

HVERDAGSLIVET

en risikoarena for spedbarn?

Hvordan foreldre forstår sine barn og sitt eget bidrag til barnas utviklingsprosesser, er innvevd i sosiokulturelle kontekster.



MIngvil Øien
Førstelektor og fysioterapeut, Cand. scient.
Høgskolen i Oslo og Akershus, fakultet for
helsefag, institutt for fysioterapi
ingviloi@online.no

Björg Fallang, førsteamanuensis og fysioterapeut, Dr. philos.,
Høgskolen i Oslo og Akershus, Institutt for fysioterapi.

Lisbeth Torgersen, fysioterapeut, spesialist i barne- og ungdoms-
fysioterapi MNFF, Oslo kommune.

Denne **fagartikkelen** er fagfellevurdert etter Fysioterapeutens
retningslinjer, og ble akseptert 01.12.2016. Studien er godkjent av
Norsk senter for forskningsdata (NSD). Ingen interessekonflikter
oppgitt. Publisert først på nett.

Innledning

Fysioterapeuter som arbeider på helsestasjon forteller at det stadig henvises barn til fysioterapi med bekymring om risiko for at de skal utvikle skjev nakke eller skjevt hode. Med utgangspunkt i det muntlig rapporterte omfanget av henvisninger, startet forskere ved høgskolen i Oslo og Akershus (HiOA), institutt for fysioterapi og fysioterapeut fra en helsestasjon i Oslo et samarbeidsprosjekt. De ble enige om å utforske hva det kan innebære for familien når risikofaktorer og bekymring knyttes til foreldrenes hverdagslivspraksis med spedbarnet. Forskerne er samtidig involvert i et større tverrfaglig prosjekt, der de utforsker risiko og bekymring knyttet til matpraksiser og fysisk aktivitet i barnehagehverdagen.

Begrepet risiko er et sosialt begrep (1) som har fått stor akademisk oppmerksomhet de siste tiårene og som i økende grad brukes av foreldre, fagfolk og i offentlige dokumenter (2). Risiko knyttes både til «her og nå»-aktiviteter og til

fremtidige konsekvenser av «her og nå»-aktivitetene (3). I aktivitetshåndboka (4) beskrives bekymring for at barn og unge blir stadig mindre fysisk aktive, og at dette kan føre til helseproblemer allerede i oppveksten og/eller i voksen alder. Helsedirektoratet (5) gir anbefalinger om omfang og intensitet av fysisk aktivitet som skal gi friskere og mer robuste barn. Familiens hverdagsliv er derfor ofte utgangspunktet for risikovurderinger, og målet for risikoreduserende praksiser.

Hensikten med dette pilotprosjektet var å få kunnskap om hvilken betydning en fysioterapipraksis kan få for barnet – og familiens hverdagsliv. Spørsmålene vi stiller er: Hva skjer når vanlige stellerutiner som det å sove i ryggleie fremholdes som risikofaktor for utvikling av asymmetri? Hvordan angår det familiens hverdagsliv at et barn får en *bekymring* heftet ved seg?

Hoveddel

I en konsultasjon på helsestasjonen kan foreldre, helse-søster eller andre fagpersoner ta opp bekymringer ved et barns utvikling. Helsestasjonstjenesten er et lovpålagt lavterskeltilbud til alle barn, unge og deres foresatte, og har et helsefremmende og forebyggende fokus med vekt på blant annet motorisk bevegelsesutvikling. Oppslutningen om helseundersøkelser på helsestasjonen for barn 0–5 år, er 96–100 %. I 2014 fikk 99 % av alle spedbarn utført helseundersøkelser innen åttende leveuke (6). De fleste familier får tilbud fra helsestasjonen om hjemmebesøk innen to uker etter hjemkomst fra fødeavdelingen.

