen det primära ansvaret för förebyggandet och behandlingen av övervikt hos barn under skolåldern, om man kommit överens om detta på hälsovårdscentralen. På rådgivningsbyrån finns en skriftlig anvisning som innehåller uppgifterna om de ansvariga personerna i viktkontrollundervisningen samt om genomförandet av undervisningen. I anvisningen finns även information om metoder i förebyggande och behandling, om samarbetspartner, arbetsfördelning och vårdvägar samt om eventuell tilläggsutbildning i ämnet.

Rekommenderad litteratur:

- Hakala P. 1999. Paino hallintaan kotikonstein. Kansaneläkelaitos, Helsinki. *En pragmatisk bok om trygg viktkontroll utan onödiga kostnader.*
- Lautala P & Nuutinen O. 1997. Lasten lihavuuden ehkäisy ja hoito. I boken: Simell O (red.). Neuvolakirja. Femte upplagan. Orion Oy. *Slutsåld.*
- Mahtavat muksut – ratkaisuja lihavan lapsen hoitoon. 1999. Ravitsemusterapeutien yhdistys ry. Beställningar: Dieettimedia Oy, Fabiansg. 17 B 10, 00130 Helsingfors, e-post: www.health.fi/rty. *Lämplig som handbok och handledningsmaterial i behandling av feta barn. Handboken utgår från ett familje- och lösningsorienterat grepp om arbetet.*
- Mustajoki P & Lappalainen R. 2001. Painonhallinta – Ohjaajan opas. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki. *En utmärkt handbok för yrkesfolk.*
- Mustajoki P & Leino U. 2002. Laihdu pysyvästi – hallitse painoasi. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki. 3:e reviderade upplagan. *En utmärkt guide för bantare.*
- HNS-Hyvinge krets har publicerat ett regionellt behandlingsprogram för feta barn. (www.terveysportti.fi). En ny Gängse vård-rekommendation om behandling av fetma är på kommande.

15.8 Speciella svårigheter i den neurologiska utvecklingen samt inlärningssvårigheter

Bedömningen av barnets psykomotoriska utveckling bör basera sig på uppföljning i vilken används föräldrarnas uppgifter, dagvårdens observationer samt hälsovårdarens och läkarens undersökningar. Utvecklingsstörningar kan vara omfattande eller de kan vara speciella svårigheter inom ett smalare område.

De speciella svårigheterna indelas i svårigheter i tal, uppmärksamhet, uppfattning, motorik, uppförande och anpassning, kontaktförmåga

och styrning av den egna aktiviteten (Voutilainen & Ilveskoski 2000). Motorisk klumpighet kan vara förenad med svårigheter i inläringens olika områden; på samma sätt kan t.ex. språkliga störningar indelas i undergrupper.

De speciella svårigheterna beror på funktionsstörningar i hjärnan. Även om kunskaperna om huruvida det är möjligt att påverka bakgrundsfaktorerna för en speciell svårighet är tillsvidare bristfälliga, kan situationen ändå avhjälpas på många sätt. I synnerhet tillkomsten av sekundära hinder kan förhindras. I vårt samhälle som strävar efter fullkomlighet blir ett funktionellt hinder lätt ett socialt hinder, som slutligen även kan påverka utvecklingen av barnets hela personlighet. Inläringssvårigheter anses vara en riskfaktor för marginalisering.

När rådgivningen fattar en misstanke om speciella svårigheter, är det skäl att först utreda saken på läkarmottagningen. I detta skede behövs läkaren i synnerhet för att utföra särskiljande diagnostik och förklara saken för föräldrarna. I särskiljande diagnostik beaktas psykiska symptom, somatiska sjukdomar, skador i sinnesorgan och neurologiska anfallsmässiga symptom. Det är skäl att undersöka hörseln och synen på ett pålitligt sätt. Även psykosociala omständigheter måste kartläggas. Eftersom inläringssvårigheterna i hög grad är ärftliga, finns det ofta nära släktingar med liknande svårigheter. Det är viktigt att utreda vad som hände under graviditeten och förlossningen samt de ärftliga faktorerna vid bedömning av bakgrundsfaktorerna för inläringssvårigheterna.

I graviditets- och förlossningsanamnesen kan finnas uppgifter om prematur förlossning eller komplikationer i förlossningen. I status undersöks om barnet har avvikande dysmorfa drag som kan tyda på något syndrom. Huden undersöks, för mjölkkafläckar kan tyda på neurofibromatos I. Etiologiska undersökningar är nödvändiga, om utvecklingen har uppvisat en tillbakagång eller tycks stanna av, om inläringssvårigheten förenas med andra avvikelser i utseendet, tillväxten eller annan utveckling eller om det förekommer andra neurologiska symptom. Särskilda etiologiska undersökningar behövs inte om inläringssvårigheten förekommer i släkten utan neurologisk sjukdom och status är normal med undantag av eventuella smärre neurologiska fynd.

I graviditets- och förlossningsuppgifterna kan finnas ett omnämnande om alkoholbruk under graviditeten. Därutöver måste man alltid fråga om moderns alkoholbruk före graviditeten, under graviditeten och under tidpunkten i fråga och bedöma hur dessa går ihop. Exponering för alkohol under fostertiden kan leda till ett mångformigt syndrom vars svårighetsgrad varierar från lindrig till stark. Mikrocefali, en bestående tillväxtrubbning och utvecklingsavvikelse förenad med stark exponering för alkohol under graviditeten tyder på ett delvist eller fullständigt FAS-syndrom. Alkoholbruket under graviditeten kan även orsaka speciella svårigheter i inläring och beteende utan yttre kännetecken. Diagnostisering av en fosterskada som orsakats av alkohol förutsätter alltid en tillförlitlig

uppgift om moderns alkoholbruk under graviditeten från modern eller de närmaste anhöriga. (se kapitel 16.6)

Flera föräldrar är förbryllade över att barnet testas. Det är skäl att genast under kontrollen redogöra för undersökningarnas betydelse. Man måste alltid komma ihåg att berätta om barnets starka sidor och andra goda drag för både barnet och för dess föräldrar.

De fortsatta utredningarna av en misstanke om speciella svårigheter utförs vanligen hos primärvårdens specialarbetare (taltherapeut, psykolog, fysioterapeut eller ergoterapeut). Senast i detta skede är det skäl att också få en redogörelse för de observationer och bedömningar som gjorts av barnets dagvårdare. Resultaten samlas ihop i en multiprofessionell arbetsgrupp, till exempel i en rehabiliteringsarbetsgrupp som helst borde ledas av en läkare. Till arbetsgruppen borde höra en hälsovårdare, en psykolog, terapeuter, en representant för dagvården och alltid en person som känner till barnets angelägenheter samt i mån av möjligheter även familjen. Arbetsgruppen samlar ihop specialarbetarnas uppfattningar om barnets starka och svaga sidor. Gruppen beslutar huruvida utredningarna är tillräckliga eller om det behövs ytterligare utredningar. Om fortsatta åtgärder överenskomms alltid med föräldrarna.

I fråga om ett barn under skolåldern sker den tidiga rehabilitationen vanligen på daghemmet utöver vilket det kan behövas individuell terapi. Om fortsatt uppföljning måste tydligt överenskommas i rehabiliteringsarbetsgruppen.

REKOMMENDATION:

Barnrådgivningsarbetsgruppen, hälsostationen, specialarbetarna i kommunens andra sektorer, dagvården och den specialiserade sjukvården i området kommer överens om undersökning av speciella utvecklingssvårigheter och inlärningssvårigheter, rehabilitering och andra stödåtgärder, ansvariga personer och stödåtgärder.

Rekommenderad litteratur:

- Kehityksen ja oppimisen vaikeudet lapsilla ja nuorilla. Opas TAYS-piirin lastenneuvoloille ja kouluterveydenhuollolle. 2003. Tillgänglig på internet: www.pshp.fi/tays/lastenlinna/yhteistyö/kasikirjat/kasikirjat.html.
- Lyytinen H. 2004. Oppimishäiriöt. Lääkäriin käsikirja 11.5.2004. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki. www.terveysportti.fi.
- Sillanpää M, Herrgård E, Iivanainen M, Koivikko M, Rantala H. (red.) 2004. Lastenneurologia. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki.
- Uotila K. Lasten kehityksen neurologisten erityisvaikeuksien tutkiminen/hoito/kuntoutus. Alueelliset hoito-ohjelmat. Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiri. (www.terveysportti.fi).
- Voutilainen A & Ilveskoski I. 2000. Terveysthuollon rooli oppimisvaikeuksien tutkimisessa ja hoidossa. Duodecim 116(18), 2025-31. En översiktsartikel.

15.9 Barnets infektionscirkel och återkommande öroninflammationer

Med barnets infektionscirkel avses vanligen tätt återkommande luftvägsinfektioner. Trots att situationen är besvärlig, är det skäl att komma ihåg att det nästan alltid är frågan om ett godartat problem som försvinner med tiden. Egentliga immunbristtillstånd som orsaker till återkommande infektioner är mycket sällsynta.

I behärsningen av infektionscirkeln är det väsentligt att koncentrera vården och uppföljningen hos en läkare, stöda och upplysa föräldrarna, behandla varje infektionsepisod på ett ändamålsenligt sätt, minska de faktorer som exponerar barnet för infektion och ge vid behov ett utlåtande för vårdbidrag. Enligt Folkpensionsanstaltens (1999) anvisningar för barnets vårdbidrag anses barnet vara i en infektionscirkel om det har flera än 6–7 infektioner per år och får minst lika många antibiotikakurer årligen. För de flesta infektioner behövs ingen vård med antibiotika, och 5–10 infektioner om året är ännu normalt för en 3–10-åring.

En av de viktigaste faktorer som gör barnet mottagligt för infektioner är ett stort antal kontakter med andra barn (daghemsvård) och passiv rökning (se kapitel 14.5). Det finns även genetiska faktorer som leder till skillnader i mottagligheten för infektioner. Om infektionerna börjar efter att dagvården börjat och går över normalt och om det inte finns symptom mellan infektionerna och inga besvärliga komplikationer och om längden och vikten utvecklas normalt, tyder detta på att barnet har en normal grundhälsa. Om barnets infektioner kan förklaras med till exempel det extra infektionstrycket som orsakats av början av dagvården och som går över som vanligt, är det osannolikt att laboratorieundersökningar skulle ge ytterligare klarhet. Röntgenfotografering behövs vanligen inte, för enstaka röntgenbilder av lungor eller käkhålor i konvalescensfasen har ringa informationsvärde i synnerhet när det är fråga om barn under fyra år.

Återkommande eller förlängda mellanöreinflammationer hos småbarn i samband med förkylningar kan oftast förklaras med strukturella och funktionella orsaker i de övre luftvägarna. Vid behov bedömer öronläkaren om öroninflammationscirkeln kan lindras med öronläkarens åtgärder. Barnet bör hänvisas till den specialiserade sjukvården för bedömning, om barnet har 3–4 öroninflammationer under ett halvt år eller 6 inflammationer under ett år även om dessa skulle ha gått över utan komplikationer. Det är också skäl att få en specialists bedömning när det konstateras tydliga symptom på en obstruktion i de övre luftvägarna (stor svalgtonsill) eller otosalpingit (förlängd dålig rörlighet i mellanörat utan infektionssymptom). Efterkontrollen av en mellanöreinflammation bör göras ungefär en vecka efter insjuknandet.

REKOMMENDATION:

Om uppföljningen av barn i en infektionscirkel överenskoms lokalt mellan hälsostationen och barnrådgivningen.

Rekommenderad litteratur:

Kunnamo I. 2003. Infektiokierre ja immuunipuutokset. Lääkäriin käsikirja 11.8.2003. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki. www.terveysportti.fi.

Toistuvat korvatulehdukset. Ett behandlingsprogram av Norra Österbottens sjukvårdsdistrikt. Uppdaterat 27.2.2004. www.ppshp.fi (Behandlingskedjor enligt diagnos).

Akut mellanörefinflammation Duodecims Gångse vård-arbetsgrupp. Egna rekommendationsversioner för läkare och patienter. www.duodecim.fi. Uppdaterad 15.6.2004.

15.10 Barnets beteendestörningar och mentala problem

Se även kapitel 11 Screeningar för sjukdomar och handikapp och kapitel 16.4 Dålig behandling av barnet och identifiering av den.

Barnets beteendestörningar och mentala problem kan bero på flera orsaker. Bakom barnets beteendestörningar finns ofta problem som beror på talutvecklingen eller neurologisk omognad. Dessa igenkänns inte alltid.

Rådgivningens uppgift är att stöda föräldrarnas uppfostringsarbete genom att samtala med dem om de ålderstypiska dragen i barnets utveckling och barnets behov i olika åldrar. Ibland är det skäl att handleda och hjälpa föräldrarna att inse sin egen roll och sitt eget ansvar. Hälsovårdaren och läkaren bör upptäcka behov för särskilt stöd. När barnets eller familjens problem inger farhågor, är det skäl att ta ärendet till arbetsgruppen. Hälsovårdaren och familjarbetaren är de primära aktörerna, när föräldrarna behöver extra stöd. Om rådgivningsbyrån inte har tillräckligt med möjligheter och kunskaper för att stöda familjen, kan familjen hänvisas exempelvis till uppfostrings- och familjerådgivning.

Beslutet om att sända barnet till den specialiserade sjukvården (barnpsykiatriska, neurologiska och pediatrika tjänster) fattas vanligen av läkaren.

Farhågor om barnets beteendestörningar, uppmärksamhetsproblem, hyperaktivitet, utvecklingsstörningar eller till exempel depression kan uppstå även i dagvården (kapitel 3.6.2). Det är viktigt att tidigt koppla in barnrådgivningsarbetsgruppen i funderingarna, för varje barn har rätt att få även en medicinsk bedömning av sina problem. I bakgrunden finns ibland ett problem för vilket det finns medicinsk hjälp.

Barnets beteendestörningar, försenade utveckling och mentala problem upplevs ofta som ett svårt samtalsämne. Det är viktigt med en förtrolig och uppskattande samtalskontakt mellan föräldrarna och experterna.

Utan ömsesidigt förtroende kan man inte ens föra samtal om känsliga saker. Det finns situationer där föräldrarna av ett eller annat skäl inte ser eller inte vill se ett problem som experterna tycker är uppenbart. I dessa situationer är det bra om arbetaren förhandlar med sin egen arbetsgrupp och ber de andra bedöma situationen. Det är skäl att vänta tills föräldrarna är färdiga för Kooperation för så länge som barnet lever hos dem, är föräldrarna de viktigaste påverkarna i barnets liv. Det är ofta nyttigt att öppet berätta för föräldrarna hurdana fortsatta undersökningar som planeras och hurdana behandlings- och rehabiliteringsmöjligheter undersökningarna kan öppna.

REKOMMENDATION:

Rådgivningsbyrån, hälsostationen, dagvården, uppfostrings- och familjerådgivningen samt den specialiserade sjukvården kommer sinsemellan överens om vårdvägarna för barnens beteendestörningar och mentala problem.

Rekommenderad litteratur:

Moilanen I, Räsänen E, Tamminen T, Almqvist F, Kumpulainen K & Piha J. 2003. Lasten- ja nuorisopsykiatria. 3:e reviderade upplagan. Duodecim, Helsinki.

16

Specialsituationer i familjen och stödjandet av familjen i dem

16 SPECIALSITUATIONER I FAMILJEN OCH STÖDJANDET AV FAMILJEN I DEM

16.1 Syskonets sjukdom och barnets död

Förutom nöd och ångest väcker ett syskons sjukdom flera negativa känslor i barnet. Föräldrarna är vanligen inte i stånd att visa lika mycket uppmärksamhet åt familjens andra barn. Det här är ägnat att öka syskonrivaliteten som i sin tur ofta leder till skuld-känslor (Moilanen 1998). Olika sjukdomar har delvis olika verkningar. Anfallssymptom och livshotande situationer som svår epilepsi, astma eller hydrocefalus håller familjen ständigt på alerten. Gemensamma trevliga planer, t.ex. sommarlovet, brukar förkortas och innehålla villkoret: om sjukdomen tillåter. Barnets diabetes eller födoämnesallergi kan av bekvämlighets-skäl leda till ändringar i hela familjens kosthållning. I flera situationer kan barnet uppleva sig som utomstående. Till exempel vården och rehabiliteringen av ett rörelsehandikappat syskon kan ta föräldrarnas tid i anspråk. När syskonet inte utvecklas normalt, kan det vara svårt för föräldrarna att visa glädje för de andra barnens utveckling. En ärftlig sjukdom utgör ofta ett hot även för syskonen, även om det kan vara svårt att behandla ämnet på ett sätt som barnet förstår. I synnerhet en konkret livsfara binder familjens resurser på många sätt (Moilanen 1998).

De mest typiska symptombilderna är symptom som riktas mot en själv, t.ex. depression och ångest, samt utåtriktade beteendestörningar och aggressioner. Å ena sidan kan ett syskons död öka empatiförmåga och moralisk tillväxt bort från egocentricitet. Den kan också göra barnet självständigare och mera vidsynt (Moilanen 1998).

När ett syskon dör eller föds dött, gör en del av barn sitt yttersta för att få föräldrarna tillbaka i deras tidigare roller. Föräldrarna kan få tröst av barnets himmelfantasier och teckningar. Å andra sidan kan ett barn i en sörjande familj ha våldsamma symptom, regrediera eller låsa sig. Barnet kan missförstå det som har skett. Hon kan skuldbelägga sig själv. Hon kan också vara olycklig, eftersom det döda barnet har tagit föräldrarnas största uppmärksamhet (Väisänen 2000).

Barnets död är en av de största förlusterna i en människas liv. Det är önskvärt att hälsovårdaren har mod att ta kontakt med en familj som förlorat sitt barn. Klienterna har upplevt det som mycket viktigt att man tagit kontakt med dem. Ofta är hembesök den bästa lösningen, ty det kan kännas särskilt smärtsamt för familjen att komma till rådgivningsbyråns lokaliteter. I synnerhet i det första skedet har föräldrarna inte resurser att

möta vissa minnen eller andra barnfamiljer på rådgivningsbyrån. KÄPY-föreningens material är nyttigt för föräldrarna och de anställda.

Föräldrarna kan uppleva de friska syskonens behov som en övermäktig börda. Det finns därför en risk att samtal inger skuld känslor. Det är synnerligen viktigt att höra på föräldrarna och lugnt tänka på stödmedel.

På grund av vårdens gradering är den speciella sjukvården ofta bäst lämpad att ge familjen information om sjukdomen och det som är svårt för syskonen i just denna sjukdom. Habiliteringskurser ordnas vanligen av den specialiserade sjukvården. I andra hänseenden skulle det vara bäst om det sociala stödet för familjen skulle komma från primärvården och den grundläggande socialvården (Moilanen 1998).

REKOMMENDATION:

För varje barn reserveras en egen tid för rådgivningskontroll. Även om det sjuka syskonets situation skulle vara mera problematisk, måste man komma ihåg att varje barn behöver personlig uppmärksamhet. Hälsovårdaren tar kontakt med en familj som förlorat sitt barn.

Rekommenderad litteratur:

Eirilainen, samanlainen sisaruus: opas pitkäaikaisairaana tai vammaisen lapsen sisaruksen tukemiseen. 2002. Kehitysvammaisten Tukiliitto, Tampere.

Erkkilä J, Holmberg T, Niemelä S & Ylönen H. 2003. Surevan lapsen kanssa: tuettu suru -projekti. Suomen Mielenterveysseura, Helsinki. *I boken berättas hur vi lär oss igenkänna barnets sorg och hjälpa i sorgprocessen, vilka uppgifter sorgearbetet har och när barnet behöver professionell hjälp. Boken presenterar medel som beprövats i vardagens situationer.*

Familjeföreningen plötslig spädbarnsdöd och barndöd rf. www.kapy.fi. Föreningen har publicerat bl.a. stödpaket för föräldrar som förlorat sitt barn.

Melamies N. 2002. Kumpikaan meistä ei pärjää yksin. Sisaruksena perheessä, jossa on vammaisen lapsi. Mannerheimin Lastensuojeluliitto, Lasten ja Nuorten Kuntoutussäätiö. Kuntoutus- ja kehittämiskeskus Huvitus, Helsinki.

Väisänen L. 2000. Kuolleena syntynyt lapsi. Duodecim 116(14):1507-12. En översiktsartikel.

16.2 Moderns överkänslighet och depression efter förlossningen

Det sker betydande förändringar i kvinnans fysiska tillstånd, livsstil och relationer till andra människor under graviditeten och efter förlossningen. Under året efter barnets födsel är kvinnan mera utsatt för psykiska problem än i något annat skede av livet.

Känslighet, baby blues, är som starkast i 3–5 dagar efter förlossningen. Den räcker ofta några dagar. Typiska symptom är gråtmildhet, växlande sinnesstämningar, irritabilitet, ibland även aptitlöshet och sömnstörningar. Dessa symptom förekommer hos till och med 80 % av föderskorna.

De har följaktligen ansetts vara en normal del av den anpassning till en ny situation som hjälper modern att sköta barnet. Symptomen går vanligen över inom ett par veckor. De kräver ingen speciell vård utan förståelse och stöd. Känsligheten ökar emellertid risken att insjukna i depression: hos 20 % av mödrarna åtföljs känsligheten av postnatal depression (Perheentupa 2003).

En postnatal *depression* varar i flera månader. Det är relativt vanligt med depression efter förlossningen. Den drabbar uppskattningsvis 15–20 % av alla kvinnor som fött ett barn. Lindriga depressionssymptom undgår ofta till och med mödrarna själva. Å andra sidan skäms mödrarna ofta över att inte klara alla de utmaningar som kommer med barnet och moderskapet. Då försöker mödrar ofta gömma depressionssymptomen. Depressionen efter förlossningen är inte enbart mödrarnas problem utan även hos fäder har konstaterats ovanligt många affektiva störningar.

I puerperalpsykos insjuknar 1–2 mödrar på tusen (Perheentupa 2003). Typiskt för sjukdomen är bristande verklighetskontakt och hallucinationer. Sjukdomen bryter vanligen ut inom två veckor efter förlossningen. Den förenas med djup depression eller maniska drag, sömnlöshet, avvikande pratsamhet och förvirring. Barnsängspsykosen är alltid en allvarlig störning, för den kan vara livsfarlig både för modern och för barnet. Puerperalpsykopatienterna hör alltid till den specialiserade sjukvården.

Det är alltid viktigt att behandla depressionen hos mödrar till nyfödda och småbarn inte bara med tanke på moderns hälsa utan också med tanke på barnets emotionella utveckling. Växelverkan mellan en deprimerad moder och babyn är vanligen begränsad. En amerikansk prospektiv undersökning visade att depressionen hos ett under ettårigt barns moder orsakade barnet inre symptom såsom depression och ångest. Å andra sidan hade de deprimerade mödrarnas barn klart flera yttre symptom såsom trots, beteendestörningar och aggressivitet. (Essex m.fl. 2001.) Förebyggandet och behandlingen av moderns depression förebygger sannolikt även barnets depressivitet, ångestbenägenhet, olika former av störande beteende och stöder på det sättet barnets normala utveckling.

Faktorer som gör modern mottaglig för depression efter förlossning. Det är sannolikt att hormonala förändringar bidrar till depression, men sambandet mellan de hormonala och psykologiska faktorerna är tillsvidare bristfälligt kända. Det är uppenbart att depressionen står i samband med moderskapet och förlossningen hos en del av mödrarna. Hos andra har depressionen däremot ingenting att göra med moderskapet utan depressionen innebär att en 'gammal affektiv störning' bryter ut på nytt. Hälsovårdaren och läkaren har skäl att beakta några faktorer som man vet att ökar risken för postpartum- depression.

Faktorer som har att göra med modern: Depression hos modern själv eller i släkten. Depression som konstaterats före förlossningen. Svårigheter med självkänsla som moder. Matningen kan vara en central faktor som definierar moderns självkänsla: modern kan känna ångest inför en 'moderskapskultur', som betonar och förhårlig (oproblematis) amning, och en hälsovård som starkt rekommenderar den. Det verkar faktiskt finnas ett samband mellan att modern inte ammar och en ökad depressionsrisk.

Det är emellertid svårt att veta om svårigheterna i amningen är en orsak till eller en följd av någon annan faktor som står i direkt samband med depressionen. Icke-planerad graviditet. Svår baby blues. Sättet att lösa problemet: en riskgrupp utgörs av de mödrar som tyr sig till s.k. emotionscentrerade medel, dvs. förnekar problemen, flyr dem eller önskar att de rättas till av sig själva.

Faktorer som har att göra med förlossningen: Otillräckligt stöd under förlossningen. Komplikationer i anslutning till kontraktionerna eller förlossningen (hos modern eller barnet). En förlossning som inte motsvarar moderns föreställningar. För tidig eller för sen förlossning. Separering av modern och barnet. Tidig utskrivning efter förlossningen. Även en förlängd sjukhusvistelse bidrar till en höjd risk för depression. I dessa situationer har det emellertid förekommit komplikationer i förlossningen eller barnets situation har krävt längre sjukhusvård, vilket förklarar den ökade risken.

Faktorer som har att göra med barnet: Tvillingar eller trillingar. Negativa känslor mot barnet, bristfällig tillgivenhet. Problem som beror på barnets hälsa. 'Önskat' barn (t.ex. kön, utseende). Ett 'svårt barn' (temperament, matning, sömn, andra svårigheter i skötseln); det har konstaterats att barnets temperament förklarar till och med 30 % av depressionen hos mödrarna efter förlossningen.

Faktorer som har att göra med den sociala situationen: Dåliga relationer till maken eller ingen make. I moderns liv finns samtidigt andra stora stressfaktorer. I familjen finns ett eller flera äldre barn. Bristande utomstående stöd i stress- och problemsituationer: även partnern är ett bra stöd, men ofta lider även han själv av samma stress och samma problem som modern. Moderns arbetslöshet (ingen möjlighet att återvända till arbetslivet efter moderskapsledigheten på grund av skäl som inte beror på en själv) eller faderns arbetslöshet.

Prognosen för postnatal depression anses vara bra och förbättringen sker ofta snabbt. Det är typiskt att symptomen lindras så småningom i några månader. Utan vård är depressionsfasens längd i genomsnitt sju månader. Sannolikheten av fullständig återhämtning är bra. Depressionen efter förlossningen kan emellertid utlösa en långvarig depression och ångest. Den mentala balansen kan vara rubbad i flera år. Det är typiskt med återkommande depressionsperioder. Det är skäl att ta detta i beaktande i planeringen av vården. Risken för återkommande depression är speciellt stor i samband med de följande förlossningarna, till och med 40 %. (Perheentupa 2003.)

Ett formulär (se bilaga 13a) kan hjälpa att igenkänna depression. Det ifrågasvarande korta formuläret (Edinburgh Postnatal Depression Scale, EPDS) har visat sig vara funktionsdugligt även i finska undersökningar (Tamminen 1990, Luoma 2004). Det är tillrådligt att fylla i formuläret t.ex. i samband med kontrollen av en 6–8 veckor gammal baby. När modern och hälsovårdaren tillsammans går igenom frågorna, är det inte alltid nödvändigt att poängsätta svaren. Frågorna ger stöd och mod att föra även känsliga ämnen på tal.

Behandling av depression efter förlossning. I lindriga fall kan det räcka med att stöda och lugna ned modern. Ofta behövs hjälp i skötseln av barnen och hemmet. Man försöker skapa en regelbunden mentalvårdskontakt och ett stödnätverk som består av familjen och vänner. Det hjälper modern om hon kan tala om sin situation och sina känslor för andra kvinnor. Faderns roll är speciellt viktig när modern är deprimerad (se även kapitel

6.2). I några fall kan behövas parterapi. Gemensamma möten är alltid viktiga. Det är skäl att stöda interaktionen mellan modern och babyn.

En deprimerad moder behöver psykiskt utrymme där hon kan känna att hon accepteras som den hon är. Råd och anvisningar ofta bara ökar hennes skam och skuld. Modern behöver en upplevelse om att alla hennes motstridiga känslor förstås och tas emot (Mäenpää-Reenkola 1997). Hon behöver tid och stöd för att bygga en ny identitet. Andra kvinnor i samma situation förstår hennes känslor. Det är ofta lättare att tala till främmande än till helt bekanta. Det är viktigt att modern och hennes känslor får acceptans.

Om depressionen varar länge, är den bästa behandlingsformen medicinering kombinerad med terapi eller andra stöd- och behandlingsformer.

Eftersom det är vanligt med återkommande depressiva perioder, rekommenderas vanligen en oavbruten vård på sex månader. Vad gäller terapiformerna, har den individuella terapins framgång dokumenterats, medan det inte finns bevis för gruppterapins nytta (Perheentupa 2003). För mera ingående information om olika läkemedelsbehandlingar, se Perheentupa 2003. I de fall där störningen i växelverkan mellan modern och babyn är viktig, behövs specialiserad terapi med vilken man försöker påverka tidig interaktion.

Depression efter förlossning är en vanlig sjukdom, i vars behandling samarbetet mellan läkaren och hälsovårdaren är viktigt. I barnrådgivningsarbetsgruppen är det skäl att förhandla om situationen även med en psykolog och en familjearbetare. Också förlossningssjukhuset och moderskapspolikliniken spelar en viktig roll när det gäller att upptäcka depression.

REKOMMENDATION:

Enligt det lokala avtalet screenas depression efter förlossning antingen i kontrollen av modern efter förlossningen eller senast i samband med barnets 6–8-veckorskontroll. Föräldrarnas sinnesstämningar observeras vid varje möte.

Mödra- och barnrådgivningen, hälsostationen, den specialiserade sjukvården och mentalvårdsenheterna kommer sinsemellan överens om metoderna för screening av depression efter förlossning, de ansvariga personerna, samarbetsparterna, arbetsfördelningen, vårdvägarna och den behövliga tilläggsutbildningen.

Rekommenderad litteratur:

- Hertzberg T. 2000. Synnytyksen jälkeinen masennus. *Duodecim* 116(14), 1491-7. *En översiktsartikel.*
- Luoma I & Tamminen T. 2002. Äidin masennus ja lapsen psyykinen kehitys. *Suomen Lääkärilehti* 41, 4093–4096. *En översiktsartikel.*
- Perheentupa A. 2003. Synnytyksen jälkeinen masennus – onko vika hormoneissa? *Suomen Lääkärilehti* 4, 387–391. *En översiktsartikel.*
- Perheentupa A. 2003. Synnytyksen jälkeiset psyykkiset häiriöt. *Lääkärin käsikirja* 7.4.2003. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, Helsinki.

