rationer med i vissa studier positiv effekt vad beträffar överlevnad [9].

Här behövs ytterligare studier – dock mycket svåra att utföra! – för att fastställa indikationerna för och värdet av denna vid första anblicken riskabla form av tyreoideahormonsubstitution.

Referenser

1. Eggertsen R, Petersen K, Lundberg PA, Nyström E, Lindstedt G. Screening for thyroid disease in a primary care unit with a thyroid stimulating hormone assay with a low detection limit. BMJ 1988; 297: 1586.
2. Bemben DA, Hamm RM, Morgan L, Winn P, Davis A, Barton E. Thyroid disease in the elderly. Part 2. Predictability of subclinical hypothyroidism. J Fam Pract 1994; 38: 583.
3. Sundbeck G. Prevalence, incidence and diagnosis of thyroid disease in the elderly [dissertation]. Göteborgs universitet, 1991.
4. Petersen K, Lindstedt G, Lundberg PA, Bengtsson C, Lapidus L, Nyström E. Thyroid disease in middle-aged and elderly Swedish women. Thyroid related hormones, thyroid dysfunction and goitre in relation to age and smoking. J Intern Med 1991; 229: 407-14.
5. Vanderpump MPJ, Tunbridge WMG, French JM, Appleton D, Bates D, Clark F et al. The incidence of thyroid disorders in the community: a twenty-year follow-up of the Whickham survey. Clin Endocrinol 1995; 43: 55-68.
6. Nyström E, Petersen K, Lindstedt G, Lundberg PA. Screening for thyroid disease in women 50 years of age seeking hospital care: influence of common nonthyroidal illness on serum free thyroxin as determined by analog radioimmunoassay. Clin Chem 1986; 32: 603-8.
7. Lindstedt G, Berg G, Jansson S, Törring O, Valdemarsson S, Warin B et al. Clinical use of laboratory thyroid tests and investigations. Journal of the International Federation of Clinical Chemistry (IFCC) 1994; 6(4): 136-41.
8. Samuels MH, McDaniel PA. Thyrotropin levels during hydrocortisone infusions that mimic fasting-induced cortisol elevations: a clinical research center study. J Clin Endocrinol Metab 1997; 82: 3700-4.
9. Novitzky D, Fontanet H, Snyder M, Coblio N, Smith D, Parsonnet V. Impact of triiodothyronine on the survival of high-risk patients undergoing open heart surgery. Cardiology 1996; 87: 509-15.

Se även artikeln på sidan 4091 i detta nummer.

Större ansvar åt skolhälsovården!

Skolläkaren naturlig samarbetspartner till lärarna

Riktlinjerna för nuvarande program för barnhälsovårdens hälsoundersökningar finns i Allmänna råd från Socialstyrelsen 1991:8 (Hälsoundersökningar inom barnhälsovården). Där ges rekommendationer vid vilka åldrar undersökningar bör göras och för uppläggning och innehåll i dem.

I relation till tidigare program finns en betydande förändring. Den psykomotoriska bedömning som gjorts av barn i 4-årsåldern föreslås slopas som rutin. I stället rekommenderas att undersökningen när barnet är 5–6 år skall ägnas speciellt motoriska perceptuella avvikelser och beteendeproblem. Den definieras som en »skolförberedande» undersökning.

Bakgrund till denna förändring var att man inte kunnat dokumentera några positiva effekter av s k beteendescreening vid 4-årsundersökningen, i varje fall inte i ett längre perspektiv [1], samtidigt som studier visat att barn med DAMP (Deficit in Attention, Motor control and Perception) kan spåras med relativt enkla medel i 6-årsåldern [2].

Med DAMP (eller MBD, Minimal Brain Dysfunction, som var tidigare benämning) avses en kombination av betydande beteendeproblem som berör koncentration, uppmärksamhet, impulsivitet, aktivitetskontroll (benämns ADHD, Attention Deficit Hyperactivity Disorder, då det förekommer som isolerat tillstånd) och motoriska och/eller perceptuella problem (benämns DCD, Developmental Coordination Disorder [3]).

Den snabbt växande kunskapen om funktionshindret DAMP och dess stora inverkan på ett barns uppväxtsituation och framtida psykiska hälsa [4] var uppfordrande för ett aktivt omhändertagande, inkluderande tidig upptäckt. Ambitionen med den skolförberedande undersökningen är en tillrättalagd skolstart med rimliga förväntningar och lämplig pedagogisk uppläggning för barn som identifierats ha stora problem. Ett barn skall inte behöva misslyckas för att få hjälp. Onda cirklar skall förhindras.

