

Barnläkaren

NR.6/2010



Tema | Interkulturell Barnmedicin

HIV och barnen i världen

Hälsa och mänskliga rättigheter

Satsning på kulturkompetens behövs på BVC



SVENSKA BARNLÄKARFÖRENINGEN
SWEDISH PAEDIATRIC SOCIETY



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

Synflorix® Vaccin mot pneumokocker!

Synflorix®:

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



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

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

Innehåll

Barnläkaren

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

Ansvarig utgivare

Nina Nelson
nina.nelson@lio.se

Chefredaktör/Annonskontakt

Margareta Munkert Karnros
info@barnlakaren.se

Redaktionssekreterare

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

Kulturredaktör

Carl Lindgren
carl.lindgren@actapaediatrica.se

Manuskript insändes

per mail till:

Margareta Munkert Karnros
info@barnlakaren.se

Bokrecensioner insändes per mail till:

Carl Lindgren
carl.lindgren@actapaediatrica.se

Prenumerationsärenden och adressändringar

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

Förlag

Barnläkaren is published by Blackwell Publishing Ltd

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

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

Tryck

COS Printers Pte Ltd, Singapore

Redaktionsråd

Margareta Blennow
Erik Borgström
Hugo Lagercrantz
Carl Lindgren
Måna Wallenstein
Göran Wennergren

Omslagsbilder:

City Akuten, Stockholm
Fotograf Rosie Alm
Robert Matton AB

LEDARE

2

REDAKTÖRENS RUTA

3

BARNMEDICIN

Nytt om Nationella IBD-registret *Jonas Ludvigsson*

4

TEMA: INTERKULTURELL BARNMEDICIN

Arbetsgruppen för flyktingbarn *Tor Lindberg, Henry Ascher*

6

Bemötande av barn med traumatiska upplevelser i ett kulturellt perspektiv *Anders Hjern*

8

Barnhälsovård i områden med många familjer från andra länder *Gunnel Bågenholm*

10

Hälsa – en mänsklig rättighet *Anna Lundberg*

11

Hiv och barnen i världen *Tobias Alfvén*

13

Médecins sans Frontières uppdrag på barnsjukhus i Liberia *Kristina Elfving*

15

Att överbygga klyftan mellan vad vi kan – och vad vi faktiskt gör *Stefan Peterson*

17

Jämlikhet i barnhälsa – globala utmaningar *Lars Åke Persson*

18

SVAR DIREKT

ST-utbildningen i barn- och ungdomsmedicinska den innehålla internationell klinisk erfarenhet?

20

NYHETER

Romain Pauwel Research Award till barnläkare

Dataspel lär barn med diabetes blodsockerkontroll

21

AVHANDLINGEN

Satsning på kulturkompetens behövs på BVC *Daphne Macris*

22

KULTUR

Pediatric Interviewing – A Practical, Relationship-Based Approach
Carl Lindgren

24

Julsaga 2010 *Hugo Lagercrantz*

25

KALENDARIUM

26



MOT BARNSEXHANDEL

ECPAT Sverige är en ideell förening som genom påverkansarbete och information arbetar mot barnsexhandel. På www.ecpat.se eller 08-6119934 får du mer information om vår verksamhet. Postgiro 903434-9 står öppet för alla som vill bidra till vår fortsatta kamp. Tack för uppmärksamheten.



Barns fantasi fungerar inte sämre för att kroppen gör det.

MinStoraDag hjälper svårt sjuka barn
att förverkliga sina önskedrömmar.



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



Stiftelsen
MIN STORA DAG
www.minstoradag.org

SINGULAIR
montelukast

**Effektiv astmakontroll¹
Enkel dosering - en per dag
Vältolererat¹**



**6 mån
till 5 år**

Granulat 4 mg

En dospåse blandat
med mat dagligen
till kvällen



2 till 5 år

4 mg

En körsbärsmakande
tuggtablett dagligen
till kvällen^{a,b}



6 till 14 år

5 mg

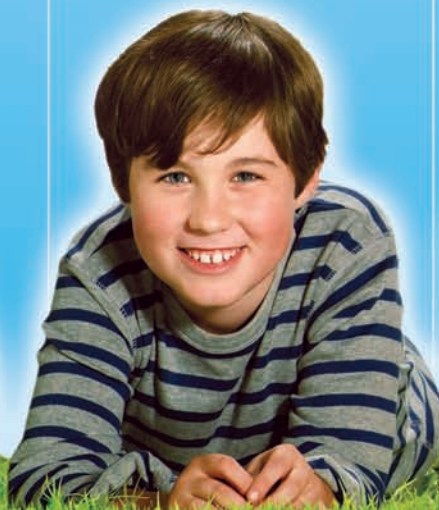
En körsbärsmakande
tuggtablett dagligen
till kvällen^{a,b}



**15 år
och äldre**

10 mg

En filmdragerad
tablett dagligen
till kvällen



1. www.fass.se

Indikationer: vid astma som tilläggsbehandling hos de patienter med lindrig till måttlig kronisk astma som ej uppnått fullgod kontroll vid med inhalationssteroider och hos vilka vid behovsmedicinering med kortverkande betaagonister ej givit tillräcklig klinisk kontroll av astman. Hos vuxna patienter där SINGULAIR 10 mg är indicerat för astma, kan SINGULAIR 10 mg även ge symtomatisk lindring vid säsongsbunden rinit. SINGULAIR är också indicerat som profylax vid astma från 2 års ålder där ansträngningsutlöst bronkkonstriktion är den dominerande komponenten. SINGULAIR kan också vara ett alternativ till lågdosbehandling med inhalationssteroider hos patienter med lindrig kronisk astma. Detta gäller 2-14 år gamla patienter som inte nyligen haft allvarliga astmaattacker som krävt peroral kortikosteroidbehandling och som visat att de inte klarar av inhalationssteroider.

Vid förskrivning och för mer information om förpackningar och priser se www.fass.se.

SINGULAIR (montelukast) leukotrienreceptorantagonist (Rx; F; SPCer 2010-04-28)

MSD
08-626 14 00

AERIUS[®]
desloratadin

Icke-sederande antihistamin med effekt hela dygnet



URTIKARIA

- Effekt på **klåda** redan efter första dosen¹

ALLERGISK RINIT

- Effekt på **allergisk nästäppa** redan efter första dosen²

– Från 1 års ålder

Finns som tabletter, oral lösning
och munsönderfallande tabletter



AERIUS
ger i följande jämförelse
lägst kostnad / dag
för oral lösning

Priser för ett urval av barnberedningar³

| | | | | |
|--|--------------------------------|--|-------------------------|----------------------|
| AERIUS [®] | 1–5 år, oral lösning 0,5mg/ml |  | 2,5 ml, 1 gång dagligen | 2,16 kr / dag |
| | 6–11 år, oral lösning 0,5mg/ml |  | 5 ml, 1 gång dagligen | 4,30 kr / dag |
| Tavegyl [®] (klemastin) | 1–3 år, 10–20 ml oral lösning | | | 3,40 – 6,80 kr / dag |
| | 3–6 år, 20 ml oral lösning | | | 6,80 kr / dag |
| | 6–12år, 30 ml oral lösning | | | 10,20 kr / dag |
| Zyrlex [®] (cetirizin) | 2–6 år, 5 ml oral lösning | | | 3,36 kr / dag |
| | 6–12 år, 10 ml oral lösning | | | 6,72 kr / dag |

1. Ortonne JP. et al. Efficacy and safety of desloratadine in adults with chronic idiopathic urticaria. Am J Clin Der. 2007;8:37-42. 2. Bonini S. et al. Desloratadine: A new approach in the treatment of allergy as a systemic disease – pharmacological and clinical overview. Allergy suppl 1.65, vol 56 2001. 3. Produktresuméer på www.fass.se samt www.tlv.se 100917.