16.3 Föräldrarnas psykiska sjukdomar

Föräldrarnas mentala problem avspeglas ofta i parförhållandet, föräldraskapet, familjens förfaringssätt och genom dessa i barnens utveckling. När en förälder är sjuk, är den friska föräldern särskilt viktig för barnet och hela familjen och behöver ofta särskilt stöd. Ungefär 40 % av depressionpatienternas makar behöver psykiatrisk hjälp. Hjälpen till dessa familjer kan inte begränsa sig till stöddandet av interaktionen mellan modern och barnet. Förutom psykiatrisk hjälp behövs hjälp av familje- och socialarbetet.

Mentala problem är sällan det enda problemet i familjerna. Med dem kommer äktenskapliga konflikter, drogmissbruk, trångt boende, ekonomiska problem, arbetslöshet och mångfaldig utslagning, som alla stärker varandra. När riskfaktorerna anhopas, mångdubblas barnets insjukningsrisk.

Arbetsmetoder som stöder barnets utveckling och familjernas funktion, parförhållandet och föräldraskapet är speciellt viktiga för familjer där föräldrarna lider av mentala störningar. När en förälder lider av en mental störning, måste rådgivningsbyrån tillsammans med andra samarbetspartner ta hand om:

- barnets säkerhet: finns det våld i familjen.
- barnets basvård: fungerar föräldraskapet. de vardagliga rutinerna, maten, renligheten och klädvården, en vuxens närvaro, gränserna osv.
- bedömningen av barnets behov av psykiatrisk undersökning och vård.
- stödet till familjen och barnets utveckling: rådgivningsbyrån kan utgå från barnets synvinkel och fungera som en sakkunnig resurs i riktning mot vuxenpsykiatri.
- för ett 3-årigt och äldre barn berättas på ett begripligt sätt om föräldrarnas sjukdom och hur sjukdomen yttrar sig i föräldrarnas agerande.

Det är skäl att ordna rådgivningsmötena flexibelt och individuellt och reservera mera tid för dem än vanligt. Hembesök rekommenderas. En förälder som har mentala problem har inte alltid krafter att gå till rådgivningen, även om föräldrarna i allmänhet är välmotiverade att få hjälp för sina barn. Många barn behöver en egen terapi, varför det är skäl att koppla även rådgivningsläkaren in med bedömningen.. Det är bra att tala om situationerna i ett team. Terapiarrangemangen beror på lokala omständigheter.

Rådgivningspersonalen har i uppgift att stöda föräldrarna att hjälpa sina barn själva. Man berättar för föräldrarna om de faktorer som skyddar barnet som t.ex. att ett bra förhållande till den andra föräldern är särskilt viktigt i familjen. När modern är sjuk, förblir fäderna ofta avlägsna för sina barn.

Detta kan bero på det att arbetsdagarna blir längre på grund av ekonomiska svårigheter med även äktenskapliga konflikter och faderns trötthet. Barnet skyddas även av en förståelse för föräldrarnas och hela familjens situation. Föräldrarna uppmuntras att berätta för barnet på ett begripligt sätt om föräldrarnas problem och hur det yttrar sig i föräldrarnas verksamhet. Rådgivningspersonalen kan även förklara saken för barnet, om föräldrarna ber om detta. Även detta borde ske i föräldrarnas närvaro.

Föräldrar med mentala problem och deras barn kan tillgodogöra sig av sina egna grupper. Till exempel i Holland har man erfarenhet av dessa från redan 15 år. Det är skäl att diskutera behovet av dylika grupper lokalt med uppfostrings- och familjerådgivningen.

Det är skäl att rådgivningsbyrån ingår ett skriftligt avtal om samarbetsförfaranden med lokala mentalvårdorganisationer. Man kan till exempel komma överens om att mentalvårdsbyrån för vuxna eller en enhet för psykiatrisk vård i området tar frågan om sina klienters barn med i sina rutiner. Det är också bra att komma överens om att man kan ge uppgifter om en förälders sjukdom till barnrådgivningen. När en arbetsgrupp sätts upp på grund av en förälders psykiska kris, borde en medlem i barnrådgivningsarbetsgruppen vara en del av denna grupp. Denna medlem kan vara barnets hälsovårdare, familjearbetare, psykolog eller läkare som tar fram barnets och hela familjens synpunkter.

En yrkesperson som möter föräldrarnas psykiska problem behöver också handledning.

REKOMMENDATION:

Rådgivningsbyrån, hälsostationen, den specialiserade sjukvården och mentalvårdsenheterna kommer sinsemellan överens om uppföljningen och vården av barn vars föräldrar har mentala problem.

Rekommenderad litteratur:

Solantaus T, Bardslee W & Inkinen M. (red.) 2001. Näkymätön lapsi aikuispsykiatriassa. Tammi, Helsinki.

Solantaus T & Ringbom A. 2002. Miten autan lastani? En guide för föräldrar som har mentala problem. Stakes, Helsingfors. *Guiden är gratis och den kan beställas mot portokostnader från Anhörigas stöd för mentalvården Nylands förening rf tfn 09-686 0260 eller via e-post otu@omaisetpsyuusimaa.fi*

16.4 Dålig behandling av barnet och identifiering av den

Se även kapitel 3.6.1 *Samarbetet med hemtjänsten och barnskyddet*, 15.10 *Barnets beteendestörningar och mentala problem*, 16.5 *Våldet i parförhållandet*, 16.6 *Föräldrarnas drogmissbruk*.

Det finns dåligt behandlade barn, trots att det är vanligt att emotionellt förneka detta faktum. Den dåliga behandlingen kan vara fysisk misshandel, psykiskt våld, sexuellt utnyttjande eller bristfällig vård. Omkring 1 % av de ettåriga babyerna utsätts för aktiv fysisk misshandel och sammanlagt 4 % för dålig behandling (Christensen 1996). Försummelse kan vara aktiv då barnet medvetet lämnas utan tröstande kontakt. Den kan även vara passiv, t.ex. moderns "frånvaro" som beror på depression. Dålig behandling kan leda till allvarliga psykiska och fysiska skador. Den kan upptäckas endast med ett öppet sinne. Dialogen med föräldrarna är en av utgångspunkterna i arbetet, men en yrkesperson bör alltid i första hand bevaka barnets intressen.

*Skakning av baby*n orsakar ett egenartat syndrom som kallas för "Shaken baby-syndrom" (SBS). Syndromet uppstår när en människa av en fullvuxens storlek våldsamt skakar babyen. Ett kraftigt skakande 4–5 gånger fram och tillbaka tar omkring två sekunder och ett kraftigt skakande 40–50 gånger fram och tillbaka tar omkring 20 sekunder. Barnet kan inte orsaka skadorna självt. Skadorna uppstår inte heller i hurtiga gungningslekar, i lekar med syskonen eller t.ex. när den vuxna promenerar snabbt med babyen i ränslan. Det vanligaste offret för skakandet är en baby på 5–9 månader. Riskfaktorer för SBS är föräldrarnas unga ålder, rikligt bruk av droger, mentala problem, utmattning samt egna erfarenheter av våld i barndomen. Riskfaktorer som har att göra med barnet är barnets unga ålder, prematurhet och grinighet. Ett särskilt fall är misshandel som stärker sig själv: det gråtande barnet blir tyst när det skakas, varför skakandet upprepas.

Skakandet kan orsaka direkta hjärnskador, skador i halsryggen, ryggmärgsskador, inre skador i ögat och brott i armar och ben. Om barnet slängs mot ett underlag i samband med skakandet, upptäcks ofta även en skallfraktur. Diagnosen kräver speciell uppmärksamhet eftersom olika undersökningar visar att anamnesen är bristfällig i 92–95 % av fallen. Barnets symptom varierar från lindriga till livsfarliga. De vanligaste symptomen är kräkning, grinighet, aptitlöshet, störningar i medvetandenivån, andningsstillestånd, anfallssymptom och stelhet. De vanligaste kliniska fynden är blödningar under hårda hjärnhinnan och ögonbotten. Enligt undersökningarna kan förekomsten av SBS förebyggas med t.ex. saklig information. Man vet att i synnerhet små griniga dibarn riskerar att bli skakade. Därför är det skäl att berätta för föräldrarna redan på förhand och upprepade gånger hur farligt skakning är och ge råd för hur ett gråtande barn kan lugnas ned. Det räcker inte med att diagnostisera en

kolikbaby utan man måste fästa speciell uppmärksamhet vid familjens situation och föräldrarnas stresshantering. Föräldrarna borde vara på det klara med vilken plats de kan kontakta om deras egna krafter tar slut.

I fråga om småbarn är det viktigt att observera den tidiga interaktionen (Mäntymaa & Tamminen 1999). Alla hälsovårdare, familjearbetare och läkare på rådgivningsbyrån borde få utbildning som hjälper dem att observera faktorer som tyder på dålig behandling och störningar i den tidiga interaktionen och som hjälper dem att stöda interaktionen.

I en mottagningssituation är det bra att observera hur barnet och föräldern kommunicerar med varandra. Det är oroväckande (Söderholm 2000), om:

- moderns/faderns och yrkespersonens uppfattningar om barnets välfärd och eventuell oro för barnet avviker väsentligt från varandra
- modern/fadern inte anser situationen vara problematisk
- modern/fadern är fientligt sinnad mot barnet och anklagar eller sårar barnet
- modern är föremål för våld i sitt parförhållande
- inte ger utrymme för barnet
- modern/fadern inte "ser" eller "hör" barnet
- modern/fadern inte kan trösta barnet
- modern/fadern inte kan behandla barnet
- moderns/faderns ilska mot myndigheter är större än oron för barnet
- det är svårt att få ögonkontakt med barnet
- barnet är exceptionellt skyggt och passivt
- barnet är fientligt, ilsket, oroligt eller skrämt
- barnet signalerar eller berättar om att det behandlas illa
- barnet vill inte lämna mottagningen
- barnet har dunkla blåmärken på onormala ställen
- barnet viker undan när föräldern närmar sig det

Rådgivningsarbetaren skall alltid kartlägga alla parternas (föräldrarnas, barnets, arbetarens) farhågor och göra en klar sammanfattning av dem. Kartläggningen av farhågorna hjälper att bättre se om de sakkunniga och föräldrarna har olika synpunkter.

Karakteristiskt för föräldrar som misshandlar sina barn är att föräldrarna är oförberedda för föräldraskapet och inte förstår svårigheterna och begränsningarna i barnets utveckling i olika åldrar och vet inte hur de borde inställa sig till barnen eller uppfostra dem utan att hota dem med våld (Elliot 1993). En förälder kan ha en bristfällig förmåga att realistiskt förstå barnets behov eller dess förmåga att ta hand om sig självt. Brister i föräldraskapet innebär även bristande empati: oförmåga att ställa barnets behov i första rummet och oförmåga till en positiv interaktion med barnet. Man bör inte låta sin egen smärta och frustration gå ut över barnet. (Killén 1996, Söderholm 1997.)

En misstanke om dålig behandling kräver alltid samarbete med andra yrkesgrupper. En barnrådgivningsarbetare bör ta fram ämnet i sin egen rådgivningsarbetsgrupp. Alltid när det väcks en misstanke om dålig behandling, skall man omedelbart göra en barnskyddsanmälan. Grunden för anmälan, oron för barnet, skall alltid förklaras för föräldrarna. Anmälan är ett förslag till samarbete som innebär att familjen får mera stöd än tidigare. Rådgivningsuppföljningen bör fortsätta trots barnskyddsanmälan. Varje familj behöver ett eget stödteam som dimensionerats efter familjens behov och som fortsätter nätverkssamarbetet (se kapitel 3.5).

REKOMMENDATION:

Rådgivningspersonalen, och helst det multiprofessionella samarbetsnätverket, får utbildning i igenkännandet av dålig behandling.

Rekommenderad litteratur:

- Holmberg 2002. Lapset ja perheväkivalta. Stakes/Projektet för förebyggande av våld mot kvinnor och Lasten keskus. *Information om igenkännandet av våld mot barn och om hur barnet kan stödas.*
- Killén K. 1996. Svikna barn. Wahström & Widstrand. *I boken finns flera verktyg för bedömning av föräldraskapet samt exempel på situationer där föräldraskapet är bristfälligt.*
- Anvisningarna för utredningar i anslutning till misstankar om misshandel och sexuellt utnyttjande av barn har ändrats. Kommuninfo 9/2003. Social- och hälsovårdsministeriet.
- Paavilainen E. 1998. Kaltoinkohtelu perheessä. Perheen toiminta ja yhteistyö perhettä hoitavan terveydenhoitajan kanssa. *Hoitotiede* 8(3), 111–118.
- Söderholm A. 2000. Lääkäri ja lastensuojelu. *Suomen Lääkärelehti*, 23, 2562-5.
- Söderholm A, Halila R, Kivitiie-Kallio S, Mertsola J, Niemi S (toim.) 2004. Lapsen kaltoinkohtelu. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki.
- Taskinen S. (toim.) 2003. Lapsen seksuaalisen hyväksikäytön ja pahoinpitelyn selvittäminen. Asiantuntijaryhmän suosituksset sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstölle. Oppaita 55. Stakes, Helsingfors.

16.5 Våld i parförhållandet

Se även kapitel 16.4 *Dålig behandling av barnet och identifiering av den.*

Enligt en omfattande enkät som utförts av Statistikcentralen (Heiskanen & Piispa 1998) är unga kvinnor som lever i ett parförhållande en riskgrupp för kvinnomisshandel. 17 % av de kvinnor som levde i ett samboförhållande och hade under 7-åriga barn hade blivit utsatta för kvinnomisshandel. Den motsvarande siffran för gifta kvinnor var 11 %. Kvinnomisshandel mot kvinnor som är på mödra- eller vårdledighet är litet mera allmänt än genomsnittet. Med tanke på parförhållandet är det skäl att komma ihåg att även kvinnor kan utöva fysiskt eller psykiskt våld: ungefär 10 % av våldshandlingarna utförs av kvinnor.

Stakes projekt för förebyggande av våld mot kvinnor (1998–2002) hade 17 % av kvinnor som var mödrarådgivningens klienter blivit utsatta för våld i sitt nuvarande parförhållande. 19 % av barnrådgivningens klienter hade upplevt våld. Undersökningen visade också att mannens isolerande, undertryckande eller skrämmande beteende 2,5–10,7-dubblade kvinnans risk för att bli utsatt för kvinnomisshandel. Därför är det viktigt att rådgivningspersonalen samtalar med kvinnorna om deras upplevelser i parförhållandet.

När en man misshandlar sin maka, blir 40–80 % av barnen vittnen till situationerna eller hör ljud av våldet (Perttu 2004). Även det att barnet blir tvunget att stå vid sidan om och se på våld i parförhållandet är en form av psykiskt våld. Våldet tar utrymme från föräldraskapet. En moder som traumatiserats av våldet och utmattats av situationen kan börja bete sig våldsamt mot sina barn. Som värst kan situationen leda till att omsorgen och vården av barnen försummas (Paavilainen 1998, Perttu 2004). För ett barn i en våldsam familj hör både psykiskt och fysiskt våld till den normala situationen i familjen – barnet har inte erfarenheter av annat. På basis av sina egna erfarenheter upplever flera utövare av våld att våldet är ett "normalt" sätt att agera (Paavilainen 1998). "Våldstraditionen" går i arv. Därför är det mycket viktigt att upptäcka våldet i parförhållandet och föra det på tal i barnrådgivningsarbetet. Förebyggandet av våldet mot småbarnsmödrar i parförhållandet är barnskydd.

Bara cirka 30 % av de kvinnor som blir offer för våld söker hjälp av myndigheter. De flesta av dem sökte hjälp för sina fysiska skador på hälsocentralen (Heiskanen & Piispa 1998). Att aktivt igenkänna våld i parförhållandet är en viktig del av rådgivningsarbetet. De vanligaste tecken på fysiskt våld är rödaktighet, skavsår, sår, blåmärken och krosskador i synnerhet i käk- och ansiktsområdet, på halsen, hårbotten samt på armarna och överarmarna. En rådgivningsarbetare skall fästa uppmärksamhet vid återkommande skador eller skador som är i olika läkningsfaser samt huruvida skadornas läge, form eller typ motsvarar den uppkomstmekanism som kvinnan uppgett. Skadorna kan också finnas i områden som täcks av kläder, i rygg- och magområdet och på armarna. Vid behov borde en kroppskarta användas som ett hjälpmedel för att skildra våldet. Kroppskartan är nyttig i synnerhet när man skildrar flera skador som uppstått samtidigt.

För offret orsakar våldet även psykiska traumasymptom som det är viktigt att identifiera. Också de barn som har sett eller hört våld lider av traumasymptom. Traumasymptom kan vara bl.a. motstridiga känslor och snabbt växlande sinnesstämningar, då kvinnan kan återkalla sina beslut och sina ord. Hon kan lida av depression, ångest, koncentrationssvårigheter minnesförlust, varvid hon eventuellt inte kommer till mottagningen och inte ringer återbud. Hon kan verka uppgiven, passiv och skrämmd. Kvinnor som är föremål för våld börjar ofta använda mera alkohol, rökningen ökar, det förekommer missbruk av sömnmedel, lugnande läkemedel och

droger. Det kan även förekomma självmordstankar och självmordsförsök hos kvinnorna.

Våldet orsakar en ständig stressituation för offret, varvid hon kan vara otålig och det kan förekomma vredesutbrott mot barnen. Ofta blir hon tvungen att vara liksom en sköld mellan barnen och den våldsamma mannen: hon försöker hålla barnen tysta och snälla för att förebygga våldet. När fadern är med på barnrådgivningsbesöket, är det viktigt att observera faderns inställning till modern eller barnet till exempel i en situation som gäller behandling av barnet. Även kvinnans avvikande beteende i faderns närvaro kan vara ett tecken på våldet mot henne.

Våldsutövaren försöker ofta isolera offret från sociala relationer och från att delta i livet utanför hemmet. Då har kvinnan till exempel inga vänner och hon träffar sina släktingar sällan eller inte alls. Våldsutövaren kan även kontrollera kvinnans användning av tid eller pengar. Flera kvinnor måste nervöst skynda sig bort från mottagningen på grund av strikta hemkomsttider. Män som utövar våld vill ofta vara närvarande i alla samtal och undersökningar på rådgivningen för att behålla kontrollen och hemligheten om våldet. Därför vill svenska forskare ifrågasätta uppfattningen att mannen borde vara med på varje rådgivningsbesök. De föreslår som arbetspraxis att kvinnor kan komma på vissa rådgivningsbesök bara med barnet. Detta gör det lättare att ställa frågor om våld och riskerar inte kvinnans och barnens säkerhet.

Principerna om och anvisningarna för förande på tal

Ofta berättar offret inte självmant om det våld som hon utsatts för. Detta beror på skuld känslor, skam och rädslan för att bli stämplad. Det är också allmänt att offren är rädda för att förlora barnen. Rädslan uppstår om våldsutövaren hotar, skrämmer eller förringar kvinnan som moder.

Ofta förbigås våldet snabbt. Detta är fallet i synnerhet då våldsutövaren vill sämjas och gottgöra det skedda. Också offret kan tänka att den våldsamma händelsen inte kommer att upprepas.

De viktigaste principerna i förande på tal är:

- att ta hand om offrens och barnens säkerhet
- att försvara offrets rättigheter
- att beakta offrets rättsskydd
- offrets och barnens säkerhet: skapa alltid en förtrolig situation, för att ställa frågor om våld i partners eller andra närståendes närvaro kan detta leda till att våldet upprepas.

Beakta följande när du för en fråga på tal eller samtalar med klienten:

- fråga självmant om våld, vänta inte på hennes initiativ. Så här visar du henne
- att du tar professionellt ansvar för hennes situation och bidrar till att skapa
- ett förtroligt förhållande.
- rikta hela din uppmärksamhet på kvinnan, sätt skrivbordsarbetena åsido

- fråga lugnt och förklara att man brukar ställa frågor om våld på denna rådgivning.
- gå rakt på sak och fråga om våld direkt. Så här visar du med ditt eget exempel att man får och kan tala om våld.
- skapa ett förtroligt förhållande till kvinnan: kvinnans tröskel till att berätta om eventuellt våld sänks, om frågan ställs under trygga och förtroliga omständigheter och om frågan ställs av en utbildad, empatisk, icke-fördömande hälsovårdare som visar ett genuint intresse för kvinnans hälsa och välbefinnande.
- övertyga kvinnan om att våld alltid är fel, att det inte är hennes fel och att våld är ett brott.
- fråga också om barnen och uttryck din oro för deras välfärd.
- ge kvinnan information om olika former av våld och i synnerhet om psykiskt våld, för det är svårast att igenkänna. Det psykiska våldet är det viktigaste vad gäller traumatiseringen av offret och barnen.
- berätta för henne om risken för att våldet återkommer och blir värre med tiden. Berätta för henne också om hur våldet påverkar barnen. Berätta om dragen i anslutning till våldsamt beteende.
- hänvisa kvinnan till en läkare. Det är viktigt att läkaren dokumenterar det som offret berättar. Även om kvinnan inte behöver dokumenten nu, kan hon behöva dem senare när hon eventuellt gör en brottsanmälan eller söker ett besöksförbud. Diskutera betydelsen av en brottsanmälan. Ge henne information om existerande tjänster såsom brottsofferjouren (www.rikosuhriipaivystys.fi).
- sök det bästa sättet att fortsätta att behandla våldet och avbrytningsåtgärderna tillsammans med kvinnan. Här behövs de andra myndigheternas medverkan. Be kvinnan om lov att diskutera hennes situation i din egen arbetsgrupp.
- i en familjesituation där det finns våld bör man inte ordna gemensamma diskussioner med offret och gärningsmannen för att garantera offrets och barnens säkerhet. Fråga offret om det finns någon annan som kan kontakta den våldsamt beteende parten utan att riskera hennes och barnens säkerhet.
- diskutera barnskyddsåtgärder med kvinnan och berätta för henne om deras betydelse. Tillsammans kan ni direkt ta kontakt med barnskyddsmyndigheterna.

Till hjälp av screening för våld i parförhållande på mödra- och barnrådgivning har utvecklats ett formulär (Bilaga 14). Formuläret har bearbetats och testats som en del av Sirkka Perttus (2004) forskningsprojekt.

REKOMMENDATION:

Alla kvinnor frågas om våld senast i anslutning till halvårskontrollen av barnet och efter det på årskontrollerna. I screeningen av våld i parförhållandet borde användas ett screeningformulär som beaktar förutom fysiskt våld även psykiskt våld och våld mot barnet. Om gemensamma tillvägagångssättsanvisningar överenskomms lokalt med olika myndigheter och andra hjälporganisationer. För de anställda ordnas kompletterande utbildning, arbetshandledning och annat stöd för behandling av våldssituationer.

Rekommenderad litteratur:

- Holmberg 2002. Lapset ja perheväkivalta. Projektet för förebyggande av våld mot kvinnor. Stakes och Lasten keskus. *Information om hur våld mot barnet kan igenkännas och hur barnet kan stödas.*
- Naiset, miehet ja väkivalta. Suomen evankelisluterilaisen kirkon näkökulmia perheväkivaltaan. 2000. Suomen ev.lut kirkon kirkkohallituksen julkaisuja 1. *Beställningar Kyrkostyrelsen, Publikations- och AV-försäljning, PB185, 00161 Helsingfors.*
- Oranen M. 2001. Perheväkivallan varjossa. Ensi- ja turvakotien liiton julkaisu 30. Ensi- ja turvakotien liitto, Helsinki.
- Oranen M. 2003. Lapset ja perheväkivalta. Lääkärin käsikirja. 17.3.2003. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki. www.terveysportti.fi.
- Perttu S. 1999. Perheväkivalta auttamistyössä. Ensi- ja turvakotien liiton julkaisu 21. *I boken finns detaljerade anvisningar för dokumentering av våldet.*
- Perttu S. 1999. Päänavaus selviytymiseen. Väkivaltaa kokeneiden naisten käsikirja. Boken kan beställas från Naisten kulttuurikeskus, tfn 09-642 277 eller utskrivs gratis på finska, svenska eller ryska på adressen www.stakes.fi/sexviolence.
- Perttu S. 2004. Naisiin kohdistuva väkivalta ja seulonta äitiys- ja lastenneuvoloissa. Selvityksiä 6, Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
- Rautava M & Perttu S (red.). 2002. Naisiin kohdistuva pari- ja lähisuhdeväkivalta. Käsikirja perus- ja täydennyskoulutukseen. Naisiin kohdistuvan väkivallan ehkäisyprojekti 1998–2002. Stakes, Helsinki.
- Tavoitteena elämä ilman väkivaltaa. Oulun läänin perhe- ja lähisuhdeväkivallan ehkäisyprojekti 1998–2002. Uleåborgs länsstyrelse, UUS psykiatriska klinik och Stakes. Oulun lääninhallituksen julkaisusarja 92/2002. (www.intermin.fi/olh). *Rikligt med stödmaterial för dem som blivit utsatta för familjevåld, för offren och vittnen.*
- www.poliisi.fi. Innehåller bl.a. instruktioner för familjevåldssituationer.

16.6 Föräldrarnas missbruksproblem

Se även kapitel 16.4 Dålig behandling av barnet och identifiering av den.

Medvetenheten om de skadeverkningar som orsakas av rusmedelsbruk under graviditet har ökat (barnets FAS/FAE-syndrom, se kapitel 14.4 och 15.8). Det är nödvändigt att samarbetet är friktionsfritt både mellan mödra- och barnrådgivningen och mellan dem och andra kommunala tjänsteleverantörer. Moderns bruk av alkohol eller narkotika avslöjas inte alltid på mödrarådgivningen varför man aktivt och självständigt bör fästa uppmärksamhet på missbruket även på barnrådgivningen och ingripa snabbt. Bruk av alkohol eller narkotika under graviditeten är ingen enskild händelse i kvinnans liv utan hon kommer sannolikt att fortsätta med missbruket också efter barnets födelse. Detta utsätter barnet för flera sekundära problem. I familjer med många barn blir den av alkohol orsakade fosterskadan ofta svårare efter varje graviditet. Moderns alkoholbruk minskar alltså ofta inte efter födelsen utan kan snarare öka.

Det är svårt för en förälder som har ett alkohol- och/eller narkotika-problem att skapa ett bra känslöförhållande till babyen, och föräldern kan agera mycket inkonsekvent. Barnen lever ofta i riskfyllda förhållanden. Riskerna kan bestå av dålig behandling, försummelse eller åtminstone sämre

skötsel. Därför är en barnfamiljs missbruksproblem alltid även barnets problem. Ett barn i en familj med missbruksproblem omfattas av effektiviserad rådgivningsuppföljning. För bemötandet av missbruksproblem gäller i mycket samma instruktioner som för bemötandet av våldet. Rusmedel och våldet kan höra ihop, men de kan även vara separata.

Åtminstone en gång om året är det skäl att inkludera frågan om alkohol- och narkotikabruket i kontrollbesöksrutinerna. På samma sätt som frågorna om våldet måste även frågorna om rusmedelsbruket upprepas. Rådgivningsarbetaren bör komma ihåg att det finns mycket nekande i missbruket. Det är skäl att aktivt se upp för besvär och tecken som tyder på missbruksproblem. Problemfamiljen söker ofta inte hjälp själv.

När ett missbruksproblem eller en misstanke om ett sådant dyker upp under en återkommande kontroll av barnet är det skäl att reservera en ny tid så att det blir tillräckligt med tid för diskussion. Ofta är det bättre om man kan ordna en sådan tid att barnet inte är med. Mellan mötena bör rådgivningsarbetaren tala om situationen med sin arbetsgrupp, med föräldrarnas tillstånd eller utan personbeteckning.

Det hjälper inte att få föräldern att känna sig skyldig. Våld eller missbruk är ett symptom på problem som familjen inte kan sköta ensam. På rådgivningsbyrån är det skäl att prioritera oron för barnets välfärd och framtid. Man måste göra ett förslag om samarbete till barnskyddet, om de förutsättningar som föreskrivits i barnskyddslagen fylls. Det är bra att koppla in en psykolog och en social- och familjearbetare i ett så tidigt skede som möjligt.

På samma sätt som arbetet med våld är behandlingen av missbruksproblem svårt och belastande. Personalen bör få tillräckligt med handledning.

REKOMMENDATION:

Rådgivningsbyrån, hälsovårdscentralen, den specialiserade sjukvården och mentalvårdsenheterna ingår ett avtal om vårdvägarna för missbruksproblem och om uppföljningen och vården av barn vars föräldrar har missbruksproblem. De anställda får tillräckligt med utbildning och handledning om missbruk.

Rekommenderad litteratur:

- A-klinikstiftelsen En glasskör barndom. www.a-klinikka.fi/lasinenlapsuus/. En glasskör barndom är en informations-, utbildnings- och forskningsprojekt som fäster uppmärksamhet vid barnen i familjer där man brukar mycket alkohol.
- Halmesmäki E. 2000. Alkoholien suurkuluttajan ja narkomaanin tunnistaminen äitiysneuvolassa ja synnytyssairaalassa. Stakes, Helsinki.
- Halmesmäki E. 2004. Päihdeäidit. Lääkärien käsikirja. 5.7.2004. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki.
- Holopainen A. 2004. Päihteiden käytön tunnistaminen. Lääkärien käsikirja 3.10.2004. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki. www.terveysportti.fi. *Internet-versionen innehåller även AUDIT-förfrågningen som en datortillämpning.*

- Kiuttu T. 2000. Päihdeongelma raskauden aikana. Kokemuksia 3-portaisen hoitomallin käytännöistä ensimmäisen vuoden ajalta. Keski-Suomen sairaanhoitopiiri, naistentaudit ja synnytykset.
- Poikolainen K. 1998. Alkoholien käyttö. I boken: Koskenvuo K & Vertio H. Sairauksien ehkäisy. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki. 500–505.
- Päihdepalvelujen laatusuosituksen. 2002. Oppaita 3. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
- Soikkeli M. 2002. Miten puhua huumeista. Stakes, Helsinki.

16.7 Svårigheter i parförhållandet och sexuallivet

Eftersom svårigheter i föräldrarnas parförhållande utgör en risk för barnets normala utveckling, är lösningen av dem en del av ett effektivt förebyggande av mentala problem hos barnet. Föräldrarnas goda parförhållande borde vara det första hemmet för varje barn som föds. Hemmet är också en plats där det borde vara tillåtet för både vuxna och barn att gå igenom alla känslor på ett konstruktivt sätt.

