

Barnhälsovården – en trygg bas? Eller ska vi arbeta politiskt för ett barnvänligare samhälle?

I Läkartidningen 25/00 (sidorna 3604-6) meddelas att det vetenskapliga underlaget till dagens praxis inom barnhälsovården (BVC) har granskats vid en state of the art-konferens.

Vilka av arbetsmetoderna vid BVC är evidensbaserade (dvs vilka delar av verksamheten har i väldokumenterade studier verkligen visat sig ha en positiv effekt av betydelse för folkhälsan)?

State of the art delges oss i ett dokument från Medicinska forskningsrådet [1] som vill ställa i centrum vad som uppfattas som väsentligt och möjligt att granska vetenskapligt, men där analyserade insatser även tolkas vara representativa för BVC-verksamheten som helhet (MFR-dokumentet, 1999, sidan 7). Tyvärr är det svårt för en läsare att finna belegg för uppgifterna i dokumentet, då referenser oftast anges i klump i slutet av textavsnitten eller saknas helt (texten om allergier).

Jag vill här diskutera några inkonsekvenser som framträder i dokumentet.

Relevant om läkarinsats?

Är det relevant att beskriva att läkarinsatsen på BVC består av en »klinisk undersökning från topp till tå kombinerad med en kontroll av att barnet följer den normala utvecklingen» (sidan 39), och att föreslå att läkarinsatser bör avvecklas därför att det saknas evidens för att läkarinsatser på BVC vid 6, 12 och 18 månader samt vid 5,5 år har något värde (från folkhälsosynpunkt) eftersom läkaren numera sällan (på grund av mindre faktisk förekomst) identifierar avvikelser av betydelse för barnets hälsa annat än vid 2-månadersundersökningen (sidorna 39–40)?

I praxis idag ser läkaren (enligt min

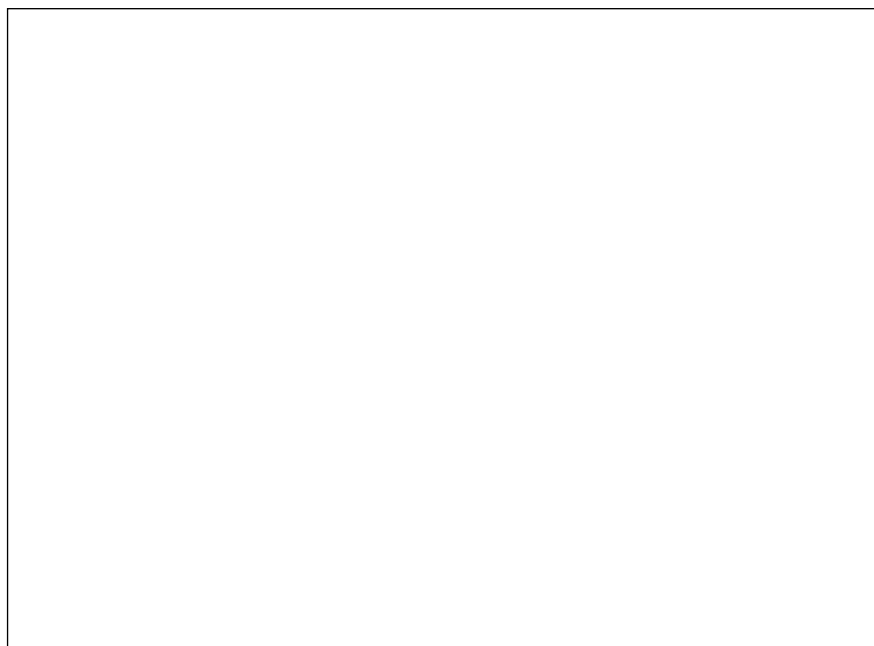


FOTO: PRESSEDENS BILD

Hur ska barnhälsovården agera för att bäst stötta det uppväxande släktet?

och många kollegers uppfattning) sällan som sin huvuduppgift på BVC att identifiera »avvikelser»! Tvärtom invideras föräldrarna till en dialog om barnet och vardagsproblem; kroppsundersökning utförs, men präglas av en hållning till barnet som subjekt, som person. Jag uppfattar dessa läkarinsatser på BVC som meningsfulla, men saknar evidens för att de befrämjar barnens hälsa (och – som Gunnar Norvenius påpekar, Läkartidningen 25/00, sidan 3104 – här saknas brukarperspektivet).

