

Synpunkter på ett MFR-dokument:

Evidensbaserad barnhälsovård eller ...?

I ett state of the art-dokument utgivet av Medicinska forskningsrådet analyseras barnhälsovården (Barnhälsovårdens betydelse för barns hälsa – en analys av möjligheter och begränsningar i ett framtidsperspektiv).

Ett tyotal meriterade deltagare vid en state of the art-konferens står bakom dokumentet och borde borga för att allt i dokumentet är väl analyserat och värderat och ger det tyngd som riktninggivare för framtidens barnhälsovård.

Inledningsvis slås det fast att »kravet på evidens för befolkningsinriktade förebyggande aktiviteter [är] vanligen strängare än inom klinisk verksamhet», och att »den som initierat insatsen, dvs vårdgivaren, [måste] ensam ansvara för att insatsen är effektiv».

Därför konstateras: »Det finns således ett tydligt behov av att vetenskapligt granska barnhälsovårdens insatser». Vi är många som saknat en sådan, varför det är med stort intresse jag läser dokumentet, men efterhand med allt större förundran.

Generella hälsoundersökningar

Dokumentet säger att det inte finns någon vetenskaplig dokumentation av effekterna av det som varit ryggraden i svensk barnhälsovård och det som föräldrar i hög grad identifierar med barnhälsovård, nämligen hälsoövervakning inkluderande kontroll att barnet följer den normala utvecklingen.

Med exempel från fyraårsundersökningen slås fast att »det saknas för närvarande evidensbaserad grund för något screeninginstrument som med högre säkerhet kan predicera utveckling». Följdriktigt sammanfattas att »detta ta-

lar för en restriktiv linje ifråga om generella hälsoundersökningar».

Samspelet med barnet

Däremot anser man att »forskning från en rad olika länder visar att omkring 40 % av alla föräldrar inte förmår utveckla ett lyhört samspel med sitt barn», och att otrygg anknytning är en riskfaktor för utveckling av psykiska störningar.

»Förälderns omsorgsförmåga är avgörande för vilken typ av anknytning som utvecklas» (dvs ej eventuella svårigheter hos barnet, min kommentar). »Forskningen har också givit oss en bättre uppfattning om att föräldern, som normalt ska vara den som barnet använder som en trygg bas att fly till när fara hotar, i vissa fall är upphov till barnets räds-la.» Denna typ av relation anses förekomma hos en tredjedel av de 40 procent av föräldrar som sägs vara ej lyhörda för sitt barn.

Anknytningsteori och evidens

Dokumentet påstår att vad som kallas anknytningsteori under det senaste decenniet genererat en stor kunskapsmassa av direkt relevans för barnhälsovårdsarbetet. Visserligen konstateras att denna inte är evidensbaserad inom barnhälsovården, men man föreslår ändå att »den reguljära hembesöksverksamheten inom barnhälsovården bör utvecklas genom att anknytningsteori och erfarenheter från psykoterapiforskning tillämpas», och att »amningsrådgivning kan utgöra en bra utgångspunkt».

Det framgår ej om det är samma teoribildning som barnvårdscentral-sköterskan förväntas ha med sig, då det föreslås att »vid positiva fynd (vid utvecklingsövervakningen) bör närmare undersökning göras inom fyra veckor» ... »med fördel i barnets hemmiljö» för att kunna värdera miljöns betydelse för utvecklingsavvikelsen.