Sammendrag

Innledning: Anbefalingen om at spedbarn skal sove i ryggeleie hevdes å være forklaringen på at stadig flere barn henvises til fysioterapeut med merkelappen leiebetinget hodeasymmetri. Risikofaktorer blir lagt til hverdagslivets stelle- og håndteringsrutiner. Hva innebærer det for familien og deres hverdagsliv å få en henvisning knyttet til barnets utvikling?

Hoveddel: Det ble gjennomført observasjon av konsultasjoner på helsestasjonen og intervju av mødre (n=3). Tre tema diskuteres: 1) Henvisning og bekymring: Utilstrekkelig og manglende kommunikasjon om hva bekymring/risiko innebærer for barnets utvikling kan skape usikkerhet og redsel hos foreldrene. 2) Kunnskapskilder for foreldreskap: konkurrerende forståelser mellom fagpersoner og foreldre om gjeldende normer for utvikling, kan oppleves forstyrrende for tryggheten i eget foreldreskap. 3) Transnasjonale og lokale foreldrenettverk: Kontekster for utvikling av eget foreldreskap.

Avslutning: Utveksling av kunnskap og forståelser mellom foreldre og profesjonelle om bekymringer og risiko i en hverdagslivspraksis, kan bidra til å trygge foreldreskapet.

Nøkkelord: Hodeasymmetri, risiko, hverdagsliv, foreldreskap.

Forekomst av skjev nakke og/eller asymmetrisk hodefasong i første leveår har økt de siste 20 årene. Studier fra Nederland viser at skjev nakke og hodeasymmetri forekommer hos 17 % av barn under fire måneder, 12 % ved sju måneder og 2,4 % i to til tre års alder (7, 8). Forekomsten faller altså med økende alder.

I 2014 ble det for eksempel henvist 100 barn til fysioterapeut med bekymring knyttet til utvikling av «skjev nakke» på en helsestasjon i Oslo. Den vanligste formen for skjev nakke er leiebetinget hodeasymmetri (plagiocefali). Fordi forekomsten har økt etter anbefalingene om at spedbarn skal sove på ryggen, forklares ofte hodeasymmetrien med ensidig leie (9–11). I Norge sendte Statens helsetilsyn i 1997 ut anbefalinger om at spedbarn skal sove på ryggen for å forebygge tidlig spedbarns død (12).

At spedbarnet sover på ryggen, ser ikke ut til å være en tilstrekkelig forklaring på økt forekomst av leiebetinget asymmetri, selv om det hevdes at anbefalingene har ført til at spedbarn ligger mer på ryggen i våken tilstand (13). Hvis barnet legges på ryggen i løpet av all sin våkne tid, kan det gi et ensidig trykk mot skallen. I noen studier er det undersøkt om det kan være andre fenomener enn begrenset tid i mageleie som kan forklare den økte forekomsten av leie-

betinget hode-/nakkeasymmetri. En fransk forskergruppe (14) fulgte to grupper barn fra de var 72 timer gamle til fire mnd. alder (n=51), der foreldrene i den ene gruppen kun fikk informasjon om ikke å la barnet sove på magen. I den andre gruppen ble foreldrene i tillegg intervjuet av fagfolk som ga utvidet informasjon om tilrettelegging for variert aktivitet i familiens hverdagsliv. Foreldrene i den andre gruppen fikk anbefaling om å legge barnet på magen, tilbringe minst mulig tid i bilsete utenom bilkjøring, og unngå å la barnet sitte når det ikke var nødvendig. I gruppen som fikk utvidet informasjon om tilrettelegging for variert aktivitet i hverdagslivet, var antallet barn som utviklet plagiocefali signifikant lavere enn i kontrollgruppen (13 % vs. 31 %). Dette resultatet kan tilsa at det ikke bare er mageleie, men summen av ensidige og passiverende stillinger gjennom dagen som kan bidra til utvikling av skjevstilling.

