

Har arbetsterapeuten en roll i barnhälsovården?

Ulla Kroksmark

Christina Nordström

Åke Isacsson

Det är ofta föräldrarna som först reagerar med oro för sitt barns utveckling och i kontakt med barnhälsovården har distriktssköterskorna på motsvarande sätt upptäckt att barnet har en ojäm och ibland svårtolkad avvikelse i utvecklingen. En dåligt utvecklad förmåga till motorisk samordning, perception och koncentration kan inverka på barnets möjligheter att lära sig färdigheter som att leka, klå sig etc men också att kommunicera och umgås med andra barn. Den arbetsterapeutiska undersökningen av barnet påvisar inte bara att barnet har nedsatt funktionsförmåga men också hur denna påverkar barnets förmåga att fungera i vardagen. Vår erfarenhet säger också att arbetsterapeuten som arbetar på vårdcentralen inte utan vidareutbildning kan ge dessa barn stöd. Tillsammans med de kunskaper inom neuropsykologi och neurofysiologi som redan finns, föreligger en bra grund att bygga vidare på. Arbetsterapeuter utgör en väsentlig resurs för barnhälsovårdens åtgärdsida i samarbete med övrig personal.

Ulla Kroksmark är arbetsterapeut och doktorand och Åke Isacsson fil dr, båda verksamma vid Centrum för samhällsmedicin i Dalby. Christina Nordström är arbetsterapeut vid vårdcentralen i Staffanstorps.

Primärvården har ansvar för att alla invånare i ett geografiskt område får hälso- och sjukvård. Det innebär att alla åldersgrupper har rätt till både preventiva insatser och behandling av den personal som finns inom primärvården. Inom barnhälsovården förekommer regelbundna hälsokontroller. Syftet med dessa kontroller är att så tidigt som möjligt upptäcka barn med särskilda behov samt att erbjuda lämpliga åtgärder (1). Det har visat sig att flertalet av de screeningmetoder som används är mindre lämpade för att identifiera behandlingsbara och viktiga avvikelser (2). Barnets oförmåga till motorisk samordning, perception och koncentration är avvikelser som är svåra att identifiera och där hittills

inga bra metoder kommit till användning (3). Det är ofta föräldrarna som först reagerar med oro för sitt barns utveckling eller har distriktssköterskorna på motsvarande sätt upptäckt att barnet har ojämna och ibland svårtolkade avvikelser i sin utveckling. Då distriktssköterskan inte haft någon självklar behandlare att remittera barnet till för vidare bedömning och för eventuella åtgärder har dessa problem oftast lämnats utan åtgärd. Det är även vanligt att barn med språkliga dysfunktioner också har andra svårigheter i sin utveckling framförallt problem med motorisk samordning, perception och koncentration (4). Under de fyra första levnadsåren är avvikande tal- och/eller språkutveckling, bristande koncentration, överaktivitet omväxlande med underaktivitet de mest påtagliga symtomen. Motorisk klumpighet visar sig i allmänhet bli ett stort problem först i sena förskoleår även om svårigheter har förekommit tidigare. Inlärningsproblem dominerar framförallt i skolåldern men det är också vanligt med betydnings- och anpassningssvårigheter (5,6,7). Barnen upplevs ofta som hårdhänta och bullriga av skolkamrater, vilket innebär att de har svårt med kamratrelationer. Man vet också att dessa barn oftare råkar ut för olyckor (8,9).

De barn som har språkliga dysfunktioner har ofta remitterats till logopeden, som tidigt gjort iakttagelser att även problem med motorik förekommit. Logopeder har därför i större utsträckning etablerat samarbete med arbetsterapeut och sjukgymnast på vårdcentralen. Samarbetet mellan logoped och sjukgymnast har främst varit att utveckla åtgärdsinsatserna. Detta har gjorts i syfte att bedöma barnets utveckling, ge råd och stöd till föräldrar, daghemspersonal och vid behov också behandla barnen (10). Arbetsterapeutiska insatser tar sin utgångspunkt i barnets dagliga aktiviteter. Därför måste bedömning och åtgärder ta hänsyn till barnets aktiviteter.