Föräldrarna kan tränas att bemöta svårigheter. När föräldrarna väntar sitt första barn borde de inse att barnets födsel ofta är den mest riskfyllda tiden för parförhållandet. Då rör man sig i extremiteterna av en hittills okänd skala av känslor, både positivt och negativt. I problemen kulminerar ofta kvinnornas och männens olika sätt att kommunicera och agera, vilket leder till missförstånd. Mången blir blind för sig själv och ser fel endast i den andra, när illusionen om sig själv och partnern som förälder inte har förverkligats på det sätt som man önskat. Fadern tycker att han sliter för sin familj, medan modern som lider av ensamheten hemma kan se de sociala relationerna i makens arbete i överdrivet positiv dager. Den arbetande maken kan ha den uppfattningen att den som stannar hemma har oändligt med fritid. Den som stannat hemma kan också bara inbilla sig att maken har större förväntningar på skötseln av hemmet än vad som verkligen är fallet. Avbrott i sömnen och tröttheten gör problemen värre.

I familjeträningen är det skäl att gå igenom vanliga svårigheter som är att vänta, fast huvudvikten ligger på förebyggandet av problem i parförhållandet. I gruppen träffar föräldrarna människor som sköter kriser i parförhållandet på orten. När det uppstår svårigheter, är det lättare att vända sig till en bekant yrkesmänniska.

Det rekommenderas att hälsovårdaren gör sitt första hembesök under graviditeten (se kapitel 9.2). Det viktigaste syftet med detta besök är förutom att bekanta sig med föräldrarna att diskutera deras förväntningar, farhågor och känslor. Det är också skäl att höra efter de tankar som väckts i familjeträningen.

Det är i sista hand föräldrarna som beslutar hur mycket parförhållandet eller sexuallivet behandlas på rådgivningsbyrån. Rådgivningsbyrån bör ge föräldrarna ett tillfälle att berätta om sina problem.

Om föräldrarna tar upp svårigheter i parförhållandet på ett periodiskt besök på rådgivningen, är det skäl att reservera en ny tid så att det blir tillräckligt med tid för diskussion. Ofta

är det bättre om man kan ordna en sådan tid att barnet inte är med. När det är fråga om ett spädbarn kan det svårt att anordna en sådan tid. Mellan besöken bör arbetaren vara redo att diskutera problemet med sin arbetspartner eller arbetsgrupp.

I vilken mån svårigheter i parförhållande löses på rådgivningen beror på lokala omständigheter och arrangemang, bland annat på möjligheterna att samarbeta med andra aktörer. Det är i alla fall centralt att man ger information om de tjänster som finns på orten.

REKOMMENDATION:

På rådgivningsbyrån tar man aktivt upp parförhållandets betydelse och betonar hur viktigt det är att sköta om det. De anställda utbildas att förebygga, observera och diskutera svårigheter i parförhållandet. Även betydelsen av ensamförsörjande föräldrars nära mänskliga relationer beaktas.

Rekommenderad litteratur:

Kirkon perheasiainneuvottelukeskus. www.evl.fi/kkh/

Laurila T, Reinholm M, Toppari H. 2002. PARISUHDEvihkonen vekaraperheen vanhemmille. Perheverkko, Väestöliitto. *En lättläst guide för föräldrar. Beställningar: tfn 09-6127 102 eller e-post: perheverkko@vaestoliitto.fi.*

Perheverkkoja kokemassa 1998–2000. 2000. Väestöliiton seksuaaliterveysklinikan pikkulapsiperheprojektin loppuraportti. Helsinki.

Reinholm M. 2003. "Kupeitten kuuma vai kadonnut kaipuu?" Pikkulasten vanhempien kokemuksia seksielämästä perheeseen kasvaessa. Perheverkko, Väestöliitto.

www.seksuaaliterveys.org. innehåller bl.a. kontaktuppgifter till Befolkningsförbundets familjenätverkets rådgivningstelefon och e-postrådgivning, artiklar av sakkunniga och bl.a. en virtualmottagning för män.

16.8 Föräldrarnas skilsmässa ur barnets synvinkel

Det finns många slags skilsmässor. Till ena ansluts gräl, till andra knappast inget grälände alls. Barnets önskan är att behålla kontakten till båda föräldrarna. Barnets känsla av att bli övergivet är långvarig. Den kan vara ända till vuxenåldern, om föräldrarna inte förmår trösta barnet. Barnet kan också frukta att även den förälder som blivit hemma lämnar barnet ensam. Efter skilsmässan är barnet ofta mycket klamrande och beroende av föräldrarna. Barnet kan också vara rasande över att det måste ändra på sina levnadsvanor. En av föräldrarna stämplas lätt som den skyldiga och ådrar sig hatet. I många familjer går det till så att barnet vill bespara

den förälder som bor hemma sina egna bekymmer. Därför börjar barnet få symptom först efter att den vuxna själv har kommit till klarhet.

Ett barn måste få vara ett barn. Ett barn får inte användas som vapen eller budbärare i föräldrarnas inbördes gräl. Man borde aldrig gräla om pengar eller underhåll i barnens närvaro, eftersom dessa lätt upplever att de utgör en börda för sina föräldrar. Ett barn är inte ett substitut för en mänsklig relation mellan vuxna. Det är den vuxna som skall trösta barnet och inte tvärtom. Det är viktigt att barnet kan upprätthålla relationerna till sina båda föräldrar trots skilsmässan. Barnet får visa känslor och blir inte ett föremål för gräl. Barnet har rätt att längta efter och älska sina båda föräldrar, även om dessa inte kommer överens.

På barnrådgivningen skall situationen ses ur barnets synvinkel. Det kan vara skäl att uppmuntra föräldrarna att komma ihåg barnets synvinkel och lindra skilsmässans verkningar på barnet. Skilsmässogrupper för barn har prövats för det mesta för barn i skolåldern. Man tänker att det är först i skolåldern som barnet har tillräckliga färdigheter att uttrycka sakerna verbalt. I Uleåborg har man experimenterat med skilsmässogrupper för barn under skolåldern på ett daghem.

REKOMMENDATION:

I skilsmässosituationen tar man aktivt upp barnets synvinkel. Vid behov ordnas extra hjälp. Redan i familjeträning handleds föräldrarna att tänka på hur de kunde behålla det bästa möjliga föräldraskapet också i en skilsmässosituation.

Rekommenderad litteratur:

Taskinen S. 2001. Lapsen etu erotilanteissa. Opas sosiaalitoimelle. Oppaita 46. Stakes, Helsinki.

16.9 Barn som sköts hemma i en isolerad familj

Rådgivningsbyråerna samarbetar aktivt med dagvården. Dessutom bör speciell uppmärksamhet fästas vid barn som sköts hemma. Ofta har en av föräldrarna stannat hemma för barnets skull. Ofta är detta också i barnets bästa intresse. Trots detta kan det finnas problem även vid hemvården. Den förälder som stannat hemma kanske tänkte att arrangemangen fungerar bättre än vad som faktiskt är fallet. Det blir lätt problem med ensamheten. En del av de finländska familjerna isolerar sig från andra och får endast litet hjälp av grannarna och släktingarna. I ett isolerat hem kan mentala problem eller drogproblem bli mycket stora innan omgivningen lägger märke till dem. På ett daghem upptäcks barnets problem ofta lätt. På grund av ackumulerade problem ser en isolerad förälder däremot inte sakerna klart och kan inte eller törs inte be om hjälp.

Rådgivningsbyrån skall aktivt ta kontakt med en familj vars barn i lekåldern vårdas hemma och som inte beställer tid för återkommande kontroller. Om man skyller på besvärliga trafikförbindelser, är det skäl att hälsovårdaren erbjuder sig att göra ett hembesök.

REKOMMENDATION:

Rådgivningsbyrån tar aktivt kontakt med familjer som inte själva tar kontakt med rådgivningsbyrån.

16.10 En familj som nyss flyttat till orten

Småbarnsfamiljer lever i ett skede där det är vanligt att flytta från en bostad till en annan och ofta från en ort till en annan. En flyttning skär av den kontakt som slutits med rådgivningsbyrån. En ny rådgivningsbyrå innebär en ny hälsovårdare och en ny läkare som familjen först måste bli bekant med och till vilka den måste skapa en ny, förtrolig kontakt.

En flyttning till en annan ort innebär alltid en viss risk. Detta är fallet i synnerhet då modern, fadern eller barnen har haft nära kontakter med grannarna, och största delen av kontakterna har försvunnit med flyttningen. Grannarnas, släktingarnas och bekantas betydelse i människornas liv varierar. Detsamma gäller för en människas förmåga att knyta nya mänskliga relationer.

Det finns många olika orsaker till flyttning. Att vilja ha gott om plats eller återvända till ens hemort är positiva skäl för flyttning. Det kan vara mera problematiskt om familjen flyttar på grund av en förälders arbete. Ibland flyttar familjer "bort", dvs. de flyr från gamla boendemiljöer. Ofta beror flyttningen på boskillnad eller skilsmässa.

När en barnfamilj flyttar till orten vore det idealiskt att hälsovårdaren skulle organisera det första mötet hemma hos familjen enligt familjens individuella önsningar. Hembesökens betydelse har behandlats annanstans i denna handbok (kapitel 9.1) Under hembesöket bekantar sig hälsovårdaren med familjen snabbare och mera övergripande än under ett besök till mottagningen. Förutsättningen är att rådgivningsbyrån får uppgifter om de personer som flyttat till orten. Ofta är det skäl att hälsovårdaren aktivt tar kontakt med familjen.

Det är bra att samtala med familjen om bakgrunden till flyttningen och den stress och de ändringar som flyttningen orsakat. Ett av hembesökets mål är också förebyggandet av olyckor, dvs. kartläggning av de farliga platserna i hemmet. Det är viktigt att ge information om de kommunala tjänsterna, rådgivningsbyråns tillvägagångssätt och familjearbetets roll.

Det är bra att komma överens med kommunens ledning hur rådgivningsbyrån får veta om de familjer som flyttat till orten.

När hälsovårdaren träffar familjen är det skäl att fråga om familjen önskar ett extra möte med rådgivningsläkaren. Efter det första mötet rapporterar hälsovårdaren vid behov om familjen för sin arbetsgrupp.

REKOMMENDATION:

Man bekantar sig lika bra med de familjer som flyttat till orten som med de familjer i vilka ett barn föds. Familjen erbjuds en möjlighet till det första mötet under hälsovårdarens hembesök.

16.11 Familjer som hör till etniska minoriteter

I Finland bodde nästan 107 000 utländska medborgare i slutet av år 2003. De största grupperna är från Ryssland, Estland, Sverige och Somalien. Under åren 1973–2003 har omkring 23 400 personer flyttat till Finland som flyktingar. En betydande invandrargrupp utgörs av de ingermanländska återflyttarna. I Finland bor dessutom gamla etniska och religiösa minoriteter såsom tatarer, judar och romer. Antalet finska romer har uppskattats till 10 000, av vilka cirka 900 är under skolåldern.

En romfamilj på rådgivningsbyrån

I den romska kulturen finns det flera särdrag som utmärker graviditeten. På grund av den blygsel som hör till sexualiteten kan det vara svårt för en romsk moder att diskutera sin graviditet och ställa frågor om den. Det är viktigt att det uppstår ett förtroligt vårdförhållande mellan den romska klienten och den vårdande personen. Efter barnets födelse spelar rådgivningen en mycket viktig roll när det gäller att förmedla information om barnets utveckling. Det är skäl att se till att besöken på rådgivningsbyrån är regelbundna. Barnen är den romska kulturens viktigaste tillgång och de till kulturen anknutna sederna omfattar även uppfostran och skötseln av barnet.

När barnet växer upp är en av rådgivningens viktigaste uppgifter att effektivt informera romerna om de existerande möjligheterna till dagvård och förskoleundervisning. År 2002 gjorde undervisningsstyrelsen en utredning som visade att bara ca 2 % av de romska barnen deltar i förskoleundervisningen. I den romska kulturen är det inte bara föräldrarna utan hela släkten som bär ansvaret för vården av barnet. Det är viktigt att berätta för romerna att syftet med dagvården är inte att begränsa släktförbindelsen eller den kulturella identiteten utan att säkra barnets fullvärdiga utveckling. Dessutom borde rådgivningsbyråerna fästa uppmarksamhet vid utvecklingen av ett romskt barns finska eller svenska och barnets finmotoriska färdigheter. Under de senaste tiderna har det uppdagats att de romska barnens "halvspråkighet" leder till problem i skolan och även senare i livet.

Invandrarfamiljer

En invandrarfamilj upplever en stor förändring, en s.k. övergång, som ofta förändrar dynamiken och rollerna i familjen. Familjerna är också i mycket olika lägen vad gäller deras kapacitet för integrering. I synnerhet

sådana familjer där föräldrarna har låg utbildning och begränsade språkkunskaper riskerar att bli marginaliserade. De blir lätt utan arbete eller andra möjligheter att delta i samhället. Rådgivningsarbetsgrupper eller familjeservicenätverket bör i tillräcklig utsträckning sätta sig in i sina klienters kultur för att kunna hjälpa och stöda dem på ett lämpligt sätt. Med klienterna är det också skäl att diskutera de ändringar som invandringen har orsakat i familjens liv. I fråga om alla klientgrupper är det viktigt att bemöta klienterna individuellt och våga fråga dem om deras behov. Klienten är själv en expert på sin egen kultur och man kan bra fråga klienten till exempel "hur brukar man göra detta i er kultur? Hur är det med er familj?"

När en ny flykting- eller asylsökarfamilj blir klient bör man utreda om familjemedlemmarna har genomgått en hälsokontroll för invandrare eller en immigrationskontroll. Om inte, bör kontrollen utföras.

Syftet med invandringskontrollen är att utreda invandrarens hälsotillstånd, eventuella sjukdomar och vaccineringskydd samt screena dem för sådana smittande sjukdomar som kan behandlas eller som förutsätter skyddsåtgärder. Invandringskontrollen görs antingen på mottagningscentralen eller i placeringskommunen. De åtgärder som hör till invandringskontrollen har beskrivits till exempel i Läkärin käsikirja. I samma källa finns även anvisningar för hur vaccineringsprogrammet vid behov kan snabbas upp. I invandringskontrollen är det skäl att agera finkänsligt. Invandrarkvinnorna är inte alltid vana vid en manlig läkares mottagning, varför de måste beredas tillfälle att komma till en kvinnlig läkares mottagning. Om det finns ett stort antal invandrare på orten, är det skäl att grunda grupper av likställda för att underlätta integreringen. Orterna kan också samarbeta med grannkommunerna.

Lagen om patientens ställning och rättigheter ålägger hälsovårdspersonalen att ge patienten begripliga upplysningar om dennas hälsotillstånd. På grund av språkproblem är det bra att ha en tolk och tillräckligt med tid. I början är det ofta skäl att ordna även extra möten. Familjemedlemmar, i synnerhet barnen, bör inte användas som tolk. En yrkeskunnig tolk kan beställas från de tolkcentraler som kommunen anlitar. För en kvinna borde beställas en kvinnlig tolk. Det kan vara svårt för en kvinna att tala om till exempel sina gynekologiska besvär eller familjeproblem genom en manlig tolk. Man måste berätta för klienten att en professionell tolk har tystnadsplikt. Distribuering av informationsmaterial på invandrararnas eget språk gör det lättare att tillägna sig ny information (se t.ex. Invandrarbroschyrerna).

Flera invandrarklienter kommer från länder där förhållandet till myndigheter, hälsovårdspersonal medräknad, är mycket olika jämfört med Finland. Förtroendet mellan hälsovårdsarbetaren och klienten/familjen uppstår så småningom. Hembesök kan bidra till förtroendet.

Man bör ge familjerna tillräckligt med information om hur man brukar göra i Finland. Det är skäl att berätta att förebyggande hälsovård är gratis. Punktligheten med mottagningstider eller återkallandet vid

förhinder kan vara främmande för en människa vars kulturella bakgrund är annorlunda.

Barnens rättigheter är desamma både för finländska barn och för barn som flyttat från andra länder. Man berättar för familjerna att kroppsagan är förbjuden i Finland. Det är bra att diskutera olika alternativ i förskolepedagogiken samt kvinnans rättigheter och begreppet familjevåld. Några familjer kan behöva information om positiva metoder i barnuppfostran.

Familjens kosthållning kan basera sig på religiösa och kulturella skäl och avvika från finska rekommendationer. En del av de muslimska familjerna använder endast sådant kött som slaktats enligt rituella bestämmelser. Förutom att islamiska familjer inte äter kött kan de även avstå från alkohol samt sådana mediciner och vaccin som innehåller gelatin från svin. Det är skäl att tala om saken så att medicineringen och vaccineringsarna kan skötas på behörigt sätt. I fråga om mediciner som används som en kur bör man förklara varför man bör fullfölja kuren. Det är bra att kartlägga klienternas matvanor för att på ett förnuftigt sätt kunna tillämpa de finska rekommendationerna i familjen. Man måste i synnerhet motivera behovet av D-vitaminet i Finland, för det är en överraskning för många människor som kommer från ett varmare land (se kapitel 13 Näring och kostrådgivning). Amningen lyckas inte alltid lika bra som i hemlandet på grund av de många förändringarna som modern upplevt, till exempel bristen på stöd från de närmaste släktingarna. Det är även bra att kontrollera användningen av mjölkprodukter för att säkerställa ett tillräckligt kalciumintag.

Särskilda frågor

1. Könsstympning av flickor

Enligt Finlands lag är könsstympningen av flickor en straffbar handling som kan straffas med flera års fängelse beroende på grovheten. Detta gäller även om en person som bor i Finland förs utomlands för att stympas. Social- och hälsovårdspersonalen är förpliktad att ingripa i situationer där barnets hälsa och utveckling är hotade. Hälsovårdarna intar ofta en nyckelställning, för de träffar familjer oftare än läkarna. Möjligheten av könsstympning bör hållas i minnet i fråga om afrikanska invandrare och också invandrare från den Arabiska halvön och vissa invandrare från Asien.

Om familjen kommer från ett land där man utför könsstympningar, måste frågan tas upp på rådgivningsbyrån. I ett samtal tar man reda på om till exempel modern i familjen har stympats och i vilken ålder. Man frågar också om moderns inställning till könsstympning. Uppgifterna skrivs i journalen.

- a) Förebyggande av könsstympning. I samband med den återkommande kontrollen är det bra att diskutera frågor om könsstympning och kontrollera barnets genitalområde (läkare). Detta bör göras årligen tills barnet flyttar till skolhälsovården.

Föräldrarna kan ha olika planer för könsstympningen av dottern. Därför är det skäl att modigt ta upp frågan. Under samtalet är det bra att ta fram hälso- och smittoriskerna i anslutning till dessa operationer, såsom Hiv-smitta och hepatit B och C.

Efter samtalet måste man komma ihåg att skriva upp vem man samtalande med och om tolken var närvarande. (Se broschyren om könsstympning.)

- b) Stympningsmisstanke. Om man misstänker att klientfamiljen tänker stympa sin dotter, går man grundligt igenom saken med båda föräldrarna. För mötet reserveras en tolk och tillräckligt med tid för att klara upp saken. Om misstanken fortfarande är stark, gör man en barnskyddsanmälan.

Misstanken om en utförd stympning kan väckas i dagvården eller på rådgivningsbyrån på grund av en förändring i flickans beteende. Barnet kan vara beklämt, aggressivt eller skrämt och grinigt, hon kan också ha koncentrations- och inlärningssvårigheter.

- c) Utförd stympning. Om en flicka har stympats innan hon flyttade till Finland, skrivs detta i klientens handlingar. Om en flicka har stympats efter flyttningen till Finland antingen i Finland eller utomlands, gör man en barnskyddsanmälan.

2. En icke-medicinsk omskärelse av pojkar

Familjerna kan behöva rådgivning även i frågor om icke-medicinska omskärelser av pojkar. Förutom muslim- och judefamiljer har flera familjer, ofta med afrikansk bakgrund, velat låta omskära sina pojkar antingen av religiösa eller av kulturella skäl. Enligt social- och hälsovårdsministeriets och Finlands Kommunförbunds rekommendation från våren 2003 borde omskärelser på icke-behandlingsmässiga grunder göras inom den offentliga hälsovården. Ministeriet håller på att planera en särskild lagstiftning om omskärelse av pojkar. Om omskärelsen inte lyckas inom den offentliga hälsovården, berättar man för familjerna om tjänsterna och priserna inom den privata sektorn. Det är skäl att berätta för familjerna om de risker som ansluter sig till omskärelser som utförs hemma.

3. Mentala problem

Det är viktigt att komma ihåg att någon av invandrarfamiljens medlemmar kan ha blivit utsatt för tortyr och att en del av familjerna kommer till landet från ett pågående krig. De tunga erfarenheterna i det förflutna kan göra det svårare för familjen att klara sig i det nya landet. Det är bra att samtala med familjerna och hänvisa familjerna till vård vid behov. Tortyroffer får hjälp bland andra av Rehabiliteringscentret för tortyroffer som är underställd Helsingfors Diakonissanstalt.

REKOMMENDATION:

Rådgivningsarbetsgruppen bekantar sig med de kulturer till vilka den egna ansvarsbefolkningen hör. I sin verksamhet tar arbetsgruppen i beaktande familjens kulturella och individuella drag, dock utan att äventyra barnets bästa. Barnet kan inte fungera som tolk i diskussioner mellan föräldrarna och rådgivningspersonalen.

Litteratur och material som rekommenderas samt kontaktuppgifter:

- Alitolppa-Niitamo A. 1993. Kun kulttuurit kohtaavat: matkaopas maahanmuuttajan kohtaamiseen ja kulttuurien väliseen vuorovaikutukseen. Sairaanhoidajien koulutussäätiö, Suomen Mielenterveysseura, Helsinki.
- Forsander A, Ekholm E, Hautaniemi P m.fl. 2001. Monietnisyyden, työ ja yhteiskunta. Palmenia-kustannus, Helsinki.
- Hassinen-Ali-Azzani T. 2002. Terveys ja lapset ovat Jumalan lahjoja: etnografia somalialaisten terveyskäytöksistä ja perhe-elämän hoitokäytännöistä suomalaiseseen kulttuuriin siirtymävaiheessa. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 95, Kuopio.
- Invandrarbroschyren. På social- och hälsoministeriets webbsidor publiceras invandrarbroschyren på flera olika språk. Adress: www.stm.fi -> julkaisut-> maahanmuuttajaesitteet.
- Invandrarbiblioteket. Besöksadress: Södra esplanaden 4, Postadress: Arbetsministeriet/ invandrarbiblioteket, PB 34 00230 Statsrådet, tfn: (09) 1856 8091. www.mol.fi/migration/mamuki.html.
- Maahanmuuttajat sosiaali- ja terveystalvelujen asiakkaina. 1998. Selvityksiä 12. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
- Monitori. Maahanmuuttoasioiden ammattilehti. www.mol.fi/monitori/index.html.
- Muukkonen M. (red.) 1994. Paluu uuteen. Opas inkerinsuomalaisten maahanmuuttajien parissa tehtävään työhön. Suomen evankelis-luterilaisen kirkon kirkkohallituksen julkaisusarja 1994: 3. Kirkon ulkoasiainosasto, Helsinki.
- Mölsä M. 1994. Tyttöjen ympärileikkauksen hoito ja ehkäisy Suomessa. Aiheita 36. Stakes, Helsingfors.
- Naisten sukuelinten silpominen. 1997. Sosiaali- ja terveysministeriö. Tillgänglig på internet på adressen www.stm.fi -> julkaisut-> maahanmuuttajaesitteet. *I broschyren berättas om olika typer av omskärelse, deras hälsoskador och straffrättsliga betydelse.*
- Pakolaisten ja turvapaikan hakijoiden infektio-ongelmien ehkäisy. 1993. Monisteita 3. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
- Partanen R. 1997. Opas maahanmuuttajien ravitsemusneuvontaan. Tietoa ravitsemusneuvonnasta ja maahanmuuttajien ruokakulttuurista. 2. korjattu painos. Työministeriö, Helsinki.
- Puustinen R. 1994. Islam ja lääkintäetiikka – käytännön näkökohtia. Suomen Lääkärilehti 28(94), 2808–2811.
- Rehabiliteringscentret för tortyroffer. Besöksadress: Backasgatan 58–60, 4:e vån., 00510 Helsingfors. Tfn (09) 7750 4548 vardagar kl. 8.30–15. www.hdl.fi/maahanmuut-tajat/kidutettujen_kunt.htm.
- Räty M. 2002. Maahanmuuttaja asiakkaana. Tammi, Helsinki.
- Siikamäki H. 2003. Maahanmuuttajat ja perusterveydenhuolto. Lääkäriin käsikirja 4.4.2003. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki. www.terveysportti.fi
- Tiilikainen M. 2003. Arjen islam: somalialaisten elämää Suomessa. Vastapaino, Tampere.

Tiilikainen M. (toim.) 2004. Tyttöjen ja naisten ympärileikkaus Suomessa. Asiantuntijaryhmän suositukset sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstölle. Ihmisoikeusliitto, KokoNainen-projekti, Helsinki. Tillgänglig på internet: www.ihmisoikeusliitto.fi och www.stm.fi.

Åkerlund T. 1993. Romani ja terveystalvelut: opas terveydenhuollon ammattilaisille. Opetushallitus, Helsinki.

16.12 Den mångformiga familjen

I synnerhet familjevårds-, adoptiv- och flerlingsfamiljer samt ensamförsörjar- och styvfamiljer kan behöva speciell uppmärksamhet. Situationen med placerade och omhändertagna barn är ofta speciellt komplicerad. I och med att partnerskapslagen trädde i kraft år 2002 torde det bli allmänare med familjer där båda föräldrarna är av samma kön.

Vuxna väljer själva sitt levnadssätt och sin familjeform. På barnrådgivningen definieras familjen ur barnets synvinkel. Till barnets familj kan höra förutom eller i stället för den biologiska modern och fadern den sociala modern eller fadern, en styvfader och en styvmoder, olika halvsyskon, far- och morföräldrar och andra. Det är skäl att använda de beteckningar som används i familjen. I stället för styvfadern eller styvmmodern kan det i vissa fall vara trevligare att tala om "reservpappa" och "reservmamma". De nya föräldrarna och syskonen i styvfamiljen är ofta en viktig resurs för barnet.

Adoption är ofta en lång och tung process där bakgrunden ofta utgörs av föräldrarnas biologiska barnlöshet. När man har fått veta att familjen kommer att få ett barn, skulle det vara bra om de blivande föräldrarna kunde besöka rådgivningen. Hälsovårdaren kan också göra ett hembesök till familjen. Adoptivföräldrarna borde få delta i familjeträningen på rådgivningsbyrån om de så önskar. Man kan också rekommendera organisationernas motsvarande kurser. Anvisningar om prematurbarn och kroniskt sjuka barn och familjer som hör till etniska minoriteter kan också tillämpas på ett adoptivbarns situation. Hälsovårdaren och läkaren bör alltså sätta sig in i adoptivbarnets historia på samma sätt som i ett prematurbarns historia och fästa speciell uppmärksamhet vid tillgivenhetsförhållandet. Även adoptivföräldrar kan bli deprimerade efter att de fått barnet.

Med *flerlingsfamiljer* avses familjer som får flera barn samtidigt. Att uppfostra två eller flera små barn samtidigt och individuellt medför såväl praktiska, ekonomiska som psykologiska problem. *Ensamförsörjar- och styvfamiljernas* speciella problem kan ha att göra med nya syskonrelationer och styvfäder- och -mödrar vars ställning nödvändigtvis inte alltid är klar.

Familjer som har en historia av *barnlöshet* kan ha många olika problem. De förenas av många besvikelser. Familjerna förväntar sig att barnrådgivningspersonalen har en förmåga att förstå olika bakgrunder till föräldraskap och en förmåga att handleda föräldrarna att undvika att

skydda det 'dyra barnet' alltför mycket. I några familjer kan parförhållandet sättas på prov under de svåra behandlingarna. Svårigheter i parförhållandet och den psykiskt påfrestande adoptionsprocessen kan avspeglas i hur föräldrarna förhåller sig till barnet och dess vård. I Finland pågår undersökningar av dessa ämnen.

Det kan vara skäl att diskutera betydelsen av familjestrukturen och familjens bakgrund med en psykolog i rådgivningsarbetsgruppen.

REKOMMENDATION:

Rådgivningen bör stöda alla slags familjer. Det viktigaste är att beakta barnets välfärd och intresse. Vid bestämning av förhållanden till närstående och släktingar används de beteckningar som redan används i barnets familj.

Adoptivföräldrarna ges ett tillfälle att delta i familjeträning. I familjeträningen av en familj som väntar flerlingar borde beaktas särdragen i en flerlingsgraviditet och -förlossning och behovet av stöd från likställda.

Rekommenderad litteratur:

Lapsettomien tuki ry. Simpukka-projekti. www.lapsettomientuki.net. På sidorna finns information om barnlöshet och psykosocialt stöd för barnlösa familjer.

Peltoniemi-Ojala M. 1999. Oma lapsi – vihdoinkin. Gummerus, Jyväskylä.

Sinkkonen J & Kalland M (toim.). 2001. Varhaiset ihmisuhteet ja niiden häiriintyminen. WSOY, Helsinki.

Suomen Monikkoperheet ry, www.suomenmonikkoperheet.fi. På sidorna finns information om flerlingar, om stöd av likställda för flerlingsfamiljer och tillgängligt material. Tuplaonni. Opaskirja monikkolasten vanhemmille. Stakes, Helsinki. www.adoptio.org. På sidorna kan man beställa ett informationspaket som sammanställts av Föräldrar till adoptivbarn rf

16.13 Andra livssituationer

Föräldrarnas allvarliga sjukdom eller arbetslöshet kan tynga ned föräldrarna och medföra ekonomiska svårigheter. Växlande sinnesstämningar syns även när det inte är fråga om ett allvarligt mentalt problem. Föräldrarnas problem i par- och människorelationer, trötthet och ensamhet kan beröva föräldern förmågan att förnimma barnets behov. Barnet förnimmer stämningar mycket lätt. Svårigheter betyder ofta att ansvaret för föräldraskapet försvagas. För vården och omsorgen av ett litet barn måste ändå någon ta ansvar varje sekund, varje vecka och varje år. Det är rådgivningens uppgift att i varje situation se på saken från barnets synvinkel.