En rutin med variationer

Inom de flesta landsting är idag sådan undersökning vid 5–6 år rutin, men med stora variationer. Flera rapporter (t ex från Blekinge [5]) har, liksom arbetet av Margareta Bondestam och Birgitta Amcoff i detta nummer av Läkartidningen, visat att det vid barnhälsovårdens undersökning vid 5–6 år är möjligt att finna barn med behov av stöd i samband med skolstart.

Däremot är det omöjligt att av tillgängliga rapporter och utvärderingar säga att »rätt barn» identifierats, dvs de barn som skulle ha fått betydande problem om barnhälsovården inte uppmärksammat dem.

En erfarenhet från flera håll är att det när 5–6-årsundersökningen blivit rutin och inte har den uppmärksamhet som ett nytt projekt innebär har varit svårt att överföra information mellan barnhälsovård och skola så att resultaten fått konsekvenser för barnets skolgång. En möjlig förklaring till detta kan vara att det inom barnhälsovården finns medicinskt psykologisk kompetens samt en tradition att söka avvikelser i barns hälsa och utveckling som kan och bör åtgärdas inom det medicinska systemet, medan resultaten av den skolförberedande undersökningen skall användas av pedagogisk personal inom en helt annan tradition.

Det innebär att information skall gå andra vägar än de gängse och att åtgärderna skall ha pedagogisk inriktning, något som barnhälsovårdspersonal har ringa erfarenhet av. Kanske har inte heller skolpersonal fullt förtroende för be-

Författare

BJÖRN KADESJÖ
skolöverläkare, Karlstads kommun.

tydelsen av barnhälsovårdens bedömningar.

I förslagen till uppläggning av den skolförberedande undersökningen betonas att barnhälsovården måste samarbeta med förskolans personal, som har möjlighet att observera barn i grupp och därmed har större förutsättningar att värdera förekomst och relevans av beteendeproblem. Som Bondestam och Amcoff också visar föreligger ett starkare samband mellan förskollärarens bedömning och hur läraren sedan uppfattar barnet än mellan förskollärarens bedömning och förälderns respektive undersökarens uppgifter.

Inom de flesta kommuner finns upparbetade samarbetsformer mellan förskola och skola för att överföra information om barn som förskolepersonal bedömer kommer att ha extra stödbehov vid skolstart. Tidigare upplevda sekretesshinder underlättas då förskola och skola har samma huvudman, vilket gäller i flertalet kommuner idag.

Det är angeläget att barnhälsovårdens skolförberedande hälsoundersökning blir ett komplement till existerande rutiner mellan förskola och skola och att barnhälsovården med sin medicinskt psykologiska kompetens tillför något som förskolans personal saknar, t ex värdering av orsaken till en utvecklingsförsening eller beteendeproblematik, som dock den pedagogiska personalen har goda möjligheter att iaktta.

Ett särskilt ansvar för barnhälsovården är de barn som inte har kommunal barnomsorg och som inte uppmärksammas i ett samarbete förskola–skola.

Nya förutsättningar: skolstart för 6-åringar

Jämfört med 1991, då de allmänna råden kom, råder idag en ny situation i och med att en allt större andel barn börjar skolan som 6-åringar eller i s k förskoleklass med skolan som huvudman. Det saknas idag riktlinjer för barnhälsovårdens och skolhälsovårdens ansvarsområden avpassade utifrån dessa förhållanden, vilket också uppmärksammas i en aktuell utredning från Socialstyrelsen [6].

Med hänsyn till de ursprungliga motiven för barnhälsovårdens sista undersökning borde den göras ett år tidigare. I denna ålder finns det dock inte någon utprövad metod för detta, och det är tveksamt om det finns skäl för det om ambitionen med skolstart vid 6 år är en »mjuk skolstart» med successiv introduktion i skolans mer kravfyllda verksamhet.

Man kan i stället tänka sig följande inriktning på samarbetet mellan barnhälsovård och skolhälsovård när det gäller barn med avvikande utveckling:

1. Barnhälsovården bör hitta de barn som har stora utvecklings- och beteendeavvikelser i samband med ordinarie hälsoundersökningar (vid 1,5, 2,5 respektive 4 års ålder) eller i samband med andra kontakter.

2. Skolhälsovården ansvarar, i samarbete med berörd skolpersonal, för att spåra barn som kan ha DAMP eller andra betydelsefulla hinder för skolanpassning och inlärning.

