

# Special-BVC - en verksamhet för metodutveckling, utredning och behandling av barn med komplexa medicinska, psykologiska och/eller sociala problem

Elisabet Hagelin

Monica Östberg

Hälsoproblempanoramat bland barn har förändrats sedan den förebyggande barnavårdens första tid. Matvägran, felnäring, utvecklingsavvikelse, osäkerhet hos föräldrar m m är i dag vardagsproblem på BVC. Samtidigt har de generella vårdverksamheterna inte alltid de resurser eller den kompetens som behövs för att arbeta med familjer med en mer sammansatt problematik. Det finns ett behov av att hitta nya arbetssätt inom socialpediatriken.

Denna artikel beskriver en försöksverksamhet, "special-BVC", som sedan hösten 1991 bedrivits vid barnhälsovårdens centrala länsenhet i Uppsala. Special-BVC är ett komplement till länets barnavårdscentraler och till barnsjukhuset. Verksamheten riktar sig till föräldrar med barn i åldern 0-3 år som behöver hjälp p g a svårbedömda och/eller sammansatta biologiska, sociala eller psykologiska problem.

Elisabet Hagelin är barnsjuksköterska och forskarstuderande i pediatrik. Monica Östberg är leg. psykolog och forskarstuderande i tillämpad psykologi.

Barnavårdscentraler (BVC) har funnits i vårt land i mer än femtio år. Verksamheten byggdes upp för att komma tillrätta med dåtidens höga barnadödlighet och sjuklighet i olika infektioner. Hälsoundersöknings-, upplysnings- och vaccinationsprogram utarbetades för att följa och stödja barnens utveckling och kroppsliga hälsa. Idag är hälsoproblempanoramat ett annat. Istället för undernäring förekommer allvarlig matvägran, felnäring och ett ökande antal barn med födoämnesallergier eller födoämnesintoleranser. Barn med diffusa och oklara utvecklings- eller tillväxtavvikelse, kolik, skrikighet, massiva sömnproblem, eller som är extremt passiva/hyperaktiva hör till dagens barnavårdscentral-

ers vardagsproblem. Föräldrar som känner sig osäkra, oroliga och tycker sig ha bristande kunskaper i förhållande till just sitt barn söker hjälp på BVC oberoende av om detta bottnar i en psykisk insufficiens, sociala problem eller avvikelser som primärt finns hos barnet. Om hjälp inte ges på BVC söker man sig vidare till olika delar av vårdapparaten alltför ofta utan att hitta någon som går till botten med familjens problem.

Olika studier som bl a gjordes inom forskningsprojektet "Barnfamiljerna och samhällets service", Lagerberg & Sundelin 1990, visade att det till stor del saknas resurser, metoder och kompetens för att arbeta med familjer med en mer sammansatt problematik inom alla generella vårdverksamheter som vänder sig till barnfamiljer. Bristande samarbete och samplanering mellan olika verksamheter, med fragmentariska hjälpinsatser som följd, framkom också. Behovet av att hitta nya arbetssätt inklusive samarbetsformer samt av att bygga upp kompetens för socialpediatriska frågor är därför stort.

Mot denna bakgrund avsatte Uppsala läns landsting speciella medel för att bygga upp en försöksverksamhet som komplement till länets barnavårdscentraler och till barnsjukhuset (se Hagelin & Östberg 1992). Barnhälsovårdsmottagningen eller special-BVC som verksamheten har kommit att kallas tillhör länets centrala barnhälsovårdsenhet som organisatoriskt tillhör Aka-

---

*Barn med diffusa och oklara utvecklings- eller tillväxtavvikelse, kolik, skrikighet, massiva sömnproblem, eller som är extremt passiva/hyperaktiva hör till dagens barnavårdscentralers vardagsproblem*

---

demiska Barnsjukhuset. Verksamheten som är kostnadsfri startade i september 1991. Den riktar sig till hjälpsökande föräldrar med små barn 0-3 år som behöver hjälp p g a svårbedömda och/eller sammansatta biologiska, sociala och/eller psykologiska problem.

