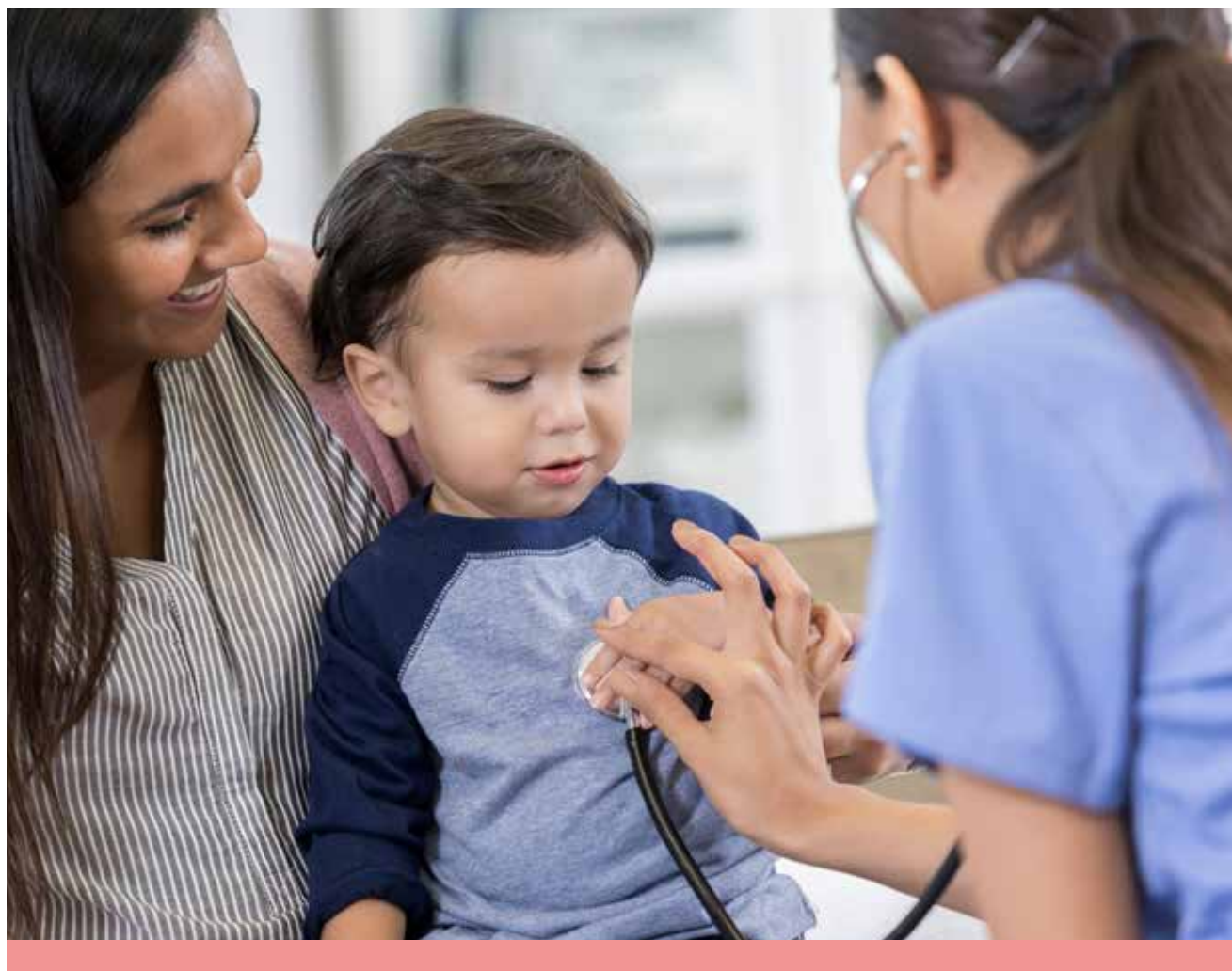


Barnläkaren

Nr. 3/2020



Tema | Barnhälsovård

Rotavirusvaccin till spädbarn

Nytt om BCG-vaccination på BVC

Vetenskap: Farligt att snusa under graviditeten?



SVENSKA BARNLÄKARFÖRENINGEN
SWEDISH PAEDIATRIC SOCIETY





I SAMBAND MED ACTA PÆDIATRICAS

100-ÅRSJUBILEUM
2021

ANORDNAS FÖLJANDE PRISTÄVLINGAR

BÄSTA REVIEW-ARTIKELN

Bästa översiktsartikeln baserad på en akademisk avhandling i pediatrik från år 2018-2020, belönas med 50 000 kronor. Övriga bidrag som antas för publicering före den 1 mars, 2021 belönas med 10 000 kronor. Artikeln kan skrivas tillsammans med handledare.

BÄSTA REFERENTUTLÅTANDET

Denna pristävling är öppen för alla doktorander och nyblivna medicine doktorer i pediatrik, fram till fem år efter disputation. Det bästa bidraget belönas med 20 000 kronor. Andraplats-pristagarna belönas med 10 000 kronor.

BÄSTA VÅRDPROGRAMMET

Svensk pediatrik har idag och genom tiderna haft en ledande roll när gäller handläggning och forskning rörande bl a non-invasiv neonatologi, cp-skador, urinvägsinfektioner, barndiabetes. Eftersom sådana riktlinjer också är av internationellt intresse, utlyser vi härmed priser à 10 000 - 20 000 kronor till författarna av de bästa bidragen publicerade i Acta Paediatrica. Dessa "guidelines" bör innehålla en bakgrund förutom konkreta handläggningsrutiner och vara förankrade hos vederbörande BLF-sektion.

YOUNG INVESTIGATOR AWARD

Detta pris à 20 000 kronor tilldelas den BLF-medlem som skrivit den bästa artikeln publicerad under år 2020. Pristagaren bör vara yngre än 40 år. Priset delas ut av Acta Paediatrica och BLF.

Samtliga pristagare utses av ordföranden för BLF, Lena Hellström-Westas, ordföranden för Stiftelsen Acta Paediatrica, Göran Wennergren samt chefredaktören för Acta Paediatrica, Hugo Lagercrantz.

För närmare information se artikeln i Barnläkaren nr 2/2020 sid 30-31, hemsida: www.barnlakaren.se.

Angående skrivinstruktioner se:

<https://onlinelibrary.wiley.com/page/journal/16512227/homepage/forauthors.html>

Det går också bra att kontakta redaktionen:

E-mail: mail@actapaediatrica.se Tel: 073-202 44 47

HIGHLIGHTS FROM ACTA PÆDIATRICA APRIL ISSUE

DOI: 10.1111/apa.15220

HIGHLIGHTS IN THIS ISSUE

NEONATAL CLINICAL BLOOD SAMPLING LED TO MAJOR BLOOD LOSS AND WAS ASSOCIATED WITH BRONCHOPULMONARY DYSPLASIA



A study of 149 extremely preterm infants by Hellström et al¹ found that early clinical blood sampling resulted in a 58% depletion of endogenous blood and was associated with the development of bronchopulmonary dysplasia. The importance of minimising perinatal endogenous blood loss during such an early stage of development needs to be further evaluated. In another paper, Mäkelä et al² report that very low birth weight infants treated at Helsinki University Children's Hospital had a higher total fluid intake than recommended in the European guidelines. A considerable percentage came from hidden sources, such as saline flushes, and this should be taken into account when prescribing fluids.

monary dysplasia. The importance of minimising perinatal endogenous blood loss during such an early stage of development needs to be further evaluated. In another paper, Mäkelä et al² report that very low birth weight infants treated at Helsinki University Children's Hospital had a higher total fluid intake than recommended in the European guidelines. A considerable percentage came from hidden sources, such as saline flushes, and this should be taken into account when prescribing fluids.

MYALGIC ENCEPHALOMYELITIS AND CHRONIC FATIGUE SYNDROME IN YOUNG PEOPLE



Myalgic encephalomyelitis (ME), which is also called chronic fatigue syndrome (CFS), is a complex disease with severe symptoms from multiple organ systems. Despite this, ME is poorly understood

and controversial. An Australian study focused on 784 young people with ME/CFS and analysed feedback over a 14-year period. The participants reported that important factors that helped them to function were as follows: early diagnosis, empathetic and well-informed physicians, self-management strategies and educational liaison.³ In the accompanying editorial, Saugstad discusses the situation for ME patients in Norway, as well as biomedical data, and highlights the imminent need to avoid ME patients being misdiagnosed or further stigmatised.⁴

CORRELATION BETWEEN PHYSICAL ACTIVITY AND SMARTPHONE USE

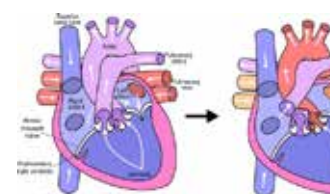
A study by Raustorp et al⁵ showed that there was a moderately inverse correlation between steps per day and smartphone and



tablet usage in children and adolescents aged 8-14 from six schools in south-eastern Sweden. When the data were stratified by both sex and age groups, the association was only seen in 14-year-old girls. Steps per day were objectively

measured using sealed pedometers and smartphone and tablet usage were reported using a brief daily questionnaire. The results may have implications for future physical activity interventions that target adolescent girls. Schäfer Elinder comments on the findings.⁶

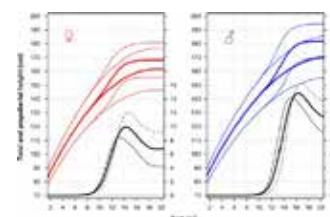
A FRAMEWORK OF PRINCIPLES FOR CONCEPTUALISING THE FONTAN CIRCULATION



A Fontan circulation is offered to patients with severe congenital heart disease who only have one functional ventricle or a ventricular cavity that

cannot be split into two adequate pumps. However, the risks of mortality and morbidity remain high in these patients. This review by Gewillig et al⁷ proposes a framework of principles to conceptualise the functionality and limitations of a Fontan circulation.

UP-DATED SWEDISH REFERENCES FOR TOTAL AND PREPUBERTAL HEIGHT



Albertsson-Wikland et al⁸ have developed up-to-date reference values, with standard deviation scores, for prepubertal and total height. The references were generated based on longitudinal height measurements

from a homogenous subgroup of healthy children from the GrowUp 1990 Gothenburg cohort. The new references showed that prepubertal girls were 0.5-3 cm taller than the current Swedish growth charts and prepubertal boys were 1-3 cm taller.

Figures 1-3: Istockphoto.com; 4: Wikimedia commons; 5: Albertsson-Wiklund et al⁸.

GÖR EN LIVSVIKTIG INSATS

Bli månadsgivare på
lakareutangranser.se



När oron
sprider sig
är det viktigt
att veta att
hjälpenn också
gör det.

Stöd vårt arbete i coronakrisen.

Swisha valfri gåva till 900 80 12

Barnläkaren

Tidningen Barnläkaren utkommer med sex nummer årligen och är Svenska Barnläkarföreningens medlemstidning.

Ansvarig utgivare

Lena Hellström-Westas
E-mail: ordf@barnlakarforeningen.se

Chefredaktör/Annonskontakt

Margareta Munkert Karnros
info@barnlakaren.se

Vetenskapsredaktör

Ulrika ÅdénUlrika Ådén
ulrika.aden@ki.se

Kulturredaktör:

Göran Wennergren
info@barnlakaren.se

Manuskript insändes

per mail till:
Margareta Munkert Karnros
info@barnlakaren.se

Prenumerationsärenden och adressändringar

Meddelas per mail till:
info@barnlakaren.se

Layout

Åsa Moréus

Tryck

DanagårdLiTHO

Redaktionsråd

Anna Undeman Asarnej
Hugo Lagercrantz
Ulrika Ådén
Josef Milerad
Göran Wennergren

Omslagsbild

iStock photos

Innehåll

LEDARE	7
---------------	---

REDAKTÖRENS RUTA	8
-------------------------	---

TEMA: BARNHÄLSOVÅRD	
Svensk barnhälsovård genom historien <i>Sven-Arne Silfverdal</i>	10
BHVQ för jämlik barnhälsa och barnhälsovård <i>Anna Fäldt</i>	14
Monitorering av barns tillväxt inom barnhälsovården <i>Anton Holmgren</i>	16
Senaste nytt angående BCG-vaccination på BVC <i>Sahar Nejat</i>	18
Rotavirusvaccin till spädbarn <i>Maria Ekelund, Carin Oldin</i>	20
Nya vägar för BVC att nå båda barnets föräldrar <i>Lars Olsson</i>	22
Hembesöksprogram för att möta familjers behov <i>Helena Nyström</i>	24
Tidig upptäckt och screening av utvecklingsneurologiska tillstånd på BVC <i>Gudrun Nygren</i>	26
Hälso - sjukvården för barn i Storbritannien och Sverige	
- fler likheter än skillnader <i>Nick Brown</i>	28

VETENSKAP	
Snus under graviditeten och kardiovaskulär funktion hos barnet <i>Felicia Nordenstam</i>	32

KULTUR	
Bokrecensioner/boktips: Vi måste börja med barnen <i>Carl Lindgren</i>	34
Nya upplagan av Barnmedicin – ett kärt återseende <i>Ola Andersson</i>	35
Barn och psykosomatik – förståelse och bemötande <i>Roland Sennerstam</i>	36
Vägar till en narkotikafri skola – handbok i systematiskt policyarbete <i>Gudmund Bergqvist</i>	37
Ett boktips för vår tid – Pesten av Albert Camus <i>Göran Wennergren</i>	38

KALENDARUM	39
-------------------	----

En annorlunda tid – men inte utan ljusglimtar

Mycket har hänt sedan föregående nummer av Barnläkaren. Vid pressläggningen i mitten av februari var det inte uppenbart att Sverige och världen ett par veckor senare skulle drabbas av en svår pandemi. Vi såg fram emot att träffas på Barnveckan i Växjö och ta del av det fina programmet som arrangörerna, med Anna Bårtås och Martin Jägervall i täten, hade skapat. Vi skulle även fira Barnläkarföreningen 50 år. Nu, i slutet av april och snart två månader in i pandemin, vet vi inte riktigt vart det kommer att ta vägen och vi kan bara hoppas på en lindrigare fortsättning av våren och sommaren. Anstormningen av patienter med Covid-19 har ju inte i första hand drabbat Barnsjukvården, men Barnsjukvårdens anställda har lojalt stöttat den hårt pressade vuxensjukvården. Trots att det mesta talar för att de flesta barn inte blir särskilt sjuka i Covid-19, så ser vi ändå att några blir det och det är viktigt att vi håller oss uppdaterade. Vid det här laget har flera nationella webinar om Covid-19 hos barn hållits med flera hundra deltagare varje gång.

När jag skriver detta har jag varit BLF ordförande i fem dagar. Många känner mig, men inte alla och därför vill jag presentera mig. Jag är barnläkare och neonatolog, uppvuxen i Stockholm där jag nu åter bor. Efter mitt första vikariat, på Barnkliniken på Huddinge Sjukhus, visste jag att det var barnläkare jag ville bli. Strax efter träffade jag min man och flyttade till Lund och fick ett två-veckors sommarvikariat på Barnkliniken. Jag hade dock tur för det behövdes underläkare på neonatalavdelningen och jag kände direkt att jag hamnat rätt. Parallellt med specialistutbildningen var jag ofinansierad doktorand. En stöttande make, cykelavstånd till jobbet och hjälpsamma svärföräldrar löste ofta livsekvationer som var svåra att få ihop som småbarnsförälder och underläkare på universitetssjukhus. Att jobba deltid var inget som cheferna stödde. Jag älskar fortfarande att arbeta på ”neonatal” och har under åren haft förmånen att få arbeta både i Lund, Malmö, Stockholm, Göteborg och Uppsala. De senaste tio åren har jag varit professor och överläkare i Uppsala, vilket också är jätteroligt

men innebär mindre tid på ”neonatal” men också mer forskning och undervisning.

Under det gångna året har BLF arbetat brett och proaktivt inom flera områden, och som nybörjare i styrelsen har jag imponerats av det stora engagemanget och kompetensen. Jag ser fram emot vårt fortsatta arbete och samarbetet med delföreningarna och hoppas på engagemang och aktiva inspel från er alla!