Man ger exempel på sådant som

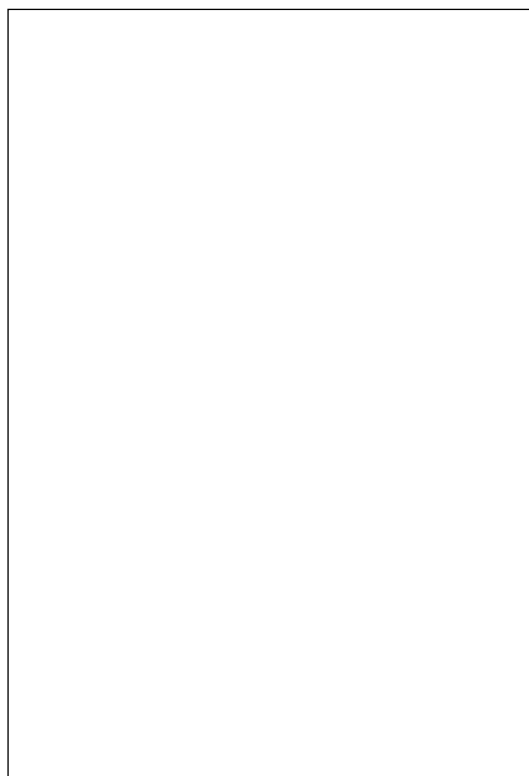


FOTO: PRESSENS BILD

Det ledsna och otrygga barnet – hur hjälper vi det bäst?

skall granskas: samspelet föräldrar-barn, stimulansnivå, sociala förhållanden m m. Kanske är det snarare barnvårdsnämndens gamla kontrollfunktion som man tänkt eftersträva än tillämpning av anknytningsteori. Oavsett vilket är kraven på evidensbaserad metod och åtgärd helt borta.

Var finns t ex valideringen av att det som sjuksköterskan ser i hemmet är betydelsefullt för barnet, vilka är de reliabla metoderna för att avslöja bristande samspel mellan föräldrar och barn, var finns evidens för att barnhälsovården kan påverka sociala förhållanden, vilken evidens finns för att hembesök ej får negativa följder?

Då området barns psykiska hälsa diskuteras är det, som ofta är fallet, tydligen fullt acceptabelt med oprecisa formuleringar, glidningar mellan teorier och förslag till omfattande insatser grundade på tyckande.

Betydelsen av att stödja samspelet mellan föräldrar och barn torde de fles-

Författare

BJÖRN KADESJO

överläkare vid neuropsykiatriska enheten, Centralsjukhuset, Karlstad.
kadesjo@telia.com

”Dokumentet kan lika väl användas som underlag för ännu mer av icke evidensbaserade åtgärder än för motsatsen, vilket väl ändå var avsikten.”

ta vara överens om. Att använda den samsynen för att ta ställning till att insatser skall bygga på »anknytningsteori» – där brister i föräldrarnas förmåga att knyta an till sitt barn anses vara det som orsakar barnets känslomässiga och psykiska problem – är något helt annat.

Hur stödjer vi föräldrarna bäst?

I ett samspeletsorienterat synsätt (som i t ex den i dokumentet nämnda norska modellen [Hundeide, 1996]) utgår man ifrån att också svårigheter hos barnet får stor betydelse för vilket samspel som utvecklas mellan förälder och barn (detta nämns i kapitelinledningen, men får inte någon betydelse alls i förslagen).

Om barnets bidrag är av intresse skulle det vara betydelsefullt att barnhälsovårdens personal blir skicklig i att *se barnet*, med dess unika förutsättningar, temperament, brister och svårigheter, för att kunna hjälpa föräldern med det som föräldrar frågar om på barnvårdscentralen: »Vad skall jag göra för mitt barn som jag upplever på detta sätt?»

Förhållningssättet till den frågan blir avgörande för ens metodval, att »mobilisera föräldrars resurser med tilltro till sin kompetens», som det står på annat ställe i dokumentet, eller att förmedla att du som förälder bär med dig av egna besvikelser i livet som orsakar din upplevelse.

ADHD/DAMP

I relation till vidlyftiga förslag inom detta område kan ställas förslagen i anslutning till den relativt omfattande genomgången av området ADHD/DAMP. Där konstateras att det är ett mycket stort problemområde med funktionshinder som får allvarlig inverkan för den drabbade individen (men ej om det har någon betydelse för familj, samspelet föräldrar–barn eller familjens sociala situation), men att det inte finns evidens för att åtgärder har betydelse. Därför bör screening ej införas och effekter (inklusive negativa sådana) av pågående sådan skall utvärderas.