Aerius är ett icke-sederande antihistamin. Indikationer lindring av symptom i samband med allergisk rinit och urtikaria, hos barn från 1 års ålder och vuxna. Dosering 1–5 år 2,5 ml (1,25 mg) oral lösning en gång per dag, 6–11 år 5 ml (2,5 mg) oral lösning alt munsönderfallande tablett 2,5 mg en gång per dag, 12 år och äldre 5 mg tablett/munsönderfallande tablett alt 10 ml oral lösning en gång per dag. Förpackningar och priser se produktresumén på www.fass.se Aerius är receptbelagt och ingår i förmånssystemet. Produktresumén uppdaterad 2008-03-31.

Vid förskrivning och för mer information om förpackningar och priser se www.fass.se. MSD, Box 7125, 192 07 SOLLENTUNA.

AERIUS[®]
desloratadin

FÖR EN AKTIV DAG



LEDARE

Kunskap, hälsa och Svenska Barnläkarföreningen

Kära kollegor!

När jag skriver detta är det höstdagjämning och vädret delar landet i nästintill tre årstider med snö i norr och brittsommar i söder.

Vi har haft ett val där debatten dominerats av invandrapolitik och pensionärernas skatter med visst inslag om sjukförsäkringssystemet. Men vart tog barnfrågorna vägen? Lite skolpolitik förvisso, men föga (intet?) om de faktorer som utgör grundvalar för den växande generationens hälsa och nationella olikheter inom hälso- och sjukvården. Det ska bli spännande att se hur årets läkarstämma om en jämlik vård kommer att speglas i media. När ni läser detta vet vi hur det blev.

Apropå val och politik är det viktigt att veta snarare än att gissa vad det är som påverkar människors hälsa och välbefinnande. Då tycker jag att det är en förmån att få verka i en kunskapsorganisation. Alla ekonomiska diskussioner till trots får vi aldrig glömma eller vika från det faktum att hälso- och sjukvården ska baseras på vetenskap och beprövad erfarenhet.

Här vill jag passa på att framhålla det fantastiska arbete som görs i BLFs delföreningar och arbetsgrupper! I en ökande ström av, eller snarare flod, av remisser, enkäter, utredningar, önskemål från olika myndigheter om utlåtanden eller deltagande i olika utredningar och grupperingar så utgör den kompetensbasen just våra delföreningar och arbetsgrupper. I dessa sammanhang verkar barnrelaterade frågor vara "heta" och behovet av vår kompetens mycket stort – barnläkares kunskap och erfarenhet efterfrågas ofta, det är roligt!

Vill du få en hälsobefrämjande känsla av sammanhang, knyta kontakter för livet och öka din kunskapsmassa kan jag starkt rekommendera att aktivera dig i BLF och någon av våra delföreningar.

Hur skall stafettpipen föras vidare till våra yngre kollegor - drygt 40 procent av landets barnspecialister är idag 60 år eller äldre och en ny generation måste mycket snart ta vid. Hur förmedlar vi klinisk färdighet d v s hur prioriteras handledning på våra barn- och ungdomskliniker med redan idag stora produktionskrav på vanlig sjukvård? Hur lär vi ut ett vetenskapligt förhållningssätt på alla kliniker med en begränsad andel forskarutbildade barnläkare? Är vi som skall föregå med gott exempel och vara förebilder själva kunniga och analytiska? Har de som ska handleda själva fått den kompetenspåfyllnad som behövs för uppdraget?

De av er som var på den välbesökta konferensen "Framtidens specialistläkare" i Malmö fick chansen att stöta och blöta frågor i detta tema, något som kan rekommenderas flera! Nästa konferens inträffar 5-7 september 2012 och frågorna är för angelägna att vila till dess.

Jag hoppas nu att ni får se många glada barn i bävernynlon i vinter och att ni också får känna glädjen av att bidra till deras hälsa!

Nina Nelson



Nina Nelson

BRIS
BARNENS RÄTT I SAMHÄLLET

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

Redaktörens ruta



Den 20 september blev ett uppvaknande. Löpsedlarna spred nyheten om hur befolkningens attityd till invandring hade förändrats. Det är uppenbart att Sveriges tolerans mot att ta emot och hjälpa flyktingar inte ser ut som vi tidigare varit vana vid.

Samtidigt, under denna tumultartade och omstridda utveckling, arbetar vårdpersonal med att hjälpa och stödja de flyktingar som finns här och söker fristad. Barnen, främst de som kommer ensamma, är den mest utsatta gruppen. Förutsatt att omhändertagandet ska fungera bra behövs bred kunskap hos vårdpersonalen, inte minst kulturellt. Men är den tillräcklig?

En ny avhandling visar att hela 84 procent av sjuksköterskorna på landets BVC-mottagningar upplever svårigheter i samspelet mellan barn och föräldrar från andra kulturer. De flesta av de tillfrågade i undersökningen upplevde att de även saknade riktlinjer, stöd och kulturell kompetens. Hur skulle resultatet ha sett ut om de tillfrågade varit barnläkare?

Barnläkarna Ann Lindstrand, specialist i socialmedicin och folkhälsa och Lars Åke Persson, professor i internationell barnhälsa, har hjälpt oss att belysa interkulturell barnmedicin ur dess många olika perspektiv. Bland annat

tar Kristina Elfving med oss till ett barnsjukhus i Liberia och berättar om sina erfarenheter hos Médecins sans Frontières. Vi får också veta mer om arbetsgruppen för flyktingbarn inom BLF och bemötandet av barn med traumatiska händelser bakom sig. Hur går man tillväga? Är samtalet alltid centralt när det gäller att skapa en förtroendefull och givande kontakt?

I boken *Paediatric Interviewing – A practical, Relationship-Based Approach*, som recenserar på kultursidan, poängteras just samtalets centrala del i patientkontakten. Detta tillvägagångssätt, att låta samtalet vara en pusselbit i den sjukvårdande behandlingen, är dock inte en självklarhet i alla kulturer världen över.

Till sist - tack till redaktionen för fint samarbete 2010. Tack också till alla er som medverkat med artiklar, fotografier och värdefulla idéer under året. Läsarnas åsikter är viktiga vägvisare i utvecklingen av tidningen. Ta tillfället i akt och träffa oss vid vår monter under Barnveckan i april.

För Barnläkaren är dessutom 2011 ett mycket speciellt år. Mer om detta avslöjar vi inte nu. Det får ni läsa om i nästa nummer.

God Jul och Gott Nytt år!

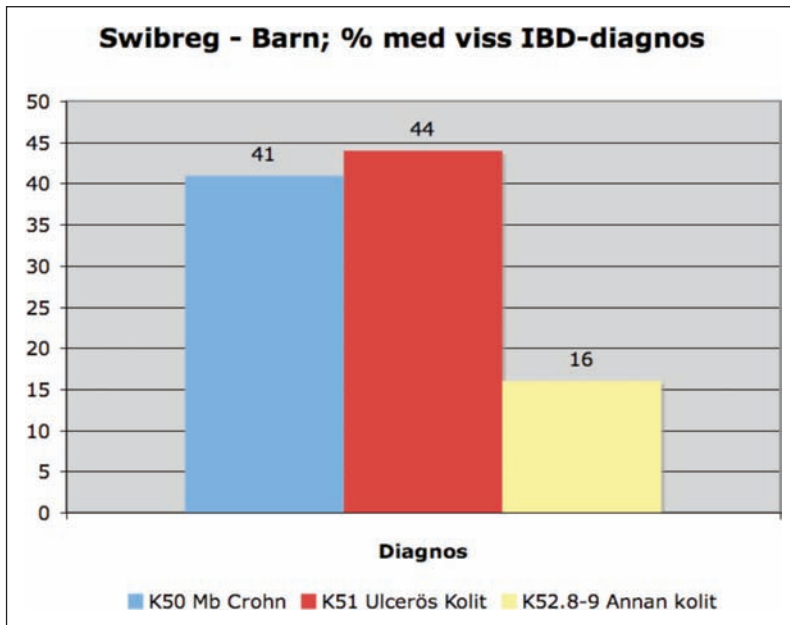
Margareta Munkert Karnros

Gästredaktörer till vår temadel om *Interkulturell barnmedicin*

Ann Lindstrand är barnläkare vid Sachsska barnsjukhuset i Stockholm och specialist i socialmedicin och folkhälsa. Hon forskar på effekter av pneumokockvaccinering i Stockholm och i Uganda, driver en kurs i Global mödra- och barnhälsa för ST-läkare samt har sedan 2007 på deltid vikarierat som barnhälsovårdsöverläkare i Stockholm. **Lars Åke Persson** är barnläkare och professor i internationell barnhälsa vid Akademiska sjukhuset och Institutionen för Kvinnors och Barns hälsa, Uppsala Universitet. Han är också chef för Internationell Mödra- och Barnhälsa som bedriver ett omfattande internationellt utbildningsprogram. Lars Åkes forskning är inriktad på strategier och interventioner för förbättrad barnnutrition och överlevnad i resursknappa situationer.



