

Barnläkaren

NR.4/2010



Tema | Barnhälsovård

Fredrik Reinfeldt: "Vi vill satsa på förbyggande barnsjukvård"
Nödvändigt med djupare kunskap om vaccinationer hos BVC-personal
Amning och utbildning – hur hänger det ihop?



SVENSKA BARNLÄKARFÖRENINGEN
SWEDISH PAEDIATRIC SOCIETY



GlaxoSmithKline AB, tel 08-638 93 00, 20100215SYNF:339

Synflorix® Vaccin mot pneumokocker!

Synflorix®:

- Kan förhindra upp till 90% av alla invasiva pneumokockinfektioner hos barn.¹⁻⁴
- Uppskattas skydda mot 33% av öroninflammationer hos barn oavsett etiologi.^{1,5}
- Utvecklat för att säkert kunna samadministreras med andra vacciner.^{1,6}



Synflorix® Rx, EF, J07AL52. Indikation: Aktiv immunisering av spädbarn och barn från 6 veckor till 2 års ålder mot invasiv sjukdom och akut otitis media orsakade av *Streptococcus pneumoniae*. Synflorix injektionsvätska, suspension i förfylld spruta 1 dos (0,5 ml). Polysackaridvaccin mot pneumokockinfektioner, konjugerat, adsorberat. För fullständig information om varningsföreskrifter och begränsningar se www.fass.se. Datum för översyn av produktresumén 2009-03-30.

Referenser: 1. Produktresumé Synflorix®, www.fass.se. 2. Wysocki J, Galaj A, Omeñaca F et al. Data presented at ISSPD 2008. 3. Zissis N, et al. Eur J Pediatr (2004) 163: 364-368. 4. GSP Summary Report for SAGE meeting, November 6-8, 2007. 5. Prymula R, Peeters P, Chrobok V, et al. Lancet 2006; 367:740-4. 6. Forsgren A et al. Protein D of *Haemophilus influenzae*: A Protective Nontypeable *H. influenzae* Antigen and a Carrier for Pneumococcal Conjugate Vaccines. Clin Infect Dis 2008; 46: 726-31.

Innehåll

Barnläkaren

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

Ansvarig utgivare

Nina Nelson
nina.nelson@lio.se

Chefredaktör/Annonskontakt

Margareta Munkert Karnros
info@barnlakaren.se

Redaktionssekreterare

Viveca Karlsson
Viveca.Karlsson@ki.se
Tel: 08-517 747 43

Kulturredaktör

Carl Lindgren
carl.lindgren@actapaediatrica.se

Manuskript insändes

per mail till:

Margareta Munkert Karnros
info@barnlakaren.se

Bokrecensioner insändes per mail till:

Carl Lindgren
carl.lindgren@actapaediatrica.se

Prenumerationsärenden och

adressändringar

Sveriges Läkarförbund
Medlemsregistret
Box 5610
114 86 Stockholm
Tel: 08-790 33 00
Fax: 08-790 33 16

Förlag

Barnläkaren is published by Blackwell Publishing Ltd

9600 Garsington Road
Oxford OX4 2DQ, UK
Tel: +44 1865 776868
Fax: +44 1865 714591
mvi@wiley.com

Blackwell Publishing Ltd was acquired by John Wiley & Sons in February 2007. Blackwell's programme has been merged with Wiley's global Scientific, Technical, and Medical business to form Wiley-Blackwell.

Tryck

COS Printers Pte Ltd, Singapore

Redaktionsråd

Erik Borgström
Hugo Lagercrantz
Carl Lindgren
Måna Wallensteen
Göran Wennergren

Omslagsbilder:

City Akuten, Stockholm
Fotograf Rosie Alm
Robert Matton AB

LEDARE

2

REDAKTÖRENS RUTA

3

BARNMEDICIN

Invigning av det nya Barn- och Ungdomssjukhuset i Linköping
Nina Nelson

4

TEMA: BARNHÄLSOVÅRD

Att följa barns tillväxt – synpunkter på tillväxtkurvor *Lars Hagenäs*

7

Hur förebygger vi psykisk ohälsa hos nyanlända flyktingbarn?

Anders Hjern

9

Barnmisshandel – synpunkter på prevention i dagens samhälle
Staffan Janson

10

Metod efter syfte och inte tvärtom – Föräldrastödande program
tidigt i föräldraskapet *Anna Sarkadi*

12

Nödvändigt med djupare kunskap om vaccinationer hos
läkare och sjuksköterskor på BVC *Margareta Blennow*

13

Vilka föräldrar får (eller tar) inte del av BVC:s utbud?

Dagmar Lagerberg

15

Förebyggande vård av barn med ADHD angelägen fråga
för barnhälsovården *Kirsten Holmberg*

16

Föräldrars alkoholvanor – en fråga för barnhälsovården?

Magnus Landgren

18

Amning och utbildning – hur hänger det ihop? *Renée Flacking*

19

SVAR DIREKT

Partiledarna inför riksdagsvalet – Vad i ert partiprogram
främjar barns hälsa och välbefinnande?

21

DEBATT

Replik: "Amning minskar inte risken för astma eller allergi"

Inger Kull, Magnus Wickman

23

EXTRA: BARNVECKAN

Bildreportage från Barnveckan, Jönköping

25

NYHETER

Ökat intresse för BLU

27

Acta Paediatrica får ny redaktör

27

KULTUR

Litet syskon *Gunilla Malm*

28

Vår barnläkarbok *Inge Axelsson*

28

KALENDARIUM

31

13redast täckning*

Prevenar 13 kan förhindra upp till 95% av alla fall av allvarlig pneumokocksjukdom hos barn under 2 år.¹

Nu finns Prevenar 13 tillgängligt och kan administreras enligt det svenska barnvaccinationsprogrammet (2+1)². Prevenar 13 är en vidareutveckling av Prevenar och täcker ytterligare sex serotyper av *Streptococcus pneumoniae* – 1, 3, 5, 6A, 7F och 19A. Serotyp 19A är på väg att bli en vanlig orsak till allvarliga pneumokockinfektioner och är en serotyp som i hög utsträckning uppvisat resistens mot antibiotika^{3, 4}.

Prevenar 13 har bredast täckning av alla konjugerade pneumokockvacciner, vilket medför att upp till 95% av alla invasiva pneumokockinfektioner hos barn under 2 år kan förhindras¹.

**Täcker flest serotyper av alla konjugerade pneumokockvacciner¹.*



Prevenar 13, Rx, EF, J07AL02, SPC 2010-03-29. Polysackaridvaccin mot pneumokockinfektioner, konjugerat, adsorberat, 13-valent. Indikation: Aktiv immunisering för förebyggande av invasiv sjukdom, pneumoni och akut otitis media orsakad av *Streptococcus pneumoniae* hos spädbarn och barn i åldern 6 veckor till 5 år. Injektionsvätska, suspension i förfylld spruta om 0,5 ml. För fullständig information om varningsföreskrifter, begränsningar och dosering, se www.fass.se. För aktuellt pris se www.apotekfarmaci.se

Referenser: 1. Darenberg J, Henriques Normark B. Vaccine 2009;27S:G27–G32. 2. Fass.se. 3. Hicks LA, Harrison LH, Flannery B, et al; for Active Bacterial Core Surveillance Program of the Emerging Infections Program Network. J Infect Dis 2007;196:1346–54. 4. Dagan R, Givon-Lavi N, Leibovitz E, et al. J Infect Dis 2009;199:776–85.

Wyeth AB, Vetenskapsvägen 10, 191 90 Sollentuna. Telefon 08-550 520 00. www.prevenar.se

Wyeth AB är nu en del av Pfizer AB, mer information finns på www.pfizer.se

Wyeth



NUTRITION

FORSKNING & UTVECKLING I SAMRÅD MED BARNLÄKARE

Till små magars försvar.

Den nya generationen
modersmjölksersättning
främjar tarmfunktionen hos
barn som inte ammas.

Ammande barn har ofta en mjukare avföring jämfört med barn som får modersmjölksersättning. Genom att tillsätta prebiotika i form av GOS (galaktooligosackarider) i våra modersmjölksersättningar, har vi tagit ytterligare ett steg för att ge barn som inte ammas en så naturlig start i livet som möjligt.

GOS ger avföringen en mjukare konsistens och främjar tillväxten av goda tarmbakterier.^{1,2}

Sempers modersmjölksersättningar är dessutom berikade med α -laktalbuminer som är ett värdefullt protein. Proteinet har i studier visat en gynnsam inverkan på tarmens funktion.³



Utvecklad i Sverige

Sammansättningen av BabySemp utvecklas kontinuerligt i takt med ny kunskap och forskning. Alla produkter är utvecklade och tillverkade med det lilla barnets behov i fokus. Och i nära samråd med barnläkare.

Samtliga BabySemp-produkter har nu även fått en ny design och ny smart förpackning.

Semper stöder WHO-koden om att bröstmjolk är spädbarnets bästa föda.

Referenser: 1. Ben XM, et al. World J Gastroenterol 2003;14(42):6564-8. 2. Fanaro S, et al. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2008;44:82-8. 3. Davis AM, et al. Eur J Clin Nutr 2008;62,1294-1301.

RotaTeq®

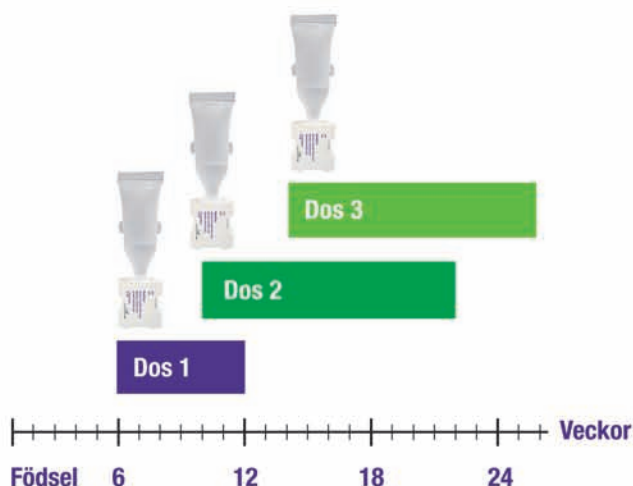
Rotavirusvaccin (Levande, Oralt)

RotaTeq® – Det pentavalenta rotavirusvaccinet

Rotavirus är den vanligaste orsaken till allvarlig gastroenterit hos barn under 5 år.² I Sverige uppskattar man att rotavirus orsakar ca 1500–2000 sjukhusinläggningar per år.¹

Sedan 2006 har RotaTeq® använts i barnvaccinationsprogrammet i USA. På barnsjukhuset i Philadelphia såg man bland barn som inkom med akut gastroenterit en minskning av rotavirus med 87% redan ett år efter införandet (2007–2008 vs 2005–2006).²

RotaTeq® levereras som färdig lösning i klämtub och ges oralt i tre doser, ensamt eller tillsammans med andra barnvacciner.



Nyhet för komjölksallergiska barn!

**Althéra® – ett
säkert hydrolysat
som smakar gott!**



**Nu till
lägsta pris!***



Enhancing the quality of life

Nestlé HealthCare Nutrition
Kundservice: 020-78 00 20
www.nestlenutrition.se

Nestlé HealthCare Nutrition stöder WHO:s kod
om att bröstmjolk är barnets bästa föda

* jämfört med andra kompletta specialnärings-
för barn med komjölksproteinallergi.



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

Plusgiro 90 2003-3



Rädda Barnen
Save the Children Sweden

LEDARE

Kära kollegor!

FoU och patientsäkerhet – hänger det ihop?

I min värld gör det definitivt det. Utan spaning ingen aning heter det ju. Spaning kan vara ett annat sätt att säga att man beforskar/utforskar det man ser. En patientsäker vård kräver att man har en god aning om vad man gör och om det man gör är bra eller ej?

Med öppna jämförelser blir sjukvården konkurrensutsatt på ett sätt som är relativt nytt för oss. Har vi inte gjort det förut är det nu hög tid att lyfta blicken och se vilken motsvarande vård andra åstadkommer, framför allt i Sverige men också utomlands. Vi kan förvisso hävda att de data – medicinska och omvårdnadsmässiga – som presenteras innehåller felaktigheter och därför inte är jämförbara. Men är det då inte vår sak att se till att vi gemensamt tar ett grepp om pediatriken och hjälps åt att tillsammans identifiera vad vi menar med olika mätvariabler och hur man ska ta fram dessa? Är det möjligt och är det önskvärt?

Det finns de som menar att bara det faktum att man mäter något åstadkommer en kvalitetshöjning. Fullt så enkelt är det kanske inte – det måste ju en riktning, ett mål och ett återkopplingssystem till för att få skutan att gå framåt och inte bara runt i cirklar.

Många medarbetare är engagerade i inmatning i databaser som vuxit fram organiskt på lite olika sätt. Resultatet innebär olika karaktär på olika databaser, dubbelarbete med inmatning av samma generiska patientdata i flera olika system samt, inte minst, att vi inte får ut data som bör fungera som återkoppling i sjukvården av olika patientgrupper.

Jag hoppas mycket på vår förmåga att utveckla sjukvården och att vår professionella kompetens som barnläkare ska ha inflytande över den s k produktionsuppföljningen.

Detta är viktigt för att barn och ungdomar ska få en säker och vetenskapligt baserad vård i framtiden. Vi är viktiga medaktörer och ledare i utvecklingen av morgondagens hälso- och sjukvård för barn och ungdomar! För att lyckas i det arbetet behöver vi förvalta och utveckla dialogen med våra uppdragsgivare oavsett om vi ser dem som medborgarna själva eller deras valda representanter. I den dialogen behövs fakta och analys, där är det vetenskapliga förhållningssättet och arbetsinsatsen ovärderlig. Låt oss stötta våra medarbetare som aktivt arbetar med forskning och utveckling på det att vi får underlag för en ännu bättre och säkrare vård för våra patienter imorgon.

Du kan börja med att lyssna på och reflektera över det högaktuella och intressanta programmet vid årets läkarstämma. Årets tema "En jämlik vård" berör i högsta grad pediatriken!

Väl mött i Göteborg!

Nina Nelson



Nina Nelson

Nästa nummer...

Nästa nummer har temat **Onkologi** och utkommer den **27 september**. Det kommer dock att finnas tillgängligt på Barnläkarens hemsida www.barnlakaren.se tidigare.

Varmt välkomna att medverka i tidningen. Glöm inte att skicka med ett högupplöst foto av er själva och att skriva under med namn, titel och arbetsplats (Anders Andersson, Barnläkare, Malmö lasarett, E-mail)

Tipsa gärna om nyheter: info@barnlakaren.se



Redaktörens ruta



Svensk barnhälsovård befinner sig i ett trängt läge. Vårdvalsreformen med fri etablering har lett till ökad splittring av de tillgängliga resurserna, med många nya små enheter med ansvar för ett litet antal barn. Befolkningsansvaret har försvagats liksom möjligheterna till folkhälsoinriktad samverkan med andra verksamheter.