Med att säga att »barnhälsovården

bör verka för att även de barn som identifieras utanför screening ska kunna erbjudas utredning och intervention» är det som om detta problemområde är avfärdat från barnhälsovårdens dagordning.

Att föräldrar till barn med DAMP och liknande funktionshinder dagligen till mig och mina medarbetare uttrycker besvikelse och ilska över att man på barnhälsovården blev bemötta på ett inkompetent sätt förefaller ej vara så generellt att det behöver analyseras i relation till framtida arbetsuppgifter. Istället sägs att »barn (i åldrarna noll till fyra år) med tydliga motoriska, perceptuella och beteendemässiga avvikelser uppmärksammas i regel», utan hänvisning till evidens för påståendet.

Barn med grav språkavvikelse

Då den språkscreening som pågått i årtionden med instrument som vanligtvis ej varit validitets- eller reliabilitetsgranskade analyseras sägs det finnas evidensbaserad grund för att barnhälsovården identifierar barn med grav språkavvikelse. Man refererar till att sensitiviteten var 86 procent och specificiteten 98 procent i *en* kohortbaserad studie, när man egentligen inte vet vilka barn som bör bli föremål för logopedinsatser och än mindre vilka metoder

som har effekt för vilka barn eller om barn som har andra funktionshinder förhindras insatser genom att deras problem definieras som språkproblem.

Evidens eller icke evidens?

Den som författat dokumentets slutkommentar har sannolikt en större förankring i barnhälsovårdens vardag än den/de som författat stora delar av bakgrundsmaterialet, dvs det som jag kommenterat.

Men slutkommentaren avvisar inte dokumentets många förslag, och delar av det som föreslås kan tyckas gå emot vad som tidigare sagts.

T ex att barnhälsovården bör tillämpa hälsopedagogiska metoder som bygger på ett klarare partnerskap mellan personal och föräldrar, där föräldrar blir aktivt medverkande i det preventiva arbetet, och att detta har som syfte att stärka föräldrarnas självkänsla. Men hur kan man bygga upp ett sådant förtroende om man definierar att 40 procent av föräldrarna inte förstår sitt barns bästa genom att avvisa känslomässigt krävande signaler från barnet eller att vara »svårförutsägbara för barnet»?

Dokumentet kan lika väl användas som underlag för ännu mer av icke evidensbaserade åtgärder än för motsatsen, vilket väl ändå var avsikten.●

Replik:

Otrygg anknytning är en riskfaktor

Björn Kadesjö riktar kritik mot Medicinska forskningsrådets state of the art-dokument om barnhälsovård [1].

Kadesjö's huvudkritik följer fyra linjer, som jag skall kommentera i tur och ordning.

Otrygg anknytning som risk

1. Kadesjö är kritisk mot att så stor tonvikt lags vid anknytning och tidigt

samspel. Kadesjö menar att konferensen ställt sig bakom uppgiften att omkring 40 procent av alla föräldrar har svårigheter att utveckla ett lyhört samspel med sina barn. Denna uppfattning är dock inte primärt konferensens utan grundar sig på experters redovisning av forskningsresultat, och siffran 40 procent har inte varit avgörande för konferensens slutsatser. Även om en väsentligt lägre andel barn hade tecken på otrygg anknytning skulle vi ha att göra med en relevant riskfaktor.

Grundläggande i all anknytningsteori är att samspelets svårigheter kan bero på såväl unika egenskaper hos barnet som på förhållningssätt hos föräldrar och föräldrars bemötande av barnet. Ingen anknytningsteori har som utgångspunkt att problemens orsaker enbart går att

Författare

CLAES SUNDELIN

överläkare för barnhälsovården i Uppsala län; ordförande i arbetsgruppen för MFR-konferensen.

söka hos den ena eller andra parten. Självfallet syftar teorin inte till att skuldbelägga föräldrar.