Nytt om Nationella IBD-registret



Det nya nationella IBD-registret, SWIBREG, har sedan 2010 en ny plattform och utseende. Registret administreras av Health Solution som också har hand om det svenska HIV-registret (InfCare). SWIBREG valde Health Solution som leverantör då bolaget uppfyllde de kriterier som ställts upp av registrets styrgrupp och dessutom hade ett konkurrenskraftigt anbud.

SWIBREG har en styrgrupp som består av representanter från svenska gastroenterologisk förening (6 st), svensk förening för kolorektalkirurgi (3 st), samt barnläkarföreningens gastro-sektion (nuvarande representanter är Karl Kappinen, Johan Svahn och Jonas Ludvigsson).

Fram till den 1 Juli 2010 hade sammanlagt 11421 patienter registrerats varav 202 barn (<18 år). Av dessa barn står sju

kliniker för nästan 90 procent av de registrerade patienterna. Uppsala, Norrköping och Örebro har registrerat flest barn. På vuxensidan har Sahlgrenska, Malmö, Lund och Borås flest registrerade patienter.

Bland barn i registret har 81 st (41procent) Mb Crohn, mot 88 patienter som har diagnosen ulcerös kolit (43,6 procent). Övriga hade diagnosen K52.8-9. En del barn i den tredje gruppen (K52.8-9) har i vuxen ålder fått en mer precis diagnos. Relativt få barn med IBD har uppgift om kirurgi (5/202 = 2.5 procent), vilket sannolikt beror på att kirurgi ännu inte registrerats för barn i SWIBREG.

Idag vårdas de flesta barn med IBD polikliniskt. Socialstyrelsens öppna statistikdatabas (<http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas>) visar dock att ca 500 barn slutenvårdas för Mb Crohn eller ulcerös kolit varje år i Sverige (år 2008 var det 523, år 2005: 536; och år 2002: 452). Sannolikt finns det

alltså många svenska IBD-barn som ännu inte registrerats i SWIBREG.

För IBD-styrgruppen
Jonas Ludvigsson, Örebro.

Att registrera patienter i IBD-registret är gratis. Kontakta Pär Myrelid, gastro-kliniken i Linköping för att få användarnamn och lösenord: Par.Myrelid@lio.se

Dept of Pediatrics, Örebro

Clinical Epidemiology Unit, Karolinska Institutet

Sweden - Sverige

<http://ki.se/forskning/jonasfludvigsson>

Mer info: <http://ki.se/forskning/jonasfludvigsson>

SOS BARNBYAR SVERIGE

Alla barn behöver få känna trygghet, kärlek och bekräftelse. De behöver någon som leker, lyssnar och tröstar. Någon som alltid finns där. Barn behöver en familj.

För endast 100 kr i månaden kan du ge utsatta barn allt det, utöver det mest grundläggande som mat och vatten.

Hjälp oss att finnas där vi behövs. Bli fadder på www.sos-barnbyar.se



Annonsera i Barnläkaren

Svenska
Barnläkarförningens
medlemstidning

Annonsbokning: info@barnlakaren.se
Mer info: www.barnlakaren.se

Teman Barnläkaren 2011

- | | | |
|------------------------------------|-----------------|-------------|
| • Neuropsykiatri | (mat.dag) 15/12 | (utg.) 25/1 |
| • Gastroenterologi | 24/2 | 29/3 |
| • Sömn | 26/4 | 31/5 |
| • Akutpediatrik | 27/6 | 28/7 |
| • Barn och fysisk aktivitet | 24/8 | 27/9 |
| • Barn och kultur | 27/10 | 29/11 |

TEMA: INTERKULTURELL BARNMEDICIN



Foto: Ingela Wählstrand, Medicinsk Bild

Arbetsgruppen för flyktingbarn

Interkulturell barnmedicin kom på allvar till Sverige i samband med att barnfamiljer sökte sig till landet som flyktingar under 1970 – 80 talen. Flera av våra barnkolleger engagerade sig då för dessa barn, studerade och undersökte bland annat deras fysiska och psykiska hälsa, tillväxt, kost, och socialpediatriska problem. Barnen kom från Sydamerika, Afrika, Mellanöstern och Sydeuropa. Några av dessa barnkolleger utgör idag kärnan i Arbetsgruppen för flyktingbarn.

När flyktingströmmen ökade i slutet av 80-talet och nådde sin topp i mitten av 90-talet uppenbarades ytterligare en dimension inom interkulturell barnmedicin, nämligen den människorättsliga, inkluderande barnets rätt till hälsa, vård, skola och omsorg. BLFs styrelse och dess dåvarande ordförande (TL) placerade därför frågor kring flyktingbarnen på BLFs agenda. FN:s barnkonvention blev ett viktigt instrument i vår kamp för dessa barns självklara rättigheter. I samarbete med andra organisationer,

såsom Barn – och ungdomspsykiatriföreningen, Psykologförbundet, Akademikerförbundet uppvaktade vi ihärdigt migrationsministrar och Invandrarverket i olika barnmedicinska och barnrättsliga frågor med viss framgång. Bland annat blev artikel 3 om barnets bästa portalparagraf i den nya utlänningslagen 1997. Vidare fick BLF som enda läkarförening en representant i migrationsministerns Råd för migration och flyktingfrågor då detta bildades 1996 och har detta fortfarande.

TEMA: INTERKULTURELL BARNMEDICIN



Förhoppningarna om en humanare, barnvänligare flyktingpolitik infriades dock aldrig i praktiken utan flyktingbarnens situation i landet försämrades successivt varför Arbetsgruppen för flyktingbarn bildades på BLF:s årsmöte februari 2002.

Arbetsgruppens syfte är:

- att öka kunskapen om asylsökande, gömda och invandrade barns hälsa och välbefinnande samt om metoder för hälsofrämjande arbete.
- att sprida sådan kunskap både inom professionen, till beslutsfattare och andra ansvariga samt i samhället i övrigt.
- att arbeta för att asylsökande barns grundläggande rättigheter tillgodoses inom de områden vi har kompetens; hälso- och sjukvård, barnomsorg, skola, psykosocial miljö och fysisk miljö.
- att vårt agerande ska genomsyras av kompetens, trovärdighet, och tillförlitlighet, å ena sidan utgående från vetenskap och beprövad erfarenhet, å andra sidan från FN:s konvention om barnets rättigheter och andra mänskliga rättigheter liksom den medicinska yrkesetiken.

Arbetsgruppen har hittills haft begränsade möjligheter till täta och regelbundna möten. Vi arbetar därför främst via

e-post där alla medlemmar deltar i diskussioner kring aktuella barnmedicinska och barnrättsliga frågeställningar och kan väcka egna frågor efter behov. Vi har bland annat medverkat till:

- Vetenskapliga publikationer
- Vetenskapliga seminarier och symposier
- Hearingar
- Debattartiklar
- Politiska uppvaktningar

Exempelvis har vi haft återkommande symposier vid riksstämman och barnläkarveckorna och två vetenskapliga konferenser om de apatiska barnen. Vid årets riksstämma kommer vi ha ett symposium "Asylsökande flyktingbarn i Sverige och Europa" behandlande bland annat i ett EU-perspektiv flyktingbarnens situation, åldersbestämning, samt funktionshindrade flyktingbarn.

