
Pediatrik öppenvård i omvandling

JUSSI MERTSOLA

Hälso- och sjukvård för barn är en finländsk framgångssaga. Finland har utvecklat ett unikt rådgivningssystem på basnivå som plattform för förebyggande hälso- och sjukvård från graviditeten till den tidiga barndomen. Enligt organisationen Rädda barnens statistik State of the World's Mothers är Finland världens näst bästa plats för mammor efter Norge. Mödradödligheten i Finland är så gott som noll. Den preventiva mödravården är kopplad till den sociala tryggheten och besök på rådgivningarna är en förutsättning för att få bidrag och bland annat moderskapsförpackningen.

Förlossningarna sker säkert och koncentreras allt mer till stora enheter, där hjälpen är nära också vid överraskande händelser under förlossningen. Inom den specialiserade barnsjukvården kan man effektivt behandla krävande sjukvårdsproblem, börjande från små prematurer som väger mindre än 500 gram. Hjärtoperationer och organtransplantationer har koncentrerats till Helsingfors, vilket har möjliggjort lysande behandlingsresultat. Behandlingen av barncancer har stabiliserat sig på en internationell toppnivå. Traditionen har varit att barn har remitterats till specialiserad sjukvård om problemen inte har kunnat lösas på hälsovårdscentraler eller rådgivningar. Öppen specialiserad sjukvård har till största delen ordnats på sjukhusens polikliniker. I de större städerna är också privatsektorns mottagningar en betydande faktor inom hälso- och sjukvården för barn. Många av sjukhusens pediatriker har också privatmottagning. Den somatiska sjukvården för barn i Finland ligger på internationell toppnivå.

SKRIBENTEN

Jussi Mertsola verkar som forskare i infektionssjukdomar på Biomedicinska institutionen vid Åbo universitet. Han var professor i pediatrik vid Åbo universitet 2001–2010 och verksamhetsområdeschef vid Åucs Barn- och ungdomskliniken 2010–2017. Vidare har han startat ett fortbildningsprogram för öppenvårds pediatrik vid Åbo universitet och verkar som samordnare för programmet.

Trots det finns det fortfarande mycket att göra för barnens välbefinnande och barnen bör också mer än hittills tas i beaktande när servicesystemet utvecklas (1). Många problem hänger ihop med marginalisering eller risk för marginalisering (2). Extra utmanande är det att ta hand om familjer med multiproblem samt att ordna behandling för barn och unga med neuropsykiatriska och psykosomatiska problem. Uppmärksamhets- och beteendestörningar hos barn återspeglar ofta problem i barnets närmiljö och familj. De första symtomen kan visa sig som psykosomatiska symptom hos barn. Orsakerna kan i dessa falla vara mångahanda. Barnets välbefinnande påverkas av problem i hemmet eller skolan, men också av hårda prestationskrav inom hobbyer och i de sociala mediernas snabbt föränderliga värld. Problem förekommer både hos familjer med risk för marginalisering och hos aktiva familjer. Allt yngre förväntas topprestera inom idrott och träningskraven kan återspeglas på barnets eller den ungas hälsa. Bakom smärtor i rygg och extremiteter eller anorexi finner man ofta prestationstryck från hobbyer och stress. De sociala mediernas och spelens värld orsakar särskilda problem som skapar nya utmaningar också för vården. I sådana situationer är en ond cirkel av undersökningar som utgår från de somatiska symtomen sällan till nytta för barnet eller familjen. Det går oftast inte heller att lösa sådana problem på poliklinikerna inom den specialiserade sjukvården, utan hjälpen borde finnas närmare i barnets vardag. Ett försök till svar på denna utmaning är en ny form av specialiserad sjukvård för barn som etableras i primärvården, det vill säga öppenvårds pediatrik.

