

Språk och tal – inget ämne för state of the art-konferensen om barnhälsovård

Språkstörning var inget ämne vid MFR-konferensen om barnhälsovård. Trots det fick jag möjlighet att bidra med uppgifter, som nu kritiserar av Björn Kadesjö i Läkartidningen 25/00. En av hans invändningar gäller de i rapporten återgivna sensitivitets- och specificitetsvärdena, som han påstår går tillbaka på »en kohortbaserad studie» och bygger på »... den språkscreening som pågått i årtionden ...», dvs 4-årskontrollens talscreening.

Det är inte korrekt. Resultatet, grundas på en screeningmetod som infördes på 1990-talet i syfte att identifiera gravt avvikande 3-åringar [1]. I en uppföljande studie jämfördes 3-årsscreeningens utfall med grav avvikelse identifierad via 4-årskontrollen [2]. Båda screening-metoderna har validerats [1, 3]. För 3-årsscreeningen finns även en reliabilitetsberäkning [4].

3-årsscreeningen tillkom för övrigt som en konsekvens av min analys av 4-årskontrollens talscreening [5]. Studien visade bl a att överrisken (RR) för att inte kunna följa förväntad skolgång var 14 gånger större för de språkligt gravt avvikande än för övriga barn.

I två kohortstudier och i överensstämmelse med andra studier [6, 7] har jag således visat att barn med grava språkstörningar dels kan identifieras före 4 år, dels att de tenderar att förbli språkligt lågpresterande.

Vidare anser Kadesjö att »... barn som har andra funktionshinder *förhindras* (min kursivering) insatser genom att deras problem definieras som språkproblem». Försenad språkutveckling är ofta ett tidigt tecken på en bakomliggande störning [7, 8].

Det är därför viktigt att logopederna samarbetar med andra specialister och att gravt språkförstörda barn hörselprövas. Det är också viktigt att BVC-läkaren/sjuksköterskan inte rutinmässigt remitterar alla utfall till logoped.

Whitehurst och Fischel [9] har skissat på en modell för remitteringsgången vid språkvikelser, som vi har försökt introducera. Ändå får logopederna fortfarande många barn där språkförstörningen inte är det primära och där logopedens motivationsarbete till slut resulterar i att föräldrarna accepterar en psykolog-/neurologutredning.

Barnen ej eftersatta

Under tiden har barnet fått terapi och föräldrarna stöd och råd. Jag har svårt att se att logopeden därmed utgör ett hinder för adekvat hjälp. För övrigt framgår det av en interventionsstudie [10] att språkstörda barn med låg respektive normal icke-verbal IQ tillgodojorde sig språkterapi nästan lika bra.

Bristen på interventionsstudier är annars mycket riktigt ett problem – ett problem logopederna delar med många andra yrkesgrupper. Svenska interventionsstudier är låtränkade [11]. Vi får därför oftast hänvisa till internationella studier [12-14]. Något som vi inte är ensamma om att behöva göra – har jag förstått.

Monica Westerlund

BHV-logoped, doktor i medicinsk vetenskap, barnhälsovården, Akademiska sjukhuset, Uppsala
monica.westerlund@pediatrik.uas.lul.se

Referenser

1. 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, Health and Development 2000; 26: 91-110.

2. 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.
5. Westerlund M. Barn med tal- och språkvikelser. En prospektiv longitudinell epidemiologisk studie av en årskull Uppsalabarn vid 4, 7 och 9 års ålder. Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis, Dissertations from the Faculty of Medicine 5, 1994.
9. Whitehurst G, Fischel J. Practitioner review: Early developmental language delay: What, if anything, should the clinician do about it? J Child Psychol Psychiatry 1994; 4: 613-48.
10. Fey M, Long S, Cleave P. Reconsideration of IQ criteria in the definition of specific language impairment. In Watkins & Rice (eds). Specific language impairment in children. Baltimore: Paul H Brooks, 1994.
11. Miniscalco Mattsson C, Sandberg E. Early intervention for children with speech and language disorders – the transition from one to two word utterances. Masteruppsats i logopedi. Göteborg: Avdelningen för logopedi och foniatr, Göteborgs universitet, 1998.