Vi menar att asylsökande flyktingbarn, gömda barn och papperslösa barn fortfarande är de mest utsatta barnen i vårt land och att det är viktigt av att vi som barnläkare hela tiden arbetar för att tillförsäkra dessa barn deras grundläggande mänskliga rättigheter till hälsa, vård, omsorg och skola. Vill du engagera dig i interkulturell barnmedicins alla dimensioner anmäl dig till nuvarande ordförande.



Tor Lindberg, tidigare ordförande, professor em., barnläkare, Örnahusen, Borby. E-mail tor.lindberg@kaprifolium.se

Henry Ascher, nuvarande ordförande, docent, universitetslektor och ansvarig för sektionen Flyktingkap, Migration och Hälsa, Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap, Göteborg; barnläkare vid Flyktingbarnteamet Gamlestaden, Göteborg, E-mail: henry.ascher@nhv.se



livetslotteri.se



livetslotteri.se



TEMA: INTERKULTURELL BARNMEDICIN

Bemötande av barn med traumatiska upplevelser i ett kulturellt perspektiv

Beskrivningar från världens konflikthärddar talar ett ganska entydigt språk. Våldsamma politiska konflikter sätter spår i barns medvetande och beteende. Barn leker krig, drömmer om kriget och blir oroliga, ängsliga och trygghetsökande.



De flesta flyktingfamiljer har erfarenhet av att hantera svåra umbäranden som vida överstiger våra egna, och bär med sig kulturellt färgade föreställningar om hur man bäst bemöter och stödjer människor i kris.

© Gun Ferling/BUS 2010

När barn kommer till Sverige direkt från dessa konflikthärddar är dessa upplevelser högst levande och påverkar dem under åren efter ankomsten. I Sverige möter de och deras familjer ett exotiskt välordnat, demokratiskt och tryggt samhälle som inte har varit i krig på 200 år, och som är sällsynt förskonat från allvarliga naturkatastrofer.

Svagt vetenskapligt stöd

Flyktingfamiljerna möter lärare, psykologer och hälsovårdspersonal som vanligen helt saknar egen

erfarenhet av krig eller liv under politisk diktatur. De delar en övertygelse om att erfarenheter av detta slag bör bearbetas för att "läka", och allra helst med hjälp av en särskilt utbildad terapeut.

Man kan tro att denna typ av bearbetning bygger på vetenskapligt utprövade metoder, men så är inte fallet. Stödet för dem är förvånansvärt svagt för dem i den vetenskapliga litteraturen, även om detta naturligtvis inte behöver vara detsamma som att metoderna alltid är verkninglösa. Det är förhållandevis få studier som faktiskt utvärderat dessa metoder på ett tillförlitligt sätt hos barn.

Lång tradition av krisbearbetning

Det är uppenbart att det också finns en kulturell dimension i att uppmuntra bearbetning av svåra upplevelser i den kristna delen av världen. Att man "lättar sitt hjärta" genom att dela sina upplevelser med andra finns beskrivet redan i de första kristna församlingarna 200-300 e Kr, en tradition som har ett särskilt tydligt uttryck i den katolska kyrkans bikt. Det är också ganska uppenbart att kristerapi har blivit en integrerad del av kulturen i det svenska välfärdssamhället. En form av ritual som vi använder oss av för att stötta människor i en svår livssituation, som utöver stödet till individen också återupprättar en kollektiv trygghet när golvet rycks undan av en olycka eller ett våldsbrott. "Det var en hemsk händelse, men barnen och deras lärare får nu stöd av en krisgrupp i samverkan mellan BUP och socialtjänsten".

"Aktiv glömska" eller ventiler

Den kulturella dimensionen av detta synsätt kan vara viktig att hålla i huvudet när vi möter flyktingar från samhällen med andra synsätt. I många samhällen i Afrika, t ex i Etiopien, talar man snarare om "aktiv glömska" som det bästa sättet att handskas med smärtsamma minnen. Med utgångspunkt från detta förespråkar man olika tekniker för att tränga bort smärtsamma minnen från medvetandet. I andra samhällen kan det vara förbjudet, eller i alla fall anses hänsynslöst, att uttrycka sin psykiska smärta i direkta ordalag, medan mer indirekta och rituella uttrycksätt uppmuntras. Barnläkaren Olle Jeppsson har t ex beskrivit hur krigsdrabbade ungdomar från Dinka-stammen i södra

TEMA: INTERKULTURELL BARNMEDICIN

Sudan använder dikter och samtal om drömmar som ventil för att dela smärta med andra i ett kulturellt sammanhang där direkta uttryck för smärta uppfattas som tecken på svaghet. Arbetet med de överlevande från diskoteksbranden i Göteborg visade att det är fullt möjligt även i Sverige att integrera olika kulturella synsätt för stöd till människor i kris, genom att exempelvis engagera företrädare för den svenska kyrkan och muslimska församlingar.

Undvek att prata om smärtsamma upplevelser

Psykologen Birgitta Angel har beskrivit sitt möte med de nyanlända bosniska flyktingfamiljerna i Växjö i mitten på 1990-talet. Efter att tidigare ha arbetat med flyktingfamiljer från Latinamerika, som vanligen var mycket positiva till att prata om sina och barnens upplevelser, mötte hon en helt annan attityd hos bosnierna. Den flesta bosniska föräldrar berättade att de medvetet undvek att prata om kriget i barnens närvaro för att inte påminna dem om det hemska de upplevt. De föredrog att även barn- och ungdomspsykiatri skulle undvika att påminna barnen om dessa minnen. Birgitta Angel kunde i sina strukturerade intervjuer inte påvisa att detta förhållningsätt var dysfunktionellt eller skadligt för barnen, vare sig i det korta perspektivet eller vid fem års uppföljning. Något paradoxalt visade det sig att en strukturerad metod för bearbetning med bilder i grupp för barn med påtagliga post-traumatiska symptom, som Birgitta Angel utvecklade, samtidigt föll mycket väl ut i den bosniska gruppen.

Behovet hos familjen prioriteras

De flesta flyktingfamiljer har en erfarenhet av att hantera svåra umbäranden som vida överstiger våra egna, och bär med sig kulturellt färgade föreställningar om hur man bäst bemöter och stödjer människor i kris. Det är därför ganska

självkänt att man som barnläkare bör vara återhållsam med att aktivt försöka ändra flyktingfamiljers eget sätt att hantera sina upplevelser när barnen mår ganska bra och fungerar i sin vardag på förskolor och skolor.

När barnen inte mår bra är utgångsläget ett annat och föräldrarna också ofta mer öppna för att pröva "svenska" sätt att hjälpa barn i kris, som exemplet med bildgrupper för bosnier ovan exemplifierar. Vi bör förstås alltid efterfråga föräldrarnas och barnets egen syn på behov av stöd och eventuell form av behandling innan vi initierar insatser. Men det bör vi väl alltid göra?

Referenser:

1. Angel, B & Hjern, A. *Att möta flyktingar*. Lund: Studentlitteratur, 2004.
2. Angel, B. Hjern, A. Ingleby, D. *Effects of war and organized violence on children: A study of Bosnian refugees in Sweden*. *American Journal of Orthopsychiatry*, 2001; 71; 4-15.
3. Jephsson, O & Hjern, A. *Traumatic stress in context: A study of unaccompanied minors from Southern Sudan*. In Ingleby, D. *Forced Migration and Mental Health. Rethinking the care of refugees and displaced persons*. New York; Springer, 2005, p 67-80.

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



SOS BARNBYAR SVERIGE

Alla barn behöver få känna trygghet, kärlek och bekräftelse. De behöver någon som leker, lyssnar och tröstar. Någon som alltid finns där. Barn behöver en familj.