En anhörigs död, sjukdom eller olycka föder sorg, som barnet upplever på ett annat sätt än en vuxen. Barnets sorg måste igenkännas. Barnets sinne filtrerar händelserna i enlighet med barnets eget utvecklingsstadium. För behandling av sorgen behöver barnet trygga vuxna, psykiskt utrymme samt bekanta ord och sagornas symboler.

Kunskap hjälper också barnet. Det är inte självklart att det har talats om problemen inom familjen. En diskussion mellan makarna eller mellan föräldrarna och barnen om en besvärlig sak är den primära arbetsformen. Rådgivningsarbetaren kan erbjuda sig att vara med i diskussionen. Barnets tankar är det emellertid vanligen lättast att nå i hemmiljön, när sakerna kommer fram spontant.

Det kan finnas flera familjer som lider av samma problem. Om vuxnas grupper av likställda se kap. 8 Stöd från föräldragrupper av likställda. Alla rådgivningsarbetsgrupper borde ha aktuell information om de hjälpande organisationer och grupper av likställda som verkar inom regionen.

Vardagliga problem och barnabesvär som inte har behandlats ovan är till exempel sömnsvårigheter, förstoppning, sängvätning och barnets sjukdom. Information om ämnet och råd finns i läroböcker och bl.a. i Läkärin käsikirja. För att kunna fungera på en barnrådgivning måste båda hälsovårdaren och läkaren veta tillräckligt om saker. Erfarenheten hjälper, men därtill borde det finnas tillräckligt med aktuell medicinsk, vårdvetenskaplig och annan information på varje rådgivningsbyrå, t.ex. på handbiblioteket. Internet kan nuförtiden i mycket ersätta handbiblioteket, bara man kan använda det.

REKOMMENDATION:

När det kommer upp ett problem där man inte har kommit överens om gemensamma tillvägagångssätt, kan vilken arbetare som helst inom familjeservicenätverket göra förslag om lokala värdvägar och gemensamma metoder.

Rekommenderad litteratur:

- Furman B. Elina kesyttää tiikerin. Ratkaisutarinoita II. Lyhytterapiainstituutti Oy ja Lasten Parhaat Kirjat, Helsinki 2001. *Kuvitettu satukirja yhteisesti luettavaksi lapsille ja aikuisille. Kirjan lopussa on kirjoitus, joka käsittelee kiukkukohtauksia ja niihin puuttumista.*
- Otranen H. 1997. Unikoulu kotona. Mannerheimin Lastensuojeluliitto, Helsinki.
- Rintahaka P. 2003. Lasten unihäiriöt. Läkärin käsikirja 5.6.2003. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki. www.terveysportti.fi. Innehåller nyttig information för läkare om särskiljande diagnostik för sömnproblem.

KÄLLOR

- Ailasmaa R. 2002. Kuntien ja kuntayhtymien sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstö 1990–2000. SVT Suomen virallinen tilasto, Sosiaaliturva 2002:1. Helsinki: Stakes.
- Arnkil TE & Eriksson E. 1998. Selkeyttäviä vuoropuheluja moniammatilliseen yhteistyöhön. *Dialogi* 8, 26–29.
- Arnkil TE, Eriksson E & Saikku P. 1998. Huolen harmaa vyöhyke. *Dialogi* 7, 8–11.
- Arnkil TE, Eriksson E & Arnkil R. 2000. Palveluiden dialoginen kehittäminen kunnissa. Sektorikeskeisyydestä ja projektien kaaoksesta joustavaan verkostointiin. Raportteja 253. Helsinki: Stakes.
- Aronen E, Kuosa M, Tallila M & Arajärvi T. 1995. Kotikäynteihin perustuvan perheneuvonnan vaikutus nuoren psyykkiseen terveyteen: 15 vuoden seurantatutkimus. *Duodecim* 111 (6), 505–509.
- Aronen ET & Arajärvi T. 2000. Effects of early intervention on psychiatric symptoms of young adults in low-risk and high-risk families. *American Journal of Orthopsychiatry*, 70 (2), 223–232.
- Asikainen P. 1999. Yhteisön aktivointi: toimintatutkimus sosiaali- ja terveystoimen työssä. *Acta Universitatis Tamperensis* 650. Tampereen yliopisto.
- Asplund R. 1996. Kun pikkulapsilla epäillään olevan kuulovamma. *Suomen Lääkärilehti* 51(31), 3283–85.
- Aunola K. 2001. Children's and adolescents' achievement strategies, school adjustment, and family environment. *Jyväskylä studies in education, psychology and social research* 178. Jyväskylä: University of Jyväskylä.
- Baird G, Charman, T, Baron-Cohen S, Cox A, Swettenham J, Wheelwright S & Drew A. 2000. A screening instrument for autism at 18 months of age: A 6-year follow-up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 39 (6), 694–702.
- Baron-Cohen S, Allen J & Gillberg C. 1992. Can autism be detected at 18 months? The needle, the haystack, and the CHAT. *The British Journal of Psychiatry* 161 (6), 839–843.
- Bardy M, Salmi M & Heino T. 2001. Mikä lapsiamme uhkaa? Suuntaviivoja 2000-luvun lapsipoliittiseen keskusteluun. Raportteja 263. Helsinki: Stakes.
- Brandt P, Korteniemi-Poikela E & Cacciatore R. 2001. Lasten ja nuorten seksuaalisen kehityksen tukeminen lasten sairaanhoidossa seksuaalisuuden portaiden avulla. 2001. Väestöliiton seksuaaliterveysklinikka. Saatavissa Internetistä 28.1.2004: www.seksuaaliterveys.org/artikkelit.
- Byrd ME. 1997. A typology of the potential outcomes of maternal-child home visits: a literature analysis. *Public Health Nursing*, 14(1), 3–11. Cox AD. 1998. Preventing child abuse: a review of community-based projects II: Issues arising from reviews and future directions. *Child Abuse Review*, 7, 30–43.
- Christensen, E. 1996. Definition, measuring and prevalence of child neglect: a study of children aged 0–1 year. Copenhagen: The Danish Institute of Social Research.
- Drummond JE, Weir AE, Kysela GM. 2002. Home visitation programs for at-risk young families. A systematic literature review. *Canadian Journal of Public Health* 93(2), 153–8.
- Dunkel L. 2000. Lapsuuden ja nuoruusiän endokrinologia. Teoksessa: Välimäki M, Sane T & Dunkel L. (toim) *Endokrinologia*. Hämeenlinna: Kustannus Oy Duodecim.
- Eibschitz-Tsimhoni, M., Friedman, T., Naor, J., Eibschitz, N. & Friedman, Z. 2000. Early screening for amblyogenic risk factors lowers the prevalence and severity

- of amblyopia. *Journal of American Association for Pediatric Ophthalmology and Strabismus* 4 (4), 194–199.
- Eirola R & Friis L. 2001. Lapsiperheiden arjen hallinta: videoavusteinen perhe ohjaus. Teoksessa: Pietilä A-M. ym. (toim.) Preventiivinen perhehoitotyö: Terveystä edistävien työmenetelmien arviointia Lapsiperhe-projektissa. Kuopion yliopiston selvityksiä E, Yhteiskuntatieteet 27. Kuopio, 75–114.
- Eirola R. 2003. Lapsiperheiden elämänhallintavalmiudet: perheohjauksen arviointi. Kuopion yliopiston julkaisuja. E, Yhteiskuntatieteet 102. Kuopio.
- Elkan R, Kendrick D, Hewitt M. ym. 2000. The effectiveness of domiciliary visiting: a systematic review of international studies and a selective review of the British literature. *Health Technology Assessment* 4, 13. Saatavissa internetistä 23.8.2004: www.hta.nhsweb.nhs.uk/htapubs.htm.
- Elliott BA. 1993. Prevention of violence. *Primary Care* 20 (2), 277–288.
- Eläköön lapset – lapsipolitiikan suunta: Suomen Kuntaliiton lapsipoliittinen ohjelma. 2000. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.
- Erel O & Burman B. 1995. Interrelatedness of marital relations and parent-child relations: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin* 118 (1), 108–132.
- Eskola J. & Pietilä A-M. 2002. Eläytymismenetelmä ja terveystalvi: ekskursion eläytymismenetelmän käyttöön nuorten terveystalvissa. Teoksessa: Pietilä A-M, Hakulinen T, Hirvonen E. ym. (toim.) Terveystalvi: uudistuvat työmenetelmät. Helsinki: WSOY, 243–261.
- Essex MJ, Klein MH, Miech R & Smider NA. 2001. Timing of initial exposure to maternal major depression and children's mental health symptoms in kindergarten. *The British Journal of Psychiatry* 179, 151–156.
- The European Consensus Development Conference on Neonatal Hearing Screening. Conference Report. *European Archives on Otorhinolaryngology*, 255, 521–22.
- Falk-Rafael AR. 2001. Empowerment as a process of evolving consciousness: a model of empowered caring. *Advances in Nursing Science* 24 (1), 1–16.
- Forsberg H. 2000. Lapsen näkökulmaa tavoittamassa. Arviointitutkimus turvakotien lapsikeskeisyyttä kehittävästä projektista. Helsinki: Ensi- ja turvakotien liitto.
- Forsberg H. 2002. Lasten asiakkuudet ja kokemukset turvakodissa. Julkaisu no 31. Helsinki: Ensi- ja turvakotienliitto.
- Friedman M. M. 1992. *Family nursing: theory and practice*. 3rd ed. Norwalk, Connecticut: Appleton & Lange.
- Gerbner G, Gross L, Morgan M & Signorielli N. 1994. Growing up with television: The cultivation perspective. In: Bryant J & Zillmann D (eds). *Media Effects: Advances in Theory and Research*, 17–41.
- Hakulinen T. 1998. The family dynamics of childbearing and childrearing families, related family demands and support received from child health clinics. *Acta Universitatis Tamperensis* 585. Tampereen yliopisto.
- Halmesmäki E. 2000. Alkoholien suurkuluttajan ja narkomaanin tunnistaminen ja hoito äitiysneuvolassa ja synnytysosastolla. *Stakes, ehkäisevä päihdetyö*. Helsinki.
- Halmesmäki E & Autti-Rämö I. 1994. Alkoholinkäytön vaikutukset raskauteen ja syntyvän lapsen ennuste. *Suomen Lääkärilehti* 49 (10), 1025–1028.
- Halmesmäki E & Kari A. 1998. Huumeet ja raskaus. *Duodecim* 114 (20), 2109–2114.
- Hannula L. 2003. Imetyksen näkökulmat ja imetyksen toteutuminen: suomalaisten synnyttäjien seuranta-tutkimus. Turun yliopiston julkaisuja. Sarja C, *Scripta lingua fennica edita*, osa 195. Turku.
- Hasu J. 1998. Lapsen sairastaminen ja vanhempien voimavarat sekä käsitykset terveydenhoitajan ja terveyskeskuslääkärin toiminnasta: kysely leikki-ikäisten lasten vanhemmille Kotkassa. Helsingin yliopisto. Pro gradu -tutkielma.
- Hasunen K, Kalavainen M, Keinonen H, Lagström H, Lyytikäinen A, Nurttila A,

- Peltola T & Talvia S. 2004. Lapsi, perhe ja ruoka. Imeväis- ja leikki-ikäisten lasten, odottavien ja imettävien äitien ravitsemussuositus. 3. uudistettu painos. Julkaisuja 11. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Heikkinen T & Ruuskanen O. 2001. Lapsen infektiokierre. *Duodecim* 117 (7), 731–736.
- Heimo E. 2002. Erityistuen tarpeessa olevan lapsiperheen tunnistaminen ja psykososiaalinen tukeminen äitiys- ja lastenneuvolassa: seurantatutkimus vuosina 1997–2000. Turun yliopiston julkaisuja. Sarja C, Scripta lingua Fennica edita, osa 184. Turku.
- Heiskanen M & Piispa M. 1998. Usko, toivo, hakkaus: kyselytutkimus miesten naisille tekemästä väkivallasta. Helsinki: Tilastokeskus.
- Helakorpi S, Patja K, Prättälä R, Aro AR & Uutela A. 2003. Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2003. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B17. Helsinki.
- Helminen M-L & Iso-Heiniemi M. 1999. Vanhemmuuden roolikartta: käyttäjän opas. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.
- Hirvonen E, Pietilä, A-M & Eirola R. 2002. Terveyskeskustelu – tavoitteena dialogi terveyden edistämiseksi. Teoksessa: Pietilä A-M. ym. (toim.) Terveyden edistäminen: uudistuvat työmenetelmät. Helsinki: WSOY.
- Hodnett ED & Roberts I. 2000. Home-based social support for socially disadvantaged mothers. *Cochrane database, Systematic Reviews* 2000:2:CD000107.
- Holma T. 2003. ITE 2 -opas uudistuneen itsearviointi- ja laadunhallintamenetelmän käyttöön. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.
- Huttunen J. 2001. Isänä olemisen uudet suunnat: hoiva-isiä, etä-isiä ja ero-isiä. Jyväskylä: PS-Kustannus.
- Hynynen P. 1999. Terveydenhoitajan kotikäynti lapsiperheen terveyden edistämiseksi. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.
- Häggman-Laitila A, Ruskomaa L & Euramaa K-I. (toim.) 2000. Varhaisa tukea lapsiperheille. Kokemuksia Lapsiperhe-projektin perhetyöstä. Helsinki: Mannerheimin Lastensuojeluliitto.
- Häggman-Laitila A, Euramaa K-I, Hotari A-M, Kaakinen J & Hietikko M. 2001. Lapsiperheiden varhainen tuki, tuen vaikuttavuus ja kustannushyöty: lapsiperheprojektin loppuraportti. Helsinki: Mannerheimin Lastensuojeluliitto.
- Jaakkola N. 2002. Passive smoking during pregnancy and early childhood: occurrence, determinants, health effects and prevention. *Kansanterveystieteen julkaisuja* M 179. Helsingin yliopisto.
- Joensuu J, Koskeniemi E, Hulkko T & Kilpi T. 2002. Pikkulasten rokotusohjelman toteutuminen Suomessa. *Suomen Lääkärilehti* 57 (22), 2407–2410.
- Joint Committee on Infant Hearing. 2000. Position Statement: Principles and Guidelines for Early Hearing Detection and Intervention Programs. *American Journal of Audiology*. 9, 9–29.
- Jokinen E. 1996. Väsynyt äiti. Äitien omaelämäkerrallisia esityksiä. Tampere: Gaudeamus.
- Jokinen E. 2004. Lapsen verempaine. Lääkärin käsikirja 19.5.2004. Helsinki: Duodecim.
- Järventie I & Sauli H. (toim.) 2001. Eriarvoinen lapsuus. Helsinki: WSOY.
- Järvinen T & Keskisärkkä P. 1996. Lapsiprojekti 1993–1996: loppuraportti. Pohjois-Karjalan lääninhallitus. Sosiaali- ja terveysosasto. Julkaisu 2. Joensuu.
- Järvinen, R, Åstedt-Kurki P, Tarkka M-T & Paavilainen E. 2000. Helpotusta pienten lasten perheiden arkeen: kokemuksia lastenneuvolan vanhempainryhmästä. *Hoitotiede* 12 (5), 270–280.
- Kaila P. 2001. Leikki-ikäisen lapsen hoito- ja kasvatuseuvonnan kehittäminen perhekeskeisessä neuvolatyössä. Turun yliopiston julkaisuja. Sarja C, Scripta lingua Fennica edita, osa 174. Turku: Turun yliopisto.

- Kaila-Behm A. 1997. Miehestä esikoisen isäksi. Kuopion yliopiston julkaisuja. E, Yhteiskuntatieteet 49. Kuopio: Kuopion yliopisto.
- Kaljunen L. 2002. Ensimmäistä lastaan odottavan perheen voimavaroisuuden tunnistaminen: voimavaramittarin laatiminen ja arviointi. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.
- Keltikangas-Järvinen L. 2003. Hyvä itsetunto. 13–14. painos. Helsinki: WSOY.
- Keltikangas-Järvinen L. 2000. Tunne itsesi, suomalainen. Helsinki: WSOY.
- Kendrick D, Elkan R, Hewitt M, Dewey M, Blair M, Robinson J, Williams D, Brummell K. 2000. Does home visiting improve parenting and the quality of the home environment? A systematic review and meta analysis. Archives of Disabled Children 82(6), 443–51.
- Kettunen T, Poskiparta M & Karhila P. 2002. Voimavarakeskeinen neuvontakeskus-telu. Hoitotiede 5, 213–222.
- Killén K. 1996. Svikna barn. Wahström & Widstrand.
- Kirjavainen T. 2003. Kätkykuoleman riskitekijät. Duodecim 199, 577–9.
- Koivisto M, Kronqvist E-L, Oksanen R, Saukkonen A.-L, Forssius H & Wasz-Höckert O. 1992. Oulun neuvolatutkimus: tehostetun neuvolatyön vaikutus esiköislapsen psyykkiseen ja fyysiseen kehitykseen ja terveyteen kahdeksan ensimmäisen ikävuoden aikana. Oulu: Mannerheimin Lastensuojeluliitto, Oulun yliopiston lastentautien klinikka.
- Kontula O & Lottes I. (toim.) 2000. Seksuaaliterveys Suomessa. Helsinki: Tammi.
- Koponen P. 2002. Väestön terveysseuranta. Teoksessa: Pietilä A-M. ym. (toim.) Terveystiedon edistäminen. Uudistuvat työmenetelmät. Helsinki: WSOY, 131–146.
- Kumpulainen K, Henttonen I & Räsänen E. 1994. Psykkisten oireiden esiintyvyys 8-vuotiailla lapsilla Itä-Suomessa. Kuopion yliopiston julkaisuja. D, Lääketiede 37. Kuopio: Kuopion yliopisto.
- Kunnamo I & Hermanson E. 2004. Lääkärin tekemät ikäkausitarkastukset lastenneuvolassa. Lääkärin käsikirja 19.4.2004. Helsinki: Duodecim. www.terveysportti.fi.
- Kunnamo I. 1997. Liimakorvataudin seulonta lastenneuvolassa. Lääkärin käsikirja 4.6.1997. Helsinki: Duodecim. www.terveysportti.fi.
- Kunnamo I. 2004. Sydämen kuuntelu ja verenpaineen mittaus lastenneuvolassa Lääkärin käsikirja 19.5.2004. Helsinki: Duodecim. www.terveysportti.fi.
- Kurki, P.-L, Koivuniemi-Iliev L & Tuulos T. 2001. Psykkisten häiriöiden ehkäisy neuvolassa: varhaisen vuorovaikutuksen tukeminen lastenneuvolatyössä -projekti 1997–2000. Oulun lääninhallituksen julkaisuja 64. Oulu.
- Kvarnström G, Jakobsson P & Lennerstrand G. 1998. Screening for visual and ocular disorders in children, evaluation of the system in Sweden. Acta Paediatrica 87 (11), 1173–1179.
- Lammi-Taskula J & Varsa H. 2001. Vanhemmuuden aika: vanhemmuuden tukemisen käytännöt ja haasteet osana neuvoloiden ja päiväkotien työskentelyä. Aiheita 7. Helsinki: Stakes.
- Larjomaa R. (toim.) 1997. Laadukasta neuvolatyötä – laadukkaasti kirjaamalla: imeväis- ja leikki-ikäisen terveystietämys. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.
- Lastenneuvolaopas. 1990. Lääkintöhallituksen opassarja nro 7. Helsinki: VAPK-kustannus.
- Lautala P & Nuutinen O. 1997. Lasten lihavuuden ehkäisy ja hoito. Teoksessa: Simell O. (toim.) Neuvolakirja. Viides painos. Espoo: Orion, 431–438.
- Lehtonen L. 1997. Imeväisen koliikki. Teoksessa: Simell O. (toim.) Neuvolakirja. Viides painos. Espoo: Orion, 400–403.
- Lehtonen E, Holmberg-Marttila D & Kaila M. 2003. Cumulative prevalence of atopic eczema and related skin symptoms in a well-baby clinic: a retrospective cohort study. Pediatric Allergy and Immunology, 14(5), 405–408.
- Liuksila P-R. 2000. Lastenneuvolan viisivuotistarkastus ja sen merkitys lapsen

- selviytymisellä ensimmäisellä luokalla koulussa. Turun yliopiston julkaisuja. Sarja C, Scripta lingua Fennica edita, osa 161. Turku.
- Louhimo I, Peltonen J, Rintala R. (toim.) 2000. Louhimon lastenkirurgiaa. 2. uudistettu painos. Helsinki: Kandidaattikustannus.
- Luoma I. 2004. From pregnancy to middle childhood. What predicts a child's socio-emotional well-being? Acta Universitatis Tamperensis 1002. University of Tampere.
- Luoma I, Tamminen T & Kaukonen P ym. 2001. Longitudinal study of maternal depressive symptoms and child well-being. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 40, 1367-74.
- Lyytinen P. 1999. Varhaisen kommunikaation ja kielen kehityksen arviointimenetelmä. Jyväskylä: Niilo Mäki Instituutti ja Jyväskylän yliopiston Lapsitutkimuskeskus.
- Lyytinen P. 2003. Kielen kehityksen varhaisvaiheet. Teoksessa: Siiskonen T, Aro T, Ahonen T & Ketonen R. (toim.) Joko se puhuu? Kielenkehityksen vaikeudet varhaislapsuudessa. Jyväskylä: PS-Kustannus, 48-68.
- Lyytinen P, Ahonen T, Eklund K & Lyytinen H. 2000. Ääntelyn ja motoriikan kehityksen seurantamenetelmä. Jyväskylä: Niilo Mäki Instituutti ja Jyväskylän yliopiston Lapsitutkimuskeskus.
- Lyytinen P, Eklund K & Laakso M-L. 2003. Varhainen kognitio, temperamentti ja vuorovaikutus. Teoksessa: Lyytinen P, Korkiakangas M & Lyytinen H. (toim.) Näkökulmia kehityspsykologiaan. Kehitys kontekstissaan. 1-6 p. Porvoo: WSOY, 40-65.
- Löthman-Kilpeläinen L. 2001. Lapsiperheen voimavarat ja voimavarojen vahvistaminen neuvolassa. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.
- Mattila M, Tervaskanto-Mäentausta T & Blanco-Sequeiros M. 1998. Neuvola keskiässä - kriisissäkö? Oulun läänin neuvolaprojektin (1996-1999) väliraportti. Monisteita: 13. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö.
- Moilanen I. 1998. Onko pitkäaikaissairaalan lapsen sisarukset unohdettu? Suomen Lääkärilehti 53 (29), 3243.
- Munnukka T, Kiiikkala I & Valkama K. 2002. Äitien sosiaalinen tuki välittyy Internetin postituslistoilla. Sairaanhoidtaja 5 (220), 24-27.
- Mustonen K. 1999. Vauvan neurologinen arviointi- ja ohjantamenetelmä Vane. 1.5, 4, 8, ja 18 kk. Honkalampi-säätiön julkaisusarja 19. Ylämylly: Pohjois-Karjalan keskussairaala.
- Mustonen A & Pulkkinen L. 2003. Teknologian arviointeja. Osa 14: Sosiaalinen alkupääoma ja tietotekniikka: loppuraportti. Eduskunnan kanslian julkaisu 1/2003. Helsinki: Tulevaisuusvaliokunta.
- Mäenpää-Reenkola E. 1997. Naisen verhottu sisin. Helsinki: Yliopistopaino.
- Mäkelä M. 2000. Näyttöön perustuva terveydenhuolto Suomessa. Teoksessa: Hoitotyön vuosikirja 2001: Näyttöön perustuva hoitotyö. Helsinki: Tammi, 21-28.
- Mäntymaa M & Tamminen T. 1999. Varhainen vuorovaikutus ja lapsen psyykinen kehitys. Duodecim 47 (22), 2447-2453.
- Mäntymaa M, Luoma I, Puura K & Tamminen T. 2003. Tunteet, varhainen vuorovaikutus ja aivojen toiminnallinen kehitys. Duodecim, 6, 459-466.
- Määttä K. 2000. Kestävä parisuhde. Helsinki: WSOY.
- Niskanen P, Sorri P & Ojanen M. 1993. Auta auttamaan: käsikirja työnohjauksesta. 2. painos. Helsinki: WSOY.
- Okkonen T. 1999. Neuvolakäynti kuusivuotiaan lapsen kuvaamana. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Lisensiaatintutkielma.
- Olds DL, Henderson CR & Kitzman H, Eckenrode JJ, Cole RE & Tatelbaum RC. 1999. Prenatal and infancy home visitation by nurses: recent findings. Future Child 9 (1), 44-65.
- Ollikainen L. 2002. Päivähoidon, vanhempien ja neuvolan yhteistyö toimii. Terveydenhoitaja 45, 28-29.

- Paavilainen E. 1998. Lasten kaltoinkohtelu perheessä: perheen toiminta ja yhteistyö perhettä hoitavan terveydenhoitajan kanssa. *Acta Universitatis Tamperensis* 604. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Patja K & Haukkala A. 2004. *Tupakkakertomus 2003*. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B2. Helsinki.
- Paunonen-Ilmonen M. 2001. *Työnohjaus: toiminnan laadunhallinnan varmistaja*. Helsinki: WSOY.
- Pekonen O & Pulkkinen L. 2002. Teknologian arviointeja. Osa 11: Sosiaalinen pääoma ja tieto- ja viestintätekniiikan kehitys: esiselvitys. Eduskunnan kanslian julkaisu 5/2002. Helsinki: Tulevaisuusvaliokunta.
- Pelkonen M. 1994. Lapsiperheiden voimavarat ja niiden vahvistaminen hoitotyön keinoin. Kuopion yliopiston julkaisuja. E, Yhteiskuntatieteet 18. Kuopio.
- Pelkonen M & Löthman-Kilpeläinen L. 2000. Neuvola lapsiperheiden tukena: selvitys äitiys- ja lastenneuvolatoimintaan kohdistuneista tutkimuksista ja kehittämishankkeista 1990-luvulla. *Selvityksiä 2000:10*. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Pelkonen M & Hakulinen T. 2002. Voimavaroja vahvistava malli perhehoitotyöhön. *Hoitotiede* 14, 202–212.
- Perheentupa A. 2003. Synnytyksen jälkeinen masennus – onko vika hormoneissa? *Suomen Lääkärilehti* 58 (4), 387–391.
- Perttilä K, Koskinen S, Karvonen S, Orre S & Rimpelä M. 2003. Ehdotus kunnille lasten ja nuorten hyvinvointi-indikaattoreiksi. *Työpapereita 4*. Kuntien hyvinvointistrategiat. Stakes, Helsinki.
- Perttu S. 2004. Naisiin kohdistuva väkivalta ja seulonta äitiys- ja lastenneuvoloissa. *Selvityksiä 6*. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Perälä M-L. 1999. Näyttöön perustuvaan hoitotyöhön. Teoksessa: Simoila R, Kangas R & Ranta J. (toim.) *Hoitotyötä johtamaan*. Helsinki: Kirjayhtymä, 53–67.
- Potilasasiakirjojen laatiminen sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttäminen. *Opas terveydenhuollon henkilöstölle*. 2001. *Oppaita 2001:3*. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Preski S & Walker LO. 1997. Contributions of maternal identity and lifestyle to young children's adjustment. *Research in Nursing and Health* 20 (2), 107–117.
- Promotion of breastfeeding in Europe. 2004. Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: a review of interventions. EU Project Contract N. SPC 2002359.
- Pruett KD. 1993. The paternal presence. *Families in society. The Journal of Contemporary Human Services* (January), 46–50.
- Pulkkinen L. 1984. *Nuoret ja kotikasvatus*. Helsinki: Otava.
- Pulkkinen L. (toim.). 1996. *Lapsesta aikuiseksi*. Jyväskylä: Atena.
- Pulkkinen L. 2002. Koti, koulu ja yksityinen elämänpääpiiri hyvän elämän ankkurina. Teoksessa: Rönkä A & Kinnunen U. (toim.) *Perhe ja vanhemmuus: suomalainen perhe-elämä ja sen tukeminen*. Jyväskylä: PS-kustannus, 14–29.
- Puura K. 1998. What children tell and adults notice: psychiatric disturbances among Finnish children. *Acta Universitatis Tamperensis* 605. Faculty of Medicine. Tampere: University of Tampere.
- Puura K. 2002. Asiantuntijakuuleminen Sosiaali- ja terveysministeriön Neuvolatoiminnan asiantuntijaryhmän kokouksessa 25.3.2002, Helsinki.
- Puura K, Tamminen T, Mäntymaa M, Virta E, Turunen M-M & Koivisto A-M. 2001. Lastenneuvolan terveydenhoitaja vauvaperheen tuen tarpeen havaintajana. *Suomen Lääkärilehti* 56 (47), 4855–4861.
- Puura K, Davis H, Papadopoulou R. ym. 2002. The European early promotion project: A new primary health care service to promote children's mental health. *Infant Mental Health Journal* 23(6), 606–624.
- Rautiainen M. (toim.) 2001. *Vanhemmuuden roolikartta: käyttäjän opas*. Osa 2:

- Syvennä ja sovelle. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.
- Reinholm M. 2003. Kupeitten kuuma vai kadonnut kaipaus?: pikkulasten vanhempien kokemuksia seksielämästä perheeseen kasvaessa. Helsinki: Väestöliitto, Perheverkko.
- Renko M & Uhari M. 2001. Infektioiden ehkäisy päiväkodeissa. *Duodecim* 47 (10), 1093–1098.
- Rimpelä M, Rimpelä A, Vikat A, Hermanson E, Kaltiala-Heino R, Kosunen E, Savolainen A. 1997. Miten nuorten terveys on muuttunut 20 vuoden kuluessa? *Suomen Lääkärilehti* 52, 24, 2705–2712.
- Rintanen H. 2000. Terveys ja koulutuksellinen syrjäytyminen nuoren miehen elämänselityksessä. *Acta Universitatis Tamperensis* 740. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Rousu S & Holma T. 1999. Laadunhallinnan perusteita lastensuojelutyöhön: toimintamalleja ja työvälineitä kuntien sosiaalitoimistojen laatutyöhön. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.
- Ruokolainen A. 1998. Lasten ja nuorten hyvinvointi ja terveys 1990-luvulla: Sotkatietoihin perustuva tilastoraportti hyvinvointiselontekoa valmistelevalta kunnista. Aiheita 41. Helsinki: Stakes.
- Rytkönen O & Hautsalo K. 1999. Laadukas parisuhde: onnea ja vuorovaikutusta. *Jyväskylän yliopiston perhetutkimusyksikön julkaisuja* 10. Jyväskylä.
- Saha M-T. 1997. Miksi kasvua seurataan? *Suomen Lääkärilehti* 52 (30), 3479.
- Salmenperä L. 1997. Rintaruokinta ja kasvu. *Duodecim* 113 (7), 605–610.
- Salo M. 2003. Lapsen hyperkolesterolemian diagnostiikka ja hoito. *Lääkärin käsikirja* 22.5.2003. Helsinki: Duodecim. www.terveysportti.fi.
- Salo-Jokinen B. 2002. Laatusertifikaatti Martinlaakson neuvolalle. *Terveystieteiden tutkimus* 4–5, 22–24.
- Sandberg S. 1999. Tarkkaavaisuus-ylivilkkaushäiriö ja sen lääkehoito. Teoksessa: Ahonen, T. & Aro, T. (toim.) *Oppimisvaikeudet. Kuntoutus ja opetus yksilöllisen kehityksen tukena*. Juva: Atena-kustannus, 120–150.
- Scambler D, Rogers SJ & Wehner EA. 2001. Can the checklist for autism in toddlers differentiate young children with autism from those with developmental delays? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 40 (12), 1457–1463.
- Sevon E & Huttunen J. 2002. Odottavan äidin vastuu. Teoksessa: Rönkä A & Kinnunen U. (toim.) *Perhe ja vanhemmuus: suomalainen perhe-elämä ja sen tukeminen*. Jyväskylä: PS-Kustannus.
- Shah DV, McLeod JM & So-Hyang Y. 2001. Communication, context, and community: An exploration of print, broadcast, and Internet influences. *Communication Research* 28 (4), 464–506. 13–42.
- Seulontatutkimukset ja yhteistyö äitiyshuollossa: suosituksia 1999. Viisainen K. (toim.). *Oppaita* 34. Stakesin perhesuunnittelun ja äitiyshuollon asiantuntijaryhmä. Helsinki: Stakes.
- Sihvola S. 2000. Terveyskeskustelu kouluuntulotarkastuksessa. *Acta Universitatis Tamperensis* 751. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Sikorski J, Renfrew MJ, Martin L, Pindoria S, Wade A. 2002. Support for breastfeeding mothers. *Cochrane Database for Systematic Reviews*. CD001141.
- Simell O. (toim.) 1997. *Neuvolakirja*. Viides painos. Espoo: Orion
- Simoila R. *Hoitotyön johtaminen – mitä se on?* 1999. Teoksessa: Simoila R, Kangas R & Ranta J. (toim.) *Hoitotyötä johtamaan*. Helsinki: Kirjayhtymä, 17–52.
- Sinkkonen J. 2001. *Lapsen puolesta*. Helsinki: WSOY.
- Sinkkonen J. & Kalland M. (toim.) 2002. *Varhaiset ihmissuhteet ja niiden häiriintyminen*. 1–2. painos. Helsinki: WSOY.
- Sintonen H. 2001. *Terveystaloustieteen käsitteet selviksi*. *Impakti* 3, 2.
- Sorri M & Mäki-Torkko E. 1998. Varhaislapsuuden vaikeat kuuloviat. *Duodecim* 114(18)1807.

