

# Från barnhälsovård till barnhälsovetenskap

Lennart Köhler

I denna artikel beskrivs hur idéer och innehåll i den förebyggande barnvården utvecklats under de senaste 30 åren, både i Sverige och internationellt. Från medicinskt kontrollerande har verksamheten allt mer fokuserats på stödjande och hälsobefrämjande insatser, helt i linje med ett modernt folkhälsovetenskapligt tänkande.

Professor emeritus Lennart Köhler var i Lund Sveriges första barnhälsovårdsöverläkare, och senare professor, först i socialmedicin, sedan i socialpediatrik, och rektor för Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap i Göteborg.

Lennart Köhler, Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap, Box 12133, 402 42 Göteborg, e-post: [lennart@nhv.se](mailto:lennart@nhv.se)

Det är med stor glädje som jag hörsammat inbjudan att delta i en hyllning av Claes Sundelin. Vi har känt varandra under många år, vi har arbetat inom samma område, nämligen barns hälsa. Vi har båda kombinerat forskning, undervisning och praktisk verksamhet, och vi har båda utvecklats i ungefär samma riktning – från klinisk pediatrik via socialmedicin till barnhälsovård och slutligen till barnhälsovetenskap.

Vårt samarbete har inneburit att vi har uppträtt tillsammans på konferenser inom och utom Sverige, vi har medverkat i gemensamma kommittéer, vi har skrivit arbeten tillsammans (1), vi har engagerat varandra i våra respektive verksamheter. Claes har varit en mycket uppskattad föreläsare, sakkunnig och opponenter vid Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap (som NHV numera heter), och jag har anlitats som expert i tjänstetillsättningar och vid disputationer i Uppsala. Sverige är ju inte så stort och det är inte så konstigt att vi i våra yrken har rört oss i samma cirklar.

Men vad som kanske inte är alldeles självklart är att vi professionellt ut-

vecklats i samma riktning och till slut, ungefär samtidigt, hamnat i samma fälla, den som vi kallar den barnhälsovetenskapliga. Åtminstone är det min tolkning av situationen

Vad betyder då detta? Är det måhända ytterligare ett oblygt försök från några akademiker att skapa sig ett eget litet elfenbenstorn, varifrån man kan dirigera fotfolket och med bryska krav om utbildning och examina kan hindra icke önskvärda att klättra upp? Låt mig förklara vad jag – vi – lägger in i begreppet barnhälsovetenskap, så kanske det ändå står klart att avsikten inte är att skapa en ny specialitet, inte att utesluta andra yrkesgrupper. Tvärtom.

## En blick tillbaka

Som vanligt är det bäst att göra en liten tillbakablick i historien. Första gången jag själv såg barns hälsa i ett annat perspektiv än det kliniska var en bit in på pediatriktjänstgöringen i Lund på 60-talet. Det var den vanliga grundliga utbildningen i klinisk pediatrik. Men så kom Bertil Lindquist, ny professor i pediatrik, som noterade de nya signalerna i samhället och som insåg att det fanns annat än kalciummetabolism, hans eget forskningsområde, som var viktigt för barns hälsa. Jotte – ingen kallade Bertil Lindquist för annat än Jotte – förstod att det som den förebyggande barnvården vid den tiden erbjöd barnen, föräldrarna och samhället låg långt från vad som behövdes och efterfrågades.

## Barnhälsovårdens upprustning

När möjligheten erbjöd sig för en pilotstudie om förskolebarns hälsa, bad han mig, hans yngste underläkare, att ta itu med den. Detta ledde så småningom fram till en avhandling om 4-åriga barns hälsa (2). Ett viktigt fynd var att små barns hälsa var ojämnt fördelat och tätt följde en social gradient. Detta var ju ingen nyhet i resten av världen, men betraktades som överraskande och kanske lite otillständigt i Sverige, där välfärdsstaten borde ha utrotat sådana ovälkomna förhållanden.