Öppenvårds pediatrik

Öppenvårds pediatrik betyder i vidsträckt bemärkelse specialiserad sjukvård för barn utanför sjukhusen. I de stora städerna har det redan i flera år förekommit sådan poliklinikverksamhet utanför sjukhusen (3). Traditionen är då att primärvården skickar barnen till stadens egen specialiserade sjukvård inom öppenvården. Samarbete mellan sektorerna har förekommit men verksamheten isoleras lätt på de olika verksamhetsställena. Patienterna rör sig, inte personalen. Verksamheten grundar sig till stor del på remisser.

Den nya typen av öppenvårds pediatrik (Community paediatrics) går djupare in i kontaktytan mellan basnivån och den specialiserade sjukvården (4). Målet är att särskilt hjälpa barn och unga med mångfasetterade problem som behöver hjälp av flera barn- och ungdomsspecialiteter. Barn och unga har allt fler psykosomatiska problem som också angränsar till neuropsykiatrin. Ett sådant problem kan sällan lösas med remiss till den specialiserade sjukvården och med bildiagnostik och laboratorieundersökningar. En kvalificerad uppskattning av helhetssituationen kan bäst göras i barnens närmiljö som multiprofessionellt samarbete (småbarnspedagogik, skola, socialförvaltning, barnskydd). Problemet har varit att specialiserad sjukvård saknas och att kompetensen är bristfällig, vilket lätt leder till en kultur av att skriva remisser. Med specialiserad sjukvård på basnivå kan man snabbare åtgärda problem hos barnet och vid behov hos familjen, och behandlingsåtgärderna blir övergripande och effektfulla. Att barnet eller den unga inte går till skolan och uppvisar somatiska symtom kan vara indikatorer på problem i hemmet eller skolan. För att upptäcka och åtgärda mobbning kräves det samarbete mellan skolhälsovård, lärare, kuratorer och skolpsykologer. Om det också förekommer somatiska eller neuropsykiatriska problem bör de redas ut redan i skolan med stöd från öppenvårds pediatriken. När problemen finns på familjenivå kan det vara viktigare att ordna annan hjälp än att behandla barnet, och problemen får sin lösning exempelvis först när föräldrarna får vuxenpsykiatrisk hjälp. Köerna är ofta långa inom såväl barn- och ungdomspsykiatrin som vuxenpsykiatrin, och undersökning och behandling av en familj med diffusa symtom står inte högt på prioritetlistan inom sjukhusets specialiserade sjukvård. Likaså tas barn som inom öppenvården uppvisar lindriga

adhd-, autism- eller aspergerproblem in till den specialiserade sjukvården först när problemen har utvecklats till en kris som är svårare och dyrare att handlägga. Det centrala inom öppenvårds pediatriken är att ordna snabb hjälp vid rätt tidpunkt med fungerande teamarbete.

Viktiga somatiska symtomgrupper inom öppenvården är bland annat huvudvärk, magbesvär, illamående, trötthet, fetma eller undervikt samt symtom i samband med tillväxt och pubertet. En kvalificerad utredning av sådana problem kräver erfarenhet för att undvika onödig somatisering och omfattande undersökningar. Det är viktigt att komma åt att inverka på de bakomliggande faktorerna.

Barn och unga med olika grader av problem med utveckling och impuls kontroll utgör en viktig grupp för öppenvårds pediatriken, vid sidan av den traditionella somatiska specialiserade sjukvården. Sådana problem kan gälla exempelvis uppmärksamhet, exekutiva funktioner, utveckling av språk och motorik, reglering av känslor, interaktioner och inläring. Ängest- och depressionssymtom som påverkar ungdomars hälsa kan ha stor inverkan på välbefinnandet i puberteten, trots att de ännu inte är så allvarliga att de fyller kriterierna för psykiatrisk specialiserad sjukvård. Med öppenvårds pediatrik verksamhet går det också att förhindra att ungdomar marginaliseras bland annat genom att aktivt ta tag i frånvaro från skolan.