Anknytnings- och samspelsteori har i dag en stor plats inom utvecklingspsykologin. Det pågår en intensiv forskning, och otrygg anknytning har i ett flertal studier visat sig vara en faktor med starkt prediktionsvärde [2]. Vidare har interventioner av relativt kortvarigt slag enligt kontrollerade studier visat sig ha god och långvarig effekt på anknytningsproblem [3, 4].

Mot bakgrund av omfattande empiri ansåg konferensen att anknytning och samspel måste ligga till grund för preventiv praktik. De resultat som erhållits, bland annat i ett avhandlingsarbete från Göteborg [5], tyder på att postnatal nedstämdhet/depression, ett tillstånd som kan inverka menligt på samspelet föräldrar–barn, är vanlig i normalbefolkningen (drygt 10 procent). Wickberg visar också i en kontrollerad studie att postnatal depression i många fall kan lindras eller botas genom en kortvarig insats inom den reguljära barnhälsovården. Detta är särskilt viktigt med tanke på att problemen ofta inte går över av sig själva utan kan fortsätta att påverka barn och föräldrar.

Sammanfattningsvis anser jag således i samstämmighet med konferensen att det finns starka skäl för barnhälsovården att utveckla och fördjupa sitt arbete med tidigt föräldra–barn-samspel.

Hembesöksverksamheten bygger på frivillighet ...

2. Kadesjö är kritisk mot den förstärkning och individualisering av hembesöksverksamheten som föreslås i dokumentet. Kadesjös kritik synes grunda sig dels på antagandet att validering av hembesökens effektivitet saknas, dels på tanken att hembesöken mest har en kontrollfunktion. Ett flertal kontrollerade studier har emellertid visat ett antal positiva effekter av hembesök [6, 7], även på så lång sikt som 15 år.

I fråga om kontrollfunktionen måste först betonas att barnhälsovården alltid har byggt på frivillighet och att ingen förändring i detta föreslås. Det konstruktiva samarbetet med föräldrarna har alltid varit en grundprincip och kommer att så förbli, vilket särskilt lyfts fram i dokumentet.

... men missförhållanden måste uppmärksammas

Detta hindrar inte att barnhälsovården också har till uppgift att utgöra ett värn för barnen. Ytterst regleras detta

”Vi som arbetat med konferensen har förhoppningar att dokumentet skall gagna barnhälsovårdens utveckling. De reaktioner vi hittills mött har uppfattats som positiva.”

ansvar i Socialtjänstlagen. Barnhälsovården kan inte välja att blunda för svåra missförhållanden i ett barns familj.

Men den hembesöksverksamhet som diskuteras i dokumentet syftar framför allt till att stärka skyddsfaktorer, minska riskfaktorer, mobilisera nätverk, egna resurser, osv. I detta arbete har den rent kontrollerande funktionen en mycket begränsad plats.

Ingen generell screening av DAMP och ADHD

3. I fråga om DAMP, ADHD och liknande störningar är det inte helt lätt att utläsa vad Kadesjö specifikt vill uppnå. Konferensens position efter genomgång av den vetenskapliga litteraturen var att screening ej generellt kunde rekommenderas, även om olika röster hördes i diskussionen. Skälet till konferensens rekommendation var bristen på belegg för acceptabel sensitivitet, tillfredsställande prediktivt värde och effektiva interventioner i förskoleåldern. När det gäller andra åldrar kan situationen vara annorlunda.

Inställningen var dock ej radikalkritisk gentemot pågående screening, där fortsatt utvärdering rekommenderades. Om sådan utvärdering ger ett säkrare underlag kan konferensens position givetvis omprövas.

Konferensens slutsats är helt i linje med de generella rekommendationer som i dag gäller för screening [8]. Konferensen tog dessutom klar ställning för att barn som identifieras utanför screening, genom problem i hem eller för-

skola, skall erbjudas utredning och intervention utan dröjsmål.