Barnhälsovårdens uppgift

Barnhälsovårdens uppgift blir med detta synsätt att spåra en mindre grupp barn än vad som avses med nuvarande 5,5–6-årsundersökning, men det är en uppgift som med aktuell kunskap är avsevärt större än vad man tidigare förstått. De barn som åsyftas är barn med utvecklingsstörning, autism- eller spektrumstörning eller DAMP-problematik som klart påverkar barnets vardag inom förskola och familj. Detta gäller 2–4 procent av alla barn och det föreligger en betydande överlappning mellan tillstånden [7-9].

Uppgiften är inte helt lätt, då dessa avvikelser hos små barn kan vara svårbedömda, trots att de har stor inverkan på barnet. För att barnhälsovårdens personal skall klara den uppgiften ställs krav på att barns utveckling och beteende värderas vid ordinarie hälsoundersökningar, att de undersökningsmoment som föreslås i barnhälsovårdsjournalen faktiskt genomförs, att det finns lyhördhet för föräldrars oro, fördjupning av anamnes vid kanske subtila tecken, samarbete med barnomsorgspersonal och, inte minst, kunskapsutveckling.

I detta perspektiv är utfallet av barnhälsovårdens undersökning av barns tal och språk särskilt viktigt (framför allt om den tidigareläggs, som diskuteras i olika landsting), eftersom barn inom de ovan uppräknade grupperna nästan alltid har både tal- och språkförsening.

En nyckelfråga för att personal inom barnhälsovården skall vara motiverade för att identifiera avvikelser hos små barn är att det finns lättillgänglig kompetens som bl a kan värdera om en utvecklingsförsening orsakas av psykosociala förhållanden och/eller har en neurologisk orsak. Ett uppbyggt stöd till föräldrar är också väsentligt.

Skolhälsovårdens uppgift

Förutom skolhälsovårdens traditionella uppgifter att i samband med hälsoundersökningar spåra hälsoproblem hos barn och uppmärksamma sjukdomar och funktionshinder som lärarna bör veta om och ta hänsyn till (t ex allergier, epilepsi) finns det starka skäl för att utveckla en metodik för att i anslutning till skolstart spåra barn med utvecklingsneurologiska störningar som t ex DAMP [10]. Problemutvecklingen hos barn med sådana funktionshinder beror i hög grad på vilken hjälp och förståelse de får, inte minst i skolan.

Om skolhälsovården i samarbete med övrig skolpersonal i stället för barnhälsovården tar ansvar för detta innebär det att den verksamhet vars personal själva har behov av att känna igen och förstå ett barns svårigheter genomför uppgiften. Det speciella och viktiga med en sådan undersökning vid skolstart är att den skall sättas in i sitt skolsammanhang [11], dvs relatera till barnets funktion i skolan och användas av

föräldrar och lärare i det perspektivet, varför det är svårt att ersätta den med undersökning i yngre ålder.

En sådan bedömning bör bygga dels på information från flera källor (föräldrar, lärare, elevvårdspersonal), dels på undersökningsmoment som skolläkare/skolsköterska utför, och kan göras under barnets första termin i skolan.

En modell för detta prövas och utvärderas i Karlstads kommun efter det att ansvaret för hälsoundersökning av 6-åringar i Värmland överförts till skolhälsovården efter överenskommelse mellan landsting och kommunförbund.

Stor grupp med problem

Om det är en relativt liten grupp barn som barnhälsovården med målsättningen ovan skall klara att identifiera är det många fler som skolans personal anser har problem med inlärning, beteende och anpassning till skolan som socialt system. Bondestam och Amcoff utgår i sin studie från att skolans problemgrupp är 25 procent av alla barn. 15–20 procent brukar uppskattas få specialläraarhjälp under de första åren i skolan. Närmare 10 procent av alla barn i denna ålder har DAMP eller angränsande problematik som ADHD/DCD av betydande svårighetsgrad [12].

Att fånga en så stor andel av alla barn som 25 procent kan ej vara rimligt; målet för den tänkta undersökningen bör i stället vara att de barn hos vilka lärarpersonal eller föräldrar ser betydande svårigheter identifieras och får individuella åtgärdsprogram utformade av skolhälsovården tillsammans med lärare. Ett åtgärdsprogram bör innehålla uppläggning av olika stödinsatser och kan inkludera remiss för fördjupad diagnostisk undersökning.

Screening?