- Sorri M, Hartikainen-Sorri AL & Alho OP. 1987. Suoritetaanko kuulon paikantamisvaste neuvoloissa oikein? Suomen Lääkärilehti 42, 2502-06.
- Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma 2004–2007. 2003. Julkaisuja 20. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Sosiaali- ja terveydenhuollon tietouudistus 2005 -työryhmän raportti. 2003. Työryhmämuistioita 2003:37. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Stakes. 2004. Kysely terveyden edistämisestä ja ehkäisevästä työstä kansanterveysystyössä. Perustaulukot. Saatavissa internetistä www.stakes.fi/hyvinvointi/khs/johtamishanke/ 18.5.2004.
- Stockley, L. Consolidating and updating the evidence base for promotion of breast feeding. 2004. Saatavissa internetistä: www.wales.gov.uk/subihealth/content/keypubs/breast/promotionofBreastfeeding.pdf.
- Strid O. 1999. Viisivuotistarkastuksesta kuudennelle luokalle: lastenneuvola ja kouluterveydenhuolto lapsen vaikeuksien havaittajana ja auttajana. Aiheita 16. Helsinki: Stakes.
- Strömmer, R. 2003. Henkilöstöjohtaminen. Business EDITA, 3. painos. Helsinki: Edita.
- Suomen sairaanhoitajaliitto. 2004. Hoitotieteellisellä näytöllä tuloksiin -hankkeen johtoryhmä tiedottaa. (mm. Näytöllä tuloksiin -käsikirja, hakemus ja hakuohteet). Saatavissa internetistä www.sairaanhoitajaliitto.fi. 18.5.2004.
- Sähköisten potilasasiakirjajärjestelmien valtakunnallinen määrittely ja toimeenpano. 2003. Työryhmämuistioita 38. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Säävälä H, Keinänen E & Vainio J. 2001. Isä neuvolassa – työvälineitä ja ajatuksia vauvaa odottavien ja hoitavien isien kanssa työskenteleville. Tasa-arvojulkaissuja 8. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Söderholm A. 1997. Lapsen huolenpidon laiminlyönti ja pahoinpitely. Kirjassa Simell O (toim) Neuvolakirja. Viides painos. Espoo: Orion, 466–476.
- Söderholm A. 2002. Luento Sosiaalipediatrian jatko- ja täydennyskoulutustilaisuudessa. Helsingin yliopiston Lammin biologinen asema, Lammi. 10.–11.10. 2002.
- Tamminen T. 1990. Äidin masennus, imetys ja varhainen vuorovaikutus. Acta Universitatis Tamperensis Ser. A 304. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Tarkka M-T. 1996. Äitiys ja sosiaalinen tuki: ensisynnyttäjän selviytyminen äitiyden varhaisvaiheessa. Acta Universitatis Tamperensis Ser. A 518. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Terveydenhuollon täydennyskoulutus suositus. 2004. Oppaita 3. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Terveyttä ja hyvinvointia näyttöön perustuvalla hoitotyöllä. Kansallinen tavoite- ja toimintaohjelma 2004–2007. 2003. Julkaisuja 18. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Thomas A & Chess S. 1977. Temperament and development. New York: Brunner-Maze.
- Thomas H, Camiletti Y, Cava M ym. 1999. Effective public health project: Effectiveness of parenting groups with professional involvement in improving parent and child outcomes. Saatavissa internetistä: www.health.hamilton-went.on.ca/CSARB/ephpp/ephppSumRev.htm.
- Tieteellinen perustelukatsaus ympäristön tupakansavun terveyshaitoista. 2000. Selvityksiä 11. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Tikanoja T. 2003. Sivuääni lapsen sydämessä. Lääkärin käsikirja 11.6.2003. Helsinki: Duodecim. www.terveysportti.fi.
- Tsiantis J, Smith M, Dragonas T & Cox A. 2000. Early mental health promotion in children through primary health care services: A multi-centre implementation. International Journal of Mental Health Promotion 2(3), 5–17.
- Törrönen H. 1998. Ehjänä perille. Kokemuksia lastensuojelun vauvaperhetyön kehittämisestä. Julkaisu 18. Helsinki: Ensi- ja turvakotienliitto.

- Vakkilainen E-L & Järvinen K. 1994. Taimi. ITU-projektin loppuraportti. Aiheita 10. Stakes: Helsinki.
- Valtonen R & Mustonen K. 2003. LENE – Leikki-ikäisen lapsen neurologisen kehityksen arviointimenetelmä. Jyväskylä: Niilo Mäki Instituutti.
- Valtonen R, Ahonen T & Lyytinen P. 2004. Lapsen kehityksen seuranta neuvolassa LENE-menetelmällä. Suomen Lääkärilehti 38, 3485–3489.
- Varjoranta P. 1997. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen tutkimusraportti lastenneuvolassa. Kuopion yliopisto, hoitotieteen laitos. Lisensiaatintutkimus.
- Varjoranta P, Pirskanen M, Pelkonen M, Hakulinen T & Haapakorva A. 2004. Äitiys- ja lastenneuvolatyö Itä-Suomen läänissä 2003. Selvityksiä 4. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus.
- Vehviläinen-Julkunen K & Teittinen M. 1993. Tietoa, tukea, varmuutta synnytykseen ja vanhemmuuteen: pienryhmätyöskentely Lapinlahden äitiysneuvolassa. Raportteja 81. Helsinki: Stakes.
- Vehviläinen-Julkunen K, Varjoranta P & Karjalainen K. 1994. Asiakkaiden ja terveydenhoitajien arvioinnit äitiys- ja lastenneuvoloiden kotikäynneistä. Hoitotiede 6 (1), 22–30.
- Vikat A, Kosunen E & Rimpelä M. 2002. Risk of postpartum induced abortion in Finland: A register-based study. Perspectives on Sexual and Reproductive Health, 34 (2), 84–90.
- Williams C, Northstone K, Harrad RA, Sparrow JM, Harvey I. 2002. Amblyopia treatment outcomes after screening before or at age 3 years: follow up from randomised trial. British Medical Journal 324, 1549–1555.
- Voutilainen A & Ilveskoski I. 2000. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen tutkimusraportti lastenneuvolassa. Duodecim 116(18), 2025-31.
- Väisänen L. 2000. Kuolleena syntynyt lapsi. Duodecim 116(14), 1507-12.
- Välimäki T. 2000. Auttaako Lapsiperhe-projekti? Kuopion yliopisto, Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.

EXPERTARBETSGRUPPEN FÖR RÅDGIVNINGARBETE

Mandatperiod 1.2.2002–31.1.2003

- Ordförande Merja Saarinen, barn- och ungdomsläkare, Mäntsälä hälsocentral
- Vice ordförande Maire Kolimaa, överinspektör, social- och hälsovårdsministeriet

Medlemmar:

- Mika Gissler, utvecklingschef, Stakes
- Elina Hermanson, MKD, specialläkare i pediatrik, Befolkningsförbundet
- Arja Häggman-Laitila, specialexpert, Mannerheims Barnskyddsförbund
- Heli Hämäläinen, hälsovårdare, Vanda social- och hälsocentral
- Kari Ilmonen, överinspektör, social- och hälsovårdsministeriet
- Sari Koivunen, barnmorska, S:t Karins-Pikis hälsovårdscentral samkommun
- Ritva Larjomaa, specialexpert (senare utvecklingschef), Finlands Kommunförbund
- Juha Metso, chef för social- och hälsovårdssektorn, Esbo stad
- Marjaana Pelkonen, docent, HV, Kuopio universitet
- Timo Renfors, psykolog, Ilomants hälsovårdscentral
- Tytti Tuulos, hälsovårdsinspektör, länsstyrelsen i Uleåborgs län
- Mauri Upanne, ordförande, Centralförbundet för barnskydd
- Mauri Viitala, ledande skötare, Alavotraktens samkommun för hälsovård

Permanent sakkunniga:

- Terttu Jääskeläinen, undervisningsråd, undervisningsministeriet
- Krista Korhonen, läkare vid hälsovårdscentral, hälsovårdcentralen i Lundo
- Pirkko Kouri, överlärare, Norra Savolax yrkeshögskola.

I mötena deltog dessutom från och med hösten 2002:

- Eija Kempainen, utvecklingschef, Suomen Terveystieteiden tutkimuskeskus

Sekreterare:

- Ritva Väistö, överinspektör, social- och hälsovårdsministeriet, till 30.6.2002
- Marjaana Pelkonen, överinspektör, social- och hälsovårdsministeriet, från och med 1.11.2002

Författare:

- Elina Hermanson, MKD specialläkare i pediatrik, Befolkningsförbundet
- Marjaana Pelkonen, docent, HV, Kuopio universitet, (SHM från och med 1.11.2002)

Sektioner:

- Statistik- och datasystemssektion, ordförande Mika Gissler
- Intressentgruppssektion, ordförande Mauri Upanne
- Utbildningssektion, ordförande Terttu Jääskeläinen

Experter som arbetsgruppen hört under sitt arbete:

- Biträdande överläkare Kaija Puura, Taus
- Projektchef Hannu Säävälä, Mödra- och skyddshemmet i Uleåborg
- Professor Kaija Saranto, Kuopio universitet
- Utvecklingschef Tytti Solantaus, Stakes
- Professor Tuula Tamminen, Taus
- Specialsjukskötare Pia Brandt, Befolkningsförbundet
- Professor Liisa Keltikangas-Järvinen, Helsingfors universitet
- Hälsovårdare Minna Reinholm, Befolkningsförbundet
- Specialläkare Satu Kivitie-Kallio, HNS sjukhus för barn och ungdomar
- Professor Olli Simell, Åucs
- Hälsocentralläkare Ilkka Kunnamo, Karstula hälsovårdscentral

Experter som hörts i intressentgruppssektionen:

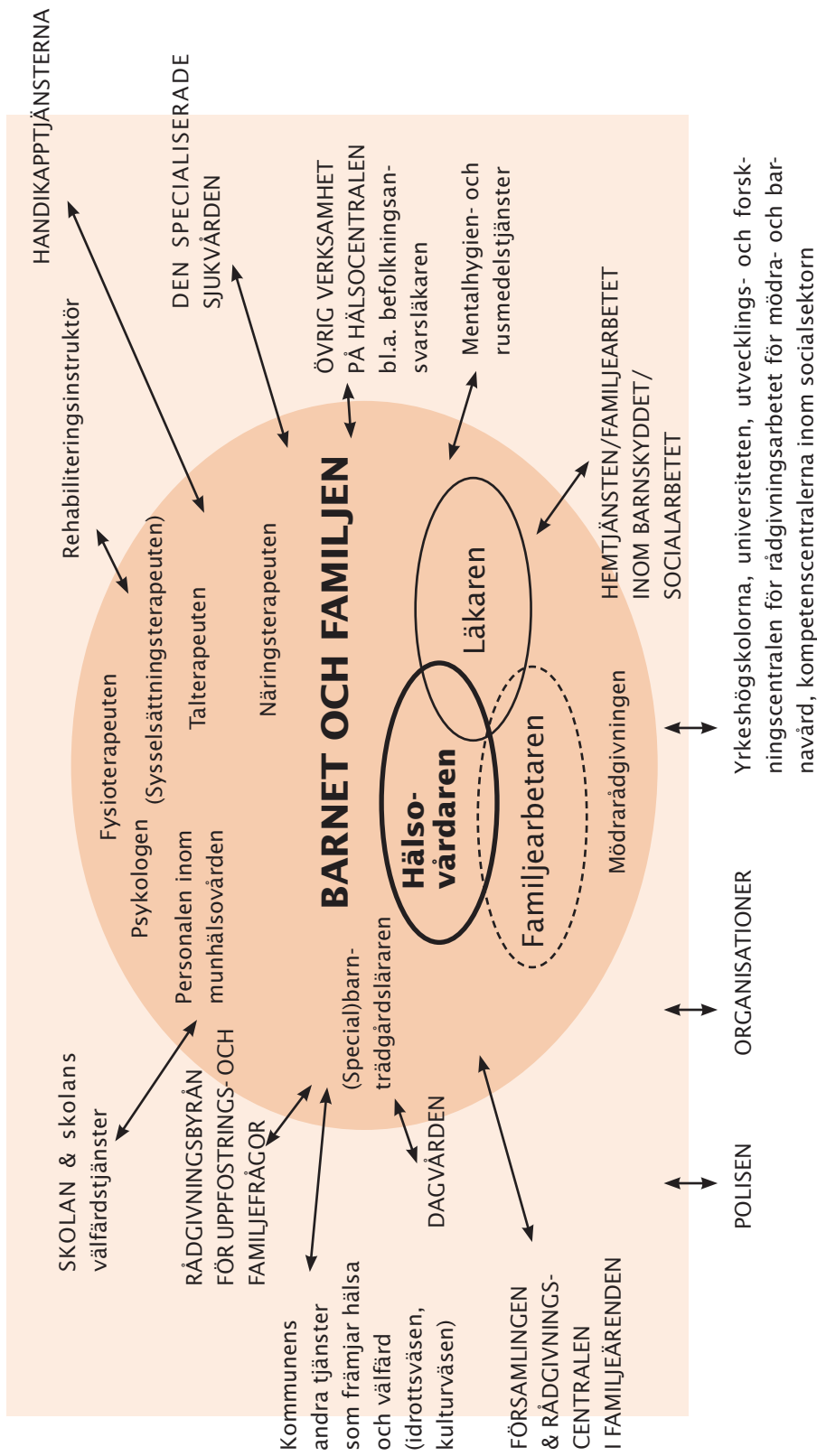
- Direktör Martti Esko, Kyrkostyrelsens familjebyrå
- Forskningsprofessor Matti Rimpelä, Stakes
- Utvecklingschef Anna-Leena Välimäki, Stakes
- Verksamhetsledare Juhani Johanson, Förbundet för uppfostrings- och familjerådgivningen i Finland

Expertutlåtanden har givits av:

- Barnläkarföreningen i Finland
- Barnneurologiska Föreningen i Finland
- Barnpsykiatriföreningen i Finland
- Finlands Ögonläkarförening
- Finlands Otolaryngologförening
- Stakes
- Finska tandläkarsällskapet Apollonia
- Folkhälsoinstitutets vaccineringsavdelning
- Niilo Mäki Instituutti
- Finlands Psykologförbund
- En grupp av näringsexperter
- Finlands Barnmorskeförbund (om amning)

BARNRÅDGIVNING SARBEJTSGRUPPEN OCH FAMILJESERVICE NÄTVERKET

Bilaga 2.



Författningstexterna från FINLEX: www.finlex.fi

LAGSTIFTNING OM BARNRÅDGIVNING

De uppdaterade versionerna av författningstexterna finns i sin helhet på internet på adressen: www.finlex.fi

Grundlagen

Det allmänna skall, enligt vad som närmare bestäms genom lag, tillförsäkra var och en tillräckliga social-, hälsovårds- och sjukvårdstjänster samt främja befolkningens hälsa. Det allmänna skall också stödja familjerna och andra som svarar för omsorgen om barn så att de har möjligheter att trygga barnens välfärd och individuella uppväxt (19 §).

Barnrådgivningsarbete som folkhälsoarbete

Folkhälsolag (66/1972)

I folkhälsolagen 14 § konstateras att det åligger kommunen att upprätthålla hälsovårdsrådgivning, till vilken hänföres upplysningsarbete rörande folkhälsan, vari ingår rådgivning angående förebyggande av havandeskap, och anordnande av allmänna hälsovårdsundersökningar för kommunens invånare.

Lag om specialiserad sjukvård (1062/1989)

Med specialiserad sjukvård avses sådana hälsovårdstjänster inom medicinska och odontologiska specialområden som hänför sig till förebyggande av sjukdomar, undersökning, vård, den medicinska räddningsverksamheten samt medicinsk rehabilitering. En persons hemkommun skall sörja för att personen får behövlig specialiserad sjukvård i enlighet med denna lag. Kommunen är på samma sätt skyldig att sörja för att personer som inte har hemort i Finland i brådskande fall får specialiserad sjukvård.

Kommunallag (365/1995)

Kommunen skall sträva efter att främja sina invånares välfärd och en hållbar utveckling inom sitt område (1 §). Kommunen sköter de uppgifter som den har åtagit sig med stöd av självstyrelsen och som stadgas för den i lag. Kommunen kan med stöd av avtal även åta sig att sköta andra offentliga uppgifter än sådana som hör till dess självstyrelse. Kommunen sköter sina lagstadgade uppgifter själv eller i samarbete med andra kommuner. De tjänster som skötseln av uppgifterna förutsätter kan kommunen också beställa av andra tjänsteproducenter (2 §).

Kommunens organ är förutom fullmäktige kommunstyrelsen, nämnder och direktioner, deras sektioner samt kommittéer (17 §). Revisionsnämnden skall bereda de ärenden som gäller granskningen av förvaltningen och ekonomin och som fullmäktige skall fatta beslut om samt bedöma huruvida de mål för verksamheten och ekonomin som fullmäktige satt upp har nåtts (71 §).

Lagar om klientens ställning, patientdokument och hemlighållande

Lag om patientens ställning och rättigheter (785/1992)

I lagen föreskrivs bl.a. om patientens rätt till god hälso- och sjukvård samt till gott bemötande, om intagning för vård, patientens självbestämmanderätt, minderåriga patienters ställning, brådskande vård, rätt till information, förande av journalhandlingar och lämnande av patientuppgifter.

Enligt 3 § i lagen har var och en som varaktigt bor i Finland utan diskriminering och inom gränserna för de resurser som vid respektive tidpunkt står till hälso- och sjukvårdens förfogande rätt till sådan hälso- och sjukvård som hans eller hennes hälsotillstånd förutsätter. Varje patient har även rätt till hälso- och sjukvård av god kvalitet. Vården skall ordnas och patienten bemötas så att hans människovärde inte kränks och att hans övertygelse och integritet respekteras. Patientens modersmål och individuella behov samt den kultur som han företräder skall i mån av möjlighet beaktas i vården och bemötandet.

Om en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården inte behärskar det språk som patienten använder eller om patienten på grund av hörsel-, syn- eller talskada inte kan göra sig förstådd, skall tolk anlitas i mån av möjlighet.

Enligt lagens 6 § skall vården och behandlingen ges i samförstånd med patienten. Om en minderårig patient inte kan fatta beslut om vården, skall han vårdas i samråd med sin vårdnadshavare eller någon annan laglig företrädare.

I lagens 12 § konstateras bl.a. att En yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården skall anteckna sådana uppgifter i journalhandlingar som behövs för att ordna, planera, tillhandahålla och följa upp vården och behandlingen av en patient. Där konstateras också att en verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården och en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården som självständigt utövar sitt yrke skall förvara journalhandlingarna den tid som behövs för att ordna och tillhandahålla vård och behandling för patienten, behandla eventuella ersättningsanspråk i anknytning till vården och behandlingen och bedriva vetenskaplig forskning.

Enligt lagens 13 § får sådana uppgifter som ingår i journalhandlingarna inte lämnas till utomstående utan patientens skriftliga samtycke.

Om patienten saknar förutsättningar att bedöma betydelsen av ett sådant samtycke, får uppgifterna lämnas med skriftligt samtycke av patientens lagliga företrädare. Med utomstående avses personer som inte vid verksamhetsenheten eller på uppdrag av den deltar i vården av patienten eller i andra uppgifter i samband med vården. Uppgifter som behövs för ordnande av undersökning och vård av patienten hör emellertid till någon annan verksamhetsenhet för hälso- och sjukvård eller en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården i enlighet med patientens eller dennes lagliga företrädarens muntliga samtycke eller sådant samtycke som annars framgår av sammanhanget. På motsvarande sätt får en sammanfattning av den vård som givits patienten lämnas till den verksamhetsenhet för hälso- och sjukvård eller den yrkesutbildade person inom hälso- och sjukvården som har remitterat patienten till vården, och till den läkare som eventuellt har utsetts till ansvarig läkare för patienten (s.k. egenläkare), i enlighet med ett muntligt samtycke eller sådant samtycke som annars framgår av sammanhanget.

Dessutom får uppgifter som ingår i journalhandlingarna lämnas utan patientens eller dennes lagliga företrädares samtycke, om det uttryckligen särskilt föreskrivs i lag om utlämnande av uppgifter eller rätt att få del av uppgifter.

Lag om klientens ställning och rättigheter inom socialvården (812/2000)

I lagen föreskrivs bl.a. om klientens ställning och rättigheter inom socialvården, om sekretess, tystnadsplikt och utlämnande av sekretessbelagda uppgifter. Enligt lagens 20 § är bl.a. verksamhetsenheter som bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet samt yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården skyldiga att avgiftsfritt och utan hinder av sekretessbestämmelserna lämna uppgifter och utredningar till en socialvårdsmyndighet under vissa förutsättningar.

Lag om klientavgifter inom social- och hälsovården (734/1992)

Enligt lagens 5 § är bl.a. rådgivningstjänster avgiftsfria för klienten.

Social- och hälsovårdsministeriets förordning om upprättande av journalhandlingar samt om förvaring av dem och annat material som hänför sig till vård (99/2001)

Förordningen gäller alla verksamhetsenheter för hälso- och sjukvård eller yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården. I förordningen föreskrivs bl.a. om allmänna principer och krav som gäller upprättande och förvaring av journalhandlingar och mera ingående om vilka uppgifter som skall antecknas i journalhandlingar.

Social- och hälsovårdsministeriets guide nr 2001:3 Upprättande av journalhandlingar samt förvaring av dem och annat material som hänför sig till vård (2001/3)

För förvaringen av journalhandlingar ansvarar i regel den verksamhetsenhet för hälso- och sjukvård där handlingarna har kommit till. Om patienten flyttar så att vårdansvaret övergår till en annan verksamhetsenhet för hälso- och sjukvård och handlingarna behövs i vården av patienten, kan kopior av handlingarna skickas med patientens samtycke. Om det inte är möjligt eller ändamålsenligt att ta kopior, kan man även låna handlingarna till verksamhetsenheten. Om handlingen är av sådan natur att det skadar vården av patienten, om anteckningarna görs separat i varje verksamhetsenhet, kan journalhandlingens med patientens eller dennes lagliga företrädares samtycke flyttas till en annan verksamhetsenhet för hälsovård. Ovannämnda handlingar är t.ex. handlingar om barnens och ungdomarnas tillväxt och utveckling inom rådgivnings- och skolhälsovård och tandvård. I den skickande enhetens filer bör då antecknas vart originaldokumentet har flyttats.

Personuppgiftslag (523/1999)

I lagen regleras kraven för föring av personregister för annan behandling av personuppgifter. I lagens 9 § konstateras att de personuppgifter som behandlas skall vara behövliga med hänsyn till det angivna ändamålet med behandlingen av personuppgifter. Lagen ger även bestämmelser om förbudet att behandla känsliga uppgifter och om befogenheter för behandling av känsliga uppgifter. En verksamhetsenhet inom hälsovården kan behandla uppgifter som de i denna verksamhet fått om den registrerades hälsotillstånd, sjukdom eller handikapp eller de vårdåtgärder som gäller honom eller andra uppgifter som är nödvändiga för vården av den registrerade (12 §). I lagens 24 § behandlas den registrerades rätt att få uppgifter om ändamålet med behandlingen av personuppgifterna samt vart uppgifter i regel lämnas ut. Uppgifter skall ges vid insamling och lagring av personuppgifter.

Lag om offentlighet i myndigheternas verksamhet (621/1999)

Lagen innehåller bl.a. allmänna bestämmelser om handlingssekretess och tystnadsplikt.

Lag om elektronisk kommunikation i myndigheternas verksamhet (13/2003)

Lagen trädde i kraft 1.2.2003. Den ersatte lagen om elektronisk kommunikation i förvaltningsärenden och lagen om elektronisk telekommunikation i rättegångsärenden och är mera omfattande än dessa. Med lagen förtydligas förutsättningarna för elektronisk kommunikation i synnerhet i domstolar och hos utökningsmyndigheter. Lagen gäller elektroniskt anhängiggörande, behandling och tillkännagivande av ärenden. Enligt den nya lagen skall tjänster tillhandahållas i mån av de tekniska och ekonomiska färdigheterna. Klienten har alltså inte absolut rätt till elektronisk kommunikation. Om det vid anhängiggörande av ett ärende krävs en undertecknad handling, uppfylls kravet på underskrift också genom en elektronisk signatur som i praktiken skapas till exempel med ett elektroniskt personkort.

Lag om elektroniska signaturer (14/2003)

Lagen trädde i kraft i början av februari 2003. I den nya lagen föreskrivs bl.a. om verifieringen av elektroniska signaturer.

Lagar och förordningar som rör hälsovårdspersonalen

Lag om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården (559/1994)

Till exempel lagens kapitel 3 och 4 innehåller bestämmelserna om yrkesutbildade personers inom hälso- och sjukvården skyldigheter och rättigheter och kapitel 5 bestämmelserna om handledning och övervakning av yrkesutbildade personer. En yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården är skyldig att upprätthålla och utveckla den yrkesskicklighet som utövat av yrket förutsätter samt att göra sig förtrogen med de stadganden och föreskrifter som gäller yrkesutövningen. Arbetsgivaren för en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården skall göra det möjligt för personen i fråga att delta i behövlig yrkesinriktad fortbildning (18 §).

Folkhälsolag 41 § och lag om specialiserad sjukvård 10 §

Hälsovårdscentralen och samkommunen för sjukvårdsdistriktet skall se till att personalen inom hälsovården deltar i den kompletterande utbildning som ordnats för dem i den utsträckning som deras grundutbildning och befattningsbeskrivning förutsätter.

Social- och hälsovårdsministeriets förordning om fortbildning för personalen inom hälsovården (1194/2003)

Förordningen innehåller bestämmelser om bl.a. fortbildningens innehåll, kvalitetsbetingelser, kvantitet och ordnande.

Lag om kontroll av brottslig bakgrund hos personer som arbetar med barn (504/2002)

Lagen tillämpas på arbete som utförs i anställnings- eller tjänsteförhållande och som varaktigt och i väsentlig grad består i att utan vårdnadshavarens närvaro fostra, undervisa, sköta eller annars ta hand om minderåriga eller annars arbeta i personlig kontakt med minderåriga (1 §). Lagen tillämpas även på arbetstjänst som fullgörs av civiltjänstepliktiga, arbete som personer som deltar i arbetslivsträning, arbetspraktik eller arbetsprövning utför på en arbetsplats, familjevård som lämnas av familjevårdare samt

på serviceproducenter enligt lagen om tillsyn över privat socialservice och lagen om privat hälso- och sjukvård (2 §).

Arbetsgivaren skall kräva att en person visar upp ett straffregisterutdrag, när personen första gången anställs i eller utnämns till ovannämnda uppgifter (3 §). Om verksamhetsområdet för den som producerar privat socialservice eller privata hälso- och sjukvårdstjänster omfattar tjänster för minderåriga, skall länsstyrelsen innan den beviljar tillstånd kräva att en person vars arbete omfattar ovannämnda uppgifter visar upp ett straffregisterutdrag. Om en kommun har mottagit en anmälan enligt 6 § lagen om tillsyn över privat socialservice eller 28 § 1 mom. lagen om barndagvård, skall kommunen kräva att personen i fråga visar upp ett straffregisterutdrag (4 §).