Utvecklingsarbete inom öppenvårds pediatriken i Egentliga Finland

Många städer (bland andra Åbo, Uleåborg, Kuopio) har redan i flera år haft egna polikliniker inom den specialiserade sjukvården för barn och unga (3). För barnen i Åbo har polikliniken fungerat bra, men för barn från andra orter i landskapet har den specialiserade sjukvården främst koncentrerats till sjukhusets barnpoliklinik (Åucs). I S:t Karins inleddes öppenvårds pediatrik verksamhet 2012 när en pediatriker anställdes av stadens hälsovårdscentral. I början hade pediatrikern mottagning och arbetade också på rådgivningar och i skolor. Konceptet upplevdes som bra, men det framgick också mycket snart att en ensam öppenvårds pediatriker fjärras från sin specialitet och är ensam i sitt arbete.

Styrelsen för Egentliga Finlands sjukvårdsdistrikt beslöt 2015 flytta förlossningarna från Salo till Åbo. Det gjorde att det inte längre fanns samma behov av en barnavdelning på kretssjukhuset och den stängdes. Dessa förändringar gav kostnadsbesparingar. På förslag av Barn- och ungdomskliniken beslöts att använda de inbesparade resurserna för ett projekt för att förebygga marginalisering av barn och unga. Följaktligen gick man in för att bygga upp den öppna specialiserade sjukvården för barn på ett nytt sätt i hela landskapet. Beslutet gjorde det möjligt att mera kraftfullt utveckla den öppenvårdspediatrika verksamheten inom regionen (4).

I Salo startades 2016 en öppenvårdspediatrik verksamhet, där sjukhusets pediatriker arbetar deltid på barnpolikliniken vid Salo kretssjukhus men också inom stadens hälso- och sjukvård. Samarbetet med skolorna, de barn- och ungdomspsykiatriska mottagningarna och socialsektorn utvecklades särskilt. Erfarenheterna var goda och 2017 utvidgades verksamheten till Reso, Nådendal och samkommunen Akseli, där man anställde en andra öppenvårdspediatriker. Senare samma år anställdes ännu en tredje öppenvårdspediatriker för området Pemar, Sagu och Lundo. Öppenvårdspediatrikerna hör administrativt till Barn- och ungdomsklinikens personal, men på så sätt att de arbetar i kommunerna och utvecklar nya modeller för samarbete.

Viktiga samarbetspartner för öppenvårdspediatriken är skol- och rådgivningsläkarna och hälsovårdarna, medlemmarna i elevarbetsgrupperna (bland andra skolpsykologer och kuratorer), hälsovårdscentralens specialmedarbetare (talterapeuter, ergoterapeuter, fysioterapeuter och rådgivningspsykologer), familjerådgivningens personal, socialförvaltningen, bildningssektorn (småbarnspedagogiken och lärarna) och barnskyddet. Dessutom bedrivs samarbete inom den specialiserade sjukvården förutom med pediatriken också med barnneurologer, barn- och ungdomspsykiatrer samt vuxenpsykiatrer. En betydande del av den nydanade verksamheten sker också inom ramen för en framväxande samarbetsmodell för vårdpersonalen på landskapsnivå, särskilt inom barn- och ungdomspsykiatrin.

Erfarenheten visar att en öppenvårdspediatriker av det nya slaget använder cirka en tredjedel av arbetstiden till multiprofessionella nätverksmöten och cirka tio procent till möten med myndigheterna (4). Till pediatrikt mottagningsarbete i kommunerna används 30–50 procent och till konsultationsverk-

samhet 15–20 procent av tiden. Eftersom en så betydande del av arbetstiden behövs för multiprofessionellt arbete, konstaterades redan i början av anti-marginaliseringsprojektet att ett traditionellt faktureringsystem inte var ändamålsenligt. Därför kom man inom sjukvårdsdistriktet överens om att hela verksamheten genomförs som ett pilotprojekt, vars mål är ett landskapsomfattande servicesystem för barn. Man tänkte sig att projektet skulle starta om ett par år. Enligt vårdreformsplanerna ska landskapet i egenkap av anordnare stå för finansieringen i sin helhet, och det ska inte längre finnas någon fakturering för de enskilda kommunerna. Man ville också utveckla en ny samarbetsmodell med bildningssektorn (barnens "sisote", från finskans *sivistys-sosiaali-terveys*). Därför har pilotprojektet genomförts utan särskild kommunfakturering, så att verksamhetens resurser har kopplats till den totala budgeten för Barn- och ungdomskliniken vid Åucs och till de inbesparade resurserna från Salo.

