

”För barnens bästa?” – tankar från verkstadsgolvet

Varför mår barn dåligt?

Teorier om orsaker till barns psykiska ohälsa har skiftat genom åren. Vi som har varit med ett tag har hört att allt beror på föräldrarna (läs mamman). Sedan blev genetiken helt avgörande. Sårbarhetsmodellen kompromissade med både/och. Anknypningsteorins genomslag satte åter fokus på föräldraförmågan, samspelets kvalitet och föräldrars egen psykiska hälsa. Vid sekelskiftet kom epigenetiken med insikten att miljöfaktorer kunde påverka det genetiska uttrycket, alltså både/och igen men mer invecklat än man hade trott. Nu hävdar bl.a. Jan Belsky att genetiska förutsättningar styr hur mycket miljön påverkar barnet. Sårbarhetsmodellens tanke om robusta maskrosbarn som klarar det mesta och känsliga orkidébarn som behöver extra bra omsorg känns intuitivt rätt, men det kan samtidigt vara så att en del blommor växer lite lagom oavsett jordmån. Andra vissnar helt vid näringsbrist, men kan å andra sidan prunka mer än andra i en utvecklingsbefrämjande miljö. Komplexiteten ökar.

Hälsans bestämningsfaktorer

Sjukvården kan aldrig vara hela svaret på ohälsa. De stora determinanterna finns utanför hälso- och sjukvården, och det gäller inte bara livsstilsfrågor. Politiska och juridiska beslut styr mycket av barns grundläggande levnadsvillkor. Socialförsäkringarna påverkar familjers ekonomi, barngruppernas storlek och personalens utbildningsnivå påverkar förskolans kompensatoriska uppgift, arbetsmarknadspolitiken påverkar familjelivet, etc. Det har gått 10 år sedan Marmot-kommissionen producerade *Closing the gap in a generation. Kommissionen för jämlik hälsa* som ska förverkliga visionen i Sverige diskuterade i sitt slutbetänkande vilken inriktning arbetet bör ha och vilka åtgärder som kan krävas. Vägen till en mer jämlik hälsa går inte via en eller ett par avgörande åtgärder, utan det krävs ett tålmodigt arbete inom ett brett spektrum av sektorer. Kommissionen betonar betydelsen av mer jämlika uppväxtvillkor. Det är ställt bortom allt rimligt tvivel att social status och familjens ekonomi påverkar hälsan. 1981 var Sverige världens mest ekonomiskt jämlika land. Sedan dess har inkomstklyftorna ökat mer här än i andra industrialiserade länder. Under de senaste åren märks dessutom en polarisering bland barnfamiljerna. Det ställer krav på oss som yrkeskår att starkare betona ett socioekonomiskt perspektiv på nationell nivå och att förhålla oss till familjernas socioekonomiska förutsättningar på individuell nivå. Den etniska segregationen är påtaglig i dagens samhälle och nationalitet och kultur blir lätt en förklaringsmodell. Självklart måste psykologer kunna möta barnfamiljer med annan kulturell bakgrund och andra värderingar kring föräldraskap och familjeliv. Samtidigt får vi inte låta kulturella faktorer göra oss blinda för klassperspektivet: hur samspelar familjens livsvillkor med individuella och kulturella faktorer?

Varför mår barn dåligt här och nu?

Rapporterna strömmar in om en påtaglig ökning av psykisk ohälsa i skolåldrarna och bland unga vuxna. I studien *Skolbarns hälsovanor* har elever i åldrarna 11-15 år i tre decennier besvarat frågor om psykiska och somatiska besvär. Sedan 1985/86 har andelen 15-åringar med påtagliga symtom vuxit från 15 till 31 % (pojkar) och från 29 till 57 % (flickor). För 11-åringar har däremot ingen förändring skett och skillnaden mellan könen är liten. Våra yngre barn mår i internationella jämförelser bra, medan det snabbt går utför med tonåringarna. Det spekuleras om orsaker, t.ex. sociala mediars påverkan eller pressen i skolan, men sällan beror ett samhällsfenomen på en enstaka faktor. Familjen i vårt moderna samhälle innehåller färre personer än tidigare och sociala nätverk har glesats

ut. Det ökar sårbarheten för barn i alla åldrar. Stenåldersmänniskan i oss är dåligt anpassad till vårt moderna liv.

Vart är vi på väg?

