

Debatten fortsätter:

Bristande stringens i MFRs dokument om barnhälsovård

Claes Sundelins replik i Läkartidningen 25/00 (sidorna 3101-4) på min artikel i samma nummer om Medicinska forskningsrådets state of the art-dokument om barnhälsovården (sidorna 3100-1) förtjänar en kommentar.

1. Claes Sundelin vet att »anknytningsteori» (med de referenser som anges i MFRs state of the art-dokument) och »samspelsteori» inte är samma sak. »Samspelsteori» utgår från att också barnet med sina ibland svårtolkade signaler bidrar till hur samspelet mellan barn och förälder utvecklas.

Därför är det en viktig markering och rättelse till det ursprungliga dokumentet när Claes Sundelin (CS) nu refererar till arbeten där barnets beteende/temperament anses ha betydelse. Det perspektivet finns inte med i state of the art-dokumentet – i så fall skulle barnobservationer/utvecklingsbedömningar ansetts vara viktiga, och inte, som det nu verkar, ursäkter för att uppnå andra mål.

2. Som det står i state of the art-dokumentet visar de referenser som CS anger att »intensiva insatser baserade på hembesök till avgränsade högriskgrupper, kan ha goda effekter». Detta är något helt annat än att t ex föreslå att hembesök görs inom 4 veckor efter att man funnit utvecklingsavvikelse vid hälsokontroll.

Känna igen ADHD/DAMP

3. Det jag vill uppnå är att BVC-personal känner igen hur ADHD/DAMP kommer till uttryck hos barn i förskoleåldern, att de klarar av att se när svårigheter (helt eller delvis) ej förklaras av psykosociala förhållanden, samt att de har kunskap och metoder för att stödja

Författare

BJÖRN KADESJÖ

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

”En slutsats som bör diskuteras är om det är dags att ersätta den landstingsbaserade barnhälsovården för barn över 1 1/2 år med en hälsovård/elevvård för barn och ungdom knuten till barnomsorg och skola.”

föräldrarna till dessa barn i sin mycket svåra roll (då ju sådant stöd idag till stor del saknas).

4. Jag är fortsatt kritisk till att man hänvisar till en studie som visar att man med god sensitivitet/specificitet kan känna igen barn med grav språkstörning vid fyra års ålder för att försvara förslaget om talspråksscreening vid 2 1/2 år (som främst kommer att identifiera barn med utvecklingsstörning, autisms och DAMP) utan att det ens finns evidens för att de logopedinsatser som sedan många år ges till ca 10 procent av alla barn som »faller ut» vid 4-årsundersökningen har effekt (eller bättre effekt än riktad förskoleverksamhet).

Ett av CSs argument mot ADHD/DAMP-screening är avsaknad av interventionsstudier, men han anser ej att brist på interventionsstudier »utgör argument mot stöd och hjälp» vid språkstörning. Det är denna typ av bristande stringens, som jag anser att state of the art-dokumentet är fullt av och som förklarar den frustration jag känner inför det.

Knytas till barnomsorg/skola?

En slutsats som bör diskuteras är om det är dags att ersätta den landstingsbaserade barnhälsovården för barn över 1 1/2 år med en hälsovård/elevvård för barn och ungdom knuten till barnomsorg och skola, där det finns personer med stort intresse och stor betydelse för barns hälsa och utveckling, och som kan vara komplement till barnens för-

Svar:

Läs vad som står!

Björn Kadesjö påstår i sitt inlägg att MFRs state of the art-dokument inte tagit hänsyn till att barnet är en aktiv deltagare i samspelet och själv påverkar hur relationen utvecklas.

Det är obegripligt hur Kadesjö kunnat läsa dokumentet på detta sätt.

I själva verket står följande att läsa på sidan 23 i dokumentet under rubriken »Anknytning»:

»Barn är, på grund av skillnader i temperament, redan från de första dagarna på BB väldigt olika. Vissa barn har också medfödda svårigheter eller handikapp, som gör att deras förmåga att signalera sina behov är sämre än barns i allmänhet. När barnet fötts börjar ett intensivt samspel med miljön, som utgörs av de närmaste vårdnadshavarna. Den första uppgiften för dessa är att lära sig att tyda barnets signaler och att svara på dem efter bästa förmåga.»

Docent Anders Broberg har i Läkartidningen 25/00 (sidorna 3072-3), utförligt presenterat anknytningsteori och möjligheter att påverka hur processen utvecklas.

Ingen motsatsställning om hembesök i olika fall

När det gäller nästa punkt är vi inte säkra på att vi förstår hur Kadesjö menar. Det är självklart att hembesöksverksamhet till psykosociala riskgrupper är något annat än uppföljande hembesök vid utvecklingsavvikelser. I det första fallet finns god dokumentation om gynnsamma effekter. I det andra fallet kan hembesök vara en bra arbetsmetod för sjuksköterskan. Något motsats-

Författare

CLAES SUNDELIN

professor i socialpediatrik, barnhälsovårdsöverläkare i Uppsala län

DAGMAR LAGERBERG

sociolog, docent i samhällsmedicinsk forskning om barn, föredragande vid MFRs konferens om barnhälsovården.

”Det är självklart att hembesöksverksamhet till psykosociala riskgrupper är något annat än uppföljande hembesök vid utvecklingsavvikelser.”

förhållande mellan dessa typsituationer kan vi inte se.