Den öppenvårdspediatrika verksamheten har visat hur omfattande de barnpsykiatriska problemen inom öppenvården är och hur stort behovet av fortbildning på området är. Därför startades genast från början av projektet en systematisk tutorverksamhet inom barnneurologi och inom barn- och ungdomspsykiatri. Beroende på området träffar öppenvårdspediatrikern barn- och ungdomspsykiatern inom sitt område vid regelbundna konsultationsmöten med 2–3 veckors intervall. Dessutom har det ordnats regelbunden konsultativ arbetshandledning inom barn- och ungdomspsykiatri med cirka två månaders intervall. En regelbunden verksamhetsmodell har varit att den barnpsykiatriska sjukskötaren och öppenvårdspediatrikern arbetar i par, vilket har upplevts som mycket bra. För barn med uppmärksamhetsstörningar har man till exempel kunnat erbjuda tidiga stödåtgärder, diagnostik, behandling och rehabilitering snabbare och mer enhetligt än tidigare. När samarbetet med skolan har ökat har till exempel behandlingen av adhd kunnat inledas redan i skolorna. Rehabiliteringsplanen för barn med neurologiska symtom har kunnat genomföras av specialistläkaren också på lokal nivå, och det har då gått bättre att planera användandet av de regionala resurserna, bland annat gällande terapier. Öppenvårdspediatrikerna har spelat en viktig roll för att utveckla det neuropsykiatriska stödarbetet och andra regionala verksamhetsmodeller. I S:t Karins har barnläkaren varit aktiv också

vid en systematisk symtomkartläggning och rapportering av problem med inomhusluften. I Reso har öppenvårdspediatriken varit med om att utveckla upptäckt och diagnostik av födoämnesallergier och utarbeta anvisningar om specialdieter inom småbarnspedagogiken och i skolorna. På samma gång har man kunnat avveckla onödiga dieter. Öppenvårdspediatriken har också utvecklat modeller för prevention av och tidigt ingripande vid barnfetma.

De har också utvecklat en modell i Egentliga Finland för tidigt ingripande i skolfrånvaro för att förhindra att eleverna marginaliseras. När skolfrånvaron överskrider 50 timmar per termin inleder skolhälsovårdaren och läraren diskussioner med familjen om orsakerna till frånvaron och eventuellt behov av hjälp. Vid sidan av skolläkaren har öppenvårdspediatriken arbetat i par med skolhälsovårdaren vid dessa utredningar och har inlett behandlingsåtgärder. Den allmänna principen har varit att göra tidig kartläggning av problemen och att sätta in stödåtgärder och behandling med utnyttjande av lokala resurser. Med tillräcklig kompetens i främsta linjen går det att minska behovet av remisser. Verksamheten utvecklas och effektiviseras genom att antalet frånvarotimmar följs upp och indikatorer för familjens välbefinnande används. Den erfarenhet som hittills har samlats visar att antalet remisser till den specialiserade sjukvården verkar ha minskat i de kommuner där den öppenvårdspediatrika modellen har inletts.

Fortbildning inom öppenvårdspediatrik

Vid Åbo universitet startades ett fortbildningsprogram för öppenvårdspediatrik i januari 2019 (5). Utbildningen är avsedd som fortbildning för specialistläkare i pediatrik. Den pågår två år och utförs i huvudsak efter specialistläkarutbildningen. Andra fortbildningsprogram, det vill säga subspecialiteter, inom pediatriken är bland andra barnallergologi, barnendokrinologi, barngastroenterologi, barnhematologi och onkologi, barninfektionsjukdomar, barnreumatologi, neonatologi och socialpediatrik (5).