I nuläget domineras nyhetsflödet av Covid-19 och den mycket svåra påverkan pandemin medfört för individer och samhälle. Barnhälsovården utgör grunden för folkhälsan och hur vårt samhälle klarar extraordinära utmaningar och därför är temat för detta nummer av Barnläkaren särskilt aktuellt. Slutligen - inget ont som inte har något gott med sig. Luftföreningarna har minskat och i Indien ser man nu Himalaya och i Norditalien ser man Alperna. Djurlivet har börjat bre ut sig: i Venedigs klarare vatten ses delfiner, en känguru hoppar runt i centrala Adelaide, en brunbjörn på en ensam gata i Norditalien, och även i Stockholms innerstad hoppar en stor kanin över gatan.



Lena Hellström Westas,
ordförande, Svenska
Barnläkarföreningen

DET ÄR INTE KONSTIGT. VÅRA BARN VILL VARA MED.

PG 90 00 71 - 2 www.rbu.se



RBU

Riksförbundet för Rörelsehindrade Barn och Ungdomar



Välkomna Lena Hellström-Westas, ny ordförande för BLF och ansvarig utgivare för tidningen, samt Ulrika Ådén som nu tar över som vetenskaplig sekreterare för BLF, tillika vår nya vetenskapsredaktör. Vi ser fram emot samarbetet med er båda. Varmt tack Synnöve Lindemalm för ditt engagemang.

Ja, vi berörs alla av Covid-19 på olika vis. Det ständiga nyhetsflödet har blivit

ett allmänt samtalsämne. Samtidigt fortsätter den ljuva försommaren sin stilla gång utanför fönsterblecket som om inget hänt. Enkla återkommande självklarheter som skira lövkronor och ljuva solvarma stenar kan få oväntat stor uppskattning i denna tid av svåra utmaningar och omvälvande förändringar.

Bland alla de nyheter som berört mig mest de här månaderna, är de som handlat om hur pandemin indirekt drabbat barn. Coronaviruset har bl a medfört en anmärkningsvärd ökning av våld i hemmen. Det är en bedrövlig utveckling som man nu försöker ändra på med hjälp av utökat ekonomiskt stöd till de organisationer och föreningar, som arbetar för att förbättra situationen.

Jämförelsevis med många andra länder i världen har vi trots allt i grunden, ett relativt bra utgångsläge, även om det alltid kan göras mer. Alla barn i Sverige nås av BVC som övervakar att de växer, utvecklas som de ska. Genom hembesök finns också ökad chans att fånga upp de barn som av olika anledningar far illa. Som i de flesta fall har åtgärder ofta störst nytta när de sätts in tidigt. Den höga täckningsgraden av vaccinationsprogrammet skyddar dem och trots larmrapporter i media om vaccinskepsis står barnvac-

inations-programmet stadigt. Statistiken visar tydligt att vaccinationsviljan och förståelsen för behovet av vaccinationer fortfarande är hög.

För tio år sedan hade vi temat barnhälsovård i Barnläkaren och nu är det verkligen motiverat att ta upp ämnet igen. Inför planeringen berättade vår gästredaktör, Johanna Rubin om allt som hänt på området under dessa år, inte minst inom forskningen. Bl a fick barnhälsovården 2013, genom samarbete mellan landets 21 regioner, ett nytt nationellt program. Fäder och icke-födande föräldrar är inte längre bifigurer i kontakten med BVC. Rotavirusvaccin blev en del av vaccinationsprogrammet och har efter fem år en hög täckningsgrad. Dessutom har det sk "tredelade programmet" med fler insatser till de som behöver dem bäst, tydliggjorts genom satsningen på hembesöksprogram de här åren. För att inte tala om hur fokus på jämlik hälsa kraftigt utvecklats. Barnhälsovården är en aktör som länge har haft överblick över indikatorer för barns hälsa och hur de samvarierar med socioekonomiska faktorer. Läs mer på sidorna 8-25.

Slutligen, vad kan passa bättre i tider som denna än en hel rad recensioner av läsvärda böcker att koppla av med i sommar? Tack för att ni visar stort intresse för tidningen och skickar in texter på eget initiativ, det är alltid uppskattat. Som föreningstidning uppmuntrar vi givetvis lite extra, rapporter om nyheter inom BLF, stort som smått. Fatta pennan, skriv och berätta!

Allt gott och ha en fin sommar!

Margareta Munkert Karnros

Margareta Munkert Karnros



Temaredaktör i detta nummer: Johanna Rubin

Johanna Rubin är barnläkare med flera års erfarenhet av arbete som barnhälsovårdsöverläkare i Region Stockholm. Lika rättighet till vård och hälsa för alla barn samt tillgång till vaccinationer har varit Johannas fokusfrågor inom barnhälsovård. Johanna var med om införandet av rotavirusvaccinationer i Region Stockholm 2014. Hon har även arbetat mycket med föräldrars frågor kring vaccinationer. Vaccinationsintresset har lett till samarbete med Folkhälsomyndigheten och till arbete i flera vaccingrupper inom Barnläkarföreningen, i regionen och nationellt. Johanna är även medarbetare i Barnhivcentrum

på Karolinska Universitetssjukhuset i Huddinge och hon bedriver forskning kring barn som lever med hiv. Intresset för pediatrika infektionssjukdomar och barns hälsa har resulterat i arbete för Läkare utan gränser i Demokratiska Republiken Kongo och med Baylor College of Medicine Pediatric AIDS Initiative i Swaziland. Som gästredaktör i detta nummer har hon velat belysa barnhälsovårdens alla delar och förmedla kraften i att ha en stark, evidensbaserad och modern barnhälsovård med kunniga, trygga och inkännande medarbetare.



HJÄLP BARNEN SOM FLYR!

Just nu har vi akuta insatser i bland annat Syrien, Grekland, Italien, Serbien och här hemma i Sverige. Men det räcker inte. Vi behöver din hjälp. Vi behöver bli fler. **Bli Barnrättsskämpe på räddabarnen.se**

Vår verksamhet kontrolleras av Svensk Insamlingskontroll. Vårt 90-konto garanterar att dina pengar används så effektivt och ansvarsfullt som möjligt.



Rädda Barnen

Temat i Barnläkaren 2020

	Utgivning:	Materialdag:
1. Forskning	28 jan	14 dec
2. Nutrition	22 mars	18 feb
3. Barnhälsovård	24 maj	12 april
4. Övergång från barn - vuxenmed	22 juli	17 juni
5. Barnet i kulturen	23 sept	16 aug
6. Barnläkaren - råd till föräldrar	25 nov	21 okt

www.barnlakaren.se

Ågrenska- ett nationellt kompetenscentrum för sällsynta diagnoser och en unik mötesplats för barn, ungdomar och vuxna med funktionsnedsättningar och deras familjer.

Familjevistelse

Vistelserna riktar sig till familjer från hela Sverige som har barn med sällsynta diagnoser. Varje familjevistelse skräddarsys utifrån den specifika diagnosen och deltagande familjers behov. Föräldraprogrammet innehåller föreläsningar och diskussioner kring aktuella medicinska rön, pedagogiska frågor, psykosociala aspekter samt det stöd samhället kan erbjuda.

agrenska.se/familjeviselser

Vuxenvistelse

Vistelser för vuxna med sällsynta diagnoser. Vistelserna innehåller föreläsningar och diskussioner om de senaste medicinska rönen, psykologiska och sociala aspekter samt information om det stöd samhället kan ge.

agrenska.se/vuxenvistelser

Utbildningsdagar- på plats eller genom streaming via länk

Under familjevistelsen kan personer som i sitt arbete möter barn med den aktuella diagnosen delta i två utbildningsdagar.

I vårt kursprogram finns också föreläsningar och utbildning om mer vanligt förekommande funktionsnedsättningar och symptom.

agrenska.se/kurser

Vecka Diagnos

34	Duchennes muskeldystrofi
35	Cornelia de Langes syndrom, Brachmann-de Langes syndrom
36	Svårbehandlad epilepsi med ytterligare funktionsnedsättning
37	Ushers syndrom, typ 2
38	Leukemi*
39	Dystrofia myotonika
40	Dravets syndrom
41	Tuberös skleros
42	Duchennes muskeldystrofi, DMD
43	4p-deletionssyndromet, Monosomi 4p-syndromet, Wolf-Hirschhorns syndrom
45	Hjärntumör, barn från 13 år*
46	Sällsynta genetiska epilepsier Exempel: STXBP1, ARX, KCNT1, KCNQ2, LGI1, GRIN2A, PCDH19, CHD2, CDKL5, SCN8A, SCN2A, Ring kromosom 20, CACNA1A, PCDH19
48	22q13-deletionssyndromet, 22q13.3-deletionssyndromet, Phelan-McDermids syndrom
49	Coffin-Siris syndrom
50	Odiagnostiserade progredierande hjärnsjukdomar
51	Epidermolysis bullosa, EB

* I samarbete med Barncancerfonden
○ Familjeviselser
○ Vuxenvistelser, från 18 år



ÅGRENKA

www.agrenska.se | agrenska@agrenska.se | 031-750 91 00

Barnhälsovård under 80 år

[illegible]

Illustration: Artikelförfattaren och Katrin Öhgren, BHV-Västerbotten.

Svensk barnhälsovård genom historien

Barnhälsovården i Sverige har utvecklats successivt genom åren utifrån viktiga milstolpar och banbrytande insatser. Att Barnkonventionen nyligen blivit lag är ett exempel. Andra betydande förändringar på området är att fokus har flyttats från rent somatiska och medicinska sjuksdomsproblem till psykosocial psykosociala problematik, med minskat antal rutinläkarundersökningar och mer ansvar till BHV- sjuksköterskor. Hembesöken som var förr hade en så grundläggande funktion, har nu åter blivit aktuella.

Aga har varit ett problem i årtusenden och är så fortfarande i många länder. I Rom för nära 2000 år sedan, verkade spanjoren och pedagogen Marcus Fabius Quintilianus (35-96 e Kr) som motarbetade aga och varnade för sträng uppfostran, förordade undervisning i skolor och menade att brist på umgänge med jämnnäriga gör den unge skygg och upplåst. I Sverige infördes förbud mot aga 1799. Under 1700-talet bedrevs kampanjer i Sverige mot spädbarnsdöd och kvävning och 1760-70-talen gavs möjlighet att anonymt föda barn på Frimurarbarnhuset & Allmänna barnhuset. Folkhälsoarbetare brukar hänvisa till Esaias Tegner (1840-talet) om betydelsen av freden, vaccinet och potäterna som en viktig förutsättning för vårt lands befolkningsstillväxt och välbstånd.

Föreningen Mjölkdroppen

Inspirerade av "Goutte de lait" i Paris startade barnläkaren Moritz Blumenthal 1901 en mottagning för barn och mödrar i den då fattiga Katarina församling i Stockholm. Föreningen Mjölkdroppen bildades 1904 och fler mottagningar bildades där man gav rådgivning om spädbarnsuppfödning till mindre bemedlade mödrar, undersökte deras barn och gav mjölkblandning till de som inte ammad. Axel Höijer startade en barnavårdscentral (BVC) 1921 och drev på att sådan verksamhet skulle finnas för alla barn i landet. Socialdepartementet kom 1936 med "Betänkande angående förlossningsvården och barnmorskeväsendet samt förebyggande mödra- och barnavård. SOU 1936:12". Riksdagen tog beslut och 1938 började barnavårdscentraler etableras i landet. Mödra- och barnhälsovården i Sverige blev stilbildande internationellt genom WHO där Socialstyrelsens tidigare medicinalråd, Axel Höijer var betydelsefull.

Sedan 1938 har mycket hänt inom barnhälsovården, med inter-

ventioner för stöd i amning och nutrition, D-vitamintillskott sedan 1939, barnsäkerhetsarbete, vaccinationer, monitorering av tillväxt och utveckling med gemensam barnhälsovårdsjournal och tillväxtdiagram fr 1973, syn- och hörselundersökningar, föräldrastöd genom föräldragrupsundervisning fr 1979 med ökat tillskott av barnhälsovårdspsykologtjänster för konsultation och barnutredningar mm (se bifogad graf). Socialstyrelses "Skydda skyddsnetet" 1992 om barnhälsovårdens funktion och uppgifter under 90-talet och Medicinska forskningsrådets "State of the art" möte 1999 har behandlat barns utveckling och avvikelser, samspelet föräldrar-barn, risk- och friskfaktorer, barnhälsovårdens framtida roll mm. Ragnar Jonsell skrev tidigt en metodbok som blev allmän spridd, och senare skapade han med bl a Tor Lindberg "Growing people" som lett vidare till Rikshandboken i Barnhälsovård, en kunskapskälla och rättesnöre för dagens barnhälsovård.

Årliga nationella konferenser

De senaste decennierna har barnhälsovårdsarbetet breddats och fördjupats inom många olika områden, utifrån allt mer kunskap om hälsans bestämningsfaktorer som skydds- och riskfaktorer för barns hälsa och utveckling. Under 2000-talets början kom utredningen "Stöd i föräldraskapet" med åter betoning på föräldragrupper. Barnhälsodataprojektet 2005-10 (SKL, Center för E-hälsa) arbetade för en nationell samordning av informationshantering och informationsöverföring inom och mellan barn- och elevhälsan men det lades ner när tanken på nationell patientöversikt (NPÖ) kom. NEXT-gruppen kring C Sundelin jobbade vidare med det som rörde tillväxtdata till 2011.

Sedan 2007 har det hållits årliga nationella konferenser för alla per-



Foto: iStock



sonalgrupper inom barnhälsovård. Genom att Socialstyrelsen 2008 tog bort forskriften om barnhälsovård och barnhälsovårdens skyldighet/hälsoansvar för förskolorna blev det tydligt att barnhälsovårdens verksamhet behövde nya styrdokument och riktlinjer. Vårdvalet var aktuellt och det fanns tecken på utveckling av en ojämlik och orättvis barnhälsovård i landet. Vid den nationella barnhälsovårdskonferensen i Åre, 2009 identifierades olika ämnesområden för vilka arbetsgrupper bildades varur så småningom en ledningsgrupp bildades på 4 personer (barnhälsovårdsöverläkare, barnhälsovårdspsykolog, två sjuksköterskor/ vårdutvecklare) under namnet ”Evelina” (bildades på Evelinadagen 2009). Med inspiration från Storbritannien jobbade man på fram ett nytt barnhälsovårdsprogram med ett tredelat uppdrag

- insatser för alla
- insatser för alla vid behov
- insatser för alla vid behov av insatser från annan vårdnivå, verksamhet och socialtjänst.

Stora övergripande förändringar

Under 2010-talet arbetade den nationella arbetsgruppen med Socialstyrelsen för en ny föreskrift för barnhälsovård. Det resulterade 2014 i stället i ”Vägledning för barnhälsovård”, bl a p g a bristande evidens för insatser och metoder inom barnhälsovården. Idag pågår barnhälsovårdsforskning på många ställen och vi hoppas inom snar framtid kunna visa på effektiva evidensbaserade metoder för barnhälsovård. Delar av den nationella arbetsgruppen ”BNP” fick 2020 vara med och bilda den första arbetsgruppen (s k NAG-BHV) inom det nationella programområdet barn och ungdomars hälsa i den nya organisationen för nationell kunskapsstyrning ledd av Sveriges Kommuner och Regioner. På detta sätt kom ett frivilligt nationellt nätverksarbete inom barnhälsovård att bli en nationell referensgrupp med uppdrag att verka för kunskapsbaserad, jämlik och rättvis barnhälsovård i landet. De stora övergripande förändringarna inom barnhälsovården från dess start tills idag, är att fokus har flyttats från rent somatiska och medicinska sjukdomsproblem till psykosocial problematik med minskat antal rutinläkarundersökningar och mer ansvar till BHV-sjuksköterskor. På många håll är barnläkares insatser på BVC sällsynta och

kunskapen om barnvaccinationer bristande. Hembesöken var förr en viktig del som de senaste åren fått ny aktualitet efter år av bortprioritering och enskilt föräldrasamtal med den icke födande föräldern har tillkommit. Akronymen BNP för tankarna till bruttonationalprodukt och samhällsekonomi. Nobelpristagaren Heckman har visat på vikten av tidiga förebyggande interventioner ur samhällsekonomisk utgångspunkt, ju tidigare insatserna görs desto mer ger de i vinst för samhället. Sir Winston Churchill sa i ett radiosant tal mitt i brinnande krig 1943.”There is no better investment for a community than putting milk into babies”. Och då är vi tillbaka där vi började med Mjölkdropparna i Paris och Katarina församling, i barnhälsovårdens vagg för att travestera Jonsell, en av våra föregångare i svensk barnhälsovård.

