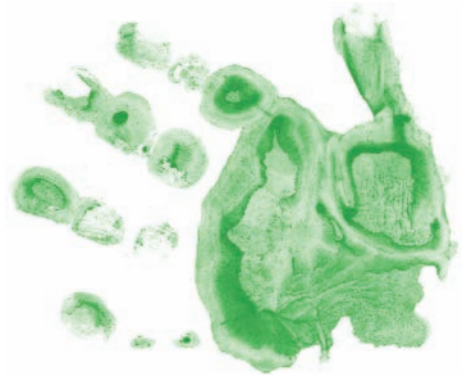


Nr.3/Juni 2008

Barnläkaren

Tema: Dermatologi

Debatt: "Den stora förloraren är barnet."
Anna Singer om vårdnadstvister och barnets hälsa



SVENSKA BARNLÄKARFÖRENINGEN
SWEDISH PAEDIATRIC SOCIETY

 WILEY-
BLACKWELL



McNeil
08-503 385 00

En lite barnsligare Ipreen.

Ipreen för barn är receptfri från 6 månader. Den tar ner feber länge, minst sex timmar, och lindrar tillfällig värk, som ont i öronen, halsont eller tandvärk. Dessutom motverkar den inflammation. Välj mellan stolpiller (Suppositorier) eller flytande form (Ipreen Oral Suspension) sockerfri med god apelsinsmak.



IPREEN INNEHÅLLER IBUPROFEN. FÖLJ ANVISNINGARNA PÅ FÖRPACKNINGEN OCH SAMRÅD ALLTID MED LÄKARE INNAN DU GER IPREEN TILL BARN MED ASTMA. SKA INTE GES TILL BARN MED AKUTA MAGSMÄRTOR, MAGSÅR ELLER ÖVERKÄNSLIGHET MOT ACETYLSALICYLSYRA. RECEPTFRITT. FÖRPACKNINGAR OCH PRISER: 100ML ORAL SUSPENSION 47,50 KR., 10X125 MG SUPPOSITORIES 33,50 KR. DATUM FÖR SENASTE ÖVERSYN: 2007-04-03.

PATENTERAD LÖSNING FÖR VANLIGA HUDPROBLEM!

SPINOFF FRÅN MARIN FORSKNING

Upptäckten av enzymet Zonase är en spinoff-effekt i ett forskningsprojekt på Havsforskningsinstitutet vid Universitetet i Bergen. Där studerade man kläckningsprocessen hos fiskägg och fann då ett enzym, vars uppgift är att inför kläckningen bryta ner den starka proteinstrukturen i äggets skal, utan att skada det känsliga ynglet inne i ägget. Fynden ledde till vidare undersökningar i större skala. I det fortsatta arbetet samlades det nyupptäckta enzymet in från det färskvatten i vilket äggen kläcktes. Personalen där arbetade med händerna i kallt vatten flera timmar dagligen och var vana vid att deras händer var nariga och spruckna. Men när de började arbeta med att samla in enzymet, konstaterades att huden på deras händer blev mjuk och smidig istället. Fortsatt forskning har visat att enzymet löser upp och avlägsnar döda hudceller, utan att skada den levande friska huden, vilket även påskyndar bildningen av ny hud. För vidare information om Zonase och den bakomliggande forskningen, se hemsidan: www.zona.no

PRODUKTFAKTA

Zona är en serie hudvårdande produkter som bygger på en patenterad enzymteknologi (Zonase), som visat goda effekter på human hud. Serien är utvecklad speciellt för torr, känslig, irriterad, problembenägen hud på kroppen, i ansiktet och i hårbotten. Produkterna är allergitestade och innehåller inte parabener, parfym eller färgämnen.



zona™
Hjälper din hud!

Svensk distributör: Electi Medicals AB 040-50 50 30, info@electi.se

Innehåll

Barnläkaren

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

Ansvarig utgivare

Margareta Blennow
margareta.blennow@sodersjukhuset.se

Chefredaktör/Annonskontakt

Margareta Munkert Karnros
margareta.munkert@actapaediatrica.se

Redaktionssekreterare

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

Litteraturredaktör

Carl Lindgren
carl.lindgren@actapaediatrica.se

Manuskript insändes

per mail till:

Margareta Munkert Karnros
margareta.munkert@actapaediatrica.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

mvinding@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

Hugo Lagercrantz
Måna Wallensteen
Göran Wennergren
Björn Wettergren

LEDARE

5

REDAKTÖRENS RUTA

6

BARNMEDICIN

Återkommande smärta hos barn

7

TEMA: DERMATOLOGI

Hur mår svenska barn med eksem?

9

Eksem hos barn - Bamse kan ge svar

10

Flest pigmentnevi hos barn i södra Sverige

12

Stort behov av psykologiskt stöd för patienter med Alopecia areata

13

Teamarbete över klinikgränserna med familjen i fokus

14

Leva med barn med dermatologisk sjukdom

16

NYHETER

Notiser

17

ENKÄTEN

Är BB-tiderna idag för korta?

19

DEBATT

Omskärelse bör inte förbli en fråga om innanför- eller utanförskap

20

Heliga kor och allergiprevention

21

PGD-HLA – att skräddarsy ett barn, för vems skull?

22

Vårdnadstvister och barnets bästa – en fråga för domstol?

25

INTERVJUN

Ann Lindstrand – Med ena foten i en annan värld

26

AVHANDLINGEN

Genetiska variationer i HLA Klass II och CTLA-4

27

LITTERATUR

Barnortopedi

29

När musiken tystnar

30

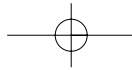
KONST

Barnet i konsten – Bilder av barn genom konsthistorien

31

KALENDARIUM

32



Tack till alla som gjort kampanjen möjlig. Foto: Sven Torfinn. Källa: Läskunnighet: Human Development Report 2005, UNDP.

LÄSKUNNIGHETEN I TCHAD HAR INTE ÖKAT PÅ LÄNGE.

DET ÄR ETT AV HAKIMS MINDRE PROBLEM.

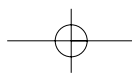
Vi på Läkare Utan Gränser skickar frivilliga läkare, sjuksköterskor och logistiker för att rädda liv och lindra nöd där den är som störst. Oavsett var i världen det är och hur mycket bistånd människorna än behöver på lång sikt.

Du är mycket välkommen att hjälpa oss på 90 06 03-2 eller via www.lakareutangranser.se, där du även kan läsa mer om vårt arbete.

PG 90 06 03-2



**MEDECINS SANS FRONTIERES
LÄKARE UTAN GRÄNSER**





Korsvirkestaden Ystad ligger otviveligt fint vid havet med kilometerlånga sandstränder inom gång/cykelaavstånd. Färjorna har tåta förbindelser med Bornholm och Polen. Järnvägen tar dig snabbt till Malmö och via Öresundsbron direkt till Köpenhamn. Med sitt myller av korsvirkesbus, kullerstensgränder och trappstegsgavlar är staden av många turister känd som en sommarstad – om det inte associeras till Wallander, förstås. Trivs du bättre vid insjöar och skogar finns även detta på mycket korta avstånd.

Lasarettet i Ystad söker

Specialistläkare Barnmedicin

REF NR: 29/08

Barn- och ungdomskliniken har en större mottagningsverksamhet i öppenvård.

4–6 slutenvårdsplatser finns på barnavdelning, gemensamt med öron och kirurgi. På mottagningen arbetar vi både individuellt samt i olika team; bl.a allergi, diabetes, endokrinologi, fetma, gastroenterologi och enures. Barnläkartjänsterna är delvis profilerade. Vi har också ansvar för BB-barnen. På BB-förlossning bedrivs lättare neonatalvård från GV 35+0. och arbete pågår att inrätta 4 neonatala samvårdsplatser. Vi förser även barnhabilitering, elevvårdshälsan och NPU-team med barnläkare. Ett väl utvecklat samarbete finns med BUP, primärvård samt universitetsklinikerna i Malmö och Lund.

Vi har också regelbundna konsultationsmottagningar inom endokrinologi av specialister från universitetsklinikerna.

Barnmottagningen finns i nyligen renoverade "Barnens Hus" och vi erbjuder Dig en god arbetsmiljö i gott samarbete med övriga barnläkare, ST-läkare, kompetenta och engagerade barnsjuksköterskor, dietist och administrativ personal.

Vi erbjuder dig ett stimulerande arbete med trevliga kollegor, goda utvecklingsmöjligheter och friskvård på arbetstid. Vi arbetar med korta beslutsvägar, hög delaktighet och vi är öppna för nya ideér och kunskaper. Hos oss bidrar alla till trivsel och verksamhetsutveckling.

Vi lägger stor vikt vid samarbetsförmåga och personlig lämplighet. Då vi strävar efter mångfald ser vi gärna sökande med olika bakgrund.

Kontakta oss så berättar vi mer; Områdeschef Barnmedicin
ÖL Björn Jönsson, 0411-99 51 65,
bjorn.a.jonsson@skane.se

Ansökan online eller skickas märkt med ref nr till Personalavdelningen, Lasarettet, 271 82 Ystad senast den 18 juni 2008.

Du hittar också vår annons på www.skane.se/platsnytt.

Lasarettet i Ystad är ett rökfritt sjukhus och ingår i nätverket för Hälsofrämjande sjukhus.



Lasarettet i Ystad
En del av Region Skåne

To advertise in this journal contact:

Margareta Munkert Karnros

Tel: +46 (0)8 517 795 82

Fax: +46 (0)8 517 740 34

email: margareta.munkert@actapaediatrica.se



Blackwell
Publishing



Ibland är det jobbigt att vara förälder.

Rädda Barnens Föräldratelefon och Föräldr mejl finns för dig som är mamma eller pappa och behöver prata med någon annan om ditt barn. Vi som svarar är själva föräldrar, utbildade av Rädda Barnen och vana att diskutera både små och stora problem. Vi erbjuder ett lyssnande öra, medmänskligt stöd och hjälp att sortera i tankar och känslor.



Telefonen har öppet: Måndag 12.00–21.30. Tisdag–fredag 18.00–21.00. Lördag–söndag 13.00–16.00.

LEDARE

Det är vår i luften när jag skriver men försommar när detta nummer av Barnläkaren kommer ut. Barnveckan ligger ännu framför mig.

Tack Göran Wennergren för att du som ordförande gediget, sakligt och målmedvetet har lett vår organisation de senaste två åren! Många av dina insatser framgår av den innehållsrika verksamhetsberättelsen. Jag vill särskilt tacka dig för att du har omorganiserat utgivningen av vår medlemstidning Barnläkaren. Den har fått ett rikt innehåll med temanummer och många debattinlägg och en professionell redaktör. Nu kan den fortsätta utvecklas och vara både en kunskapskälla och ett forum för medlemmarna.

Häromdagen var det AT-stämma. Mer än 500 AT-läkare deltog. Förväntansfulla men också undrande över vilken specialitet de skulle välja. Jonny Rylander, ST-läkare i Eskilstuna och jag möttes av idel relevanta frågor och nyfikenhet.

“Hur lätt är det att få ST i barn- och ungdomsmedicin?” Jonny svarade klokt att vill man så får man alltid en plats så småningom. De senaste åren har omkring sex procent eller ungefär 100 läkare önskat bli barnläkare ett år efter sin legitimation. Det är därför glädjande att den nya målbeskrivningen som BLF:s utbildningsutskott arbetat intensivt med nu är i stort sett klar. För att underlätta för både ST-läkaren och handledaren har utbildningsutskottet dessutom tagit fram checklistor med en detaljerad beskrivning av varje medicinskt delmål. Detta jättearbete är värt ett stort tack från oss alla. Titta gärna på vår hemsida www.blf.net där målbeskrivningen och alla checklistor finns.

“Vad är Barnläkarföreningen till för?” Vi är just nu 1750 medlemmar, som huvudsakligen arbetar inom hälso- och sjukvård för barn och ungdom. Barnläkarföreningens ena fot står i Läkarförbundet, som tillvaratar våra yrkesmässiga, sociala och ekonomiska intressen. Den andra står i Svenska Läkaresällskapet där vi är en sektion med uppgift att främja forskning, utbildning och utveckling. I Barnläkarföreningen skall vi kunna känna samhörighet, få kunskap och diskutera frågor gällande barn och ungdomars hälso- och sjukvård men även föra fram våra synpunkter i den allmänna debatten. Det kommer vi att kunna göra på Barnveckan i Örebro nästa vecka och på Riksstämman 26-28 november - två givna mötesplatser för oss.

“Vad är det som är bra med att bli barnläkare” var ytterligare en fråga från AT-läkarna. Vi svarade att det är bredden, att få utbildning inom hela allmänpediatriken först och därefter möjligheten att kunna smalna av, bli specialist och fördjupa sig inom ett område. Men det skiljer ju inte vår specialitet så mycket från andra. “Våra patienter vill inte bli sjukskrivna” sa´ en barnläkare spetsfundigt som svar på vad som var glädjande i barnläkarvardagen. Ja visst, men det som är utmaningen och glädjen med att vara barnläkare är väl att lyckas förstå vad som döljer sig bakom föräldrars beskrivningar och vad barnen uppvisar - att hitta bakom det utsagda. Det innebär också att engagera sig i barns rätt att komma till tals, att begripa när barn utsätts för våld eller på annat sätt far illa och alltid vara medveten om hur barnkonventionen tillämpas i våra verksamheter. Visst känns det tillfredsställande att barnläkare är representerade i arbeten utanför barnmedicinens korridorer; Staffan Janson som vetenskaplig rådgivare i den nya Barnrättsakademien och Anders W Jonsson som politiskt sakkunnig i sjuk- och hälsovårdsfrågor. Med god barnkunskap i bagaget påminner de säkert om barns behov och kan påverka viktiga beslut.

Så mottot för de kommande åren i Barnläkarföreningen är att vi skall fortsätta att ta vara på och sprida alla medlemmars kunskap, kompetens och energi inte bara till våra egna led utan även i andra sammanhang där vi verkar för god hälsa och livskvalité för barn och ungdomar.



Margareta Blennow
Ordförande i Svenska Barnläkarföreningen

Redaktörens ruta



Välkommen Margareta Blennow, ny ordförande i Barnläkarföreningen! Sommaren ligger framför oss, en lättnad för många som länge längtat efter välbehövlig semester. Men låt för den skull inte bli att fortsätta skriva.

Glädjande nog har jag haft nöjet att ta emot flera intressanta texter den senaste tiden. Bland annat

är det många som vill uttrycka sina åsikter, i detta nummer lägger vi därför extra fokus på debattsidan.