Det engelska namnet på utbildningsprogrammet, Community pediatrics, beskriver bra det vidsträckta verksamhetsfältet som är någonting mer än traditionell läkarmottagning. Målen med utbildningen beskrivs i Tabell I. Centrala kompetensområden i fortbildningen är barns och ungas friska tillväxt och dess

Tabell I. Målen med fortbildningen inom öppenvårdspediatrik

1.	kan arbeta med barn, unga, deras familjer och samarbetsnätverk
2.	känner till den normala somatiska, psykiska och sociala utvecklingen i barndomen och ungdomen och känner igen avvikelser som kräver behandling
3.	kan beakta familjens helhetssituation
4.	är insatt i den typiska gången för somatiska, psykiatriska, neurologiska och neuropsykiatriska sjukdomar under barndomen och ungdomen och behärskar principerna för behandling av dem
5.	känner till det lokala utbudet av hälso-tjänster samt särdragen i tjänstesystemet, såsom rådgivningsverksamheten och skolhälsovården
6.	deltar aktivt i utvecklingen av vårdvägar för barn och unga och kan lotsa barnet och den unga i vårdvägarna enligt deras utvecklingsnivå
7.	är insatt i de olika formerna av illabehandling av barn och unga och hur de utreds samt i samarbetsnätverk och efterbehandling och förebyggande av illabehandling
8.	är insatt i barn och ungas sexuella hälsa
9.	kan beakta betydelsen av varierande kulturell bakgrund
10.	är insatt i lagstiftningen på området
11.	känner till vårt lands småbarnspedagogik och skolsystem
12.	är insatt i faktorer som påverkar inlärningsförmågan
13.	känner till huvuddragen av riskerna med användning av alkohol och droger
14.	är insatt i hälsofrämjande verksamhet under barndomen och ungdomen
15.	kan verka som utbildare och expert i sådant som rör öppenvårdspediatrik och delta i forskningsverksamheten på området

avvikelser, kännedom om servicesystemet inom fackområdet, etik, lagstiftning, kommunikationsfärdigheter, främjande av hälsa och funktionsförmåga, psykiska störningar och beteendestörningar, kroniska sjukdomar hos barn och unga, psykosomatiska symtom och hänsyn till familjens och barnets miljö för att främja barnets och den ungas välbefinnande.