Referenser

1. Betänkande angående förlossningsvården och barnmorskewäsendet samt förebyggande mödra- och barnavård. SOU 1936:12, Socialdepartementet, Stockholm. <https://lagen.nu/sou/1936:12#US43>
2. Barnläkaren Nr. 3/13 Tema: Pediatriken historia
3. Rikshandboken i barnhälsovård. <https://www.rikshandboken-bhv.se>
4. Vägledning för barnhälsovården. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/vagledning/2014-4-5.pdf>

Sven-Arne Silfverdal,
Barnhälsovårdsöverläkare,
Region Västerbotten
Docent/universitetslektor,
Umeå Universitet

E-mail:
sven.arne.silfverdal@umu.se

DOI: 10.1111/apa.15262

HIGHLIGHTS IN THIS ISSUE

CHILDREN REPORTED POSITIVE
EXPERIENCE OF ANIMAL-ASSISTED
THERAPY IN A PAEDIATRIC HOSPITAL



Lindström Nilsson et al¹ investigated the impact that using a hospital dog for animal-assisted complementary therapy had on 50 children aged 3-18 in a paediatric surgical ward of a Swedish tertiary hospital. The mean age of the children who took part in the study, which ran from 2016 to 2017, was 12 years. The result showed that the children's well-being increased and that they said that their hospital stay was improved by receiving animal-assisted therapy.

MENTAL HEALTH AND CORTISOL ACTIVITY
IN ADULTS BORN WITH A VERY LOW
BIRTHWEIGHT



A regional Swedish cohort of 56 adults born with very low birthweight (VLBW) reported their self-rated mental health at 27-28 years of age. This showed that it was comparable with 55 controls with a normal birthweight.² The study by Leijon et al found that VLBW females had higher morning salivary cortisol concentrations than the controls, but no significant associations were found between those concentrations and the adult self-reported scales. However, this finding did point to possible gender differences.

LATER PUBERTY AMONG CHRONICALLY
UNDERNOURISHED ADOLESCENTS LIVING
IN A SLUM IN PAKISTAN



Campisi et al³ explored factors related to the onset of puberty among adolescents living in a slum in Pakistan. They found that stunting and highly prevalent anaemia delayed puberty in girls, while stunting, thinness

and vitamin A deficiency delayed puberty in boys. Parental and household factors were not significantly associated with the timing of puberty. Readers may also be interested in a review on the timing of puberty, and its relationship to adolescent health and well-being, by Cheng et al.⁴

CYSTIC FIBROSIS IS A DISEASE WITH A
NEW FACE IN THE YEAR 2020



Cystic fibrosis (CF) was once untreatable and deadly in childhood, but most patients now survive to adulthood. A review by De Boeck⁵ provides a general update on CF, including screening and current and future treatment. It shows that CF research has greatly intensified following the discovery of the CF transmembrane conductance regulator (CFTR) gene, which has more than 2000 different mutations. CFTR modulators are life transforming for patients with common mutations like f508del and may even prevent major complications if started early in childhood. However, treatment paths still need to be developed for some patients with rare CTFR mutations. De Boeck received the Rosén von Rosenstein medal 2019.

NEONATAL JAUNDICE ASSESSMENT RATES
HIGHLIGHT NEED FOR MORE DETAILED
DISCHARGE NOTES



Many countries, including Israel, have developed surveillance guidelines to detect hyperbilirubinemia in newborn infants within 72 hours of discharge. Kaplan et al⁶ interviewed mothers in the Jerusalem district and found that only 32.9% of the 659 newborn infants who were at low risk for hyperbilirubinemia were examined within this time period, and 8.5% of those were referred for a bilirubin test. In contrast, 99.1% of 110 high-risk newborn infants received a bilirubin test the day after discharge. Commenting on the paper, Maisels and Watchko⁷ state that discharge notes need to be detailed, specific and understandable, so that they are followed.



Foto: iStock

BHVQ för jämlik barnhälsa och barnhälsovård

Barnhälsovårdens behov av jämförelser och förbättringsarbete, resulterade 2015 i barnhälsovarsregistret (BHVQ). Registret möjliggör att personal inom barnhälsovården kan jämföra hälsan hos de barn de möter, med andra enheter och regioner.

Den svenska hälso- och sjukvården strävar efter jämlik hälsa. Trots det ökar skillnaderna mellan barnens hälsa, vilket beror på barnens levnadsvillkor. Till exempel varierar förekomsten av fetma och övervikt hos barn mellan barnavårdscentraler (1), bostadsområden och med moderns utbildningsnivå. Likaså varierar vaccinationstäckningen mellan kommunerna och mellan stad och landsbygd. De som behöver mest stöd av barnhälsovård får inte heller mer stöd (4).

Dessa skillnader kan vara svåra att upptäcka i det dagliga arbetet. Ur barnhälsovårdens behov av jämförelser och förbättringsarbete utvecklades 2015 barnhälsovarsregistret (BHVQ). BHVQ är ett register som möjliggör att personalen inom barnhälsovården kan jämföra hälsan hos de barn man möter med den hos barn på andra enheter och regioner. BHVQ kan användas för att utvärdera, följa upp

och utveckla verksamheten samt ge stöd i att prioritera mellan olika områden som behöver förbättras. Exempelvis kan data angående undervikt, övervikt och fetma, antal remisser, resultat på utvecklingsbedömningar visualiseras på ett lätt och tydligt sätt. Likaså kan man se antal och typ av besök barnet har fått, vilket är en tydlig indikator på jämlik vård. Dessa underlag kan diskuteras med chefer, politiker men även användas i det egna förbättringsarbetet. Registret inhämtar endast data direkt från barnets journal vilket säkerställer validitet och minskar den administrativa bördan.

I början av mars 2020 fanns det i registret data för nära 50 000 barn, från två sjukhusregioner och 67 BVC. Tre ytterligare regioner beräknar att ansluta under våren 2020 vilket kommer att innebära att 139 BVC kommer att rapportera data. Flertalet andra regioner har på-

gående anslutningsprojekt men dessa är beroende av IT-satsningar, kompetens och resurser i regionen.

Referenser

1. Barnhälsovarsregistret. (2020). Retrieved 2020-03-10 <https://bhvqportal.compos.se/>
2. Moraeus, L., Lissner, L., Yngve, A., Poortvliet, E., Al-Ansari, U., & Sjöberg, A. (2012). Multi-level influences on childhood obesity in Sweden: Societal factors, parental determinants and child's lifestyle. *International Journal of Obesity*, 36(7), 969-976. doi:10.1038/ijo.2012.79
3. Folkhälsomyndigheten. (2020). Barnvaccinationer efter vaccin, region och år. Retrieved 2020-03-12, from Folkhälsomyndigheten <http://fohm-app.folkhalsomyndigheten.se/>
4. Wallby, T., & Hjern, A. (2011). Child health care uptake among low-income and immigrant families in a Swedish county. *Acta Paediatrica*, 100(11), 1495-1503. doi:10.1111/j.1651-2227.2011.02344.x
5. Wallby, T., Lagerberg, D., & Magnusson, M. (2017). Rela-

tionship between breastfeeding and early childhood obesity: Results of a prospective longitudinal study from birth to 4 years. Breastfeeding Medicine, 12(1), 48-53. doi:10.1089/bfm.2016.0124

Anna Fäldt, registerhållare
Svenska barnhälsovarsregistret,
specialistlogoped, doktorand,
Uppsala Universitet

E-mail:
anna.faldt@kbh.uu.se



Hjälp människor på flykt!

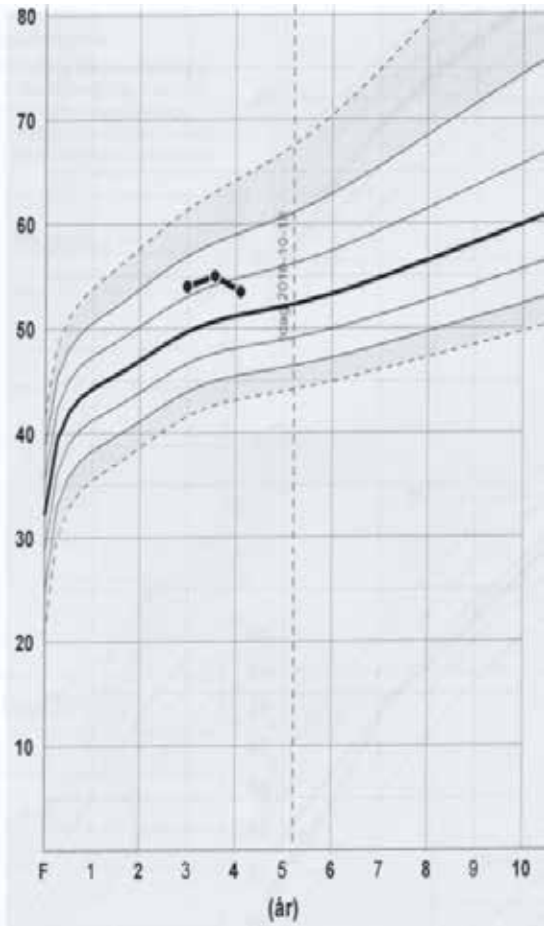
Just nu är 60 miljoner människor på flykt undan krig och förföljelse i världen. Din hjälp behövs.

SMS:a FLYKT150 till 72980 och ge 150 kronor. Eller swisha valfritt belopp till 123 90 01 645. Tack!

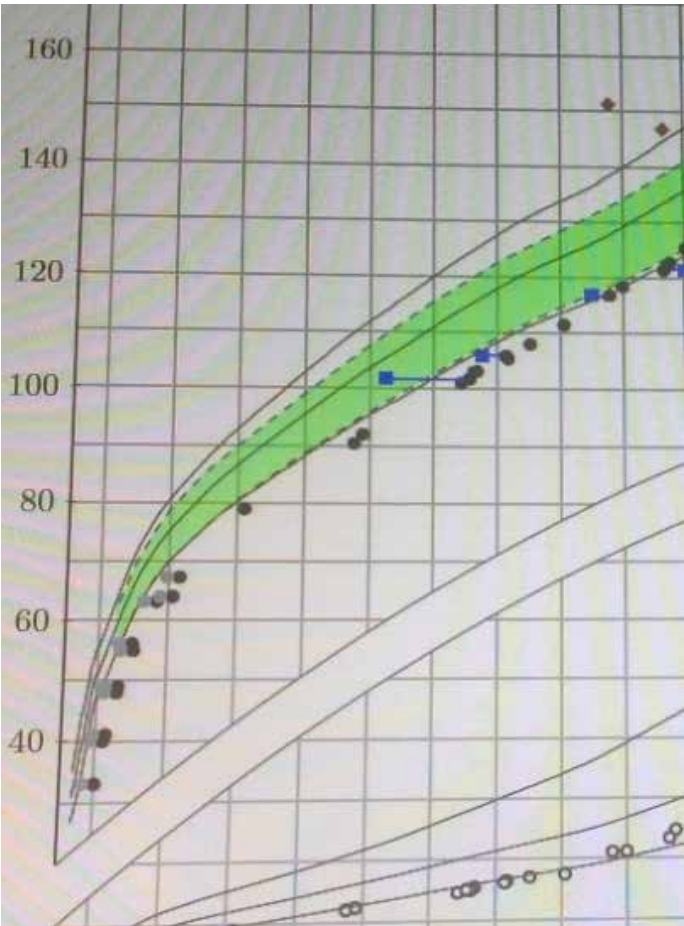
Sverige för
UNHCR
FN:s flyktigorgan



Mätning och bedömning av tillväxt var en av de viktigaste uppgifterna på BVC, redan under tidigt 1900-tal (publicering av bilden har godkänts av vårdnadshavare)). Foto: Eivor Kjellberg/Monika Nygren.



Exempel på bukomfångskurva för ett barn där BVC-sjuksköterskan har uppmärksammat övervikt och gett råd till föräldrarna. I Region Halland mäts alla barns bukomfång rutinmässigt på BVC.



I nuvarande tillväxtreferenser finns nomogram för mållängd baserade på föräldrarnas längder vid födelse, i framtida tillväxtkurvor skulle man kunna ha mållängd markerat som ett intervall även under barndomen
Foto: artikelförfattaren

Monitorering av barns tillväxt inom barnhälsovården –förr, nu och i framtiden

Redan i ”Mjölkdroppeverksamheten” som föregick BVC under tidigt 1900-tal var vägning av spädbarn en av hörnpelarna. Från sent 1930-tal byggdes BVC ut i hela landet (se artikel Silfverdal sid 8-9). Initialt vägdes barnen, längdmätningar fanns redan från sent 1800-tal i skolhälsovården, men det var först tidigt 1970-tal som hälsokorten på BVC innehöll kolumn med uppgifter om längd.

Vid sidan av föräldrastöd och vaccinationer är mätning och vägning av barn en av barnhälsovårdens huvuduppgifter. Tillväxt hos spädbarn och barn kan vara ett diagnostiskt instrument som kan avslöja sjukdomar och psykosocial problematik, speciellt om barnet avviker från sin mållängd baserat på föräldrars längder. Därför är mätning och bedömning av tillväxt en av de viktigaste uppgifterna på BVC. Under första levnadsåret är mätningar av huvudomfång viktiga för att upptäcka mikrocefali och hydrocefalus. Att barnets tillväxt inte bara är ett mått på nutid och det förflutna utan även är viktigt för framtida hälsa, har uppmärksammats under de senaste decennierna. Fetma i barndomen är associerat med en hög risk för fortsatt fetma i vuxen ålder och en ökad risk för hjärt-kärlsjukdom, typ 2-diabetes, psykiska besvär och muskuloskeletal problem. Om fetma uppmärksammas redan på BVC finns bättre chans att vända en negativ utveckling än om åtgärder sätts in senare. Samtidigt som fetma blivit vanligare får man vara uppmärksam på att spädbarn/barn även idag i Sverige kan ha ogynnsamt låg vikt- längd-ökning/undervikt.

Dagens tillväxtreferenser
Tillväxtkurvor är viktiga för bedömning av ett barns tillväxt. På grund av variationer i tillväxtmönster mellan befolkningar och över tid (sekulär trend) rekommenderar de flesta forskare inom området att tillväxtreferenser är nationella och uppdateras regelbundet. I Sverige används idag mest referensen ”Göteborg-74”, på vissa håll används ”Sverige-81”. De praktiska skillnaderna mellan referenserna är små, men en fördel med den uppdaterade Göteborg-74 referensen (från 2008) är att man utvecklat kurvor för prematurfödda barn med automatisk korrigering för prematuritet i de elektroniska tillväxtkurvorna.

BMI-kurvor och mätning av bukomfång
Att bara med klinisk undersökning eller genom att titta på vikt och längdkurvor värdera övervikt/fetma är mycket svårt och blir lätt subjektivt. BMI-kurvor med tillhörande referens gör det tydligare att identifiera övervikt/fetma och undervikt. Kurvorna kan även användas som ett pedagogiskt hjälpmedel i dialogen med föräldrar. Att mäta

bukomfång är ett bra komplement till BMI eftersom måttet tar hänsyn till ogynnsam fettfördelning. Ett barn som ökar i bukomfång mer än i längdtillväxt kan behöva uppmärksammas avseende kost och rörelse.