Det aktuelle pilotprosjektet som utforsker bekymring og risiko knyttet til familiens stellerutiner, plasserer seg i skjæringsfeltet mellom familiens hverdagsliv og profesjonelle praksiser. Hverdagsliv er både et teoretisk perspektiv og et gjenstandsfelt, og rommer både handlinger og forståelser (15, 16). Hverdagslivet som gjenstandsfelt omfatter hjemmet med forgreininger til andre steder hvor barn og familie deltar, for eksempel helsestasjon, barnehage og skole. Sosialantropolog Marianne Gullestad (15) skriver at forskning om hverdagslivet kan bety en viss mikroorientering, der en er opptatt av å beskrive samfunnet nedenfra. I tråd med denne tilnærmingen studerte psykolog og forsker Haavind (16) småbarnsfamiliens hverdagsliv for å få kunnskap om hvordan foreldres praksis og forståelse av omsorg var forankret i deres konkrete livsform. Hun var opptatt av hvordan småbarnsfamiliens konkrete omsorgspraksis i hverdagslivet utgjør betingelser for barns liv og utvikling. En slik tilnærming ligger til grunn for det aktuelle pilotprosjektet som utforsker foreldres spedbarnspraksis og profesjonelle praksis.



Materiale og metode

Som innledning til pilotprosjektet ble helsesøstrene ved helsestasjonen invitert til et informasjonsmøte. Forskerne og fysioterapeuten presenterte sin interesse for å utforske temaet «bekymring og risiko knyttet til asymmetri». Helsesøstrene var interesserte og bifalt prosjektet. For å bli kjent med helsestasjonen som virksomhet, deltok forskerne som observatører ved seks ukers og tre måneders konsultasjoner hos lege (n=1) og helsesøster (n=6).

Utvalg

Tre barn henvist til fysioterapeut med bekymring for utvikling av asymmetri ble tilfeldig plukket ut; en var henvist fra helsesøster, en fra lege og en fra foreldre via helsesøster. Barna var mellom åtte uker og fire måneder gamle ved første konsultasjon hos fysioterapeut. En familie var etnisk norsk, to var ikke etnisk norske. De tre familiene ga skriftlig samtykke til deltakelse. Prosjektet er godkjent av NSD.

Datainnsamling

To forskere var til stede som observatører ved konsultasjonene hos fysioterapeut. I etterkant av første konsultasjon ble mødrene intervjuet. To av mødrene ble intervjuet hjemme, den tredje på helsestasjonen. Intervjuene ble tatt opp og transkribert i sin helhet. I intervjuene fulgte vi prinsippene for «Hverdagslivforankret samtale» (16, 17). Strukturen for samtalen var både den observerte konsultasjonen hos fysioterapeuten og aktiviteter i en vanlig dag hjemme.

To av mødrene hadde ikke norsk som morsmål. De brukte færre ord, men understøttet sine utsagn med å vise og peke med kroppen. Fordi samtalen tok utgangspunkt i konsultasjonen og konkrete hendelser i familiens hverdagsliv, ble det et rikt materiale.

Analyse

Intervjuene ble lest, diskutert og analysert av forskerne og fysioterapeuten i fellesskap. Det ble foretatt en tematisk innholdsanalyse der det ble analysert frem tre temaer; henvisning og bekymring, kunnskapskilder for foreldreskap, transnasjonale og lokale foreldrenettverk.



Kort sagt

Fysioterapeutiske tiltak for små barn griper inn i familiens hverdagsliv. Risiko for utvikling av fremtidige helseplager, som for eksempel skjev nakke eller skjevt hode, knyttes til familiens hverdagslivspraksiser. Utfordringen for fysioterapeuter er å utforme tiltak så de støtter opp om og innpasses i hverdagsaktiviteter og daglige rutiner.

Resultater og diskusjon

Henvisning og bekymring

De tre mødrene i prosjektet representerer tre ulike måter en kan bli henvist til fysioterapi på. En henvendte seg til helsesøster med bekymring for om barnet hadde skjev nakke og ble henvist videre, en ble henvist fra lege og en fra helsesøster. I intervjuene med mødrene kom det frem at bakgrunnen for henvisningen var uklar for mødrene.