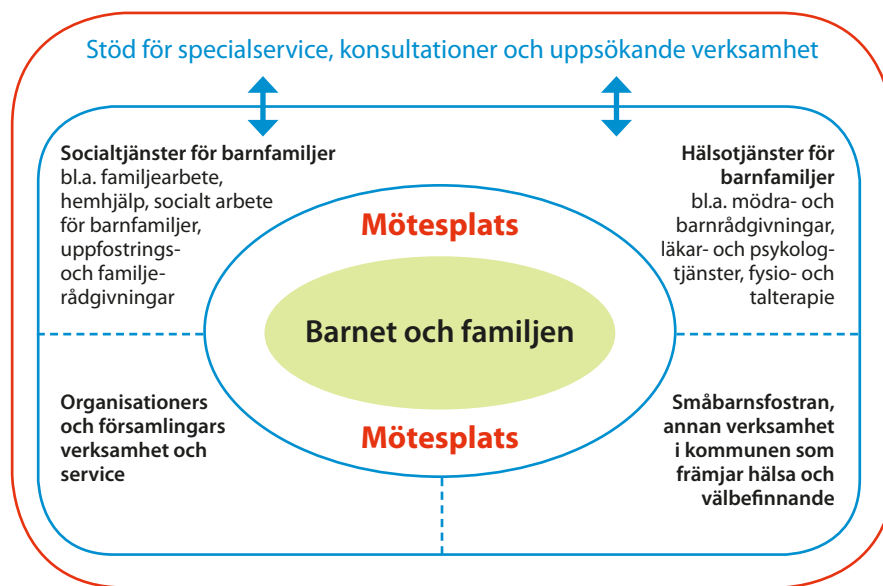
Familjecentralen

I samband med reformen av social- och hälsovården startades Programmet för utveckling av barn- och familjetjänster (LAPE) som ett av regeringens spetsprojekt (2). Hösten 2016 ordnade THL omfattande nationell workshopverksamhet med fokus på framför allt fyra verksamheter inom LAPE: 1) förändring av verksamhetskulturen, 2) familjecentralmodellen, 3) stöd för barns och ungas välbefinnande från småbarnspedagogikens, skolornas och läroinrättningarnas sida och 4) utveckling av service på specialnivå och högspecialiserad nivå. Det landskapsomfattande projektarbetet startades 2017.

Barnens, ungdomarnas och familjernas sak främjas nu aktivt i alla landskap och nya verksamhetsmodeller söks i samarbete mellan hälso- och sjukvården, barnskyddet, socialförvaltningen och bildningssektorn. Familjecentralen är en av dessa verksamhetsmodeller. Alla inser att en sådan enhet är viktig, men familjecentralen är svår att definiera i de nuvarande vårdplanerna och den är svår att placera i de nya administrativa organisationerna. Grundidén är att samla all service som barnfamiljer behöver i en enhet (Figur 1). Mödra- och barnrådgivningarna bildar på många ställen verksamhetens kärna. Kring dem

samlas olika slags hemservice, familjearbete och familjerådgivning. Det är meningen att också socialt arbete och barnskydd integreras i samma enhet, likaså småbarnspedagogiken och annan service från bildningssektorn samt tredje sektorns aktiviteter. Det finns också en överenskommelse om att barnens orala hälsa kopplas till samma verksamhetsmiljö. Dessutom har också andra läkartjänster förutom rådgivningsverksamheten planerats för familjecentralerna. Ett problem som uppkommit vid den nuvarande vårdplaneringen är att en del av tjänsterna har ålagts landskapen och en del social- och hälsovårdscentralerna. Bland annat skolhälsovården har lagts på landskapen, men landskapen bestämmer senare hur rådgivningsverksamheten ska produceras. Det betyder att rådgivningarna i en del av landskapen kan finnas på social- och hälsovårdscentralerna (offentliga eller privata), medan andra landskap ordnar rådgivningarna som landskapsomfattande offentlig verksamhet. Då är faran att verksamheten splittras och det uppkommer olika verksamhetsformer i olika delar av landet. Det är rätt svårt att integrera olika slags service för barn i familjecentralmodellen om de olika funktionerna splittras på dels privata aktörer, dels landskapens af-färsverk.

Servicenätverk för familjecentralerna



Figur 1. Familjecentralmodellen SHM:s projektplan 31.8.2016. (M.Pelkonen och A.Hastrup)

Många barnläkare anser att det nu skulle vara ett ypperligt tillfälle att bygga upp en ny verksamhetsmodell för hälso- och sjukvården för barn, ungdomar och familjer, som kopplas betydligt närmare till socialsektorns tjänstesystem. Landskapen bör se till att familjecentralerna anordnas och produceras som en enhetlig landskapsomfattande verksamhet. De privata social- och hälsovårdscentralerna kan kopplas till verksamhetsmodellen, men de kan inte vara familjecentralernas kärnverksamhet. Genom tjänsteproduktion på landskapsnivå kan man garantera hög kompetens, god kvalitet och regional jämlikhet både lokalt och nationellt. Med tillräckligt stora familjecentralenheter och klar struktur bör mödra- och barnrådgivningarna få egna hälsovårdare och allmänläkare som sköter barn och unga. Alltså egen vårdpersonal för barnen, eftersom verksamhet enligt principen från vaggan till graven har visat sig vara för svår ur kompetenssynpunkt. Det är viktigt att hålla den preventiva verksamheten och den akuta sjukvården åtskilda, också om personalen alternerar mellan verksamheterna. En kunnig rådgivningspersonal (läkare och hälsovårdare) ger kvalitet. Samma medarbetare kunde med lämplig arbetsfördelning arbeta en del av tiden på rådgivningarna och en del på de pediatrika mottagningarna, och också på den lokala akutmottagningen för barn och ungdomar dagtid. Akutmottagningen kvällstid har på många ställen centraliserats och den bör ordnas enligt regionala behov och förutsättningar.