Dessa ord, som pekar på ett behov av krävande arbetsinsatser för att uppnå en bättre fungerande barnhälsovård, kommer från Claes Sundelin, professor emeritus i socialpediatrik och f.d. barnhälsovårdsöverläkare. Det förebyggande arbetet med barn står inför många betydelsefulla utmaningar. Kompetens och verktyg behöver utvecklas för att förbättra stödet både till barnfamiljerna i allmänhet och till utsatta grupper i synnerhet. Det gäller också att ta till vara nya vetenskapliga landvinningar, exempelvis inom vaccinationsområdet. Samtidigt måste vi värna om de vinster som uppnåtts, de behöver erövrats för varje ny generation barn.

Claes Sundelin, som också är gästredaktör i det här numret, betonar vikten av att svensk barnmedicin står enad och beslutsamt slår vakt om det preventiva arbetets fortsatta utveckling. Mer om detta på våra temasideor.

Riksdagsvalet äger som bekant rum i slutet av september. Vi var förstås nyfikna på vad våra partiledare har att berätta om vad de tänker göra för att främja barns hälsa och välbefinnande i Sverige. Fredrik Reinfeldt, bland

andra, tog sig tid i en hektisk period av valförberedelser att besvara frågan i Svar Direkt på sidan 21.

Utsikterna för barns hälsa och välbefinnande stod självskrivet även i centrum under Barnveckan i Jönköping, där *Framtidens Pediatrik* var huvudtemat. Det var verkligen givande att träffa våra trogna läsare och höra åsikter om tidningen. Ett av önskemålen som framfördes var tidig annonsering av disputationer. Detta är möjligt att genomföra om vi får besked direkt från doktoranden, så snart denne har ett disputationsdatum inplanerat. Nyheten når oss då snabbare, jämfört med om vi får informationen via universitetens presstjänst.

Tack för de fina foton från Barnveckan som skickats in till redaktionen. Det är tydligt att detta var en lärorik vecka fylld av intresseväckande inslag, både inom vetenskap och kultur.

Den som tyckte att detta var en strålande kombination, bör bläddra fram till kultursidorna. Här granskar vi psykologen och psykoterapeuten Christina Renlunds senaste alster, samt en nykomling i hyllan med barnläkarböcker. Dessutom en glimt från en fascinerande utställning. Hur väcker man dynamik, framåtsträvan och mjuk livfullhet i metalltråd, formad likt det bräckliga ådernätet på en insektsvinge? Kira Malmsten har svaret.

Ha en fortsatt trevlig sommar!

Margareta Munkert Karnros

Gästredaktör till vår temadel om *Barnhälsovård*:

Claes Sundelin (f 1939) har varit professor i socialpediatrik vid Uppsala universitet samt barnhälsovårdsöverläkare i Uppsala. Han har forskningsmässigt ägnat sig främst åt frågor kring barn som far illa samt utveckling och utvärdering av förebyggande program inom barnhälsovården.

Claes har också varit ordförande i Svenska Barnläkarföreningen, vetenskapligt råd i barnhälsovård och ordförande för Socialstyrelsens expertgrupp i barnmedicin samt ordförande i en parlamentarisk utredning av barnpsykiatri i Sverige.



Claes Sundelin

BARNMEDICIN

Invigning av det nya Barn- och Ungdomssjukhuset i Linköping : Barnsjukvård i nya ändamålsenliga lokaler

–Vi som arbetar med barn och ungdomar i sjukvården har nog alltid sett ett värde i att kunna samla olika kompetenser kring det sjuka barnet. Att inte behöva flytta omkring i olika lokaler har stor betydelse för patienten, säger Nina Nelson, Svenska Barnläkarföreningens nya ordförande. För en kort tid sedan invigdes det nya Barn- och ungdomssjukhuset i Linköping. Projektteamet bakom det nya sjukhuset kan dra en lättnadens suck. Nina berättar:

Om lokalerna på ett sjukhus för barn och ungdomar i olika åldrar är särskilt anpassade för just den gruppen, är det extra värdefullt. Alla har inte sett det på det viset, och tiden har inte alltid varit på vår sida i vår strävan för att, i enlighet med FNs barnkonvention och NOBABs kriterier, tillse barns specifika behov i sjukvården.



Liten pojke får behandling på dagvården av smärtsjuksköterska Karin Berg.

I Linköping har vi länge arbetat för att samla sjukvården för barn och ungdomar vilket blev verkligt rent organisatoriskt 2006 och lokalmässigt nu i början av 2010. Vägen var lång och, som så ofta när man gör förändringar, inte utan problem. Många arbetsgrupper har jobbat intensivt med lokal- och funktionsplanering under de nästan fem år som arbetet tagit fram till invigningen den 24 mars.

Multiprofessionell barnsmärtenhet – resurs för hela sjukhuset

Totalt har utrymmet i det nya Barn- och ungdomssjukhuset ökat vilket också var nödvändigt för att åstadkomma en modern vård med enkelrum med plats för anhöriga men också plats för personalen att på ett säkert sätt sköta t ex ryggkirurgiska och ortopediska patienter. Det nya Barn- och Ungdomssjukhuset utgör något mindre än ett och ett halvt våningsplan i centralblocket på Universitetssjukhuset.

Samarbetet mellan olika discipliner och yrkesgrupper har varit konstruktivt och framåtblickande präglad av öppenhet och lyhördhet. Det har i planeringsarbetet varit viktigt att särskilt ta hänsyn till patientflöden och logistiska aspekter på olika vårdprocesser.

Dagvården, som är en central del i kliniken, ligger nu i anslutning till den slutenvårdsavdelning som bl a handlägger barn med onkologiska sjukdomar, neurokirurgi och diabetes. Den kirurgiska slutenvårdsavdelningen har även utrymme för viss dagvårdsverksamhet och som kronan på verket finns här en särskild multiprofessionell barnsmärtenhet som också är en resurs för hela sjukhuset. Idag görs en hel del åtgärder på avdelningen som förut inplanerades och tog utrymme på centraloperation. För barnet och familjen är det självklart en fördel att kunna vara kvar bland känd personal och kända lokaler vid sårrevisioner, stiftdragningar, benmärgspunktioner och liknande.

En spännande "kulturfusion" är samlokaliseringen av kirurgisk respektive medicinsk vårdavdelning. Den kirurgiska slutenvården som i huvudsak omfattar viss barnkirurgisk verksamhet, ortopedi, ryggkirurgi, hand- och plastikkirurgi ligger som närmaste granne till den barnmedicinska akutvårdsavdelningen där framför allt barn som



Sjuksköterskan Chris Lindqvist med en mamma till en patient.

BARNMEDICIN



Lek är viktigt, inte minst när det gäller att avdramatisera ett läkarbesök. Uroterapeuten på PNUT heter Monica Eldh.



Barnläkaren Erik Wejryd samtalar med en liten pojke och hans mamma.

behöver observeras kortvarigt p g a oklara tillstånd samt barn med infektionssjukdomar vårdas. Personalen gläds redan åt att lära nytt av varandra och förmedla egen kunskap och erfarenhet. I det sammanhanget är det dock viktigt att var och en har sin egen hemvist och specifika kompetens så att vården utvecklas och säkras.

Den neonatala intensivvårdsavdelningen som byggdes om och renoverades i ett tidigare skede är lokaliserad en trappa upp i direkt anslutning till BB vilket underlättat en mycket välfungerande samvård.

Utöver nämnda slutenvårdsavdelningar samt anslutande dagvård finns en växande öppenvård i rymligare lokaler. Mottagningarna kan därmed lättare planeras och klinisk enhet "PNUT" – pediatrik, neurologi och tarmstörningar – kan med ändamålsenliga lokaler se fram emot ytterligare framsteg i sitt utvecklingsarbete. Som en överbryggande del i klinisk verksamhet finns hemsjukvård för barn, dels i form av neonatal hemvård, dels i form av en sedan åtskilliga år etablerad hemvård för de större barnen. Den verksamhet som kanske kännetecknas av störst behov av att finnas för alla barn på hela kliniken är lekterapi och skola som nu också gläds åt uppfräschade lokaler.

Att heta Barn- och ungdomssjukhus ser vi som arbetar i verksamheten som en ytterst viktig markering; vi får inte glömma att vi också är till för ungdomarna! Detta

tydliggörs genom särskilda rum för ungdomar, inte bara inom lekterapi utan också i anslutning till olika vårdutrymmen.

Slutligen vill jag lyfta fram ett par faktorer som varit, och är, betydelsefulla i arbetet med en samlad och utvecklingsbenägen barnsjukvård, utöver alla medarbetare förstås – de är allra viktigast! Tack vare tillkomsten av Ronald McDonald Hus i Linköping finns betydligt bättre förutsättningar att samla familjen kring det sjuka barnet och att kunna erbjuda en hemlik miljö nära sjukhuset. Detta bör kunna stimulera till ökad poliklinisering och mindre "sjukdomskänsla" för barnfamiljen. Samtidigt som vi invigde vårt nya Barn- och ungdomssjukhus firade Föreningen för Östergötlands Barn 80 år. För 80 år sedan byggdes ett första barnsjukhus i Linköping genom insatser från en grupp hängivna ideellt arbetande kvinnor (så var det på den tiden) från slätten. Föreningen har idogt fortsatt sin verksamhet till stöd för barnen och deras familjer. Den typen av insatser utgör goda föredömen inte att förglömma.

Det ska bli spännande att se fortsatt framväxt av samlad, säker och högt utvecklad barn- och ungdomssjukvård i olika delar av vårt land – förutsättningarna finns på många håll!

*Nina Nelson verksamhetschef under resans gång i tillblivelsen av Barn- och ungdomssjukhuset i Linköping
E-mail: nina.nelson@lio.se*

Rättelse nr 3/2010 Barnmedicin, Neurofibromatos - en åkomma med många ansikten, artikelförfattare Barbro Westerberg

(Ingressen) Neurofibromatos är inte en neurologisk sjukdom utan en heterogen åkomma. Att både NF1 och NF2 beror på en mutation i sjuttonde kromosomen, är felaktigt. NF1 har en deletion på kromosom 17, NF2 på kromosom 22. Redaktionen beklagar felskrivningen.

BARNMEDICIN

Porträttet – *Vad gör jag om tio år?*



Profetior är svåra saker. I årskurs sex skulle vi skriva en uppsats om oss själva år 2000. Jag skrev att jag skulle ha en dammsugande och baddande robot. Nu har millennieskiftet passerats och produkten finns på marknaden – men jag har inte köpt någon. Det som för en 12-åring var hemmets trälögaste sysslor är för en 37-åring inte det som besvärar mest.

Just nu är jag ganska nybliven specialist som inriktat mig på neonatologin. Forskningsengagemang står kanske för dörren, samtidigt som jag är småbarnsförälder och inte vet hur hårt bågen bör spännas.

Ur denna situation kastas mitt getöga in i 2020. Det slår mig att tankarna endast flyktigt rör professionell utveck-

ling. Istället funderar jag på hur stora barnen är. Jag hoppas att vi har det bra tillsammans, att vi har tid. Att jag och min sambo känner att vi båda är nöjda med det vi gör ihop och det vi gör var för sig i jobbet. Det är privata funderingar, troligen utan något allmänintresse för barnläkarkåren, men jag är knappast ensam om dessa grubblerier.

Mina val i livet har hittills mest av allt styrts av vart min sociala kompass pekat. Var finns goda medarbetare och bra arbetsgemenskap? Jag hoppas detta fortsätter att leda mig in i roliga samarbeten. Med vad? Det syns inte i kristallkulan.

Hushållsroboten kanske har anlänt vid det laget. Tillsammans med roliga arbetsuppgifter, god schemaläggning, stabil hälsa och inte minst glada och uppmuntrande arbetskamrater och familjemedlemmar kan nog den bidra till att göra framtiden ljus och välstädd!

*Erik Wejryd, barnläkare,
Barn- och Ungdomssjukhuset,
Linköping*

Perinatal Epidemiology, 3 ECTS Nordic School of Public Health, NHV, Gothenburg, Sweden

The course focuses on some of the fundamental issues and challenges in epidemiological research of pregnancy outcome and newborn health. These include critical exposure periods in a foetal growth perspective – including the development and risk of birth defects; the epidemiological implications of maternal and gestational diabetes for the newborn; medication use in pregnancy – what is known and not known about the effect on the foetus; working and environmental risks during pregnancy; small-for-gestational age as a proxy for intrauterine growth restriction; confounding; and a critical view on the use of population-based birth registers in research.

We will also look closer at the role of socio-economic factors and how they are mediated. These learning aims will be achieved through lectures by experienced researchers within the different areas, literature reviews and discussions.

Read more about the course and apply on
www.nhv.se/perinatal/eng



Nordic School
of Public Health

Specific eligibility requirements

Minimum requirement is a Master degree or equivalent. It is expected that the students have a pre-understanding of basic statistics and epidemiology

Course time

Sep 20-24, 2010

Application and fees

Course fee: SEK 8000

Application will close once the course is full

For students residing in the Baltic Sea rim countries, a potential source to apply for funding is the Visby programme

Students may find accommodation at Nya Varvet Studios on campus: www.nyavarvetstudios.se

Course coordinator

Arild Vaktiskjold, DrScient (arild.vaktiskjold@nhv.se)

Course administrator

Louise Teurneau (louise.teurneau@nhv.se)



Nordic council of Ministers

TEMA: BARNHÄLSOVÅRD



Flogsta vårdcentral, barnavårdscentralen Primärvården, Landstinget i Uppsala län

Foto: Johan Wahlgren

Att följa barns tillväxt – synpunkter på tillväxtkurvor

Barns genomsnittliga tillväxt och kroppsliga mognadstempo är känsliga indikatorer på socioekonomiska förhållanden för populationer. I ett globalt perspektiv finns därför stora skillnader för längdutveckling och pubertetsåldrar mellan fattiga och rika länder. Inom en population är dock genetiska faktorer avgörande för skillnader mellan individer vilket inkluderar i vilken utsträckning kroppens utveckling reagerar på omgivningsfaktorer som nutrition, sjukdom och psykosocial stress.

Barns genomsnittliga tillväxt och kroppsliga mognadstempo är känsliga indikatorer på socioekonomiska förhållanden för populationer. I ett globalt perspektiv finns därför stora skillnader för längdutveckling och pubertetsåldrar mellan fattiga och rika länder. Inom en population är dock genetiska faktorer avgörande för skillnader mellan individer vilket inkluderar i vilken utsträckning kroppens

utveckling reagerar på omgivningsfaktorer som nutrition, sjukdom och psykosocial stress.

Individens tillväxtförlopp i populationsfördelningen.