För endast 100 kr i månaden kan du ge utsatta barn allt det, utöver det mest grundläggande som mat och vatten.

Hjälp oss att finnas där vi behövs. **Bli fadder på www.sos-barnbyar.se**

TEMA: INTERKULTURELL BARNMEDICIN

Barnhälsovård i områden med många familjer från andra länder

Barnhälsovården i Sverige ska ge likartade insatser till alla och extra hjälp till dem med särskilda behov. När dessa är mycket stora – socialt, ekonomiskt och medicinskt – måste man avvika från det ordinarie barnhälsovårdsprogrammet och strävan måste vara att snarast åtgärda akuta problem.



“Kinesiska muren” i Rosengård, Malmö

Andelen barnfamiljer med ursprung i andra länder ökar. Nya svenskar har, liksom gamla, varierande bakgrund beträffande utbildning, yrke, ekonomi, trauman och genomlevd stress men de asylsökande har och har haft betydligt större utsatthet. Ofta finns en rädsla bland BVC-personal för att inte förstå familjer från andra kultursfärer. Den känslan är mestadels ogrundad. Vi vet inte i förväg hur för oss nya föräldrar som även bott i Sverige i generationer tänker runt sina barn, vilka kunskaper de har och hur de ser på den vård som erbjuds. Det hanteras genom att fråga och samtala om hur just de här föräldrarna tänker, oavsett klädsel, hudfärg, språk eller religion.

Omhändertagande av nyanlända

Nyanlända bör få en första undersökning, som nästan alltid kräver provtagning och genomförs bäst på läkarmottagning med laboratorieresurser. Men den fortsatta uppföljningen görs bäst på BVC av både läkare och sjuksköterska för att få

en helhetsbedömning av familjens fortsatta behov av hjälp och stöd. Tolkhjälp måste finnas och vara av professionell kvalitet. Mötet på BVC bör innefatta ett ingående samtal, nogsam kroppsundersökning samt psykologisk och psykomotorisk bedömning av barnet. Komplettering av vad som tidigare har hänt i barnets liv runt födelse, psykomotorisk och språklig utveckling samt vaccinationer är viktigt och är milstolpar som de flesta föräldrar kommer ihåg. Om föräldrarna inte känner till vilka vacciner som givits i hemlandet kan man ta hjälp av WHO:s hemsida för vaccinationsschema i olika länder (1).

Tätare intervall mellan BVC-besöken ofta nödvändigt

Det är också av vikt att BVC-personal har kunskap om sjukdomar, som är vanliga i de nyanlända invandrarfamiljernas hemländer. Många kommer från länder med annat sjukdomspanorama än i Sverige (t ex

hemoglobinopatier, TBC, Hepatit B, HIV) och där sjukdomar inte har åtgärdats av resursskäl. Ofta behöver barnets fysiska och psykiska utveckling följas med tätare intervall än basprogrammet påbjuder för att inte fördröja eventuella behov av utredning, vilket också inkluderar tal/språk. Nyanlända föräldrar bör få information att det är vanligt att barn reagerar med oro på en stressfull situation, men att problemen kan försvinna relativt snabbt med omvårdnad och en lugn social situation. Barnhälsovårdens psykolog och barnpsykiatrins resurser är här viktiga. BVC-personalen bör lägga vikt vid information om vad föräldrar kan göra för sina barn för att förebygga vissa sjukdomstillstånd och olyckor, exempelvis betydelsen av tobaksexponering, kostvanor, tandhälsa, vaccinationer och olycksfallsrisker.

Många nyanlända har svårt att delta i föräldrastöd i grupp, både på grund av svårigheter med språket och ovana att samtala om uppfostran och familjeliv utanför den egna familjen. Här finns mycket att utveckla.

TEMA: INTERKULTURELL BARNMEDICIN

BVC är navet

BVC bör vara ett stöd för familjen i kontakter med andra instanser – sjuk- och hälsovård, socialtjänst och förskola. I områden med många familjer från andra länder lever fler i socioekonomisk utsatthet och med den ses ökad ohälsa (2). Det är en viktig hälsopolitisk utmaning att öka relevanta resurser i dessa områden.

Referenser:

1. http://apps.who.int/immunization_monitoring/en/globalsummary/Scheduleselect.cfm
2. http://www.webbhotell.sll.se/Global/Bhv/Dokument/Rapporter/BHV_SLL_2009_VB.pdf

Gunnel Bågenholm
F.d. barnhälsovårdsöverläkare
Karolinska Universitetssjukhuset
Stockholm
E-mail:gunnelbagenholm@hotmail.com



Hälsa - en mänsklig rättighet

Vad har de mänskliga rättigheterna med svensk sjukvård att göra och på vilket sätt kan de användas i sjukvårdsarbetets vardag?



Medlemsstaterna i FN har åtagit sig att respektera, skydda och tillgodose rätten till hälsa och sjukvård i en rad internationella överenskommelser.

Framförallt kan de fylla funktionen som hjälpmedel för att systematiskt och medvetet arbeta för en jämlik vård som tar hänsyn till patienternas erfarenheter och behov. Därigenom utgör de mänskliga rättigheterna också ett viktigt komplement till den medicinska etikens idé om vård på lika villkor. Från att tidigare främst ha varit en fråga om hur stater kan förhindras att kränka individer används de mänskliga rättigheterna idag också på ett organisatoriskt plan. Vi ser detta i biståndspolitiken genom arbetet med indikatorer, i utvärderingar av kommunala beslut och inom vården.

Säkerställa omhändertagande i hemlandet innan intyg

Ett exempel från den svenska sjukvården är NOBABS (Nordisk förening för sjuka barns behov) standard för barn på sjukhus. Ett annat var när Ingemar Engström, ordförande i Svenska Läkaresällskapets delegation för medicinsk etik, med direkt hänvisning till de mänskliga rättigheterna, i Läkartidningen nr 34 2010 betonade att läkare inte bör skriva intyg för transportabilitet av asylsökande barn om de inte säkert vet att barnen kan få vård i sitt hemland.

Ytterligare ett exempel på hur de mänskliga rättigheterna kan användas i praktiskt vårdarbete är det beslut som fattats i Kalmar läns landsting om att FN:s barnkonvention ska ha företräde om det uppkommer en konflikt mellan denna och andra regelverk. I detta beslut återfinns följande instruktion för vårdpersonal när de får frågor från andra myndigheter kring "gömda" barn:

"... svaret blir – "det kan jag inte uttala mig om" eller att man hänvisar frågan till verksamhetschefen – oavsett om vi vid detta tillfälle vårdar ett "gömt" barn eller ej (Klinikrutin 2005-15-13)."

Den rättighet som har en omedelbar betydelse för sjukvårdspersonal är *rätten till hälsa och sjukvård*. Medlemsstaterna i FN har åtagit sig att respektera, skydda och tillgodose denna rättighet i en rad internationella för staterna bindande överenskommelser.

Rätt till bra förutsättningar för hälsa

I Konventionen om barns rättigheter artikel 24 garanteras till exempel barns rätt till sjukvård och i artikel

TEMA: INTERKULTURELL BARNMEDICIN



"alla människor är födda fria och har lika värde - vilket brukar korrigeras strax efter nedkomsten" (Stig Johansson).

12. Konventionen om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter (ICCPR) står det att alla har rätt till bästa uppnåeliga hälsa. Rätten till hälsa handlar således inte bara om en rätt till vård utan även om sådant som påverkar människors förutsättningar att leva ett hälsosamt liv – bland annat tillgång till rent vatten, rehabilitering, strävan mot en låg spädbarnsdödlighet och tillfredsställande hälsovård för mödrar före och efter förlossningen.

I en kommentar till ovan nämnda artikel 12 ICCPR framhåller FN att rättighetsinnehavarnas *tillgänglighet* är grundläggande i den meningen att det existerar tillräckligt med personal, lokaler, mediciner och instrument. Vidare krävs det att hälsosektorn tar kulturella och etiska hänsyn och att kvaliteten på hälso servicen är av medicinskt vetenskapligt god standard.