Anställda för att driva verksamheten är barnsjuksköterskan Elisabet Hagelin och barnpsykolog Monica Östberg. Båda arbetade under första året halvtid i projektet, sedan 75%. Projektet leds av barnhälsovårdsöverläkare Claes Sundelin som också kontinuerligt deltar i diskussioner runt behandlingsplanering och har direktkontakt med några familjer. Teamet har tillgång till en socialsekreterare som konsult vid svårare psykosociala ärenden. För att klara det ofta mycket krävande arbetet med familjerna har sjuksköterska och psykolog för egen del handledning av psykolog.

Efter att ha arbetat med special-BVC under snart två år vill vi här dela med oss av våra erfarenheter. Artikeln beskriver arbetet med 104 barn som vi haft kontakt med f o m september -91 t o m april -93.

**Vilka har remitterat och varför?**

Remisserna till special-BVC har kommit från både sluten och öppen vård. Barnsjukhuset står för 44% av remisserna, och andra specialistverksamheter på Akademiska sjukhuset för ytterligare 10%. Länet barnavårdscentraler har remitterat 30% av familjerna, distriktsbarnläkarna 10% och i 6% av fallen har föräldrarna själva kontaktat oss efter att ha hört om vår verksamhet av andra föräldrar.

Remissanledningarna har varierat mycket (se tabell 1) och är givetvis relaterade till barnens ålder. Sömn- och matproblem är klart dominerande och har i många fall varit en del av familjernas ofta sammansatta problematik. Bland de yngsta barnen 0-1 år, har en vanlig remissanledning varit sjukvårdspersonalens önskan om en tät uppföljande och stödjande kontakt av för tidigt födda barn i familjer med en komplicerad social situation eller psykisk sjukdom.

Femtiosex procent av remisserna har gällt pojkar och 44% flickor. Ca 50% av barnen har varit mellan 0 och 1 år. "Enda barn" är 43% av barnen och 55% är familjernas första barn. Födelsevikt på mindre än 2500g förekommer hos 15% av barnen och 9% av samtliga barn är tvillingar. Många familjer har varit stora konsument av vård. Täta polikliniska läkarkontakter, många inläggningar på barnklinik samt en tät kontakt med den

*Tabell 1. Huvudsaklig remissorsak.*

| Remissorsak (n=104)            | %   |
|--------------------------------|-----|
| Sömnproblem                    | 27  |
| Matproblem                     | 28  |
| Psykosocial situation          | 13  |
| Depression/psykisk sjukdom     |     |
| hos förälder                   | 10  |
| Kolik/skrikighet               | 9   |
| Infektionskänslighet           | 5   |
| Uppföljning efter neonatalvård | 4   |
| Övrigt                         | 4   |
| Summa:                         | 100 |

förebyggande barnhälsovården är mycket vanligt.

**Bedömning av barnets situation**

Under den tid vi har kontakt med familjerna gör vi en sammanfattande bedömning av barnet, familjens psykosociala situation samt av föräldrarnas eventuella omsorgssvikt. Dessa bedömningar bildar underlag för det fortsatta arbetet med familjen.

**Hälsoproblem hos barnet**

Tjugofem procent av barnen uppvisade inte själva några symtom. Hos övriga barn finns ett eller flera av de symtom som redovisas i tabell 2. Observera att tabellen grundar sig på de 78 barn som visar symtom, och att summan blir mer än 100% eftersom barnen kan ha mer än ett problem (medeltal=1.7 problem/barn).

*Tabell 2. Problemförekomst hos barnen.*

| Problemtyp (n=78) | antal | %  |
|-------------------|-------|----|
| Sömn              | 36    | 46 |
| Mat               | 37    | 47 |
| Viktnedgång       | 20    | 26 |
| Infektioner       | 12    | 15 |
| Kolik/skrikighet  | 12    | 15 |
| "Difficult child" | 6     | 8  |
| Utveckl.avvikelse | 7     | 9  |
| Hyperaktivitet    | 3     | 4  |

**Familjens psykosociala situation**

I 75% av familjerna finns, enligt vår bedömning, psykosociala faktorer som kan vara av betydelse för det aktuella problemet, se tabell 3 som grundar sig på de 78 familjer där något eller några av de redovisade faktorerna förekommit.