I Uppsala, där Stig Sjölin var pediatrikchef och Ragnar Berfenstam socialmedicinare med pediatrik bakgrund, tänkte man likadant och gjorde liknande studier, med något annorlunda utgångspunkt. Dessa kom att utgöra de första systematiska försöken att studera barns hälsa med ett större grepp, samtidigt som de utvärderade hur barnhälsovården fungerade, vilken nytta den gjorde och vad man missade (3). Tillsammans med statliga utredningar bidrog de till att hela barnhälsovården blev ordentligt upprustad på 1970-talet. Den första tjänsten som barnhälsovårdsöverläkare inrättades helt följdriktigt i Lund i juli 1969 och den andra strax efter i Uppsala. Jean-Claude Vuille var förste innehavaren i Uppsala, Claes blev biträdande

överläkare och så småningom Jean-Claudes efterträdare.

Detta var en genomgripande och helt nödvändig upprustning som med en gång lyfte hela verksamheten till höjder som den förtjänade och som behövdes för att den skulle fylla sin funktion och fortsätta att behålla samhällets förtroende. Liknande lyft har knappast skett senare, åtminstone inte på en gång, men en ständig utveckling och anpassning till nya behov och krav har skett. Och det är självklart nödvändigt. Ta skolhälsovården som ett avskräckande exempel på vad som händer när inga resurser tillförs, när forsknings- och utvecklingsarbete i fråga om metoder och innehåll och organisation uteblir. När alla, från den statliga toppen ner till de enskilda huvudmännen, kommunerna, tvår sina händer och abdikerar från ansvar. Den hamnar i en ond cirkel, minskar i trovärdighet hos alla, och riskerar att till slut elimineras.

### Socialpediatriken växer fram

Vi hade nu i Lund fått blodad tand för detta område av studier av barns hälsa i ett brett medicinskt, socialt och ekonomiskt sammanhang. Jotte hade många strängar på sin lyra: han var ju också en eminent pianist och sångare och hade ett utbrett kontaktnät inom och utom Sverige. Han hade vad vi idag skulle kalla en hög social kompetens. Han förordade en randutbildning i socialmedicin och ordnade en studieresa för mig till England, där jag fick träffa den tidens stora inom pediatrik, socialmedicin och folkhälsa. Tillsammans organiserade Jotte och jag sedan ett internationellt socialpediatrikmöte i Lund och grundade European Society for Social Pediatrics (ESSOP), en förening som har växt och frodats och nu är inne på sitt andra kvartssekel av full aktivitet (4). Jag blev generalsekreterare och Jotte blev president i den nya föreningen. Som han sa, sekreteraren gör jobbet och presidenten tar äran.

Begreppet socialpediatrik fanns redan internationellt, men genom dessa aktiviteter i Lund introducerades det också i den svenska akademiska världen, och definierades då som ett område som bestod av tre delar (5):

- Barns hälsoproblem med social bakgrund
- Barns hälsoproblem med sociala konsekvenser
- Barns hälsovård

Socialpediatriken beskrevs också i termer av områden som den behandlade:

- Administrativ pediatrik
- Epidemiologi
- Preventiv pediatrik
- Habilitering

Även om dessa socialpediatriska definitioner och målområden var lånade från socialmedicinen, var det ingen tvekan om att socialpediatriken utgick från pediatriken och dess målsättningar och värderingar, i ett försök att anpassa tidens utveckling för vuxenmedicinen till barnens behov.

Tidens utveckling i detta sammanhang betyder tendensen att flytta fokus från sjukdomar till hälsa, från individer till populationer, från medicinska, naturvetenskapliga förklaringsmodeller till tvärsektoriell och mångvetenskaplig inriktning. Det här synsättet har utvecklats och marknadsförts framför allt av WHO, men också av så ekonomifokuserade institutioner som Världsbanken, OECD och EU. Här ligger också basen i hela tänkandet omkring hälsa och folkhälsa, både för barn och vuxna (6,7).

## Hälsobegreppet

Det är det vidgade hälsobegrepp från WHO som kommit att få genomslagskraft. Detta har förstas kritiserats för att vara diffust och opraktiskt. Dock, vad som går som en röd tråd genom dessa och andra definitioner och aktionsplaner från t.ex. Europarådet och EU, är att hälsa inkluderar mer än frihet från sjukdom, att det också måste ingå ett positivt element och att det måste inkludera både objektiva och subjektiva komponenter, liksom också fysiska, psykiska och sociala delar. I strategin Hälsa för alla ligger också som bas filosofin om jämlikhet inom och mellan geografiska områden, sociala grupper och kön. Hälsan blir en resurs för livet, inte målet med livet.

