

**”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 terapieffekter 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 terapieffekterna 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.