Vad kan utvecklas i framtiden?
Vi har en fortsatt sekulär trend i Sverige och i år publiceras nya uppdaterade tillväxtreferenser. I nuvarande tillväxtreferenser finns nomogram för mållängd baserade på föräldrarnas längder vid födelse, i framtida tillväxtkurvor skulle man kunna ha mållängd markerat som ett intervall även under barndomen. Normogram för huvudomfång baserat på föräldrars huvudomfång är också av värde då även huvudstorlek är ärftligt. Automatiserat/digitalt system som visats detektera tillväxtstörningar tidigare än rutinmässig klinisk tillväxtmonitorering har använts i Finland, detta skulle kunna anpassas till svenska förhållanden. I Halland har vi 2019 infört rutinmässig mätning av bukomfång på BVC. Om man mäter alla barn blir det mindre ”laddat” att mäta vid övervikt/fetma och det bör kunna vara lättare att reagera tidigt om bukomfångskurvan börjar stiga uppåt.

Referenser

- Holmgren A. Human growth patterns -with focus on pubertal growth and secular changes. Doktorsavhandling, Göteborgs Universitet 2018, ISBN 978-91-7833-209-0, (vinnare av Rolf Zetterström priset 2019) <https://gupea.ub.gu.se/handle/2077/58087>
- Albertsson-Wikland K, Luo ZC, Niklasson A, Karlberg J.

- Swedish populationbased ongitudinal reference values from birth to 18 years of age for height, weight and head circumference. Acta Paediatr 2002;91(7):739-54
- Werner B, Bodin L. Growth from birth to age 19 for children in Sweden born in 1981-descriptive values. Acta Paediatr 2006;95:600-13
 - Niklasson A, Albertsson-Wikland K. Continous growth reference from 24th week of gestation to 24 months by gender. BMC Pediatr 2008 feb 29; 8(1):8.
 - Albertsson-Wikland K, Niklasson A, Holmgren A, Gelander L, Nierop AFM. A new Swedish reference for total and prepubertal height. Acta Paediatr. 2020; 109:754-63

Anton Holmgren, MD, PhD, barn- och ungdomsläkare, Barn- och Ungdomskliniken Halland barnhälsovårdsöverläkare, Region Halland

E-mail: anton.holmgren@regionhalland.se





Att BCG-vaccinera barn tidigt har flera fördelar. Den främsta är att barnet får ett tidigare skydd i en ålder då det är som känsligast för att insjukna i svåra former av tuberkulos och då vaccinet har störst påvisad effekt. Foto: iStock

Senaste nytt angående BCG-vaccination på BVC

Från att ha hyllats för sin effekt mot tuberkulos under mitten av förra seklet, finns det idag vissa länder som avstår från rutinmässig vaccination mot tuberkulos. Just nu pågår en uppdatering av Folkhälsomyndighetens Rekommendationer för preventiva insatser mot tuberkulos. Här är en inblick i diskussionen bakom nya förslag.

Året 1975 övergick Sverige från att vaccinera alla nyfödda mot tuberkulos till enbart riskgruppsvaccination. Så fortsatte policyn fram till början av 90-talet då en studie från Folkhälsomyndigheten undersökte BCG- vaccindoser givna mellan 1979-1991(1). Studien visade att fyra barn (av totalt 139 000 vaccinerade) fick en spridd BCG infektion och blev svårt sjuka på grund av underliggande oupptäckta immunbristsjukdomar (1). Tre av dem diagnostiserades senare med svår kombinerad immunbristsjukdom (SCID) och en hade T-cells defekt och hyper IgG immunoglobulinemi (1). Studien låg till grund för en senareläggning av BCG- vaccination av barn i riskgrupp till sex månaders ålder vilken trädde i kraft 1994.

Barnen med svår immunbristsjukdom hade kunnat undvika BCG-vaccination om de hade upptäckts tidigare. Under åren 2013-16 genomfördes en pilot för neonatal screening av svår primär immunbrist i Region Stockholm. I piloten screenades 58 800 barn varav tre fall av immunbrist upptäcktes (2). Screening av svår primär immunbrist infördes nationellt som del av PKU-provet i augusti 2019. Eftersom de flesta fall av svår immunbristsjukdom fångas genom denna screening, stärktes argumenten för att åter tidigarelägga BCG-vaccination.

Flera fördelar med att BCG-vaccinera barn tidigt

Att BCG-vaccinera barn tidigt har flera fördelar. Den främsta är att barnet får ett tidigare skydd i en ålder då det är som känsligast för att insjukna i svåra former av tuberkulos och då vaccinet har störst påvisad effekt. Det blir också praktiskt enklare på BVC eftersom det betydande antal barn som ska resa innan 6 månaders ålder och kvalar in för resevaccination, inte behöver individuella bedömningar utan redan är vaccinerade i god tid innan resa.

Samtidigt uppenbarar sig nu en ny grupp barn med sekundär immunbrist som inte fångas av screeningen. Det handlar om barn till mammor som medicinerat med immundämpande läkemedel under senare delen av graviditeten och eventuellt under amning (3). Här ingår som exempel TNF-alfa hämmare, tiopuriner och höga doser kortikosteroider (4). Vid misstanke om att barnet exponerats för liknande läkemedel behöver vaccination med levande försvagade vaccin senareläggas till minst sex månader efter exponering (5). Diskussion pågår mellan berörda expertgrupper för att förtydliga handläggningen. I nuläget gäller att varje region har rutiner för hur dessa barn på ett säkert sätt identifieras före vaccination samt att personal får stöd för den individuella bedömningen av enskilda fall. I Region Stockholm

står t.ex. vaccinationsmottagningen på Sachsska Barnsjukhuset för huvuddelen av det stödet.

Förslag om att begränsa BCG-vaccination till förskoleåldern

Folkhälsomyndighetens nuvarande uppdatering av Rekommendationer för preventiva insatser mot tuberkulos, präglas av dessa diskussioner. Rekommendationerna har ännu inte publicerats men bland förslagen som ligger är ett att tidigarelägga BCG-vaccination till sex veckors ålder i närvaro av säkerställda rutiner för att identifiera barn som kan ha exponerats för immunhämmande medicinering enligt ovan.

Ett annat förslag är att man i Sverige, i likhet med Finland, begränsar BCG-vaccination till förskoleåldern. Resonemanget bygger på en risk-nytta bedömning. Även om vaccination av tidigare ovaccinerade tonåringar har en påvisad effekt är catch-up vaccination i Sverige främst aktuellt för nyanlända ungdomar från TB riskländer, som ofta redan är vaccinerade. Att bedöma BCG-vaccinstatus kan vara svårt hos ungdomar eftersom avsaknad av BCG-ärr eller ett negativt tuberkulintest inte säkert utesluter tidigare vaccination. I en del fall får de en extrados med ökad risk för stora sår och abscesser vid instickstället som följd. Riktlinjer för BCG-vaccination finns på Rikshandboken samt för Region Stockholm på Vårdgivarguiden samt länksamlingar på Janusinfo-avsnittet Barnvaccinationer.

FAKTA BCG-vaccin

Vaccin mot tuberkulos, BCG (Bacillus Calmette- Guérin)
Namnet kommer från Albert Calmette och Camille Guérin, de franska vetenskapsmän som tog fram vaccinet.

Referenser

1. Romanus, V., et al., Adverse reactions in healthy and immunocompromised children under six years of age vaccinated with the Danish BCG vaccine, strain Copenhagen 1331: implications for the vaccination policy in Sweden. *Acta Paediatr*, 1993. 82(12): p. 1043-52.
2. Barbaro, M., et al., Newborn Screening for Severe Primary Immunodeficiency Diseases in Sweden-a 2-Year Pilot TREC and KREC Screening Study. *J Clin Immunol*, 2017. 37(1): p. 51-60.
3. Gisbert, J.P. and M. Chaparro, Safety of anti-TNF agents during pregnancy and breastfeeding in women with inflammatory bowel disease. *Am J Gastroenterol*, 2013. 108(9): p. 1426-38.
4. Fertilitet, graviditet och amning vid inflammatorisk tarm-sjukdom. 2020, Svensk Gastroenterologisk Förening.
5. Julsgaard, M., et al., Anti-TNF Therapy in Pregnant Women With Inflammatory Bowel Disease: Effects of Therapeutic Strategies on Disease Behavior and Birth Outcomes. *Inflamm Bowel Dis*, 2020. 26(1): p. 93-102.

Sahar Nejat , Barnhälsovårds-
verläkare, Region Stockholm

E-mail:
sahar.nejat@sll.se



HJÄLP FLER SJUKA BARN ATT FÅ EN STOR DAG!

GE EN GÅVA PÅ BG 900-5133

Hjälp oss att göra fler sjuka barns drömmar till verklighet. Din gåva gör skillnad!

www.minstoradag.org



MIN STORA DAG

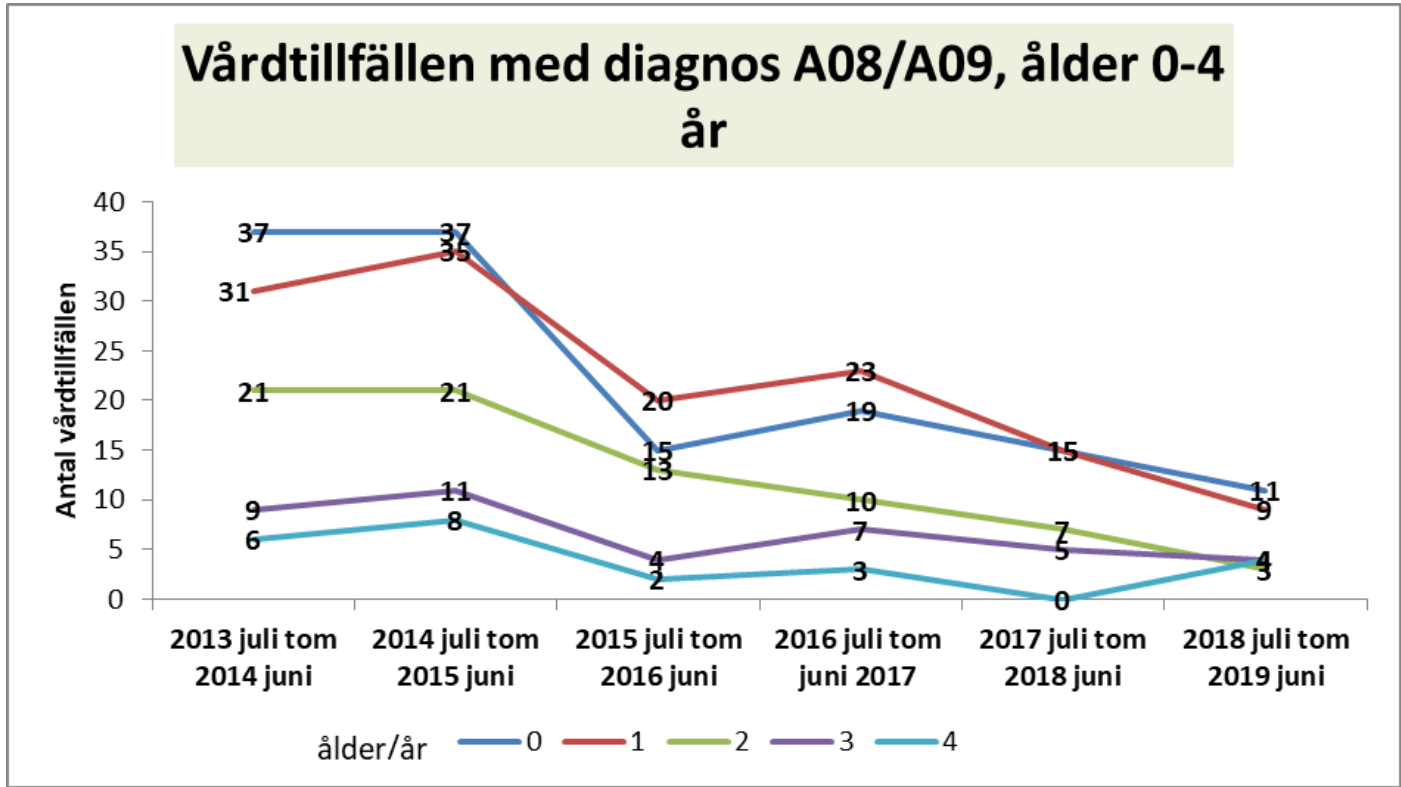


Illustration: artikelförfattaren

Rotavirusvaccin till spädbarn - goda erfarenheter från Region Jönköpings län

Jönköping var en av de första regionerna i Sverige som började erbjuda kostnadsfritt rotavirusvaccination till alla spädbarn 2014. Barnhälsovården och Barn- och ungdomsmedicinska kliniken i Region Jönköpings län har ett nära samarbete och sedan introduktionen av rotavirusvaccination 1 juli 2014 har vi tillsammans med intresse följt vaccinationstäckning och antal inläggningar pga. gastroenterit hos små barn.

Barnkliniken har också särskilt följt de få fall av invaginationer som skett under denna period. Regionens upptagningsområde omfattar 76 000 barn. Årligen insjuknar 3-5 barn med invagination. Detta är ett mycket litet antal som varit stabilt under många år.

Förberedelse och uppstart

Medarbetare på barnhälsovården fick utbildning om rotavirus - sjukdom och vaccin, utbildningstillfällen med alla BHV-sjuksköterskor och BHV-läkare genomfördes i samverkan med Smittskydd. Stor tonvikt lades på samtal om informationsvägar och kommunikation med vårdnadshavare. Inför införandet informerades barnkliniken och barnmottagningar i öppenvård samt 1177-rådgivning för att vara beredda att ge råd till föräldrarna. Vi har sett ett ökat antal akutbesök

på grund av gastrointestinala symtom med tidsmässigt samband med vaccination. Detta är förväntat och önskvärt utifrån den information föräldrar får i samband med vaccination. Enstaka barn per år läggs in för kortare observation.

Vaccinationstäckning och sjukhusinläggningar av små barn (p g a gastroenterit)

Hög vaccinationstäckning (komplett vaccinationsserie- 2-doser) 76.1 (2015)- 82 procent (2018). Barnkliniken följer systematiskt antalet vårdtillfällen och vårddygn för de vanligaste och allvarligaste infektionerna bland barn. Sjukhusinläggningarna har minskat med ca 60 procent sedan införandet av rotavirusvaccination. Andra bidragande faktorer kan vara tydligare vårdriktlinjer för vilka

barn som behöver inläggande vård samt ett ökat användande av racekadotril mot diarré.

Uppmärksamhet på alla nivåer

Regionens första och hittills enda fall av invagination där det förutom ett tidsmässigt samband med rotavirusvaccinationen inte finns någon annan predisponerande faktor, redovisas här.

Patienten, en 3,5 månader gammal pojke, var född i fullgången tid med normala neonatala data. Tre dagar före inläggning hade han fått sin första dos rotavirusvaccin. Man sökte barnakuten på grund av slöhet, sparsam mikt och upprepade kräkningar sedan ett halvt dygn. Pojken uppfattades vid inkomsten trött men vaknade och protesterade vid undersökning. Vitala parametrar var normala. Pojken lades in för observation. Nasogastrisk sond sattes liksom PVK. På avdelningen hade pojken en avföring med en blodstrimma. Under nästföljande dag fortsatta kräkningar och på misstanke om invagination gjordes buköversikt och ultraljud som visade ett långsträckt ileocoliskt invaginat. Försök till reponering lyckades inte varför patienten remitterades till barnkirurgen vid Drottning Silvias barnsjukhus. Vid det tredje försöket löstes där invaginatet med ingjutning. Pojken skrevs ut välmående till hemmet efter totalt tre dygns vårdtid.

Vår uppfattning är att föräldrar till barn som fått rotavirusvaccin generellt är välinformerade. De kontakter i hög utsträckning BHV eller 1177 vid behov av rådgivning. 1177 hänvisar ibland till barnmottagning i öppenvård eller under jourtid till barnakuten på länsjukhuset Ryhov. På mottagningarna är kunskapen om risken för invagination god.