För ett par år sedan blev det som bekant tillåtet att använda PGD/HLA, preimplantorisk genetisk diagnostik i kombination med HLA-typning, i Sverige. Dock endast efter Socialstyrelsens granskning och godkännande av varje enskilt fall. Efter att ett antal fall passerat igenom myndigheternas nålsöga, belyste Ingemar Kjellmer frågan i Barnläkaren nr 4/2007. Han påpekade då att frågan rymmer avsevärt fler nödvändiga frågeställningar än vad som tidigare kommit fram i den allmänna diskussionen. Hur ligger det egentligen till med skyddandet av barns rättigheter när de blir donatorer till andra barn? Är denna teknik ett hot mot grundläggande etiska principer? Läs vad Gisela Dahlqvist har att säga om detta på sidan 22.

Gösta Alfvén har reagerat över debattinslaget om omskärelse i nr1/2008 och anser att barnläkare bör arbeta för att bryta tvånget till omskärelse och hävda individens rättigheter. Bengt Björkstén svarar direkt på inlägget.

I temadelen, som denna gång handlar om Dermatologi, får vi bland annat veta mer om Bamseprojektet (Barn Allergi

Miljö i Stockholm Epidemiologi). Arbetet med studien startade i början av 90-talet med syftet att undersöka riskfaktorer i miljön för utveckling av allergisjukdom hos barn. Drygt 4000 barn har följts från spädbarnsåldern tills idag. Vid åtta års ålder kunde det konstateras att så många som 42 procent av dessa någon gång drabbats av eksem.

Vi har också träffat barnläkaren och biståndsarbetaren Ann Lindstrand. Första gången som hon arbetade i fält stationerades hon på ett sjukhus i Angola som ensam läkare i ett distrikt med 100 000 invånare. Trots enormt slitsamma arbetsförhållanden med jour dygnet runt i ett halvår, längtar hon efter att resa ut och arbeta igen.

Från Carl Lindgren kommer tips på två läsvärda böcker, varav en är den omarbetade nyutgåvan av Danielssons och Willners Barnortopedi, en modern klassiker som varmt kan rekommenderas. I "Barnet i konsten" har vi möjlighet att lära oss om hur barnet skildrats genom konsthistorien. Konstexpert Giovanna Jörgensen berättar.

Vi hoppas på fortsatt flitigt medverkande i tidningen. Kontakta gärna redaktionen om du har idéer som du vill dela med dig av. **Nästa nummer** har tema Infektionssjukdomar och kommer ut **7 augusti**.

Trevlig sommar!

Margareta Munkert Karnros

Återkommande smärta hos barn.

- En klinisk och vetenskaplig utmaning

Barn och vuxna är i allmänhet mer rädda för att en sjukdom ska göra ont än för sjukdomen som sådan.

-Vi har blivit allt bättre på att behandla akut smärta. Men återkommande smärta omhändertas ofta valhant, säger Gösta Alfvén, specialist i smärtbehandling av barn.



Den medicinska traditionen är att utreda och behandla själva sjukdomen. Smärtlindring kommer ofta i andra hand. Det är tid att bryta denna tradition. För det enskilda barnet med smärta är ju smärtbehandling i stunden det viktigaste. Återkommande smärta, som är fokus i denna text, är ett problem av samma omfattning som allergi och övervikt/fetma. Det är viktigt att vi inom sjukvården fokuserar på barns och tonåringars smärta av följande anledningar:

- Smärta är en obehaglig upplevelse som påverkar tankar, emotioner, motorik och kognition. Ju kraftigare smärta desto kraftigare påverkan. Svår smärta är en mycket obehaglig upplevelse som vi blir helt upptagna av. Smärta kan få oss att ligga helt stilla eller krypa utmed väggarna.
- Smärta påverkar och inskränker många barns dagliga liv. Det hindrar dem att följa skolundervisningen och får många att stanna hemma. På kort sikt påverkar det barnet socialt och kunskapsmässigt. I det långa perspektivet, då smärta följer barnet upp i vuxen ålder, får det stora ekonomiska konsekvenser.
- Återkommande smärta är vanligt. Återkommande huvudvärk minst en gång i veckan och återkommande magsmärtor minst en gång i veckan har 29 procent respektive 19 procent av barnen mellan 10-18 år enligt en nyligen genomförd nationell och representativ undersökning (Hjern et al, 2008). Andra smärtor är också vanliga.
- Orsaken till återkommande smärta kan vara av många olika slag. Utredningen kräver ofta kvalificerat barnmedicinskt kunnande.
- Kunskap om smärtans orsaker, dess förlopp och behandling behöver utvecklas på bred front.



Omhändertagande av återkommande smärta hos barn måste förbättras

Foto: Pär Fridberg

BARNMEDICIN

Svensk Barnsmärtförening har bildat en speciell arbetsgrupp för återkommande smärta, AGÅS. AGÅS vill:

- öka förståelsen för återkommande smärta
- förbättra omhändertagandet
- utveckla behandlingsarbetet
- stimulera forskning
- arbeta för att det skapas minst en Mottagning för Återkommande Smärta hos barn (MÅS) i upptagningsområdet för varje barnklinik i landet.

Smärtmottagning (MÅS) för barn i varje barnkliniks upptagningsområde

Arbetsgruppen för återkommande smärta hos barn rekommenderar att regelrätta smärtmottagningar för barn med återkommande smärta upprättas med adekvata resurser i varje barnkliniks upptagningsområde. Socialstyrelsens har i samråd med Sveriges Algologiska Förening uppställt följande krav på struktur och kompetens för smärtmottagning. Applicerat på pediatriken skulle den se ut så här.

1. Barnläkartjänster med specialistkompetens i smärtlindring
2. Barnsjuksköterska med vidareutbildning i smärtvård
3. Sjukgymnast [med barnkompetens]
4. Barnpsykolog
5. Sekreterare
6. Egna lokaler
7. Regelbunden tillgång och samarbete med relevanta specialister

FAKTA:

- Cirka 400 000 barn i åldern 0-17 år besväras av återkommande smärta. Vanligast är huvud- och magvärk
- Nack- och ryggsmärta är vanligast i tonåren, ont i benen är vanligast bland de yngsta men även bröstorgssmärta och värk i armar förekommer.
- Orsakerna till återkommande smärta förklaras av organisk orsak i 10-20 procent av fallen.
- Många fall är svårförklarliga men det dynamiska smärtsystemet med fenomen som sensivering, alodini, hyperalgesi och smärtspridning spelar ofta en aktiv roll.

Läs mer!

För mer utförlig genomgång av återkommande smärta hos barn – läs Gunnar L Olssons och Gösta Alfvéns artikel om återkommande smärta i *Läkartidningen 2008; 105: 720-25*

Alfvén G, Olsson GL. Långvarig smärta hos barn och ungdomar kan och bör behandlas. LT (sid 720-22)

Få smärtmottagningar för barn. LT (sid 723-25).



Gösta Alfvén, överläkare, docent, specialist barn och smärtbehandling, Karolinska Universitetssjukhuset, Hallunda BUMM, E-mail: gosta.alfven@karolinska.se

Foto: Chatarina Thudén

Sammanfattning.

Det finns ett stort behov av förbättrat omhändertagande av återkommande smärta hos barn och tonåringar i landet. Det är viktigt att verksamhetschefer på landets barnkliniker, administratörer och politiker, med hjälp av fackfolk, beräknar och bygger upp adekvata resurser för ett gott omhändertagande, och för vidareutveckling och forskning.

Referens.

Hjern A, Alfvén G, Östberg V. School stressors, psychological complaints and psychosomatic pain. Acta Paediatr 2008 accepted.

TEMA: DERMATOLOGI/FORSKNING

Hur mår svenska barn med eksem?

Hur påverkas livskvaliteten för familjen när ett barn drabbas av atopiskt dermatit, den vanligaste inflammatoriska hudsjukdomen hos barn? Agneta Gånemo och Åke Svensson berättar vad de kommit fram till genom sin forskning.

Studier har visat att av barn i 7-årsåldern är det 20 procent som har eller har haft atopiskt dermatit vid något tillfälle



Foto: Angelika Roskvist

har en atopiskt dermatit och vilka frågor som föräldrarna till dessa barn lyfter fram som mest bekymmersamma.

Intervjuer och frågeformulär

Sjuttioåtta barn i åldrarna 2-15 år som remitterats till hudklinikerna på KS i Solna eller UMAS i Malmö inkluderades i studien och blev undersökta vid en särskild forskningsmottagning. Innan studien fick föräldrarna svara på frågor om sjukdomens start, behandling, annan atopisk manifestation eller eventuella funktionshinder. Barnen undersöktes och diagnosen atopisk dermatit verifierades av två erfarna hudläkare och svårighetsgraden undersöktes med två olika tekniker. Barnen indelades i tre grupper 2-4 år (n=28), 5-8 år (n=18) och 9-15 år (n=32), median 7 år. Föräldrarna till de yngsta barnen fick därefter svara på två olika frågeformulär om sjukdomens påverkan, dels för barnet (IDQOL(2)) och dessutom hur sjukdomen påverkar deras eget liv (DFI (3)). Alla barn från fem års ålder blev intervjuade i enrum och fick svara på 10 livskvalitetsfrågor (CDLQI (4)). Föräldrarna satt under tiden i väntrummet och svarade på livskvalitetsfrågorna avsedda för dem (DFI).

Ett eller flera symtom av annan atopisk sjukdom

Avseende svårighetsgraden var fördelningen att c:a 15 procent hade svårt, c:a 60 procent måttligt och c:a 25 procent lindrigt eksem. Fyrtiotvå barn (54 procent) hade förutom sitt eksem haft ett eller flera symtom av annan atopisk sjukdom under de senaste tolv månaderna. Samtliga tre livskvalitetsformulär har en totalscore på 0-30. Ju högre score desto sämre livskvalitet, barn utan hudsjukdom har en score på 0,4. I den yngsta åldersgruppen där föräldrarna svarat för barnen så hade barnen i genomsnitt en total score på 8,6. De tre frågor som visar högst score (mest påverkan) är: "Hur mycket barnet har kliat eller rivit sig", "Hur lång tid det i genomsnitt tagit för barnet att somna" och "Hur barnets humör har varit".

Barnen från fem år som svarat på CDLQI-frågorna hade i genomsnitt en total score på 7,1. De tre frågor som visar

högst score (mest påverkan) är: "Kliniska symtom såsom klåda och smärta i huden", "Problem med behandlingen" och "Hur generad och ledsen barnet varit". Föräldrarna till samtliga barn har i genomsnitt en total score på 8,3. De tre frågor som visar högst score (mest påverkan) är: "Att hjälpa till med behandlingen av barnets eksem", "Barnets eksem har orsakat trötthet eller utmattnings hos föräldrar" och "Utgifter för behandling och kläder mm".

Påverkar barnets och föräldrarnas livskvalitet negativt

Vår studie har visat att atopisk dermatit påverkar såväl barnets som föräldrarnas livskvalitet i en negativ riktning (5). Ingen signifikant skillnad sågs avseende kön. Yngre barn hade en mer påverkad livskvalitet såväl för föräldrarna som barnets egen skattning. Föräldrarna ansåg att barn med eksem och annan atopisk sjukdom påverkade deras livskvalitet negativt mer än barn med enbart eksem. Barnens svar visade däremot ingen skillnad i detta avseende. Denna studie visar på jämförbara resultat som vid internationella studier där påverkan på livskvaliteten är i nivå med exempelvis barn som har en insulinbehandlad diabetes (6).



Agneta Gånemo, med dr, leg sjuksköterska. Arbetar bl a med undervisning och forskning på hudklinikerna i Malmö och Uppsala



Åke Svensson, docent vid Lunds universitet och verksamhetschef vid hudklinikerna på Universitetssjukhuset MAS i Malmö

Referenser:

1. Broberg A, Svensson A, Borres MP, Berg R. Atopic dermatitis in 5-6-year-old Swedish children: cumulative incidence, point prevalence, and severity scoring. *Allergy*. 2000 Nov;55(11):1025-9.
2. Lewis-Jones MS, Finlay AY, Dykes PJ. The Infants' Dermatitis Quality of Life Index. *Br J Dermatol*. 2001 Jan;144(1):104-10.
3. Lawson V, Lewis-Jones MS, Finlay AY, Reid P, Owens RG. The family impact of childhood atopic dermatitis: the Dermatitis Family Impact Questionnaire. *Br J Dermatol*. 1998 Jan;138(1):107-13.
4. Lewis-Jones MS, Finlay AY. The Children's Dermatology Life Quality Index (CDLQI): initial validation and practical use. *Br J Dermatol*. 1995 Jun;132(6):942-9.
5. Gånemo A, Svensson A, Lindberg M, Wahlgren CF. Quality of life in Swedish children with eczema. *Acta Derm Venereol*. 2007;87(4):345-9.
6. Su JC, Kemp AS, Varigos GA, Nolan TM. Atopic eczema: its impact on the family and financial cost. *Arch Dis Child*. 1997 Feb;76(2):159-62.

TEMA: DERMATOLOGI/FORSKNING

Eksem hos barn - Bamse kan ge svar

Orsaken till böjveckseksem är samverkan mellan arv och miljö. 1994 påbörjades Bamseprojektet med det övergripande syftet att studera riskfaktorer i miljön för utveckling av allergisjukdom hos barn.

Orsaken till böjveckseksem, nedan kallat eksem enligt WAO:s nomenklatur [1], är multifaktoriell, d v s sjukdomen uppstår genom samverkan mellan ärftliga faktorer och faktorer i vår miljö. Vilken eller vilka miljöfaktorer som spelar störst roll är oklart. 20 procent av svenska barn



Varför får vissa barn eksem och andra inte?

Foto: Jonas Andersson

drabbas. De flesta insjuknar redan under första levnadsåret. Oavsett ålder är klåda och torr hud de stora problemen. Många kommer att spontant läka, men det är svårt att förutse när och i vilken utsträckning. Studier av vuxna som varit i kontakt med hudklinik p g a eksem visar att

hälften har kvar sitt eksem i vuxen ålder [2]. Hur det förhåller sig i populationen i övrigt är okänt.