De vanligaste psykiatriska tillstånden hos svenska barn är ADHD och depression. Enligt Socialstyrelsens läkemedelsregister femfaldigades (sic!) förskrivningen av ADHD-läkemedel i åldersgruppen 5-9 år mellan 2006 och 2015, medan den ökade 6,5 gånger i gruppen 10-14 år och ännu snabbare bland äldre tonåringar. Enligt läkemedelsregistret trefaldigades förskrivningen av antidepressiva medel i gruppen 10-14 år mellan 2006 och 2015 och ökade 2,6 gånger för barn 5-9 år. Autismspektrumstörning förekommer hos 1-1,5 % av svenska barn, vilket vid internationell jämförelse är höga tal. Enligt Stockholms läns landsting ökade AST-diagnoserna i länet med 75 % mellan 2007 och 2011. Mycket kraft läggs inom vården och förskolan/skolan på att spåra och diagnosticera barn, och det ska självklart göras. Men det pratas inte särskilt mycket om ett flera gånger större antal barn i svåra familjesituationer, och vad det gör med barns möjligheter att förverkliga sin potential och må väl. Det väcker mindre motstånd att titta på barns egna svårigheter än att undersöka deras livssituation.

Ju förr dess bättre, eller...?

Tidig upptäckt och tidiga insatser är slagord i dagens debatt. Att barn och föräldrar får hjälp när problem fortfarande är hanterbara eller så fort vi upptäcker ett funktionshinder är naturligtvis bra. Min egen förenings motto är *Tidiga insatser ger resultat inte bara tidigt i livet utan hela livet* och det tror vi verkligen på. Kruxet uppstår när insatsen blir beroende av att det finns en diagnos. Genom åren har vår profession fått ta emot en hel del klagomål på att barnen kommer till specialistnivån för sent, men när vi remitterar vid 2-4 års ålder visar det sig att det inte alltid är så enkelt att sätta en specifik diagnos vid en komplex problematik. Den danska psykologen Susan Hart menar att en del utagerande barn eller "avstängda" barn kan ha Reactive Attachment Disorder och då är det självreglering som behöver läras in, inte rutiner. Socialstyrelsen har blivit bekymrad och förordar i sin *Vägledning för Barnhälsovården* viss försiktighet med diagnossättning före skolåldern vid lindrig utvecklingsstörning och ADHD. Gillberg vill se ESSENCE-mottagningar på specialistnivån där det ska räcka att ha en komplex utvecklingsproblematik för att få stöd, och där barnet kan följas över tid. Rydell & Gillberg m.fl. publicerade i år en studie där de visar att den femfaldiga ökningen av ADHD-diagnos mellan 2004 och 2014 inte motsvaras av en ökning av tidiga symtom hos samma årskullar. Det är oroväckande att det kan ha blivit omotiverat lätt att få barnpsykiatriska diagnoser tidigt i barndomen. I vår iver att rätta till gamla försyndelser har pendeln måhända svängt för långt åt andra hållet. Mest konstruktivt vore förstås att familjer kunde få hjälp med svårare samspels- och beteendeproblem oavsett orsak, men ett sådant arbetssätt är sällsynt.

Att ha två tankar samtidigt

Ända sedan jag 1992 började arbeta inom MHV och BHV har jag stött på frustration bland kollegerna vad gäller synen på barns svårigheter. Alltför ofta känns det som att verksamheter inte kan härbärgera mer än en förklaringsmodell i taget till ett barns beteende. Man fokuserar på att barnet har ett eget problem (fysisk sjukdom, neuropsykiatri, depression, etc.) eller på att föräldrarna behöver utbildas/stöttas/ersättas. I det senare fallet blir familjen i bästa fall socialtjänstens huvudvärk. Stuprören och avgränsningsfilosofin i vården motarbetar ett helhetsperspektiv där barn kan tänkas ha en mångfacetterad problematik med *både* medfödda svårigheter och relationsproblem. Svarte-Petter-modellen råder. Det är inte till barns bästa.

En liknande endimensionalitet gäller ofta insatserna. En metod som är i ropet anses passa alla med ett visst problem. Istället behövs en diversifierad verktygslåda utifrån barnens och föräldrarnas kognitiva, emotionella och kulturella förutsättningar. Föräldrar kan inte ge något de själva inte är i närheten av. Interventionsmetoderna vänder sig alltför ofta till det ideala barnet och föräldern. Där skjuter vi över målet och missar Vygotskijs proximala zon, och effekten uteblir.