Tabell 3. Förekomst av psykosocial problematik.

| Problemtyp (n=78)                             | antal | %  |
|-----------------------------------------------|-------|----|
| Psykisk ohälsa hos förälder/föräldrar         | 37    | 47 |
| Arbetslöshet i familjen (mor, far eller båda) | 26    | 33 |
| Otillfredsställande socialt nätverk           | 51    | 65 |
| Relationsproblem                              | 17    | 22 |
| Ensamstående mor                              | 14    | 18 |
| Sjukdom i familjen                            | 11    | 14 |
| Ekonomiska problem                            | 10    | 13 |
| Allmänt stimulansfattig miljö                 | 10    | 13 |
| Missbruk i familjen                           | 9     | 12 |

Tretton procent av samtliga barn bor tillsammans med en ensamstående mamma och denna siffra är jämförbar med riket som helhet. Andelen barn där ena eller båda föräldrarna kommer från ett annat land än Sverige är ungefär 30%. Psykisk ohälsa hos någon av föräldrarna är mycket vanligt förekommande, se tabell 3.

### Omsorgssvikt

Med omsorgssvikt menar vi en situation där föräldrarna har svårigheter att tillgodose barnets behov av omsorg och omvårdnad, och har en bristande lyhördhet för barnets signaler. Begreppet är mångfasetterat och svårdefinierat. Föräldrarnas svårigheter och bristande lyhördhet kan vara av olika grad samt mer tillfälliga eller långvariga. Vi ser alltså omsorgssvikt som ett tvådimensionellt begrepp. Se figur 1.

Figur 1. Omsorgssvikt

|            | Lätt | Svår |
|------------|------|------|
| Tillfällig |      |      |
| Långvarig  |      |      |

Exempel på lätt och tillfällig omsorgssvikt är när en förälder befinner sig i en tillfällig krissituation eller har en övergående postpartum-depression. Socialt kaos med missbruk eller en grav personlighetsstörning kan vara

Med omsorgssvikt menar vi en situation där föräldrarna har svårigheter att tillgodose barnets behov av omsorg och omvårdnad och har en bristande lyhördhet för barnets signaler

Hembesöket tar ofta två timmar och utgör en viktig bas i den kontakt som etableras med familjen

exempel på en svår och långvarig omsorgssvikt.

Trettioen procent av föräldrarna bedömdes *ej* ha sådana svårigheter. 25% har en lätt omsorgssvikt, 17% en svår men tillfällig och övriga 27% en svår och långvarig omsorgssvikt.

### Arbetsätt

När en remiss har kommit bestäms tid för hembesök. Efter att ha fått föräldrarnas godkännande kontakter vi BVC för att höra hur man där försökt hjälpa familjen och för att få en kopia på BVC-journalen. Vid hembesöket träffar både sjuksköterska och psykolog barn och föräldrar. Hembesöket tar ofta ca två timmar och utgör en viktig bas i den kontakt som etableras med familjen. En arbetsplan görs upp tillsammans med familjen och diskuteras sedan med barnhälsovårdsöverläkaren. I vissa ärenden fortsätter sjuksköterskan och psykologen att arbeta tillsammans, i andra ärenden blir det en naturlig uppdelning av ansvaret.

I en del av de familjer som remitterats till oss från barnsjukhuset har vi kopplats in redan under vårdtiden antingen som behandlare och/eller för att ta över uppföljningsansvar och fortsatt vårdplanering. I andra fall där föräldrarna sviktar har vi kunnat lägga in barnet/familjen på barnsjukhuset. Vi har då funnits med i behandlingsarbetet samt tillsammans med familj och personal utarbetat en preciserad vårdplan.

Eftersom special-BVC organisatoriskt tillhör barnsjukhuset har vi möjlighet att på ett enkelt sätt konsultera barnläkare med olika specialistkompetens och andra yrkesgrupper såsom dietist, sjukgymnast och kurator. Remittering till någon av dessa kräver dock samarbete med primärvården som har de ekonomiska resurserna.

Samarbetskontakterna med barnsjukvård och vuxenpsykiatri samt med socialförvaltning har varit omfattande. Vi har tagit initiativ till ett stort antal möten mellan personal med olika huvudmän, som arbetar med samma familjer men utifrån olika perspektiv. Det är ofta nödvändigt att tillsammans med familjen lägga upp en planering och klargöra respektive verksamhets ansvarsområden.