Bamseprojektet

1994 påbörjades Bamseprojektet (Barn Allergi Miljö i Stockholm Epidemiologi) med det övergripande syftet att studera riskfaktorer i miljön för utveckling av allergisjukdom hos barn [3]. Bamse är en longitudinell, prospektiv studie som omfattar drygt 4000 barn. Innan barnen var två månader gamla lämnade föräldrarna utförliga uppgifter om arv och miljö. Såväl exponering som förekomst av symtom/sjukdom har sedan följts med enkäter upp till åtta års ålder. Vid 4 och 8 år har barnen undersökts kliniskt och med blodprov avseende allergi. Vissa barn har dessutom ingått i en fallkontrollstudie med inriktning på kliniska fynd vid eksem under de första levnadsåren [4].

Arvet tung riskfaktor

Under de första 8 levnadsåren rapporteras att 42 procent av barnen någon gång har haft eksem. Vid 4 års ålder hade 21 procent eksem. Av dessa var 34 procent atopiska, d v s de hade positiv Phadiatop och/eller positiv fx5. Vid 8 års ålder rapporterade 19 procent eksem och av dessa var 27 procent atopiska. I fallkontrollstudien erbjöds alla med kliande utslag snar läkarkontakt. På så sätt uppfångades 221 barn med eksemdebut före två års ålder. Dessa följdes fram t o m 2-årsdagen. 45 procent hade lindrigt, 53 procent medelsvårt och två procent svårt eksem [5].

Barn med eksem hade i större utsträckning astma, rhinokonjunktivit och luftvägsinfektioner (t ex mediaotiter) än kontroller utan eksem [6]. De hade också högre konsumtion av antibiotika.



Tobaksrök ökar risken för atopiskt eksem

Foto: Ludvig Nyberg

TEMA: DERMATOLOGI/FORSKNING

Bamseprojektet bekräftar arvet som tung riskfaktor för eksem [7]. Risken för eksem upp till fyra års ålder var 50 procent hos dem med dubbel ärftlighet jämfört med 38 procent hos dem med enkel ärftlighet och 27 procent hos barn utan ärftlighet för allergisjukdom.

Amning, fisk och rök

Amningens roll för att minska risken för eksem och allergisjukdom är omdiskuterad. I Bamse sågs att barn som "helammades" i minst fyra månader hade minskad risk för eksem under de fyra första levnadsåren [8]. Riskminskningen var tydligast för barn med tidiga och kvarvarande eksem.

Fisk under tidig barndom har tidigare setts som riskfaktor för utveckling av allergisjukdom. Bamsestudien visar att barn som åt fisk vid ett års ålder hade minskad risk för eksem och andra allergisjukdomar vid fyra års ålder [9]. Resultaten måste dock ses i ljuset av att barn med tidiga eksem kan ha fått rådet att undvika fisk.

Att barn som utsätts för tobaksrök har en ökad risk för tidiga astmasymptom är välkänt. Betydelsen av tidig exponering för tobaksrök och eksemutveckling är bristfälligt studerad. Våra data talar för att mammans rökning under graviditeten och endera föräldrarnas rökning under barnets första levnadsår ökar risken för atopiskt eksem, men inte risken för icke-atopiskt eksem eller enbart sensibilisering.

En ny uppföljning av Bamsekohorten inleddes i våras när barnen var mellan 11 och 14 år gamla. Enkäten som då var webbaserad riktade sig både till barn och föräldrar. Denna gång inkluderades också ett omfattande avsnitt om hälsorelaterad livskvalitet vid eksem. Syftet var att belysa skillnader i svårighetsgrad, komorbiditet och prognos med avseende på om eksemet var atopiskt eller ej och med hänsyn tagen till vissa miljöfaktorer. Läs om resultatet i kommande nummer av Barnläkaren.

Forskargruppen Bamse – dermatologi

Forskargruppen är en del av nätverket inom Bamse och intresserar sig särskilt för eksem.

- Maria Böhme, överläkare, med dr, Hudkliniken, Karolinska Solna
- Inger Kull, leg sjuksköterska, med dr Miljömedicinska enheten, Stockholms Läns Landsting
- Jenny Hällgren, hudspecialist, doktorand, Institutionen för medicin Solna, Karolinska Institutet
- Carl-Fredrik Wahlgren, överläkare, docent, Hudkliniken, Karolinska Solna

Referenser:

1. Wickman M, Kull I, Pershagen G, Nordvall SL: *The BAMSE project: presentation of a prospective longitudinal birth cohort study. Pediatr Allergy Immunol* 2002, 13 Suppl 15:11-3.
2. Böhme M, Lannero E, Wickman M, Nordvall SL, Wahlgren CF: *Atopic dermatitis and concomitant disease patterns in children up to two years of age. Acta Derm Venereol* 2002, 82:98-103.
3. Böhme M, Wickman M, Lennart Nordvall S, Svartengren M, Wahlgren CF: *Family history and risk of atopic dermatitis in children up to 4 years. Clin Exp Allergy* 2003, 33:1226-31.
4. Kull I, Böhme M, Wahlgren CF, Nordvall L, Pershagen G, Wickman M: *Breast-feeding reduces the risk for childhood eczema. J Allergy Clin Immunol* 2005, 116:657-61.
5. Kull I, Bergstrom A, Lilja G, Pershagen G, Wickman M: *Fish consumption during the first year of life and development of allergic diseases during childhood. Allergy* 2006, 61:1009-15.

Carl-Fredrik Wahlgren, Docent, Överläkare, Hudkliniken, Karolinska universitetssjukhuset, Stockholm. E-mail: Carl-Fredrik.Wahlgren@ki.se



Flest pigmentnevi hos barn i södra Sverige

Trots att föräldrar har stor kunskap när det gäller sol och solskydd så är det ändå många barn som bränner sig. Ylva Rodvall har bland annat undersökt sambandet mellan förekomst av pigmentnevi i relation till solvanor.



Föräldrar har god kunskap om solskydd – ändå bränner sig många barn i solen

Foto: Anders Ferm

Detta visade en studie som genomfördes under 2001-2002 på skolbarn i Kiruna och Piteå i norr och i Falkenberg och Ljungby i söder. 1360 barn ingick i studien och barnens föräldrar fick svara på en enkät om solvanor. Därefter räknades barnens pigmentnevi av en tränad sjuksköterska som åkte runt till samtliga skolor. Vi hade ett mycket bra samarbete med kommunerna och då främst med skolsköterskorna som hjälpte till att lägga upp undersökningsrutten. Syftet med studien var att se om förekomsten av pigmentnevi påverkas av vilken breddgrad man bor på samt att undersöka barnens solvanor.

Resultaten visade att då vi tagit hänsyn till bakgrundsfaktorer såsom solvanor, ögonfärg, hårfärg och hudtyp så hade barnen i södra Sverige signifikant fler pigmentnevi än barnen i norr. Medelantalet nevi för Falkenberg var 10,4, Ljungby 9,5, Piteå 6,2 och Kiruna 5,6. Andra riskfaktorer av betydelse var blont hår, blå/grå/gröna ögon,

sol- och badsemestrar i utlandet, föräldrarnas positiva attityd till solning och om barnen hade bränt sig vid solning.

Tolv procent av barnen som bränt sig före två års ålder och 67 procent då barnen var mellan fyra och sju år. 16 procent av barnen hade varit på en sol- och badsemester utomlands före 2 års ålder och 40 procent då de var 4-7 år. De vanligaste sätten att skydda barnen var med kläder och solskyddskrämer.

Vi har under 2007 genomfört en ny studie på 7-åringar i södra Sverige med samma metodik. Detta med syfte att se om det har skett någon förändring i förekomst av pigmentnevi och solvanor under en 5-års period. Har det förebyggande arbetet haft någon effekt?

Trots att föräldrar har stor kunskap när det gäller sol och solskydd så är det ändå många barn som bränner sig. Vi genomför därför en studie i samarbete med barnhälsovården i Stockholm och Statens strålskyddsinstitut. Föräldrar på BVC intervjuas för att försöka ta reda på vilka hinder det kan finnas för att skydda barnen och för att bättre kunna förstå hur man ska informera och motivera föräldrarna.

Referenser:

Common melanocytic nevi in 7-year-old schoolchildren residing at different latitudes in Sweden. Rodvall Y, Wahlgren C-F, Ullén H och Wiklund K. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev 2007;16(1):122-7

Fakta

- Mängden ultraviolet strålning som når markens yta varierar i Sverige.
- Hudcancer är vanligast i södra Sverige och (där är också UV-strålningen starkast).
- Den största riskfaktorn för hudcancer är UV-strålning.

*Ylva Rodvall, epidemiolog, med.dr, Arbets- och miljömedicin, Centrum för folkhälsa, Stockholms läns landsting.
E-mail: ylva.rodvall@sll.se*



Stort behov av psykologiskt stöd för patienter med Alopecia areata

Att förlora sitt hår är ofta ett stort psykiskt trauma för den drabbade, och när det gäller barn även för föräldrarna. – Det är av största vikt att stötta patient och familj så att de kan bemästra problemen som uppstår i vardagen, säger Ann Broberg på hudkliniken, Sahlgrenska universitetssjukhuset.



Barn med Alopecia areata

Foto: Gunvi Blixt

Alopecia areata (AA) är en icke ärrbildande hårsjukdom som förekommer i alla åldrar men är vanligast i åldern 20-40 år. AA är inte förenad med smärta eller klåda men den psykologiska reaktionen på att mista sitt hår är ofta mycket stor. På hudkliniken Sahlgrenska universitetssjukhuset registrerades under åren 2004-07, 67-119 patientbesök per år med diagnosen alopecia areata, av dessa patienter var 16-21 under 17 år.

Autoimmun sjukdom

Det finns en genetisk faktor vid AA men ärftlighetsgången är inte klarlagd. Vid debut före 30 års ålder förefaller hereditära faktorer spela större roll än vid senare debut av sjukdomen. AA förekommer oftare hos personer med Down's syndrom. Flera studier talar för ett samband mellan atopi och AA; samtidig förekomst förknippas med tidigare debut av AA och ett svårare förlopp med sämre prognos.

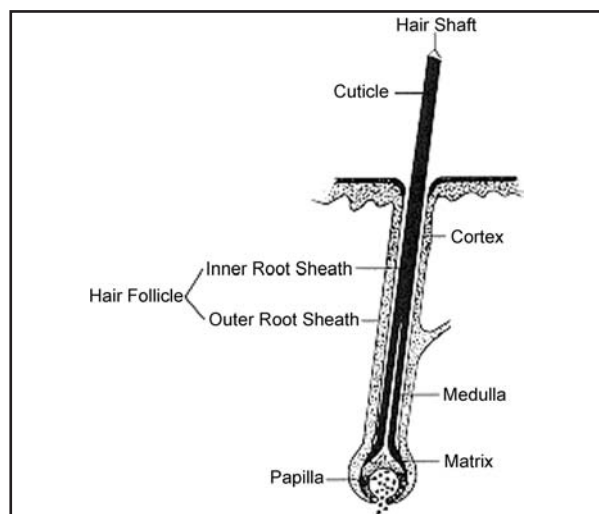
AA betraktas som en autoimmun sjukdom och det finns en association till andra autoimmuna sjukdomar (t ex. thyroidearubbningar) vilket är viktigt att tänka på främst vid

utbredd AA. Vid AA ses runt den växande hårfollikelns nedre del (bullben) ett infiltrat bestående av T-lymfocyter, främst CD4 celler och en blandning av makrofager och Langerhansceller. Denna inflammatoriska attack mot den växande follikeln ger en övergång till vilofas då inget hår längre bildas. Resultatet blir, när flera hårsäckar ligger intill varandra, kala fläckar. AA är inte en ärrande hårsjukdom vilket betyder att när inflammationen upphör kan follikeln bilda nytt hår.

Diagnosen ställs på kala fläckar

Diagnosen ställs på den kliniska bilden med en kal fläck, oftast i hårbotten men också ögonbryn, ögonfransar, skäggbotten och kroppsbe håring kan drabbas. Runt den kala fläcken i hårbotten ses ibland så kallade utropstecken – korta hår. Hårbotten är utan fjällning och rodnad. Vid utbredd AA kan allt huvudhår förloras (alopecia totalis). Det förekommer att även allt kroppshår tappas (alopecia universalis). En mer atypisk klinisk bild av AA är diffust håravfall av skalphår utan kala fläckar. En del av patienterna får samtidigt små gropar på naglarna (onychia punctata) liknande dem som ses vid psoriasis.

Hos barn är de vanligaste differentialdiagnoserna hårbottensvamp (tinea capitis) och trikotillomani (tvångsmässigt borttryckande av hår). Vid svampinfektion är fjällning en framträdande del av den kliniska bilden. Vid trikotillomani ses ett asymmetriskt håravfall med olika längd på kvarvarande hår.



TEMA: DERMATOLOGI**Behandling för återväxt av hår**

Prognosen går sällan att ange men eftersom hårfollikeln, även vid längre sjukdomsduration, inte är förstörd, kan den bilda nytt hår så snart inflammationen släpper. Bäst prognos ses hos patienter med endast en eller ett par fläckar i skalpen, där ca 80 % har återväxt inom ett år. Sämst prognos har barn med atopiskt eksem och AA, i synnerhet om fläckarna sitter i hårfästet (ophiasis mönster) och håravfallet är utbrett.

Det finns idag ingen behandling som kan bota patienter med AA. Flera behandlingar har använts för att skapa återväxt av håret. Lokal injektion av steroider, systembehandling med steroider, lokalt applicerade preparat som skapar kontaktallergi har prövats, men biverkningarna gör

dess behandlingar olämpliga att använda, speciellt på barn. Att förlora sitt hår är ofta ett stort psykiskt trauma för den drabbade, och när det gäller barn även för föräldrarna.

Det är därför av största vikt att stötta patient och familj så att de kan bemästra problemen som uppstår i vardagen. Att stötta innefattar: att ge kunskap om sjukdomen vid läkarbesök eller i grupp med andra drabbade, informera om patientförening, skapa nätverk till andra familjer och patienter med AA. För vissa patienter kan det vara till stor hjälp att under en tid ha möjlighet att samtala enskilt med kurator eller psykolog.

Ann Broberg, hudläkare, Hudkliniken, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg, Ann.A.Broberg@vgregion

Teamarbete över klinikgränserna med familjen i fokus.

På Södersjukhuset finns sedan 70-talet ett väl utvecklat samarbete mellan hudkliniken och Sachsska Barnsjukhuset. Samarbetet startades av hudläkaren Anders Fritz och barnallergologen Sven Kraepelien med syftet att förbättra omhändertagandet av barn med besvärliga eksem.