I sammanhanget hävdar Kadesjö att barnhälsovården i dag har tydliga kompetensbrister i fråga om tidig identifikation av barn med DAMP och liknande svårigheter. Konferensdokumentets uppgift om att barn med »tydliga motoriska, perceptuella och beteendemässiga avvikelser» i regel uppmärksammas finner Kadesjö omotiverad. Vi har full förståelse för att föräldrar, som Kadesjö framhåller, ofta kan uttrycka besvikelse och ilska över t ex fördröjd utredning och diagnos. Konferensens erfarenhet var dock att de flesta barn med svåra problem har signalerat dessa tidigt, ofta i förskolan. Detta innebär att erfarenheterna av barnhälsovårdens arbete kan variera mycket beroende på hur samarbetet fungerar mellan förskola och barnhälsovård.

Tal- och språkutvecklingen

4. Beträffande tal- och språkutvecklingen är kunskapsläget för närvarande sådant att tydlig evidens endast finns för identifikation av grav språkavvikelse. Kadesjö förefaller vara kritisk mot att denna kunskap erhållits i en kohortbaserad studie [9], vilket jag inte riktigt förstår då just detta slags studier är vad som krävs i sammanhanget. Det är sant att det saknas kunskap om interventionseffekter, men detta utgör knappast ett argument mot att stöd och hjälp ges till barn med grav språkstörningar enligt de metoder som står till buds. Dessa barn kan inte lämnas åt sitt öde, lika litet som barn med cerebral pares eller andra allvarliga funktionshinder.

Kadesjö har rätt i att barnen också ofta har andra funktionshinder, t ex mental retardation, men vanligen behöver dessa barn hjälp med tal och språk oberoende av komorbiditet. Utveckling av interventionsmetoder med känd effektivitet skulle kräva att vissa barn lämnades utan hjälp eller fick sämre hjälp, vilket skulle skapa svåra etiska problem.

Kritiken skjuter över målet

I huvudsak tycker jag att Kadesjös kritik skjuter över målet och är onödigt polemisk. En eventuell fortsatt diskussion skulle gynnas av ett generöst och sakligt tonläge. Det finns säkert brister i state-of-the-art-dokumentet. Det är inte helt lätt att på två och en halv dag få ett fyrtiotal experter att enas kring ett tiotal olika punkter som var och en för sig kunde förtjänat en konferens.

Vi som arbetat med konferensen har

ANNONS

förhoppningar om att dokumentet skall gagna barnhälsovårdens utveckling. De reaktioner vi hittills mött har uppfattats som positiva.

Referenser

1. Medicinska forskningsrådet. Barnhälsovårdens betydelse för barns hälsa – en analys av möjligheter och begränsningar i ett framtids-perspektiv. State of the art-konferens i Stockholm 23–25 september 1999. Stockholm: Medicinska forskningsrådet, 1999.
2. Greenberg MT. Attachment and psychopathology in childhood. In: Cassidy J, Shaver PR, eds. Handbook of attachment: theory,

- research, and clinical applications. New York: Guilford Press, 1999: 469-96.
3. van den Boom DC. The influence of temperament and mothering on attachment and exploration: an experimental manipulation of sensitive responsiveness among lower-class mothers with irritable infants. *Child Dev* 1994; 65: 1457-77.
 4. van den Boom DC. Do first-year intervention effects endure? Follow-up during toddlerhood of a sample of Dutch irritable infants. *Child Dev* 1995; 66: 1798-1816.
 5. Wickberg B. Postnatal depression: prevalence, identification and treatment [dissertation]. Göteborg: Göteborg University, Department of Psychology, 1996.
 6. Olds DL, Kitzman H. Review of research on home visiting for pregnant women and pa-

rents of young children. *Fut Child* 1993; 3: 53-92.

7. Olds DL, Eckenrode J, Henderson CR Jr, Kitzman H, Powers J, Cole R et al. Long-term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect: fifteen-year follow-up of a randomized trial. *JAMA* 1997; 278: 637-43.
8. National Screening Committee. First report of the National Screening Committee. Health depts of the UK, April 1998.
9. Westerlund M. Barn med tal- och språkvikselser: en prospektiv longitudinell epidemiologisk studie av en årskull Uppsalabarn vid 4, 7 och 9 års ålder [dissertation]. Uppsala Dissertations from the Faculty of Medicine 5. Uppsala: Acta Universitatis Upsalensis, 1994.