Avvaktande inställning

För det tredje säger sig Kadesjö vilja uppnå att BVC-personal känner igen hur ADHD/DAMP kommer till uttryck hos förskolebarn. Vi delar denna strävan och anser att Kadesjö själv i hög grad bidragit till att förbättra förutsättningarna. Konferensdokumentet bejakar klinisk identifikation vid problem men intar en avvaktande hållning till generell screening. På denna punkt rekommenderas fortsatt utvärdering av pågående försök.

Behandling vid språkstörningar

För det fjärde instämmer vi i att terapeutiska effekter vid grava språkstörningar är mycket ofullständigt kartlagda. Det är svårt att göra sådana studier på ett vetenskapligt tillfredsställande sätt. Det som förefaller möjligt är att med tämligen god precision identifiera de aktuella barnen vid 3 år [1, 2].

Man kan naturligtvis diskutera värdet av sådana studier när terapeutiska effekterna är okända, men vi skulle aldrig resonera på detta sätt om det gällde andra svåra utvecklingsavvikelser, t ex cerebral pares. Som regel försöker vi i sådana fall ge den bästa behandling som professionen kan erbjuda. Det är mycket osannolikt att passivitet i dessa fall skulle vara det mest gynnsamma, och det finns också viktiga humanitära aspekter.

Beträffande Kadesjös slutförslag att ersätta den landstingsbaserade barnhälsovården med en annan typ av organisation tål ett sådant förslag att diskuteras. Förslaget följer dock inte som en slutsats av Kadesjös punkter utan måste analyseras från andra utgångspunkter.

Referenser

1. Westerlund M, Sundelin C. Can severe language disability be identified in three-year-olds? Evaluation of a routine screening procedure. *Acta Paediatr* 2000;89:94-100.
2. Westerlund M, Sundelin C. Screening for developmental language disability in 3-year-old children. Experiences from a field study in a Swedish municipality. *Child Care*

MFR-dokumentet om barnhälsovård:

Klarare riktlinjer behövs för barn med avvikande utveck-

Barnhälsovården har unika möjligheter att spåra utvecklingsavvikelser. Jag har tagit del av MFRs dokument [1] med stort intresse, då ett av de tre huvudområdena i rapporten rör utvecklingsavvikelser, ett centralt område även för oss på klinisk nivå. Handläggning baserad på rekommendationerna i detta dokument har dock, enligt min uppfattning, begränsningar för de patientgrupper vi företräder.

Att i ett första led möta frågor om barns utveckling kräver erfarenhet och särskild kompetens inom området utvecklingsneurologiska avvikelser. De observerbara symtomen hos barnet kan vara av vitt skilda slag, men speglar i många fall kognitiva grundproblem.

Den primära uppgiften på barnavårdscentralen är att utifrån tillgänglig information från föräldrar och förskola fatta beslut om den fortsatta handläggningen. Denna process innefattar tolkning och sammanställning av en mängd information, vilket ställer krav på kunskap inom utvecklingspediatrik. Barnläkarens roll borde här vara självklar!

Vårdkedjan från BVC

I dokumentet framhålls att många barn som identifierats i den svenska fyraårskontrollen inte blev hjälpta av detta (sidan 21). Här frågar man sig hur handläggningen skett – en kompetensfråga. Avgörande för vilken hjälp barnet får är hur vårdkedjan från BVC ser ut. Hur möts barnets behov av bedömning? Hur framkomlig är vägen till läkare och psykolog med denna specifika kompetens och med nära samarbete?

Det är svårt att hålla med om påståendet att »lättare utvecklingsavvikelser och förseningar är vanliga men de är i

de flesta fall övergående» (sidan 40). Vad räknar författarna till lättare utvecklingsavvikelser? Till den kategorin brukar lindrigt förståndshandikapp och ADHD föras – båda med betydande konsekvenser för skolframgång och vuxenliv.

Vid arbete i klinikteam slås man av att många barn haft många kontakter med många olika utredare under många år. Många har fått motsägelsefulla besked och för många har adekvat hjälp uteblivit.

På samma sida i MFR-skriften påstås att grav mental retardation identifieras tidigt oberoende av hälsoövervakningsprogram och utvecklingskontroller. Vad underbygger detta påstående? Synpunkter på hur den kognitiva störning som benämns autism skulle kunna spåras redan vid 18 månaders ålder tas inte alls upp i dokumentet (Checklist for Autism in Toddlers/CHAT).

I dokumentet får ADHD/DAMP relativt stort utrymme. Dock finns en fara i att före utredning fokusera på dessa diagnoser. Screening som fångar ADHD/DAMP fångar också dem med lindrigt förståndshandikapp.

Barn med utvecklingsavvikelser bör bedömas av barnläkare på s k specialist-/konsult-BVC. Specialisten tar sedan ställning till om den tillgängliga informationen om barnet (från föräldrar, förskola och från BVC-sjuksköterska) behöver kompletteras med utredning av barnpsykolog och/eller genom annan funktionsbedömning (språk och motorik), eller om annan specifik utredning behövs.

Riktlinjer för var denna psykologutredning skall ske och vilken kompetens som utredande psykolog skall ha behöver formuleras. Möjlighet till konsensus mellan olika utredare behövs. Då kan vårdkedjebegreppet med »uppfångningsnivå» och utredningsnivå bli meningsfullt och utgöra bas för fortsatta åtgärder och uppföljning.

Referenser

1. Barnhälsovårdens betydelse för barns hälsa – en analys av möjligheter och begränsningar i ett framtidsperspektiv. Stockholm: Medicinska forskningsrådet, 1999.

Författare

ELISABETH FERNELL
överläkare, docent, neuropediatrika programmet, Astrid Lindgrens barnsjukhus, Stockholm.