Andra lagar och förordningar inom social- och hälsovården

Lag om smittsamma sjukdomar (583/1986)

I lagens 7 § konstateras att kommunerna skall inom sina områden organisera bekämpningen av smittsamma sjukdomar enligt denna lag som en del av folkhälsoarbetet. I lagens 11 § behandlas allmänna frivilliga vaccinerings- och hälsokontroller.

Förordning om smittsamma sjukdomar (786/1986)

I förordningen föreskrivs mera ingående om bl.a. förebyggande av smittsamma sjukdomar, vilka uppgifter som skall skötas av vem.

Social- och hälsovårdsministeriets förordning om vaccinationer samt om screening av smittsamma sjukdomar under graviditet (421/2004)

I en bilaga till förordningen har räknats upp de vacciner som används i det allmänna vaccineringsprogrammet. Där har även räknats upp de vacciner som skall ges till barn och ungdomar samt den rekommenderade vaccineringsåldern. Vaccineringsens allvarliga eller oväntade skadeverkningar skall rapporteras till Folkhälsoinstitutet.

Barnskyddslag (683/1983)

Som barn anses i barnskyddslagen den som inte fyllt aderton år och som ung person den som inte fyllt tjuugoett år. Enligt lagens 10 § skall barnets egna önskemål och egen åsikt beaktas, dess uppväxtförhållanden utredas samt olika barnskyddsåtgärders sannolika inverkan på dess utveckling bedömas, då barnets bästa klarläggs. Enligt 40 § är anställda inom social- och hälsovården, skolväsendet, polisväsendet eller en församling som fått vetskap om att barn är i behov av barnskydd skyldiga att utan dröjsmål göra en anmälan. Även en annan person kan göra sådan anmälan.

Om vuxen får social- och hälsovårdsservice, såsom vård på grund av rusmedelsmissbruk eller mentalvård, och har barn i sin vård, skall även barnets behov av vård och stöd beaktas (7 §).

Lag om missbrukarvård (41/1986)

Med rusmedel avses i denna lag alkoholdryck samt annat berusningsframkallande ämne (2 §). Enligt lagens 7 § skall service inom missbrukarvården tillhandahållas den som har problem som har samband med bruk av rusmedel samt hans familj och andra honom närstående personer. Service skall ges med hänsyn till missbrukarens, hans familjs och andra honom närstående personers behov av hjälp, stöd och vård. I lagens 9 § förpliktas inom missbrukarvården verksamma myndigheter och samfund samarbeta

med varandra och konstateras att särskild uppmärksamhet skall ägnas bl.a. det inbördes samarbetet mellan missbrukarvården å ena sidan och den övriga social- och hälsovården, skolväsendet, ungdomsverksamheten och polisen å den andra.

Lag om nykterhetsarbete (828/1982)

Enligt lagens 4 § skall det organ som ansvarar för nykterhetsarbetet i synnerhet samarbeta med kommunens hälsovårds-, social- och skolväsen.

Lag om åtgärder för inskränkande av tobaksrökning (693/1976)

I lagens 12 § förbjuds tobaksrökning i lokaler som är avsedda för barn på daghem eller elever vid läroanstalter samt på daghems eller läroanstalters sådana utomhusområden som främst är avsedda för personer som inte fyllt aderton år.

Socialvårdslag (710/1982)

Enligt lagens 54 § skall det organ som tar hand om uppgifter i anslutning till verkställandet av socialvården vid behov samarbeta med kommunens övriga myndigheter, med organen i grannkommunerna och med sådana organ som tar hand om uppgifterna i anslutning till verkställandet av folkhälsoarbetet likaså med samfund som i kommunen bedriver verksamhet som har samband med kommunens socialvårdsuppgifter.

Socialvårdsförordning (607/1983)

Enligt förordningens 1 § skall nämnden verka för att sociala synpunkter beaktas inom kommunens olika funktioner, såsom hälsovården. Då socialnämnden fullgör sina uppgifter, skall den samarbeta med andra myndigheter och samfund samt med invånarna. Den skall också taga initiativ, avge utlåtanden och lämna annan sakkunnig hjälp. (2 §).

Lag om barndagvård (36/1973)

Dagvården skall i fråga om sanitära och övriga förhållanden vara lämplig för barn och för vård och fostran av barn (6 §). För sammanjämkning av rehabiliteringen av barn som är i behov av speciell vård och fostran utarbetas enligt lagens 7 § en rehabiliteringsplan för barnet i samarbete med barnets föräldrar och vid behov med annan socialvård samt hälsovården och skolväsendet inom kommunen.

Förordning om barndagvård (239/1973)

När till daghemmet tas ett barn som är i behov av särskild vård eller fostran, skall ett utlåtande om barnet begäras av en läkare som är specialist på området eller av någon annan sakkunnig (2 §). Socialnämnden skall, sedan anmälan om bedrivande av barndagvårdsverksamhet inkommit, omedelbart verkställa granskning på dagvårdsplatsen samt tillse, att dagvårdsplatsen och den vård som där meddelas uppfyller de sanitära och andra fordringar som uppställts för dagvården (11 §).

Andra lagar i anslutning till rådgivningsarbetet

Strafflag (39 /1889, 578/1995, 563/1998)

I strafflagens 20:e kapitel definieras följande brott som sexualbrott:

Våldtäkt, grov våldtäkt, tvingande till samlag, tvingande till sexuell handling, sexuell utnyttjande, sexuell utnyttjande av barn, grovt sexuell utnyttjande av barn, köp av sexuella tjänster av ung person, koppleri (1–9 §).

Om de riktats mot en under 18-åring är nästan alla sexualbrott i strafflagens 20:e kapitel brott som hör under allmänt åtal och om vilka polisen skall utföra förundersökning när polisen får vetskap om ett eventuellt brott. Bland annat köp av sexuella tjänster av under 18-årig person är ett brott som hör under allmänt åtal. Även en sexuell handling eller ett samlag som riktats till under 16-åringar är ett brott som hör under allmänt åtal. Ovannämnda handlingar anses emellertid inte vara sexuell utnyttjande av barn om det inte finns en stor skillnad i parternas ålder eller psykiska och fysiska mognad. Även försök till dessa brott är straffbara.

Dessutom är det skäl att nämna vissa brott i strafflagens 17:e kapitel: spridning av pornografisk bild, olaglig visning eller spridning av bildprogram bland minderåriga, innehav av barnpornografisk bild, sedlighetssårande marknadsföring, offentlig kränkning av sedligheten, samlag med nära släkting (18–22 §).

I strafflagens 21:a kapitel regleras brott mot liv och hälsa. I kapitlet har definierats bland annat följande brott: barnadråp, misshandel, grov misshandel, lindrig misshandel, vållande av personskada, grovt vållande av personskada, deltagande i slagsmål, framkallande av fara, utsättande, försummande av räddningsåtgärd (4–7 § och 10–15 §).

Om de brott som avses i strafflagens 21:a kapitel riktas mot en under 15-årig person är de alla med undantag av vållande av personskada brott som hör under allmänt åtal och om vilka polisen skall utföra förundersökning när polisen får vetskap om ett eventuellt brott. När offret har fyllt 15 år, blir lindrig misshandel ett målsägandebrott. Det är skäl att märka att kännetecken på misshandel uppfylls alltid när offret orsakas smärta.

Lag angående vårdnad om barn och umgängesrätt (361/1983)

Barn bör uppfostras så att det får förståelse, trygghet och ömhet. Barnet får inte undertryckas, agas eller utsättas för annan kränkande behandling. Barnet bör stödas och uppmuntras i sin utveckling till självständighet, ansvarsfullhet och vuxenhet (1 §).

Lag om grundläggande utbildning (628/1998)

Elever som till följd av handikapp, sjukdom, försenad utveckling, störningar i känslolivet eller av någon annan därmed jämförbar orsak annars inte kan undervisas skall intas eller överföras till specialundervisning (17 §).

Lag om registrerat partnerskap (950/2001)

I lagen regleras registrering av partnerskap mellan två personer av samma kön vilka vardera fyllt 18 år samt registreringens rättsverknings.

HÄLSOVÅRDARENS OCH LÄKARENS DIMENSIONERINGSKALKYL

Barnrådgivningshälsovårdarens årliga arbetstid och antalet barn på hans/hennes ansvar, om det finns en vikarie under semestern

Excel-tabell; i de skuggade fälten kan talen förändras, varvid slutresultatet ändras.

Veckor per år	52	veckor		
Timmar per vecka	38,25	timmar		
Arbetstimmar i teorin per år	1989	timmar		
10 söckenhelger per år	2	veckor	=	76,5 timmar
5 sjukdagar per år	1	veckor	=	38,25 timmar
Utbildning 10 dagar per år	2	veckor	=	76,5 timmar
Av ovannämnda återstår veckor/år	47	veckor/år		1797 timmar per år
Möten med resor	4	timmar/vecka		
Möten med resor per år	188	timmar/vecka		
Mat- och kaffepauser	2,5	timmar/vecka	(förutsatt, att hv gör period-	
Mat- och kaffepauser per år	117,5	timmar/vecka	arbetstid, då matpausen är	
Kontors- och telefontid	8	timmar/vecka	20 min. och kaffepausen	
Kontorsarbete per år	376	timmar/år	10 min. ingår i arbetstiden)	
Handledning	0,5	timmar/vecka		
Handledning per år	23,5	timmar/år		
Handledning av studerande	0,5	timmar/vecka		
Handledning av studerande per år	23,5	timmar/år		
Möten, kontor, tfn, handl, handl. av stud. sammanl./år				728,5 timmar/år
av ovannämnda återstår arbetstid				1 069 timmar/år
Föräldragrupper eller grupprådgivning				
3 grupper	8	möten med grupper		
tid för varje möte	3	timmar		
Sammanlagt				72 timmar/år
Arbetstid återstår för mottagningsarbete				997,3 timmar/år
Reserveras "för extra besök" =inom ett år	15 %	av mottagningsarbetstiden		
	149,6	timmar/år		
För rutinmässiga återkommande kontroller återstår				847,7 timmar/år

Till rutinmässiga återkommande kontroller går:

För FÖRSTFÖDDA	2	hembesök	à	1,50	timmar	
	8	kontroller	à	1	timmar	/ 1-åring och mindre än
	2	kontroller	à	1	timmar	/1,5-åring och 2-åring
	1	kontroll	à	1	timme	/3-åring
	1	kontroll	à	1	timme	/4-åring
	1	kontroll	à	1,5	timmar	/5-åring
	1	kontroll	à	1	timme	/6-åring
Tillsammans under 7 år				17,5		/förstfödd

För ÖVRIGA BARN	1	hembesök	à	1,50	timmar	/under 1 år gammalt barn
	8	kontroller	à	0,75	timmar	/1-åring och mindre än
	1	kontroll	à	0,75	timmar	/1,5-åring
	1	kontroll	à	1	timme	/2-åring
	1	kontroll	à	1	timme	/3-åring
	1	kontroll	à	1	timme	/4-åring
	1	kontroll	à	1,5	timmar	/5-åring
	1	kontroll	à	1	timme	/6-åring
Tillsammans under 7 år				13,75		/andra eller senare barn

40 % av alla barn som föds är förstfödda

Rutinmässigt uppföljd populationsstorlek **389 barn / heltidsanställd rådgivningshälsovårdare**

$$(17,5 \text{ timmar} \times 0,4 \times X + 13,75 \text{ timmar} \times 0,6 \times X = 823 \times X \Leftrightarrow X = 823 / (17,5 \times 0,4 + 13,75 \times 0,6) \times 7)$$

Kontrollkalkyl

Om populationens storlek är	389,	varje årskull =	55,6	barn
extra	0,5 t	besök kan under året ges till:		
	100 %	av under 1-åriga barn, dvs. till	56	av de under 1-åriga barnen (dvs. t.ex. ett besök till varje barn eller tre besök till vart tredje barn, och därtöver:)
extra kontroll 1-7 år på	70 %	av barnen över 1 år	233	1-7-åringar
sammanlagt			289	barn
För dessa extra besök behövs arbetstid			144,5	timmar/år,
ovan hade det reserverats			149,6	timmar/år

Alternativt kan anordnas

extra besök	1,5 t	hos 50 %	av barnen under 1 år	28	under 1 år
vilket tar arbetstid				41,7	timmar/år
kvarstår ännu	0,5 t	för besök		107,9	timmar
dvs.				216	extra besök
vilket betyder extra besök hos mera än vartannat barn					

Barnrådgivningshälsovårdarens årliga arbetstid och antalet barn på hans/hennes ansvar, om det inte finns en vikarie under semestern

Excel-tabell; i de skuggade fälten kan talen förändras, varvid slutresultatet ändras.

Veckor per år	52	veckor	
Timmar per vecka	38,25	timmar	
Semester kvarstår	5	veckor/år	
Arbetstimmar i teorin per år	47	veckor/år	
10 söckenhelger per år	1989	timmar	
5 sjukdagar per år	2	viikko	= 76,5 timmar
Utbildning 10 dagar per år	1	veckor	= 38,25 timmar
Av ovannämnda återstår veckor/år	2	veckor	= 76,5 timmar
	42	veckor/år	1607 timmar/ år
Möten med resor	4	timmar/vecka	
Möten med resor per år	188	timmar/vecka	
Mat- och kaffepauser	2,5	timmar/vecka	(förutsatt, att hv gör period-
Mat- och kaffepauser per år	117,5	timmar/vecka	arbetstid, då matpausen är
Kontors- och telefontid	8	timmar/vecka	20 min. och kaffepausen
Kontorsarbete per år	336	timmar/år	10 min. ingår i arbetstiden)
Handledning	0,5	timmar/vecka	
Handledning per år	21	timmar/år	
Handledning av studerande	0,5	timmar/vecka	
Handledning av studerande per år	21	timmar/år	
Möten, kontor, tfn, handl, handl. av stud. sammanl./år			683,5 timmar/år
av ovannämnda återstår arbetstid			923 timmar/år
Föräldragrupper eller grupprådgivning			
3 grupper	6	möten med grupper	
tid för varje möte	3	timmar	
Sammanlagt			54 timmar/år
För mottagningsarbete återstår arbetstidn			869 timmar/år
Reserveras "för extra besök"	15 %	av mottagningsarbetstiden	
=inom ett år	130,4	timmar/år	
För rutinmässiga återkommande kontroller återstår			738,7 timmar/år

Till rutinmässiga återkommande kontroller går:

För FÖRSTFÖDDA	2	hembesök	à	1,50	timmar	
	8	kontroller	à	1	timmar	/ 1-åring och mindre än
	2	kontroller	à	1	timmar	/1,5-åring och 2-åring
	1	kontroll	à	1	timme	/3-åring
	1	kontroll	à	1	timme	/4-åring
	1	kontroll	à	1,5	timmar	/5-åring
	1	kontroll	à	1	timme	/6-åring
Tillsammans under 7 år				17,5		/förstfödd

För ÖVRIGA BARN	1	hembesök	à	1,50	timmar	/under 1 år gammalt barn
	8	kontroller	à	0,75	timmar	/1-åring och mindre än
	1	kontroll	à	0,75	timmar	/1,5-åring
	1	kontroll	à	1	timme	/2-åring
	1	kontroll	à	1	timme	/3-åring
	1	kontroll	à	1	timme	/4-åring
	1	kontroll	à	1,5	timmar	/5-åring
	1	kontroll	à	1	timme	/6-åring
Tillsammans under 7 år				13,75		/andra eller senare barn

40 % av alla barn som föds är förstfödda

Rutinmässigt uppföljd populationsstorlek **339 barn / heltidsanställd rådgivningshälsovårdare**

Kontrollkalkyl

Om populationens storlek är	339	är varje årskull =	48,4	barn
extra besök på	0,5 t	kan under året erbjudas för		
ett barn under 1 år	100 %	av 1-åringarna	48	barn under 1år
(dvs. t.ex. ett besök till varje barn eller tre besök till vart tredje barn, och därutöver:)				
extra kontroll 1-7 år	70 %	av barnen över 1 år	203	1-7-åringar
sammanlagt			252	barn
För dessa extra besök behövs arbetstid			125,9	timmar/år,
ovan hade reserverats			130,4	timmar/år

Alternativt kan anordnas

extra besök	1,5 t hos	50 %	av barn under 1 år	24	barn under ett år
vilket tar arbetstid				36,3	timmar/år
kvarstår ännu	0,5 t	för besök		94,0	timmar,
			dvs.	188	extra besök,
			vilket innebär extra besök hos mera än		
			vartannat barn		

Barnrådgivningsläkarens årliga arbetstid och antalet barn på hans/hennes ansvar, om det finns en vikarie under semestern

Excel-tabellen; i de skuggade fälten kan talen förändras, varvid slutresultatet ändras.

Veckor per år	52	veckor		
Timmar i veckan	37	timmar		
Arbetstimmar i teorin per år	1924	timmar		
10 söckenhelger per år	2	veckor	=	74 timmar
5 sjukdagar per år	1	veckor	=	37 timmar
Utbildning 10 dagar per år	2	veckor	=	74 timmar
Av ovannämnda återstår veckor/år	47	veckor/år		1739 timmar/år

Möten med resor	4	timmar/vecka		
Möten med resor per år	188	timmar/vecka		
Kontorsarbete	5	timmar/vecka		
Kontorsarbete per år	235	timmar/år		
Planerings- och uppföljningsarbete	1	timme/vecka		
Planerings- och uppföljningsarbete per år	47	timmar/år		
Granskning av lab.resultat	1	timme/vecka		
Granskning av lab.resultat per år	47	timmar/år		
Telefontiden	2	timmar/vecka		
Telefontiden per år	94	timmar/år		
Måltider	1,67	timmar/vecka		
Måltider per år	78,3	timmar/år		
Möten, kontoret, plan., lab, tfn, måltider sammanlagt/år				689,3 timmar/år
av ovannämnda återstår patienttid				1 050 timmar/år

Reserveras "för extra besök"	25 %	patientarbetstiden		
=inom ett år	262,4	timmar/år		
För rutinmässiga återkommande kontroller återstår				787,3 timmar/år

Till rutinmässiga återkommande kontroller hör:

4 gånger	0,50	timmar	0-7 år
sammanlagt	2,00	timmar	0-7 år
inom ett år	0,29	timmar/barn	inom ett år

Populationsstorlek som skall uppföljas rutinmässigt

2 755 barn/heltidsanställd rådgivningsläkare

Kontrollkalkyl

Om populationens storlek är	2 755	för varje årskull =	393,6	barn
för extra besök bör reserveras				
extra kontroll under 1 år	50 %	av barn under 1 år	197	barn under 1 år
extra kontroll 1–7 år	15 %		354	1–7 åringar
sammanlagt			551	barn
För dessa extra besök behövs en arbetstid av			276	timmar/år,
ovan hade det reserverats			262	timmar/år

I praktiken innebär detta att en extra kontroll kan ordnas för t.ex.

25 % av 4 månaders barn

25 % av barn under 1 år

För 1–7-åringar kan anordnas antingen i genomsnitt

0,9 extra besök under rådgivningsåldern

eller för vartannat barn kan anordnas 1,8 extra besök under rådgivningsåldern

eller för vart fjärde barn kan anordnas 3,6 extra besök under rådgivningsåldern

Barnrådgivningsläkarens årliga arbetstid och antalet barn på hans/hennes ansvar, om det inte finns en vikarie under semestern

Excel-tabell; i de skuggade fälten kan talen förändras, varvid slutresultatet ändras.

Veckor per år	52	veckor		
Timmar i veckan	37	timmar		
Semester i genomsnitt	5	veckor/år		
återstår	47	veckor/år		
I teorin	1924	arbetstimmar per år		
10 söckenhelger per år	2	veckor	=	74 timmar
5 sjukdagar per år	1	veckor	=	37 timmar
Utbildning 10 dagar per år	2	veckor	=	74 timmar
Av ovannämnda återstår veckor/år	42	veckor/ år		1554 timmar/år
Möten med resor	4	timmar/vecka		
Möten med resor per år	188	timmar/vecka		
Kontorsarbete	5	timmar/vecka		
Kontorsarbete per år	210	timmar/år		
Planerings- och uppföljningsarbete	1	timme/vecka		
Planerings- och uppföljnings- arbete per år	42	timmar/år		
Granskning av lab.resultat	1	timme/vecka		
Granskning av lab.resultat per år	42	timmar/år		
Telefontiden	2	timmar/vecka		
Telefontiden per år	84	timmar/år		
Måltider	1,67	timmar/vecka		
Måltider per år	70	timmar/år		
Möten, kontoret, plan., lab, telefon, måltider sammanl. / år	636	timmar/år		
av ovannämnda återstår patienttid				918 timmar/år
Reserveras "för extra besök"	25 %	av patientarbetstiden		
=inom ett år	229,5	timmar/år		
Rutinmässiga återkommande kontroller				688,5 timmar/år
Åt rutinmässiga återkommande kontroller går:				
4 kertaa	0,50	timmar	0-7 år	
sammanlagt	2,00	timmar	0-7 år	
inom ett år	0,29	timmar/barn	inom ett år	

Populationsstorlek som skall
uppföljas rutinmässigt

**2 410 barn/heltidsanställd
rådgivningsläkare**

Kontrollkalkyl

Om populationens storlek är	2 410	är varje årskull =	344,3	barn
för extra besök bör reserveras				
extra kontroll under 1 år	50 %	av barn under 1 år	172	arn under 1 år
extra kontroll 1–7 år	15 %		310	1–7 åringar
sammanlagt			482	barn
För dessa extra besök behövs arbetstid			241	timmar/år,
ovan hade det reserverats			230	timmar/år

Blankettmodell

**SAMTYCKE TILL ATT SEKRETESSBELAGDA UPPGIFTER KAN
UTLÄMNAS I MULTIPROFESSIONELLT SAMARBETE**

Person som ber om samtycke samt personens arbetsuppgift

Kund/patient

Kundens/patientens personbeteckning

Person som ger sitt samtycke

Personbeteckning för person som ger sitt samtycke

Överlåtare av information

Mottagare av den överlåtna informationen

Informationen som utlämnas består av (ändamålsenligt specificerad)

.....

Sammanhang

.....

Informationen används till (ändamålet)

.....

Samtycket är giltigt under tiden

Jag samtycker till överlåtelsen av ovannämnda information för att underlätta anordnandet av service/undersökning/vård för mig och det/de barn som jag har omvårdnad om. Jag har gett mitt samtycke frivilligt. Innan jag gett mitt samtycke har jag blivit informerad om samarbetet mellan den som överläter och den som mottar informationen och om hur informationen behandlas. Jag kan när som helst återkalla mitt samtycke genom att meddela om upphävandet till hälsovårdaren eller läkaren/den som bitt om samtycket vid rådgivningsbyrån.

.....

Tid och plats

Underskrift av den som ger sitt samtycke
(namnförtydligande)

.....

Tid och plats

Underskrift av den som mottar samtycket
(namnförtydligande)

ANVISNINGAR FÖR IFYLLET AV BLANKETTEN OM SAMTYCKE

Person som ber om samtycke

Hälsovårdare eller läkare vid rådgivningsbyrån, psykolog vid familjerådgivningen, socialarbetare, familjearbetare, arbetstagare vid daghem eller socialarbetare vid familjerådgivningen eller en annan person som hör till familjeservicenätverket/arbetsgrupp vid rådgivningsbyrån, som på grund av sina arbetsuppgifter har rätt att be om samtycke. Personen som ber om samtycke bör ha en yrkesanknytning till kunden/patienten (t.ex. vårdgivar-/vårdtagarrelation). I blanketten är det skäl att fylla i arbetsuppgiften för personen som ber om samtycket.

Kund/patient

Personen om vilken det är meningen att utlämna information. Kunden/patienten bör specificeras särskilt för de situationer i vilka personen som bett om samtycket fungerar som kundens/patientens rättsliga ombud. Blanketten bör innehålla kundens/patientens namn och personbeteckning.

Person som ger sitt samtycke

Kunden/patienten eller hans/hennes juridiska ombud. Blanketten bör innehålla namn och personbeteckning på personen som ger sitt samtycke.

Överlåtare av information

Rådgivningsbyrå, familjerådgivning, daghem, serviceenhet eller annan verksamhetsenhet inom socialvården, som ombes att överlåta information och som är registeransvarig för den omedda informationen. Ett och samma samtycke kan innehålla flera överlåtare av information. Dessa ska specificeras.

Mottagare av den överlättna informationen

Rådgivningsbyrå, familjerådgivning, daghem, serviceenhet eller annan verksamhetsenhet inom socialvården till vilken uppgifter om kunden/patienten utlämnas. Mottagaren av den överlättna informationen bör ha en yrkesanknytning till kunden/patienten (t.ex. vårdgivar-/vårdtagarrelation). Ett och samma samtycke kan innehålla flera informationsmottagare. Dessa ska specificeras.

Information som överläts

De uppgifter till vilka kunden/patienten ger sitt samtycke om att överlätas. De uppgifter som samtycket gäller ska specificeras på ett ändamålsenligt sätt, t.ex. barnets undersökningsresultat,

barnets välbefinnande, lekar och utveckling, familjesituationen med tanke på barnets välbefinnande och utveckling. Så kallade öppna samtycken kan enligt personuppgiftslagen inte tillämpas. Det är önskvärt att uppgifterna är relevanta för de aktuella användningssyftena. Det är också skäl att specificera vilken tidsperiod de utlämnade uppgifterna härstammar från. Ifall ett och samma samtycke innehåller uppgifter om många överlåtare av information ska de uppgifter som överläts specificeras i enlighet med var och en överlåtande (dvs. registeransvarig) instans.

Sammanhang

Med sammanhang avses den vård-/servicehelhet som kunden/patienten tar del av i egenskap av t.ex. kund vid rådgivning, daghem, tandvård eller dylikt. Sammanhanget ska specificeras så långt det är möjligt, t.ex. besök på jouten, ordnande av fortsatt vård, understödande av utveckling etc.

Användningsändamål

Utredning över vad uppgifterna behövs till. Användningssyftet ska specificeras så detaljerat som möjligt. Undvik allmänna beskrivningar såsom "vård av patienten" ifall det är möjligt att ge en mera ingående beskrivning. I vissa fall är det enkelt att specificera användningssyftet i ordalag som "att stöda barnets språkliga utveckling". Ibland behövs en vidare infallsvinkel, t.ex. "att stöda barnets sunda utveckling och tillväxt" eller "att bota barnet från dess sjukdom". Det är viktigt att kunden/patienten blir välinformerad om och förstår till vilka ändamål de överlätna uppgifterna används. Man bör dock inte uppge kundens/patientens problem åt mottagaren av informationen på initiativ av överlåtaren av informationen. Däremot kan man berätta om problemet ifall patienten har gett sitt samtycke och uttryckt sin önskan om detta.

Samtyckets giltighet

Samtycket kan gälla tidigast från och med den tidpunkt personen gett sitt samtycke. Det är i allmänhet inte ändamålsenligt eller möjligt att uppge ett exakt datum då samtycket upphör. Istället kan man förknippa giltighetstiden med sammanhanget och användningssyftet så att giltigheten tar slut t.ex. i samband med ett visst planerat ingrepp eller en uppföljnings-/vårdperiod. Samtycket kan också ges så att det är ikraft tillsvidare. Personen som gett sitt samtycke kan återta det när som helst.

EXEMPEL PÅ INDIKATORER SOM GÄLLER BARN OCH BARNFAMILJER

Indikator	Källa	Regionnivå	Observationsintervall
Antalet barn i åldern 0–17-år som bor i fattiga familjer	Statistikcentralen, inkomstfördelningsstatistik	Kommun	1 år
%-andelen av de barnfamiljer som fått utkomststöd av alla familjer	Kommunstatistiker Sotka: antal utan relatering	Kommun	1 år
Omhändertagnas andel av 0–17-åringar under året (de som placerats utanför hemmet)	Stakes: barnskyddsregister	Kommun	1 år
De barns andel av åldersklassen som är barnskyddets klienter	Stakes: barnskyddsregister	Kommun	1 år
Andelen av dem som råkat ut för familjevåld av 0–17-åringarna	Polisens hembeselekstatistik	Hela landet	1 år
Barnfamiljernas arbetslöshetsgrad	Statistikcentralen	Kommun	1 år
Andelen av familjer med bara en förälder av alla barnfamiljer	Statistikcentralen: befolkning	Kommun	1 år
Trångt boende barnshushålls andel av barnshushållen	Statistikcentralen: boendeförhållanden	Kommun	1 år
Andelen av dem som vårdats på sjukhus på grund av olycksfall av 0–14-åringarna i de vanligaste olyckskategorierna	Stakes: utskrivningsrapport register	Storområde, kommun	1 år 1–5 år
Andelen av dem som är berättigade till specialersatta läkemedel av 0–14-åringarna	Fpas register över specialersatta läkemedel	Kommun eller storområde	1 år
Specialiserade sjukvårdens öppenvårdsbesök, barnpsykiatri	Stakes: primärvårdens verksamhetsstatistik	Kommun	1 år
Dödligheten hos 1–4-åringar: olyckor, sjukdomar, sammanlagt	Statistikcentralen: dödsorsaker	Hela landet, storområde	1 år 5 år
Psykiatrins barnpatienter som vårdats på kommunala sjukhus (0–14/15 åringar)	Stakes: utskrivningsregister	Kommun	1 år
Andel av upp till 4 månaders ålder helammade barn, % av alla spädbarn i motsvarande ålder	Kommunstatistiker (rådgivningskorts uppgifter) SHM enkät.	Län Hälsocentral	5 år
Munnens hälsa: D-index hos 6-åringar, % av barnen i motsvarande ålder	Kommunstatistiker: tandvård	Kommun	
Utbredning av de sjukdomar som förebyggs med basvaccinationsprogrammet	FHI: Registret för smittsamma sjukdomar	Hela landet	1 år
Andelen av fullständigt vaccinerade av 2-åringarna	FHI: i framtiden vaccinationsregistret	Kommun	2 år

Exempel på indikatorer som gäller föräldrar

<i>Indikator</i>	<i>Källa</i>	<i>Regionnivå</i>	<i>Observationsintervall</i>
Deras andel av åldersgruppen som upplever sitt hälsotillstånd som dåligt eller medelmåttigt	FHI: AVTK	Storområde	1–2 år
Deras andel som röker dagligen eller Rökande familjers (moderns och/eller faderns) andel av barnrådgivningens klientfamiljer	FHI: AVTK Barnrådgivningskort	Storområde	1 år
Deras andel som motionerar (fritidsmotion eller motion på arbetsresan)	FHI: AVTK	Storområde	1 år

FHI= Folkhälsoinstitutet

AVTK= Vuxenbefolkningens hälsobeteende

WEBSIDOR SOM STÖDER UTVECKLINGEN AV RÅDGIVNINGSVERKSAMHETEN

Organisationens eller adressens namn	Webbplatsens adress	Beskrivning av verksamheten med tanke på rådgivningsarbetet
A-kliniken	www.a-klinikka.fi	Information om vård och forskning av missbrukssjukdomar, föräldrarnas missbruksproblem ur barnets synvinkel, bl.a. informations-, utbildnings- och forskningsprojektet En glasskör barndom
Föräldrar till adoptivbarn rf.	www.adoptio.org	Organisationen stöder familjer i adoptionsprocessens olika skeden. Information om utbildnings- och diskussionsmöten och material, bl.a. informationspaketet.
Cochrane-biblioteket	www.cochrane.org/index0.htm	Databas om undersökningar som har utvärderat olika metoders effektivitet i hälsovården.
Livsmedelsverket	www.elintarvikevirasto.fi	Information om livsmedlens säkerhet och hälsosam kost.
Förbundet för mödra- och skyddshem	www.ensijaturvako-tienliitto.fi	Information om förbundets öppna tjänster och utvecklingsprojekt (bl.a. familjevård, baby blues-tjänsten och sömnskolan) samt hjälp för föräldrarna i olika problemsituationer.
Sällsynta sjukdomar	www.harvinaiset.org , www.sos.se/smkh http://rarediseases.info.nih.gov/	Information om små handikappgrupper och sällsynta sjukdomar på finska, svenska och engelska.
Stöd för amning	www.lapsiperhe.net/itu	Information till babyfamiljer, framförallt om amning. Sändlistan fungerar som en stödgrupp för mammor som ammar.
Familjeforskningsenheten vid Jyväskylä universitet	www.jyu.fi/pty	Forskningsresultat om barndomen, familjen och föräldraskapet samt uppgifter om utvecklingen på området.
Det nationella alkoholprogrammet 2004–2007 (SHM)	www.alkoholi-ohjelma.fi	Bl.a. tips för dem som minskar på sitt alkoholbruk. Beställning av formuläret 10 personliga frågor om alkoholbruk.
Folkpensionsanstalten	www.kela.fi	Information om barnfamiljernas förmåner såsom vårdbidraget för ett sjukt barn, barnbidraget, adoptionsbidraget och föräldraledigheten.
Folkhälsoinstitutet	www.ktl.fi	Information om levnadssätt, finländarnas hälsa, näring, turisternas hälsa. Information om vaccin och vaccinationer. Statistiker och register.

