

Språkscreening av 2,5–3-åringar identifierar även andra avvikelser

Väldokumenterad metodik är förutsättningen



MONICA WESTERLUND, leg logoped, docent, Barnhälsovården, Akademiska sjukhuset, Uppsala

monica.westerlund@akademiska.se

Socialstyrelsens rekommendationer från 1968 om allmän hälso-kontroll av fyraåringar ledde till att ett flertal olika screening-instrument skapades, alla i syfte att identifiera förseningar och avvikelser i utvecklingen hos en oselektad normalpopulation [1]. Därmed inleddes en mer än 30-årig period av problemsökning men också en utvidgning av BVCs ansvarsområde som, inom ramen för den psykomotoriska övervakningen, också kom att omfatta uppföljning av förskolebarnens språkliga utveckling.

Språkliga variabler introduceras i BVC-undersökningar

Språkliga variabler ingick således också i den bedömning av 1,5-åringar som tillkom i samband med den nationella BVC-journalen från 1981 [2], där en av föräldrafrågorna under rubriken »Kommunikation och lek« gällde barnets aktiva och passiva ordförråd (»Talar ditt barn 8–10 ord och förstår fler?«). Dessutom ingick ytterligare två språkligt laddade frågor, vilka emellertid rubricerades som »Kognitiv utveckling« (»Hämtar föremål på uppmaning« och »Pekar ut kroppsdelar«). Samtliga frågor bibehölls i den senaste nationella BVC-journalen från 2001 [3].

År 1991 kom en ny skrift från Socialstyrelsen som behandlade hälsoundersökningar inom barnhälsovården, där följande stod att läsa: »Dessutom föreslås en kontakt när barnet är 3 år med speciell inriktning på kommunikationsförmåga ... Vidare bör man på grundval av uppgifter från föräldrar, förskola och samtal med barnet identifiera tal- och språkproblem vid 5–6 års ålder« [4, sidan 24]. Nya bedömningsmetoder skapades – även denna gång olika i olika delar av landet. På några håll valde man att inrikta sig på 2,5-åringarna i stället för 3-åringarna, vilket givetvis fick konsekvenser för språkbedömningarnas utformning. I och med att allmän förskoleklass infördes i landet [5] upphörde utprövningen av de metoder som syftade till att identifiera presumtiva läs- och skrivsvårigheter i samband med BVC-periodens avslutande 5,5-årsbesök. På flera håll görs idag det sista BVC-besöket redan vid 5 år, då man anser att tiden annars är alldeles för kort för att hinna sätta in några åtgärder innan 6-årsklassen tar vid. Att använda samma bedömningsmetoder för en 5-åring som för en 5,5-åring är inte tillrådligt [6]. Det är tveksamt om det då över huvud taget är möjligt att, bland de tidigare oidentifierade barnen, spåra dem som riskerar att få problem med sin läsinlärning.

Idag år 2007 genomförs fortfarande den psykomotoriska 18-månadersbedömningen vid landets samtliga BVC-enheter och över hela landet bedömer man också 2,5- eller 3-åringarnas språkförståelse och språkanvändning. Även 4-årskontrollens talscreening, med fokus på uttalet, används fortfarande på några håll – antingen som generell screening eller selektivt. Dessa

bedömningar har alla karaktären av sekundärprevention och innebär att man genom tidig upptäckt av t ex långsam språkutveckling optimerar möjligheterna att förhindra att problem uppstår och förvärras.

Krav att ställa på screening

Metoderna som används för att göra språkbedömningar på BVC är alla att betrakta som screeninginstrument. För att sådana metoder ska fungera måste de, oavsett om de bygger på frågor till föräldrarna eller en kombination av BVC-sjuksköterskans direkta observation och föräldrafrågor, uppfylla ett antal generella krav [7]. Eftersom en screening aldrig kan vara diagnostisk är det förstås inte etiskt försvarbart att aktivt söka efter problem om man inte har tillgång till specialister som kan utreda, diagnostisera och behandla. Utmärkande för en screening är också att själva screenandet måste gå snabbt och vara enkelt att genomföra, eftersom man nästan alltid vänder sig till hela kohorter. Även resultatet ska snabbt kunna bedömas och kravet på otvetydiga remisskriterier är absolut.