Alle barn som kommer til helsestasjonen blir undersøkt av helsesøster eller lege. Disse faste konsultasjonene gir ikke i seg selv grobunn for bekymring. Noen barn blir henvist videre til fysioterapeut. Informantene formidlet at henvisningen til fysioterapeut førte med seg «bekymring, usikkerhet, redsel, noe er annerledes». I en klinisk rapport sammenlignet Harris (18) foreldres bekymring for barnas motoriske utvikling med resultater fra motoriske tester utført av fysioterapeuter, og fant at foreldrenes bekymring ble bekreftet gjennom testresultatene.

I våre intervjuer kom det frem at bekymring fra foreldrene kan forsterkes i møte med profesjonelle, spesielt når bekymringen ikke er tematisert av foreldrene i forkant av en henvisning. Dette tematiserer Ole Jacob Madsen i et essay «Helsestasjonismen» i Morgenbladet (19). Han drøfter blant annet helsesøsters og fysioterapeutens begrunnelser for bekymring og tiltak da hans ett år gamle sønn ikke fulgte aldersnormene for å stå og gå. Tema «henvisning og henvisningspraksis» tas også opp i en ny bok «Helsestasjonstjenesten. Barns psykiske utvikling og helse» og i en kommentarartikkel i Tidsskrift for Den norske legeforening (20, 21). I boken om helsestasjonstjenesten (20) hevder forfatterne at helsesøsters bekymring kan være en anledning til felles utforskning med foreldre. For å bidra til at foreldre får innsikt i bekymringen, anbefaler de at fagpersonen beskriver konkret hva som er bekymringen, for så å utforske den sammen med foreldrene. I artikkelen «Dialog som alternativ henvisning» (21), er det også fokus på samtalen, om bekymring, hvor forfatteren refererer til en henvisningspraksis der familien og helsesøster inviterer aktuelle aktører til et møte med utgangspunkt i en bekymring for barnet. De starter henvisningen med et familiemøte, som skal bidra til at foreldre og henvisende instans kan utvikle en felles forståelse for bekymringen. Antagelsen er at foreldre og profesjonelle tilegner seg et konkret kunnskapsgrunnlag for samarbeid om hvordan hverdagen kan tilrettelegges.

Hvilke faggrupper som deltar i konsultasjoner på helsestasjonen, og hvordan de er organisert, varierer fra kommune til kommune. I høringsutkastet for *Nasjonale faglige retningslinjer for helsestasjonen* (22), er det et forslag om at helsesøster og lege skal samhandle om alle helseundersøkelser. «Samarbeid om helsekonsultasjoner der lege deltar med somatisk undersøkelse, bidrar gjennom ulik kompetanse og erfaring til å øke faglig kvalitet, tverrfaglige drøftinger og refleksjoner rundt barnet». Fysioterapeuter er ikke foreslått som deltaker i disse felleskonsultasjonene, hvor også vurdering av bevegelsesutvikling inngår. Med tanke på det store omfanget av henvisninger av barn til fysioterapeut med bekymring for utvikling av skjev nakke, er det foruroligende at fysioterapeuten ikke skal delta i felleskonsultasjonene. Dette er ikke i tråd med kunnskap om at henvisninger kan gjøre foreldre utrygge og at en felles konsultasjon med fagpersoner og foreldre kan avdramatisere og/eller klargjøre bekymringen.

Kunnskapskilder og foreldreskap

Med foreldreskap menes både sosiale og kulturelle forventninger til foreldre, og praktiske omsorgshandlinger fra foreldre til barn (23). Synet på hvordan man skal være foreldre påvirkes av mange forhold, som rådende familierpolitikk, dominerende psykologiske og sosiale teorier og egen erfaring med familieliv. Begrepet rommer et stort mangfold av handlinger og væremåter som er med på å forme barns hverdagsliv.