Återkoppling medarbetare och fortsatt lärande

Fallbeskrivningen har använts vid utbildningstillfällen för medarbetarna i regionen.

Vi fortsätter gemensamt att följa vaccinationstäckning, antal inläggningar och invaginationer som en del i vårt löpande kvalitetsarbete.

Referenser

1. Introduction of rotavirus vaccination in a Swedish region: assessing parental decision-making, obtained vaccination coverage and resulting hospital admissions. 2. Oldin C, Golsäter M, SchollinAsk L, Fredriksson S, Sten- marker M Acta Paediatr, 2019;108(7),1329-1337
Oldin C, Golsäter M, SchollinAsk L, Fredriksson S, Sten- marker M Acta Paediatr, 2019;108(7),1329-1337

Maria Ekelund, överläkare
pediatrik, verksamhetschef Barn-
och Ungdomsmedicinska kliniken,
Jönköping

E-mail:
maria.ekelund@rjl.se



Carin Oldin Barnhälsovårds-
överläkare, verksamhetschef
Barnhälsovården, Region
Jönköpings län

E-mail:
carin.oldin@rjl.se



Barns lycka ligger i vuxnas händer.

Miljontals barn tvingas växa upp på barnhem eller på gatan trots att de har familj i livet. Dessa barn löper större risk än andra att utsättas för våld och övergrepp. Men med rätt stöd kan det undvikas. Childhood stödjer projekt i 16 länder som arbetar förebyggande för att familjer inte ska tappa taget. Hjälp oss att ge fler barn en trygg och kärleksfull barndom. [Bli månadsgivare på childhood.se](https://childhood.se)

CHILDHOOD
WORLD CHILDHOOD FOUNDATION
FOUNDED BY H.M. QUEEN SILVIA OF SWEDEN

Childhood kontrolleras av Svensk Insamlingskontroll och är 90-kontoinnehavare.



Pappor/den förälder som inte fött sitt barn, erbjuds ett föräldrasamtal när barnet är 3-5 månader. BHV- sjuksköterskor som deltog i en intervjustudie om bl a mottagandet av inbjudan till detta samtal, beskrev att föräldrarna uppskattade erbjudandet samt att papporna uttryckte både glädje och förvåning att få detta. Foto: iStock

Nya vägar för BVC att nå båda barnets föräldrar

Barnhälsovården ska främja barnets hälsa och förebygga ohälsa. Föräldrastödet vid BVC-besöken och i föräldragrupper är en del av detta. Pappor följer dock mera sällan med barnet till BVC och deltar i liten omfattning i föräldragrupper. Detta beror delvis på hur föräldrarna fördelar ansvaret för barnen och förvärvsarbetet sinsemellan, men barnhälsovården behöver arbeta mer aktivt inkluderande för att inte föräldrastöd ska bli liktydigt med mammastöd.

Familjen är barnets psykosociala närmiljö. Om familjelivet vanligen väcker trygghet och förutsägbarhet eller tvärtom oro och vilshenhet har detta stor betydelse för barnets mående. Forskning har påvisat långsiktiga effekter av barnets samspel med den ena föräldern, med den andra föräldern, av föräldrarelationen och inte minst av föräldrarnas samarbete som just föräldrar ("coparenting")(1,2).

Bakgrunden till samtalet med förälder som inte själv fött
Föräldrastöd som riktas till enbart en förälder medför lätt att pro-

blembeskrivningar och lösningsförsök inte inkluderar hela familjen. De attityder som nyblivna föräldrar möter på BVC har betydelse för deras engagemang och delaktighet i föräldraskapet, men många pappor beskriver att de känner sig mindre uppmärksammade och delaktiga än mamman vid besöken på BVC (3). Detta är bakgrunden till att det enskilda föräldrasamtalet för föräldern som inte har fött barnet år 2016 infördes i BHV-programmet. En annan orsak är att ca 6-8 procent av de nyblivna papporna har depressiva symtom. Ibland uppfattas det enskilda föräldrasamtalet som pappornas mot-

svarighet till den depressionsscreening som mammorna erbjuds två månader efter förlossningen, men det är felaktigt. Det finns frågor som är avsedda att fånga upp psykisk ohälsa, men en screening som fungerar för pappor finns ännu inte (4). Föräldern som inte har fött barnet erbjuds samtalet när barnet är 3-5 månader. En nationell arbetsgrupp har tagit fram ett underlag med frågor om olika aspekter av föräldrans ansvar som forskning har visat är betydelsefulla för barns psykosociala och kognitiva utveckling (1). Det är föräldrarnas behov som ska styra samtalet, så samtalsunderlaget är tänkt som ett stöd för sjuksköterskan, inte som en checklista. Samtalsmetod och material beskrivs i Rikshandboken för barnhälsovård. SKR har publicerat ett filmklipp om samtalet.

Ger mer heltäckande bild av uppväxtförhållanden
BHV-sjuksköterskor som deltog i en intervjustudie beskrev att föräldrarna uppskattade erbjudandet och att papporna uttryckte glädje men också förvåning över att bli inbjudna och uppmärksammade. Sjuksköterskorna tyckte att de genom samtalet fick en mer nyanserad och heltäckande bild av barnens uppväxtförhållanden och en bättre förståelse för pappornas situation, men ville ha mer stöd i att hantera känslig information när de nu träffade båda föräldrarna var för sig. Många pappor avböjde samtalet, och sjuksköterskorna antog att detta berodde på att samtalet är nytt för föräldrarna samt att deras egen ovana påverkade hur de formulerade inbjudan (5).
Regionerna är fortfarande i början av implementeringen och det finns sparsamt med data. I Skåne togs första steget genom en utbildning 2016-2019. Preliminära uppgifter för barnen födda 2019 är att 69 procent (10 937 föräldrar) har erbjudits samtalet och att 14 procent (2 257 föräldrar) har deltagit. Av dem har 7,5 procent (169 föräldrar) erbjudits en uppföljning efter samtalet. Den kan bestå i stödsamtal med BHV-sjuksköterskan eller remiss till MBHV-psykolog, läkare på vårdcentral, spädbarnsverksamhet, social rådgivare eller familjerådgivning, för att nämna några exempel.

Referenser

1. Lamb ME. *The role of the father in child development*. NJ: John Wiley & Sons Inc; 2010.
2. Feinberg, M. *The Internal Structure and Ecological Context of Coparenting: A Framework for Research and Intervention*. *Parenting: Science and Practice*. 2003; 3(2): 95–131.
3. Wells MB. *Literature review shows that fathers are still not receiving the support they want and need from Swedish child health professionals*. *Acta Paediatrica*. 2016; 105(9):1014–1023.
4. Massoudi P. *Depression and distress in Swedish fathers in the postnatal period: prevalence, correlates, identification and support*. (2013). Avhandling, Psykologiska institutionen, Göteborgs universitet.
5. Ståhl M, Hallström I K, Skoog M, Vilhelmsson A. 'So, the circle has grown' - *Child Health Services nurses' experiences of giving parental interviews with nonbirthing parents*. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2020; 34(1) 139-147.

Lars Olsson, psykolog/vårdutvecklare, Kunskapscentrum barnhälsovård, Region Skåne.

E-mail:
lars.m.olsson@skane.se

VISSA FRÅGOR HAR INGA ENKLA SVAR.

Varje dag blir vi kontaktade av ensamma och utsatta unga som vill att någon vuxen tar dem på allvar. Smsa bris50 till 729 09 så ger du 50 kronor och hjälper oss att fortsätta svara.



Att möta barn och föräldrar i sin hemmiljö innebär stor skillnad jämfört med att möta familjen på mottagningen. Föräldrarna har lättare att ställa frågor när de är i en trygg miljö. Man får en bättre helhetsbild av familjen, vilken kan vara till nytta vid övriga besök på BVC. Foto: iStock

Hembesöksprogram för att möta familjers behov

Barn som lever i socioekonomisk utsatthet har ökad risk för sämre hälsa på både kort och lång sikt. Tidiga och förebyggande insatser som t ex utökat hembesöksprogram, kan dock minska riskerna för ohälsa och på sikt bidra till en mer jämlik hälsa. Utvärderingar visar att införandet av hembesöksprogram bl a bidragit till att familjerna som tagit emot besöken fullföljer vaccinationsprogrammet och ammar i större utsträckning än innan.

Sedan 2016 erbjuds i Araby ett utökat barnhälsovårdsprogram till alla förstagångsföräldrar och till de familjer, där barnet som föds är det första som föds efter ankomst till Sverige. Araby är ett av Sveriges mest utsatta bostadsområden där en stor andel av de boende är utlandsfödda. Programmet innebär att barnhälsovårds (BHV)sjuksköterska och socialrådgivare kommer hem till familjerna vid fem tillfällen fram till barnet är 15 månader.

Behov av insatser i ett tidigare skede
Barn som lever i socioekonomisk utsatthet har ökad risk för sämre

hälsa på både kort och lång sikt. Tidiga och förebyggande insatser kan minska riskerna för ohälsa och på sikt bidra till en mer jämlik hälsa. Personal inom barnhälsovården hade under lång tid upplevt att traditionell barnhälsovård inte var tillräcklig för att möta de behov som fanns hos familjerna. Läkare och sjuksköterskor upplevde att barnen inte hade samma förutsättningar till en god hälsa och utveckling som andra barn i samhället. Socialrådgivarna på familjecentralen såg behov av att komma in med insatser till nyblivna föräldrar i ett tidigare skede. Önskemål fanns om att tillsammans börja arbeta mer hälsofrämjande och förebyggande med tidiga insatser. Efter att hört

talas om ett arbetssätt i Rinkeby med ett utökat hembesöksprogram i samverkan mellan barnhälsovård och socialtjänst åkte man dit på studiebesök (1, 2). Fulla med inspiration började man sedan arbeta inspirerat av denna modell.

Socialrådgivare och BHV-sjuksköterskor arbetade redan tillsammans på en familjecentral, så steget till ökad samverkan var inte långt. Att arbeta professionsöverskridande ger möjlighet att lära sig av varandra och att utvecklas i sin egen yrkesroll. Tillsammans bekräftar de föräldrar och lyfter fram det som fungerar och på så sätt stärks föräldrarna i sin föräldraroll. När sjuksköterskan ensam gjorde hembesök kunde de identifiera behov och riskfaktorer hos familjerna, men de hade ingen att dela det med. Nu är det fyra ögon och öron som ser och hör. Tillsammans utforskar de vad familjen har för kunskap och behov och fyller på med det föräldrarna behöver.

Enkelt att presentera redan befintlig modell
Att möta barn och föräldrar i sin hemmiljö är stor skillnad mot att möta familjen på mottagningen. Föräldrarna har lättare att ställa frågor när de är i en trygg miljö. Med god kontinuitet och upprepade hembesök byggs tillit. Man får en bättre helhetsbild av familjen som man har nytta av vid övriga besök på BVC. Hembesöksprogrammet erbjuds även till familjer med ökat behov av föräldrastöd. Det kan vara familjer som uppmärksammas av barnmorskan redan innan barnet är fött eller familjer som socialrådgivaren eller sjuksköterskan känner sedan tidigare. Det är enkelt att presentera en redan befintlig modell för familjerna som i hög utsträckning tackar ja till insatsen. Socialstyrelsen kommer att genomföra pilotverksamhet för att stärka förutsättningarna för en god och jämlik hälsa med utökat hembesöksprogram inom barnhälsovården på några olika platser under 2020- 2022. Araby är ett av Socialstyrelsens utvalda områden i denna pilotverksamhet. Utvärderingen kommer att redovisas för Socialdepartementet 2025. Tidigare utvärdering från Rinkeby visar att familjer får en ökad tillit till hälso- och sjukvården, mer sällan söker akutvård, oftare fullföljer vaccinationsprogrammet och ammar i högre utsträckning än innan man startade programmet.

Läs mer:
<https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/halsa-i-olika-grupper/barn-och-unga/hembesok-i-samverkan/>
Extended postnatal home visiting programme. Equity and Health Policy (EHP) Department of Global and Public Health. Karolinska Institutet. <https://ki.se/en/gph/extended-postnatal-home-visiting-programme>

- Referenser**
1. Slutrapport utökat hembesöksprogram för förstagångsföräldrar, samverkan mellan Rinkeby BVC och föräldrarådgivare inom Rinkeby-Kista socialtjänst. Slutrapport, utvärdering 2017. Martilla et al. Karolinska Institutet, Institutionen för Folkhälsovetenskap/Stockholms läns landsting, CES. <https://www.folkhalsoguiden.se/nyheter/slutrapport-fran-rinkeby-projektet/>

Helena Nyström, barnhälsovårds-
samordnare, Region Kronoberg

E-mail:
helena.nystrom@kronoberg.se

SMS:a

till 72970 och förverkliga en dröm!

Då skänker du 20 kr som förverkligar svårt sjuka barns önskedrömmar, som att besöka en djurpark. Vi skickar också information om hur du kan bli månadsgivare.

www.minstoradag.org

Stiftelsen
MIN STORA DAG



Observation av barnets förmåga till ”Joint attention” på BVC. Foto: Richard Linnsand.

Tidig upptäckt och screening av utvecklingsneurologiska tillstånd på BVC

Barnhälsovårdens program i kombination med ökad kunskap om tidiga symptom och metoder för screening på BVC kan skapa goda förutsättningar för tidig upptäckt av utvecklingsneurologiska funktionsnedsättningar.

Tidiga symptom på utvecklingsneurologiska funktionsnedsättningar såsom ADHD, autism, språkstörning, intellektuell funktionsnedsättning kan vara svåra att identifiera och bedöma. Dessa tidiga symptom benämns numera ofta som ESSENCE (Early Symptomatic Syndromes Eliciting Neurodevelopmental Clinical Examinations) och beräknas förekomma hos 5–7 procent av förskolebarn (1). Det kan t ex handla om svårigheter med sömn och aktivitetsreglering, avvikelser i utvecklingen av kontakt och kommunikation. Sedan många år görs på BVC en språkscreening vid 2,5 -3 års ålder. Vid avvikande språkutveckling remitteras barnet till logoped och inte sällan framkommer även behov av bedömning hos psykolog och barnläkare p g a andra samtidiga svårigheter. Nu finns frågeformuläret ESSENCE-Q-R*, som möjliggör en kort, strukturerad kartläggning av tidiga utvecklingsneurologiska symptom vilket skulle kunna användas på BVC.

Formuläret kan fyllas i under samtal med förälder och observation av barnet. Detta ger då en bas för bedömning av möjligt stöd via BVC och behov av fördjupad utredning.

Aktuellt forskningsläge

Populationsstudier bl a från Danmark och Australien det senaste året framför vikten av att uppmärksamma barn med betydande regleringsproblem efter tre månaders ålder; problem med sömn, mat och skrikighet. Det finns en ökad risk, särskilt vid problem inom flera områden, för fortsatta svårigheter i barnets utveckling. Studierna tydliggör vikten av att följa barnets utveckling brett (ESSENCE).

Internationell forskning visar på betydelsen av tidiga insatser vid autism och ger tydligt stöd för screening (2). Ofta finns symptom under andra levnadsåret och diagnosen är möjlig att ställa kring 2-års

ålder, men utan screening missar även erfarna kliniker symptom. En meta-analys av använda screeningmetoder för autism, bekräftar att validerade metoder finns med god förmåga att identifiera symptom hos barn i ålder 14–36 månader i en allmän barnpopulation (3). En utmärkt guide för barnläkare, ”Promoting Optimal Development: Identifying Infants and Young Children With Developmental Disorders Through Developmental Surveillance and Screening”, rekommenderas för läsning (4). I denna belyses den bredd vi behöver ha i uppföljning av olika områden i barnets utveckling och även vikten av riktad screening.

JA-OBS

- Reagerar barnet på sitt namn?
- Söker barnet ögonkontakt med dig?
- Kan barnet följa med blicken när du pekar på något längre bort i rummet?
- Använder barnet sitt eget pekfinger för att peka på något?
- Kan barnet samverka i enkel låtsaslek?