<i>Organisationens eller adressens namn</i>	<i>Webbplatsens adress</i>	<i>Beskrivning av verksamheten med tanke på rådgivningsarbetet</i>
Kasvisperheet	www.lapsiperhe.net/kasvisperheet	Kasvisperheet-e-postlistans webbsidor. Lista för näringsmässig, hälsomässig och etisk diskussion om vegetarism.
Förbundet Utvecklingshämning	www.kehitysvamma-liitto.fi	Information om utvecklingshämning, bl.a. FAS-syndrom.
Rehabiliteringscentralen för torterade	www.hdl.fi/maahanmuuttajat/kidutettujen_kunt.htm	Rehabiliteringscentralen bedömer, vårdar och rehabiliterar flyktingar som blivit offer för tortyr och deras anhöriga.
KokoNainen-projektet	www.ihmisoikeus-liitto.fi	Information om invandrarflickors och -kvinnors omskärelse.
Förebyggande av hemolycksfall	www.kotitapaturma.fi	Information om förebyggande av hemolycksfall.
Familjeföreningen plötslig spädbarnsdöd och barndöd rf. Käpy	www.kapy.fi	Föreningen stöder de föräldrar som mist sitt barn under graviditeten, i förlossningen eller genast efter förlossningen.
Lapsettomien tuki ry. Simpukka-projektet.	www.lapsettomien-tuki.net	På sidorna finns information om barnlöshet och psykosocialt stöd för barnlösa familjer.
Barnfamiljernas Intresseorganisation rf.	www.lapsiperheet.net	Information om intresseorganisationens verksamhet. På sidorna finns bl.a. en e-postlista för medlemmarna.
Lasten endokriologian käsikirja	www.lastenendo.sci.fi	På sidorna finns bl.a. regler för screening av tillväxt och anvisningar om tillvägagångssätt när man befarar olika endokrinologiska störningar.
Vårdprogram för övervikt hos barn	www.terveysportti.fi	Det av HNS-Hyvinge distriktet utgivna regionala vårdprogrammet för barn med övervikt. Avgiftsbelagt.
Centralförbundet för barnskydd	www.lskl.fi	Information om projekt, utbildning och publikationer som har att göra med barnskydd.
Trafiksäkerhet	www.liikenneturva.fi	Information om trafiksäkerhet, bl.a. barnet i bilen och barnsitsar och släpvagnar.
Invandrarbroschyrer	maahanmuuttajaesitteet">www.stm.fi->maahanmuuttajaesitteet	Invandrarbroschyrer på flera olika språk, bl.a. om könsstympning.
Invandrare och primärhälsovården.	www.terveysportti.fi	Handbok för läkare (Lääkäriin käsikirja) på en avgiftsbelagd Internet-adress.
Migrationsbiblioteket	www.mol.fi/migration/mamuki.html	Litteratur om invandrare och invandring.

<i>Organisationens eller adressens namn</i>	<i>Webbplatsens adress</i>	<i>Beskrivning av verksamheten med tanke på rådgivningsarbetet</i>
Mannerheims Barnskyddsförbund	www.mll.fi	Information om förbundets servicetelefoner, familjecaféer, hemservice, barnuppfostran och förbundets projekt, publikationer och produkter.
Giftinformationscentralen	www.hus.fi ->myrkytyskeskus	Första hjälpen-anvisningar, ämnesförteckning, giftiga svampar och växter, teratologisk informationstjänst, publikationer m.m.
Kvinnolinjen	www.naistenlinja.com	En samtalstjänst för kvinnor och flickor som blivit utsatta för våld eller hot av våld.
Utvecklings- och forskningscentralen för rådgivningsarbetet för mödra- och barnavård	www.uku.fi /neuvola-keskus	Ett nationellt nätverk för rådgivningsarbetet för mödra- och barnavård, som utvecklar och stöder rådgivningsarbetet. Det anordnar bl.a. rådgivningsdagarna och samlar information till stöd för rådgivningsarbetet.
Rädda Barnen rf	www.pela.fi	Information om fosterfamilj- och stödfamiljverksamhet samt adoption.
Polisen	www.poliisi.fi	Grundläggande information om polisens arbete. Barnärenden bl.a. polisens verksamhet i en situation med familjevåld.
Ravitsemusterapeutien yhdistys	www.ravitsemusterapeutienyhdistys.fi/	Aktuell näringsinformation.
Seksuaaliterveyden osaamiskeskus	www.jypoly.fi/sote/seksuaaliterveydenosaamiskeskus.htm	Information om sexologi och familjeplanering.
Sexualhälsokliniken	www.seksuaaliterveys.org	Innehåller bl.a. kontaktuppgifter till Befolkningsförbundets familjenätverks rådgivningstelefon och e-rådgivning.
Social- och hälsovårdsministeriet	www.stm.fi	Nationell, aktuell information om social- och hälsovården, bl.a. publikationer.
Stakes	www.stakes.fi	Den nationella forsknings- och utvecklingscentralen för social- och hälsovården.
Stakes: Grupp Barndom och familj	www.stakes.fi/hyvinvointi/lape/index.html	Uppgifter om projekt som har att göra med barndomen och familjen. T.ex. projekten Babyer och barnskydd samt Föräldraskapets tid
Stakes: Portalen Neuvoa antavat	www.stakes.fi/neuvoa-antavat	En förebyggande tjänst som upprätthålls av rusmedelsarbetsgruppen. Uppgifter bl.a. om miniintervention.
Stakes: Tejo-projektet	www.stakes.fi/hyvinvointi/khs/johtamishanke	Lokala strukturer för och styrning av främjandet av hälsa och välbefinnande i kommunerna (TEJO). Välfärdsindikatorer.

<i>Organisationens eller adressens namn</i>	<i>Webbplatsens adress</i>	<i>Beskrivning av verksamheten med tanke på rådgivningsarbetet</i>
Stakes: Den fungerande familjen-projektet	www.stakes.fi/lapse-tjanuoret/toimivapere/yhteystiedot.htm	Uppgifter om projektet som syftar till att stöda familjer som lider av mentala problem.
Stakes: En interaktiv portal för förskolepedagogik	www.stakes.fi/vartua	Mångsidig information om förskolepedagogik. Ett diskussionsforum för olika aktörer inom förskolepedagogiken.
Stakes: Nätverksundersökning och utvecklingsmetoder	www.stakes.fi/hyvinvointi/verk	Uppgifter om det av Stakes med samarbetspartner genomförda projektet Tidigt ingripande (Varpu).
Stakes: Enheten för utvärdering av medicinsk metodik FinOHTA.	www.stakes.fi/finnohta/	På sidorna finns bl.a. en webbversion av alla FinOHTAs undersökningar. Tidningen Impakti.
Stakes: Integritetsskyddet	www.stakes.fi/oske/tietosuoja/suoja.htm	Integritetsskydd, sekretess och dataskydd inom social- och hälsovården.
Finlands evangelisk-lutherska kyrka	www.evl.fi	Uppgifter om kyrkans barn- och familjearbete, parrelationskurser och andra familjestödformer.
Finlands Kommunförbund	www.kuntaliitto.fi	Uppgifter om de tjänster som kommunerna riktar till barn och ungdomar samt om utvecklingsprojekt och lagstiftning som rör dem.
Förbundet för uppfostrings- och familjerådgivning i Finland	www.kolumbus.fi/suomenkasper/	Förbundets uppgift är att utveckla uppfostrings- och familjerådgivningsarbete bl.a. genom att undersöka samhällliga företeelser.
Finlands lag- och författningssamlingar	www.finlex.fi	Uppgifter om alla lagar och författningar som stiftats i Finland och ändringar till dem.
Centralen för förbättrande av hälsan	www.health.fi	Information om organisationens verksamhet, publikationer (bl.a. Barnens hälsoforum, tidningen Promo) och bl.a. databasen Terveysaineistot.
Folkhälsoprogrammet Hälsa 2015	www.terveys2015.fi	Aktuell information om framskridandet av det folkhälsoprogram som statsrådet godkände på våren 2001.
Terveysportti	www.terveysportti.fi	En mångsidig avgiftsbelagd hälsportal, genom vilken det finns en förbindelse bl.a. till läkarens och sjukskötarens databaser och medicinska publikationers webbsidor.

<i>Organisationens eller adressens namn</i>	<i>Webbplatsens adress</i>	<i>Beskrivning av verksamheten med tanke på rådgivningsarbetet</i>
Dataombudsmannens byrå	www.tietosuoja.fi/	Bl.a. om datasekretessmyndigheternas verksamhet och datasekretesslagstiftningen.
Statistikcentralen	www.stat.fi	Bl.a. statistikuppgifter om familjen, levnadsförhållanden och offentlig ekonomi. Länkar till Stakes hälso- och socialstatistik.
Arbetsministeriet	www.mol.fi	Bl.a. uppgifter och broschyrer om familjeledighetsformer och -rättigheter, invandringsärenden, bl.a. facktidningen Monitori.
Handikappsektorns webbtjänst	www.verneri.net	Ett omfattande infopaket om sektorn för utvecklingsstörningar, bl.a. undersökningar under graviditeten.
VirtualYH	www.virtuaaliamk.fi	Ger en möjlighet att studera genom nätet samt information om det övriga utbildningsutbudet.
Befolkningsförbundet	www.vaestoliitto.fi	En samhällelig påverkansorganisations ställningstaganden om befolknings- och familjepolitik. Bl.a. Familjepolitiskt program.
Befolkningsförbundets sexualhälsoklinikens klinikan webbtjänst	www.seksuaaliterveys.org	Experttjänster för den sexuella hälsan via webben
Föreningen Mödrar fria från depression	www.aima.fi	Kamratstöd och information för mödrar som lider av postnatal depression och för deras familjer.

VILKEN BEREDSKAP HAR HÄLSOVÅRDARE OCH LÄKARE ATT ARBETA INOM RÅDGIVNINGEN PÅ BASIS AV SIN GRUNDUTBILDNING?

Hälsovårdare och läkare i arbetslivet har olika förutsättningar att arbeta inom rådgivningen beroende på examenstidpunkt, arbetserfarenhet och fortbildning. I början av 2000-talet omfattar arbetslivet hälsovårdare och läkare som blivit färdiga på 1960-talet och senare.

Hälsovårdarutbildningen har genomgått ett flertal förändringar. Före år 1986 utbildades hälsovårdsstuderanden först till sjukskötare, vilket tog 2,5 år, varefter de specialiserade sig till hälsovårdare. Tack vare reformen av mellanstadieutbildningen antogs studeranden direkt till hälsovårdarutbildningen. På 1990-talet placerades utbildningen av hälsovårdare till yrkeshögskolorna och år 2001 förlängdes den från tre och ett halvt till fyra år (160 sv). Idag utbildas legitimerade sjukskötare och hälsovårdare. År 2001 blev undervisningen enhetligare då olika instanser tillsammans utarbetade kompetensbeskrivningar, det centrala studieinnehållet (14 delområden) och kom överens om studiernas minimiomfång. Kompetensbeskrivningarna används som grund för undervisningsplanerna, för briefing av studiehandledare, för uppdatering av böcker i arbetspraktik och som utgångspunkt för utvecklingssamtal i arbetslivet. Den nya utbildningen ger mångsidig kompetens för arbetet inom barnrådgivningen. Hälsovårdarna utbildas bland annat i barn- och familjevård samt i hur man stöder familjen i sin helhet. Dessutom studerar de mångkulturell verksamhet, samarbete mellan olika yrkesgrupper samt lär sig att utvärdera och utveckla sitt eget arbete. Också övriga skeden av livscykeln ingår i utbildningen.

De hälsovårdare som har en utbildning på institutnivå har möjlighet att uppdatera sin examen till en yrkeshögskoleexamen eller att komplettera sina kunskaper vid den öppna yrkeshögskolan eller genom att avlägga andra kortkurser. Behovet av sådan utbildning har ökat.

Efter att ha avlagt grundexamen kan hälsovårdare specialisera sig med olika inriktningar såsom familjevårdarbete, vård av barn och ungdom, åtgärder som stöder barns och ungas välbefinnande samt preventiv vård. I framtiden kan hälsovårdare också avlägga en postgradual examen på yrkeshögskolenivå. I augusti 2002 startade man ett fortbildningsförsök inom hälsovården. Det innefattar bland annat fortbildningsexamen i hälsofrämjande och preventivt arbete. Ett specialiseringsalternativ som ingår i fortbildningen är främjandet av barnfamiljers hälsa (60 sv).

Läkarna får grundutbildning på fem universitet. Undervisning i barnrådgivningsarbete ges både i samband med kurserna i allmänme-

dicin och pediatrik. Förutom föreläsningar innefattar undervisningen i allmänhet grupparbeten och seminarier. Dessutom ägnar alla universitet två studieveckor åt undervisning i primär vård. Under den bekantar sig studerandena med verksamheten i hälsocentraler och praktiserar som läkare under uppsikt av en lokal hälsocentralläkare. Dessa studier innehåller oftast 0,5–1 arbetsdag i barnrådgivningen. Den här utbildningen ger läkare bara en allmän uppfattning om hur rådgivningen fungerar – den verkliga insikten i rådgivningsarbetet får läkarna först efter att ha jobbat på en rådgivning. Det är i allmänhet hälsovårdare som fungerar som handledare. Med tanke på rådgivningsarbetet borde universiteten lägga större vikt vid ett flexibelt samspel mellan ämnen såsom pediatrik, barnneurologi och barnpsykiatri så att undervisningen blir en helhet bestående av tillräckligt stora delar teori och praktik i dessa ämnen. Samarbetet mellan universiteten i fråga om undervisningen i rådgivningsarbete kunde också intensifieras. Målet är att undervisningen som leder till medicine licenciatexamen ger studeranden en grundberedskap för att fungera som läkare på barnrådgivningen.

De läkare som specialiserar sig på allmänmedicin och pediatrik och som siktar på att få ett jobb inom barnrådgivningen har goda möjligheter att skaffa sig en mångsidig utbildning. Han eller hon kan i sin sjukhus- och hälsocentralpraktik välja in en stor mängd kurser som gäller vård av barn och unga. En specialläkare kan dessutom sträva efter att få den specialkompetens i barnrådgivning och skolhälsovård som Finlands Läkarförbund beviljar. Den förutsätter en minst 2,5 år lång fortbildning som innehåller praktik och teori samt en skriftlig tentamen. En läkare med specialkompetens behärskar bland metoderna för arbetet med familjer och för samarbetet med representanter för olika yrken. Han eller hon kan också fungera som utvecklare och expert inom sitt eget område.

FRÅGEFORMULÄR FÖR IDENTIFIERING AV FAKTORER SOM GER KRAFT ÅT OCH FAKTORER SOM BELASTAR FAMILJER SOM SKA HA BARN

Projektet "Kraftfullt föräldraskap – sund barndom" (Voimavarainen vanhemmuus – terveellinen lapsuus) i östra Finlands län 2002

KRAFTRESURSER I VARDAGEN HOS FAMILJER SOM VÄNTAR SITT FÖRSTA BARN

Bästa mamma och pappa,

Att vänta och föda det första barnet i familjen innebär stora fysiska, psykiska och sociala förändringar, vilket kan tära på föräldrarnas krafter. Det är lättare att anpassa sig till förändringar om man kan förbereda sig på dem redan under väntetiden. Det är nyttigt för föräldrarna att fundera på olika aspekter och att prata om dem med varandra.

I den här blanketten har vi samlat sådana frågor som är centrala för familjer som väntar barn – saker och ämnen som det är bra för föräldrarna att gå igenom på egenhand och tillsammans. Frågorna i blanketten tar upp faktorer som i den här livssituationen ger din familj kraft och styrka (blankettens svarsalternativ: "helt av samma åsikt" eller "delvis av samma åsikt") eller belastar er vardag ("helt" eller "delvis av olika åsikt"). När du har identifierat de här faktorerna är det kanske lättare för dig att fundera på eventuella förändringar i ditt förhållningssätt eller ditt sätt att fungera. Lika viktigt är det att vara medveten om starka sidor hos sig själv och familjen som helhet. Du kan också ta upp frågor om din familj och dess kraftresurser på rådgivningen. Om du är ensamförsörjare kan du fylla i blanketten i den mån den känns relevant.



Av fyra alternativ kan du ringa in det som bäst motsvarar din livssituation.

Blanketten fylldes i av:

Mamma ___ Pappa___ Mamma och pappa tillsammans___ (Mamma fyller i med ett X och pappa med ett O)

RESURSMÄTARE FÖR FÖRÄLDRAR SOM VÄNTAR SITT FÖRSTA BARN:

	Helt av samma åsikt	Delvis av samma åsikt	Delvis av olika åsikt	Helt av olika åsikt
HÄLSA OCH LEVNADSSÄTT				
1. Jag känner mig frisk	1	2	3	4
2. Min sinnesstämning är för det mesta ljus och lätt	1	2	3	4
3. Jag känner mig rofylld inför den kommande födseln	1	2	3	4
4. Jag är medveten om att rusmedel (alkohol, narkotika) har en negativ inverkan på fostrets utveckling	1	2	3	4
5. Jag är medveten om rusmedlens (alkohol, narkotika) negativa inverkan på min hälsa	1	2	3	4
6. Jag vet att rökning inverkar negativt på fostrets utveckling	1	2	3	4
7. Jag är inte oroad över någon familjemedlems användning av rusmedel	1	2	3	4
8. Jag är för det mesta energisk och pigg	1	2	3	4
9. I min egen mening sover jag tillräckligt	1	2	3	4
10. Jag strävar till att uppehålla en regelbunden måltidsrytm	1	2	3	4
UPPLEVELSER I DEN EGNA BARNDOMEN				
11. Som barn blev jag väl omhändertagen	1	2	3	4
12. Mitt barndomshem var tryggt	1	2	3	4
13. Jag blev accepterad för den jag var	1	2	3	4
14. Mina egna erfarenheter från barndomen känns inte betungande	1	2	3	4
PARFÖRHÅLLET				
15. Vi klarar av att tala om våra känslor	1	2	3	4
16. Vi klarar av att tala om saker som väcker motstridiga känslor	1	2	3	4
17. Vårt parförhållande innefattar inte fysiskt våld	1	2	3	4
18. Vårt parförhållande innefattar inte psykiskt våld	1	2	3	4
19. Hushållsarbetena försöker vi dela på flexibelt, till bådas fördel	1	2	3	4
20. Vi visar varandra ömhet	1	2	3	4
21. Jag vet att vårt sexualliv kan påverkas av barnets födelse	1	2	3	4
22. Vi kan tala om vårt sexualliv	1	2	3	4
23. Vi strävar till att ordna gemensam tid för oss (och våra gemensamma hobbyn)	1	2	3	4
24. Vi tillåter att den andra har ett privatliv och ger den andra egen tid	1	2	3	4
25. Jag vet att ett fungerande parförhållande är viktigt för att hela familjen ska må bra	1	2	3	4
26. Jag är redo att jobba för att vårt parförhållande ska utvecklas	1	2	3	4
ATT UTVECKLAS TILL FÖRÄLDER OCH FÖRÄLDRASKAP				
27. Graviditeten och barnets födelse känns för min del som en naturlig förändring i livet	1	2	3	4
28. Jag förlitar mig på att jag lär mig att ta hand om och sköta mitt barn	1	2	3	4
29. Jag vet att känslorna till barnet utvecklas så småningom under väntetiden, födseln och skötseln av babyen	1	2	3	4

	Helt av samma åsikt	Delvis av samma åsikt	Delvis av olika åsikt	Helt av olika åsikt
ATT UTVECKLAS TILL FÖRÄLDER OCH FÖRÄLDRASKAP forts.				
30. Jag vet att också motstridiga känslor ingår i väntetiden	1	2	3	4
31. Jag vet att den förebild jag fått av min mor eller far kommer att inverka på mitt eget sätt att vara förälder	1	2	3	4
32. Jag vet att jag kan lära mig att fungera som förälder på ett annat sätt än mina egna föräldrar	1	2	3	4
33. Med min partner försöker vi tillsammans skapa en gemensam uppfattning om hur barnet ska skötas och uppfostras	1	2	3	4
34. Jag vet var jag kan få mera information om barnskötsel och föräldraskap	1	2	3	4
35. Vi har tillräckliga kunskaper i hur man sköter ett hushåll (såsom matlagning, byk, städning)	1	2	3	4
36. Jag vet att barnets födelse kommer att ändra på min tidsanvändning och att barnet kan begränsa mina hobbyer	1	2	3	4
37. Jag tror att jag kommer att anpassa mig väl till de förändringar i det dagliga livet som barnet för med sig	1	2	3	4
SOCIALT STÖD				
38. Jag har åtminstone en person som jag kan vända till om jag behöver hjälp och stöd	1	2	3	4
39. Jag vet att jag vid behov kan få hjälp av mina egna eller min partners föräldrar	1	2	3	4
40. Jag känner en familj/familjer som väntar eller har barn med vilken/vilka jag kan utbyta erfarenheter	1	2	3	4
41. Jag vet i hurdana frågor jag kan vända mig till rådgivningen	1	2	3	4
42. Jag har tillräckligt med information om den service som erbjuds barnfamiljer på vår hemort	1	2	3	4
EKONOMI, ARBETE OCH BOENDE				
43. Jag är inte orolig över vår ekonomi	1	2	3	4
44. Jag är nöjd med vår nuvarande hemort	1	2	3	4
45. Vår bostad är lämplig för barnfamiljer	1	2	3	4
46. Arbetslöshet eller hot om arbetslöshet belastar inte vår familj	1	2	3	4
47. Mitt eller min partners arbete/mina eller min partners studier anstränger inte alltför mycket vårt familjeliv	1	2	3	4
48. Om det behövs försöker jag finna nya sätt att kombinera arbete (eller studier) och familjeliv när barnet fötts	1	2	3	4

ANDRA FAKTORER SOM GER MIG/VÅR FAMILJ KRAFT OCH ENERGI:

ANDRA FAKTORER SOM BELASTAR VÅR LIVSSITUATION:

Ifall du vill utnyttja blanketten, vänligen kontakta Tuovi Hakulinen-Viitanen som har copyright. Adress: Neuvolatyön kehittämiskeskus, PB 1627, 70211 Kuopio. E-post: tuovi.hakulinen@uku.fi

RESURSER I VARDAGEN I FAMILJER MED NYFÖDDA

FRÅGEFORMULÄR FÖR IDENTIFIERING AV FAKTORER SOM GER KRAFT ÅT OCH FAKTORER SOM BELASTAR FAMILJER MED NYFÖDDA

Projektet "Kraftfullt föräldraskap – sund barndom" (Voimavarainen vanhemuus – terveellinen lapsuus) i östra Finlands län, oktober 2002

KRAFTRESURSER I VARDAGEN HOS FAMILJER MED NYFÖDDA

Bästa mamma och pappa,
Livet i en familj med en nyfödd baby kan innehålla många glädjeämnen, men ibland kan vardagen vara ganska så tung. Det kan vara nyttigt för föräldrarna att ibland – till och med mitt i brådskan – stanna upp och fundera på sitt liv och prata om det med varandra. I allmänhet drar både barn och familj nytta av det.

I det här frågeformuläret har vi samlat ämnen som är centrala för familjer med nyfödda barn – dels saker som kan vara en resurs för familjen och dels saker som kan vara till belastning i vardagen. Med hjälp av blanketten kan du uppskatta vilka faktorer i den här livssituationen ger dig eller din familj kraft (svarsalternativen i blanketten: "helt" eller "delvis av samma åsikt") och vilka faktorer som är en belastning i din/er vardag ("helt" eller "delvis av samma åsikt"). När du har identifierat de här faktorerna är det kanske lättare för dig att fundera på eventuella förändringar i ditt förhållningssätt eller ditt sätt att fungera. Du kan också ta upp frågor om din familj och dess kraftresurser på rådgivningen. Om du är ensamförsörjare kan du fylla i blanketten i den mån den känns relevant.



Ringa in ett alternativ av fyra som bäst motsvarar din livssituation, tack!

Blanketten fylldes i av:

Mamma ___ Pappa ___ Mamma och pappa tillsammans ___ (Mamma fyller i med ett X och pappa med ett O)

Barnets ålder: _____ månader

RESURSMÄTARE FÖR FÖRÄLDRAR TILL EN NYFÖDD

	Helt av samma åsikt	Delvis av samma åsikt	Delvis av olika åsikt	Helt av olika åsikt
LIVSSITUATIONEN EFTER BARNETS FÖDELSE				
1. Jag har lyckats bearbeta mina tankar om graviditeten och födseln tillräckligt	1	2	3	4
2. Jag har fått tillräckligt med information om depression efter graviditeten	1	2	3	4
3. Jag har kunnat förbereda mig på de ändringar i livssituationen som babyen för med sig	1	2	3	4
4. Vi beaktar babyens behov när vi planerar familjens tidsanvändning	1	2	3	4
5. Det går lätt att kombinera arbete och familjeliv	1	2	3	4
6. Vårt hem är lämpligt för en barnfamilj	1	2	3	4
7. Vår hemort är barnvänlig och trygg	1	2	3	4
FÖRÄLDRASKAP OCH SKÖTSELN AV BABYN				
8. Jag har tillräckligt med tid för babyen	1	2	3	4
9. Det är oftast lätt för mig att förstå vad babyen behöver	1	2	3	4
10. Jag vågar bearbeta de negativa känslor jag har mot babyen	1	2	3	4
11. Babyens personlighet/temperament motsvarar mina förväntningar	1	2	3	4
12. Jag har tillräckligt med information om föräldraskap	1	2	3	4
13. Jag har många trevliga stunder tillsammans med babyen	1	2	3	4
14. Jag klarar av att sköta min baby	1	2	3	4
15. Amningen förlöper i enlighet med mina förväntningar	1	2	3	4
16. Jag kan bearbeta mina osäkerhetskänslor	1	2	3	4
17. Föräldraskapet motsvarar mina förväntningar	1	2	3	4
18. Jag känner att jag är en tillräckligt bra förälder	1	2	3	4
19. Jag har på känn att det finns sidor i mitt föräldraskap som kunde förbättras	1	2	3	4
20. Vid behov kan jag prata med mina egna föräldrar om föräldrarollen	1	2	3	4
PARFÖRHÅLLET				
21. Vi har lätt för att prata med varandra	1	2	3	4
22. Vi har tillräckligt med gemensam tid	1	2	3	4
23. Vårt förhållande är intimt	1	2	3	4
24. Vi kan prata om vårt sexualliv	1	2	3	4
25. Vi kan gräla med varandra och sedan försonas	1	2	3	4
26. Vi visar varandra ömhet	1	2	3	4
27. Jag är nöjd med mitt parförhållande	1	2	3	4
28. Vi delar rättvist på hushållssysslorna	1	2	3	4
29. Vi turas om att sköta babyen med jämna mellanrum	1	2	3	4
30. Vi strävar till att göra trevliga saker tillsammans	1	2	3	4
STÖDNÄTVERK FÖR FAMILJEN				
31. Vi får hjälp av far-/morföräldrar vid behov	1	2	3	4
32. Vi har grannar och bekanta som kan hjälpa oss	1	2	3	4
33. Jag har också en nära stående person som kan stöda mig vid behov	1	2	3	4
34. Vi får stöd av andra barnfamiljer	1	2	3	4

	Helt av samma åsikt	Delvis av samma åsikt	Delvis av olika åsikt	Helt av olika åsikt
STÖDNÄTVERK FÖR FAMILJEN forts.				
35. Vi har möjlighet att få barnvaktshjälp	1	2	3	4
36. Det finns tillräckligt med service för barnfamiljer på vår hemort	1	2	3	4
FAMILJENS HÄLSA OCH LEVNADSVANOR				
37. Vi, föräldrar mår bra	1	2	3	4
38. Vi värnar om vår hälsa	1	2	3	4
39. Ingen av oss har någon sjukdom eller fysisk skada som bekymrar oss	1	2	3	4
40. Familjemedlemmarna är för det mesta på gott humör	1	2	3	4
41. Familjens levnadsvanor håller oss livskraftiga	1	2	3	4
42. Jag är inte oroad över någon familjemedlems användning av rusmedel	1	2	3	4
43. Jag känner mig oftast pigg	1	2	3	4
44. Jag har en hobby som jag trivs med	1	2	3	4
45. Det finns tillräckligt med gemensam tid för familjen	1	2	3	4
46. Jag sover tillräckligt	1	2	3	4
47. Det finns humor i vår familj	1	2	3	4
FAMILJENS FRAMTIDSUTSIKTER				
48. Familjens ekonomi är tryggad	1	2	3	4
49. Inom familjen är vi inte rädda för att bli arbetslösa	1	2	3	4
50. Familjens framtidsutsikter är ljusa	1	2	3	4
51. Religiösa eller andliga värden ger oss styrka	1	2	3	4
52. Vi har tillräckligt med krafter att klara oss i den här livssituationen	1	2	3	4

Vilka andra faktorer ger familjen kraft?