Kontakten med vissa familjer har varit både tät och

---

## *Samarbetskontakterna med barnsjukvård och vuxenpsykiatri samt med socialförvaltning har varit omfattande*

---

långvarig medan vi i andra fall endast fungerat som en brygga mellan öppen och slutenvård. I ca 17% av fallen har vi haft indirekt kontakt med familjen genom att stötta BVC-personalen och ta initiativ till samarbetskontakter. I genomsnitt har våra insatser bestått av två hembesök, ett samtal på vår mottagning samt ett stort antal telefonkontakter.

För att hjälpa de familjer som har ett svagt socialt nätverk har vi påbörjat ett samarbete med representanter för Röda Korset, Rädda Barnen och Diakonicentrum. Genom dessa organisationer har vi fått kontakt med ett antal frivilligarbetare som är intresserade av att ha en "mormors"-funktion, dvs att kunna ställa upp med medmänsklig kontakt och stöd, samt ibland kunna vara barnvakt. Vi förmedlar kontakten och håller sedan en uppföljande stödkontakt med "mormödrarna".

Vår strävan är att så snart som möjligt lämna ansvar för fortsatt stöd och uppföljning till den ordinarie vårdkedjan. Vid avslutad kontakt informeras remissinstans och även alltid BVC om vilka arbetsinsatser som gjorts. En förhoppning är att återkopplingen bidrar till en ökad kunskap och beredskap hos personalen att själva arbeta med liknande problematik.

### **Vad tycker föräldrarna om special-BVC?**

För att få kunskap om familjernas syn på den hjälp och det stöd som de har fått skickas en utvärderingsenkät till föräldrarna cirka en månad efter avslutad kontakt, enkät 1. Cirka 6 månader efter avslutad kontakt får familjen enkät 2 där vi frågar efter varaktigheten i den symtom- och problemreduktion som kontakten förhoppningsvis har lett fram till. Utvärderingsenkäterna skickas endast ut till de familjer som vi har haft direkt kontakt med, med undantagande av familjer där vi endast haft en överbryggande funktion. Svarsfrekvensen på enkät 1 är 85% (n=49) och på enkät 2 93% (n=28).

I enkät 1 uppgav 81% av föräldrarna att de tidigare diskuterat sitt problem på BVC, 34% hade tagit upp det på barnkliniken och 27% på vårdcentralen. De flesta föräldrarna (93%) svarar ja på frågan om vi förstått och tagit deras frågor på allvar och tycker att de har haft nytta av kontakterna med oss (83%). Några föräldrar skulle också ha velat ha annan hjälp, t ex prak-

tisk hjälp via hemtjänsten, "reservmormor" eller liknande. Några önskar också att de fått kontakt med oss eller blivit utredda av specialist tidigare. På frågan om vilket stöd man för närvarande anser sig behöva svarar 32% att de behöver stöd ibland och 5% uppger behov av ett konstant stöd.

I enkät 2 rapporterar 54% att situationen var klart förbättrad när kontakten avslutades och 11% anser att situationen var oförändrad. Nya bekymmer kan dock uppstå och 6 månader efter avslutad kontakt anger 19% av föräldrarna att de för närvarande oroar sig bl a för olika typer av infektioner, tillväxtproblem och att inte orka med sin situation som ensam förälder. De flesta av dessa har vänt sig till BVC för att få hjälp med detta.

På båda enkäterna har föräldrarna möjlighet att lämna övriga synpunkter, vilket också 61% resp. 58% av föräldrarna har gjort. Dessa synpunkter består till övervägande del av tacksamhet för den hjälp och det stöd man fått. Föräldrarna påpekar det positiva med hembesök och uppskattar att vi tagit oss tid och tagit deras problem på allvar. Den negativa kritik som framförs gäller främst BVC som föräldrarna anser inte har lyssnat tillräckligt och bagatelliserat deras problem.

### **Övriga behandlingsinsatser och utvecklingsönskemål**

Under den tid som vi arbetat med special-BVC har vi utnyttjat de förhållandevis små behandlingsmöjligheter som erbjuds utanför BVC idag. I samarbete med socialtjänsten har t ex stödinsatser i form av plats i skolorbarngrupp eller hjälp från familjeterapeut kunnat sättas in. Förtursintyg till kommunal barnomsorg har också skrivits. I flera fall har vi remitterat föräldrar som mått psykiskt dåligt till psykiatrin.