Erfarenheter från barnhälsovården i Göteborg

De metoder för autismscreening som sedan tio år används inom barnhälsovården i Göteborg finns bland dem som lyfts fram i ovan nämnda meta-analys. Screeningen består av en kombination av föräldrafrågor, M-CHAT-R-F, och en observation av barnets förmåga till ”Joint attention” på BVC (se ruta ovan). Föräldrafrågorna (20 frågor) finns på många olika språk och kan laddas ner från <https://mchatscreen.com/>. På websidan finns en enkel algoritm för tolkning av svaren och även kompletterande intervjufrågor att ställa för att säkra utfall. Kombinationen M-CHAT-R-F och JA-OBS har utvärderats i en populationsstudie och visat sig ha goda egenskaper för att ”hitta rätt barn”(2,5) En viktig förutsättning för screening är kunskap hos BVC personalen. Screeningen genomförs vid 2,5 års hälsobesök, men kan användas tidigare vid misstanke. Studier talar för ett tillägg av en generell screening även vid 18 månader. Vår erfarenhet är att autismscreening medfört ökad kunskap att identifiera autism men även andra svårigheter inom ESSENCE. Den stora utmaningen är långa väntetider i vården. Det finns ett stort behov av fler team som kan ansvara för utredning och tidiga insatser. Vi behöver ökad kunskap om insatser

för små barn med autism. Forskning talar för att insatser sker bäst i lek och nära samspel med förälder i barnets dagliga aktiviteter- men det är en annan artikel.

*<https://gillbergcentre.gu.se/forskningsomraden/screeningformular/essence-q>.

Referenser

1. Gillberg, C., *The ESSENCE in child psychiatry: Early Symptomatic Syndromes Eliciting Neurodevelopmental Clinical Examinations. Res Dev Disabil*, 2010. 31(6): p. 1543-51.
2. Dawson, G., *Why It's Important to Continue Universal Autism Screening While Research Fully Examines Its Impact. JAMA Pediatr*, 2016. 170(6): p. 527-8.
3. Sanchez-Garcia, A.B., et al., *Toddler Screening for Autism Spectrum Disorder: A Meta-Analysis of Diagnostic Accuracy. J Autism Dev Disord*, 2019. 49(5): p. 1837-1852.
4. Lipkin, P.H. and M.M. Macias, *Promoting Optimal Development: Identifying Infants and Young Children With Developmental Disorders Through Developmental Surveillance and Screening. Pediatrics*, 2020. 145(1).
5. Nygren, G., et al., *A new screening programme for autism in a general population of Swedish toddlers. Res Dev Disabil*, 2012. 33(4): p. 1200-10.

Guðrun Nygren, med dr, Överläkare
Specialistcentrum Barn och Unga
Angered/ Sjukhusen i Väster,
Gillbergcentrum/ GU

E-mail:
guðrun.m.nygren@vgregion.se



Många barn bär på en tung hemlighet.
Vi behöver fler mottagningar för barn som utsatts för våld i hemmet.
Hjälp dem att lätta sitt hjärta. Ge ett bidrag på www.raddabarnen.se
Plusgiron 90 2003-3



Foto: iStock

Hälso- och sjukvården för barn i Storbritannien och Sverige - fler likheter än skillnader

Barnhälsovården är mycket likartad i Storbritannien och Sverige med en i grunden, allmän vård som är tillgänglig och kostnadsfri för alla. Denna princip låg till grund för inrättandet av National Health Service (NHS) 1948 av hälsoministern Aneurin Bevan som proklamerade: ”Sjukdom skall inte drabba individen...det är en olycka vars kostnad ska delas av kommunen”. NHS blev en förebild, när det svenska systemet reformerades.

I Storbritannien har ledningen av vården varit traditionellt mer centraliserad och så har det fortsatt, trots att, sedan mitten på 1990 talet, har grevskapen kunnat operera mer självständigt. De flesta inläggningar kommer från akuten, via remiss från familjeläkare eller direkt när det är fråga om barn med kända kroniska problem. Alla barn som följs har en PAL men ofta är flera överläkare inblandade. Det finns inga överläkare (consultants) i primärvården utan bara på sjukhus.

Barnhälsovård och ”health visitors”

De flesta barn förlöses av barnmorskor på NHS sjukhus utan medverkan av obstetriker. Mortalitet i alla åldersgrupp har sjunkit men långsammare än i flera andra grannländer (1, 2)

De som är fortsatt friska följs enligt rutinkontroll av ’Health Visitors’ brittisk motsvarighet till BVC -sköterskor. De vaccinerar barnen och kontrollerar deras tillväxt och utveckling. Familjeläkare blir en-

dast involverad om det förekommer problem

Under de senaste åren i samband med ökande vaccinationer, har man upplevt en uttalad förändring på sjukhusavdelningarna. Som i Sverige är det färre barn med akut infektion. Meningokock- infektion, till exempel, har blivit väldigt sällsynt sedan vaccinationer (mot B och C) introducerades. Det förekommer dock fler barn med kroniska sjukdomar, ofta neurologiska som behöver respiratorbehandlas. Låter detta bekant ..? Ja, fast i Sverige ofta i hemmet.

Skilnader i utbildning

De flesta familjeläkare väljer att genomgå utbildning i s k sekundär pediatrik (ca sex månader).

I Storbritannien administreras specialistutbildningen av Royal College of Paediatrics and Child Health (RCPCH) som också har ansvar för nationella riktlinjer, rekrytering, och råd till regeringen om barn-

hälsorelaterad politik. RCPCH är medägare av ’Archives of Disease in Childhood’ , som ingår i British Medical Journal gruppen (adc.bmj.com)

I Storbritannien har ST- (specialist trainee) utbildningen traditionellt varit längre än i Sverige, men har nyligen minskat till ett absolut minimum på fem år. De går inte att utföra forskning eller utveckla subspecialist erfarenhet på djupet under denna period. Därför är det nog vanligt förekommande att de flesta väljer att förlänga (och därför bredda) sin utbildning och att den därmed ändå blir sju till åtta år.

Det förutsätter att man klarar ’membership’ (MRCPCH) examina, som tas i stadier (skriftligt och kliniskt) under de första tre åren. Många väljer att utföra forskningsprojekt eller någon form av ’out of programme’ tid utomlands som betyder att totala utbildningstiden (till CCST - certificate of completion of specialist training) ofta blir mycket längre.

Svårare att täcka jourarbeten

Jag anser att det är en hel del som överlappar mellan länderna. Många överläkare väljer att arbeta på länssjukhus som allmän pediatriker, ofta med specialintresse i t ex endokrinologi; intensiv vård; kardiologi och allergi. De som har valt ett specialitet linje under utbildningen (så kallad ’grid’) får oftast tjänst på universitetssjukhus

Det är ingen hemlighet att det har blivit svårare att täcka jourarbeten i båda länderna och att det inte finns någon snabb lösning. Trots

det, fortsätter det vara den bästa, roligaste och mest stimulerande specialiteten som finns.

Referenser

1. Zylbersztejn A, Gilbert R, Hjern A, et al. Child mortality in England compared with Sweden: a birth cohort study. *Lancet* 2018;391:2008–18.
2. Lagercrantz H: Sweden wins over England in child health championship. *Arch Dis Child* 2018. 103:1005-1006.

Nick Brown, Editor in Chief,
Archives of Disease in Childhood,
Barnläkare, Länsjukhuset
Gävleborg. Affilierad med Aga
Khan University, Karachi, Pakis-
tan- som epidemiologist IMCH,
KBH, Uppsala Universitet

E-mail:
nickjwbrown@gmail.com



Barns fantasi fungerar inte sämre för att kroppen gör det.

MinStoraDag hjälper svårt sjuka barn att förverkliga sina önskedrömmar.



MinStoraDag har ett 90-konto och granskas därför
ärligen av Stiftelsen för Insamlingskontroll. Stöd
oss på PlusGiro: 900513-3 eller Bankgiro: 900-5133.



En tidig upptäckt av BVC kan

Vården kan göra väldigt mycket, trots att det inte finns någon bot för den ovanliga muskelsjukdomen Duchennes muskeldystrofi. Ett avgörande steg är att patienterna får en tidig diagnos. konstaterar Anne-Berit Ekström, överläkare och barnneurolog på regionhabiliteringen på Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus i Göteborg.

Varje år föds 10 till 15 pojkar i Sverige med Duchennes muskeldystrofi, en genetisk, progressiv sjukdom. Att få en tidig diagnos är viktigt för att få rätt vårdinsatser och stöd så tidigt som möjligt. Tidiga insatser kan fördröja sjukdomsförloppet avsevärt.

– Jag har exempel på patienter som har fått sin diagnos i 10-års ålder vilket är högst anmärkningsvärt och borde inte förekomma i svensk sjukvård. En av orsakerna till att vården missar diagnosen eller att man får den sent är att Duchennes muskeldystrofi är en sällsynt sjukdom, berättar Anne-Berit Ekström.

I och med att sjukdomen även drabbar många olika organsystem är det viktigt att olika specialister inom vården känner till sjukdomen. Och att man också skall vara uppmärksam på Duchennes muskeldystrofi om man har patienter som söker för kognitiv eller neuropsykiatrisk diagnos och samtidigt har en klumpig eller påverkad motorik. Till exempel kan barnet ha en försenad gångförmåga eller ha svårt att resa sig utan att ta hjälp av händerna.

– Om man misstänker Duchennes muskeldystrofi så är det enkelt att ta ett vanligt blodprov och kontrollera kreatinkinas-nivån, ett CK-test. Det är ingen komplicerad eller dyr första utredning, säger Anne-Berit Ekström.

Med ett CK-test kan man snabbt utesluta att det är Duchennes muskeldystrofi, och visar det ett förhöjt värde så finns det anledning att remittera patienten för en fördjupad utredning och kartläggning.

Man inte kan bota Duchennes muskeldystrofi, men man kan försöka minska komplikationerna och sätta in behandling som kan bromsa progressiviteten.

– Vi har inflammatorisk behandling mot sekundär muskelinflammation som blir till följd av den nedbrytning av muskelfibrerna som uppstår vid tillståndet. Vi följer också hjärt- och lungfunktion, utveckling av ledkontrakturer och ryggproblematik och sätter in behandling, berättar Anne-Berit.



Foto: Åsmund Gimre

Det är inte ovanligt att pojkar med Duchennes muskeldystrofi kan ha en avvikande samspelsförmåga – och ibland kan det vara något av de tidigaste symptomen och inte motoriken. Andra tidiga symtom kan också vara vissa inlärningssvårigheter, försenad språkutveckling eller svårigheter inom autismområdet.

Det har varit Anne-Berits intresseområde länge. Innan hon började arbeta med neuromuskulära sjukdomar arbetade hon som barnneurolog inom rehabiliteringen och de hade många patienter med inlärnings- och samspelssvårigheter.

– Jag har fått det bekräftat från föräldrarna när vi gjort utredningar, att många gånger är det de kognitiva och beteendemässiga problemen som i början

bromsa ovanlig muskelsjukdom

av sjukdomsförloppet kan vara det som är mest bekymmersamt i vardagsfungerandet för patienten och kan bli de svårigheter som är mest påfrestande och komplicerat för föräldrarna att hantera, berättar Anne-Berit.

Hon skrev sin avhandling på en annan muskelsjukdom, Dystrofia myotonika typ 1, och var den första som internationellt beskrev den höga förekomsten av neuropsykiatri i kombination med en påverkad muskelfunktion vid just denna sjukdom. Intresset har funnits att uppmärksamma kognitiva och beteendemässiga svårigheter även vid andra neuromuskulära sjukdomar. När Anne-Berit började träffa patienter med Duchennes muskeldystrofi blev det för henne snabbt uppenbart att även dessa patienter hade stora svårigheter.

– Det som är intressant är att ofta mognar beteendet vid 16-17-års åldern hos många pojkar. Den kognitiva förmågan försämras eller förvärras inte som muskelsjukdomen gör, snarare tvärt om. Tendens är att den kognitiva förmågan bli bättre och varför det är så vet vi inte idag, säger Anne-Berit.

Just nu pågår en kartläggning av antalet patienter med Duchennes muskeldystrofi i Sverige.

– Vi arbetar intensivt med att få full täckning av patienter med Duchennes muskeldystrofi inkluderade i patientregistret, NMIS, det Nationella Neuromuskulära Kvalitetsregistret i Sverige.

Förhoppningen är att man ska ha full täckning inom ett år.

– Det kommer bli lättast att lyckas på barnsidan men vi vill ha med alla, även vuxna, för att få mer kunskap om sjukdomsförloppet. Det är en hel del saker vi inte känner till hur det är hos vuxna med Duchennes muskeldystrofi, säger Anne-Berit.

Nyligen har också yrkesföreningen för alla barnneurologer i Sverige uppvakttat redaktionen för Rikshandboken i barnhälsovård, en nationell webbaserad handbok för barnhälsovården, om att den bör uppdateras och innehålla information om att motoriska avvikelser bör uppmärksammas och remitteras för att på så sätt påskynda utredning med ett CK-test.

– Det behöver göras ett förtydligande, att man ska

Ny poddserie: Känn igen Duchenne

För första gången finns en poddserie om Duchennes muskeldystrofi på svenska.

I podden möter du läkare och experter på Duchennes muskeldystrofi och andra professioner som har stor betydelse för de drabbade och deras familjer. En av de medverkande är överläkaren Anne-Berit Ekström. Medverkar gör

också patienter och anhöriga som lever med sjukdomen och internationella forskare som berättar om den senaste forskningen. **Poddserien finns att hitta där poddar normalt finns.**

vara frikostig med remiss för provtagning avseende CK, säger Anne-Berit.

Rikshandboken i barnhälsovård är öppen och gratis och används i det dagliga barnhälsovårdsarbetet av all personal som möter barn och deras familjer på BVC. Barnhälsovården har inte uppdraget att utreda men har uppdrag att fånga upp när det är avvikande, att vara observanta.

Vi har ett fantastiskt screeningprogram och ett otroligt bra uppföljningsprogram på BVC idag, säger Anne-Berit. Då gäller det att verkligen följa programmen och vara observant på när man avviker från målen. Inte bara avfärda det med att ”i de flesta fall är det inget”. Det är också viktigt att ta föräldrar som uttrycker oro på allvar.

– Det är BVC:s styrka, de ser så många normalt utvecklade och friska barn så de har ett stort normalmaterial att jämföra med. BVC är väldigt väl rustade att fånga upp något när det är avvikande. De är väl lämpade att snabbt se att här är det inte som det brukar vara, här faller det utanför normalvariationen, avslutar Anne-Berit Ekström.

Frågor att vara observant på vid misstanke om Duchennes muskeldystrofi

- Släpar barnet efter när det gäller motoriska ”milstolpar”?
- Är gångförmågan dålig eller något på gränsen för normal utveckling?
- Har barnet svårt att resa sig utan att ta hjälp av händerna?
- Har barnet kraftiga vader?
- Går barnet på tå?
- Syns ovanstående i kombination med sämre språkutveckling eller att barnet uppvisar någon form av tendens mot autismspektrat?

Faktaruta: Duchennes muskeldystrofi

- Duchennes muskeldystrofi (DMD), som nästan bara förekommer hos pojkar och män, ingår i sjukdomsgruppen dystrofinopatier, vilka orsakas av brist på eller nedsatt funktion av proteinet dystrofin som medför en fortskridande muskelsvaghet.
- Varje år får cirka 10-15 pojkar i Sverige diagnosen.
- Det saknas fortfarande behandling som kan bota Duchennes muskeldystrofi trots omfattande kunskaper om den bakomliggande orsaken till sjukdomen. Behandlingen inriktas därför på att motverka och lindra symtom samt kompensera för funktionsnedsättningar. Annan vanlig behandling är andningshjälpmedel och sjukgymnastik.
- Medicinering med kortison har visat sig förbättra muskelstyrkan och muskelfunktionen samt förlänga tiden som pojkarna kan fortsätta gå.
- Under spädbarnsåret har de flesta med Duchennes muskeldystrofi inga symtom. Pojkar med Duchennes muskeldystrofi lär sig ofta gå något senare än normalt (i genomsnitt cirka fem månader senare) men kan också uppnå gångförmåga i normal tid. I treårsåldern har symtomen ofta blivit mer tydliga, genom att pojken har en vaggande gång och svårt att springa, hoppa och resa sig upp från golvet. Utöver muskelsvagheten kan pojkarna få muskelkramper och känna sig stela.