Kännedom om populationens genomsnittliga tillväxtmönster är väsentligt då man värderar individens utveckling. Ännu viktigare är att skaffa sig en uppfattning om barnets

TEMA: BARNHÄLSOVÅRD



Two små flickor på besök hos sköterska på Fålhagens vårdcentral, Uppsala

Foto: Fålhagens vårdcentral, Uppsala

konstitution och om tillväxtmönstret följer det typiska för familjen. De tillväxtkurvor vi använder i klinisk praxis för vikt, längd, huvudomfång och BMI beskriver egentligen bara populationens medelvärde och spridning (uttryckt i standarddeviationer eller percentiler) per ålderskategori och där man har bundit ihop respektive punkter till kurvor. Man får därigenom en "matris" vari man kan plotta individens tillväxt trots att de så skapade tillväxtkurvorna inte beskriver något generellt normativt individuellt tillväxtförlopp. Även om majoriteten av alla barn är "kanalföljare" är det inte givet att alla friska individer skall följa sin position i populationsfördelningen. Konsten att tolka den individuella tillväxten är därför att bedömma om barnet följer sitt förväntade förlopp.

Olika normala friska individer kan således ha olika sätt att växa, dvs förflytta sig i tillväxtkurvan, beroende på t ex skillnader i tempo för kroppslig mognad vilket också ger variationer i hastigheter för tillväxt. Barnets faktiska förlopp i kurvan ger därför värdefull information att jämföra

med föräldrars och syskons tillväxtmönster.

Det är lätt att identifiera olika perioder av utveckling för individen; till exempel intrauterin period, amningsperiod, de första två årens tillväxt, adrenarke samt pubertetstillväxt. Tempo och därmed längdtillväxt under var och en av dessa perioder kan variera och är beroende av samspelet mellan genetisk konstitution, epigenetisk präglning och den aktuella anabola situationen. Vid bedömning av individens tillväxt är det därför viktigt att skaffa sig en uppfattning om

vilket utvecklingstempo för de olika faserna som är typiskt för den aktuella familjen samtidigt med att försöka fastställa vilken utvecklingsfas barnet befinner sig i. Sett ur detta perspektiv är det förstäligt att det kan vara normalt och friskt att förändra sin position i en tillväxtkurva som beskriver populationens medellängd per ålder.



Olika normala friska individer kan ha olika sätt att växa, dvs förflytta sig i tillväxtkurvan, beroende på t ex olikheter i tempo för kroppslig mognad vilket ger olika hastigheter för tillväxt.

Foto: Anders Rick

Tillväxtkurvor som speglar individens konstitution

Teoretiskt borde det således finnas specifika tillväxtkurvor för olika sätt att växa; till exempel vid för tidig respektive sen kroppslig mognad redan från småbarnsåren, långvuxenhet med obesitas, kortvuxenhet med undervikt, grav prematurfödsel för att nämna några exempel. Syndromspecifika tillväxtkurvor existerar redan för en rad tillstånd inkluderande bland andra Turners, Downs, Prader-Willis, Williams, Noonans och Marfans syndrom.

Vikt och viktutveckling

Längd- och viktkurvorna bedöms vanligen tillsammans, dels ger det en uppfattning om individens nutritionella tillstånd men också hur t ex en förändring i positionen på viktkurvan påverkar förloppet på längdkurvan. När det gäller bedömning av individens viktposition är det väsentligt att påpeka att det inte finns någon enkel parallellitet mellan längd- och viktkurvorna vilket beror på att vikt anges per ålder och inte, som det borde vara, för längd. Detta innebär att en placering motsvarande t ex +3 SDS för både längd och vikt indikerar att individen är överviktig och, tvärtom, en placering på -3 SDS på både längd och vikt en

TEMA: BARNHÄLSOVÅRD

undervikt. Erfarenhetsmässigt vill kanske klinikern för en längdposition av -3 SDS idealiskt ha en viktposition av -1,5 SDS med en analog situation på plussidan.

BMI-kurvan värdefull för att följa individen över tiden

BMI är ett mått på vikt för längd som har skapats för att i görligaste mån göra viktmåttet oberoende av längden. Till skillnad från längd och huvudomfång är vikt eller BMI inte normalfördelade variabler vilket gör att avstånden mellan populationens SD- eller percentillinjer blir mycket olika, med successivt minskande avstånd nedom och snabbt ökande avstånd ovan medianen. Detta bidrar till att det är svårt att värdera vad det kliniskt betyder då en individ vandrar signifikant i sin relativa position på BMI-kurvorna. Det är vidare svårt att på ett kliniskt meningsfullt sätt jämföra individers BMI-mått och den absoluta BMI-positionen lämpar sig mer för jämförande populationsstudier än för bedömning av individer. Till skillnad från positionen är däremot individens förlopp över tid värdefullt för att värdera förändringar i nutritionssituation och utvecklingsfas. En speciellt intressant åldersperiod är det första

levnadsåret då barnet genomsnittligt genomgår en fettsput, avspeglad i en brant BMI-stegring som vänder i en minskning efter 10-12 månader. Storleken av denna första topp tjänar sannolikt som en indikator på barnets metabola konstitution.

Tillväxtkurvorna är ett ovärderligt instrument för barnhälso- och sjukvården men det krävs kunskap om deras konstruktion och kännedom om det familjära mönstret för kroppslig utveckling i den individuella bedömningen av tillväxten. Den tillgång på tillväxtdata som vi i Sverige har för alla barn är unik och vi måste värna om att mätrutinerna fortsätter efter BVC-perioden även i framtiden. Helst skulle man ha mättillfällen under skoltiden en gång per år.

Lars Hagenäs, överläkare, Astrid Lindgrens Barnsjukhus, Stockholm
E-mail: Lars.hagenas@ki.se



Hur förebygger vi psykisk ohälsa hos nyanlända flyktingbarn?

Under 2002-2005 lade sig hundratals asylsökande barn ned, stängde av kontakten med yttrevärlden och slutade äta och dricka. Vi kallade dem för de "apatiska" barnen. Många rykten var i svang kring de här barnen, och spreds också av regeringens företrädare (1). Grundliga toxikologiska analyser av barnens blod visade att det inte var frågan om förgiftning (2), men däremot fann man tecken på en massiv stressreaktion (3).



Akvarell av Anders Zorn, sent 1800-tal (15 × 13 cm).

Foto: Uppsala auktionsverk

Redan på 1980-talet visade en rad svenska intervjustudier att asylsökande barn betydligt oftare än andra barn hade

stressrelaterade symtom som sömnproblem, psykosomatiska smärtsyndrom och depressivitet. Traumatiska upplevelser av krig och förföljelse hos barn och föräldrar i hemlandet, osäkerheten och den utsatta sociala situationen under asylprocessen och ett svagt socialt nätverk i Sverige är några viktiga orsaker till denna stress. En del av de asylsökande barnen blir så småningom "gömda" barn och hamnar då i en ännu mer utsatt situation (4).

Barnhälsovårdens roll

Alla barn i Sverige har rätt till barnhälsovård, även barn som är asylsökande eller gömda.

Barnhälsovården utgör därför tillsammans med förskolan och skolan de viktigaste arenorna för det förebyggande arbetet kring de nyanlända barnen (5).

Nyinvandrade barn på BVC behöver ett modifierat barnhälsovårdsprogram som tar hänsyn till de tidiga insatser och screeningundersökningar som barnet skulle ha genomgått om det hade varit fött i Sverige. Att i lugn och ro komplettera

TEMA: BARNHÄLSOVÅRD

det basala barnhälsovårdsprogrammet, och samtidigt ta hand om föräldrarnas oro för barnens olika symtom, utgör i sig ett betydande och välkommet stöd till den nyanlända familjen (4).

De flesta flyktingföräldrar är starka och kompetenta människor som, trots många hinder, lyckats rädda sig själva och sina barn från en svår situation i en annan del av världen. Deras och barnens symtom, som ofta kan vara dramatiska, är nästan alltid naturliga psykologiska reaktioner på en mycket svår livssituation. Det krävs därför sällan en psykoterapeut för att ge ett adekvat bemötande till dessa familjer, det räcker långt med respekt och "vanlig" medmänsklighet. Longitudinella studier av flyktingbarns psykiska hälsa visar att situationen förbättras markant när familjernas sociala situation stabiliserats. Det finns därför anledning att förmedla en ljus bild av dessa barns framtid till deras föräldrar som ofta plågas av svåra (men i allmänhet helt omotiverade) skuld känslor (4,5).

För barnen är det, utöver stöd till deras föräldrar, i första hand hjälp till en strukturerad vardag genom en lämplig förskoleverksamhet eller skola som är den viktigaste insatsen. Asylsökande barn är välkomna i den vanliga förskolan, medan man ibland får försöka hitta andra alternativ för gömda barn. Barnhälsovården har också en viktig roll som barnens språkrör i kommunernas planering av flyktingmottagandet så att barnens behov av förskola, skola och lek respekteras (4,5).

Enstaka barn mår så psykiskt dåligt att de inte fungerar i sina vardagsmiljöer på förskolan eller i skolan. Dessa familjer behöver barnpsykiatrisk behandling och ett gott samarbete med BUP är därför en viktig del i stödet till de nyanlända flyktingfamiljerna. Men annars är vi många som har

härnat över hur stor betydelse ganska små stödsatser från BVC kan ha för flyktingfamiljer i kris!

Referenser:

1. Tamas, G. *De apatiska*. Stockholm; Natur & Kultur, 2009.
2. Aronsson B, Wiberg C Sandstedt P, Hjern A. *Asylum-seeking children with severe loss of activities of daily living: clinical signs and course during rehabilitation*. *Acta Paediatr*. 2009;98(12):1977-81.
3. Söndergaard HP, Aronsson B, Kushnir M, Bergquist J, Sandstedt P. A »new illness«; an exploration of steroid hormone patterns in »apathetic refugee children«. Paper presented at the International Society for Traumatic Stress Studies fall meeting Atlanta 2009.
4. Angel, B. Hjern, A. *Att möta flyktingar*. Lund; Studentlitteratur, 2004.
5. Hjern A, Jeppsson O. *Mental health care for refugee children in exile*. I: Ingleby, D (red). *Forced migration and mental health: Rethinking the care of refugees and displaced persons*. New York; Kluwer, 2004.

Anders Hjern, Nordiska Högskolan för Folkhälsovetenskap (NHV), Göteborg och Centre for Health Equity Studies (CHESS), Stockholm.
E-mail: anders.hjern@chess.su.se



Barnmisshandel – synpunkter på prevention i dagens samhälle



Att misshandel av barn minskat radikalt i Sverige under de senaste femtio åren beror sannolikt på utvecklingen av välfärdssamhället, förbättrad utbildning, aktiv föräldrautbildning och att de flesta barn från tidig ålder vistas i det offentliga rummet (dagis, öppna förskolor, BVC m m), där misshandel och vanvård blir svårt att dölja. Trots detta finns det mindre grupper av barn i vårt land som är i klar riskzon för misshandel och vanvård.

Uppskattningsvis lever ungefär vart tionde barn i Sverige under förhållanden som kan äventyra deras framtida utveckling och 1-2 procent av barnen lever i mer

avancerad vanvård och med upprepad misshandel. Ungefär lika många barn anger att de ofta sett sina föräldrar slå varandra (1, 2).

TEMA: BARNHÄLSOVÅRD

För att kunna förebygga misshandeln måste man förstå varför och i vilka sammanhang föräldrar slår sina barn. I princip rör det sig om tre situationer:

1. *Fysisk bestraffning är en del i uppfostran.* Dels beror det på konservativa uppfostringsidéer. Invandrade föräldrar slår sina barn tre gånger mer än svenskfödda och de slår barnen betydligt oftare med tillhyggen. Det skiljer sig förstås mycket mellan olika invandrargrupper, men tydliga budskap om det svenska förbudet att aga barn och underlättande av familjernas integration gör att de efterhand anpassar sig ganska väl till våra regler. Till den här gruppen hör också omogna eller osäkra föräldrar som faller för förenklade uppfostringsmodeller med s k gränssättning, timeout, etc.
2. *Stressutlöst våld*, som tycks förekomma i alla sociala grupperingar. Det handlar ofta om något mildare våld som att skaka, rycka och slita i barnen och föräldrarna är ofta djupt olyckliga efteråt över vad de ställt till med. Men detta våld är vanligast mot yngre förskolebarn och drabbar även spädbarnen. Att informera om riskerna med att skaka små barn (shaken baby) är ett måste i modern föräldraundervisning. Den grupp föräldrar som kanske är mest stressade är de, som har barn med beteendevikelser och funktionshinder. Vi vet att dessa barn har en minst dubblerad risk att bli slagna jämfört med friska barn. De här familjerna måste identifieras och få allt tänkbart stöd.
3. *Våld till följd av allvarlig psykisk störning*, antingen som grundläggande karaktärsstörning eller avvikelser till följd av krig, tortyr och svåra konflikter. Kombinationen kvinno- och barnmisshandel är så vanlig, att den absolut inte får missas. Den livsfarliga kombinationen är socialt isolerad svagbegåvad mamma, våldsam pappa och ett barn med utvecklingsavvikelse (exemplet "Bobby"). Dessa familjer måste identifieras tidigt.

Inom professionen har vi fortfarande svårt att analysera den situation som barn lever i och p g a bristande kun-

skaper och konflikträdsla har vi alltför lätt att slå oss till ro med de vuxnas förklaringar och lyssnar inte till barnens signaler. Till dels beror detta på att de svenska barnläkarna är dåligt utbildade i socialpediatrik jämfört med kollegor i jämförbara länder som exempelvis England och Finland. En nationell enkätundersökning, som genomfördes till samtliga utbildningschefer för blivande barnläkare i landet år 2009 visade att bara en tredjedel av de nyblivna läkarna fått utbildning om misshandel och vård av barn och de möjligheter som exempelvis fanns till auskultation vid s k Barnahus utnyttjades inte. När den engelske barnläkaren och barnombudsmannen Sir Albert Ansley-Green var här för två år sedan, påpekade han också för mig att han ansåg att svenska barnläkare var påfallande okunniga om barnets rättigheter. Det är vår förhoppning att BLF:s nybildade *Utskott för Etik och Barnets Rättigheter* och den likaså nybildade *Arbetsgruppen mot Barnmisshandel* skall kunna erbjuda attraktiva kurser som stärker barnläkarnas förmåga att handlägga misshandelsärenden och bevaka barnets rättigheter i vården bättre i framtiden.

Referenser:

1. Lundberg I. *Utsatta flickor och pojkar – en översikt av aktuell svensk forskning*. Stockholm: Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap 2006.
2. Janson S, Långberg B, Svensson B. *Våld mot barn 2006 – 2007; en nationell kartläggning*. Stockholm: Stiftelsen Allmänna Barnhusets skriftserie 2007:4.