Kundnöjdhet kontra effekt

Utvärderingar av insatser för barn med psykisk ohälsa eller svåra familjeförhållanden består alltför ofta i en mätning av hur nöjda föräldrar/beställare/professionella är med metoden, snarare än att objektiva mäta om barnen faktiskt utvecklas och/eller mår bättre. Det senare är mycket krångligare, vilket jag har respekt för, men också oändligt mycket mer värdefullt. Ett exempel: i föreskrifterna SOSFS 2012:11 om socialnämndens ansvar för barn och unga i familjehem, jourhem eller hem för vård eller boende står det inget om att undersöka hur det faktiskt går för barnen, det vill säga effekter av insatsen. I stället lyfter man fram barnens, de ungas, vårdnadshavarnas och familjehemsföräldrarnas erfarenheter av vården, alltså hur nöjd man är med en insats. Öppna jämförelser av effekterna av olika åtgärder som blivit legio inom den somatiska vården lyser med sin frånvaro. Kanske något att lägga forskningsmedel på?

Vad göra?

Genetiken kan vi (ännu) inte påverka, men miljön kan vi göra en hel del åt. Barnet samlar, lagrar och generaliserar relationserfarenheter vilka blir till hjälp eller hinder genom livets faser. Socialstyrelsen påpekar att utrymmet för det psykosociala arbetet verkar minska när det istället behöver öka. Generaldirektör Olivia Wigsell konstaterade vid konferensen *Värna våra yngsta* förra året att behovet av föräldrastöd i späda ålder är större än tillgången. Klart är att behovet av samspeleinriktad intervention och behandling finns och är mycket eftersatt, vilket har påtalats av bl.a. Barnombudsmannen redan 2007. Vår kära Heckman-kurva visar dessutom att tidiga insatser är lönsamt, det räcker med bra resultat i 1,5 % av fallen för att investeringen ska betala sig. Det vet jag att vi klarar.

Medvetenheten måste öka kring barn som är i allvarlig risk för psykisk ohälsa och lever i belastande livsmiljöer med våld, missbruk, föräldrars kognitiva funktionshinder eller psykisk sjukdom. Stödet till dessa familjer är så gott som obefintligt och resursfördelningen är alltför skev jämfört med vad som satsas vid t.ex. neuropsykiatrisk problematik. Kumulativ risk är farligare för alla, men kronisk stress eller ”slitage” ger definitivt sämre fysisk och psykisk hälsa.

Det hälsofrämjande och förebyggande arbetet måste stärkas. Inom mitt eget område blir vi alltmer intresserade av barns tidiga utvecklingsuppgifter; anknytning, utforska, reglera känslor, skapa ett själv. Vi föds med vårt temperament, men självreglering måste vi lära oss via vuxna och det är en betydelsefull hälsofrämjande faktor. Det är tveksamt om den nuvarande inriktning mot enbart kognitiva färdigheter är hälsofrämjande i långa loppet. Att utveckla sitt berättande, sin fantasi och sin relationsförmåga är lika viktigt som kunskapsinhämtning. Barn behöver bli sedda och hörda. De är mer betjänta av föräldrarnas intresse än av aldrig så pedagogiska filmer på Youtube.

Flera utredningar har påtalat bristen på samverkan runt barn med särskilda behov. 8 år efter att lagen om Samordnad Individuell Plan infördes är den fortfarande inte känd och

implementerad i alla barnverksamheter. 6 år efter att SKL startade Psynk-projektet som förordar ”en dörr in” vad gäller psykisk hälsa hos barn har vi fortfarande långt kvar till den sortens tillgänglighet.

Goda nyheter!

Barnkonventionens huvudprinciper gäller alla barn och varje barn. Artikel 24 är särskilt relevant för oss: *Varje barn har rätt till bra hälsa och rätt till sjukvård. Traditionella sedvänjor som är skadliga för barns hälsa ska avskaffas.* Den 13 juni röstade riksdagen för att göra Barnkonventionen till svensk lag. Från 2020 får vi se om det gör någon reell skillnad, men det är definitivt ett steg i rätt riktning. För oss som arbetar med de allra yngsta barnen är det extra tydligt att barn också som grupp behöver samhällets stöd och skydd. Konsekvenserna för barn vid olika beslut behöver analyseras betydligt oftare än idag. Lagen bör också leda till att bl a myndigheter och rättsväsendet tillförs mer barnkompetens, vilket sannerligen behövs. Låt oss gemensamt driva på för ett starkare barnperspektiv i framtiden!

Kerstin Johannesson

Författarpresentation:

Kerstin Johannesson är leg psykolog och ordförande i Nationell förening för psykologer för mödrahälsovård och barnhälsovård inom Sveriges Psykologförbund. Till vardags arbetar hon i Psykologenheten för mödra- och barnhälsovård i Södra Älvsborg, VG-region.