Källa: Socialstyrelsens kunskapsdatabas om ovanliga diagnoser

Detta är en annons från PTC Therapeutics

PTC Therapeutics Sweden AB
Fabriksgatan 7, 412 50 Göteborg

Snus under graviditeten och kardiovaskulär funktion hos barnet

Användningen av snus ökar i Sverige och Norge, även bland kvinnor i fertil ålder. Enligt Socialstyrelsens statistik från 2018 uppgår 5,2 procent av kvinnor att de snusat tolv veckor före graviditeten. Snus uppfattas som mindre skadligt än rökning då snusare slipper de giftiga förbränningsprodukter som bildas i cigaretttrök. Snus innehåller dock höga doser av nikotin som lätt kan passera placenta över till fostret. Snus är mindre skadligt för den gravida kvinnan än rökning, men stämmer det verkligen för barnet?



Snus innebär nikotinexponering utan giftiga toxiner från cigaretttrök. Foto: iStock.

Vi ville undersöka om barn som exponerats för snus under fosterlivet uppvisade några hjärt- kärlförändringar. I vår första studie undersökte vi spädbarn vars mödrar snusat under en del av, alternativt hela, graviditeten. Barnens autonoma reglering av hjärtrytmen undersöktes med EKG och analys av hjärtfrekvensvariabilitet. Barn till både rökare och snusare uppvisade förändrad hjärtfrekvensvariabilitet med en minskad parasympatisk aktivitet jämfört med kontrollbarnen. Denna vagala dysfunktion har man tidigare påvisat hos barn med ökad risk för plötslig spädbarnsdöd. En intressant iakttagelse var att även de barn som endast hade blivit nikotinexponerade under tidig graviditet uppvisade förändrad hjärtfrekvensvariabilitet, med reservation för att det var en liten studiegrupp.

Nikotinnivåerna efter snus var höga och nikotin påvisades även efter 12 timmar

Vi undersökte också nivåerna av nikotin och dess nedbrytningsprodukter i bröstmjolk hos snusande och rökande mammor. Nivåerna av nikotin var minst lika höga i bröstmjolk från snusare som från rökare. Alla bröstmjölksprover från rökare var fria från nikotin fyra timmar efter rökning, medan vi hos snusarna fortfarande kunde påvisa nikotin mer än 12 timmar efter senaste prilla.

Blodtryck hos förskolebarn efter prenatal snus exponering

I en annan studie undersökte vi 5-6 åringar som hade varit exponerade för snus perinatalt men sedan varit nikotinfria. Dessa barn uppvisade högre systoliskt blodtryck jämfört med icke-exponerade barn och de hade också en förändrad hjärtfrekvensvariabilitet. Detta trots att det hade gått så lång tid sedan exponeringen upphört. Vi tolkar det som att nikotin under fosterlivet hade gett upphov till långvariga effekter vilket även kan ha betydelse för framtida hjärt- och kärlhälsa. Den här studien har uppmärksamats i USA och Asien, trots att snus användning där är ovanlig, då man dragit paralleller med exponering från e-cigarett.

Vi fann även att barn till snusare hade stelare kärl jämfört med kontrollerna. Kärlstelhet anses som ett förstadium till åderförkalkning och kan medföra en ökad risk för hjärt-kärlsjukdomar senare under vuxenlivet.

Undvik alla former av nikotin under graviditeten – gäller även e-cigarett

Sammanfattningsvis fann vi förändringar som kan innebära ökad risk för plötslig spädbarnsdöd och en ökad risk för utveckling av framtida hjärt- kärl sjukdomar. Vi tolkar det som att nikotinexponering under fosterlivet ger långvariga och potentiellt bestående förändringar som kan innebära en ökad risk för de exponerade individernas hälsa under barndomen och i vuxenlivet. Vår rekommendation är att avstå från alla former av tobak och nikotinprodukter under graviditeten. Även snusande kvinnor bör rekommenderas att amma sina barn, men om möjligt minska doserna.

Det finns nu flera studier som visar att nikotin under fosterlivet påverkar barnet. Forskningen bör därför fokusera på prevention samt att få unga kvinnor i fertil ålder att avstå från alla typer av nikotinprodukter.

Felicia Nordenstam, MD, PhD
Enheten för Barnkardiologi,
Karolinska Universitetssjukhuset
och KBH Karolinska Institutet.

E-mail:
felicia.nordenstam@ki.se



Cornelia har hittills i sitt liv blivit medvetslös och krampat 4 gånger.

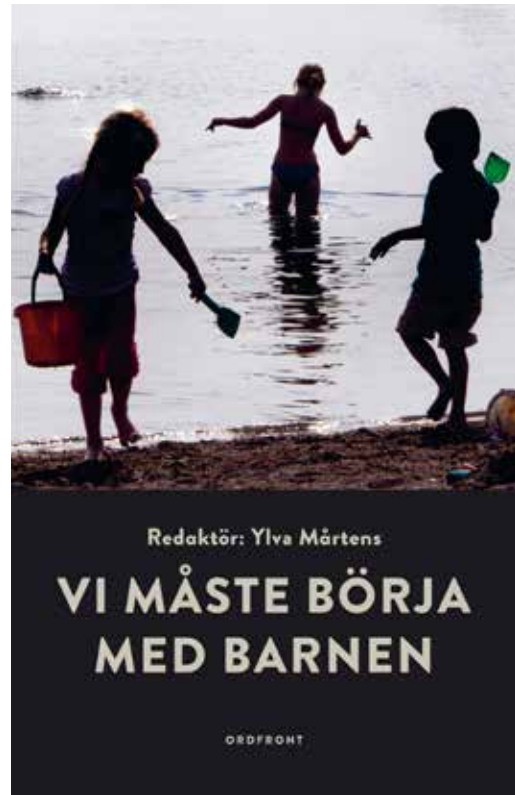
Tror du att man vänjer sig vid det?

Stöd kampen mot typ 1 diabetes:

Pg 90 00 59-7
Swish 9000597

Cornelia är 4 år gammal och har haft typ 1 diabetes sedan hon var 2 år gammal.

Hittills i sitt liv har hon tagit 5 100 sprutor och 7 300 blodsockerprov.



Författare: Ylva Mårtens, redaktör
Antal sidor: 217
Förlag: Ordfront förlag
Utgivning: 2020
ISBN: 978-91-7775-114-4

Vi måste börja med barnen

Ylva Mårtens har som författare, men framför allt som radiojournalist, under många år engagerat sig i frågor som rör barns situation. Hon startade radioprogrammet Barnen i Sveriges Radio år 2000 och ledde det under fjorton år. Programmen skildrade samhället genom barns egna berättelser, genom forskning kring barn samt genom vuxna som mindes sin egen barndom. Nu har hon samlat arton skribenter, varav två barnläkare och en barnpsykiater, som har skrivit varsin essä utifrån sina personliga erfarenheter eller sitt arbete med barn. Det är lika många män som kvinnor och de är lika många som det antal år som numeriskt definierar ett barn.

Det kanske inte är tillfällighet att boken publiceras strax efter att Barnkonventionen antagits som lag vid årsskiftet. Detta beslut var inte okontroversiellt. När det togs av riksdagen 2018 invände lagrådet att svensk lag redan täcker in det som står i de 54 artiklarna. Den svenska Yttrandefrihetsgrundlagen (SFS nr: 1991: 1469) gäller till exempel redan oavsett ålder, men kan förbises eller kringgås i både medicinska och sociala situationer som barn kan befinna sig i. Det kan finnas en risk för en övertro på att nya lagar ska kunna förändra verkligheten, särskilt som det råder en osäkerhet om vilken påföljd som kan utkrävas vid överträdelse av lagen.

Den polske barnläkaren och pedagogen Janusz Korczak (1878–1942) framhävs flera gånger i boken som en förebild både på synen på barn och hur dessa bör bemötas, behandlas och lyssnas på. Det är också ett bärande tema i många av essäerna. Många av skribenterna lyfter fram behovet av mer tid för barnen och det gäller inte bara kortare arbetstid, utan även att vi vuxna ska prioritera tiden utanför vårt lönearbete till att umgås med barnen. Detta gäller särskilt männen som trots vår generösa föräldraförsäkring enligt Försäkringskassan endast tar ut strax under 30 procent föräldradagarna. Barn behöver mer kontakt med män även inom förskola och skola, arenor som dominerats av kvinnor. I bokens förord påpekas dock att vi barnläkare är den mest jämställda yrkesgruppen med lika många kvinnor som män.

En rad författare tar upp den sociala och politiska utvecklingen i landet, till exempel inom skolan, och hur inkomstspridningen eskalerat i Sverige under de senare åren. Journalisten German Bender beskriver vad han kallar ”skolsegregationens konsekvenser” i termer av ”betygsinflation, oordning, sjunkande kunskapsresultat och lärarbrist som drabbar de mest utsatta barnen”. Ökade inkomstklyftor och åtföljande större andel av relativ fattigdom är ett annat tema. Susanna Alakoski skriver: ”De behovsprövade bidragen bostadsbidrag och underhållsstöd har minskat både i omfattning och betydelse. Detta ökar klyftorna mellan de barn som lever i störst ekonomisk utsatthet och

den stora majoriteten som har det bra ekonomiskt ställt.”

Genom att så många skribenter med så skiftande bakgrund, erfarenhet och profession kommer till tals blir boken föredömligt heltäckande avseende barnens situation idag. Det är en radikal och angelägen bok. Varje essä inbjuder till reflektion och manar till handling. Boken rekommenderas till alla som i sitt yrke kommer i kontakt med barn. Men framför allt skulle jag önska att den närlästes av de politiker som på såväl nationell som lokal nivå har att fatta beslut – att *börja med barnen* – i synnerhet i frågor som har betydelse för deras hälsa och utveckling.



Författaren/redaktören till boken, Ylva Mårtens
Foto: Anders Petersen.

Carl Lindgren, barnläkare,
författare, Stockholm

E-mail:
carl.lindgren@ki.se



Författare: Katarina Hanséus,
Martin Jägervall, Mikael Norman (red.)

Antal sidor: 914

Förlag: Studentlitteratur

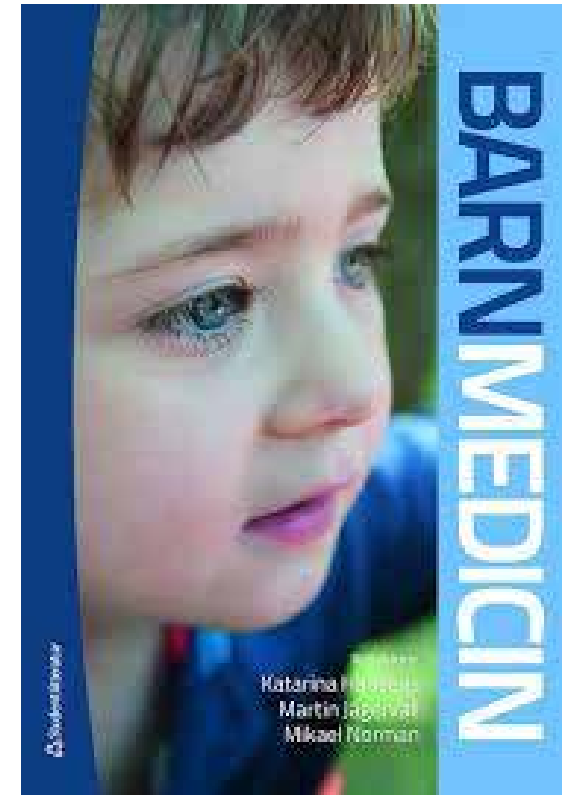
Upplaga: 5

Utgivningsår: 2020

ISBN: 978-91-44-12956-3

Nya upplagan av Barnmedicin – ett kärt återseende

För en bibliofil uppstår nyfikenhet och förväntan när det kommer en ny upplaga av en bok man uppskattat. Barnmedicin, som nu kommer ut i sin femte upplaga, har sedan 1999 varit ett användbart sällskap.



Vad kan man då förvänta sig av en lärobok i Barnmedicin? Som subspecialist önskar jag ofta en uppslagsbok där jag på ett och samma ställe kan skaffa mig aktuell information ur ett svenskt perspektiv om de övriga områdena inom pediatriken vad gäller nya rön kring t ex diagnostik och behandling. Vid sådana tillfällen uppskattar jag figurer, tabeller, punktlister och flödesscheman. I andra sammanhang önskar jag fördjupa mig i ett ämne och efterfrågar mer beskrivande och reflekterande texter som fördjupar och breddar min förståelse.

I förordet till första upplagan, utgiven av Tor Lindberg och Hugo Lagercrantz, skrev Rolf Zetterström att en lärobok ska vara ”fullständig men också förhållandevis kortfattad. Den ska ge svar på alla frågor som varje läkarstuderande möter men också väcka intresse för att tränga djupare in i ett eller flera områden.” En svår uppgift!

Det stora flertalet av de medicinskt inriktade kapitlen i Barnmedicin är lättillgängliga och överskådliga och fungerar bra såväl om man vill läsa in sig översiktligt i ett ämne, som om man vill slå upp en mindre del. Några av de kapitlen som jag själv uppskattar mest i min yrkesposition, som t.ex. Barns delaktighet i vård, befarar jag har prioriterat bredden och djupet i sitt innehåll framför att på ett lättillgängligt sätt locka läkarstuderenter och blivande barnläkare till läsning. En viss obalans i innehållet utifrån vilka som förväntas läsa Barnmedicin kan noteras, kapitlet Allergisjukdomar är koncentrerat till enbart 14 sidor, medan Cystisk fibros har ett eget kapitel på 11 sidor.

I underläkarens utbildning är det basalt att lära sig konsten att samla in data kring patienten/barnet, det vill säga att en lärobok bör beskriva tekniker för att ta anamnes, bedöma status och ge kunskap om andra undersökningsmöjligheter. Det nytilkomna kapitlet med rubriken ”Undersökningsteknik” är både välskrivet och innehållsrikt och bör vara till stor nytta för den blivande barnläkaren, likaså sidorna om undersökning av det nyfödda barnet som finns i Neonatologikapitlet. Även i de flesta övriga kapitlen finns avvägda beskrivningar om anamnes, status och övrig diagnostik.

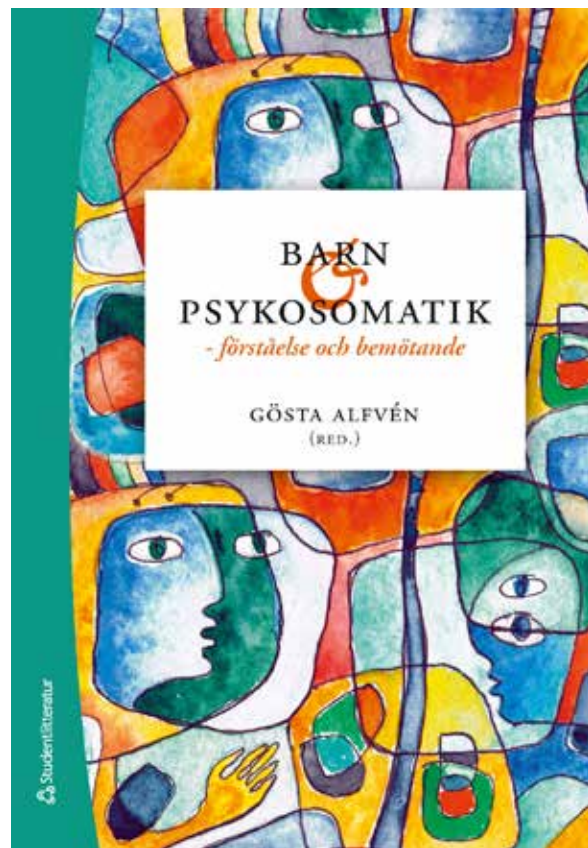
Generellt sett är texterna i boken neutralt hållna med adekvat faktaunderlag. Idag går mycket av detta att hitta via till exempel UpToDate. Kanske en lärobok skriven av erfarna experter kunde tillåta att just denna erfarenhet fick större plats, där tips ”enligt min erfarenhet” och ”tricks of the trade” kunde hjälpa yngre kollegor.