Kostnaderna för screening, diagnostisering och behandling måste också vägas mot kostnaderna (ekonomiskt och personligt) för behandling och andra åtgärder som krävs vid identifiering utan generella förebyggande insatser. Vidare krävs det att screeningen är accepterad av befolkningen – i det här fallet barnens föräldrar. En maximering av andelen sant positiva och sant negativa är förstås önskvärd, men på grund av screeningens karaktär av grov dikotomisering i misstänkt sjuka/sannolikt friska eller lågpresterande/övriga måste man alltid räkna med vissa felbedömningar. Problemets art och grad och möjligheten att senare upptäcka och effektivt stoppa en oönskad utveckling avgör hur stora missar åt ena eller andra hållet man kan tillåta. Om kraven för att klara screeningen är högt ställda kommer många att remitteras. Därmed ökar trycket på de diagnostiserande resurserna. Detta leder i sin tur till att väntetiden från remiss till diagnos blir lång för alla – inklusive dem med grava avvikelser, vilket förstås är negativt. Slutligen ställs det samma krav på en screening som på ett formellt test – båda måste vara valida och reliabla.

Det är således många aspekter att ta hänsyn till innan man bestämmer sig för att införa ett screeninginstrument. En

SAMMANFATTAT

Olika screeningmetoder används idag vid landets barnavårdscentraler för att identifiera avvikelser och förseningar i den kommunikativa och språkliga utvecklingen. **Få av dem** har prövats vetenskapligt. **Från internationellt håll** är man tveksam till om företeel-

ser under utveckling lämpar sig för screening. **Samtidigt visar** såväl svenska som internationella studier att grava språkstörningar ofta är tidiga markörer för såväl lätt mental retardation som störningar inom autismspektret och koncentrations- och uppmärksamhetsstörningar.

screening som inte tål att kritiskt granskas har inget berättigande. Trots detta, och trots att man vid en konsensuskonferens kring barnhälsovårdens betydelse för barns hälsa hösten 1999 enades om att »... se icke-evidensbaserade inslag i verksamheten som provisoriska och att framtida nya inslag ska vara kunskapsbaserade« [8, sidan 47], är det bara ett fåtal av de språk- och talbedömningar som används på BVC som helt eller åtminstone delvis har beaktat detta. Totalt finns idag publicerade rapporter över bedömningarna vid 18 månader (tre olika metoder) [9-13], vid 2,5 år (en metod) [14] och vid 3 år (en metod) [15-18].

Att utgå från föräldrars oro räcker inte

Föräldrar oroar sig ofta för sina barns språkutveckling, och barn med olika typer och grader av språkstörningar utgör mer än en tredjedel av logopedernas patienter. Men variationerna inom det normala är stora – särskilt under de första levnadsåren. Förutom oro för att barnet inte börjar tala i väntad tid är det också vanligt att lekmanen oroar sig för att barnet inte »talar rent«. Olika barn har olika strategier i sitt språktilläggande, och typiskt för all utveckling är att den sker etappvis med till synes snabba förändringar och perioder då utvecklingen förefaller stå still eller ske mycket långsamt. Detta gör att barn kan komma att uppfattas som språkligt avvikande under ett skede i utvecklingen men senare bedömas som åldersadekvata och vice versa [19, 20].

Några barn bedöms emellertid som avvikande vid samtliga tillfällen, men stabiliteten i avvikelserna är svår att förutse såvida man inte begränsar sig till barn med grava avvikelser, som enligt ett flertal såväl svenska som utländska studier ligger på ca 2–3 procent [15, 20-23]. Den totala avvikelseprevalensen varierar däremot kraftigt (1–33 procent) med en medelprevalens på 6 procent [21]. De mycket stora skillnaderna beror på att det inte råder någon enighet om vad som ska betraktas som språkstörning.