Staffan Janson, professor i pediatrik, vetenskaplig rådgivare för Barnrättsakademien
E-mail: staffan.janson@kau.se

Foto: Håkan Strandman



Stöd oss som privatperson eller företag – gå in på BRIS.se så får du veta hur.

TEMA: BARNHÄLSOVÅRD

Metod efter syfte och inte tvärtom – Föräldrastödjande program tidigt i föräldraskapet

–Jag får ofta frågan från olika kommuner och landsting: *Vilket föräldrastödsprogram tycker du att vi ska välja inom just vår förvaltning?* Det menar jag är att börja i fel ände. *Vad är det som ni vill åstadkomma?* är frågan jag först måste få svar på. Det är i och för sig positivt att så många nu ser evidens som en given grund för sina insatser. Men att tro att evidensbaserade program löser problem som handlar om bristande målbeskrivning eller behovsanalys för verksamheten, är dömt att leda till besvikelse, säger Anna Sarkadi.



När man väl vet vad det är man vill åstadkomma – förebygga eller behandla beteendeproblem, främja god eller behandla bristfällig anknytning – finns det en hel del program att välja på. SBU kommer nu ut med en färsk genomgång av långtidsresultat från program som har barns beteendeproblem som sin fokus. Trots att flera program har lovvärda korttidsresultat är forskningsunderlaget mer skralt när det gäller resultaten på längre sikt. Då finns det mer hopp i den senaste trenden där man försöker ta fram vilka verk samma komponenter som finns i de effektiva programmen. Man går alltså ifrån att jämföra program X med program Y och tittar istället på vilka komponenter som bör finnas i ett program för att det ska påverka vissa specifika utfall, som exempelvis föräldrars positiva strate-

gier eller barns utagerande beteende. En sådan metaanalys (1), framtagen av CDC (Center for Disease Control) i USA, framhåller mycket tydligt vilka “ingredienser” man bör leta efter i sitt tilltänkta program (se faktaruta).

Djärva slutsatser om föräldrars sensitivitet och barns trygghetsanknytning

I en uppmärksammet metaanalys (2) sammanfattade några framstående holländska anknytningsforskare kunskapsläget med tre slagfärdiga ord: Less is more! De kom fram till att program som hade bäst resultat i att både främja föräldrars (ja, även pappors) sensitivitet och barnets trygga anknytning inte hade mer än fyra-fem sessioner, behövde inte ske i hemmet och inte börja tidigare än vid sex månaders ålder, behövde helst ha videofeedback samt hade lika god effekt på utsatta grupper som på grupper utan en social riskprofil. För att vara en artikel om anknytning är det djärvt av författarna att konkludera att relativt korta program med en tydlig beteendefokus är de mest framgångsrika för att öka föräldrars sensitivitet och främja barns trygga anknytning.

Metaanalyser av det här slaget, från program med olika teoretisk bas, är troligen vägen framåt. Tänk att kunna säga så här: på BVC behöver vi börja med programkomponenter som visat sig effektivt främja en god anknytning och därefter bygga vidare med komponenter som hjälper föräldrar att på ett konstruktivt sätt hantera sina barns frigörelseprocess och trots under småbarnsåren. Därtill vill vi kunna erbjuda komponenter för att främja kommunikationen för par som nyligen blivit föräldrar. Att sedan följa upp med mer intensiva insatser för de som behöver det kan då bli ett naturligt steg i ett system där professionella hela tiden frågar sig: vad är det jag vill åstadkomma med min verksamhet?

Det finns bara en sak man inte får glömma. Det faktum att komponenter i sig har visats vara effektiva betyder inte att de fungerar likadant i en ny kombination. Därför behövs fortsatta välgjorda utvärderingar med långtidsuppföljningar i verkligheten.

TEMA: BARNHÄLSOVÅRD

Referenser:

1. Kaminski JW, Valle LA, Filene JH, Boyle CL. A meta-analytic review of components associated with parent training program effectiveness. *J Abnorm Child Psychol.* 2008 May;36(4):567-89. Epub 2008 Jan 19.
2. Bakermans-Kranenburg MJ, van IJzendoorn MH, Juffer F. Less is more: meta-analyses of sensitivity and attachment interventions in early childhood. *Psychol Bull.* 2003 Mar;129(2):195-215.

Anna Sarkadi, leg. läkare, docent
Akademiska Sjukhuset &
Institutionen för kvinnors och
barns hälsa, Uppsala universitet
E-mail: anna.sarkadi@kbh.uu.se



Nödvändigt med djupare kunskap om vaccinationer hos läkare och sjuksköterskor på BVC

Kraven på kunskap inom vaccinationsområdet har ökat. För att trovärdigheten och anslutningen till det allmänna vaccinationsprogrammet ska bestå behövs kontinuerlig fortbildning i vaccinologi för sjuksköterskor och läkare på BVC. Det rör inte minst kunskap om de befintliga vacciner som finns i programmet, hur och när vacciner inför resor till främmande länder kan ges, hur barn vaccinerade i andra länder skall kunna vaccineras och kunskap om nya vacciner, menar Margareta Blennow.



Flera godkända vacciner som fortfarande inte är inkluderade i allmänna vaccinationsprogrammet, är t ex vaccin mot hepatit B, rotavirus, säsongsinfluensa, tbc, TBE och vattkoppor.

Foto: Wikipedia

Varje år ges drygt 800 000 doser vaccin på barnavårdscentraler runt om i Sverige. Det är en omfattande insats för hälsan. På 1940-talet infördes BCG-vaccination av nyfödda liksom vaccination mot difteri och stelkramp. Det första barnvaccinationsprogrammet utfärdades 1947. På 50-talet kom kikhostevaccinet och 1957 kom poliovaccinet som en räddande ängel. De stora epidemierna av den fruktade barnförlamningen kunde brytas. Det tog sedan mer än ett decennium innan ytterligare vaccin introducerades. Det blev ingen framgång när mässlingvaccin och röda hundvaccin lanserades på 1970-talet. Anslutning till mässlingvaccinationen var låg och rödahundvaccinet gavs endast till flickor. Lärdomen blev att det krävdes noggranna förberedelser att introducera nya vacciner och att det inte räckte att bara vaccinera flickor för att undvika fosterskador av röda hund.

När sedan mässling-påssjuka-röda hund vaccinet infördes i det allmänna programmet 1982 kom täckningsgraden ganska snabbt att nå över 90 procent. Det dröjde åter ett decennium tills nästa vaccin blev aktuellt. Hib-vaccinet, baserat på ny metodik och gedigna forskningsresultat rekommenderades 1992. Ond bråd död och svåra hjärnskador var alla övertygade om att vilja förhindra men

TEMA: BARNHÄLSOVÅRD

det tog ändå ett år innan vaccinationen var genomförd i hela Sverige. Sjukdomen var inte välkänd och landstingen skulle för första gången själva fatta beslut om vaccinationen skulle ges eller ej. 2009-10 var det dags igen. Socialstyrelsen beslutade att rekommendera alla att få pneumokockvaccin och vaccin mot humant papillomvirus (HPV). Det tog nästan 10 år från att pneumokockvaccinet godkändes till att det kom in i det allmänna vaccinationsprogrammet.

Flera godkända vacciner inte inkluderade i allmänna vaccinationsprogrammet

Hur länge skall det dröja innan vi får ytterligare vacciner inkluderade i det allmänna vaccinationsprogrammet? Det finns flera godkända vacciner som inte är inkluderade: vaccin mot hepatit B, rotavirus, säsongsinfluensa, tbc, TBE och vattkoppor. En statlig vaccinutredning pågår sedan hösten 2008 om vaccinationsprogrammen och deras finansiering. Resultatet skall vara färdigt 2010 och påverkar kommande beslut.

Hepatit B. Arbete pågår redan på Socialstyrelsen om hepatit B-vaccin skall rekommenderas till alla. Vaccin finns, erfarenheterna av riskgruppsvaccinationen är goda, många föräldrar och hälsovårdspersonal är positiva, resandet och kontakter med länder där smittan är utbredd ökar, sjukdomsfallen är allvarliga men jämförelsevis få i Sverige, men dock upptäcktes över 1300 personer med kronisk infektion förra året. De hade smittats tidigare i livet men inte upptäckts. Till slut kvarstår om Sverige anser sig ha råd.

Rotavirus. De flesta barn insjuknar en eller flera gånger före tre års ålder i en gastroenterit utlöst av rotavirus. Närmare 2000 barn sjukhusvårdas varje år oftast under en period då andra infektioner som RS och influensa härjar. Barnen är rejält sjuka men med god vård kan de skrivas hem och komplikationer och men är ovanliga. Räcker tyngden av sjukdomsörden för de enskilda barnen och deras föräldrar och för sjukvården, som är som mest belastad under rotavirussäsongen, för att införa allmän vaccination? Det finns två vacciner med god skyddseffekt sedan 2006. De ges oralt med 2 eller 3 doser från 6 veckors ålder. Allvarliga biverkningar har inte noterats. Vaccinet, som är dyrt, är infört i Finland, Belgien, USA, Australien och Syd-Amerika. Låt oss inte vänta ett decennium innan rotavirusvaccin införs i det allmänna programmet!

Vattkoppor. Omkring 300 förskolebarn sjukhusvårdas varje år för vattkoppor. Även friska barn kan drabbas av

komplikationer med sekundärinfektioner, pneumoniter och encefaliter. De senaste tio åren har sex dödsfall rapporterats. Vårdtyngden för familjer och för samhället är sannolikt större än man trott. Nyare studier har också visat att vattkoppsvirus kan reaktiveras och hittas, ofta utan blåsor i huden, vid encefaliter, meningiter men även vid facialispares. Vaccinet har funnits i 20 år är effektivt med relativt milda biverkningar som feber och vattkoppsutslag.

TBE (fästingburen hjärninflammation) förekommer huvudsakligen på östkusten, inom delar av Mälaren men har även rapporterats från områden kring Vänern och Vättern samt vissa delar av västkusten. Vaccinet är effektivt, har haft god effekt t ex i Österrike där det ingår i det allmänna vaccinationsprogrammet för barn. I Stockholms läns landsting har 24 barn under fem år insjuknat i TBE sedan 1995. I dagsläget betalar varje familj själv för vaccinationen.

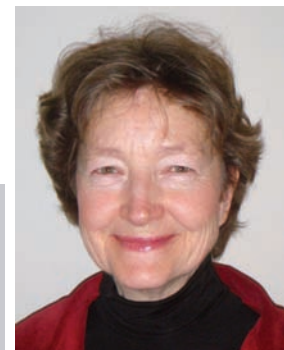
Vaccinationer väsentlig del av barnhälsovårdens verksamhet

Frågor kring vaccinationer har definitivt ökat. Det gäller inte bara befintliga vacciner i programmet utan hur och när vacciner inför resor till främmande länder kan ges, hur barn vaccinerade i andra länder skall kunna vaccineras och kunskap om nya vacciner. Kraven har ökat. Sjuksköterskor och läkare på BVC behöver ha ett djupt och ingående kunnande om vaccinationer. För att trovärdigheten och anslutningen till det allmänna vaccinationsprogrammet skall bestå måste utbildning i vaccinologi förstärkas genom kontinuerlig fortbildning. De fuktiga tre timmar som ingår på vissa håll i specialistsjuksköterskeutbildningen och i läkarutbildningen möter inte heller behoven.

Vaccinationer är en väsentlig del av barnhälsovårdens verksamhet.

Nya vacciner har introducerats ungefär vart tionde år de senaste halvsekle. Bred och djup kunskap om gamla och nya vaccinationer krävs för fortsatt tillit till vaccinationsprogrammen.

Margareta Blennow, barnhälsovårdsöverläkare, Sachsska barnsjukhuset, SöS, Stockholm
E-mail: margareta.blennow@sodersjukhuset.se



TEMA: BARNHÄLSOVÅRD

Vilka föräldrar får (eller tar) inte del av BVC:s utbud?

Så gott som alla barn får del av barnhälsovårdens basutbud. Däremot finns risk för att utrikesfödda mödrar och mödrar med låg utbildning går miste om barnhälsovårdens kontaktskapande verksamhet. BVC bör rikta särskild uppmärksamhet mot flerbarnsmödrar och mödrar som är utsatta för stress och nedstämdhet.



Det tas ofta för givet att förstföderskor behöver mer stöd av BVC än omföderskor. Studien visar att även nyblivna flerbarnsföräldrar behöver en hjälpande hand från BVC.

Foto: MMK

Barnhälsovården utnyttjas av 99 procent av alla föräldrar med små barn. I en studie i sex svenska landsting 2002-2005 undersöktes mödrars syn på verksamheten. Vid barnets 18-månaderskontroll ombads modern besvara ett frågeformulär (n = 1963). Vissa uppgifter extraherades ur barnens journaler (n = 2516). Hur ligger det till med *Basutbud till alla?* Den grundläggande servicen från BVC i form av mottagningsbesök, hembesök och remisser visade inga anmärkningsvärda gruppskillnader.

Föräldragrupper

Förstföderskor, yngre, ensamstående och nedstämda inbjöds i större utsträckning till föräldragrupper. Sannolikheten för att bli inbjuden var lägre bland

lågutbildade (högst grundskola), socialt isolerade och icke svenskfödda. Den starkaste faktorn tycktes vara utrikes härkomst. Språksvårigheter och kulturskillnader kan här ha haft betydelse. Kanske signalerade vissa mödrar att de inte önskade bli inbjudna.

Andelen som tackade ja och som deltog i föräldragrupp var större bland yngre mödrar och förstföderskor. Universitets- eller högskoleutbildning var förenad med större sannolikhet för att tacka ja och delta, medan låg utbildning, annat födelseland än Sverige och hög social isolering minskade sannolikheten.

Riskgrupper

En särskild analys företogs av objektiva och subjektiva risk- och skyddsfaktorer. Objektiva faktorer avsåg yttre livssituation. Subjektiva faktorer gällde stress och välbefinnande. Mödrar med många riskfaktorer och få skyddsfaktorer deltog mindre i gruppverksamhet. Situationen var svår för dessa mödrar även i andra avseenden som gällde hälsobeteende, föräldrafunktion och syn på barnet.

Brister i BVC:s kontaktskapande verksamhet och former för social samvaro

Det är värdefullt att BVC uppmärksammar behovet av extra insatser bland dem som traditionellt ansetts behöva sådana, det vill säga yngre, ensamstående och nedstämda mödrar. Samtidigt tycks det finnas grupper som undgår upptäckt, exempelvis mödrar med enbart grundskoleutbildning och mödrar med lägre utbildning än högskola. I synnerhet gäller det utlandsfödda mödrar. Bristerna tycks inte i första hand ligga i BVC:s själva basutbud utan främst i dess kontaktskapande verksamhet och former för social samvaro. Verksamheten bör anpassas så att den blir attraktiv för utrikesfödda mödrar och mödrar utan högskoleutbildning. Utrikesfödda mödrar är givetvis ingen enhetlig grupp. Skillnader i hälsobeteende, föräldrafunktion och syn på barnet skilde sig i vår studie i hög grad mellan mödrar från olika delar av världen.