Enligt principerna för familjecentralismodellen kopplas samarbete med socialförvaltningen, barnskyddet och bildningssektorn till hälso- och sjukvården. Skillnaden till integrerad social- och hälsovård för vuxna är att barn också behöver en stark integration med bildningssektorn (småbarnspedagogik och skolor). Modellen kunde kallas barnens och ungdomarnas "sisote" (bildnings- och vårdmodell för barn och unga). Då sammanflätas verksamheten med barnens naturliga vardagsmiljö. Kontaktytan mellan bildningssektorn som finansieras av kommunerna och social- och hälsovården som finansieras av landskapen får inte bli ett hot mot barnens välbefinnande.

Olika organisationer har ett stort antal viktiga verksamhetsmodeller med låg tröskel, till exempel Mannerheims Barnskyddsförbund har familjecaféer. Tredje sektorn har rikligt med kunnande för att med verksamheter med låg tröskel ordna stöd i vardagen för barn,

ungdomar och föräldrar. Grundtanken i all sådan organisationsverksamhet är att den ska utgå från familjen. Familjecentralerna bör följaktligen också utvecklas så att organisationernas verksamhet kan integreras på ett nytt sätt med den integrerade modellen för bildning och social- och hälsovård för barn.

Öppenvårds pediatriken kan kopplas ihop med familjecentralernas verksamhet, så att man får med mera lokalt kunnande och familjen kanske inte ens märker att gränsen mellan primärvård och specialiserad sjukvård har överskridits. Hälsovårdarna och läkarna på rådgivningarna och i skolorna och flera lokala multiprofessionella arbetsgrupper får med den nya modellen genast tillgång till specialiserad sjukvård. Det gör användningen av lokala resurser nära hemmet och skolorna mer effektiv och man blir kvitt onödiga remisser. Den nya verksamhetsmodellen höjer kvaliteten på behandlingen av barnen och familjerna och större kompetens ökar kostnadseffektiviteten.

Digitala tjänster i öppenvården

Hälso- och sjukvårdens funktioner kommer att reformeras på ett betydande sätt under de närmaste åren. Vid sidan av den traditionella mottagningsverksamheten uppstår nya digitala tjänster. Många tjänster kan redan nu också ordnas digitalt, men funktionerna är utspridda och de måste slås ihop till en enhetlig elektronisk familjecentral (6). Den elektroniska och den mer traditionella familjecentralen kompletterar varandra. Redan nu kan tidsbokningen på många ställen göras digitalt, särskilt inom den privata sektorn. De unga och familjerna söker mycket information på Google och andra informationskällor på nätet redan innan de kommer till en läkarmottagning. Informationen väller in också från de sociala medierna som snabbt utvecklas på gott och ont. Faran är att olika slags (des) information och verklig kunskap förväxlas och att gränsen mellan dem blir diffus. Duodecims Terveysportti och den riksomfattande digitala Hälsobyn (<https://www.terveyskyla.fi/sv>) med sina olika hus, bland andra Lastentalo och Nuortentalo (för närvarande bara på finska) erbjuder rikligt med forskningsbaserad kunskap. Informationen har producerats på ett nytt och intressant sätt bland annat med bilder och videor. Med hjälp av elektroniska tjänster kan man erbjuda skraddarsydd egenvård och uppföljning så att patienterna och familjerna kan delta i sin egen vård på ett helt nytt sätt. Rådgivningarnas insamling av