Slutsatsen från internationella översiktsstudier, där man har granskat publicerade screeningrapporter, är att det i dagsläget inte finns tillräcklig evidens för att introducera något screeningprogram [21-23]. I den brittiska översiktsstudien rekommenderas en tvåstegsprocess, där föräldrars oro följs upp med »... application of an appropriately designed measure to reject or accept the initial concern« [21, sidan 49], dvs selektiv screening. Ett sådant upplägg förutsätter att föräldrabedömningar är tillräckligt sensitiva och gäller förstås också om man, vilket också har föreslagits, enbart förlitar sig på föräldraoro [24].

Erfarenheten av svenska studier, med bedömningar utifrån screeninginstrument som baserats på både föräldrars uppfattning om barns språkförmåga och BVC-sjuksköterskans direkta och formaliserade observation, tyder på att man skulle missa flera språkligt gravt avvikande barn om man enbart förlitade sig på föräldrarna, medan sjuksköterskornas bedömning överensstämde väl med specialistbedömningen [15, 16]. Orsaken till att de svenska studierna kommer fram till ett helt annat resultat än den brittiska är den mycket höga närvarofrekvensen vid de svenska BVC-besöken [25], medan man i flera andra länder har problem med att många barn aldrig nås av de mer formella bedömningarna.

Jag menar därför att vi inte kan gå på den brittiska linjen, där endast de barn vars föräldrar uppger oro blir föremål för en bedömning. Det innebär emellertid inte att jag förringar föräldrars oro. Den bör alltid tas på allvar, men ibland kan det också vara läge att dämpa den till förmån för både barnet och föräldrarna. En öppen telefontid till logoped kan vara ett sätt att möta föräldrarnas behov och en möjlighet för logopeden att avgöra om barnet omgående bör kallas till en klinisk bedömning



Foto: Monica Westertund

Treårsscreening på BVC. Josefina 3 år och distriktssköterskan Lisa Engström, Flogsta vårdcentral, Uppsala.

FAKTA 1

Kommunikations- och språk-screening

- utgå från BVC-sjuksköterskans formaliserade observationer
- komplettera med föräldrafrågor
- inte före 2,5 års ålder och

inte senare än vid 3 år

- grav språkstörning är stabil och kan vara en tidig markör för mental retardation och neuropsykiatriska störningar
- diagnostik och behandling – ett teamarbete

eller om det som oroar föräldern snarast är att betrakta som en normalvariant.

Inte bara språkstörning

Att andelen barn med grava språkstörningar i såväl svenska som utländska studier uppgår till ca 2–3 procent tyder på en större överensstämmelse i bedömningarna än vad fallet är när det gäller mindre graverande språkvikelser [15, 20-23]. Dessutom är grav språkstörning relativt stabil och ofta en tidig markör för lätt mental retardation, koncentrations- och uppmärksamhetsstörningar samt störningar inom autismspektret [14, 18-23].

Barn med avvikelser bör identifieras

Mot denna bakgrund anser jag att vi bör försöka identifiera barn med grava kommunikativa och språkliga avvikelser. Det bästa sättet att göra detta är att använda sig av en väldokumenterad screeningmetod som motsvarar screeningkraven och som bygger på sjuksköterskans direkta observation, kompletterad med föräldrafrågor.

En sådan bedömning bör inte göras före 2,5 år, eftersom många barn med lite senare taldebut ofta kommer igång först mellan 2 och 2,5 år [26], alternativt inte senare än vid 3 år, då det talade språket ska vara barnets språk och då treordssatser är ett minimikrav. Barn med sekundära språkstörningar på

grund av t ex grav hörselnedsättning bör naturligtvis ha identifierats betydligt tidigare.

Diagnostisering inom team

Den påvisade komorbiditeten hos barn med till synes primära språkstörningar leder i sin tur till att diagnostisering bör göras i team med såväl logoped som psykolog och barnneurolog/barnpsykiater. Eftersom de neuropsykiatriska störningarna ofta inte blir uppenbara förrän senare under förskoleåldern är det önskvärt att psykologen fortsätter att följa utvecklingen även om barnet vid den första kontakten inte visar någon annan avvikelse än språkstörningen. Slutligen, att över 60 procent av språkligt gravt avvikande 2,5–3-åringar senare bedöms ha andra neuropsykiatriska och/eller intellektuella störningar [14, 18] innebär också att det annars så självklara kravet på att kunna påvisa effekt av behandling kan sänkas något. Om en kommunikations- och språkscreening kan leda till att även andra än rent språkliga problem identifieras och omhändertags tidigare är det i sig en vinst. Behovet av interventionsstudier finns dock fortfarande och är en utmaning för logopedkåren såväl som för andra behandlande yrkesgrupper.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