Vart tar kompetensen vägen om läkarkontakten glesas ut?

Merparten av barnhälsovårdens har granskats i MFRs dokument »Barnhälsovårdens betydelse för barns hälsa – hälsoövervakning, hälsorådgivning och förebyggande av psykisk ohälsa». Vidare analyseras hur den vunna kunskapen skall användas i framtiden. Insatserna skall koncentreras till de två första levnadsåren.

Det är viktigt att barnhälsovården står på en god grund:

- a. vetenskapligt förankrad, t ex vaccinationer och förbättrad diagnostik av depression hos nyblivna mödrar,
- b. erfarenhetsbaserad verksamhet, t ex hälsoundersökningar förmedlade av sjuksköterskor och läkare, samt psykosocial verksamhet,
- c. en blandning av grupp a och grupp b, t ex hälsorådgivning för att minska allergier och rökning i barnfamiljer, uppspårande av ADHD/DAMP.

I grupp b och c finns behov av vetenskaplig utvärdering för att nå säkerheten i grupp a.

De förslag som Medicinska forskningsrådet (MFR) föreslår är väl under-

byggda. Det finns emellertid några funderingar.

Räcker en hörselundersökning?

1. En stor insats är att genomföra neonatal hörselscreening med otoakustisk emissionstest, en kostnad-nytta-analys är motiverad. Omkring 150 barn föds varje år med hörselskada som motiverar insatser från många instanser; hälften av barnen kan sällas fram med undersökningar av riskgrupper. Kostnaden per år beräknas till 12 miljoner kronor, vilket kvittas mot minskade personalkostnader för distraktionstesterna och färre undersökta på grund av den nya metodens större stringens.

Är en enda hörselundersökning nog? Progredierande hörselnedsättningar avslöjas ej på nyföddhetsavdelningen. I dokumentet kan man ana svårigheter att testa med total uppslutning, då vårdtiderna förkortats på förlossningskliniken.

Endast en läkarkontakt

2. Man föreslår att endast erbjuda en läkarkontakt vid två månaders ålder. »Den frigjorda tiden måste komma barnen tillgodo i form av kvalificerade konsultinsatser av erfaren (mina kursiveringar) allmänläkare eller barnläkare beroende på problemens art.»

Kontinuerligt arbete inom barn- och skolhälsovård under 30 år parat med kliniskt arbete har lärt mig att ana gränserna för normalitet. Det fordras erfarenhet och kunskap för att ge klara besked och friskförklara på barnavårdscentralen. Frågor utanför läroboken

”Var skall man om några år finna »kvalificerade konsultinsatser av erfaren allmänläkare eller barnläkare» sedan reformen genomförts?”

skall kunna hanteras. Varken gränserna för normalitet eller svaren på frågorna lärs ut på sjukvårdsinrättningar.

Sjuksköterskans och läkarens gemensamma kompetens grundar för föräldrars tilltro. Onödiga remisser och undanglidande och till intet förpliktigande svar väcker oro. Var skall man om några år finna »kvalificerade konsultinsatser av erfaren allmänläkare eller barnläkare» sedan reformen genomförts?

Vad vill föräldrarna ha?

3. Skulle inte en väl genomförd enkätundersökning över landet av ett välrenommerat opinionsinstitut och betald av t ex Landstingsförbundet kunna ge svar på de frågor som rör föräldrars förväntan och önskemål på barnhälsovården? Detta kompletterat med en vetenskaplig utvärdering av verksamheten skulle ge en god grund att verka från. •

Författare

GUNNAR NORVENIUS

barnläkare, barn- och ungdomsmedicinska mottagningen, Hisings Backa.

gunnar.norvenius@medfak.gu.se

Se även övriga artiklar om barnhälsovården i detta nummer.