Når barn henvises til fysioterapeut, er det som oftest med en bekymring om forsinket eller særegen motorisk utvikling. Foreldre, med erfaring og kunnskap fra eget foreldreskap, og fysioterapeuter, med profesjonsspesifikk kunnskap, vil ha ulike blikk på barnet. Innimellom kan foreldre møte syn på foreldreskap, barndom og normer for utvikling som støter mot egen kunnskap. I en samtale om mageleie versus ryggleie konkretiserer den norske moren hvordan hun håndterer og plasserer barnet. Hun viser til at i deres familie sover barna på magen. Hun ser at han liker å sove på magen, og lar han gjøre det. Det blir tydelig hvordan hun forhandler de profesjonelle normene mot egne erfaringer. Følgende sitat gir et bilde av hvordan moren blir usikker når



hun møter konkurrerende forståelser av utvikling og stellerutiner. Hun viser både til de profesjonelle og til medlemmene i barselgruppen:

«Jeg klarer ikke å stole hundre prosent på meg selv, fordi all informasjonen utenfra tar mye plass. Jeg er jo trygg i mammarollen, jeg er veldig trygg på meg selv, så det er synd at det kommer instanser inn og ødelegger.»

Dette utsagnet kan være et eksempel på hvordan foreldreskap kan destabiliseres når de rutinemessige aktiviteter og gjøremål som tilhører hverdagen rokkes ved. For en profesjonsutøver blir det viktig å gi eksplisitte faglige begrunnelser for tiltak, og å gi foreldre anledning til å dele sine forståelser.

Transnasjonale og lokale foreldrenettverk

Å bli forelder er en hendelse som representerer en overgang i livet, der forskjellige måter å være familie på gjøres aktuelle (24). I sin utforskning av foreldreskapspraksiser i et hverdagsliv hos etterkommere av innvandrere i Norge, stilte Grande (25) spørsmålene: *Hvilke andre personer er sentrale i praktiseringen av foreldreskap, og på hvilke måter påvirker de? Hva slags kulturelle forståelser av foreldreskap legger føringer på praksisene?*

Dette er analytiske spørsmål som vi stilte til vårt intervju-materiale. Vi analyserte frem et eksempel på en praksis som vi benevner transnasjonal foreldreskapspraksis.

Transnasjonalisme som begrep brukes både i offentlige dokumenter og i faglitteratur. Det er et rikt og flertydig begrep og refererer til «multiple bånd og interaksjoner som forbinder mennesker eller institusjoner på tvers av nasjonale grenser» (26). Med tilgang til digitale medier som Skype og Facetime, kan mødre visuelt og muntlig dele kunnskap om barn i bevegelse, online og over landegrenser. Bekymringer som var formidlet av helsestasjonslege og fysioterapeut forhandles av en av mødrene innenfor en syk-frisk dikotomi, når hun sier: «barnet er friskt, det kan snu hodet både til høyre og venstre.» Gjennom Skype forhandler mor med mormor, i opprinnelseslandet, innenfor den samme dikotomien: mor og datter ser på barnet sammen på Skype: «Ikke bli redd, det er helt friskt, sa mamma...hun har åtte barn». Moren får gjentatte forsikringer fra sin mor for sitt syn på barnet som frisk. Poenget med å trekke frem denne åpenbare motsetningen mellom profesjonelle og mor-mormors vurderinger av barnet, forstås ikke som at den ene parten har rett i sine observasjoner og den andre ikke. Derimot gir dette eksemplet en anledning til å rette oppmerksomheten mot hvordan foreldre i sitt hverdagsliv søker ulike kunnskapskilder for å forstå, diskutere, motsette seg eller akseptere profesjonelles blikk på eget barn.

Istedenfor å betegne samtaler over landegrenser som forstyrrende og avsporende, kan de sees på som bidrag til en utvidet forståelse av foreldreskap. Gulbrandsen (27) skriver at en transnasjonal orientering ikke stenger for migrantens deltakelse i sitt nye samfunn, men kan åpne for en anerkjennelse av at vedkommende samtidig har en orientering mot nettverk, ideer, praksiser og institusjoner i hjemlandet.