Sammanfattningsvis är den nya upplagan av Barnmedicin ett kärt återseende, och jag kommer själv ha stor nytta av den framöver. Jag skulle tro att detsamma gäller för i synnerhet de läkare och sjuksköterskor som går sin specialistutbildning i Barn- och Ungdomsmedicin, men även för läkarstuderande, och som uppslagsbok föreställer jag mig att många yrkesgrupper som möter barn kan ha glädje av att ha tillgång till Barnmedicin.

Ola Andersson, neonatolog, MD,
PhD, Skånes Universitetssjukhus/
Lunds Universitet, IKVL, Avd.
pediatrik

E-mail:
ola.andersson@med.lu.se





Författare: Gösta Alfvén (red.)

Antal sidor: 284

Förlag: Studentlitteratur

Upplaga: 3

Utgivningsår: 2019

ISBN: 978-91-44-12522-0

Barn och psykosomatik – förståelse och bemötande

Gösta Alfvén blev tidigt i sin barnläkarkarriär intresserad av psykosomatik. Med placering på en barnläkarmottagning var det den rätta platsen att få möta denna barngrupp. Det var dock inte en tidsperiod för detta ämne att kunna övertrumpfa andra pediatrika forskningsgrenar i stipendier och ledigheter för studier. Han fick utnyttja resan på tunnelbanan till och från arbetet, samt efter att barnen hade lagt sig och under del av helger. Han hade redan stakat ut vägen.

Den nu utgivna 3:e boken i barnpsykosomatik bygger vidare på de två första böckerna med fördjupning och nya forskningsrön, särskilt startle-reflexen (se nedan). Alfvén har också i denna bok samlat en högkvalificerad grupp av medarbetare. De utgörs av barnpsykiatriker, barnpsykologer, legitimerade psykoterapeuter, legitimerade fysioterapeuter, allmänläkare med dubbelspecialitet i barnmedicin och en socionom. Alfvén har fungerat som redaktör i skapandet av denna grupp. Av de 22 kapitlen har han dock själv skrivit 14 varav ett med hustrun och psykologen Malin Alfvén, som tyvärr gick bort nyligen.

Gösta Alfvén har inte bara undersökt barns kroppar efter spända muskler och ömma triggerpunkter samt gått igenom anamnes rörande födoämnesintag, mag- och tarmfunktion och den sociala miljön samt livet i familjen. Han har också ett stort intresse för hjärnan och dess funktioner relaterat till psykosomatiken. Det som lyser fram starkast i denna del av boken är betydelsen av amygdala centralt belägen i hjärnan. Det går många signaler från stationer uppifrån associationsbarken via främre pannbark ända ner till hjärnstammen och alla når amygdala som utlöser rädsla, ångest och stress. Det kan också leda till arousal, startle och freeze. Muskulär utlösning via amygdala kan ses i tung- och näsvingemuskel, diafragma och buk- och bröstkorgs-muskler. Denna teoretiska kapitel del kan blandas med läsande av de kliniskt mycket matnyttiga och informativa medförfattarna, som ger hjälp i vardagssituationer och förstärker den kliniska handlingsarsenalen. Det gör det lättare att följa kunskapen om hjärnans funktion kopplad till psykosomatiken. Författarna vid sidan av Alfvén stärker påtagligt behovet av samarbete mellan somatisk och psykiatrisk/psykologisk samt fysioterapeutisk verksamhet. Det kan annars hamna utredningsmässigt fel åt båda hållen. Listan över psykosomatiska reaktioner och symptom längst bak i boken är en mycket bra, lättillgänglig sammanfattning.

Startle är ett engelskt ord och översätts med sprutta till och överraska. Startle-reflexen är en evolutionär försvarsrespons, som innebär att hoppa till vid stark oväntad stimulering vid plötsliga starka ljud och skapar en sekundsnabb reaktion. Startle-reflexen utlöses från

en kärna i hjärnstammen och börjar med en blinkreflex och följs inom tiondels sekund av en framåtlutning av huvudet och sedan nedstigande böjningsreaktion av kroppen, som fortsätter ända ner till benen.

Tillsammans med docent Eva Andersson vid GIH och professor Sten Grillner vid Neuroscience på KI har Alfvén studerat individer i åldern 10–17 år med stressutlöst smärta, och jämfört dem med en likvärdig kontrollgrupp, genom att registrera muskler för ögonblinkning samt i tinning, nacke, bröst, buk och rygg. Smärtgruppen visade sig ha signifikant förhöjd reaktion och reaktionen utlöstes lättare, var kraftigare och varade längre. Detta är forskningsmässigt ett nytt och viktigt framsteg publicerat i European Journal of Pain år 2017.



Gösta Alfvén

Foto: Anders Andersson

Roland Sennerstam, docent,
barnläkare, Stockholm

E-mail:
roland.sennerstam@ki.se



Författare: Staffan Hübinette

Antal sidor: 338

Förlag: Norstedts Juridik

Upplaga: 2

Utgivning: 2019

ISBN: 9789139116394

Vägar till en narkotikafri skola - handbok i systematiskt policyarbete

Staffan Hübinette är lärare i socialpedagogik och drogprevention. Han har tidigare givit ut ett flertal böcker kring narkotikaproblem och skola. Han är ofta föreläsare på kurser av Riksförbundet Narkotikafritt Samhälle och på olika nationella och internationella konferenser. Hübinette har framförallt sysslat med systematiskt arbete med policy, handlingsplaner och rutiner. "Vägar till en narkotikafri skola" är en uppdatering av en tidigare bok, vilket är behövligt då förhållanden har ändrats på olika sätt.

I boken berörs inledningsvis skolsituationen "sedd från golvet" med bristande systematik, glapp mellan olika vårdande och utredande instanser, oklarhet i frågor kring drogtester och lagstiftning, problem med arbetsmiljö och bristande skolprestationer. Beträffande skolprestationerna påpekas klart hur förödande cannabis kan vara för dem.

Drogvaneundersökningar beskrivs liksom hur en kartläggning görs på en skola i samband med narkotikahärvor. Hübinette analyserar också och visar exempel på massmedias synpunkter i dessa fall liksom hur domstolar funderar kring narkotikahärvorna. Policyfrågor och förebyggande insatser diskuteras.

Behov av handlingsplaner framhålls och exemplifieras. Användande av drogtester beskrivs utförligt ur olika vinklar och det ges också praktiska råd. Lagliga aspekter på skyldighet och möjlighet för skolan att intervensera diskuteras och förslag till åtgärder ges. Boken beskriver också ett antal rättsfall av intresse och hur olika myndigheter har

agerat liksom förslag på olika blanketter som är av värde.

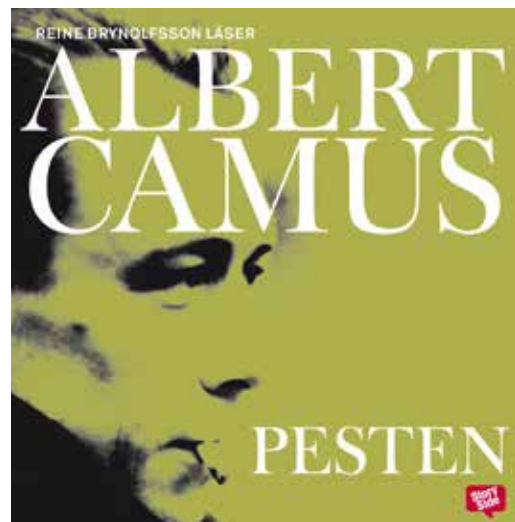
Denna bok är koncentrerad, logisk, välskriven och ger en bra beskrivning hur man praktiskt ska gå tillväga i de svåra frågorna kring narkotika hos skolungdomar. Den ger detta efter att ha givit en teoretisk bakgrund till möjligheterna att agera.

Boken bör finnas på varje högstadieskola och gymnasieskola!! Detta i en tid där det finns tendens till att bagatellisera användande av cannabis, pådrivet av en naiv libertariansk grupp och av krassa ekonomiska intressen – Big Marijuana, som är lika cyniska och omoraliska som Big Tobacco.

Gudmund Bergqvist, docent i
pediatrik, skolläkare, Göteborg

E-mail:
gudmundbergqvist@hotmail.com





Författare: Albert Camus
Översättare: Elsa Thulin
Uppläsare: Reine Brynolfsson
Förlag: Storyside
Utgivning: 2009 ISBN: 9789170363092
Finns även som pocketbok utgiven 2015 av Bonnier Pocket, 364 sidor, ISBN: 9789174295146.
Boken kom i april 2020 i ny utgåva på Albert Bonniers Förlag med nyöversättning av Jan Stolpe, 256 sidor. Inbunden: ISBN 9789100179434; E-bok: ISBN 9789100179441.

Ett boktips för vår tid – Pesten av Albert Camus



Albert Camus i sitt arbetsrum, 1957.
Foto: United Press International. Public Domain.

En morgon när doktor Bernard Rieux är på väg ut till sina sjukbesök snubblar han på en död råtta i sin trappuppgång. Så inleds Albert Camus bok Pesten. Snart hittar man döda råttor lite varstans i staden och efter ett tag överallt. Sedan börjar människor dö med hög feber och groteskt svullna lymfkörtlar i ljumskar och armhålor. I början försöker myndigheterna tona ner det som händer, men så småningom måste alla erkänna det som doktor Rieux tidigt har insett – den algeriska staden Oran har drabbats av en pestepidemi.

Denna vår, som präglas så starkt av coronavirus-pandemin, har Pesten varit ett av de stående boktipsen från tidningarnas kulturredaktioner. Romanen är en klassiker som finns i många bokhyllor, på i stort sett alla bibliotek och i nyutgåvor, både i originalöversättningen och i en nyöversättning. Själv har jag lyssnat på romanen som ljudbok med Reine Brynolfsson som uppläsare. Ljudboken har fungerat utmärkt som sällskap under promenader i en tid av anbefalld fysisk distansiering.

Romanens fiktiva berättelse utspelas i Oran vid Medelhavets kust år 1940. När det står klart att det rör sig om en pestepidemi stänger myndigheterna stadens portar. Karantänen upprätthålls med obönhörlig stränghet. Ingen får lämna staden, ingen släpps in. Genom några av stadens invånare får vi följa pestens härjningar bland befolkningen. Dödstalen stiger och stiger. Sjukdomen slår blint och slumpartat för att slutligen dra sig tillbaka. I centrum för berättelsen står doktor Rieux och hans tunga arbete för att lindra och hjälpa. Av och till förstår vi att det delvis är författarens egna tankar och erfarenheter som återspeglas.

Romanen är naturligtvis också en allegori över det världskrig som rasade 1939–1945, men just våren 2020 känns den naturlig att läsa som en bok om en svår epidemi. Särskilt i början av berättelsen finns mycket som känns bekant från dagens covid-19-pandemi.

Albert Camus (1913–1960) föddes i dåvarande franska Algeriet. Han hörde till den grupp som kallades pieds-noirs, det vill säga frans-

män som bodde i Algeriet före självständigheten. Uttrycket, ordagrant ”svartfötter”, ska ha sitt ursprung i den arabiska befolkningens bild av kolonialmaktens representanter i svarta skor. Pappan stupade vid Marne redan under första världskrigets inledande år. Camus växte därför upp med sin mamma som kom att betyda mycket för honom. Trots sin fattiga uppväxt fick den begåvade Camus studera vidare. Efter filosofistudier vid universitetet i Alger blev Camus tidningsman och författare. Under andra världskriget var han verksam vid den franska motståndsrörelsens förbjudna tidning i Paris. Politiskt befann sig Camus på vänsterkanten men han tog avstånd från den totalitära Sovjetstaten.

Som författare fick Camus sitt genombrott med berättelsen Främlingen som kom 1942. Romanen har setts som en representant för existensialismen. Pesten, som av många räknas som hans främsta roman, kom 1947. Camus omkom tragiskt i en bilolycka i januari

1960. Bilen kördes av hans förläggare, Michel Gallimard. Gallimard, från ägarfamiljen till bokförlaget med samma namn, avled också. Två år innan sin alltför tidiga död hade Camus tilldelats Nobelpriset i litteratur, endast 44 år gammal.

Göran Wennergren, Seniorprofessor, överläkare, Avdelningen för Pediatrik, Göteborgs universitet och Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus, Göteborg

E-mail:
goran.wennergren@pediat.gu.se



OBS! Under kalendarier publiceras enbart kalendariepunkter som registrerats på BLF:s hemsida. Registrera därför din kurs/fortbildning på www.barnlakarforeningen.se

JUNI

3-4/6 Nordic Vaccine Meeting 2020, Stockholm
Info: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/nordic-vaccine-meeting-2020/> FLYTTAS TILL JUNI 2021

SEPTEMBER

3-5/9 The 10th Europaediatrics, 2020
Info: <https://www.europaediatrics2020.org/en>
14-15/9 European Paediatric Advanced Life Support (EPALS), Norrköping Info: <https://vardgivarwebb.regionostergotland.se/epals/>

OKTOBER

2/10 Barnhivdagen, för kliniker som arbetar med barn med hiv. Svenska Läkaresällskapet.
Info: johanna.rubin@sll.se

26-30/10 The imperial college neonatal update, 2020, London
Info: <http://www.imperial.ac.uk/school-public-health/neonatal-update/>

NOV

27-28/11 MSF Paediatric Days, Dakar, Senegal
Info: <https://paediatrics.msf.org/>

Nästa nummer...

Nästa nummer har temat Övergång från barn – vuxenmedicin och utkommer den 22 juli.

Det kommer dock att finnas tillgängligt på Barnläkarens hemsida www.barnlakaren.se tidigare. Via vårt nyhetsbrev och Twitter får du information om när detta sker.

Varmt välkomna att medverka i tidningen. Glöm inte att skicka med ett högupplöst porträttfoto av er själva och att skriva under med namn, titel och arbetsplats och e-mail (exempel: anders andersson, barnläkare, barnkliniken, anders.andersson@hotmail.com).

Max 500 ord, 5 referenser/artikel. Tipsa gärna om nyheter: info@barnlakaren.se



Foto: Wikipedia



HJÄLP BARNEN SOM FLYR!

Just nu har vi akuta insatser i bland annat Syrien, Grekland, Italien, Serbien och här hemma i Sverige. Men det räcker inte. Vi behöver din hjälp. Vi behöver bli fler. **Bli Barnrättsskämpe på räddabarnen.se**

Vår verksamhet kontrolleras av Svensk Insamlingskontroll. Vårt 90-konto garanterar att dina pengar används så effektivt och ansvarsfullt som möjligt.



Rädda Barnen

DryNites®

Mindre oro, mer barndom

Enures är ett utbrett problem

14% av alla 4-15 åringar har kissat i sängen på en eller annan tidpunkt i deras liv. DryNites® nattbyxor hjälper både barn och föräldrar att få en god nattsömn. DryNites® ger ett högabsorberande, diskret skydd och har designats så att de liknar vanliga underbyxor. De finns i 3 storlekar från 3-15 år till både pojkar och flickor. Som extra skydd finns även BedMats, ett absorberande engångsunderlakan som håller madrassen torr när olyckan är framme.



Gratis
informationsbox

Informationsboxen innehåller:

- Prover på DryNites 4-7 år och 8-15 år
- Informationsfolder om sängvätning och DryNites-produkterna



Beställ boxen via mail: info@retail-partner.dk

Få mer information om enures hos barn på www.drynites.se