Den kortaste, mest slagkraftiga och definitiva den vackraste definitionen har dock Piet Hein, den danske arkitekten, matematikern och författaren, åstadkommit i sin prolog till WHO:s 40-årsjubileum (8):

*"Health is not bought with a chemist's pills,  
nor saved by the surgeon's knife.  
Health is not only the absence of ills,  
but the fight for fullness of life."*

Denna syn på hälsan är fortfarande diffus och opraktisk i det dagliga livet, men har den stora fördelen att den ger de stora linjerna och principerna. Den har ett allmänt accepterat mål och den har inkorporerats i praktiskt taget alla länders nationella hälsoplaner, t.ex. i våra egna portalparagrafer i hälso- och sjukvårdslagen och nu senast i regeringens folkhälsoproposition i december 2002 (9). Hälsoområdet är numera, efter Maastrichtfördraget, ett ansvarsområde för EU, och hälsan hos befolkningen i medlemsstaterna skall vara grunden för alla aktiviteter inom unionen.

## Folkhälsovetenskapen

Hälsa är alltså mycket mer än sjukdom; individers och befolkningars hälsoproblem är inte bara medicinska. Det innebär att ett flervetenskapligt angreppssätt är nödvändigt. Detta sätt att angripa hälsoproblemen kallas *folkhälsovetenskapligt*, och definieras som ett tvärvetenskapligt, mångprofessionellt och multisektoriellt område som studerar samhällsstrukturens, arbetslivets, miljöns och vårdsystemets betydelse för befolkningens hälsa liksom för hälso- och sjukvårdens effektivitet (10).

Ett viktigt instrument i arbetet med att förbättra den allmänna folkhälsan och att utjämna skillnader mellan olika grupper i samhället är hälsofrämjande insatser eller *Health Promotion* som tar sin utgångspunkt i människors resurser och söker stärka "friskfaktorer" i stället för att söka bara "riskfaktorer". Ledorden är 'empowerment' och 'enabling'. Teoretiskt grundar sig denna syn på bl.a. Aaron Antonovskys arbeten om "Känslan av sammanhang" (KASAM), som från barndomen och framåt avgör om tillvaron upplevs som begriplig, hanterbar och meningsfull (11).

Hälso- och sjukvården är en aktör bland många för att förbättra befolkningens hälsa, och många hävdar att dess roll historiskt varit högst marginell i detta avseende. Viktigast har i stället varit den allmänna välfärdsökningen, med bättre näring och bostäder och mindre fysiska umbäranden. Redan Esaias Tegnér hade fått in den rätta balansen i sin analys av de faktorer som ligger bakom den förbättrade folkhälsan: *Freden, potäterna och vaccinen*. Här finns politiken, nutritionen och medicinen kärnfullt sammanfattade.

Folkhälsovetenskapen har fått en nytändning som akademiskt ämne och en nästan explosionsartad etablering av Schools of Public Health har skett i hela Europa. Dessa knoppas av från medicinska eller samhällsvetenskapliga fakulteter eller bildas som fristående fakulteter eller institutioner. Nordiska Hälsovårdshögskolan var på sin tid den enda institution som bedrev sådan verksamhet, bara i Sverige finns nu möjligheter till fullständig eller partiell utbildning i folkhälsovetenskap på ett 20-tal orter (12).

## Barnen

Eftersom barn är en del av befolkningen är naturligtvis resonemangen ovan också tillämpliga för dem. Om man som barnläkare vill göra anspråk på att försvara och förbättra *barns hälsa*, måste också vi vidga våra vyer ytterligare: hälsa är inte detsamma som aldrig så god och täckande sjukvård. Och det finns också speciella skäl varför barnen är särskilt viktiga som målgrupp för ett folkhälsoinriktat arbete.