ANNONS

REFERENSER

1. Socialstyrelsen. Ett förslag till allmän hälsokontroll av 4-åringar. Socialstyrelsen redovisar 1968:2.
4. Hälsoundersökningar inom barnhälsovården. Stockholm: Socialstyrelsen; 1991. Allmänna råd 1991:8.
7. Cochrane AL, Holland WW. Validation of screening procedures. Br Med Bull. 1971;27:3-8.
8. Barnhälsovårdens betydelse för barns hälsa – en analys av möjligheter och begränsningar i ett framtidsperspektiv. Stockholm: Medicinska forskningsrådet; 1999. State-of-the-art-document.
9. Eriksson M, Westerlund M, Berglund E. A screening version of the Swedish communicative development inventories designed for use with 18-months-old children. J Speech Lang Hear Res. 2002;45:948-60.
10. Westerlund M, Eriksson M, Berglund E. A short-term follow-up of children with poor word production at the age of 18 months. Acta Paediatr. 2004;93:702-6.
11. Westerlund M, Berglund E, Eriksson M. Can language-delayed 3-year-olds be identified at 18 months of age? Evaluating a screening version of the MacArthur-Bates Communicative Development Inventories. J Speech Lang Hear Res. 2006;49:237-47.
12. Bruce B, Kornfält R, Radeborg K, Hansson K, Nettelbladt U. Identifying children at risk for language impairment: screening of communication at 18 months. Acta Paediatr. 2003;92:1090-5.
14. Miniscalco C. Language problems at 2 1/2 years of age and their relationship with school-age language impairment and neuropsychiatric disorders [dissertation]. Inst. of Neuroscience and Physiology, Speech and Language Pathology. Sahlgrenska Akademin, Göteborgs Universitet; 2007.
15. 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 Dev. 2000;26(2):91-110.
16. 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.
17. Westerlund M. Relationship between a global rating of speech ability at the age of 3 years and a phonological screening 1 year later. Scand J Caring Sci. 2001;15:222-7.
18. Westerlund M, Bergkvist L, Lagerberg D, Sundelin C. Comorbidity in children with severe developmental language disability. Acta Paediatr. 2002;91:529-34.
19. Silva P. Epidemiology, longitudinal course and some associated factors, an update. In Yule W, Rutter M, editors. Language development and disorders. Clinics in developmental medicine. Oxford: Blackwell Scientific Publications; 1987.
20. Westerlund M. Barn med tal- och språkakavikler: En prospektiv longitudinell epidemiologisk studie av en årskull uppsalabarn vid 4, 7 och 9 års ålder [doktorsavhandling]. Acta Universitatis Upsalien-sis. Medicinska Fakulteten 1994:5.
21. Law J, Boyle J, Harris F, Harkness A, Nye C. Screening for speech and language delay: a systematic review of the literature. Health Technol Assess. 1998;2(9):1-184.
22. Report prepared by Centre for Community Child Health, Royal Children's Hospital, Melbourne for the National Health and Medical Research Council; 2002.?
23. Nelson H, Nygren P, Walker M, Panoscha R. Screening for speech and language delay in preschool children: systematic evidence review for US preventive Services Task Force. Pediatrics. 2006;117(2):298-319.
25. Magnusson M. Rationality of routine health examinations by physicians of 18-months-old children: experiences based on data from a Swedish county. Acta Paed. 1997;86:881-7.
26. Rescorla L, Mirak J, Singh L. Vocabulary growth in late talkers: lexical development from 2;0 to 3;0. J Child Lang. 2000;27:293-311.

Söker du läkare?

Du hittar dem i Läkartidningen, landets ledande annonsforum för lediga läkartjänster

Utmanande saklig

Läkartidningen