En dag i veckan kommer docent Ylva Linde från hudkliniken till allergimottagningen på Sachsska. På förmiddagen träffar hon tillsammans med barnläkare Natalia Ballardini eller Eva Östblom och barnsjuksköterskorna Annette Gromell och Susanne Lundin barn med hudsymtom som remitterats in från distriktsläkare, barnläkare eller hudläkare. I många fall önskar inremitterande hjälp med diagnos. Utöver dermatoser kan det röra sig om barn med hudsymtom talande för neurokutana syndrom, svårbehandlade eksem eller önskemål om mindre kirurgiska ingrepp. På eftermiddag



Foto: Matton

gen har barnläkare, hudläkare och barnsjuksköterska parallella mottagningar och ofta tar man hjälp av och resonerar med varandra.

TEMA: DERMATOLOGI

Lär sig sköta besvärliga eksem

Teamet arbetar aktivt för en hög tillgänglighet för familjerna där sjuksköterskorna som båda har stor erfarenhet av barn med hudsymtom utgör navet i verksamheten. De träffar alla barn med svåra eksem för individuell eksemskola där god tid ges till familjen att prata igenom vilka faktorer som påverkar eksemet. Förevisning av smörjteknik ingår, vilket ofta är avgörande för behandlingseffekten. Målsättningen med arbetet kring eksembarnen och deras familjer är att barnen ska ha så lite eksem som möjligt och att föräldrarna ska få redskap och kunskap så att de i så stor utsträckning som möjligt kan sköta eksemen utan hjälp från sjukvården. För många familjer är det en lärande-process där man initialt kan behöva täta återbesök och mycket stöd men där de flesta efter hand lär sig sköta mycket besvärliga eksem och styra behandlingen utan särskilt mycket kontakter med sjukvården.

Vid akuta besvär finns möjlighet att ta in barn för behandling med kaliumpermanganatbad och dagliga smörjningar på Sachsskas dagvårdsavdelning. För barn med lindriga besvär räcker det ofta med ett eller ett par besök för eksemskola och de kan sedan fortsätta att skötas via barnmottagning i öppenvården.

Barnet får snabbt hjälp

För de barn med eksem som kontrolleras på allergimottagningen finns alltid möjlighet att få råd per telefon eller vid behov komma in. Sjuksköterskorna gör en första bedömning och tar vid behov kontakt med barnläkare eller hudläkare. På så sätt kan teamet nyttja sina resurser på ett effektivt sätt. Teamarbetet är en förutsättning för sjuksköterskornas självständiga arbetssätt. För familjerna innebär arbetssättet att barnet snabbt får hjälp för sina problem på ett och samma ställe istället för att behöva gå på kontroller på flera ställen.

Psykosociala komponenter

Till teamet finns också knutet dietist och barnpsykolog. De är alltid med i arbetet kring de svårt multiallergiska barnen. För barn med besvärliga eksem som inte svarar som förväntat på behandling och där man inte hittar någon bakomliggande förklaring såsom allergi finns inte sällan en psykosocial komponent. Det kan röra sig om en besvärlig skolsituation eller om föräldrar som inte hittar strategier för att få vardagen med dagliga smörjningar att fungera. Inte sällan kompliceras situationen av att föräldrarna är utmattade av sömnbrist då barnens klåda leder till att de vaknar flera gånger per natt och vill bli smorda

eller kliade av föräldrarna. I dessa fall är barnpsykologen en ovärderlig resurs med vars hjälp det ofta vänder för familjerna.

Uppskattad kurs

I januari 2007 arrangerade teamet för första gången en 4-dagars SK-kurs med namnet "Pediatrisk dermatologi – från atopiskt eksem till skabb". Det blev IPULS mest sökta vårdkurs och den har nu givits vid sammanlagt tre tillfällen. Kursen har ett tema per dag, infektioner, atopi, tumörer och allmänndermatologi. Pediatrisk dermatologi är ett mycket stort område omfattande flera tusen diagnoser och går inte att täcka på 4 dagar. Kursen syftar till att lära kursdeltagarna att känna igen de vanligaste hudsymtomen hos barn samt akuta tillstånd i huden eller hudsymtom talande för akuta barnmedicinska sjukdomar. Ett annat mål med kursen är att deltagarna efter genomgången kurs ska känna sig säkra i handläggning och behandling av eksem. För att uppnå målen innehåller kursen repetitionsmoment och många interaktiva övningar i form av patientdemonstrationer och fallseminarier. Kursen har varit mycket uppskattad av de barnläkare, hudläkare och distriktsläkare som deltagit.

Samarbete för allas bästa

Samarbetet är mycket givande och lärorikt för båda parter och ovärderligt i samarbetet kring barnen med svåra hudsjukdomar. Hudmottagningen med både barnläkare och hudläkare är välbesökta undervisningstillfällen av både barn- och hudklinikens ST-läkare. Sedan några år sker också ett utbyte av ST-läkare mellan klinikerna. På Södersjukhuset ser vi bara fördelar med samarbetet som leder till att man på de båda klinikerna kan ge barnen och deras familjer en bättre vård och ett bättre omhändertagande.

*Natalia Ballardini,
ST-läkare, Sachsska
Barnsjukhuset, SöS,
Stockholm. E.mail:
natalia.ballardini@
sodersjukhuset.se*



TEMA: DERMATOLOGI/LEVA MED BARN

Vanmakt när inga salvor hjälpte

Hur är det att tvingas finnas till hands dygnet runt för att sköta och trösta ett barn med allvarligt eksem? Familjen Lindekrantz vet. Sonen Oliver drabbades av atopiskt eksem redan som nyfödd. Idag är han nästan helt symptomfri.

Barnläkare och BVC rådde familjen att utesluta fisk, baljväxter, soja och kyckling i Oliver's kost. Då han var spädbarn blev de även uppmanade att undvika gluten. Gång på gång återvände de hem från läkarbesök med recept på salvor att smörja med. Och med hopp att Oliver skulle växa ifrån besvären.

– Eksemet visade sig redan när han var nyfödd och har varit en del av hans vardag ända upp till 13-årsåldern, berättar Joakim Lindekrantz, pappa till Oliver.

Smorde in salva morgon och kväll

Det var en arbetsam tid för familjen. Inte minst för Oliver själv. Det enda som hjälpte mot klådan var att hela tiden smörja honom med salva och låta honom bada eller sköljas i vatten med olja. Men vissa av salvorna sved och andra var så kladdiga att han fick sitta på en handduk minst en halvtimme efter insmörjningen. Joakim minns att det kändes hopplöst ibland.

– Vi kände sådan vanmakt över att inte kunna hjälpa honom att bli riktigt fri från besvären. Varje morgon och kväll smorde vi in Oliver med olika krämer som egentligen aldrig hade någon märkbar effekt på eksemet. Många av dem sved vilket gjorde situationen värre än vad den redan var, säger Joakim.

De flesta symptom försvann

När han var liten och då de väl hade lyckats få tag på en salva som inte sved, försökte de se insmörjningen som ett tillfälle att få vara tillsammans och ge honom en lugn stund av närhet och omvårdnad. Men

symptomen fanns fortfarande kvar. Tills för ett år sedan när Oliver's mamma av en händelse provade en ny salva (Zona) som faktiskt hade god effekt.

– De flesta symptom försvann efter att vi börjat behandla med den. Vi har inte slutat med att låta honom använda salvan, men idag är det för att motverka torr hud så att inte eksemet kommer tillbaka. Hans hud är fortfarande känslig för väder och vind, förklarar Joakim

I dag sköter Oliver behandlingen själv och smörjer sig självmant för att slippa återfall.

Margareta Munkert Karnros



Oliver - idag nästan helt fri från eksem. Tv mamma Linda Lindekrantz

Foto: Stig-Åke Jönsson/MalmöBild AB

Familjen Lindekrantz, Malmö

Joakim, 43, lärare

Linda, 37, undersköterska

Oliver, 15

Amanda, 13

“Eksemet visade sig redan när han var nyfödd och har varit en del av hans vardag ända upp till 13-årsåldern.”

Joakim Lindekrantz, pappa till Oliver

NYHETER

Acta Paediatrica uppmärksammas internationellt

Förra året uppmärksammades en svensk studie om barnfetma i *New York Times*. Nu har *Acta Paediatrica* åter omnämnts i internationell media – denna gång i *Daily Mail* och *The Independent*.

I April, 2007 publicerade The New York Times en artikel med rubriken *On the Scales: Sweden Are Tracking a Rise in Fatter Children Too*. Detta påstående grundades på en studie av bland andra Ulf Holmbäck, *overweight more prevalent among children than among adolescents* som publicerades i *Acta Paediatrica* strax innan.

Att barn har bättre inlärnings- och anpassningsförmåga om det finns en fadersfigur närvarande under uppväxten, framgick i en artikel i *Daily Mail* för några månader sedan. Artikeln refererade till den svenska forskaren Anna Sarkadis studie *Fathers' involvement and children's developmental outcomes: a systematic review of longitudinal studies* som publicerades i *Acta Paediatrica* i februari i år.

Samma månad skrev även *The Independent* om en annan studie, denna av Professor John Wyatt, neonatolog

på The University College London Hospital. I studien hade Wyatt observerat, att överlevnaden av för tidigt födda barn på samma sjukhus hade mer än fördubblats mellan 1981 till 2000. Barnen var födda mellan vecka 22-25. Även denna artikel var baserad på studier publicerade i den svenska tidskriften.

THE
INDEPENDENT

The New York Times

Daily Mail
24 HOURS A DAY

Margareta Munkert Karnros

Eva Åndell belönas med stipendium för sin forskning inom epilepsi hos barn



Foto: Emelie Nordstrand Lindgren, Karolinska Universitetssjukhuset

Läkemedelsföretaget UCB Nordic, har inrättat fyra nya stipendier för forskning inom epilepsi i Norden. Eva Åndell är den första svenska unga forskaren som nu tilldelats stipendiet på 150 000 kronor. I Sverige har cirka 70 000 personer epilepsi varav drygt 10 000 är barn. Syftet med stipendiet är att göra det möjligt för yngre läkare som befinner sig i tidig forskarkarriär att under en begränsad tidsperiod kunna koncentrera sig på ett kliniskt forskningsprojekt inom epilepsi.

Eva Åndell är 34 år, ursprungligen från Köping, och har de senaste fem åren varit verksam som läkare på barn-

kliniken i Nyköping. Sedan januari i år arbetar hon som barnläkare vid Astrid Lindgrens Barnsjukhus i Solna där hon specialiserar sig inom barnneurologi. Hennes forskningsprojekt avser långtidsuppföljning baserad på ett unikt vård- och kvalitetsuppföljningsregister (kallat Incidensregistret Epilepsi, IrE) över barn med olika former av epilepsi i norra Stockholms län. Syftet med projektet är att få ökad kunskap om sjukdomen och bättre uppföljning av behandling.

– Epilepsivården är i stort behov av resursförstärkning och hög specialistkompetens, inte minst inom pediatrik. Det är med stor glädje som vi har möjlighet att ge Eva Åndell detta stipendium. Hennes forskning tillför ny värdefull kunskap som med stor sannolikhet kommer ge möjlighet till en bättre vård för personer med epilepsi, säger Helene Meinild, medicinsk rådgivare på UCB.

UCB Nordics stipendium är på totalt 600 000 kronor vilka fördelas på respektive nordiskt land (exklusive Island).

Pressrelease UCB 2008-02-08

NYHETER

Internationell ungdomsmedicinsk konferens och 20-årsjubileum

BLF:s Arbetsgrupp för Ungdomsmedicin arrangerade i samband med sitt 20-årsjubileum i oktober, en konferens med rubriken **Adolescent Health**. Konferensen anordnades tillsammans med Nordiska Högskolan för Folkhälsovetenskap i Göteborg.

Arbetsgruppen för Ungdomsmedicin startades 1987 av Kristina Berg Kelly efter att, i San Fransisco, som första svensk barnläkare ha vidareutbildat sig i adolescensmedicin. Kristina utbildade i sin tur entusiastiska kollegor på hemmaplan. Tillsammans startade man den omfattande enkätundersökningen Q90 om ungdomars hälsa i Sverige och post-graduatekurser.

Utgångspunkten för konferensen Adolescent Health var nödvändigheten och förmågan att "se" ungdomarna i vår medicinska vardag.

Helena Fonseca, från Lissabon och ordförande i European Association of Adolescent Health, noterade värdet med, inte minst för ungdomar med funktionshinder, att få arbeta med sina sex C:n *Competence, Confidence, Connection, Character, Contribution, Coping, Control*.

Susan Sawyer, Melbourne, gav en lektion i Selfmanagement in Young People with Chronic Illness. Hon betonade värdet av att ge ungdomar med kronisk sjukdom tillräcklig tid, och inte bortse från att de också har en större benägenhet än genomsnittet för experimentellt beteende med hälsorisker på lång och kort sikt. Mer av Susan Sawyer om kronisk sjukdom finns på www.rch.org.au/cah

Gatehouse-projektet i Melbourne presenterades av George Patton, som visat att skolans miljö, policy och sociala kompetens ger bättre hälsa hos eleverna än direkt



hälsoinriktade program: www.rch.org.au/gatehouseproject. I diskussionen medverkade även elever från Ale kommun.

Hans Carlberg, venereolog vid Södersjukhuset, presenterade symposiet Youth Friendly Services and Sexual Health med deltagare från ungdomsmottagningar och Socialstyrelsen.

Stefan Lundeberg och Rikard Wiksell från Astrid Lindgrens barnsjukhus, anestesilog respektive psykolog, gav en spännande inblick i Different Aspects of Pain Conditions during Adolescence. Vikten av att involvera ungdomar i allt arbete som rör dem själva betonades av Aidan Macfarlane, Oxford. Tillsammans höll Kristina Berg Kelly och Aidan Macfarlane ett mycket uppskattat interaktivt seminarium om hur man för ungdomars talan med praktiska exempel på hur man samarbetar med massmedia dvs How to Advocate for Adolescent Health.