Beträffande paritet skall en varningsflagga hissas; det tas ofta för givet att förstföderskor behöver mer stöd av BVC än omföderskor. Vår studie fann dock många problem hos mödrar med flera barn. Dessa mödrar inbjöds mer sällan

TEMA: BARNHÄLSOVÅRD

till föräldragrupp, och de visade prov på svårigheter i föräldrarollen: rökning, samspelssvårigheter med barnet, bristande socialt stöd, hälsostress för egen del och upplevelse av en krävande livssituation. Även mödrar med hög utbildning kunde finna sin livssituation krävande, vilket också påkallar BVC:s uppmärksamhet.

Referenser:

1. Lagerberg D, Magnusson M, Sundelin C. Barnhälsovård i föräldring. Resultat av ett interventionsförsök. ISBN 978-91-7205-581-0. Stockholm: Gothia Förlag 2008.

Dagmar Lagerberg, sociolog och docent i samhällsmedicinsk forskning om barn, Institutionen för kvinnors och barns hälsa, Uppsala universitet.
E-post: dagmar.lagerberg@kbh.uu.se



Förebyggande vård av barn med ADHD angelägen fråga för barnhälsovården

Barn med ADHD-symtom bör identifieras redan vid skolstart för att få förebyggande stöd och hjälp i vardagen. Med insikt och pedagogiskt stöd kan man bidra till att undvika stressymtom och mobbning av dessa sårbara barn.



Det finns idag inga evidensbaserade metoder som kan användas som effektiv screening för ADHD i förskoleåldern. Istället är det angeläget att ta tillvara föräldrarnas och förskolepersonalens erfarenheter av barnets beteende.

ADHD (Attention-deficit/hyperactivity disorder) eller uppmärksamhetsstörning är en av de vanligaste beteendevikelserna hos barn, som berör ca fem procent av skolbarn i Sverige (1, 2, 3). Problem med uppmärksamhet, överaktivitet och svårkontrollerad impulsivitet kan starta i förskoleåldern. Motoriska och språkliga svårigheter kan förekomma samtidigt (1, 2). Barn med ADHD-symtom bör identifieras tidigt, redan vid skolstart, för att få rätt stöd och för att kunna förebygga svårigheter i vardagen. Detta är en angelägen uppgift för Barnhälsovården.

Under 1990-talet infördes en hälsoundersökning av 5,5-åringar på BVC som inkluderade motorisk, perceptuell screening och bedömning av beteendeproblem för att identifiera de barn som kunde tänkas få skolproblem på grund av sådana svårigheter. Studier visade att denna undersökning inte fängade alla barn med problem och behovet att vetenskapligt utvärdera screeningens möjlighet att identifiera barn med ADHD/DAMP diskuterades (4).

Kan barn med risk att utveckla ADHD identifieras genom utvecklingsscreening på BVC?

Drygt 500 barn i årskurs 4 (10 åringar) deltog i en studie i Sigtuna kommun år 2002 (3). Ett av syftena med denna studie var att undersöka möjligheten att genom screening-program på BVC förutsäga vilka barn som löpte hög risk att utveckla ADHD i årskurs fyra.

TEMA: BARNHÄLSOVÅRD

Föräldrar och lärare lämnade information om barnens beteende och inlärning i samband med skolhälsovårdens hälsoundersökning. Barn med beteende- och/eller inlärningssvårigheter (31 procent) genomgick en fördjupad klinisk bedömning och grad av ADHD-relaterade problem fastställdes. Resultat från den skolförberedande undersökningen vid 5,5 års ålder på BVC (för 442 barn i studiegruppen) samlades in i samband med undersökningen i årskurs 4.

Kartläggning av språk- och motorisk utveckling vid 5,5 års ålder visade att utvecklingsavvikelser under förskoleåldern är vanligare hos barn som senare utvecklar ADHD-problem, men inte så mycket vanligare att de kan användas i rutinsjukvård för att tidigt identifiera barn med ADHD-problematik. Sexton procent av de med utfall i minst tre av nio uppgifter på BVC visade sig ha ADHD i årskurs FYRA medan 84 procent inte hade ADHD (5).

Enbart 17 barn (35 procent) av de screenpositiva (minst tre utfall) remitterades vidare till barnläkare för bedömning. Tre barn utreddes för misstänkt ADHD/DAMP innan skolstart varav en hade minst tre utfall i BVC-screeningen (5).

Rekommendationer

Den skolförberedande hälsoundersökningen vid 6-7 års ålder genomförs idag av skolhälsovården. Bedömning av utveckling och beteende hos 5-åringar ingår fortfarande i barnhälsovårdens basprogram (tillgänglig på www.growingpeople.se). Syftet är att tidigt finna de barn vars start i förskoleklassen kan behöva särskild planering. Det finns idag inga evidensbaserade metoder som kan användas som effektiv screening för ADHD i förskoleåldern. Istället är det angeläget att ta tillvara föräldrarnas och förskolepersonalens erfarenheter av barnets beteende. Det finns behov av ett nära samarbete mellan förskolepersonal och barnhälsovård så att barn med utåtagerande beteende kan identifieras och få stöd i förskolan och vid behov remitteras vidare för utredning. Föräldrar kan erbjudas att delta i föräldrastödsprogram (hänvisning till

Anna Sarkadis artikel i samma nummer av Barnläkaren). Genom att utveckla metoder för strukturerad kunskapsöverföring om barnet från förskola till förskoleklass (6-årsgrupp) kan barnhälsovården bidra till att barn med ADHD-symtom får en bra skolstart. Förståelse och pedagogiskt stöd kan bidra till att undvika stressymtom och mobbning av dessa sårbara barn (3).

Referenser:

1. Landgren M, Pettersson R, Kjellman B, Gillberg C. ADHD, DAMP and other neurodevelopmental/psychiatric disorders in 6-year-old children: epidemiology and co-morbidity. *Dev Med Child Neurol* 1996;38(10):891-906.
2. Kadesjö B, Gillberg C. Attention deficits and clumsiness in Swedish 7-year-old children. *Dev Med Child Neurol* 1998; 40(12):796-804.
3. Holmberg K. Health complaints, bullying and predictors of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) in 10-year-olds in a Swedish community [avhandling]. Uppsala: Uppsala Universitet; 2009.
4. Sundelin C, Håkansson A. The importance of the Child Health Services to the health of children: summary of the state-of-the-art document from the Sigtuna conference on Child Health Services with a view to the future. *Acta Paediatr Suppl* 2000;89(434): 76-9.
5. Holmberg K, Sundelin C, Hjern A. Routine developmental screening at 5.5 and 7 years of age is not an efficient predictor of attention-deficit/hyperactivity disorder at age 10. *Acta Paediatrica* 2010 Jan;99(1):112-120. Epub 2009 Sep 17.

Kirsten Holmberg, Institutionen
för kvinnors och barns hälsa,
Akademiska sjukhuset i Uppsala
E-mail:
Kirsten.holmberg@karolinska.se



TEMA: BARNHÄLSOVÅRD

Föräldrars alkoholvanor – en fråga för barnhälsovården?

Att förhindra alkoholskador hos barn och ungdom är viktigt. För detta krävs bland annat upplysning till allmänheten och riktad information till föräldrar och den uppväxande generationen. Vi måste dessutom vara medvetna om att starka ekonomiska intressen och människors önsketänkande motverkar detta arbete. För att nå förbättring och förändring krävs en genomtänkt strategi och envishet. Ett proaktivt arbetssätt inom barnhälsovården har tidigare varit framgångsrikt när det gäller barnolycksfall, kost och rökning.



Barnhälsovården är en viktig aktör i svenskt folkhälsoarbete och alkoholbruket är den största utmaningen, menar författaren.

Alkohol har varit identifierad som en teratogen i drygt femtio år men konsekvenserna för den psykosociala hälsan av missbruk har varit uppenbara sedan urminnes tider. Ökad totalkonsumtion av alkohol i samhället resulterar i ökade skadeverkningar och i Sverige har alkoholkonsumtionen ökat med 20 procent sedan mitten av 1990-talet. En vuxen svensk konsumerade i genomsnitt år 2008 på ett år 5 l starkspritt, 30 l vin, 55 l starköl, 17 l folköl och 3 l cider (totalt 9,4 l ren alkohol per person över 15 år). Unga kvinnor har dessutom i större utsträckning kopierat männens konsumtionsmönster. En restriktiv alkoholpolitik - begränsad tillgång, reklamförbud och alkoholskatt - är viktiga instrument för folkhälsan.

Fetala Alkohol Spektrum Störningar (FASD)

Alkohol är toxiskt under hela graviditeten, men när Fetalt Alkohol Syndrom (FAS) först beskrevs fastställdes 1) specifik ansiktsdysmorfologi med utslätat läppfiltrum, tunn överläpp och små ögon, 2) tillväxthämning och 3) hjärnskada hos barnet samt 4) stort maternellt alkoholinlag under graviditeten, som krav för diagnosen. Man fann

emellertid snart att skadepanoramats betydelse var betydligt bredare än så och så småningom introducerades begreppet *fetala alkohol spektrum störningar* (FASD – Fetal Alcohol Spectrum Disorders) i forskningssammanhang. Prevalensskattningar av FASD i den allmänna populationen är svåra att göra men bedöms ligga mellan någon till några procent, beroende på konsumtionsmönstret hos gravida i olika populationer. Alkohol under graviditet har samband med en rad organmissbildningar, tillväxthämningar, hjärnskador, ögonpåverkan och neurologiska funktionsstörningar som exempelvis utvecklingsstörning, ADHD och motorisk koordinationsstörning (1, 2).

Alkohol är en teratogen, en carcinogen (3), påverkar genuttryck (4), kan utlösa apoptos, och har en rad ogynnsamma effekter på cellnivå vilket allt har betydelse för barnet både under graviditeten och efteråt. Alkohol beskrivs även vid postnatal exponering som en "dirty drug" eftersom den påverkar så många signalsubstanser och olika centralnervösa nervfunktioner samtidigt. Den är beroendeframkallande och minskar hjärnans glukosmetabolism redan i låga doser (5). Allt detta har betydelse för proaktiv hälsovård bland barn och ungdom.

Ofantliga samhällskostnader för alkoholrelaterade problem

Barn som har betydande alkoholskador behöver kännas igen på BVC och få adekvat hjälp. "Nästa graviditet" måste bli alkoholfri, föräldrakompetensen ökar förstås med nykterheten, föräldrars inställning och bruk av alkohol påverkar barnens framtida debut och bruk. Ju senare alkoholdebut desto mindre risk för beroendutveckling och skador i nästa generation. Alkoholen finns ofta med när våldsbrott begås mot barn och mellan ungdomar samt i många tragiska trafikolyckor där unga är inblandade. Dessvärre bjuds en betydande andel mindreåriga att smaka på alkohol i hemmet. Föräldrar vill sina barns bästa och därför har barnhälsovården här en stor utmaning att nå fram till föräldrar med kunskap.

Samhällskostnaderna för alkoholen är ofantliga, bortsett från konsekvenserna av skadeverkningarna på barn

TEMA: BARNHÄLSOVÅRD

som exponerats under graviditet med sämre förutsättningar i livet som följd och alkoholen som en viktig orsaksfaktor bakom senare canceruppkomst (t ex mammarcancer), beräknas de sammanlagda kostnaderna – sjukvård inklusive psykiatrisk morbiditet och missbruk, arbetsliv och socialförsäkringar – ligga åtminstone i storleksordningen 150 miljarder årligen.

Barnhälsovården är en viktig aktör i svenskt folkhälsoarbete och alkoholbruket är den största utmaningen – så självklart är föräldrars alkoholvanor en fråga för BVC.

Referenser:

1. Skadepanoramam är beroende av tidpunkten för exponeringen. Ansamlingen av reaktiva metaboliter som acetaldehyd kan exempelvis ge en idé om skademekanismen. Person R E, Chen Hao, Fantel A G, Juchau M R Enzymic Catalysis of the Accumulation of Acetaldehyde From Ethanol in Human Prenatal Cephalic Tissues: Evaluation of the Relative Contributions of CYP2E1, Alcohol Dehydrogenase, and Catalase/Peroxidases. *Alc Clin Exp Res* 2000;24:9,1433-1442.
2. Landgren M, Svensson L, Strömblad K, Andersson Grönlund M Prenatal alcohol exposure and neurodevelopmental disorders in

children adopted from Eastern Europe *Pediatrics* 2010;125: 5 May. DOI:10.1542/peds.2009-0712.

3. Seitz H K, Stickel F Molecular mechanisms of alcohol mediated carcinogenesis *Natur Reviews* 2007;7 599-612 DOI:10.1038/nrc2191.
4. Ouko L A, Shantikumar K, Knezovich J, Haycock P, Schnugh D J, Ramsay M. Effect of alcohol consumption on CpG methylation in differentially methylated regions of H19 and IG-DMR in males gametes – Implications for Fetal Alcohol Spectrum Disorders *Alcohol Clin Exp, Res*, 2009;33:9:1615-1627.
5. Volkow ND, Wang G-J, Franceschi D et al Low doses alcohol substantially decrease glucose metabolism in the human brain *Neuroimage* 2006;29:295-301.

Magnus Landgren, Barnneurolog,
Utvecklingsneurologiska enheten,
Barn- och Ungdomscentrum,
Mariestad, Habilitering och
Hälsa Västra Götalandsregionen
och Barn- och Ungdomssjukvården,
Skaraborgs Sjukhus.
E-mail:
magnus.landgren@vgregion.se

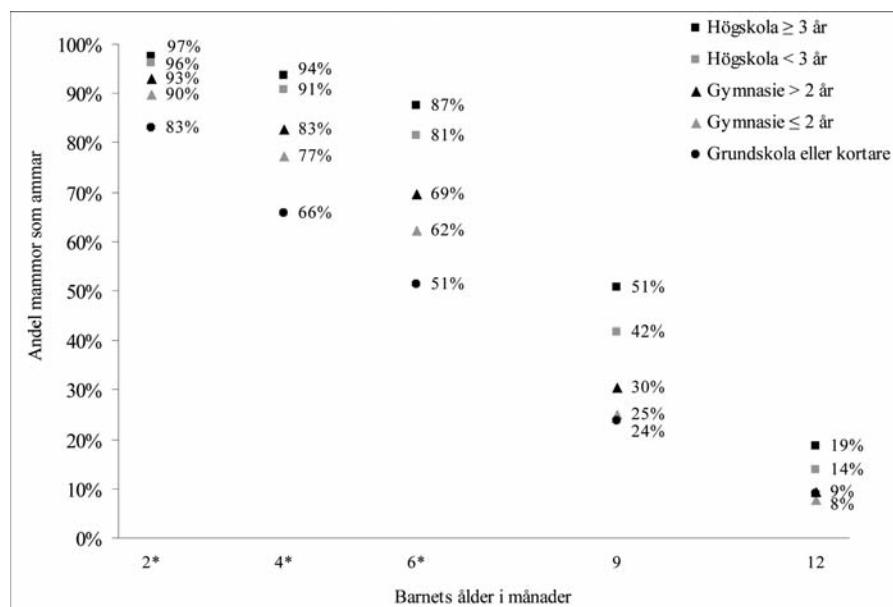


Amning och utbildning – hur hänger det ihop?