Mer tid till de trevliga?

Läkarinsatsen sker under tidspress, vilket sänker kvaliteten på dessa möten. Tidsbrist (brist på pengar) utgör därmed ett viktigt argument för att antalet läkarundersökningar per barn 0–6 år bör reduceras. Det kan faktiskt vara så, att vi (även sköterskorna) på BVC är benägna att ge de föräldrar som är trevliga mer tid att prata med – och att många problem och svårigheter inte kan tacklas.

Jag välkomnar resultatet av den »metodutveckling» som planeras kring problemet »att öppet kunna tala med föräldrar om att man oroar sig för deras barn ...» (MFR-dokumentet, sidan 30)!

Hur mår barn egentligen?

I MFR-rapporten blir barnhälsovårdens mål: »så god fysisk, psykisk och social hälsa som möjligt för alla barn». (Varför skiljer man på fysisk, psykisk och social hälsa?) Man framför åsikten att barns hälsa generellt har förbättrats väsentligt sedan 1930–1940-talen, att det föreligger god tillgång på hälso- och sjukvård för alla (sidan 40), men vill poängtera att 40 procent av dagens föräldrar inte förmår utveckla ett lyhört samspel med sitt spädbarn vilket kan resultera i s k otrygg anknytning, en riskfaktor för utveckling av olika former av psykiska störningar under förskole- och skolåren (sidorna 23–24).

Det framstår för mig som egendomligt att utredarna tycker att barns hälsa är så god när så många barn riskerar störd anknytning och då allergier de facto har ökat väsentligt! Ökningen av allergier anges relaterad till ännu okända »miljöfaktorer kopplade till vår moderna västerländska livstil» (sidan 36 f), medan diskussionen om anknytnings-svårigheter tycks frikopplad från ett lik-

Författare

INGER GUSTAVSSON,
öppenvårdsbarnläkare, Göteborg
inger.k.gustavsson@telia.com.

nande resonemang. Beträffande anknytningsstörningar vet man tydligen mer.

Ett politiskt program?

När experterna rekommenderar strukturförändringar av BVC för att öka föräldrainslag, egenkompetens och trygghet – öka familjernas »empowerment» – kan det ses som ett politiskt program. Vad innebär då den etologiska anknytningsteorin i praktiken och vilka (politiska) konsekvenser kan den tänkas medföra?

Enligt forskningspsykolog Anders Broberg (Läkartidningen 25/00, sidorna 3068-73) är anknytning en evolutionsbiologiskt grundad ändamålsenlig prägling, där barnet knyter an till den person som står det närmast fysiskt. Ändamålet med anknytningen är att anknytningspersonen ska vara »en trygg bas» [2], skydda barnet mot (verkliga och upplevda) faror. Kvaliteten på samspelet mellan barn och föräldrar beror på föräldrarnas lyhörddhet för barnets signaler och deras förmåga att tolka signalerna och svara barnet, samt den tid de tillbringar tillsammans.

Det kan vara sant att 40 procent av dagens föräldrar (på grund av egna upplevelser av att själva som barn ha saknat »en trygg bas») behöver hjälp (av psykologstödd sköterskor på BVC) att aktualisera en förmåga som evolutionen utrustat oss med. Borde vi inte även vända blicken utåt, »utforska världen» i syfte att förstå vad som kan blockera eller distrahera föräldrars anknytningsförmåga idag?

Vad betyder attityder och fenomen (»stressen») i det moderna samhället (dominerat av marknadsliberalism, konkurrens- och kostnad-nytta-tänkande, präglad av hög trafikintensitet, buller, påträngande reklam, våldsfilm, otrygga skolmiljöer, etc) för nyblivna föräldrars faktiska förmåga att kunna knyta an till ett spädbarn med dess stora omsorgsbehov? Kan vi måhända göra en bättre insats för barns hälsa genom att arbeta politiskt för ett barnvänligare samhälle?