*Tommy Melin, Arbetsgruppen för Ungdomsmedicin
Svenska Barnläkarföreningen*

Söderbergsprofessur till Nils-Göran Larsson

Nils-Göran Larsson, professor vid institutionen för laboratoriemedicin, Karolinska Institutet, har tilldelats Söderbergs donationsprofessur. Professuren, som delas ut av Kungliga Vetenskapsakademien, är finansierad av Torsten och Ragnar Söderbergs Stiftelser. Anslaget är på två miljoner kronor per år i fem år. De totalt tio miljonerna möjliggör forskning på heltid i 5 år. Motiveringen till professuren lyder: "Nils-Göran Larsson är 48 år gammal, specialistkompetent läkare i pediatrik och professor i mitokondriell genetik vid Karolinska Institutet. Nils-Göran Larsson har ägnat hela sin karriär till att studera

mitokondrier och använt sig av modern metodologi inom den molekylära biologin till att dissekera fram funktioner hos denna viktiga organell och deras relevans för sjukdom. I sitt forskningsprogram syftar Larsson till att skapa den molekylärmedicinska plattform som ska göra det möjligt att förstå sambandet mellan specifika mitokondriella mutationer och de många sjukdomar som associeras med mitokondriell dysfunktion."

Jonas F Ludvigsson, Örebro University Hospital

ENKÄTEN

Är BB-tiderna idag för korta?



Stellan Håkansson,
universitetslektor,
överläkare, Barn- och
ungdomskliniken,
Norrlands univer-
sitetssjukhus, Umeå

– Korta BB-tider är bra för friska barn - men bland alla friska barn gömmer sig alltid några som drabbas av allvarliga, livshotande tillstånd. Utmaningen är att hitta dem i tid. Om vi kortar vårdtiden blir

det allt viktigare att vässa de verktyg vi har för att upptäcka och förebygga. Utöver den screeningverksamhet som idag sker på BB, måste vi t. ex. utforma rutiner för tidig diagnostik av allvarliga hjärtfel, förebygga infektioner och bedöma vilka barn som löper ökad risk att drabbas av uttalad hyperbilirubinemi och kernikterus. Barn med bakomliggande riskfaktorer behöver mer tid på BB. Det måste barnläkaren uppmärksamma och strida för - envist, uthålligt och pedagogiskt!



Mats Mellander,
överläkare, ansvarig
för ekokardiografi
och fosterkardiologi
Barnhjärtanheten,
Drottning Silvias
Barn och
Ungdomssjukhus

– Korta vårdtider på BB ökar risken för att nyfödda med livshotande (oftast ductusberoende) hjärtfel skrivs hem som förmodat friska och

därmed utsätts för uppenbar fara. Ungefär en av tusen nyfödda har en sådan hjärtmissbildning varav ca var fjärde missas i rutinundersökningen på BB. Det hjärtfel som oftast förbises är coarctatio aortae. Mycket talar för att prenatal hjärtmissbildningsscreening med ultraljud i kombination med pulsoximetri i hand och fot på alla nyfödda och ett tidigt återbesök till barnläkare i samband med PKU-testet kan minimera, om än inte helt eliminera, riskerna med tidig hemgång vad gäller hjärtfel.



**Lena Hellström-
Westas, docent och
överläkare,
Akademiska
Barnsjukhuset,
Uppsala**

– Nej, egentligen tycker jag inte det, barnafödande är en naturlig del av livet och friska mödrar och nyfödda barn bör egentligen inte vårdas på sjukhus. Tyvärr finns det dock vissa risker med tidig

hemgång, t.ex. att amningen inte fungerar eller att barnet har ett icke-diagnostiserat hjärtfel eller drabbas av en infektion eller gulsot. Vår kunskap om risker vid tidig hemgång är ofullständig och våra metoder för att identifiera barn med ökad risk är alldeles för trubbiga. Därför blir slutresultatet att BB-tiderna blir för korta för en del med större behov och för långa för andra som hade haft det bättre hemma.



**Anders Berner, barn-
hälsovårdsöverläkare,
Landstinget i
Värmland**

– Rent allmänt kan jag uppleva det. Men, då stödjer jag mig enbart på min känsla, att det borde vara bra för den nyförlösta kvinnan att få vila några dagar, lära känna sitt barn och få igång amningen, innan hon kommer hem. Nu har man i Karlstad i år

startat med att skriva ut alla friska nyförlösta kvinnor utan komplikationer, inom 24 timmar efter förlossningen. Vi har ännu inte tillräcklig erfarenhet, för att veta om det går bra. Naturligtvis har det varit vissa incidenter, men på det hela taget verkar det fungera. Vi behöver längre tid för att se om fler barn blir ammade kortade tid efter detta. Jag har inte sett några vetenskapliga studier, som på ett entydigt sätt kan besvara frågan vilken som är den optimala BB-tiden."

DEBATT

Läs tidigare inlägg:

Bengt Björkstén och Yngve Hofvander, Barnläkaren nr 1/2008,
(www.blf.net/barnlak/innehall.htm)

Gösta Alfvén – Omskärelse bör inte förbli en fråga om innanför- eller utanförskap

I minnen från början av -50-talet ser jag min mosters kamp för skilsmässa från en man som misshandlade henne och barnen. Mormor var helt emot att upplösa ett äktenskap instiftat av Gud. Då var det ett brott mot god ton och tradition och mormor befarade skam och utanförskap för sig och familjen. Moster bröt upp, trots det, och blev en lyckligare och friare människa. Och jag tror inte mormor mådde sämre av det.

Jag kommer att tänka på denna händelse när jag läser Bengt Björksténs inlägg för religiöst motiverad omskärelse i Barnläkaren nr 1, 2008. Han skriver: -I den miljön [den judiska] är de oomskurna avvikande och kan känna sig särbehandlade. Det finns ett stort värde för ett barn att inlemmas i en familj och lång traditionskedja.

Jag möter i mitt arbete som barnläkare i invandrarriskt område föräldrar som står inför valet att omskära sitt barn eller inte. En del vill att deras barn ska slippa detta av skäl som Yngve Hofvander framfört: det är smärtsamt, icke medicin-



Foto: Miele AB

skt motiverat och förenat med risk för komplikationer. Och modern forskning visar att barnets smärtkänslighet ökar för lång tid efter ingreppet. Föräldrarna vådas, känner skam och rädsla för utanförskap om de bryter med släktens och gruppens tradition.

Bengt Björkstén förordar en patriarkalisk familjesyn i vilken det avkrävs barnet att få förhuden bortskuren för att få full delaktighet i familjegemenskapen. I barnhälsovården av idag har vi ett barnfokuserat perspektiv. Vi frågar oss hur familjen bäst kan möta barnets behov och stimulera till utveckling och mognad. Det är svårt att se att rituell omskärelse har en plats i denna syn.

Pediatriken, Socialstyrelsen och samhället bör verka för att bryta tvånget till omskärelse och hävda individens rättigheter. Det borde finnas ett genuint och legitimt behov att avstå från omskärelse hos barnen i de judiska och muslimska kulturgrupperna

Jag ser i fantasin en informationskampanj i vilken ingår en bild av en muslimsk familj i traditionell klädsel med ett litet gossebarn i famnen. Den hänger på väggen på barnvårdscentralen. Texten på affischen lyder. **Vår rätt att vägra omskärelse.**



Gösta Alfvén, överläkare, docent, specialist i barn och smärthantering, Karolinska Universitetssjukhuset, Hallunda BUMM, E-mail: gosta.alfven@karolinska.se

Bengt Björkstén – Replik

Gösta Alfvén och jag är överens om att omskärelse bör ske ur barnets perspektiv. Vi är också överens om att föräldrar som inte vill omskära sin pojke självfallet inte skall göra det. Däremot förefaller vi bedöma den religiösa och kul-

turella betydelsen av omskärelse olika. Diskussionen gäller inte "tvång till omskärelse" som Gösta skriver med utgångspunkt i en misshandlad mosters kamp, utan skyldigheten och friheten för föräldrar att fatta beslut som

DEBATT

de anser vara det bästa för deras barn. För de flesta judiska föräldrar är omskärelse vid åtta dagars ålder lika självklart som dopet för en aktiv kristen. Ett uttalande av en ledande företrädare för judiska församlingen uttrycker detta bra: "Jag är liksom de flesta av mina väninnor en sekulariserad svensk judinna. Det är för oss fullkomligt otänkbart att våra pojkar inte skulle vara omskurna". Detta har ingenting att göra med det tvång som enligt Gösta Alfvén muslimska föräldrar kan uppleva. Beskyllningen att jag förordar "en patriarkalisk familjesyn" är närmast förolämpande.

Självfallet måste ingreppet göras under trygga förhållanden. Judiska gossar omskärs genom ett snabbt ingrepp med lokalanestesi vid åtta dagars ålder av mycket kompetent person under medverkan av läkare eller sjuksköterska. Det är något helt annat än det överväld mot pojkar ända upp i skolåldern som lär ske i förtorskök, där personer utan adekvat utbildning och utan smärtlindring gör ingreppet. Jag kan med lång erfarenhet försäkra att smärtan vid rätt utförd ingrepp under de första levnadsveckorna är lindrig och snabbt övergående och förenad med betydligt mindre skrik än vad jag brukade höra på BB när blodproverna togs.

Självfallet skall pediatriker, Socialstyrelsen och samhälle hävda individens rättigheter. Men frågan är om frågan om omskärelse är mera komplicerad än vad Gösta Alfvén gör den till. I den ingår även religionsfriheten. Det är just därför som manlig omskärelse inte bara bör vara tillåten som den är idag, utan också underlättas av sjukvården för den stora grupp barn som idag inte kan få ingreppet utfört på ett tryggt sätt tidigt i livet. Man kan förvisso ifrågasätta det meningsfulla med traditionen, men då från en utgångspunkt som erkänner det religiösa och kulturella motivets äkthet och relevans.



*Bengt Björkstén, professor emeritus i barnmedicin och allergiprevention,
E-mail: bengt.bjorksten@ki.se*

Läs: Tema Astma/Allergi, Barnläkaren nr 1/2008, (www.blf.net/barnlak/innehall.htm)

Bengt Kjellman - Heliga kor och Allergiprevention

I "Barnläkarens" första nummer för år 2008 belystes temat prevention av allergi och astma på ett nyanserat sätt. Trosvisheten från de sista årtiondena under 1900- talet verkar i stort sett ej finnas kvar. En tidigare helig ko i allergipreventionens ladugård var amningen. Agnes Wold vågar i sin faktaruta (sid 15) t.o.m. skriva: "Ingen nämnvärd effekt".

Jag vill erinra om resultat från några av våra prospektiva studier av den tidiga sensibiliseringen och symptomutvecklingen hos några grupper barn, vilka från födelsen följdes med täta uppföljningar under många år (1,2). IgE-antikroppar mot ägg- eller komjölk (även i höga koncentrationer) utvecklades före känd tillförsel av dessa ämnen hos 11 % av "normalriskbarnen" och hos 35 % av "högriskbarnen". Något samband fanns ej mellan tiden för full amning och utveckling av atopiska symptom eller IgE-antikroppar mot födoämnen.

Amningsfrekvensen i Sverige mångfaldigades under 1970- och 1980-talen samtidigt som allergifrekvensen ökade. Dristade man sig att påpeka att detta rimligen

talade för att amningens preventiva effekt ej var påtaglig möttes man av tystnad. Försiktigheten med ifrågasättande kan även illustreras av titeln på Gunnar Hattevigs och min översiktsartikel i Läkartidningen rörande resultaten från våra studier (3). Vår ursprungliga titel föreslogs av redaktionen att ändras genom att lägga till ordet "helt" efter "barnen", (se referens 3), vilket vi artigt accepterade.

Jag försöker följa de sedan några år pågående studierna rörande sensibilisering och toleransutveckling t.ex. hos barn till lantbrukare. Många icke ortodoxa tankar föddes då vi såg resultaten från vår epidemiologiska undersökning av alla skolbarn i Skaraborg (4, 5). Nittiofyra procent av alla 36 576 barn i grundskolan och 82% av alla 6 414 gymnasieelever besvarade enkäten. Både frekvensen av astma och allergier var lägre hos barnen som bodde på landet, trots att deras dagligkontakt med pälsdjur var mycket vanligare än hos barnen i tätort.

Sammanfattat. Även inom allergologin bör heliga kor ifrågasättas och diskuteras.

DEBATT

Bengt Kjellman, docent, Barn-Ungdomskliniken,
Kärnsjukhuset, Skövde.

Referenser:

1. Hattevig G, Kjellman B, Björkstén B. Clinical symptoms and IgE responses to common food proteins and inhalants in the first 7 years of life. *Clin. Allergy* 1987, 17:571-8.
2. Sigurs N, Hattevig G, Kjellman B. Maternal avoidance of eggs, cow's milk, and fish during lactation: Effect on allergic manifestations, skin-prick-tests, and specific IgE antibodies in children at age 4 years. *Pediatrics*, 1992. 89:735-739.
3. Hattevig G, Kjellman B. Amningen skyddar inte barnen helt mot sensibilisering mot födoämnen. *Läkartidningen*, 1989. 86:2448-2450.
4. Kjellman B, Pettersson R, Hyensjö B. Allergy among schoolchildren in a Swedish County. *Allergy* 1982;37, suppl.1, 5-6
5. Kjellman B, Pettersson R. The problem of furry pets in childhood atopic disease. *Allergy*, 1983. 38:65-73 Skaraborgs Sjukhus (KSS), 54185 Skövde. 10/2 2008

Läs tidigare inlägg:

Ingemar Kjellmer, Barnläkaren nr 4/2007, Anders Fasth, Barnläkaren nr 6/2007,
(www.blf.net/barnlak/innehall.htm)

Gisela Dahlqvist – PGD-HLA – att skraddarsy ett barn, för vems skull?

Det är med stor tillfredsställelse jag noterat att barnläkarkåren i Barnläkaren tagit upp diskussionen angående PGD-HLA och det svåra etiska problem som denna nya teknik väcker. Som barnläkare måste vi vara med i debatten och visa på alla inblandade barns potentiella risker och vinster och tydliggöra barnperspektivet för beslutsfattare. Var vi sedan drar den egna etiska gränsen är ju en personlig snarare än en professionell fråga men alla vinner på en öppen debatt!