Tidigare forskning har genomgående visat att familjens socioekonomiska status har stor betydelse för amningstidens längd, internationellt sett. Men hur ser det ut i Sverige och hur kan vi tolka resultaten? Renee Flacking berättar.



Ett professionellt bemötande av vårdpersonal kan öka tilliten till den egna förmågan och därmed öka möjligheten till en 'lyckad' amningsperiod.



Figur 1. Procentuell andel mammor som ammar 2-12 månader fördelat på fem utbildningsnivåer. * = p-värde < 0.001 mellan varje utbildningsnivå.

TEMA: BARNHÄLSOVÅRD

I den hitintills största amningsstudie som genomförts i världen inhämtades amningsdata från Barnhälsovården för alla barn födda 1993-2001 i Örebro och Uppsala län (drygt 37.000 mamma-barn par). Dessa barn matchades sedan mot Medicinska födelseregistret och Statistiska Centralbyrån. Resultat från studien visade att mammor med kortare utbildning än högskola, mammor som erhållit arbetslöshetsersättning eller socialbidrag under det året då barnet föddes och/eller hade en lägre ekvivalerad disponibel inkomst ammade i lägre utsträckning vid sex månader jämfört med motsvarande mammor med högre utbildning (1).

Samband mellan amning och mammans utbildningsnivå

I denna artikel används data från tidigare nämnd studie men där sambandet mellan amning och mammors utbildning i fem nivåer analyseras specifikt. Resultaten visar att det fanns signifikanta skillnader mellan varje utbildningsnivå och amning vid två, fyra och sex månader. Vid nio månader fanns det inga skillnader mellan de två lägsta utbildningsnivåerna och vid tolv månader fanns inga skillnader mellan de tre lägsta nivåerna (figur 1). Den logistiska regressionsanalysen visade att jämfört med den högsta utbildningsnivån hade barn till mammor med grundskoleexamen eller kortare utbildning drygt sex gånger så stor risk att inte ammas vid sex månader (OR 6.58; 95 procent CI 5.97-7.26). Barn till mammor med gymnasieutbildning ≤ 2 år hade en fyrfaldig risk (OR 4.24; 95 procent CI 3.88-4.63), barn till mammor med gymnasieutbildning > 2 år hade en tredubbel risk (OR 3.08; 95 procent CI 2.79-3.38), och barn till mammor med högskoleutbildning < 3 år hade 1.5 gånger så stor risk (OR 1.60; 95 procent CI 1.44-1.77) för att inte ammas vid sex månader jämfört med barn till mammor som hade en högskoleutbildning ≥ 3 år.

Effekter av 'relativ standard'?

Resultat från denna studie stöds till viss del av tidigare forskning men samtidigt visar dessa resultat att det inte bara är en skillnad mellan låg kontra hög utbildningsnivå utan att det finns signifikanta skillnader mellan förhållandevis små differenser i utbildningsnivå. Resultaten blir också intressanta då denna studie genomförts i Sverige där vi har en mycket positiv amningskultur, små inkomstskillnader, generös föräldraförsäkrans och ett tryggt välfärdssystem. Wilkinson (2) menar att i mer jämlika samhällen är sambandet mellan socioekonomisk status och hälsa inte primärt en effekt av materiell standard utan relativ standard. En lägre social ranking medför en situation där personen har mindre kontroll och makt, vilket i

sin tur medför ökad stress och lägre självkänsla (3). För amning kan detta vara avgörande då amning inte bara är avhängigt den egna förmågan utan även är ett intimt mamma-barn samspel. En lägre tilltro till den egna förmågan kan således föranleda att amningen avslutas tidigare än mamman själv kanske skulle ha önskat.

Fördelning av resurser och förbättrat vårdmöte

Denna studie uppmärksammar nödvändigheten av förbättringar i miljön och stödet till familjer. Dels bör en fördelning av resurser ske för att säkerställa behoven hos mer sårbara grupper. Vårdpersonal kan också möjliggöra ett bättre och mer nyanserat vårdmöte. Det är möjligt att skapa en "ömsesidighet i mötet om det finns utrymme för patienten att berätta och vårdaren har en förmåga att lyssna till patientens berättelse om sig själv" (4, p.250). Ett sådant professionellt bemötande kan öka tilliten till den egna förmågan och därmed öka möjligheten till en 'lyckad' amning – lyckad utifrån mammans eget val.

Referenser:

1. Flacking R, Nyqvist KH, Ewald U. Effects of socioeconomic status on breastfeeding duration in mothers of preterm and term infants. *Eur J Public Health*. 2007 Dec;17(6):579-84.
2. Wilkinson RG. Socioeconomic determinants of health. *Health inequalities: relative or absolute material standards?* *BMJ*. 1997 Feb 22;314(7080):591-5.
3. Marmot M. *Status Syndrome*. London: Bloomsbury Publishing Plc; 2004.
4. Snellman I. *Den mäskliga professionaliteten. En filosofisk undersökning av det autentiska mötets betydelse för patientens välbefinnande: Avhandling, Uppsala University; 2001.*



Renée Flacking, Barnsjuksköterska, Med.Dr.

Forskare vid Institutionen för kvinnors och barns hälsa, Uppsala universitet samt vid Maternal and Infant Nutrition and Nurture Unit, University of Central Lancashire, UK. Vårdutvecklare vid Barn – och Ungdomsmedicinska kliniken, Dalarna.
E-post: renee.flacking@ltdalarna.se

SVAR DIREKT

Partiledarna svarar inför riksdagsvalet: Vad i ert partiprogram främjar barns hälsa och välbefinnande?



Fredrik Reinfeldt (m)

– Både barn och vuxna har rätt till god vård i tid och efter behov. Vi vill att sjukvården ska betalas gemensamt via skatten, och vi vill att familjerna själva både ska kunna välja vårdgivare och ha inflytande över hur vården utformas. Det förebyggande arbetet inom vården och tandvården är viktigt. Ett exempel är hur vi kan förebygga barnfetma.

Alla barn ska få tillgång till en vård av hög kvalitet. Barns och ungas hälsa är ofta en spegel av dagens samhälle och psykiska besvär och övervikt har blivit allt vanligare bland barn och unga. För att få ett samlat grepp om barn- och ungdomsvården vill vi satsa på en nationell samordnare som löpande ska lämna förslag till regeringen.

Skolan är en viktig mötesplats för våra barn och ungdomar och det är också en plats där bristande välbefinnande kan upptäckas – förutom i hemmet. Vi vill stärka skolhälsovården genom ökat fokus på förebyggande arbete och på psykisk ohälsa.



Mona Sahlin (s)

– Sverige ska vara ett möjligheternas land, som vi bygger tillsammans. Barnfattigdomen når i dag rekordnivåer. För barnens framtid är det helt centralt att föräldrarna kan få arbete och att klyftorna kan minska. Vi vill också verka för höjda flerbarnstillägg, höjt tilläggsbidrag för studenter med barn och höjt underhållsstöd för ensamstående föräldrar. Vårt

mål är att antalet barn i familjer med socialbidrag ska minska med 50 000 till år 2015.

Barn med psykiska problem behöver hjälp och stöd i ett tidigt skede. För det krävs ökade resurser till skolhälsovård-

den. En förstärkt skolhälsovård innebär att barn- och ungdomspsykiatrien kan koncentrera sig på barn med mer omfattande behov. Vi vill öka resurserna till skolhälsovården med riktade statsbidrag under 2010-2012.

Unga drogmissbrukare ska få vård utan dröjsmål. Många ungdomar som använder narkotika mår mycket dåligt. Insatser måste sättas in tidigt om de ska bli effektiva. Väntetiden till behandling ska vara högst två veckor. Vi planerar en rejäl satsning under 2010-2012 för att garantera att unga missbrukare får vård direkt.



Maud Olofsson (c)

– Att könsmaktsordningen omstruktureras. Det betyder att kvinnor och män kan bli jämställda och verka sida vid sida – bland annat för barnens bästa. Att mångfalden ökar, på alla nivåer och områden. Det kan innebära rätten att välja skola eller barnomsorg. Att alla behandlas lika inför lagen. Det kan medföra att barnens rätt bättre tas tillvara vid vårdnadstvister m m.



Maria Wetterstrand (mp)

– Barnperspektivet är grundläggande för hela Miljöpartiets politik genom att vi arbetar för en långsiktigt social och ekologisk hållbar värld som vi kan lämna över till våra barn och barnbarn. Några mer konkreta förslag ur vårt partiprogram som gynnar barn är:

Miljöpartiet vill göra FN:s barnkonvention till svensk lag för att stärka alla barns rätt att få sina behov tillgodosedda.

Barn som bevittnat våld i familjen ska räknas som brottsoffer. Vid tvister som rör vårdnad, boende och umgänge ska barn ha rätt till eget juridiskt ombud

SVAR DIREKT

Antalet vuxna i barnomsorg och skola måste vara tillräckligt stort för att barns behov ska kunna tillgodoses.



Jan Björklund (fp)

Ansvar för barn och ungdomar är för splittrat i dag. Vi vill därför få till stånd en samlad barn- och ungdomshälsa, där olika verksamheter verkar under ett tak.

– Folkpartiet vill lägga kraft på det förebyggande arbetet och på att tidigare hjälpa barn som signalerar att något är fel. Vi stärker kraven på elevhälsan i den nya skollagen, så att alla elever ska få tillgång till skolläkare, sjuksköterska, psykolog och kurator. För att förbättra relationer mellan barn och föräldrar ska föräldrar under barnets hela uppväxt kunna få stöd i sin föräldraroll.



Lars Ohly (v)

– Vänsterpartiets politik ska utformas så att barnens bästa kommer i första rummet. Vi anser därför att barnkonventionen ska bli svensk lag. Fattiga barn har fattiga föräldrar.

Vänsterpartiet vill utrota barnfattigdomen genom att minska de ekonomiska klyftorna i samhället och öka den generella välfärden.

Den stora majoriteten av världens flyktingar, varav de flesta är kvinnor och barn, finns i de fattiga länderna. Vänsterpartiet står för en human flykting- och asylopolitik där varje asylsökande garanteras rätten till en individuell prövning under värdiga omständigheter och med generösa kriterier för flyktingskap och asyl. Asylsökande barn samt gömda barn ska ha rätt till både skola och hälso- och sjukvård i samma utsträckning som alla andra barn.



Göran Hägglund (kd)

unga, samt prioritering av barn- och ungdomspsykiatri.

– Införliva barnkonventionen i svensk lag. Att föräldrarna ska få mer tid med sina barn genom att vårdnadsbidraget fördubblas och blir obligatoriskt för kommunerna att erbjuda föräldrarna samt att föräldraförsäkringen görs mer flexibel och med höjd grundnivå. Ökad satsning på elevhälsan, som den första linjens sjukvård för barn och

MILJONER MÄNNISKOR HAR MALARIA. VI HAR EFFEKTIV BEHANDLING. HAR DU 50 KR?

Läkare Utan Gränser finns på plats runt om i världen för att hjälpa människor som drabbats av kriser, krig eller andra katastrofer. Varje minut dör två barn av malaria, bara i Afrika. Trots att malariabehandling för ett barn bara kostar fem kronor. Sms:a LÄKARE till 72990 för att skänka 50 kronor, lämna ett bidrag på www.lakareutangranser.se eller via plusgiro 900603-2 så gör du en insats där nöden är som störst.



DEBATT

Läs tidigare publicerade debattinlägg under "Aktuell debatt" på www.barnlakaren.se.

Replik till Bengt Björksténs inlägg "Amning minskar inte risken för astma eller allergi" i Barnläkaren nr 2/2010



I Barnläkaren nr 2/2010 tar Bengt Björkstén upp ämnet amning och allergisjukdom. Om amning kan minska risken för astma och allergisjukdom är omdiskuterat. Att detta skapar oro och frågor hos både nyblivna föräldrar och hälso- och sjukvårdspersonal är förståeligt. Det är en svår och viktig uppgift att ge information till nyblivna föräldrar, som ofta söker kunskap och vill veta. Vi instämmer med Bengt Björkstén att all rådgivning skall bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet.

Bengt Björkstén svarar direkt:

I artikeln av bland andra Inger Kull och Magnus Wickman pressas resultaten för att visa att amning skyddar mot astma genom att utesluta 474 barn som fick symtom under pågående amning. Även efter en sådan åtgärd är effekten dock begränsad till symtom under de första fyra åren och så liten att resultaten inte motiverar generella råd.

En förklaring till motstridiga resultat är troligen skillnader i studiernas upplägg och urval. Flera av de studier som presenteras är tvärsnittsstudier där data om amningslängd samlas in retrospektivt. Dessutom är en del studiepopulationer selekterade, t ex baserat på allergi hos föräldrar. En annan skillnad är att amningsvanor skiljer sig åt i olika delar av världen. Nu jämförs resultat från länder som Sverige där de flesta ammar sina barn i flera månader med studier där mammorna endast ammar några veckor.

I en nyligen publicerad artikel i Journal of Allergy and Clinical Immunology redovisas resultaten från senaste uppföljningen i BAMSE-studien. Resultaten visar att barn som ammas i 4 månader eller mer hade en minskad risk för astma under de första åtta levnadsåren, jämfört med barn som ammas kortare. Effekten var mest uttalad hos barn som insjuknade med astmasymtom under de fyra första åren. Däremot föreföll inte amning minska risken för insjuknande i astma efter fyra års ålder. Trots detta, såg vi vid åtta års ålder en signifikant minskad risk för allergisk astma (d v s astmasymtom samt IgE-antikroppar i blodet) bland barn som ammas i minst fyra månader. Dessa resultat går i linje med resultat från andra studier med liknande studieupplägg. Utifrån ett svenskt perspektiv anser vi att det finns stöd för att amning i minst fyra månader även har gynnsamma effekter när det gäller att minska risken för astma under barndomen.

*Inger Kull, leg sjuksköterska, med dr
Institutet för miljömedicin
Enheten för miljöhälsa, Norrbacka
E-mail: inger.kull@ki.se*

*Magnus Wickman, professor, Sachsska Barnsjukhuset, SöS
samt för Institutet för miljömedicin, Karolinska Institutet,
Stockholm
E-mail: magnus.wickman@ki.se*

Studien är en av flera liknande och motsägs av lika många, lika välgjorda studier. Förklaringen till de motstridiga resultaten är inte "skillnader i studiernas upplägg och urval", utan att amning inte är väsentligt i relation till allergi.