Vad är priset för människoliv?

Kommentar till Läkemedelsverket svarar: »Allmän screening ej kostnads-effektiv», LT 16/00, sidan 1996 [1].

Vilket pris har Läkemedelsverket (LV) satt på människoliv?

LV säger: »Eftersom massmedia rapporterade om en screening som pågick samtidigt med workshopen ansåg deltagarna det tvärtom mycket angeläget att avråda från sådan.»

Ett underligt och tvivelaktigt påstående, som måste kommenteras. Påståendet kan tolkas som att workshopen hade samtyckt till screening om massmedia ej rapporterat samtidigt.

Då screening räddar och förlänger liv är det angeläget att tala klarspråk i sammanhanget. Enligt SCB dör årligen i vårt land ca 13 500 män och 10 500 kvinnor i ischemisk hjärtsjukdom. Här gäller således ca 24 000 människor, som årligen avlider i hjärtinfarkt och andra åderförkalkningssjukdomar.

Referenser

1. Yudkin LE, Ellison GW, Ghezzi A et al. Overview of azathioprine treatment in multiple sclerosis. Lancet 1991; 338: 1051-5.
2. Gulowsen Celius, E. Sykdomsmodifierande behandling (unntatt Interferon). Info från Läkemedelsverket 1:2000, 39.
3. Romine JS, Sipe JC et al. A double-blind, placebo-controlled, randomized trial of cladrine in relapsing-remitting multiple sclerosis. Proc Assoc Am Physicians 1999; 111: 35-44.
4. Edan G, Miller D et al. Therapeutic effect of mitoxantrone combined with Methylprednisolone in multiple sclerosis: a randomised multicentre study of active disease using MRI and clinical criteria. J Neurol Neurosurg Psych 1997; 62: 112-8.
5. Millefiorini E, Gasperini C, Pozzilli C et al. Randomized placebo-controlled trial of mitoxantrone in relapsing-remitting multiple sclerosis: 24 month clinical and MRI outcome. J Neurol 1997; 244: 153-9.
6. Reynolds EH. Multiple sclerosis and vitamin B12 metabolism. J Neuroimmunol 40 (1992) 225-30.
7. Santiago E, Pérez-Mediavilla LA, Lopez-Moratalla. The role of nitric oxide in the pathogenesis of multiple sclerosis. J Physiol Biochem 54 (4) 1998, 229-38.

Workshopen säger att screening ej är kostnadseffektiv utan att tala om vilken sorts screening som avses. Är det riksomfattande s k massundersökning? Är det screening av vissa grupper eller åldrar? Är det sponsrad screening eller screening betald av staten?

Används vårdslöst

Ordet kostnadseffektiv används vårdslöst av workshopen, som gällde det ett byggnadsprojekt eller liknande. Workshopens negativa inställning till screening får oss att tro att Sverige är så fattigt att vi ej har råd att ens försöka rädda liv.

I USA startade den första riksomfattande kampanjen med screening 1988. Den inleddes kraftfullt med annons i amerikanska läkartidningen (JAMA) under mottot: »Amerikanska Läkarförbundet (AMA) förklarar krig mot en av landets *leading killers* med the AMA:s campaign against cholesterol.» Amerikanska läkarkåren ställde helhjärtat upp i kampanjen, som sponsrades av amerikanska företag. I dag rekommenderas att alla skall testa sina kolesterolvärden vart 5:e år från 20 års ålder.

I »Current Hyperlipidaemia 1999» [2] finns en aktuell sammanställning av screening för hyperlipidemi i prevention. Känner workshopen till detta? När osäkerhet råder, som tydligen är fallet i workshopen, är det tillrådligt att först undersöka och pilottesta. Det är standard inom modern amerikansk forskning.

En tredjedel i riskzonen

Gruppen Kolesteroltestarna har pilottestat drygt 700 personer av båda könen mellan 20 och 80 år och därvid konstaterat att drygt en tredjedel har så höga kolesterolvärden att de ligger i riskzonen för att utveckla hjärtinfarkt och andra åderförkalkningssjukdomar. Vid kolesteroltest på Riksstämman 1999 var vår station angenämt välbesökt. Resultatet visade att 35 procent av männen hade s/kolesterol >6,5 mmol/l [3].