Vad som är lite sorgligt är att diskussionen i detta forum vaknat sent och inte tycks medveten om den debatt som sedan länge förts i frågan både internationellt och nationellt – tyvärr då med alltför få representanter för barnläkarkåren. Undertecknad har haft möjlighet att diskutera frågan i Nordiska Ministerrådets regi (1), deltagit i debatt i Statens Medicinsk etiska råd och suttit i 3 år som expert i utredningen "Genetik, integritet och etik" (2), dvs den statliga utredning som blev underlag för bl a den lagstiftning som nu debatteras i BLF-nytt. Faktum är att utredningens förslag i denna fråga, som jag alltså ställer mig bakom, är ytterst försiktig skrivna. Liksom Magnus Lindroth manar man till att "skynda långsamt" och att Statens Medicinskt-Etiska Råd bör utreda frågan ytterligare just när det gäller PGD-HLA för syskonens skull. Nu blev det emellertid en lag som är tämligen svårtolkad där man inte tydligt poängterar gränserna och därmed överläter ett stort ansvar åt Socialstyrelsen. Därför är det

viktigt att Ingemar Kjellmer rest frågan igen och att de barnläkare som blir involverade i enskilda ärenden kan tydliggöra sina argument.

Den internationella debatten där läkare, filosofer och teologer deltog startade ju på allvar 2003 med Molly Nash, en flicka med svår Fanconi anemi, vars föräldrar skaffade ett HLA-identiskt syskon, Adam, med hjälp av preimplantatorisk genetisk diagnostik. Åsikter och argument till stöd för såväl absolut förbud mot alla former av PGD som för att tillåta alla former för embryoselektion framfördes med emfas inte minst i amerikanska media.

Det är viktigt när man tar ställning till debatten att man har klart för sig att problematiken är mångfacetterad och, som Anders Fasth framhåller, också vad PGD-HLA innebär och inte innebär.

PGD innebär ju enbart genetisk diagnostik, men ger också möjlighet till selektion av embryon som saknar vissa genotyper. Den har använts i första hand i familjer som är bärare av en monogen sjukdom med mendelsk ärftlighetsgång. Denna form av diagnostik innebär ju att IVF blir nödvändig, med de risker som den tekniken kan innebära för barnet (3). De fysiska riskerna med IVF och potentiella, men ej säkert påvisade, risker med PGD-tekniken i sig har av många accepterats i ljuset av den uppenbara fördelen att modern kan slippa upprepad fosterdiagnostik och upprepade aborter och det blivande fostret kan slippa att födas med en allvarlig genetisk sjukdom. Jag lämnar här

DEBATT

den inte helt okomplicerade frågan om vi överhuvudtaget bör ägna oss åt diagnostik för att sortera ut foster/embryon med vissa svåra sjukdomar, något som kanske de flesta (inklusive jag själv) idag accepterar givet viss gräns för vilka tillstånd som bör diagnostiseras och givet fullgod information och samtyckesprocedur. Även om oro över själva PGD- teknikens risk för genetiska skador har framförts - och behöver följas upp i större material- menar jag vid en risk-/vinstavvägning att det är rimligt att vi i Sverige får genomföra PGD vid klar ärftlighet för vissa svåra sådana mendelskt nedärvda sjukdomar.

PGD-HLA går alltså ett steg vidare och innebär att man kan diagnostisera HLA-kompatibilitet så att ett sjukt syskon kan få stamcellstransplantation, en eller flera. I fallet recessivt ärftlig sjukdom (som Molly med Fanconis anemi) kan man visserligen hävda, att det nya barnet delvis skapats som ett medel för att hjälpa ett sjukt syskon. Den prenatala diagnostiken innefattar då diagnostik av sjukdomsanlaget och är därmed av godo för det blivande nya barnet. Båda barnen har tydliga fysiska vinster och den anförda fysiska risken i det sammanhanget kan anses väga lättare även om i varje enskilt fall alla risker, inklusive de psykologiska, noggrant måste vägas mot potentiella vinster. Det nya barnet är själv ett mål för en del av diagnostiken.

Den etiska problematiken blir enligt min mening helt annorlunda i situationen då PGD-HLA genomförs för att barnet ska donera stamceller till ett syskon med *en icke-mendelsk sjukdom (exempelvis leukemi)*, De risker av fysisk, psykisk och social karaktär som det blivande barnet utsätts för uppvägs inte av någon som helst potentiell fördel för det nya barnet, som utan möjlighet till samtycke enbart blir ett medel för en annan människa. Här hotas tydligt den grundläggande etiska principen om alla människors rätt att var ett mål i sig och här går gränsen definitivt för mig.



Foto: Jonas Hjalmarström

Donatorbarnet utsätts för fysiska risker i samband med IVF och möjligen PGD tekniken i sig. Vad avser psykologiska och sociala risker finns inga goda vetenskapliga underlag i denna speciella situation men man kan i viss mån beakta studier som gäller syskon till svårt sjuka eller handikappade barn. Här finns exempelvis dokumentation om att sådana barn har en ökad risk för aggressivitet och depressiva symtom, liksom för social isolering (4). Intressant i sammanhanget är att yngre syskon som ligger närmare i ålder till det handikappade barnet har större risk för psykologisk avvikelse vid långtidsuppföljningar (5). Den särskilda frågeställningen om vilka känslomässiga effekter hos barnet och hos familjen och vilka psykosociala långtidseffekter det kan ha när ett barn "designas" för att bli donator är så vitt jag vet ännu outforskad. Man får använda sin erfarenhet och förmåga till barnperspektiv - som vi förhoppningsvis som barnläkare tränats till - det är därför vi behövs i debatten! Det är inte svårt att inse att ett barn som skapats för ett syskons skull kan tänkas känna sig mindre sedd och önskad som individ och reagera olika beroende på situationen.

I alla situationer måste man föreställa sig och fundera över olika möjliga scenarion som kan inträffa vid PGD-HLA-teknik. Det är inte alltid så att utgången är så lycklig som i fallet Molly och Adam Nash där efter sex år båda barnen förefaller friska. Ett alternativt scenario är ju att det sjuka barnet (barn 1) fortsätter att vara sjukt och därmed kan behöva nya stamcellstransplantationer, det nya barnet (barn 2) får då sannolikt upprepat bli donator av benmärg som Ingemar Kjellmer och Anders Fasth tar upp. Ett upprepat- inte helt smärtfritt- nyttjande av en människa som saknar möjlighet till autonomi. Det värsta scenariot är att barn 1 ändå så småningom dör. Hur kommer ett sådant misslyckande att påverka det, i bästa fall, helt friska donatorbarnet och familjen?

Vi kan också tänka oss tre andra möjliga kombinationer. Det första barnet blir friskt av transplantationen, men donatorbarnet har fått en skada p g a PGD- IVF. Hur påverkas barnen och familjen av ett sådant scenario? Det kan också hända att barn 2 t ex får en CP-skada och barn 1 fortsätter att vara sjukt och behöver upprepat behandling. Skall barn 2 då fortfarande vara donator? Och vad händer om barn 1 dör i sin sjukdom och föräldrarna blir lämnade med ett kanske handikappat barn. (Barn 2)?

Frågan om vem som skall fatta beslut om PGD är också komplicerad. Det är uppenbart att föräldrarna prioriterar det befintliga sjuka barnet som de redan har en känslomässig anknytning till. Det kan de givetvis aldrig klandras för, men kan de också försvara det nya barnets intressen? Den

DEBATT

läkare som sköter det sjuka barnet kan kanske inte heller vara helt objektiv kanske av liknande skäl som föräldrarna. Vilka intressen har den/de som ansvarar för PGD-HLA- eller IVF-tekniken? Det är inte heller helt självklart att en juridisk instans (i sista hand en domstol såsom i USA och England) skall fatta den här typen av beslut? Kanske är vår svenska modell att låta Socialstyrelsen göra en bedömning i det enskilda fallet den bästa, förutsatt att tillräcklig barnkompetens (medicinsk och psykologisk) deltar och kan ställa sig bakom dessa beslut.

Mina personliga slutsatser, baserade på ovanstående argument, blir att PGD-HLA i samtliga fall innebär ett hot mot den grundläggande etiska principen som säger att ingen människa får vara ett medel utan har rätt att vara ett mål i sig. PGD-HLA innebär potentiella psykologiska, sociala och vissa fysiska risker för donatorbarnet vilka måste vägas mot de möjliga vinsterna.

I fallet mendelskt nedärvd sjukdom, då också det nya barnet har en fördel av tekniken bör PGD-HLA i vissa fall kunna tillåtas. I varje enskilt fall måste alla andra alternativ för behandling vara uteslutna. PGD-HLA bör inte få användas i fall då det nya barnet inte kan ha någon egen fördel av diagnostiken.

Slutligen och inte minst: användningen av PGD-HLA får inte hämma utvecklingen av alternativa behandlingar såsom den pågående uppbyggnaden av stora offentliga banker med navelsträngsblod och den möjliga framtida tekniken att från PGD-HLA- embryon skapa stamcellslin-

jer som utan att man behöver skapa ett barn kan användas för transplantation



Gisela Dahlquist, Professor, barnmedicin, Umeå

Referenser:

1. Jonsdottir I (editor). *PGD and Embryo Selection-Report from an International Conference on Preimplantation Genetic diagnosis and Embryo Selection. Tema Nord 2005:591, Nordic Council of Ministers, Copenhagen, 2005. Kan hämtas från www.ncbio.org*
2. *Genetik, Integritet och Etik, Slutbetänkande av kommittén om genetik integritet SOU 2004:20*
3. Strömberg B, Dahlquist G, Ericson A, Finnström O, Köster M, Stjernqvist K. *Neurologic sequelae in children born after in vitro fertilisation: a population based study. Lancet 2002;359:461-65.*
4. Breslau N, Prabucki K. *Siblings of disabled children. Effects of chronic stress in the family. Arch Gen Psychiatry 1987;44:1040-6*
5. Breslau N. *Siblings of disabled children: birth order and age-spacing effects. J Abnormal Child Psychol 1982;10:85-96*

Barn berättar

Ibland går det bättre att rita vad man vill säga än att bara berätta i ord. Denna teckning kommer från Lekterapi på Barnens sjukhus, Huddinge.



Flickan som ritat bilden är 10 år gammal och det är tydligt att hon inte är speciellt förtjust i sprutor.

Insänd av Ulla Nilsson, specialpedagog, Lekterapi, Barnens sjukhus, Huddinge

DEBATT

Anna Singer – Vårdnadstvister och barnets bästa – en fråga för domstol?

Varje år är närmare 50 000 barn med om att deras föräldrar separerar. Ungefär vart tionde barn är med om att föräldrarna strider om vårdnaden, boendet eller umgänget i domstol – tvister som är förenade med stora kostnader både mänskligt och ekonomiskt. Att domstolsprocesser inte löser föräldrars konflikter är något som är väl känt. Men, trots kontinuerliga reformer av föräldrabalkens regler om hur vårdnadsrelaterade tvister skall avgöras, tycks det vara stört omöjligt att åstadkomma en ordning som faktiskt hjälper de föräldrar som hamnar i konflikt. Det kan faktiskt ifrågasättas om inte samhällets hantering av föräldrars konflikter många gånger förvärrar situationen. Följden är att de barn vars föräldrar är i konflikt lämnas i sticket.



Foto: Margareta M. Karnros

Ett problem med den nuvarande ordningen är att domstolsprocessen är inriktad på rättsskipning – att avgöra tvister på grundval av juridiskt relevanta faktorer. Vårdnadskonflikter innehåller dock sällan några juridisk relevanta faktorer; det handlar ju inte om att avgöra vem som äger ett barn. Det är istället fråga om att avgöra en tvist som har sin grund i ett virrvarr av mänskliga känslor, något en domstol inte har verktyg för. Risken är stor att domstolsprocessen endast ger föräldrar i kris vapen att skada varandra med och en arena för dem att spela upp sin konflikt på. För att vinna en vårdnadstvist krävs att en förälder visar att den andra är helt oduglig som förälder. På så sätt

uppmuntras de att smutskasta varandra inför publik. När föräldrarna väl uttömt sin arsenal, kommer domstolen i de flesta fall att bestämma att vårdnaden även fortsättningsvis skall vara gemensam. Konflikten kan fortgå, nu med ännu större oförrätter i bakgrunden. Den stora förloraren är barnet.

Ytterligare ett problem med vårdnadstvister i domstol är att barnets bästa skall vara vägledande för alla beslut. Men vad är det? I många sammanhang framkommer en föreställning om att det enskilda barnets bästa kan fastställas om bara utredningen är tillräckligt bra. Så är det inte. Det går inte att förutspå vad som är bäst för ett enskilt barn i det långa loppet. Och även om vi skulle kunna fastställa vilken lösning som är den bästa för barnet, kan den sällan uppnås mot föräldrarnas vilja genom domstolens beslut. Det enda man egentligen med säkerhet kan säga är, att varje lösning som föräldrarna kan få att fungera utan bråk, i de allra flesta fall är bättre än en lösning som objektivt sett är den bästa för barnet, men som föräldrarna inte kan få att fungera. Så enkelt är det. Barnets bästa förutsätter, och är, samarbetande föräldrar. Nästan oavsett vad de kommer överens om.

Om målet är att få föräldrarna att samarbeta blir förslag om att barn skall ha eget ombud i vårdnadsmål, och att möjligheterna till sakkunnigbevisning och expertmedverkan i domstolsförhandlingarna borde utvidgas, ovidkommande. Domstolen är helt enkelt fel forum för att lösa föräldrars konflikter. Samarbetande föräldrar uppnås inte genom att en domstol avgör vem av dem som har rätt och rätt att bestämma. Vad som krävs är en ordning som gör det möjligt att kunna gå till botten med den konflikt som föräldrarna har. Först då ges förutsättningar att åstadkomma en lösning som tillvaratar barnets intressen och som är hållbar. Frågan som kan ställas är varför vi inte arbetar för en sådan lösning. Varför tycker vi att vårdnadstvister skall handläggas av domstol?



Anna Singer, docent i civilrätt vid juridiska fakulteten, Uppsala universitet.

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

INTERVJUN

Med ena foten i en annan värld

Redan när Ann Lindstrand läste medicin i Lund längtade hon efter att resa ut och hjälpa människor som levde i utsatta områden runt om i världen. I mitten på 1990-talet fick hon kontakt med Läkare utan gränser. –Det kändes klockrent direkt, säger hon.

Det är en glad men tidspressad Ann Lindstrand som möter mig på Södersjukhuset en alldeles för kall vårdag i Stockholm.

–Jag har precis slängt i mig lite lunch. Nu kör vi, säger hon och ler.

Ann Lindstrand gör sin specialisttjänstgöring på Sachsska Barnsjukhuset i Stockholm. I augusti i år räknar hon med att vara klar. Samtidigt arbetar hon trettio procent inom barnhälsovården, som vikarierande barnhälsovårdsläkare. Ann Lindstrand har redan en specialistlistexamen i folkhälsofrågor. Hon undervisar studenter i internationell folkhälsa. Och så har hon hunnit med att skriva en bok, *Global Health*, som handlar om barnsjukdomar i tredje världen (recenserad i *Barnläkaren* 5/2007). Ann Lindstrand har med andra ord många järn i elden och ett brinnande intresse.