“Gömda flyktingbarn” - samma rättigheter som svenska barn

Ett absolut minimikrav är dessutom att staterna strävar efter att säkerställa att *alla* åtnjuter sin rätt till hälso- och sjukvård. Inget barn får uteslutas, oavsett vilken legal status barnet har. Här har FN varit kritisk till hur den svenska statsmakten implementerat rättigheten till hälsa. Papperslösa vuxna har enbart rätt till omedelbar vård och måste dessutom själva stå för kostnaden. Papperslösa barn som tidigare sökt asyl och lever gömda har rätt till vård på samma villkor som andra barn i Sverige, men man avstår ibland från att söka vård, dels av ekonomiska skäl och dels av rädsla för att sjukvården skall rapportera till myndigheterna. Även om rätten till hälsa omfattar fler barn idag än för tio år sedan så utesluts fortfarande barn till migranter som aldrig sökt asyl i Sverige.

Just det, att *alla* barn omfattas utan åtskillnad, är själva grunden för de mänskliga rättigheterna och det kan aldrig förhandlas bort. Men icke-diskriminering och likvärdighet betyder dock inte att alla ska behandlas exakt lika. Tvärtom, grupper som befinner sig i särskilt sårbara och utsatta situationer ska ges ett *särskilt* stöd så att de *faktiskt* får tillgång till sina rättigheter. Ett uttryck för detta är Barnkonventionens artikel 22 som förpliktar staten att bistå asylsökande barn så att dessa barn får en faktisk tillgång

till sina rättigheter (artikel 22). Ett annat exempel är rätten till rehabilitering och social återanpassning för barn som varit utsatta för väpnad konflikt eller förnedrande behandling (artikel 39).

Utbildning och praktik viktigt

En annan grundläggande dimension av de mänskliga rättigheterna, utöver likvärdighet, är delaktighet. Staterna är skyldiga att involvera dem som berörs av beslut som staten fattar. Exempelvis måste man i en verksamhet som rör barn beakta barns egna erfarenheter, för att med fog kunna hävda att principen om barns bästa i Barnkonventionen artikel 3 har tillmätts en betydelse i den verksamheten.

Nu vet vi att rättigheter på papper och rättigheter i praktiken inte alltid är samma sak. Det är i sjukvårdsarbetets vardag som den mänskliga rättigheten till hälsa får en verklig betydelse för barnen. Det gör att utbildning i mänskliga rättigheter och återkommande träning för vårdpersonal är viktig. I mötet mellan sjukvården och vårdtagarna kan det säkerställas att ingen utesluts från sina rättigheter och att barn och deras föräldrar verkligen involveras i beslutsprocessen.

Fakta:

Viktiga punkter i “hälsa som mänskliga rättigheter”

- Icke-diskriminering och delaktighet
- Tillgänglighet och åtkomlighet
- Kulturella och etiska hänsyn är det etiska eller etniska som avses?
- Kvaliteten på hälso service ska vara av medicinskt vetenskapligt god standard

Fakta:

Konventioner som nämner hälsa som mänskliga rättigheter

- FN:s Allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna (art. 3 och 25)
- Konventionen om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter (art. 10)
- Konventionen om avskaffande av all slags diskriminering av kvinnor (art. 11-12, 14)
- Konventionen om avskaffande av alla former av rasdiskriminering (art. 5)
- Europeiska sociala stadgan (art. 11)

TEMA: INTERKULTURELL BARNMEDICIN

Referenser:

1. Ascher, Henry (2010) "Rätten till hälsa som mänsklig rättighet i Sverige", i Lundberg, Anna (red), *Mänskliga rättigheter, juridiska perspektiv*, Liber: Malmö, 2010.
2. Engström, Ingemar (2010) "Läkarsällskapet instämmer – med vissa tillägg", *Läkartidningen*, nr 34 2010 volym 107, 1941-1942.
3. General Comment 14. *The right to the highest attainable standard of health*: 11/08/2000. E/C.12/2000/4. (General Comments) *Klinikrutin, Barn- & ungdomskliniken Länsjukhuset Kalmar, ansvarig Per Ansved, 2005-15-13. www.nobab.se/*

Anna Lundberg
Lektor i mänskliga rättigheter och ämneskoordinator
Institutionen för globala politiska studier, Malmö högskola
E-mail: anna.lundberg@mah.se



Hiv och barnen i världen

I dag lever cirka två miljoner barn med hiv. I och med att förebyggande behandling blivit alltmer tillgänglig, har riskerna för att barn smittas av viruset minskat. Att nå alla behövande är dock en stor utmaning, och det är fortfarande många barn som smittas varje år.



I dag lever ca 2 miljoner barn i världen med Hiv

Som barnläkare i Sverige är det ovanligt att träffa på barn med hiv. Idag lever cirka 120 barn och ungdomar i Sverige med känd hiv-infektion, flertalet av dem har smittats i sina ursprungsländer och därefter invandrat till Sverige.

Situationen är dock inte likadan överallt. Idag lever ca 2 miljoner barn med hiv i världen (Figur 1), det stora flertalet (90 procent) i Afrika söder om Sahara. De flesta barn i åldrarna 0 till 15 har smittats via så kallad mor-barn-transmission, det vill säga att barnet smittats av sin mor under graviditet, vid förlossning eller under amning. Utan

Två miljoner barn lever med HIV

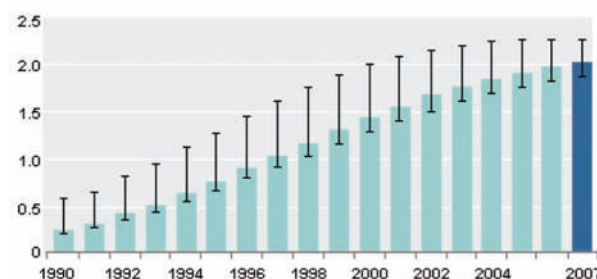


Fig 1. Antal barn (0-15 år) med HIV i världen, 1990-2007 (miljoner)

De svarta smala staplarna markerar felmarginalen.

(UNAIDS Report on the Global AIDS Epidemic 2008)

Fig 1. Två miljoner barn lever med Hiv. Antal barn (0-15 år) med Hiv i världen, 1990-2007 (miljoner). De svarta smala staplarna markerar felmarginalen. (UNAIDS Report on the Global AIDS Epidemic 2008)

Illustration: Tobias Alfvén

behandling smittas cirka en tredjedel av barn till kvinnor med hiv. I länder med en hög hiv-prevalens smittas också många tonåringar redan tidigt efter sexualdebuten.

Möjligt att idag förebygga mor-barn-transmission

Med rätt behandling kan man kraftigt minska risken för att hiv förs över från mor till barn. Sedan 1999 har över 300 barn till hiv-infekterade mammor fötts i Sverige och

TEMA: INTERKULTURELL BARNMEDICIN

mor-barn-transmission har endast skett i tre fall när mamman och barnet har fått förebyggande behandling (1).

Om inte modern sedan tidigare behandlats med anti-retrovirala läkemedel ges dessa till den gravida kvinnan och det nyfödda barnet. Eftersom viruset också kan föras över med bröstmjolk rekommenderas i länder med tillgång till rent vatten att man inte ska amma sitt barn om man är hiv-infekterad. För de flesta är dock risken med kontaminerat vatten och dålig tillgång till bröstmjolkserättning en ännu större risk för barnet och WHO rekommenderar därför att man i dessa situationer ska amma helt. Även i låginkomstländer är det möjligt att med dessa metoder minska risken för mor-barn-transmission till mindre än 5 procent. Dock är det idag fortfarande mindre än hälften av alla gravida kvinnor med hiv som har tillgång till denna förebyggande behandling. Cirka 1000 barn om dagen infekteras därför med hiv.