I Sverige [13], liksom internationellt, har det diskuterats huruvida utvecklingsavvikelser och beteendeproblem kan spåras i samband med hälsoundersökningar, och i vilka avseenden som hälsoundersökningar inom skolhälsovården är att uppfatta som screening. Whitmore och Bax menar [14] att det inte är möjligt att screena fram beteendeavvikelser (med de krav på screeningmetodik som finns [15]) i någon av dess manifestationer – emotionella, sociala eller kognitiva – och att det inte heller finns några valida screeningtest för ett sådant syfte. Därför är det olyckligt att som screening benämna sådana undersökningsmoment.

Det finns olika förslag på benämningar av den vaksamhet på beteendeavvikelser som barn- och skolhälsovård bör ha [16]. Det som karakteriserar innehållet i dessa är att gjorda fynd kräver såväl tolkning som kliniska överväganden och specifik kunskap, samt att inriktning på stöd eller behandling varierar från fall till fall. Detta blir särskilt tydligt om uppgiften är att uppmärksamma barn som kan ha DAMP.

Sammanfattning

Det behövs en översyn av barn- och skolhälsovårdens ansvar för hälsoundersökningar av barn i åldern 5–7 år. Det finns skäl, som Bondestam och Amcoff föreslår, att skolhälsovården tar över ansvaret för att identifiera barn med motoriska perceptuella problem och beteendeavvikelser. En vinst med detta kan också vara att skolläkare och skolsköterskor blir en tydligare samarbetspart för pedagogisk personal kring elever med beteende- och inlärningsproblem under barnens fortsatta skolgång.

Det intresse för barns utveckling som erfarenheterna av 5–6-årsundersökningen väckt hos barnhälsovårdspersonal är en god bas för en högre ambitionsnivå när det gäller att identifiera utvecklingsavvikelser hos små barn. Det kommer att krävas såväl utveckling som utprövning av metodik för att klara dessa ambitioner, något som kan bli svårt eftersom de personella resurserna inom skolhälsovården i vissa kommuner är helt otillräckliga.

Referenser

1. Mellbin T, Sundelin C, Vuille JC. Från 4 år till 10. Hälsa och anpassning mellan förskoleålder och förpubertet. Socialstyrelsen redovisar. Hälsingborg: Liber, 1982.
2. Gillberg C, Rasmussen P. Studie i Göteborg: MBD hos sex- och sjuåringar kan spåras med enkla diagnosmedel. Läkartidningen 1982; 79: 4413-5.
3. APA. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth edition. Washington DC: American Psychiatric Association, 1994.
4. Gillberg IC, Gillberg C. Children with preschool minor neurodevelopmental disorders. IV: Behaviour and school achievement at age 13. Dev Med Child Neurol 1989; 31: 3-13.
5. Edvardsson M, Kälvesten T, Tove-Ljungblom T. Skolförberedande undersökning. Landstinget i Blekinge, 1998,.
6. Socialstyrelsen. Skolhälsovården 1998. Underlag för egenkontroll och tillsyn, 1998.
7. Arvidsson T, Danielsson B, Forsberg P, Gillberg C, Johansson M, Kjellberg G. Autism in 3–6-year-old children. Autism 1997; 1: 163-73.
8. Gillberg C. Physical investigation in mental retardation. J Child Psychol Psychiatry 1997; 38(8): 889-98.
9. Landgren M, Pettersson R, Kjellman M, Gillberg C. ADHD, DAMP and other neurodevelopmental disorders in 6-year-old children: epidemiology and co-morbidity. Dev Med Child Neurol 1996; 38: 891-906.
10. Whitmore K, Bax M. Checking the health of school entrants. Arch Dis Child 1990; 65: 320-6.
11. Whitmore K, Bax M. The school entry medical examination. Arch Dis Child 1986; 61: 807-17.
12. Kadesjö B, Gillberg C. Attention deficits and clumsiness in Swedish 7-year-old. Dev Med Child Neurol. Under publ.
13. Bremberg S. Hälsoundersökning inom skolhälsovården, en litteraturöversikt. Centrum för barn- och ungdomshälsa. Stockholm, 1997.
14. Whitmore K, Bax M. Screening or examining? Dev Med Child Neurol 1988; 30: 673-6.
15. Wilson J, Jungner G. Principles and practice of screening for disease. WHO Public Health Papers no 34. Geneva: WHO,1968.
16. Squires J, Nickel R, Eisert D. Early detection of developmental problems: Strategies for monitoring young children in practice setting. Developmental and Behavioral Pediatrics. 1996; 17(6): 420-7.

Se även artikeln på sidan 4103 i detta nummer.