–Jag arbetar som barnläkare på BVC i Brandbergen och i Sköndal. Att arbeta med det friska och att försöka att hitta preventiva lösningar är intressant. Det är också det som varit det mest stimulerande när jag har arbetat med Läkare utan gränser, säger hon.



Ann Lindstrand i arbetsrummet på Sachsska Barnsjukhuset i Stockholm.

Foto: Jenny Press

–När jag var i Franska Guyana och arbetade som ansvarig för mödra- och barnhälsovården i landet handlade det om att vara steget före. Landet var utsatt för en flyktingkatastrof och i mitt arbete ingick det bland annat att följa flyktingströmmarna och försöka hinna bygga upp läger innan flyktingarna nådde fram till en ny plats. Människor kom fram trötta och törstiga och därför var det viktigt att försöka att räkna ut hur mycket vatten som skulle behövas och utbilda den lokala personalen. Helt enkelt att ligga steget före, säger hon.

Första gången som Ann Lindstrand var ute och arbetade i fält var 1998. Då arbetade hon sex månader i Angola på ett distriktssjukhus.

–Jag var ensam läkare på ett distrikt med 100.000 invånare. Jag hade en barnmorska till hjälp och jour dygnet runt i sex månader. Det var häftigt, tycker hon.

Svåraste med att arbeta ute i fält

–Det är svårt att begränsa sig när man är utsänd. Man ser ju att behovet är oändligt och att allt man gör verkligen skapar en förändring till det bättre för invånarna på den plats som man befinner sig, säger Ann Lindstrand.

Trots att hon ibland har känt sig otillräcklig när hon har varit utsänd längtar Ann Lindstrand efter att resa ut och arbeta igen.

–Men jag har tre barn och en man så det måste ju funka för hela familjen, säger hon och skrattar.

Under 1999 arbetade Ann Lindstrand två månader i Mozambique med en koleraepidemi. Hon följde epidemin och försökte isolera patienter, ge dem vätska och på så sätt förhindra smittan att växa.

–Att resa ut på en sådan typ av resa hade kanske varit svårt för mig idag med barnen, säger hon.

Har respekt för varje individ

Trots att Ann Lindstrand har arbetat med människor som levte i mycket svåra förhållanden har hennes syn på människor eller hennes sätt att se på patienter i Sverige inte förändrats.

–Jag har respekt för varje individ. Alla människor har sin historia som de kommer med. För mig känns det främmande att då tänka “du skulle se hur folk har det i Afrika”, säger hon.

–Det som slagit mig mest när jag varit ute och arbetat är ändå hur lika vi människor är världen över. Vi har samma oro för våra barn och vi möter liv och död på samma sätt, säger Ann Lindstrand innan hon skyndar vidare till barnneurologi-avdelningen.

Jenny Press, Frilansjournalist

Fakta

Namn: Ann Lindstrand

Ålder: 42 år

Familj: Man och tre barn (8, 5 och 3 år gamla)

Blir glad av: Mina barn

Blir arg av: Orättvisor

Läser just nu: *Why Love matters* av Sue Gerhart

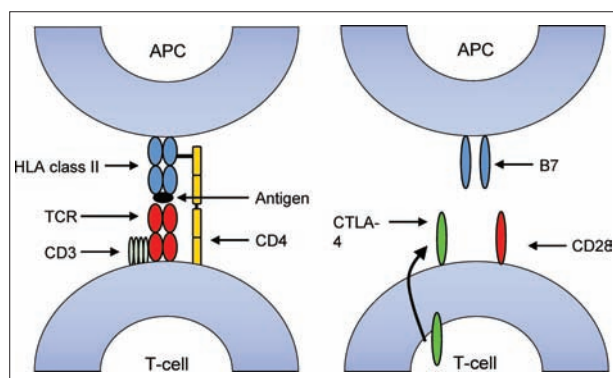
AVHANDLINGEN

Genetiska variationer i HLA Klass II och CTLA-4 påverkar Typ 1 Diabetes-associerat immunförsvar

I jakten på en övergripande bild över vad som orsakar Typ 1 Diabetes (T1D), har Carl-Oscar Jonsson, Linköpings universitet funnit tydliga faktorer som kan påverka en grundläggande immunologisk profil.

Immunologi

Autoreaktiva celler sorteras normalt bort i thymus och eventuella celler som tar sig förbi kontrollsystemet regleras perifert genom olika toleransmekanismer, där T-regulatoriska (Treg) är särskilt viktiga. Den autoimmuna processen som förstör beta-cellerna anses dominerat av ett immunologiskt Th1-svar. Detta Th1-svar karakteriseras av cytokinet interferon- γ och står delvis i motsatsförhållande till ett IL-4-associerat Th2-svar. Både Human Leukocytantigen (HLA) Klass II och Cytotoxisk T-lymfocytantigen 4 (CTLA-4) kan påverka tolerans mot autoimmunitet i thymuselektion, samt perifer reglering i den immunologiska synapsen.



“Aktivering av den immunologiska signalen förutsätter en igenkänning (vänster) samt en verifiering (höger) för att initieras”

Foto: Carl-Oscar Jonsson

Genetik

Genetiska variationer, polymorfier, i HLA klass II och CTLA-4 har tidigare visats associera med förekomsten av T1D. HLA anses vara den överlägset största genetiska determinanten för utvecklandet av T1D. Detta kan illustreras med det faktum att ca 95 % av alla diabetiker har någon av riskallelerna DR3 eller DR4. Polymorfin

+49A/G i CTLA-4 genen verkar bidra mer generellt till autoimmunitet men även T1D. Hur dessa polymorfier påverkar immunförsvaret var något vi ville undersöka.

Immunologisk profil

Avhandlingens delarbeten stimulerade vi celler från friska och T1D barn med autoantigen associerade med utvecklingen av T1D och detekterade cytokiner specifika för immunsvaret av Th1 respektive Th2 typ. Vi kunde observera att friska barn med CTLA-4 +49A/G riskalleler hade signifikant lägre Th2-svar efter stimulering med Glutaminsyredekarboxylas (GAD) 65 än de utan riskalleler. Detta antigen är aktivt i utvecklingen av T1D och nu även särskilt intressant i egenskap av Diamyd™s “T1D vaccin”. En lägre Th2-respons mot GAD65 skulle kunna tolkas som ett reducerat skydd mot den autoimmuna processen vid T1D. Intressant nog visade sig barn med HLA-risk ha lägre Th1-svar efter GAD65-stimulering, jämfört med barn med neutrala alleler. Preliminära resultat indikerar även att friska barn med HLA risk har ett immunsvaret mot GAD65 som liknar det som barn med T1D har. Det är oklart vilken sorts Th-svar mot GAD65 som är mest skyddande mot T1D. Tidiga resultat från Diamyd-studien visar till exempel på höjda nivåer av både Th1 och Th2-associerade cytokiner i behandlade barn.

Försämrad tolerans

Vi undersökte också om risk-gener i HLA klass II och CTLA-4 påverkade Treg celler. Med flödescytometri kunde vi särskilja T-celler med markörer associerade med Treg celler och tolerans. Vi mätte intracellulär förekomst av CTLA-4 protein - vilket gav oss ett mått på toleranskapacitet - och kunde tydligt se att friska barn med HLA klass II eller CTLA-4 +49 risk hade lägre frekvenser av celler med intracellulära depåer av CTLA-4. Detta observerades i både den allmänna Th-cellpopulationen och i Treg-populationen. Om vi drar oss till minnes att 95% av alla barn som utvecklar T1D har någon av de två HLA klass II riskgenerna så är detta fynd tankeväckande. Vi kan nära nog säga att HLA risk är en förutsättning för att T1D ska utvecklas. Om vi dessutom ser att individer

AVHANDLINGEN

med HLA risk har lägre nivåer av intracellulärt CTLA-4 kan vi spekulera om detta leder till att den population varifrån T1D "rekryteras" har försämrad kapacitet att motstå autoimmunitet? Vi vet att det är många faktorer som påverkar uppkomsten av T1D, men är detta den immunologiska startpositionen som HLA klass II och CTLA-4 +49A/G riskgener resulterar i?

Konklusion I jakten på en övergripande bild över vad som orsakar T1D har vi funnit tydliga effekter av hur HLA klass II men även CTLA-4 genetisk risk kan påverka en grundläggande immunologisk profil, något som hjälper oss att förstå hur patogenesen går till.

Carl-Oscar Jonson, Doktor i Medicinsk vetenskap, Diabetes Research Centre/Avdelningen för Pediatrik, Linköpings Universitet, Linköping. carl-oscar.jonson@imk.liu.se



Carl-Oscar Jonson forskar i barndiabetes vid Linköpings Universitet

Foto: Joakim Henricsson

University Medical Dissertations No. 1020 "The Importance of CTLA-4 and HLA Class II for Type 1 Diabetes Immunology" försvarades i Berzeliussalen, Linköpings universitet, Linköping, fredagen den 19 oktober 2007. Fakultetsopponent var professor Dan Holmberg, Umeå Universitet.

Barnhälsovetenskap - ny kurs för barnläkare.

Här introduceras folkhälsovetenskapliga synsätt och metoder i arbetet med barn och unga.

Ett axplock ur kursinnehållet; Att mäta och värdera barns och ungdomars hälsa - Att förebygga ohälsa och främja hälsa hos barn och ungdomar - Barns och ungdomars hälsa och läkarrollen - Hälsoekonomi - Ledarskap - Samverkan mellan samhällssektorer, yrkesgrupper och vårdnivåer.

Kurstid 8-12 december 2008

Kursansvariga Professor Lennart Köhler och Docent Henry Ascher

Sista ansökningsdatum är **1 oktober 2008**

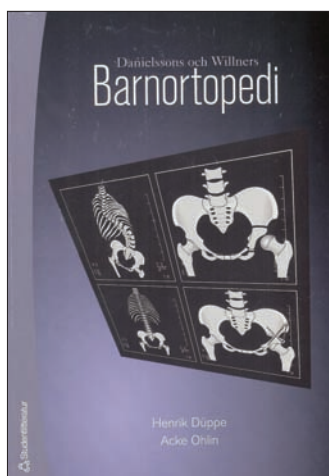
Anmälan och info: www.nhv.se

LITTERATUR

Redaktör: Carl Lindgren

En modern klassiker som varmt kan rekommenderas

Danielssons och Willners Barnortopedi, Henrik Düppe och Acke Ohlin, 313 sidor, Studentlitteratur 2007, ISBN978-91-44-03584-0



Danielssons och Willners *Barnortopedi* är redan en svensk klassiker bland läkarstuderande, läkare under vidareutbildning, barnläkare och givetvis även bland specialistutbildade ortopedier. Boken har också rönt stor uppskattning bland andra personalkategorier som är intresserade och involverade i utredning och behandling av barn med ortopediska diagnoser. Den nu helt omarbetade

nyutgåvan under redaktion av Henrik Düppe och Acke Ohlin är ett imponerande arbete och speglar det nuvarande kunskapsläget. 32 välskrivna kapitel omfattar majoriteten av barnortopediska diagnoser och behandlingar på ett föredömligt sätt.

Modern layout

De inledande kapitlen om frakturbehandling har en tydligare rubriksättning än tidigare och ett betydligt utökat fakttainnehåll. Det som kanske är mest iögonfallande är figurerna, som nu har en modern layout och tydliga figurtexter. Som påtalas i förordet har många behandlingsmetoder förändrats sedan första utgåvan 1977. Ett bra exempel på detta är behandlingen av den suprakondylära humerusfrakturen, där behandlingsmetoden med olekranonsträck har mönstrats ut till förmån för de nu rådande behandlingsrekommendationerna.

Avsnittet om nedre extremiteters frakturbehandling är välstrukturerat och betydligt mer omfattande än tidigare. För att nämna ett exempel har operativ behandling av femurskaftfrakturer med flexibel märgspik fått ökad betydelse och denna behandlingsmetod har redovisats på ett bra sätt med en tillhörande utmärkt figur.

Klassiska ortopedins olika diagnoser

Frakturbehandling är ofta utmanande, och det är viktigt att veta vilka felställningar som kan accepteras och vilka eventuella komplikationer som kan förekomma. Bägge dessa omständigheter har belysts på ett sådant sätt, att envar som kommer i kontakt med behandling av barnfrakturer borde ha nytta av denna kunskap.

Den dominerande delen av boken behandlar den klassiska barnortopedins olika diagnoser. Till skillnad från behandling av barnfrakturer kräver många av de klassiska diagnoserna ingen operativ behandling, utan här är det mera frågan om att följa ett förlopp, kliniskt och/eller radiologiskt. Med den strukturering av de olika kapitlen som finns i denna omarbetade nytgåva är det lätt att överblicka de olika diagnoserna och tillhörande figurer.

I likhet med behandling av barnfrakturer har det även inom den klassiska barnortopedin skett en utveckling och modernisering av olika behandlingsmetoder. Ett bra exempel på detta är klumpfotsbehandlingen som ändrat karaktär från att tidigare ofta ha handlat om extensiv kirurgi till det moderna konceptet enligt *Ponseti*, där redression plus gips och långvarig orthosbehandling har visat utmärkta resultat. Metoden beskrivs utförligt i boken.

En av Sveriges ledande ryggkirurger

Den neuromuskulära ortopedin utgör en stor del av barnortopedin. Bedömning och behandling sker ofta i multidisciplinära team. Efter det att ett screening och uppföljningssystem, CPUP (uppföljning av CP-barn), har införts i Sverige har behovet av operativa åtgärder minskat avsevärt inom dessa diagnosgrupper. Det skulle ha varit önskvärt med en närmare redogörelse för detta system, som nu håller på att införas i hela Skandinavien.

Kapitlen om barnortopediska ryggsjukdomar är skrivna av en av Sveriges ledande ryggkirurger, vilket avspeglar sig i kvaliteten på fakttainnehåll och figurer. De speciella "faktarutorna" är bra eftersom de ger de viktigaste fakta inom

LITTERATUR

berört område. Det vore kanske något att införa även för övriga kapitel i boken.

Förmodligen på grund av ökad invandring och multietnicitet i samhället har kapitlet om ortopediska problem hos barn med utländsk bakgrund införts. Detta är mycket bra med tanke på att här belyses diagnoser som de flesta säkert inte tänker på rutinmässigt.