Ett eventuellt samband motsägs också av globala epidemiologiska studier. Dessa visar entydigt att allergier inte

DEBATT

är ovanligare i länder med hög amningsfrekvens än i liknande länder med mindre amning.

Vi vill så gärna att amning skall vara bra i *alla* sammanhang att vi prutar på objektiviteten när vi tolkar forskningsresultat. Ingen skulle godkänna andra medicinska åtgärder på så lösa boliner som data för att amning skyddar mot allergi.

Det etiska problemet kvarstår alltså kring rådgivning, som av många mammor uppfattas som pressande. De flesta vill amma. För att det skall lyckas måste vi erbjuda utbildning, ha goda rutiner vid förlossningen och hjälpa till praktiskt. Allt detta fungerar i stort sett utmärkt i Sverige. Men mammor skall inte bli ifrågasatta om de inte vill amma i sex månader. Vi har exempelvis ingen rätt att fråga varför de eventuellt inte vill amma, lika litet som vi frågar varför de inte vill vara med i en klinisk studie.

Bengt Björkstén, professor emeritus i barnmedicin och allergiprevention

E-mail: bengt.bjorksten@ki.se



David Wretling, "Mor och barn", brons, 1958.



Fortsatt desinformation

I tidskriften Barnläkaren som ges ut av Svenska Barnläkarföreningen (nr 2/2010) skriver Bengt Björkstén, professor emeritus i barnmedicin och allergiprevention, om falska löften kring amning. För att amning ses som något eftersträvarsvårt fortsätter sjukvården att påstå att amning skyddar mot allergi – trots att det till och med finns studier som talar för ökad risk för ammade barn att utveckla allergi, särskilt om mamman är allergisk.

"Vi kan inte", skriver Björkstén, "i Sverige hävda att amning är av avgörande betydelse för barnets hälsa." Och så skriver han att medicinsk rådgivning ur etisk synvinkel måste bygga på vad man faktiskt vet. Tänk att det i ett land som Sverige, med kvinnor som både kan skriva, läsa och tänka, ska behövas argumentera för att mödravården inte ska lura blivande mammor.

HANNE KJÖLLER

DN 10 maj, 2010

Pressgrannar

Bengt Björksténs artikel i temanumret Allergi/Astma om att amning inte skyddar mot allergi uppmärksammades 10 maj

på ledarplats i Dagens Nyheter av Hanne Kjöllér. Redaktionen gläds åt att Barnläkaren har genomslag också i rikspresen.

Vill du skriva ett inlägg till debattsidan? Skriv kortfattat (max 500 ord, 5 referenser) och skicka till: info@barnlakaren.se

EXTRA: BARNVECKAN



Göran Oldaeus håller sitt invigningstal i Hammarskjöldsalen den 21 april, premiärdagen för årets Barnvecka.



Carin Oldin och Simon Rundqvist, Jönköping, toastmasters på Banketten



Jonatan Källström och Christina Alnervik från Barnkliniken i Jönköpings egen kör, bjöd på skön sång under banketten.



Göran Wennergren, ordförande i stiftelsen Acta Paediatrica, delade ut årets Young Investigator Award på BLF:s årsmöte under Barnveckan. Pristagaren Titus Schlinzig, Astrid Lindgrens Barnsjukhus, Huddinge tog nöjd emot diplommet och priset på 20 000 kronor.



Besök på Huskvarna fabriksmuseum, i bild bl a Göran Oldaeus



Mingel bland utställarna under kaffepaus, ST-läkare Kjersti Kvernebo Sunnergren, Johannes Bengnér och överläkare Karin Malmgren, alla från Jönköping

EXTRA: BARNVECKAN



Acta Paediatrica och Barnläkaren hade en gemensam utställningsmonter. Fr v. Ann-Christin Lundgren, Göran Wennergren och Margareta Munkert Karnros. Saknas i bild: Cathrin Andersson.



Barnveckan fick celebert besök av en glittrande Amy Diamond



Ung talang med brinnande intresse? Mingelkvällen bjöd på överraskningar.



Jenny Lindberg verkade uppskatta underhållningen



Blått är flott. Dansgrupp från Jönköpings kulturskola uppträdde på Huskvarna vårdcentrum på Mingelkvällen



Gallerirunda. Besök hos Brand-Johan och hans fru Ingalill på Galleri Smedbyn i Huskvarna. Margareta Blennow, tidigare ordförande BLF längst till höger.

NYHETER

Ökat intresse för BLU



Jenny Alkén, ordförande för BLU.

Sedan november 2009 har antalet prenumeranter på BLU:s (Barnläkare under utbildning) nyhetsbrev fördubblats. Antalet kliniker utan prenumerant på nyheter från föreningen, har samtidigt mer än halverats.

BLU är ett nätverk för alla ST-läkare och nyblivna specialister. Syftet med BLU är främst att bevaka frågor rörande utbildning, men

också att fungera som forum för yngre barnläkare och skapa tillfällen för medlemmarna att träffas och utbyta erfarenheter.

Föreningens ambition är att det på varje klinik finns minst en, gärna flera, kontaktpersoner för BLU. Ordförande för BLU är Jenny Alkén.

Acta Paediatrica får ny medredaktör

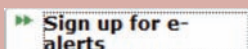


Under våren valdes en ny medredaktör in i Acta Paediatricas redaktion, professor Liisa Lehtonen. Hon är professor i Neonatologi och arbetar i dag på Neonatalavdelningen, Universitetssjukhuset i Åbo.

I dag arbetar elva medredaktörer av olika nordiska nationaliteter på tidskriften. Medredaktörernas huvudsakliga uppgift är att assistera chefredaktören med bedömnigar av vetenskapliga manuskript. Liisa Lehtonen är den första kvinnan som valts in som medredaktör sedan tidskriftens grundande 1921. Chefredaktör sedan 2007 är Hugo Lagercrantz.

ACTA PÆDIATRICA E-ToC

För att få meddelande via E-mail om innehållet i varje nummer av Acta Paediatrica, så snart det utkommer: Gå till www.actapaediatrica.com och klicka på:



Avhandlingar inom Barnmedicin



Disputera? Glöm inte att anmäla detta till Barnläkaren (info@barnlakaren.se)

Fredrika Gauffin, Avd för klinisk vetenskap, intervention and teknologi (CLINTEC), Avd för Pediatrik, Karolinska Institutet, Stockholm, disputerade den 11 juni

Titel: Prognostic molecular markers of childhood leukemia

Opponent: Ruth Jarrett

Christina Keen Fredriksson, Avd för Pediatrik, Göteborgs universitet, Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus, disputerade den 11 juni

Titel: Exhaled NO and small airway function in asthma and cystic fibrosis

Opponent: Lennart Nordvall

KULTUR

Redaktör: Carl Lindgren



Litet syskon

Om att vara liten och ha en syster eller bror med sjukdom eller funktionsnedsättning.

Författare: Christina Renlund
Gothia förlag, 2009,
124 sidor.

Christina Renlund är psykolog och psykoterapeut vid Handikapp och Habilitering i Stockholms läns lands-

ting. Hennes långa erfarenhet av arbete med funktionshindrade barn och deras föräldrar har tidigare resulterat i boken "Doktorn kunde inte riktigt laga mig", utgivet på samma förlag 2007, där barn beskriver hur de upplever sina funktionshinder. I denna bok får syskon i förskoleåldrar till barn med kroniska sjukdomar eller funktionshinder komma till tals.

Friska syskon som får kunskap om situationen mår bättre senare i livet

I den första delen av boken ges exempel från olika föräldrabeskrivelser av hur även riktigt små barn, från 2 till 6 år, förstår att något är annorlunda med syskonet i familjen. De behöver ord på vad som är fel, även om de inte till fullo förstår innebörden; att syskonet har Downs syndrom, eller "muskelsjukdom" eller behöver "längre tid att tänka och lära sig", som en beskrivning av en utvecklingsstörning. De behöver kanske stilla sin oro över om sjukdomen också skall drabba dem själva. Upplevelser av orättvisa i hur det blir behandlat jämfört med syskonet, skamkänslor för syskonet inför utomstående, rädsla inför föräldrars oro och ledsnad kan allt vara svårt att uttrycka med ord för ett litet barn.

Sådana tankar och känslor behöver få berättas och bli bemötta utifrån den åldersnivå barnet befinner sig i. Med hänvisning till modern forskning pekar författaren på betydelsen av att det friska barnet får kunskap om syskonets sjukdom/funktionsnedsättning för att själva må bättre senare i livet. För professionella betonas vikten av att uppmuntra och stödja föräldrarna i att våga möta barnens frågor och tankar.

Fyra barn berättar om sitt syskons funktionshinder

I den senare delen av boken finns konkreta förslag till hur föräldrarna eller andra närstående kan hjälpa barnet att uttrycka sig genom lek, teckningar eller berättelseböcker. I den sista delen av boken får läsaren möta fyra barn och deras berättelser om syskonet och sin familj, om kärlek, frustration, omtanke, bråkighet eller inåtvändhet.

Inspirerar läsaren med värme och konkreta råd

Boken är enkel och lättläst. Den utstrålar en gedigen kunskap om förskolebarnens utveckling och känslor. I de återgivna samtalen med barnen lyckas författaren ge en bild av den kärlek, omtanke och smärta barnen känner inför sina kroniskt sjuka eller funktionshindrade syskon, som går rakt in i hjärtat på läsaren. Med värme, klokhet och konkreta råd inspirerar författaren till att våga samtala även med små barn. Liksom i den förra boken finns det också en genomgående positiv ton av tro på barnets egen förmåga till läkning och utveckling. Denna bok, som kanske främst skrivits som stöd åt föräldrar och andra närstående, borde läsas av alla som arbetar med barn med kroniska sjukdomar eller funktionshinder.

Gunilla Malm, Docent fd överläkare, Karolinska
Universitetssjukhuset, Huddinge
E-mail: gmalm@telia.com



Vår barnläkarbok

Uppföljare till
"Dr Lagercrantz &
Dr Schulmans
Barnläkarbok"
Författare: Hugo
Lagercrantz & omon
Schulman
Karolinska Institutet
University Press 2009,
334 sidor

Hugo Lagercrantz är neonatolog och professor i pediatrik, Stockholm. Salomon Schulman är

barnläkare, kåsör, författare, översättare med polsk-judisk bakgrund och bärare av hatt, helskägg och vildvuxet hår, Lund. Rebecka Lagercrantz är barnläkare och konstnär, Stockholm. Annika Röhl är medicinsk illustratör, Bromma. Tillsammans har de skrivit, ritat och målat ihop "Vår barnläkarbok", en uppföljare till "Dr Lagercrantz & Dr Schulmans Barnläkarbok" (2003). Det har blivit en fullträff.

Färsk forskning och gamla huskurer

Först beskrivs på drygt 70 sidor barnets utveckling fram till puberteten – tonåringar behandlas inte i boken. Författarna integrerar neurobiologi med psykologi när de beskriver utvecklingens olika faser. Nästa bokdel handlar om sjukdomar (200 sidor) och tredje delen (med numret IV) om akuta tillstånd (22 sidor) och sista delen (med numret V) om vacciner m m (16 sidor).

KULTUR

Bokens bilder är både många och uttrycksfulla och avspeglar texten så att boken med fördel kan läsas sida upp och sida ned snarare än användas som en handbok. På ett ofta träffande och mustigt språk blandas färsk forskning med gamla huskurer. De medicinska illustrationerna avbildar på ett lagom detaljerat sätt vanliga barninfektioner, hjärtfel och andra missbildningar, inflammerade tarmar och luftvägar, med mera.

Som läsare vill man naturligtvis ibland uttrycka sig annorlunda än texten. På sida 103 står det: "Ibland kan det uppstått en förhårdnad – *navelgranulom* – som kan tas bort med lapis på barnavårdscentralen." Lapis leder ibland till onödiga etsskador på huden och är sällan nödvändigt (Daniels J. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2003;88: F257). Mitt besked till föräldrar: Avvakta. Granulomet försvinner oftast av sig själv (om det inte fuktar).

Rekommenderade behandlingar tål att diskuteras

Feberfobi beskrivs på ett klokt sätt i kapitlet *Feber* (sidorna 87 och 124-130) men de ganska omfattande råden mot feberkramp har tyvärr visat sig vara utan värde. Feberkramp går inte att förebygga. Vi får acceptera det och istället förklara för föräldrarna att feberkramp ser väldigt skrämmande ut men leder mycket sällan till skador (Läkartidningen 2010;107(19-20):1290-1291).

Om *kikhosta* (sida 132) står det att "Kikningarna känner du igen på det visslande inandningsljudet, följt av en intensivt hackande hosta": Hostan kommer först, sedan, när lungorna känns alldeles tomma och urkramade, kommer inandningen. Jag vet, jag fick kikhosta när jag var fyrtio år gammal och hostade mig igenom ett flertal BB-ronder innan en barnsköterska ställde diagnosen.

Drygt femtio år efter att difterisk krupp försvann ur Sverige önskar jag att vi gör oss av med de konstiga och förvirrande beteckningarna falsk krupp och pseudokrupp. Låt oss – som i engelskan – talade om *krupp* (croup) när vi syftar på vanlig viruskrupp (sida 151). Vid behov kan vi precisera oss till viruskrupp eller difterikrupp. Lepheton och Desentol innehåller tillsammans ett 20-tal ämnen, bl a etylmorfin som metaboliseras till morfin. De bör förvisas till medicinhistoriens kuriosakabinett.

Om *halsfluss* (sida 152) skrev Läkemedelsverket 2001 (www.mpa.se) att om en patient med halsont också har snuva eller hosta ska vi kliniskt ställa diagnosen virusinfektion och inte ta Strep-A som bara fångar bärare av streptokocker eller ge pc som hos dessa bara ger biverkningar, inte verkningar. Reumatisk feber och reumatiska hjärtfel finns inte nu i vår del av världen så de kan utgå.

Förträffliga formuleringar

Genom att behandla *akut öroninflammation* (sida 154) kan man knappast förebygga meningit. I höst kommer Läkemedelsverket att publicera nya riktlinjer för öroninflammationer som innebär mindre användning av antibiotika. Sekretorisk otit (sida 157) ska inte få antibiotika. *Amoxicillin stolpiller* (sida 159) hittar jag inte i min FASS. Till varningstecken för *meningit/sepsis* (sida 161) kan svår smärta i extremiteterna läggas (sökning i PubMed med sökorden "thompson m AND infection" ger flera utmärkta studier, och fler är på väg). Svårigheten att välja medicin mot astma när lågdos steroidspray inte räcker formuleras bra på sidan 212 men nu har vi en studie att vila vårt trötta klinikerhuvud på i New England Journal of Medicine (Lemanske, NEJM 2010;362:975).