Barselgrupper

Barselgrupper er et nasjonalt mødrenettverk. Gruppene er ikke en lovpålagt tjeneste, men i norsk småbarns- og barselkontekst er det gjengs at mødre deltar i barselgrupper (24). Det vanlige er at helsesøster setter i gang barselgrupper, dernest drives de videre av mødrene selv. Helsestasjonen kan velge å gi gruppekonsultasjoner i barselgruppene, ofte etter ønske fra foreldrene. Gruppen er ment å være et sosialt og lokalt nettverk hvor mødre kan ta opp erfaringer fra hverdagslivet med barnet. Det kan imidlertid være grunner til å utforske hvordan slike grupper fungerer når det oppstår bekymringer for et barns utvikling, og om det er et tilbud som favner dem som har behov for et nettverk. Den norsk-etniske moren som deltok i prosjektet, formidlet erfaringer hvor hun problematiserer barselgruppen som et sted hvor det forhandles om normer: «(..) (barselgruppen) blir (..)en slags sånn vise (..) show off (..) hvem har det flinkeste barnet?» Den implisitte forståelsen i gruppa var at «først er best» innenfor utvikling, og mødrene til barna som ble oppfattet som «sene» ble utsatt for spørsmål som viste nettopp til «senheten».

I foreldregrupper kan det utvikle seg en diagnostiserende kultur basert på generelle normer for utvikling. De to ikke-norske etniske mødrene deltok ikke i barselgruppe, deres sosiale nettverk var kirken, familie og venner fra opprinnelseslandet bosatt i Norge og digitale samtaler med venner og familier bosatt i opprinnelseslandet. En barriere for deltakelse i barselgruppe kan være vanskeligheter med å forstå og snakke norsk. Men handler det også om ulike syn på hvordan hverdagen i barseltiden leves for barn og familie? De ikke-etniske norske mødrene stilte seg undrende til spørsmålet fra intervjueren om de deltok i barselgruppe eller babysvømming. Det gjorde de ikke, men kom med eksempler på alminnelige hverdagsaktiviteter som de utførte: «det er jeg og barnet, lage mat, går tur og leke med barnet».

I et intervju i Aftenposten refererer Eberhard-Gran (lege og forsker ved Folkehelseinstituttet) til barselomsorg i ulike kulturer (28). Hun sier at ved enkelte helsestasjoner i Oslo har 85–90 % av de nybakte mødrene minoritetsbakgrunn, og nesten ingen deltar i barselgrupper. Hun er ikke forbauset over at minoritetskvinner uteblir fra barselgrupper, «i mange kulturer er barselomsorg noe som skal tas hånd om av kvinnefelleskapet i familien, av mor og svigermor. Det er andre som skal komme hjem til deg, ikke du som skal gå ut».

Avslutning

Helsestasjonstjenesten er et tilbud som når ut til nesten 100 % av barnebefolkningen.

Organisering av fysioterapi i helsestasjonstjenesten varierer mellom kommuner, men vanlig praksis er at barn må henvises til fysioterapi fra lege eller helsesøster når det er bekymring for et barns utvikling. Ved å sette søkelyset på barnefamiliers hverdagslivspraksiser, har vi vist at foreldre kan håndtere bekymring for barnets utvikling på ulike måter. Foreldre kan forhandle bekymring i møter med lokale nettverk som barselgrupper og i digitale familienettverk over landegrensene. Dette understreker nødvendigheten av at fysioterapeuter inkluderer kunnskap om småbarnsfamiliens konkrete omsorgspraksis i hverdagslivet når tiltak skal utformes. Hjemmebesøk tidlig i en bekymringsprosess kan gi mulighetsbetingelser for felles forståelse mellom foreldre og fysioterapeut om bekymring og risiko i hverdagslivet.

Artiklen har været bragt i det norske Fysioterapeuten 9/2017 og bringes med tilladelse fra forfatterne og tidsskriftets redaktør»

En komplet referenceliste kan downloades på: <http://www.boerrefysioterapi.dk/om-os/born-i-fysioterapi/referencelister>