Intresset från allmänheten och massmedierna har varit stort och positivt. Vi har därför beslutat gå vidare och i första hand kolesteroltesta 5 000 personer samt göra en sammanställning av resultaten för publicering och därefter plane-

ra för massundersökning. Det kommer då visa sig att hundratusentals personer i vårt land kommer att behöva information om livsstil och en stor del behandling med lipidsänkande medel.

Avstår vi å andra sidan från att massscreena väntar en fortsatt dramatisk ökning av antalet hjärtinfarkter och andra åderförkalkningssjukdomar samt typ 2-diabetes.

Carl Gustaf Carpel

direktor, stifelsen Kolesteroltestarna

Referenser

1. Beermann B. Läkemedelsverket svarar: Allmän screening inte kostnadseffektiv. *Läkartidningen* 2000; 97: 1996.
2. Carlsson LA, Gotto AM, Illingworth DR. *Current Hyperlipidaemia*. London: Science Press, 1999.
3. Kolesteroltest visade många höga värden, enstaka mycket höga värden, under riksstämman [ledare]. *Incitament* 2000; 9: 144-7.

Kommentar:

Vetenskapligt underlag saknas för massscreening

Det framgår klart av behandlingsrekommendationen vilken screening som expertgruppen avrådde från: »Befolkningssinriktad screening av hyperkolesterolemi saknar i dag vetenskapligt underlag vad beträffar klinisk nytta och kostnadseffektivitet.» [1] Däremot rekommenderades screening av patienter med etablerad aterosklerotisk kärlsjukdom samt personer med hög risk av andra skäl.

Vad beträffar kostnadseffektivitet användes gängse definition, dvs »kostnad per vunnet levnadsår». Sambandet med vårdslöshet och byggnadsprojekt är svårt att förstå. Tyvärr har varken Sverige eller något annat land i världen råd att rädda liv till varje pris. Det skulle vara intressant att få ta del av bevisen för att vi skulle få »en fortsatt dramatisk ökning av antalet hjärtinfarkter och andra åderförkalkningssjukdomar samt typ 2-diabetes» om vi avstår från massscreening.

I själva verket är det ju så att dödligheten i cirkulationssjukdomar sjunker sedan ett antal år utan pågående mass-

screening. Den förebyggande effekten av massscreening på uppkomsten av typ 2-diabetes torde vara en stor nyhet för de flesta.

Björn Beermann

professor, Läkemedelsverket

Referens

1. Behandling av hyperlipidemi. Information från Läkemedelsverket 1999 (7), 15-21.

Om dialog med teologer

Bror Gårdelöf har (i LT 32-33/00) inte tillägnat sig innehållet i min kommentar till intervjun med teologen Antje Jackelen, som verkar för en ökad dialog mellan teologer och naturvetare bl a som representant för European Society for the Study of Science and Theology.

Det finns i min kommentar inget avståndstagande till dialog, eller att den ena disciplinen skall tillgodogöra sig den andres metoder, utan enbart en fråga om det finns intresse för dialog. Jag klargör därför viktiga begrepp inom teologin och naturvetenskapen.

Hans H Dahlkvist

docent i farmakologi, lektor i biologi, Åkersberga.

Slutreplik

Två tredjedelar av Dahlkvists kommentar handlar över huvud taget inte om teologi. Påståendet att jag inte tillägnat mig innehållet i hans text förtjänar inte ytterligare spaltutrymme. Intresserade läsare kan ta fram kommentaren och döma själva.

Dahlkvist »klargör ... viktiga begrepp inom teologin och naturvetenskapen». Teologisk sakkunskap i min bekantskapskrets dömer dock omedelbart ut den »teologiska» delen i hans resonemang – hur det sedan må vara med eventuella klargöranden i övrigt.

Bror Gårdelöf

ambulansöverläkare, Östergötland