Jag hittar inga allvarliga fel i boken men många förträffliga formuleringar och råd. Sveriges föräldrar har fått en ny Doktor Spock, fast bättre. Mitt exemplar ska med glädje överlämnas till våra barnbarns föräldrar. När en vän får sitt första barn är denna bok en utmärkt gåva. Tack vare Rebecka Lagercrantz är detta faktiskt en vacker läkarbok.

Inge Axelsson

E-mail: inge.axelsson@miun.se



KULTUR

Malmsten formar metall till viktlöshet

Kira Malmsten

Galleri Hera, Stockholm

8 maj – 19 juli (efter överensk t o m 31 augusti)

Kontakt: harriet.deger@gallerihera.se, www.gallerihera.se



Foto: MMK

Perfektionen är slående, varje muskel och rundning på Kira Malmstens kroppar är omsorgsfullt och med exakthet framarbetade. Föremålen tycks sväva ovanför sina socklar, och vid första ögonkastet inbjuder konstverkens till synes luddigt garnlika ytor till beröring.

Illusionen av mjukhet upplöses när man tittar närmare och upptäcker den stela metalltråden, som konstnären använt sig

av för att bygga upp skulpturerna. Metalltrådverket, som växt fram ur en tidsödande process av fingervirkning, för tanken till en insektsvinges sköra och detaljerade ådernät. Med hjälp av välriktade spotlights skapas en svävande känsla i rummet.

Denna attraktiva effekt, som konstnären lyckats frammana, är främst påtaglig i det rörande verket som föreställer ett ensamt barn i en båt med två fåglar. Skulpturen, hängd i nästintill osynliga nylonlinor, tycks röra sig i en dynamisk sfär vilken fyllts av barnets naivt djärva och nyfikna framåtsträvan. Till detta kan läggas en fjäderlätt viktlöshet som inkluderar verkets alla delar, från båtkroppen till det skimrande kopparröda håret som fångats upp av fartvind och havsbris.

Ytterligare ett inslag i Kira Malmstens utställning är de fascinerande skuggeffekterna, vilka ger tyngd till respektive verk på ett oväntat sätt. I båtskulpturen har det lilla barnets skugga blivit förlängd till vad som till synes är en vuxen människa.

Utpräglad fingerspetsperfektion går i arv i släkten Malmsten. Farfar Carl lät tidigt barn och barnbarn få veta, att framgång som konstnär når man genom hårt arbete och strävan mot fulländning. Detta i kombination med Kiras tidigare lantbrukarbakgrund, där hängiven närhet till natur och djur varit central, mynnar ut i ett paradoxalt tredimensionellt möte där mjukhet och stränghet vandrar sida vid sida.

Margareta Munkert Karnros

Nya böcker/boktips



Barnhälsovård - att främja barns hälsa
Margaretha Magnusson,
Margareta Blennow,
Elisabet Hagelin,
Claes Sundelin
Upplaga 5,
Liber, 2009, 285 sidor.
Utgivningsår: 2009



Vill du tipsa om en läsvärd bok?

Skriv till Carl Lindgren: carl.lindgren@actapaediatrica.se

Det är ett
**unikt vasslebaserat
hydrolysat!***



NUTRICIA
Advanced Medical Nutrition

KALENDARİUM

OBS! Under kalendariet i tidningen Barnläkaren publiceras enbart kalendariepunkter som registrerats på BLF:s hemsida. Registrera därför din kurs/fortbildning på www.blf.net.

2010

AUGUSTI

4-9/8 The 26th International Pediatric Association Congress of Pediatrics 2010 (IPA) Johannesburg
Info: www2.kenes.com/IPA/Pages/home.aspx

SEPTEMBER

8-10/9 Framtidens Specialistläkare är Sveriges största kongress med ST i fokus
Info: www.framtidenslakare.se

OKTOBER

6-7/10 APLS (Advanced Paediatric Life Support), Lund
Info: www.skane.se

11-15/10 Läkarkurs i "Global mödra- och barnhälsa", Södersjukhuset, Stockholm
Info: www.ipuls.se

20/10 Rättsmedicinalverket (RMW) anordnar kurs i rättsmedicin för barnspecialister, Stockholm
Info: www.rmv.se

23-26/10 3rd Congress of the European Academy of Paediatric Societies
Info: www2.kenes.com

29/10 Specialistskrivning i pediatrik
Info: www.blf.net

NOVEMBER

15-19/11 "The science of newborn care", Imperial College, London
Info: www.symposia.org.uk/neonatal

DECEMBER

2-4/12 Excellence in Paediatrics, London
Info: www.excellence-in-paediatrics.org

Region Skåne söker

Barnhälsovårds- överläkare



till Kunskapscentrum för barnhälsovård i Region Skåne, vi är organisatoriskt placerade vid Centrum för primärvårdsforskning i Malmö.

Vi befinner oss i uppbyggnadsskedet och vi söker dig som är driftig, kreativ och vill jobba med utvecklingsarbete i ett nybildat tvärprofessionellt team!

Kontaktperson: Marie Köhler, Verksamhetschef och Barnhälsovårdsöverläkare för Kunskapscentrum för barnhälsovård i Region Skåne, tfn 040-623 94 43, 0705-21 16 54.

Läs mer på www.skane.se/pvskanejobb



Stiftelsen Samariten

**Stiftelsen Samariten delar i år ut totalt
1.500.000 kronor.**

Bidrag ges som forskningsanslag eller stipendiemånader (1-3 mån) till forskningsprojekt inom barnsjukvård.

Anslagen avser framför allt att stödja nyetablerade projekt med hög klinisk relevans för pediatrik och som saknar stöd från stora anslagsgivare såsom Vetenskapsrådet, EU, Barncancerfonden etc. Stiftelsen välkomnar också ansökningar för anordnande av vetenskapliga symposier.

Ansökningshandlingarna skall vara Stiftelsen Samariten tillhanda **senast måndagen den 11 oktober 2010 kl 17.00.**

Upplysningar om ansökningsförfarande och blanketter finns på adress nedan eller via internet www.stiftelsensamariten.se.

Stiftelsen Samariten
Sachsska barnsjukhuset
Södersjukhuset
118 83 STOCKHOLM



Jerringfonden har till ändamål att främja i Sverige boende fysiskt och/eller psykiskt missgynnade barns vård, fostran och utbildning.

Fonden anslår varje år medel till:

- **Forskningsanslag och Forskningsstipendier**
 - Sista ansökningsdag den 20 september varje år
- **Lärresor för arbetslag/personalgrupper**
 - Sista ansökningsdag den 4 oktober varje år
- **Verksamhetsanslag till organisationer/föreningar/institutioner/skolor**
 - Sista ansökningsdag den 20 oktober varje år
- **Fortbildningsstipendier för personal**
 - Sista ansökningsdag den 1 februari varje år

Ansökningsblanketter och mera information finns att hämta på fondens hemsida, www.jerringfonden.org.

Jerringfonden bildades år 1955 av radiojournalisten Sven Jerring och delar årligen ut ca 6 miljoner kronor.

Jerringfonden • Box 12851 • 112 98 Stockholm
Tel: 08-91 10 01 • email: info@jerringfonden.org



EXCELLENCE in Paediatrics

Cutting edge topics by outstanding speakers

2-4 DECEMBER 2010

LONDON

Presented by
WILEY-BLACKWELL

Excellence in Paediatrics 2010 is the second in a series of annual international conferences in the field of paediatrics, presenting the latest, most insightful and authoritative overview of key developments in paediatrics, by outstanding speakers.

Who should attend

The conference aspires to enable a wide international community of paediatricians stay ahead in children's medicine. It is addressed primarily to general paediatricians and general practitioners with an interest in child health while it is also of interest to specialist paediatricians who wish to benefit from an up to date overview of latest developments in key areas in paediatrics.

Conference highlights

- The Scientific Committee is mostly comprised of editors of internationally acclaimed paediatric journals and books published by Wiley-Blackwell.
- Over 60 internationally renowned speakers from paediatric centres of excellence.
- A number of special sessions will be organised by the Cochrane Child Health Field and EPA/UNEPSA, the Royal College of Paediatrics and Child Health, Children's Hospital Boston and Harvard Medical School, ESPGHAN, Karolinska Institute and University Hospital of Pediatrics & Adolescent Medicine, Vienna.

Abstracts

The book of abstracts will be published as a supplement to the journal *Acta Paediatrica*.

ACTA PÆDIATRICA
[NURTURING THE CHILD]

Scientific Programme

The four main thematic pillars of the conference include Infectious Diseases and Vaccinations, Respiratory Medicine, Gastroenterology & Nutrition, and Neurology & Neurodevelopmental paediatrics.

The scientific programme will also comprise of a mix of topics of specialist interest and novel topics of general interest in the fields of Adolescent medicine, Allergy & Immunology, Cardiology, Dermatology, Endocrinology, Epidemiology & Environmental Paediatrics, General Paediatrics, Genetics, Neonatology and Nephrology.

Important dates

Deadline for abstract submission: **10 September 2010**
Deadline for early registration: **3 September 2010**

www.excellence-in-paediatrics.org

Varje dag får två barn i Sverige
diabetes typ 1

Stöd forskningen
pg 900901-0


Diabetesfonden
Stiftelsen Svenska Diabetesförbundets
Forskningsfond
www.diabetes.se

För 700 spädbarn
går solen ned alldeles för tidigt.

Varje år dör 700 barn på tröskeln till livet.
Och det bara i Sverige.
Köp Spädbarnsfondens Solvända-pin.
Då hjälper du forskningen om spädbarnsdöd.

Läs mer och beställ på www.solvanda.nu
Plusgiro: 90 02 12 - 2

Tack för att du bryr dig.



Nu är det dags att skicka in poster-abstracts till riksstämman 2010 i Göteborg.

OBS: Deadline är 27 augusti

- Detta är ett utmärkt forum för bl.a. ST-läkare och doktorander att visa upp sina projekt.
- Det är även ett utmärkt tillfälle att visa upp den forskning som pågår vid icke-universitetssjukhus.
- Postern kan vara på svenska eller engelska, så det går alldeles utmärkt att anmäla en poster som tidigare presenterats vid något internationellt möte under det gångna året.
- Det är viktigt att vi kan få med postrar som visar på både bredden och djupet i den svenska pediatrika forskningen.

Anmäl via websidan: <http://abstrakt.sls.se>

Riksstämman är en av våra viktigaste mötesplatser – flera hundra barnläkare brukar delta. Den pediatrika postersessionen brukar vara mycket välbesökt och vi brukar ta in c:a 40 postrar.

Preliminära huvudpunkter i programmet:

Onsdag 1/12

- Lilla Alva får halva tant Malvas salva och Lille Miller får hela herr Killers piller – med vilken evidens? – läkemedel och etik inom barnsjukvård en vanlig dag...
- Ojämlig hälsa: hur ser den ut och vad kan vården göra?
- Svenska kliniska erfarenheter av den nya influensa A (H1N1)
- Hur fungerar vaccinationskampanjen mot nya influensa A (H1N1)
- Livets början – vem äger frågan?

Torsdag 2/12

- Diagnostik och vård av barn med sällsynta diagnoser – en rättvis vård?
- Asylsökande flyktingbarn i Sverige och Europa (inkl Charles Watters, USA "Unaccompanied minors - a European perspective")
- **Postersession**
- Prisutdelning till bästa postrar
- Prisutdelning till mest citerade pediatrika arbetet under 2009
- *Gästföreläsning* av barnläkare och docent Sven Bremberg: "Att främja barn och ungas hälsa - ett framtidsperspektiv"
- *Högtidsföreläsning* av barnläkare Sten Anders Ivarsson
- Konsensus om Otiter? – Nytt Otitkonsensus!

De tre bästa postrarna får diplom och prissumma 3000, 2000 resp. 1000 kr.

Vinnare vid riksstämman 2009 var:

- 1) Ola Andersson (Halmstad): Sen avnavling minskar risken för neonatal anemi hos fullgångna svenska barn
- 2) Per Brandström (Jönköping): Njurskada hos barn randomiserade till profylax, endoskopisk injektion eller observation. Resultat från svenska refluxstudien
- 3) Charlotte Nylander (Eskilstuna): Mer riskfyllt beteende hos ungdomar med kroniska tillstånd

Mest citerade pediatrika arbetet får diplom och prissumman 5000 kr.

Vinnare vid riksstämman 2009 var:

- Ludvigsson Johnny et al. GAD treatment and insulin secretion in recent-onset type 1 diabetes. N Engl J Med. 2008; 30;359(18):1909-20

Vi ses i Göteborg!

/Catarina Almqvist Malmros

Vetenskaplig sekreterare i BLF

Nu introducerar vi **Pepticate!**



Pepticate är ett extensivt hydrolysat med vassle, prebiotika och LCP (Långkedjiga fettsyror), som smakar gott.

Pepticate har en smak som tolereras väl av de små barnen och ger en dokumenterat effektiv och säker behandling av barn under 1 år med komjölsallergi.¹

Pepticate – när smak, trygghet och magkänsla spelar roll!

Läs mer om vårt breda sortiment av allergiprodukter på www.nutricia.se

Ref: 1. Giampietro, P. G., Kjellman, N. I., Oldaeus, G., et al. Hypoallergenicity of an extensively hydrolyzed whey formula. *Pediatr Allergy Immunol* 2001; 12: 83-86.

Nyhet!



NUTRICIA
Advanced Medical Nutrition

Nutricia Nordica AB, Tel: 08-24 15 30

Evilund & Wik, 2009

Annonsera i Barnläkaren

Teman för 2011

1. Neuropsykiatri
2. Gastroenterologi
3. Sömn
4. Akutpediatrik
5. Barn och fysisk aktivitet
6. Barn och kultur

Boka redan nu: info@barnlakaren.se, 070-357 16 63/08-517 795 82
Info: www.barnlakaren.se

Omnitrope®
Somatropin

Brett sortiment och smidig injektionspenna

Omnitrope® finns som färdig lösning i styrkorna 5 mg och 10 mg. Lösningen administreras enkelt med hjälp av en smidig injektionspenna.

Glad sommar!



Omnitrope® Rx är i Sverige godkänt för behandling av:
1) Barn med tillväxstörning orsakad av: Otillräcklig insöndring av endogen tillväxthormon (PGHD). I samband med Turners syndrom. I samband med kronisk njursufficiens (CRI). Hos korta barn som är födda SGA. Associerat med Prader-Willis syndrom (PWS). 2) Vuxna med uttalad brist på tillväxthormon.

För mer information om Omnitrope® se
www.sandoz.se, www.ema.europa.eu eller telefon 070 600 81 43.

För fullständig information om varningsföreskrifter och begränsningar se www.fass.se.

Datum för översyn av produktresumén mars 2008.
ATC-kod H01AC01

 **SANDOZ**

Sandoz AB, Edvard Thomsens Vej 14
2300 Köpenhamn S Danmark
www.sandoz.se