- Barn utgör en betydande del av befolkningen. I Sverige är drygt en femtedel under 18 år, i många utvecklingsländer över hälften.
- Barn utgör en sårbar grupp, utsatt för betydande hälsorisker och beroende av andra för skydd och vård.
- Barn har ingen politisk makt och är inte representerade i formella eller informella påtryckargrupper, som t.ex. äldre eller funktionsstörda.
- Barns hälsotillstånd återspeglar ländernas omsorg om sin medborgare, och de landvinningar som uppnås på detta område utgör ett mått på ländernas allmänna sociala standard.
- De vuxnas kunskaper, attityder och beteenden i hälsofrågor, ofta också deras basala hälsotillstånd, grundläggs och befästs i barn- och ungdomsåren.
- I en särskild konvention från 1989, dvs. en för länderna bindande överenskommelse, har Förenta Nationerna utfärdat regler som ska skydda barnets rättigheter i samhället, bl.a. dess ”rätt att åtnjuta bästa uppnåeliga hälsa och rätt till sjukvård och rehabilitering”. (Artikel 24).

## Barnhälsovetenskapen

Man kan nu föreställa sig hur WHO:s Hälsa för alla, folkhälsovetenskapen och barns särskilda behov av skydd för sin hälsa och välfärd kan förenas i ett begrepp som man skulle kunna kalla för *barnhälsovetenskap* (13), på engelska *Child Public Health*. Denna gren av folkhälsovetenskapen har liksom moderdisciplinen tre huvudsakliga aktionsområden: utbildning, forskning och service.

1. *Utbildning, träning och karriärutveckling* av dem som skall arbeta med barn och ungdomar och deras hälsa. I hela Europa är denna typ av bred utbildning ett försummat kapitel, barns hälsa är praktiskt taget överallt en medicinsk angelägenhet. Till och med på Schools of Public Health finner man sällan speciellt barninriktad utbildning i folkhälsovetenskap för alla dem som dagligen arbetar med barn och ungdomar och som behöver vidareutbilda sig. Undantag är vissa universitet i Storbritannien samt NHV i Göteborg, där det under drygt 25 år har funnits möjligheter att välja barnhälsovetenskap (eller socialpediatrik som det tidigare hette) som en del i en masters- och doktorsutbildning.

Också på studentnivå är situationen bekymmersam. Den här socialped-

iatriska eller barnhälsovetenskapliga inriktningen är inte prioriterad eller ens inkluderad på många medicinska högskolor, varken i Sverige eller i andra länder.

Problemet med nuvarande system är inte bara att nya läkare lämnar universitetet med otillräcklig kunskap och trånga sinnen. Det betyder också att de som vill lära sig om barns hälsa tvingas söka sig till andra fakulteter, till andra yrkesgrupper, som låter medicinska aspekter hamna i periferin, om de överhuvudtaget kommer med. Och det vore illa för barnen, för barnläkarna och för pediatriken.

2. *Forskning* av olika slag, alla på flerprofessionell grund, för att öka kunskapen om barns och ungdomars hälsa, välfärd och livskvalitet och för att klargöra behoven och möjligheterna att genomföra olika strategier för att förbättra dessa förhållanden

Ett kanske utopiskt men i högsta grad önskvärt mål för sådan forskningsverksamhet vore att upprätta en fullständig, systematisk och kontinuerlig hälsoövervakning av barns och ungdomars hälsa och välbefinnande. Detta skulle skapa ett verktyg att bedöma barnens hälsa över tid och mellan geografiska, sociala och etniska områden och grupper. Det skulle också ge möjlighet att följa effekterna av insatta socialpolitiska och preventiva åtgärder. En sådan hälsoövervakning finns nämligen inte i dag, inte i något land.

På detta område har Claes och jag deltagit i ett EU-projekt, Child Health Indicators for Health and Development, CHILD. I projektet, som pågick i knappt två år, deltog experter från alla dåvarande 15 EU-länder plus Norge och Island (14).