Att leva med hiv som barn

Med tillgång till rätt behandling är inte hiv en dödsdom idag, inte heller för barn. I rika länder ses hiv som en kronisk sjukdom som kräver livslång behandling. För fem år sedan var det mycket få barn i låg-inkomst-länder som hade tillgång till antiretro-virala läkemedel. Ökningstakten har dock varit mycket kraftig och idag har cirka 40 procent av de barn som behöver dessa läkemedel tillgång till dem, och allt fler överlever de första kritiska åren.

Barn drabbas på fler sätt

Hiv drabbar barn på många sätt. I Afrika söder om Sahara har uppskattningsvis cirka 20 miljoner barn förlorat en eller bägge sina föräldrar på grund av aids. Föräldralösa barn löper en klart större risk att dö före sin femte födelsedag än sina jämnåriga och har också sämre tillgång till utbildning och sociala skyddsnet.

Vi har nu kunskapen och metoderna att förebygga att fler barn ska behöva födas med hiv. Arbetet för att göra dessa metoder tillgängliga för alla de kvinnor som är i behov måste fortsätta och stärkas. Det räcker dock inte med att få fram de mediciner som krävs. Om inte kvinnor har tillgång till mödravård och förlossningskliniker, och om kvinnor fortsätter att bli utstötta från familjer om de upptäcks vara hiv-positiva kommer vi aldrig kunna nå alla som behöver behandling.

För mer information om barn och HIV se t.ex. "Children and AIDS – Forth Stocking Report, 2009", UNICEF http://www.unicef.org/aids/files/B230stocktaking_06Nov09_FINAL_loRes.pdf

Tack till Lars Navér och Johanna Rubin, Astrid Lindgrens Barnsjukhus, Karolinska Universitetssjukhuset i Huddinge för hjälp med de svenska siffrorna.

(1) Ytterligare minst tre hiv-infekterade barn har fötts i Sverige av kvinnor vars hiv-infektion inte var känd vid tiden för partus under samma period

*Tobias Alfvén, ST-läkare i pediatrik, Sachsska barnsjukhuset, senior forskare IHCAR Karolinska Institutet och rådgivare vid UNAIDS (FN:s HIV/AIDS program)
E-mail: tobias.alfven@sodersjukhuset.se*



"Hjärnans utveckling under tonåren. Vilken praktisk nytta har vi av den nya kunskapen?"

Svensk Förening för Ungdomsmedicin BLF arrangerar en fortbildningsdag den 4 februari 2011 på Piperska Muren i centrala Stockholm. Professor Hugo Lagercrantz, Karolinska Institutet, psykolog Åke Pålshammar, Uppsala universitet, och docent Kristina Berg Kelly, Göteborgs universitet, medverkar. Läs programmet och ytterligare information på föreningens hemsida

www.ungdomsmedicin.blogspot.com

Anmälan och frågor skickas till t.melin@telia.com,

Efter fortbildningsdagens slut följer föreningens årsmöte.

Kursansvarig: Tommy Melin, ordf, Svensk Förening för Ungdomsmedicin

TEMA: INTERKULTURELL BARNMEDICIN

Médecins sans Frontières uppdrag på barnsjukhus i Liberia: “We have to do something about the neonates. They are dying too much.”

2005, året innan Kristina Elfving åkte på sitt första uppdrag som volontär på Läkare utan gränser barnsjukhus, Islandsjukhuset, i Liberias huvudstad Monrovia, dog fyra barn av 1000 födda i Sverige. I Liberia var mortaliteten 235 på 1000⁽¹⁾. Detta innebär att nästan var fjärde liberianskt barn inte överlever sin femårsdag. Läkare Utan Gränser valde därför, efter det 14 år långa och blodiga inbördeskriget, att inrikta de humanitära insatserna på barn och mödrasjukvård i landet. Detta är Kristinas personliga berättelse.



En av Islandsjukhusets amningsköterskor utbildar sina kollegor i hur man använder neonatalvägen.

Foto: Kristina Elfving

“Doktor Kristina, jag har inga pengar att ta mig till sjukhuset för att föda och vem skulle ge mat till mina andra fem barn hemma? Min man är död och mina släktingar har flytt. Barnen har ingen annan.” En förtvivlad mor utanför intensivvårdsavdelningen sammanfattade fattigdomens omöjliga ekvation för mig. Hennes nyfödda dotter, Princess, dog strax efter ankomst till barnsjukhuset. I

Liberia tjänar hälften av befolkningen mindre än en halv dollar per dag om dagen. Majoriteten väljer att föda hemma trots att flera humanitära organisationer såsom Läkare Utan Gränser erbjuder helt gratis förlösningssvård. Det är svårt och dyrt att ta sig till sjukhuset, särskilt nattetid. Hittar man transport så är den ofta förenad med stor osäkerhet, i detta land, där man räknar med att var femte kvinna har blivit våldtagen (2). Alla dessa faktorer bidrar till beslutet att inte föda på sjukhus.

Dog framför handfallna kliniker

Morgonmötena på sjukhuset började med läkarassistentens rapport över de barn som hade dött under natten. Precis som Princess, var en typisk patient under en månad gammal, hade fötts i hemmet och kom in vid några dagars ålder. Till skillnad från många andra sjukdomar såsom malaria, för vilket det fanns väl inarbetade rutiner på sjukhuset, dog de nyfödda ofta i ett stormande förlopp av prematuritet, asfyxi och sepsis mitt framför handfallna kliniker.

Således fick jag under den första veckan på mitt sex månader långa volontäruppdrag som en av de tre ansvariga i uppgift av den medicinska koordinatoren att sänka sjukhusets neonatalmortalitet. Jag kände mig inte så kaxig inför uppdraget, framförallt var jag rädd att jag saknade kompetens. Samma månad, december 2006, dog vart tredje barn under en månads ålder på sjukhuset.

Jag vände mig därför till mina liberianska kollegor, sjuksköterskor och läkarassistenter som hade jobbat på sjukhuset länge och vi försökte tillsammans förstå vad som gick fel i nyföddhetsvården. Vi gick igenom journaler, observerade amningsrutiner och ronder. Detta gav oss ett tydligt svar: den basala neonatologin, omvårdnaden och dokumentationen fungerade dåligt. Eftersom barnen kom in efter att de fötts i hemmet bestämde vi oss för att fokusera på basala, men livsviktiga postnatala interventionsmöjligheter; amning, temperaturreglering och varningstecken.

TEMA: INTERKULTURELL BARNMEDICIN



Mödrantbildning på Islandsjukhuset

Foto: Kristina Elfving

Kängurumetoden bemöttes med motstånd

Vi började med att flytta alla barn under tre månader till ett och samma rum. Tidigare var de utspridda på alla fyra barnavdelningarna, men de fick nu sin egen neonatalavdelning som låg bredvid intensivvårdsavdelningen. Denna förändring genererade direkt positiv feedback från de IVA-placerade läkarassistenterna som nu kände att de kunde ha bättre kontroll över de minsta barnen på sjukhuset under natten. Vi höll kurs i basal neonatologi med fokus på varningssymtom och adekvata medicinska åtgärder snarare än diagnossättning. Två duktiga barnsköterskor uppgraderades till breast feeding nurses, vars uppgift endast var att uppehålla sig kring mammorna för att assistera dem vid amningen. Innan hade det inte funnits några amningsrutiner på sjukhuset. Neonatalvågarna som hade stått i ett hörn plockades fram för att möjliggöra viktmonitorering. Tidigare vägdes barnen med den klassiska hängande vågen, vilket inte gav en mer exakt vikt än ett halvkilo när. Kängurumetoden började introduceras med större motstånd från mammorna än vad vi förväntat oss. Bäst resultat avseende hypotermifrekvens fick vi faktiskt när vi stängde av air condition på intensivvårdsavdelningen!