På grund av ett bristfälligt socialt nätverk saknar elever har många familjer mycket små möjligheter att vid behov kunna få avlastning av vänner/släktingar. Många familjer har därför sökt sig till sjukvården och blivit inlagda under kortare eller längre perioder trots att problematiken inte alltid varit av medicinsk karaktär. I en del fall har troligen de mest akuta problemen löst sig under vårdtiden, men ofta kvarstår grundproblematiken. Barnen fordrar egentligen ingen medicinsk

---

*Femtiofyra procent rapporterar att situationen var klart förbättrad när kontakten avslutades*

---

---

*När det gäller arbetsformer som är gemensamma för special-BVC och en vanlig BVC vill vi särskilt framhålla vikten av att göra hembesök*

---

sjukhusvård utan skulle kunna skötas under mindre kostsamma förhållanden, om en sådan verksamhet hade existerat. Vi tror att en lättvårdsenhet med utökad psykosocial kompetens och ett väl utarbetat uppföljningsprogram bättre skulle svara mot familjernas behov. Till denna enhet skulle både en mer terapeutisk mor-barngrupp och en pedagogisk föräldragrupsverksamhet för speciella behovsgrupper kunna knytas.

### Behövs special-BVC?

Då vi, sjuksköterska och psykolog, har lång erfarenhet av barnhälsovårdsarbete får vi ofta frågan om på vilket sätt special-BVC skiljer sig från vanlig BVC-verksamhet. Visst skulle man på en vanlig barnavårdscentral till största delen klara av detta arbete själv om man haft de resurser i form av gott om tid och tillgång till specialister som är oss förunnat. Genom att vi båda arbetar enbart probleminriktat och därmed kommer i kontakt med många barn och familjer med liknande problematik har vi större möjligheter att systematisera och utveckla våra kunskaper beträffande den mer sammansatta problematiken än vad som är praktiskt möjligt på en BVC idag. Vårt nära teamarbete ger oss också en bred och mångdimensionell belysning av barnets

hälsa och levnadsvillkor. Teamarbetet ökar vår gemensamma kompetens utan att sudda ut yrkesgränserna.

När det gäller arbetsformer som är gemensamma för special-BVC och en vanlig BVC vill vi särskilt framhålla vikten av att göra hembesök. Fördelarna för föräldrarna är att vara på hemmaplan och i lugn och ro få berätta om sina problem och önskemål. Fördelarna för oss som personal är att se barnet i sin vardagsmiljö så att vi kan anpassa våra och andra inblandade experters råd och hjälp till den verklighet som familjen befinner sig i. Även om hembesöken är mycket tidskrävande tror vi att tiden är väl använd och avgörande för hur väl vi lyckas med våra insatser.

Behövs fler special-BVC på fler håll i landet? Frågan går ej att besvara generellt eftersom förutsättningarna ser olika ut i landet. Vi anser dock att det på många sätt är bra att kunna knyta ett metodutvecklingsarbete till en central länsövergripande barnhälsovårdsenhet. Genom att vi ser var problemen i vården finns kan vi också peka på behov av förändringar och kvalitetsförbättringar.

### REFERENSER

- Lagerberg D, Sundelin C, red (1990): Barnfamiljerna och samhällets ambitioner. Granskning av mål och verklighet. Slutrapport från ett forskningsprojekt. Stockholm: Liber.  
Hagelin E, Östberg M (1992): Barnhälsovårdsmottagning. En nystartad verksamhet vid Akademiska Barnsjukhuset i Uppsala. Barnbladet (17) Nr 2, s. 20-22.

## Socialmedicinsk tidskrifts temanummer nr 10/88

### Barnfamiljerna och samhällets service

#### Ur innehållet:

U Jansson: **Mål och utvecklingslinjer inom servicesektorn**

G Elvhage, A Hermodsson: **Invandrade och svenska familjer i socialtjänsten**

B Hägg Jonsteg m fl: **Mödra- och barnhälsovårdspersonals syn på arbete med invandrarfamiljer**

D Lagerberg: **Barnomsorg - realiteter och önskemål**

E Hagelin: **Vad tyckte föräldrar och barn om 6-årsundersökningen?**

A-M Rydell, C Sundelin: **Pojkars och flickors hälsa speglad av skolhälsovården**

A-M Rydell: **Skolans extra stöd till barn i årskurs 1**

D Lagerberg: **Går insatserna hem? - Olika synsätt på samhällsservice**