Mycket tid gick åt att diskutera sig fram till gemensamma principer och lämplig strategi. Experterna stod till slut eniga bakom det förslag om indikatorer som nu överlämnats till EU-kommissionen. De bärande principerna speglar helt entydigt en barnhälsovetenskaplig syn:

- spegla en mångsidig, multisektoriell och populationsbaserad syn på hälsa
- utgå från barnens perspektiv
- ses i sitt sociala sammanhang
- utgöra ett önskvärt mål, även om alla indikatorer inte går att omedelbart använda i alla länderna

Vad som kommer att hända med dessa indikatorer vet vi ännu inte. Professionella, ekonomiska och politiska överväganden kommer förstås att avgöra hur riktlinjerna från EU kommer att se ut. Efter omfattande studier av barns hälsa i de nordiska länderna formulerade vi på NHV för 15 år sen en

lite pessimistisk men samtidigt uppförande konklusion om kunskaperna om barns hälsa: ”Det saknas en systematisk, kontinuerlig och täckande rapportering av barns hälsa, sedd ur ett barnperspektiv och insatt i ett socialt sammanhang”(15). Den stämmer i stort sett fortfarande, men kunskaperna har ökat, och vi har trots allt kommit en bra bit på väg mot målet.

3. *Service/praxis*, dvs. att arbeta med politiker och andra beslutsfattare för att genomföra program för barns hälsa, men också att arbeta med aktionsgrupper, frivilligorganisationer och olika yrkesgrupper i andra samhällssektorer. Att t.ex. i en kommun, ett landsting eller ett land skapa ett centrum för kunskap om barns och ungdomars hälsa och hälsobeteende är ett långsiktigt och relevant mål att sträva efter, säkert mödosamt men inte orealistiskt. Ett sådant centrum skall vara den självklara källan, dit politiker, press och allmänhet vänder sig för att få aktuell och saklig information om frågor som rör barns och ungdomars hälsa och välfärd. Redan existerande komponenter för dessa centra finns i barnhälsovård, skolhälsovård, barnomsorg, socialtjänst, skola, barn- och ungdomsklinik, barnpsykiatri, polis, domstolar, Rädda Barnen, BRIS etc. Centralt finns Barnombudsmannen, Socialstyrelsen, Folkhälsoinstitutet, Socialdepartement. Det saknas dock gemensamma visioner, övergripande mål, fast struktur med klara samarbetsstrategier och inspirerat ledarskap för en samlad aktion på detta vitala samhällsområde. Liknande tankar framfördes i fjol vid ett seminarium om ett Kunskapscentrum för barnfrågor, på initiativ av Skandia Idéer för Livet, men sen har det varit tyst.

## Konklusion

Jag hoppas att det nu klart framgår att barnhälsovetenskapen inte skall ses som ytterligare ett försök att skapa en ny specialitet för särskilt utbildade yrkesmänniskor. Barnhälsovetenskapen är en motbalans mot superspecialisering och fragmentering, med sitt flerprofessionella och mångsektoriella sätt att närma sig hälsan. Styrkan med den är att den är baserad på den i alla länder accepterade WHO-strategin Hälsa för alla, att den använder folkhälsovetenskapens arbetssätt, och att den sätter barns och ungdomars hälsa i sitt fulla sociala, ekonomiska och politiska sammanhang. Det betyder att dess aktiviteter – både i utbildning, forskning och praxis – skall vara praktiska och relevanta och inkludera insikter och erfarenheter från flera yrken och vetenskaper. Men det betyder faktiskt att hälsoaspekterna måste beaktas också. Vi kan alltså inte smyga fram i utkanten av arenan, där kampen för barns hälsa och välbefinnande utspelas, och hoppas att andra tar hand om detta. Det är futilt att tro på en Särimner-effekt, dvs. att slå ihjäl den medicinska kompetensen den ena dagen och hoppas att den återupp-



står livs levande nästa dag. Vi måste slå vakt om vår kompetens. Bredda den, ja, samarbeta med andra, ja, men använd den och inte abdikera och låta andra ta över.

På alla barnhälsovetenskapens tre områden har Claes Sundelin under många år gjort betydande och innovativa insatser, som under lång tid kommer att präglade vår syn på barns hälsa i Sverige och på behovet av ett särskilt vetenskapligt förhållningssätt, barnhälsovetenskapens. Han har envist fokuserat på barnhälsovårdens problem och möjligheter, han har förmått dra till sig kompetenta medarbetare med olika bakgrunder och ytterligare utveckla dem, han har visat en drivande entusiasm och administrativa färdigheter, han har skickligt kombinerat forskning och praktiskt arbete och han har utvecklat en allt mer genomarbetad syn på sambandet mellan barns hälsa och samhällets struktur, nu på sistone ytterligare manifesterat genom det politiska engagemanget. Ingen som vill skapa sig en bild av barnhälsovårdens utveckling i Sverige kan undgå de centrala publikationer som producerats i Uppsala, (t.ex. 16-21). Allt detta har gjort att Barnhälsovården i Uppsala nu står som en nationell och internationell förebild för ett Centrum för barnhälsovetenskap, *a Center of Excellence and Relevance in Child Public Health*, som tagit på sig uppgiften att utveckla barns och ungdomars hälsa i ett brett samhälleligt perspektiv.