Vilka andra faktorer är en belastning för familjen?

Ifall du vill utnyttja blanketten, vänligen kontakta Tuovi Hakulinen-Viitanen. Adress: Neuvolatyön kehittämis- ja tutkimuskeskus, PB 1627, 70211 Kuopio. E-post: tuovi.hakulinen@uku.fi

Copyright: Tuovi Hakulinen & Marjaana Pelkonen 2002

FRÅGEFORMULÄR SOM FUNGERAR SOM STÖD VID INTERVJU OM SOCIAL VÄXELVERKAN UNDER GRAVIDITETEN

Bygger på blanketten som ursprungligen användes i en undersökning med titeln "Varhainen vuorovaikutus" (tidig växelverkan).

I KÄNSLOR KRING DEN AKTUELLA GRAVIDITETEN

1. HUR HAR DU UPPLEVT DIN GRAVIDITET HITTILLS?
2. HUR KÄNDE DU DIG NÄR DU FICK VETA OM ATT DU ÄR GRAVID?
 - ifall känslorna positiva, förstärk dem
 - ifall känslorna negativa, uppmuntra modern att berätta närmare om sina känslor

Ifall negativa känslor, specificera:

Rädslor, Likgiltighet, Godtar inte sin graviditet

Ifall rädslor, till vad hänför de sig:

Ja Nej

Förlossningen
Barnets hälsa
Barnets utveckling
Förändringen i moderns eget liv
Förändringen i familjens liv
Annat rädsla (anteckna)

3. NÄR DU FICK VETA ATT DU ÄR GRAVID, ÅT VEM BERÄTTADE DU OM DET FÖRST?
HUR REAGERADE HAN/HON PÅ DET?

Positiv reaktion Negativ reaktion

Partner
Mor
Far
Syskon
Barn
Någon annan

4. OCH FADERN TILL BARNET (ifall inte han är den som modern först berättade åt)? HUR FÖRHÖLL HAN SIG TILL SAKEN?

Positiv reaktion
Negativ reaktion

5. HUR FÖRHÖLL SIG DE ÖVRIGA FAMILJEMEDLEMMARNA TILL DIN GRAVIDITET NÄR DE FICK VETA OM DEN?

Positiv reaktion Negativ reaktion

Partner
Mor
Far
Syskon
Barn
Någon annan

II STÖD FRÅN FAMILJEN

6. HURUDANT STÖD HOPPAS DU FÅ EFTER FÖRLOSSNINGEN?
HURUDANT STÖD TROR DU ATT DU FÅR?
Positiva förväntningar
Negativa förväntningar

III FÖRVÄNTADE FÖRÄNDRINGAR I FAMILJELIVET

7. HUR TROR DU ATT BARNET KOMMER ATT INVERKA PÅ DIN FAMILJ?
- | | Positiv reaktion | Negativ reaktion |
|--|------------------|------------------|
| På er familj? | | |
| På andra familjemedlemmar? | | |
| På förhållandet mellan olika familjemedlemmar? | | |
| På ditt förhållande till barnets far? | | |
8. HUR TÄNKER DU KLARA AV FÖRÄNDRINGARNA?
(Ifall modern inte redan har berättat.)
- Orolig över hur hon ska klara det.
Inte orolig över hur hon ska klara det.
9. ANDRA MÖDRAR INSJUKNAR IBLAND I DEPRESSION EFTER FÖRLOSSNINGEN.
ÄR DU SJÄLV BEKYMRAD ÖVER HUR DU KOMMER ATT KÄNNA DIG?
- Är bekymrad
Är inte bekymrad

IV JAG-BILDEN HOS DEN GRAVIDA KVINNAN

10. VILKA FÖRÄNDRINGAR HAR DU MÄRKT HOS DIG SJÄLV UNDER GRAVIDITETEN?
- Graviditeten har förändrat:
Moderns uppfattning om sin kropp
Ätvanor
Upplevelser kring sexualiteten
Sömmönster
Effektivitet
Lynne eller temperament
11. HUR KÄNNER DU DIG ANNARS? VAD TÄNKER DU NU OM DIG SJÄLV?
- Känsla av välmående
Känner sig dålig eller har diffusa känslor

V DEN GRAVIDA KVINNANS FÖRVÄNTNINGAR OCH UPPFATTNING OM DET OFÖDDA BARNET

12. HURUDAN ÄR DIN BABY JUST NU?
- Positiv uppfattning
Negativ uppfattning
13. HURUDANT KOMMER DITT BARN ATT VARA?
- Positiva förväntningar
Negativa förväntningar

14. HUR ÄR DET MED BARNETS FAR, VAD ÖNSKAR HAN? HURUDANT SKULLE HAN VILJA ATT BARNET ÄR?
Positiva förväntningar
Negativa förväntningar
15. FINNS DET NÅGOT (ANNAT) SOM OROAR DIG GÄLLANDE BABYN?
Ja (vad då?)
Nej
16. HURUDANA FÖRVÄNTNINGAR HAR DE ÖVRIGA FAMILJEMEDLEMMARNA?
Positiva förväntningar
Negativa förväntningar

VI FÖRVÄNTNINGAR ANGÅENDE FÖRLOSSNINGEN

17. VAD KÄNNER DU INFÖR DEN INSTUNDANDE FÖRLOSSNINGEN?
Positiva känslor
Negativa känslor
18. VAD HAR DE ÖVRIGA FAMILJEMEDLEMMARNA FÖR ÅSIKTER OM FÖRLOSSNINGEN (T.EX. PARTNERN, BARNEN, MORMOR ETC.)?

	Positiva känslor	Negativa känslor
Partner		
Barn		
Annan		
19. HURUDANT STÖD ÖNSKAR DU ATT DU FÅR VID FÖRLOSSNINGEN?
HURUDANT STÖD HAR DU MÖJLIGHET ATT FÅ?
Positiva känslor
Negativa känslor

VII FÖRVÄNTNINGAR ANGÅENDE MATANDET

20. HUR HAR DU TÄNKT MATA DIN BABY? HUR FÖRHÅLLER DU DIG TILL AMNING?

	Positiva känslor	Negativa känslor
Amning		
Mat ur flaska		
- VAD HAR DIN PARTNER FÖR ÅSIKTER OM AMNING?
(Om det inte nämnts tidigare.)
Positiva känslor
Negativa känslor

VIII FAMILJENS EKONOMI OCH OMGIVNINGEN

22. ATT FÅ BARN KAN INVERKA PÅ FAMILJENS EKONOMI. ÄR DU OROLIG ÖVER HUR NI SKA KLARA ER EKONOMISKT?
Ja (nämn varför)
Inte orolig
23. OCH HUR ÄR DET MED BOENDET? HAR NI BOSTADSPROBLEM?
Ja (nämn varför)
Inte orolig

IX HÄNDELSER I LIVET

24. HAR DET INTRÄFFAT NÅGOT SÅDANT I ERT LIV SOM KUNDE PÅVERKA DIG ELLER BABYN?
Ja (nämna vad)

X AVSLUTNING

25. FINNS DET ÄNNU NÅGONTING SOM DU VILL TA UPP?
Ja (nämna vad)
Nej

FRÅGEFORMULÄR TILL STÖD FÖR INTERVJU OM SOCIAL VÄXELVERKAN EFTER BARNETS FÖDSEL

Bygger på blanketten som ursprungligen användes i en undersökning med titeln "Varhainen vuorovaikutus" (tidig växelverkan).

FÖRSÄKRA DIG OM ATT BABYN ÄR NÄRVARANDE UNDER INTERVJUN SÅ ATT DU KAN GÖRA OBSERVATIONER OCH UPPMUNTRA MODERN TILL VÄXELVERKAN MED BABYN.

I FÖRLOSSNINGEN

1. HURUDAN VAR DIN FÖRLOSSNING?

eller

SENAST VI TRÄFFADES TALADE VI LITET OM FÖRLOSSNINGEN
– HUR SER DU NU PÅ DIN FÖRLOSSNING SOM EN UPPLEVELSE?

Positiva känslor
Negativa känslor

II DEN PSYKISKA HÄLSAN

2. HUR KÄNNES DET NU NÄR DU HAR DIN BABY HÄR HEMMA?

Positiva känslor
Negativa känslor

Ifall negativa känslor, specificera:
Rädsla, ångest ()
Känsla av att vara oduglig/misstänker sina egna förmågor ()
Känsla av tomhet/håglöshet ()
Ilska/irritation ()
Känsla av att bli försummad/övergiven ()

De negativa känslorna riktar sig mot: barnet, modern själv

3. HUR HAR BARNETS FÖDELSE INVERKAT PÅ DE ÖVRIGA FAMILJEMEDLEMMARNA?
HUR FÖRHÅLLER SIG DIN PARTNER/BARNETS FAR TILL HÄNDELSEN?

	Positiv reaktion	Negativ reaktion
Partnern		
Barnen		
Mor- eller farföräldrar		
Övriga		

IV MODERNS ORO FÖR BARNET

4. HUR HAR DITT BARN UTVECKLATS OCH HUR TYCKER DU ATT HAN/HON MÅR?

Positiva känslor

Negativa känslor

V MODERNS UPPFATTNING OM SITT BARN

12. HURUDAN ÄR DIN BABY?

Positiv uppfattning

Negativ uppfattning

I VILKA SITUATIONER HAR DU MEST PROBLEM MED BARNET?

Matandet

Sovandet

Bristande gensvar av barnet

Något annat (nämna)

VI MODERNS OCH BARNETS VÄXELVERKAN

6. PÅ VILKET SÄTT MATAR DU DITT BARN?

Positiva känslor

Negativa känslor

Amning

Mat i flaska

7. HUR OFTA MATAR DU DIN BABY?

Med varierande tidsmellanrum

Med mycket exakta mellanrum

8. HUR KÄNNES MATANDET FÖR DIG?

Positiva känslor

Negativa känslor

VAD TYCKER DIN PARTNER?

Positiva känslor

Negativa känslor

9. HUR SOVER BABYN?

Ja

Nej

Sovrytmen är stabil

Babyn vaknar mycket ofta

Babyn har svårt att lugna ner sig

Något annat (nämna)

VII KOMMUNIKATIONEN MELLAN MODERN OCH BARNET

10. KAN DU PÅ BASEN AV BARNETS GRÅT AVGÖRA OM HON/HAN ÄR HUNGRIG?
Ja, modern klarar av att urskilja olika sorters gråt
Nej, modern klarar inte av att urskilja olika sorters gråt
11. PRATAR DU MED DIN BABY? VILL DU BERÄTTA OM DET?
Ja
Nej
- HUR VIKTIGT ÄR DET ENLIGT DIN ÅSIKT?
Det är viktigt
Det är inte viktigt

VIII MODERNS KÄNSLOMÄSSIGA RESURSER ATT KLARA AV BABYNS BEHOV

12. GRÅTER DIN BABY NÅGON GÅNG SÅ ATT DU HAR SVÅRT ATT TRÖSTA
HENNE/HONOM ELLER ATT FÅ BABYN ATT LUGNA NER SIG?
Står ut med att babyn har illa att vara
Står inte ut med att babyn har illa att vara

IX EKONOMIN

13. SENAST VI TRÄFFADES VAR DU/VAR DU INTE OROLIG ÖVER
FAMILJENS EKONOMI. HUR ÄR DET NU?
Ekonomiska problem
Inga ekonomiska problem

X BOENDET

14. SENAST VI TRÄFFADES HADE NI/HADE NI INTE BOSTADSPROBLEM.
HUR ÄR DET NU?
Vi har problem med boendet (nämnhurudana)
Vi har inte problem med boendet

XI HÄNDELSER I LIVET

15. SENAST BERÄTTADE DU OM X (EN HÄNDELSE SOM NÄMNTS).
HUR KÄNNES DET NU?
Positiva känslor
och/eller
Negativa känslor

HAR DET HÄNT NÅGOT VIKTIGT (FÖRUTOM BARNETS FÖDELSE)
SEDAN VI TRÄFFADES SENAST?
Nej
Ja

XII AVSLUTNING

25. FINNS DET YTTERLIGARE NÅGONTING SOM DU VILL TA UPP?

Nej

Ja

OBSERVATION AV VÄXELVERKAN MELLAN MOR OCH BARN

Under intervjuens gång observerar hälsovårdaren noggrant växelverkan mellan mor och barn på basen av hur modern handskas med eller matar barnet.

Följande detaljer borde registreras: Ringa in det alternativ som bäst motsvarar dina observationer.

HUR MODERN HÅLLER BARNET: långt ifrån sig
 nära intill sig

HUR MODERN HANDSKAS MED BARNET: varsamt
 hårdhänt

ÖGONKONTAKT: ja
 fattas

TALAR MED BARNET: ja
 nej

NJUTER AV BARNET: ja
 nej

STÅR UT MED ATT BARNET HAR ILLA ATT VARA:
 ja
 nej

FÖRMÅGA ATT FÖRSTÅ BARNETS SIGNALER OCH ATT REAGERA PÅ DEM:
 ja
 nej

Hälsovårdaren ska gärna stödja och uppmuntra modern till att handskas med barnet och hålla det i famnen samt att kommunicera med barnet genom att prata, småle och noggrant observera och lära sig att svara på barnets signaler.

FRÅGEFORMULÄR SOM STÖD FÖR INTERVJU FÖR ATT IDENTIFIERA POSTNATAL DEPRESSION

Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). Den ursprungliga EPDS-skalan på engelska: Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. 1987. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 150,782-6.

Var snäll och ringa in det alternativ som bäst motsvarar de känningar du haft under den senaste veckan – inte bara känningar som du har just nu.

Under de sju senaste dagarna

- 1) har jag kunnat skratta och se tillvaron från den ljusa sidan
 - a) lika mycket som vanligt
 - b) inte riktigt lika mycket som vanligt
 - c) mycket mindre än vanligt
 - d) inte alls

- 2) har jag glatt mig åt saker som ska hända
 - a) lika mycket som vanligt
 - b) litet mindre än vanligt
 - c) mycket mindre än vanligt
 - d) knappast alls

- 3) har jag onödigt mycket lagt skulden på mig själv för att saker gått snett
 - a) ja, för det mesta
 - b) ja, ibland
 - c) inte så ofta
 - d) nej, aldrig

- 4) har jag varit ångestfylld eller orolig utan någon egentlig anledning
 - a) nej, inte alls
 - b) knappast alls
 - c) ja, ibland
 - d) ja, mycket ofta

- 5) har jag varit rädd eller ängslig utan någon egentlig anledning
 - a) ja, mycket ofta
 - b) ja, ibland
 - c) nej, ganska sällan
 - d) nej, inte alls

- 6) har det kört ihop sig för mig och blivit för mycket
 - a) ja, för det mesta har jag inte kunnat ta itu med något alls
 - b) ja, ibland har jag inte kunnat ta itu med saker lika bra som vanligt
 - c) nej, för det mesta har jag kunnat ta itu med saker ganska bra
 - d) nej, jag har kunnat ta itu med saker precis som vanligt

- 7) har jag känt mig så olycklig att jag har haft svårt att sova
- ja, för det mesta
 - ja, ibland
 - nej, sällan
 - nej, aldrig
- 8) har jag känt mig ledsen och nere
- ja, för det mesta
 - ja, ganska ofta
 - nej, sällan
 - nej, aldrig
- 9) har jag känt mig så olycklig att jag har gråtit
- ja, nästan jämt
 - ja, ganska ofta
 - bara då och då
 - nej, aldrig
- 10) har tanken på att göra mig själv illa förekommit
- ja, ganska ofta
 - ja, ibland
 - knappast alls
 - aldrig

Bilaga 13b

KRITERIER FÖR SVÅR DEPRESSION

Depression kan klassificeras som svår ifall kunden under minst två veckor lider av åtminstone fem av de nedan uppräknade symptomen. Ett av symptomen bör vara nedstämdhet och minskat intresse/minskad glädje som kunden upplever så gott som varje dag.

- 1) Nedstämdhet och minskat intresse/minskad glädje
- 2) En märkbar förändring i aptiten
- 3) Viktökning eller -minskning
- 4) Sömnstörningar
- 5) Trötthet, brist på energi
- 6) Koncentrationssvårigheter
- 7) Försämrade självkänsla, känsla av otillräcklighet
- 8) Ökad eller minskad psykomotorisk aktivitet
- 9) Självdestruktivitet (ovanlig i samband med postnatal depression)

FRÅGEFORMULÄR SOM GRUND FÖR INTERVJU PÅ MÖDRA- OCH BARNRÅDGIVNINGEN ANGÅENDE VÅLD I PARFÖRHÅLLANDEN

Frågorna nedan ställs till gravida kvinnor senast då två tredjedelar av graviditeten framskridit och till mödrar senast när det yngsta barnet är sex månader gammalt.

Kom ihåg att du ställer frågorna när du och den gravida kvinnan/modern är på tumanhand. Skriv svaren i utrymmet som finns reserverat eller ringa in lämpliga alternativ.

1	Hur upplever du ditt parförhållande?	Ja	Nej
2	Uppför sig din partner någon gång så att du blir rädd för honom?	1	2
3	Uppför sig din partner nedlåtande, förödmjukande eller kontrollerande mot dig?	1	2
4	Har din nuvarande partner		
	Hotat dig med våld (inkl. hot att använda vapen/redskap)?	1	2
	Gripit tag i dig, rivit, knuffat, slagit till eller sparkat dig?	1	2
	Använt annat fysiskt våld mot dig?	1	2
	Utövat påtryckning, tvingat eller försökt tvinga dig till sexuellt umgänge?	1	2
5	När uppförde sig din partner våldsamt mot dig?		
	Under de senaste 12 månaderna	1	2
	Under graviditeten	1	2
	Efter graviditeten	1	2
6	Har din nuvarande partner uppfört sig våldsamt gentemot ditt barn/dina barn?	1	2
7	Har något av barnen sett eller hört när din partner har uppfört sig våldsamt?	1	2
8	Hurudant stöd eller hurudan hjälp önskar du få i din situation?		

PROGRAMMET FÖR BARNRÅDGIVNINGENS ÅTERKOMMANDE KONTROLLER

Bilaga 15.

	Gravidi- teten	1-4 v	~4 v	6-8 v	3 mån.	4 mån.	5 mån.	6 mån.	8 mån.	10 mån.	12 mån.	18 mån.	2 år	3 år	4 år	5 år	6 år
Hälsövårdare (min.) ¹⁾	60 + reso ²⁾	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
Läkare (min.)	30	30	30	30	30	30	30	30	30	0-30	0-30	0-30	0-30	0-30	0-30	0-30	0-30
Föräldragrupp/ grupp- rådgivning ³⁾	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Neurologisk utvecklingsbe- dömning	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	(X)
Vikt	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Längd och huvudets omfång	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Syn	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	(X)	X	(X)
Hörsel	⁴⁾	⁴⁾	⁴⁾	⁴⁾	⁴⁾	⁴⁾	⁴⁾	⁴⁾	⁴⁾	⁴⁾	⁴⁾	⁴⁾	⁴⁾	⁴⁾	⁴⁾	⁴⁾	⁴⁾
Blodtryck																	
Talets utveckling	kontinuerlig uppföljning																
Psykosocial uppföljning och psykosocialt stöd	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Hälsorådgivning	kontinuerlig																
Amning	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Näring																	
Munnens hälsa	Bilaga 18																
Vaccinationspro- grammet från och med år 2005	(BCG)	DTaP- IPV- Hib	DTaP- IPV- Hib	DTaP- IPV- Hib	DTaP- IPV- Hib	DTaP- IPV- Hib	DTaP- IPV- Hib	DTaP- IPV- Hib	DTaP- IPV- Hib	DTaP- IPV- Hib	DTaP- IPV- Hib	DTaP- IPV- Hib	DTaP- IPV- Hib	DTaP- IPV- Hib	DTaP- IPV- Hib	DTaP- IPV- Hib	DTaP- IPV- Hib

¹⁾ Det rekommenderas att förslaget tillämpas individuellt

²⁾ Hembesök

³⁾ Enligt lokal bedömning

⁴⁾ Intervju

⁵⁾ Bedömning av ålderstypisk talproduktion och talförståelse

UNDERSÖKNING AV HÖRSELN PÅ BARNRÅDGIVNINGEN

Ålder	Undersökningar	Till fortsatta undersökningar hänvisade (se kap. 11.4)
Under hela rådgivningsuppföljningen	Intervju med föräldrarna	Vid behov till den specialiserade sjukvårdens undersökningar
8 mån. (läkare)	Lokaliseringssvar med miniaudiometer	Lokaliseringssvar fattas
12 mån. (hälsovårdaren)	Att förstå enkla anvisningar och förebud, famlande efter ord	Om språkutvecklingen är försenad och man misstänker hörsel fel
18 mån. (läkare)	Ålderstypisk talproduktion och talförståelse	Om språkutvecklingen är försenad och man misstänker hörsel fel
2 år (hälsovårdaren)	Ålderstypisk talproduktion och talförståelse	Se ovan. Fördröjd språkutveckling förutsätter en helhetsbetonad utredning
3 år (hälsovårdaren)	Ålderstypisk talproduktion och förståelse	Se ovan
4 år (hälsovårdaren)	Audiometer (screening)	Hörseln sämre än 20 dB 0,25–4 kHz
5 år (hälsovårdaren +läkare)	Audiometer (screening), om inte undersökts förut	Hörseln sämre än 20 dB 0,25–4 kHz
6 år (hälsovårdaren)	Audiometer (tröskelmätning för alla)	Hörseln sämre än 20 dB 0,25–4 kHz

UNDERSÖKNING AV SYNEN PÅ BARNRÅDGIVNINGEN

Ålder	Undersökningar	De som hänvisas till fortsatta undersökningar
En nyfödd (hälsovårdaren)	Ögonens utseende (inspektion) Röd reflex	Yttre avvikelser i ögonen Matt eller slocknad röd reflex
6–8 veckor (hälsovårdaren/läkaren)	Inspektion Röd reflex Pupillernas ljusreaktion Blinkblinkreflex på starkt ljus	Matt eller slocknad röd reflex (utgör alltid orsak för brådskande fortsatta undersökningar). Ögonens eller ögonlockens strukturella avvikelser, fortsatt skelning eller talantropi, flackande ögon
4 mån. (hälsovårdaren/läkaren)	Inspektion Hirschbergs test Riktande av blicken eller följande av en färggrann bild eller ett föremål med blicken Röd reflex Ögonkontakt, smilrespons	Därutöver Ögonkontakt, bristfälligt riktande av eller följande med blicken Skelning (se texten kapitel 10.5), brådskande, om ögonen redan har sett rakt
8 mån. (hälsovårdaren/läkaren)	Därutöver tårkanalproblem I inspektionen fästs uppmärksamhet vid huvudets position	Därutöver tårkanalproblem och misstanke om nedsatt synskärpa på basis av beteendet, synbaserad torticollis, skelning
(18 mån.) (hälsovårdaren/läkaren)	Hirschbergs test Direkt täckprov Röd reflex Pincettgrepp	Som ovan. Misstanke om nedsatt synskärpa
3 år (hälsovårdaren)	Om barnet är kooperativt: När- och/eller avståndssynskärpa (det är tillrådligt att undersöka båda) med testfigurer (LH-tavlor och -kort) Hirschbergs test Direkt täcktest Om undersökningen inte lyckas på 1:a gången, lönar det sig upprepa det senare vid en tidpunkt då barnet är piggt Stereosyn, om rådgivningen använder testet.	Som ovan. 2 raders skillnad mellan ögonen eller synskärpan i båda ögonen sämre än 0.5
4 år (hälsovårdaren)	3-årsundersökningarna, om de inte har lyckats tidigare	Som ovan. Kom ihåg i synnerhet skelning.
5 år (hälsovårdaren +läkaren)	Som vid 3 år.	2 raders skillnad mellan ögonen eller synskärpan under 0.8 i det ena ögat eller i båda ögonen. Som ovan. Kom ihåg i synnerhet skelning.
6 år (hälsovårdaren)	Testas vid behov	Som vid 5 år

Ett avvikande resultat säkras alltid med upprepad undersökning.

BARNETS MUNHÄLSVÅRD I SAMBAND MED REGELBUNDA RÅDGIVNINGSBESÖK

Tidpunkt	Mål	Innehåll
Graviditet	Ge föräldrarna tillräcklig information för förebyggande av tidig kariesinfektion, deras egen munhygien samt xylitolanvändningens betydelse för barnets munhygien.	Föräldrarna ges information om betydelsen av tidig kariesinfektion samt om xylitolanvändningen. Föräldrarna hänvisas till tandläkarens kontroll, så att tänderna kan fås i skick före förlösningen. Uppmuntra föräldrarna att ta hand om sin egen munhygien.
0–6 mån.	Förebyggande av tidig kariesinfektion. Med tanke på förebyggande av hål i tänder information om god näring och måltidsrytm samt inlärninng av bra sugvanor.	Föräldrarna ges information om följande saker: Bröstuppfödning stöder utvecklingen av människans muskler. Vatten borde användas som törstsläckare i stället för safter. Skapandet av goda kostvanor börjar. Man borde undvika använda socker och inte tillsätta det i mat och dryck. Man går igenom nappens inverkan på munhygien
6–18 mån.	Tilläggnande av regelbundna vanor för rengöring av munnen. Identifiering av eventuella problem i munhygien och hänvisning till munhygienexperter. Stärkande av de rätta närings- och sugvanorna. Tilläggnande av regelbunden användning av fluor från och med 18 månaders ålder.	Föräldrarna ges information om följande saker: Barnet lär sig från en modell. Regelbundna måltider begränsar antalet syreattack. Tillsättandet av socker i mat, dryck och användningen av sötsaker borde undvikas. Barnet borde vänjas vid en regelbunden tandrengöring med mjuk borste två gånger om dagen. Man kan börja övandet redan före tandsprickningen. Fluortandkräm används från och med 18 månaders ålder två gånger om dagen, så att tändernas förstärkning säkras. De övre framtändernas renhet kontrolleras genom att lyfta barnets överläpp. Om tänderna är smutsiga, hänvisas barnet till tandkliniken, där planen för människans friskvård görs tillsammans med familjen.
18 mån. – 3 år	Barnet slutar använda napp. Hänvisning till tandvården. Stärkande av de rätta närings-, sug- och tandrengöringsvanorna.	Föräldrarna ges information om följande saker: Barnet kan börja använda xylitol när hon kan tugga tuggummi eller suga på pastiller utan att svälja. Användningen av napp borde slutas i cirka tvåårsåldern. Barnet hänvisas till munhålsvården för kontroll av munhygien och okklusion. Där bestämmar man individuella kontrollintervaller och gör upp en plan för främjande av munhygien.
3–7 år	Identifiering av problemen i munhälsan och hänvisning av dem som inte använder munhålsvårdens tjänster till munhålsvården. Stärkande av de rätta närings- och tandrengöringsvanorna.	Om tänderna är smutsiga, hänvisas barnet till tandkliniken. Om barnet inte ännu har besökt munhålsvården hänvisas det till munhålsvården för kontroll av munhygien och okklusion. Där bestämmar man individuella kontrollintervaller och gör upp en plan för främjande av munhygien. Alternativt ber man munhålsvården att kalla barnet.

SOCIAL- OCH HÄLSOVÅRDSMINISTERIETS HANDBÖCKER
ISSN 1236-116X

- 2005: 1 Palveluseteli. Käyttöopas kotipalveluun.
ISBN 952-00-1622-8
ISBN 952-00-1623-6 (PDF)
- 2 Servicededeln. Användarinstruktioner för hemservice.
ISBN 952-00-1624-4
ISBN 952-00-1625-2 (PDF)
- 3 Merimiehen lääkärintarkastusohjeet.
ISBN 952-00-1638-4
ISBN 952-00-1639-2 (PDF)
- 4 Anvisningar för läkarundersökning av sjöman.
ISBN 952-00-1640-6
ISBN 952-00-1641-4 (PDF)
- 5 Yhtenäiset kiirettömän hoidon perusteet.
ISBN 952-00-1654-6
ISBN 952-00-1655-4 (PDF)
- 6 Enhetliga grunder för icke-brådskande vård.
ISBN 952-00-1656-2
ISBN 952-00-1657-0 (PDF)
- 7 Kenelle lyönnit kuuluvat? Kuntaopas pari- ja lähisuhdeväkivallan ehkäisytyöhön. Vem angår våldet? Kommunens handbok om förebyggande av våld i par- och närrelationer. Toim. Helena Ewalds.
ISBN 952-00-1658-9
ISBN 952-00-1659-7 (PDF)
- 8 Kiireellinen sosiaalipalvelu. Sosiaalipäivystyksen järjestäminen.
ISBN 952-00-1668-6
ISBN 952-00-1669-4 (PDF)
- 9 Brådskande socialtjänster. Organisering av socialjour.
ISBN 952-00-1670-8
ISBN 952-00-1671-6 (PDF)
- 10 HTP-arvot 2005.
ISBN 952-00-1672-4
ISBN 952-00-1673-2 (PDF)
- 11 HTP-värden 2005.
ISBN 952-00-1674-0
ISBN 952-00-1675-9 (PDF)
- 12 Barnrådgivningen som stöd för barnfamiljer. Handbok för personalen.
ISBN 952-00-1713-5
ISBN 952-00-1714-3 (PDF)