Berörda områden är lek, personlig vård såsom deltaga i/klara själv att klä av och på sig, tvätta sig, toalettbesök, äta och borsta tänderna samt förskola eller skolarbete. En dåligt utvecklad förmåga till motorisk samordning, perception och koncentration kan inverka på barnets möjligheter att lära sig färdigheter som att leka, klä sig etc men också att kommunicera och umgås med andra barn (5). När barnet remitteras till arbetsterapeut är det mycket sällan som problem inom de tre aktivitetsområdena är identifierade. Ofta uttrycks detta som finmotoriska problem eller sen utveckling. Pratar man med föräldrarna uttrycker de däremot oftast att barnet har svårigheter att utföra olika aktiviteter som knyta skosnören, cykla, klä sig, rita etc. Den arbetsterapeutiska undersökningen av barnet måste därför kunna kartlägga hur nedsatt funktionsförmåga påverkar barnets förmåga att fungera i vardagen och inte bara påvisa att barnet har en nedsatt funktionsförmåga (11). Den hypotes vi arbetar utifrån är att genom föräldrarnas uppfattning om barnets förmåga att fungera i vardagens aktiviteter få en vägledning i undersökningen. Vi arbetsterapeuter delar uppfattningen att föräldrarna känner sitt barn bäst och det är de som först reagerar med oro för barnets utveckling om problem iakttas. Det har hävdats att det råder stor överensstämmelse mellan föräldrars uppfattning om sina barn och vad man finner rent kliniskt vid undersökningen (6).

Vid bedömningen av barnen har vi därför utgått från de problem som föräldrarna identifierat. Detta behöver kompletteras med ett test som kan ge besked om vilka problem barnet har och vad som är orsaken till dessa problem. Lucy Miller, en amerikansk arbetsterapeut, har utvecklat ett test, som med omfattande arbete är standardiserat i USA (12). Testet är lekorienterat och ringar in barnets starka och svaga sidor. Dessutom kan testet förutsäga framtida problem.

Vid planering av behandlingen engageras föräldrarna och vi har erfarenhet av att genom ökad kunskap och förståelse av barnets problem kan föräldrarna aktivt delta i behandlingen genom att använda sig av de aktiviteter, som barnet normalt genomför i olika vardagssituationer. Detta arbetssätt bidrar till att föräldrarna upplever att de har kontroll över situationen men också till en effektivare träning för barnet. Handledning av dagispersonal sker också ofta tillsammans med det team man arbetar med på vårdcentralen. Då

det föreligger behov behandlas barnet av arbetsterapeuten. Insatserna riktar sig mot anpassning av omgivningen, såsom påverkan av krav och attityder men även tillrättaläggande av fysisk miljö, för att leken skall bli den rätta utmaningen för barnet.

Då detta arbetssätt endast har prövats i liten skala, krävs studier för att kunna bedöma hur användbar metoden är. Det är också vår erfarenhet att arbetsterapeuten som arbetar på vårdcentralen inte utan vidareutbildning kan bidra i den del av barnhälsovården som skisserats ovan. Arbetsterapeuten är dock van att bedöma människor i olika åldrar i vardagsaktiviteter samt bedöma hur miljön påverkar individens förmåga. Tillsammans med de kunskaper inom neuropsykologi och neurofysiologi som redan finns, föreligger här en bra grund att bygga vidare på. Vi menar att arbetsterapeuten utgör en väsentlig men hittills sparsamt utnyttjad resurs i barnhälsovårdens åtgärdsida i samverkan med övrig personal inom barnhälsovården. Arbetsterapeuten kan bidra till att barnet och familjen genom ökad förståelse och kunskap om utvecklings- och aktivitetsproblem hos barn kan öka livskvaliteten och de sociala möjligheterna för hela familjen.

REFERENSER

1. Köhler L: Health control of four-year-old children. *Acta paediat Scand* 1973;suppl 235.
2. Höjer B, Sterky C, Sterky G: Fyraårskontrollens hälsopolitiska betydelse. *Socialmedicinsk tidskrift*, 1988;1:45-53.
3. Kadesjö B: Barn med koncentrationssvårigheter. Almqvist & Wiksell, Stockholm, 1992.
4. Ayres A J, Mailloux Z: Influence of sensory integration procedures on language development. *American Journal of Occupational Therapy*, 1981;37:383-390.
5. Fisher A G, Murray E A, Bundy A C: Sensory integration. F A Davis Company, Philadelphia, 1991.
6. Gillberg C H: Nordisk enighet om MBD-bedömning Termen otidsenlig och olämplig. *Läkartidningen*, 1991;vol 88:713-17.
7. Ayres A J: Characteristics of types of sensory integrative dysfunction. *American Journal of Occupational Therapy*, 1971;25:329-334.
8. Rydefalk I, Frisk M: MBD-barn finns dom?
9. Tikkanen M: Sofias egen bok, 1984.
10. Ayres A J: Sinnenas samspel hos barn. Psykologiförlaget AB, Stockholm, 1988.
11. Watson D: Documentation of pediatric assessment using the occupational therapy guidelines for client-centred practice. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 1992;6:87-94.
12. Miller L J: Miller Assessment for Preschoolers. The Foundation Knowledge In Development, Colorado 1988.