En klassiker inom barnortopedin har i och med den omarbetade nyutgåvan blivit en modern klassiker som varmt kan rekommenderas.

Anders Moberg, Med dr, Överläkare, Ortopedkliniken, Hudiksvalls sjukhus, anders.moberg@lg.se

När musiken tystnar

Lars H Gustafsson, Instant Book, Stockholm 2007, ISBN: 978-91-85671-21-2



Lars H Gustafsson behöver ingen närmare presentation för våra läsare. För många med mig har han varit en vägvisare när det handlat om att se till barns behov vare sig de befunnit sig i krigsområden, i flyktingläger, varit asylsökande eller offer för den senaste trenden av barnuppfostran. Den form av en pedagogik som han själv har kallat

hans minne. Hon ger honom ingen ro förrän han beslutar sig för att ta reda på vad som egentligen hände henne. Vi får följa Kyllans fragmenterade barndom på så skilda platser som Stockholm, Paris och på den Jämtländska landsbygden. På den stilnivån får således boken nästan karaktären av en dokumentär social och medicinsk faktagrasling, ungefär som en omsorgsfullt skriven medicinsk journal. Lars söker reda på faktamaterial från Riksarkivet, läser handskrivna journalhandlingar, röntgenutlåtanden samt intervjuar personer som känt Kyllan.

Svårt att inte bli berörd

Parallellt med detta växer det dock fram en berättelse på ett annat plan. Den handlar om vad som händer med människor, barn som vuxna när musiken - i överförd bemärkelse - tystnar i våra liv. Det finns omständigheter som katalyserar musiken i våra liv och de som förkväver den. Musik spelar en stor roll i författarens eget liv, och han har personlig erfarenhet hur den kan såväl spela inom oss som spelas av oss, men även hur den kan tystna. Det är svårt att inte bli berörd av denna lågmält ömsinta berättelse om ett tragiskt livsöde. Lika svårt är det att ha några moraliserande synpunkter på hur hennes föräldrar Rose Mondain och Uno Sundelin hanterade sina liv. Båda var framstående fritt utövande konstnärer, som på grund egna yrkesambitioner blandade med personliga motgångar inte såg annan utväg än att lämna bort henne till släktingar i Norrland.

Bokens titel är en metafor. Musik är inte bara tonkonst, utan kan även representera den inneboende glädjen, nyfikenheten och kraften som är grunden för att kunna utveckla ett skapande språk och synliggöra oss som individer. Särskilt barn riskerar i olika sammanhang att berövas denna tillgång. De kan stängas inne i en känslornas språklöshet med uppgivenhet, utagerande eller somatiserande, något som vi barnläkare stundom kan bevittna. När träffade Du senast ett av Kyllans olyckssyskon?

*Carl Lindgren
carl.lindgren@actapaediatrica.se*

Den nyauktoritära rörelsen, tydligast åskådliggjort i TV-programmet "Supernanny".

När han nu ger ut sin fjortonde bok, denna gång på eget förlag, möter jag en författare med skönlitterär ambition. Budskapet är dock detsamma - att beskriva och få oss att reflektera över livets oberäknlighet, och särskilt ur den utsattes perspektiv.

Personlig relation mellan huvudperson och författare

På ett plan kan boken läsas som en biografi över den lilla, musikbegåvad flickan Inger Rose-Marie *Kyllan* Sundelin, som smygande insjuknar i vad som skulle visa sig vara tuberkulos och som dör vid tio års ålder. Det finns en avlägsen men personlig relation mellan huvudperson och författare. Kyllan var kusin till författarens mor. Men det finns också en relation dem emellan vad gäller musiken, och vad som sker i en människa när musiken tystnar. Lars minns från sin barndom hur Kyllan omnämndes, men det var något mystiskt med henne. Ingen ville riktig tala om henne. Men på senare år dyker hon allt mer envist upp i

KONST

Barnet i konsten - Bilder av barn genom konsthistorien

Barn har avbildats genom hela konsthistorien. Och trots att de sätt barnen betraktas på i bilderna varierar mycket, finns det också intressanta likheter. – Gemensamt för dessa bilder är att man ser på barnen utifrån, de får spegla samhället, dess religion och politik, säger Giovanna Jörgensen.



Flicka med pioner, Vera Nilsson, 1923. Olja på duk, (30 x 26,5 cm)

Foto: Bukowski Auktioner

Bilder av barn väcker känslor. Tänk bara på dagstidningarnas hjärtslitande rapporter från krigets Palestina eller Hötorgskonstens gråtmilda barn. Motiven träffar hjärtat utan att passera hjärnan. Bilder av barn speglar också vårt eget sinnestillstånd. Är vi glada upplever vi bilder av barn som fyllda av potential. I en dyster sinnesstämning väcker samma sköra människobarn kanske förstämning och oro.

Barnporträttet genom konsthistorien

Barn har avbildats genom hela konsthistorien och i bilderna varierar sättet att se på barnen mycket. Gemensamt för dessa bilder är att man ser på barnen utifrån, de får spegla samhället, dess religion och politik. Under medeltiden var bilderna religiösa och det viktigaste barnet var Jesus, denna lilla pojkbarn som alla dyrkade. Barnet var en symbol för det goda och oförstörda, en personifiering av det gudomliga men inget *egentligt* barn.

Renässansens barnbilder var förnuftiga och realistiska, små välkammade och praktfulla vuxenminiatyrer som distanserat blickar ner på betraktaren. Under 1600-talet målades de första familjebilderna. Dessa tavlor myllrade av barn, även de avlidna syskonen var med, de står lite skynda i bakgrunden.

De första barnbilderna där barnen är barn kom på slutet av 1700-talet. Familjepolitiken strävade efter att höja nativiteten och man gjorde PR för familjen. Barnen har rufsigt hår och rosiga kinder, de sitter i föräldrarnas knä och det finns leksaker. Barndomen idylliseras under 1800-talet och det skapas bedårande barnporträtt. Tellingarna avbildas gärna med sällskapsdjur och symboliken är tydlig, barnet är lika oskuldsfullt och troget som den fyrfota kamraten.

Vera Nilssons banbrytande barnskildringar

Under 1900-talet tar kameran över porträttfunktionen. Konstnärernas individualitet blir synlig i konsten. Jag har valt att berätta om konstnären Vera Nilsson. Hennes bilder av barn är kärleksfulla men helt utan sentimentalitet. Hon förnyade barnskildringarna radikalt. De små individerna i hennes pastösa och expressionistiska bilder är inte sockersöta barnporträtt. Dessa bilder skildrar livet ur ett barnperspektiv. Barnen i Vera Nilssons målningar erövrar tillvaron och den kampen avbildas. De första stegen, mötet med naturen, den allvarliga leken, allt skildras med respekt och förundran över växandets mirakel.

Kritiserades för att spegla viljan och jaget

Vera Nilssons barnbilder dömdes hårt av den samtida kritikerkåren. Varför? Hennes barn är starka i sina uttryck, precis som barn är. Hon skildrade skriket och inte jollret. Hennes bilder speglar viljan och jaget, barnen tycks oberörda av att vara porträtterade. Vera Nilssons barn är inte tillmötesgående och intagande som barn dittills förväntats vara. De är fria och koncentrerade och egna. Bilden föreställer Catharina, Veras dotter. Det är sommaren 1923 och Lilla Catharina kommer springande med ett fång röda pioner. Buketten är så stor att hennes små armar knappt når runt den. Bilden utstrålar energi och livskraft. Blommornas röda färg återkommer i Catharinas blossande röda kinder. Hon springer fort, omedveten om världen runt omkring sig. Bilden får mig att tänka på en strof av Gunnar Ekelöf "Mig äger ingen ej ens jag själv."

Giovanna Jörgensen

Intendent Konstavdelningen, Bukowskis Auktioner, Fd chef för Kulturhusets barnverksamhet Rum för Barn, Stockholm

KALENDARIUM

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

JUNI 2008

9-13/6 Basal neonatologi, den populära kursen i Halmstad för blivande barnläkare.
Info: www.barn.halland.net

14-17/6 Europaedics, Istanbul
Info: www.europaedics2008.org

SEPTEMBER 2008

10-12/9 Framtidens specialläkare - en nationell kongress för alla landets blivande och nuvarande ST-läkare, deras handledare, ST-studierektorer, verksamhetschefer samt sjukvårdshuvudmän. Malmö,
Info: www.framtidenslakare.se/

18-19/9 Höstmöte, BLF:s sektion för barn - och ungdomsallergologi, Jönköping.
Info: www.barnallergisektionen.se

APRIL 2009

6-8 /4 13th International Coeliac Disease Symposium 2009, Amsterdam
Info: ludesign.curious.nl/icds2009/

MAJ 2009

2-5/5 Pediatric Academic Societies' Annual Meeting, Baltimore
Info: www.pas-meeting.org, info@pas-meeting.org

Nästa nummer....

Nästa nummer har tema **Infektionssjukdomar** och utkommer den **7 augusti**. Det kommer dock att finnas tillgängligt på BLF:s webbplats tidigare. Varmt välkomna att medverka i tidningen! Glöm inte att skriva under med namn, titel och arbetsplats (Anders Andersson, Barnläkare, Malmö sjukhus, E-mail).



Fotograf: Eino Hämäläinen

MOVICOL®



NYHET! NY BEHANDLING VID FÖRSTOPPNING!

Nu finns äntligen **MOVICOL® Junior** i en smakfri variant tillgänglig på apotek! Den har tilläggsnamnet Neutral och är godkänd för behandling av förstoppning och fekalom hos barn.

En nyligen publicerad 3-månadersstudie där man jämfört **MOVICOL® Junior Neutral** med laktulos visade att!

MOVICOL Junior Neutral

- Ger fler tarmtömningar per vecka jämfört med laktulos
- Tolereras bättre än laktulos

Till skillnad från laktulos så behövde de barn som behandlades med **MOVICOL® Junior Neutral** ingen kompletterande medicin. De återfick heller inte symtomen under studiens längd.¹

Välkommen att förskriva MOVICOL Junior Neutral!

Indikation: Behandling av kronisk förstoppning hos barn från 2 år till 11 år. För upplösning av fekalom hos barn från 5 år. Fekalom definieras som svårbehandlad förstoppning med ansamling av faeces i rektum och/eller colon. Förpackningsstorlekar: Pulver till oral lösning, dospåse, 6,9g: 30 st dospåse (receptbelagd - ingår i förmånen). MOVICOL: Makrogol 3350 6,6g, natriumklorid 175,4 mg, natriumbikarbonat 89,3 mg, kaliumklorid 25,1 mg.
1. Candy et al, J Pediatr Gastroenterol Nutr 2006 Jul; 43 (1) 65-70

Norgine AB, Frösundaviks Allé 15, 4 tr, 169 70 Solna, Tel 08-22 30 50

Läs mer om MOVICOL® på www.fass.se



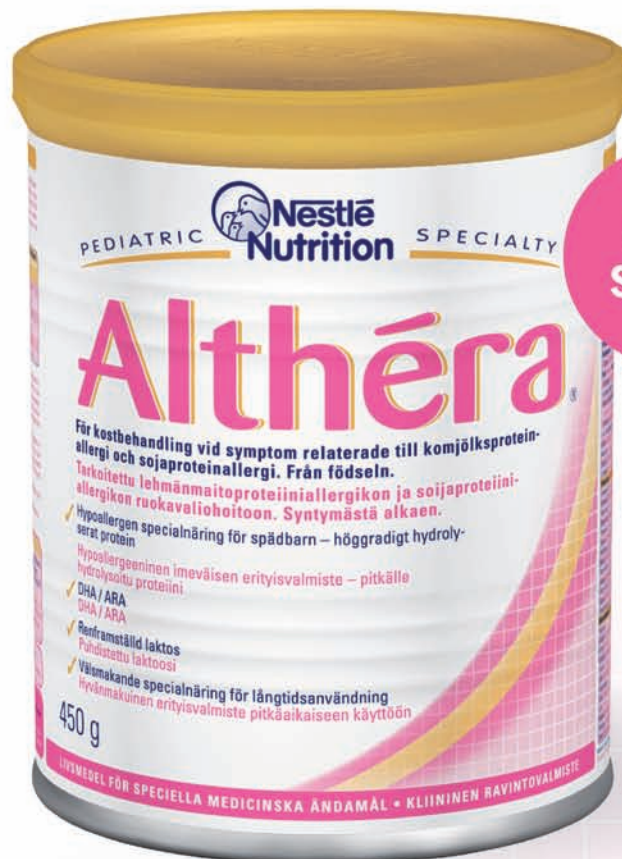
www.movicol.se

löser • mjukar upp • fuktar • stimulerar

Aktuellt från Nestlé Infant Nutrition



VIKTIG INFORMATION: Bröstmjolk är den bästa maten för ett spädbarn under de första månaderna i livet och bör alltid vara det första valet när det är möjligt. Om beslut om att använda modersmjölksersättning tas är det viktigt att ge information om att felaktig lagring, hantering, tillagning och matning kan riskera barnets hälsa. Althéra är en komjölksproteinfri specialnärning som bör användas efter rekommendation från läkare, barnhälsovården eller dietist.



God
smak!

Hypoallergen specialnärning för kostbehandling av komjölksprotein- och sojaproteinallergi.

Althéra är en hypoallergen, näringsmässigt komplett specialnärning avsedd för behandling av komjölksproteinallergi. Althéra är baserad på vassleprotein som är höggradigt hydrolyserat, och som uppfyller kraven för hypoallergen specialnärning. Produkten har i en klinisk studie visat sig vara lika säker som en aminosyrabaserad ersättning vid behandling av komjölksproteinallergi¹.

Produkten kan användas till barn med komjölksproteinallergi men även vid sojaproteinallergi. Althéra innehåller renframställd laktos som är helt fri från komjölksprotein. Laktos, som också är en naturlig kolhydratkälla i bröstmjolk, ger god smak och främjar bakteriefloran i tarmen.

Althéra är berikad med långkedjiga fleromättade fettsyror och kan användas som enda näring i stället för en vanlig modersmjölksersättning upp till 6 månaders ålder, och därefter som en del av en blandad kost.

Kontakta oss gärna för mer information.

1. Niggemann B, et al "Safety and efficacy of a new extensively hydrolyzed formula for infants with cow's milk protein allergy". *Pediatr Allergy Immunol*. 2007;19.