»Backlash» för jämställdheten?

Den nära kopplingen mellan dagens amningsråd (som betonar biologisk mödrfunktion) och den evolutionsbiologiskt förankrade teorin om anknytning (som avser förmågan att skapa en trygg bas, förmågan att »modra», som inom psykologin oftast studeras som »mor-barn-dyad») kan verka könsrolls-konserverande. (Att »modra» är

»Det vore olyckligt om ökat intresse för anknytningsprocessen och samspelet förälder-barn på BVC skulle resultera i en »backlash» för jämställdhetsarbetet i samhället – dvs resultera i att kvinnor uppfattas som bristfälliga mödrar och ansvariga för de anknytningsproblem som faktiskt (lika väl som den ökade allergifrekvensen) kan tänkas vara relaterade till »vår moderna västerländska livsstil».»

svenska för engelskans »to mother» och avser vad personen gör, dvs modraren – det kan vara modern, fadern eller ibland en annan person – praktik: *att vara uppmärksam, bry sig om och svara på behov* [3; sidan 139].)

Ändamålet med att barnet knyter an på ett bra sätt till en pålitlig förälder är, enligt teorin, att ge barnet trygghet att våga utforska omvärlden. Ska både flickor och pojkar få »utforska»? Hur ser synen på pojkar och flickor ut inom aktuell psykologisk anknytningsteori?

Det vore olyckligt om ökat intresse för anknytningsprocessen och samspelet förälder-barn på BVC skulle resultera i en »backlash» för jämställdhetsarbetet i samhället – dvs resultera i att kvinnor uppfattas som bristfälliga mödrar och ansvariga för de anknytningsproblem som faktiskt (lika väl som den ökade allergifrekvensen) kan

tänkas vara relaterade till »vår moderna västerländska livsstil».

Det vore beklagligt om interventionsstudier beträffande anknytning (de förefaller ju kunna bli en viktig del av det förebyggande folkhälsoarbetet på BVC) kommer att medföra att samspelets mönster ska stereotypas i BVC-journaler, att barn kommer att beteendebeskrivas i temperamentstermer (eller som »besvärliga») – detta vore inte »empowerment» utan ett steg tillbaka mot en gången tids psykiatris objektifierande typläror.

Slutreflektioner

MFR-dokumentets poängterande av värdet av anknytningsmotiverande arbete och av hembesök tolkar jag positivt: som ett ställningstagande mot datorisering på BVC. Datorer hindrar konkreta möten ansikte mot ansikte.

OAE-tekniken (otoakustisk emission) vid hörselundersökningar som presenteras i dokumentet anges vara specifik men vad sker med anknytningsprocessen i ett känsligt skede för de 18-19 »falskt positiva» (av de 20/1000 barn som kommer att identifieras ha nedsatt hörsel)?

Folkhälsoperspektivet (ett försök till övergripande utvärdering av resultat av en konkret verksamhet) och önskemålet om att Sverige ska »hävda sig internationellt på forskningsområdet genom ökande möjligheter till både tvärsnittsstudier och longitudinell forskning» (MFR-dokumentet, sidan 48) präglar state of the art-dokumentet.

Vad innebär det egentligen konkret för barns hälsa att »Sverige önskar hävda sig internationellt» här? (Det sägs ju i MFR-dokumentet, sidan 26, att interventioner är kultur- och kontextberoende samt att forskningsresultat från ett land inte utan vidare kan översättas till andra länder.) Är tillgång till väldokumenterade studier inom BVC-verksamheten verkligen den pålitligaste garantin för att barn i vårt samhälle ska få så god omsorg och så god hälsa som möjligt?

Referenser

1. Barnhälsovårdens betydelse för barn hälsa – en analys av möjligheter och begränsningar i ett framtidsperspektiv. A State of the Art Document. Stockholm: Medicinska forskningsrådet, 1999.
2. Bowlby J. En trygg bas, kliniska tillämpningar av bindningsteorin. Stockholm: Natur och Kultur, 1994.
3. Holm UM. Modrande och praxis: en feministfilosofisk undersökning. Göteborg: Daidalos, 1993.