## Referenser

1. Köhler L, Sundelin C. Hälsoundersökningar i förskoleåldern – praktisk verksamhet och vetenskaplig grund. *Läkartidningen* 1985;82:874-9.
2. Köhler L. Health control of four-year-old children. An epidemiological study of pre-school children. *Acta Paediat Scand* 1973; Suppl 235.
3. Mellbin T, Sundelin C, Vuille, J-C. Från 4 år till 10. Hälsa och anpassning i lekålder och förpubertet. Stockholm: Liber; 1982.
4. Köhler L. ESSOP – 25 years: personal reflections from one who started the European Society for Social Paediatrics. *Child: care, health and development* 2003;29:321-8.
5. Barnklinikerna i Lund-Malmö. Kompendium i pediatrik. Lund: Barnkliniken; 1975.
6. World Health Organisation. Target for health for all. Copenhagen: WHO; 1985
7. World Bank. Investing in health. World Development Report 1993. Oxford: World Bank/Oxford University Press; 1993.
8. Hein P. Prologue at the celebration of WHO's 40th Anniversary. Copenhagen: WHO; 1988.
9. Mål för folkhälsan. Regeringens proposition 2002/2003:35.
10. Public Health in England. The Report of the Committee of Inquiry into the Future Development of Public Health Function. London: HMSO; 1988.
11. Antonovsky A. Hälsans mysterier. Stockholm: Natur & Kultur; 1991.
12. Krantz G, Karlberg I. Folkhälsa i Norden. *Socialmedicinsk Tidskrift* 2002;79(1):1-96
13. Köhler L. Barnhälsovetenskap – insatser inom utbildning, forskning och service. *Läkartidningen* 1998; 95:1154-7.
14. Rigby M, Köhler L, Blair M, Mechtler R. Child Health indicators for Europe. A proposal for the European Union. *European J Publ Health* 2003;13 (3 Supplement):38-46.
15. Jakobsson G, Köhler L. Barns hälsa i Sverige. Kunskapsunderlag till 1991 års Folkhälsorapport. SoS-rapport 1991:11. Stockholm: Allmänna förlaget; 1991.
16. Andersson B, Claesson I, Gustafsson LH, Jakobsson E, Lagerberg D, Larsson B, o.a. Vilsebarn i väl-

- färdsland. Stockholm: Liber; 1979.
17. Lagerberg D, Sundelin C (red). Barnfamiljerna och samhällets ambitioner. Granskning av mål och verklighet. Slutrapport från ett forskningsprojekt. Stockholm: Liber; 1990.
  18. Sundelin C. Skydda skyddsnetet. Barnhälsovårdens funktion och organisation under 90-talet. Stockholm: Socialstyrelsen; 1991.
  19. Lagerberg D, Sundelin C. Risk och prognos i socialt arbete med barn. Forskningsmetoder och resultat. Stockholm: Gothia; 2000.
  20. Sundelin C. Barnhälsovårdens betydelse för barns hälsa – en analys av möjligheter och begränsningar i ett framtidsperspektiv. A State of the Art Document. Stockholm: Medicinska Forskningsrådet; 1999.
  21. Det gäller livet. Stöd och vård till barn och ungdomar med psykiska problem. Slutbetänkande av barnpsykiatrikommittén. Stockholm: Socialdepartementet; 1998 (SOU 1998:31).

## Summary in English

### From Child Health Services via Social Paediatrics to Child Public Health.

This paper offers some reflections on the Swedish and European development of ideas and practise in Child Health Services over the last 30 years.

Lennart Köhler was the first Head of a County Child Health Services in Sweden, later Professor of Social Paediatrics and Dean of the Nordic School of Public Health in Göteborg, Sweden.

Keywords: Child Health, Child Health Services, Social Paediatrics