information och blanketter kan digitaliseras så att personalen mera kan koncentrera sig på sin grunduppgift, alltså personlig handläggning med familjerna. De digitala tjänsterna gör det möjligt för de unga och familjerna att skapa ett strukturerat kamratstöd. Det är mycket sannolikt att särskilt tjänster för ungdomar snabbt kommer att digitaliseras för mobilapparater. Då kan den traditionella mottagningsverksamheten omvandlas till distansmottagning och distansrådgivning. Tyvärr har utbildningssystemet inom hälso- och sjukvården inte hållit den nivå som denna utveckling och de nya behoven kräver.

Digitala tjänster på specialnivå kan på ett koordinerat sätt föras in i öppenvården och direkt till hemmen, som man har gjort i Lapp-land (7). I norra Finland har man utvecklat en virtuell social- och hälsovårdscentral (www.virtu.fi). Behandlingen av barnastma har utvecklats med ett digitalt anamnesformulär och digitala uppföljningsbesök. Uppföljningsbesök på distans har också utvecklats för diabetes hos barn och unga. Här har digitala glukosövervakningssystem (FreeStyle Libre) varit viktiga nya innovationer. Ett elektroniskt mödrakort och distansmottagningar på amningspolikliniken är också exempel på nya verksamhetsmodeller. Också inom barn- och ungdomspsykiatri har nya modeller för

distansmottagning tagits fram. Barnpsykiatri vid Åbo universitet har utvecklat modellen Voimaperheet, som är en evidensbaserad och verkningsfull metod med distansutbildning för att förebygga beteendestörningar hos barn. Verksamheterna inom den öppna hälso- och sjukvården för barn utvecklas nu snabbt.

Jussi Mertsola
jussi.mertsola@utu.fi

Inga bindningar

Referenser

1. Petäjä J, Mertsola J. Lapset on huomioitava nykyistä paremmin. *Finlands Läkartidning* 2013;68:2428-9
2. Santala R, Kaukonen P, Mäkelä J, et al. Uudistuva erityistason palvelukokonaisuus. Institutet för hälsa och välfärd, arbetsdokument 14/2018
3. Aromaa M, Aito H, Keronen P, et al. Lastenlääkärien muut-tuva rooli avoterveydenhuollossa. *Finlands Läkartidning* 2014;69:283a
4. Silvennoinen H, Aaltonen M, Paavilainen E. Jalkautuvan lastenlääkärin toiminta Varsinais-Suomessa. Institutet för hälsa och välfärd, diskussionsunderlag 14/2018
5. www.utu.fi/fi/yliopisto/laaketieteellinen-tiedekunta/ammattilinen-jatkokoulutus/lisakoulutusohjelmat
6. Kiiveri S, Koivisto J, Koivumäki L, et al. Sähköinen perhekeskus – Kehittämistarpeet, tavoitetila, skenaariot ja toimenpide-ehdotukset. Social- och hälsovårdsministeriets rapporter och promemorior 57/2018.
7. Valmari P, Mäntymäki T, Yliraisänen-Seppänen P. Internet-avusteinen etäpäivystys ja muut sähköiset LAPE-palvelut Lapissa-Erityistason osaamista etäpalveluilla kotiin. Institutet för hälsa och välfärd, diskussionsunderlag 14/2018

Summary

New community paediatrics

Today's children and families live in stressful situation with rapid social changes in the community. Even mild childhood neuropsychiatric disorders can induce problems in day care and in schools. New community paediatrics is developed to help these local needs. In this model, specialized hospital paediatricians work in the community especially as local consultants in multiprofessional teams. A two-year community paediatric training has been started for paediatricians in the University of Turku. The social media and digitalization cause demands but also offer new possibilities when families and adolescents use smart phones and on-line communication is coming fast to e-health.