Dödligheten halverades

Efter någon månad tyckte vi att vi började skönja resultat. Vi hade några små barn som skrevs hem fullammade, mammorna var alltmer nöjda med avdelningen och vi



Nyfött barn tas omhand av vårdpersonalen

tyckte oss se en viss reduktion av neonatalmortaliteten. Men den stora lärdomen för oss alla kom månaden efter. När den kollega som hade hand om schemalaggningsen ökade nattbemanningen från två till tre läkarassistenter per natt, halverades den totala dödligheten bland sjukhusets 250 ineliggande barn, från 7 procent till 3,5 procent. Förbättrade rutiner, utbildning, AUDITs, kvalitetssäkring och analyser är livsviktigt, men det kan aldrig ersätta adekvat bemanning, vilken situation som man än arbetar i.

Referenser:

1. *The state of the world's children 2006: Excluded and invisible, UNICEF 2006.*
2. *Demographic and Health Survey (DHS), Liberia, 2007.*

Kristina Elfving, ST-läkare på Drottning Silvias Barn- och Ungdomssjukhus i Göteborg. Volontär för Läkare Utan Gränser. E-mail: kristina.elfving@vgregion.se



TEMA: INTERKULTURELL BARNMEDICIN

Att överbrygga klyftan mellan vad vi kan – och vad vi faktiskt gör

I dag dör 24 000 barn under fem års ålder i världen. I år nådde siffran totalt nästan nio miljoner. Brasilien, Egypten, Thailand och andra medelinkomstländer har dock lyckats minska barnadödligheten. Det är i de allra fattigaste länderna barnen dör, och då av främst nyföddhetsproblem tätt följt av pneumoni, diarre och malaria. De flesta kunde ha räddats. 2/3 dör för att de inte får tillgång till de mediciner, vacciner och kunskap som redan finns¹.



Återupplivningsbord för nyfödda på förlossningsavdelning i ett låginkomstland.

Foto: Artikelförfattaren

Det här är ju både hemskt och bra – hemskt för att det händer. Men bra för att det finns så många liv att rädda redan idag, om vi bara överbryggar klyftan mellan vad vi kan och vad vi gör, “the know-do gap”. Det finns alltså outnyttjade tekniska möjligheter att genom bättre sjukvårdsinsatser i hem, privat och offentlig sjukvård, skynda på barnöverlevnaden snabbare än den gradvisa förbättringen som sker genom socioekonomisk utveckling, vilken illustreras så väl av Hans Roslings Gapminder bubblor (2).

Hur skynda på omsättningen av evidens och få in den i praxis?

I sjukvården, såväl som i hemmen? Räcker inte resurser och ett “PM” på uppdaterad evidensbas? Nja, oftast inte, eller i alla fall inte tillräckligt. Något händer (inte) i “implementeringens svarta låda”. Implementeringsforskning studerar vad som händer när vi tar evidensbaserad kunskap från små välkontrollerade studier och söker skala upp den till nationella program. Och hur vi kan göra det bättre så att fler verkligen nås av rätt vård. Denna typ av frågor

om “scale up” av evidensbaserade interventioner i hälsosystem rankas nu högst i WHO’s forskningsprioriteringar för att sänka barnadödligheten och nå millenniemål 4 om 2/3 sänkning av barnadödligheten (3). Till exempel så är den högst prioriterade forskningsfrågan för pneumoni att utvärdera vilken kvalitet byhälsovårdare uppnår i att känna igen och behandla akuta luftvägsinfektioner (3). Och Sydafrikas högst prioriterade forskningsfråga för barn är hur höja täckningsgraden för vitamin A-supplementering.

WHO förordar “systemtänkande”

Att utvärdera hur väl vi lyckas med att införa ett antal mer eller mindre komplicerade sjukvårdsinsatser i ett föränderligt och komplext hälsosystem kräver dock även metodutveckling. Forskningens gyllene standard, den randomiserade kontrollerade studien har ofta visat sig svårtillämpbar i praktiken för dessa frågor. WHO förordar nu “systemtänkande” och behovet av att utvärdera genomförande processen och kontexten där effekter uppnås eller inte, lika väl som att kvantitativt utvärdera effekter och kostnader (3). Sannolikt kommer utvärderare och implementerare att behöva arbeta tillsammans, hellre än åtskillda, och använda cykliska kvalitetsförbättringsmetoder som “plan-do-study-act”(4). Utvärderingen kommer då att mäta effekten av en process som modifierar interventionen under resans gång, hellre än utvärdera effekten av en fix förändring eller insats.

Behov av mer forskningsresurser

Forskningsfinansiering gynnar idag produktion av nya interventioner hellre än att nå ut bättre med de interventioner vi redan har. US National Institutes of Health spenderar 97 procent av sina medel på det förstnämnda och 3 procent på det senare. Hos Gates Foundation är motsvarande siffror 77 procent mot 23 procent (5). Detta trots att prioriteringar lyfter fram implementeringsforskningsfrågorna (2). Här behövs mer forskningsresurser. Och på motsvarande sätt kommer hälsosektorn i låginkomstländer att i sin budget behöva avsätta resurser

TEMA: INTERKULTURELL BARNMEDICIN

för utvärdering och forskning för att förbättra sina resultat. Detta gäller både den större finansieringen via lokal skatteuppbörd, och den mindre via bistånd.

Vi behöver alltså mer evidens för HUR vi skall införa evidensbaserad kunskap i vården i låginkomstländer (såväl som i höginkomstländer). Detta kräver resurser, forskningsmetodutveckling och nya samarbetsformer mellan akademiker o praktiker för att överbrygga klyftan mellan vad vi vet och vad vi gör.

Referenser:

1. Jones G, Steketee RW, Black RE, Bhutta ZA, Morris SS, and the Bellagio Child Survival Study Group. *How many child deaths can we prevent this year?* *Lancet* 2003; 362: 65-71.
2. WHO. *Identifying priorities for child health research to achieve Millennium Development Goal 4: consultation proceedings, Geneva, 26-27 March 2009.* 2009. http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598651_eng.pdf (accessed January 2nd, 2010).

3. de Savigny D, Adam T, eds. *Systems thinking for health systems strengthening.* 2009. http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563895_eng.pdf (accessed January 2nd, 2010).
4. Berwick DM. *The science of improvement.* *JAMA* 2008; 299: 1182-84.
5. Leroy JL, Habicht JP, Pelto G, Bertozzi SM. *Current priorities in health research funding and lack of impact on the number of child deaths per year.* *Am J Public Health* 2007; 97: 219-23.



Stefan Peterson
Professor i Global Hälsa vid
Karolinska Institutet och
Makerere University School of
Public Health, Kampala, Uganda
E-Mail: Stefan.Peterson@ki.se

Jämlikhet i barnhälsa – globala utmaningar

I ett globalt perspektiv har barns hälsa och överlevnad förbättrats dramatiskt under det senaste halvsekle. Vid 1950 talets början dog 160 av 1000 levande födda barn före 5 års ålder. Sextio år senare var motsvarande siffra 60/1000. Skillnaderna i barns överlevnad mellan länder och regioner har minskat, medan gapet mellan sociala grupper generellt har ökat.



Friska barn i Santo Tomas i norra Nicaragua

Foto: Artikelförfattaren

Trenderna i barnöverlevnad har delvis varit kopplade till ekonomisk utveckling, men det finns fattiga länder med mycket positiv utveckling och även en del rika länder med stagnerande barnhälsa. Fortfarande finner man en översjuklighet och högre dödlighet hos flickor i vissa områden. Ett växande problem är könsbestämning av foster med

ultraljud och selektiva aborter av flickfoster. I norra Indien och Kina går det ofta 120 nyfödda pojkar på 100 flickor.

Många dödsfall sker i hemmet

Vare sig man räknar dödsfall eller mäter sjukdomsburda i förlorade år så är det samma fyra grupper av hälsoproblem hos barn som dominerar: neonatala sjukdomar, luftvägsinfektioner, diarrésjukdomar och malaria. Varje år dör en halv miljon kvinnor på grund av orsaker relaterade till graviditet och barnafödande, och graviditeterna avslutas med mer än 3 miljoner dödfödda barn – varav 1 miljon dör under förlossningen. Till dessa negativa utfall kommer 3,8 miljoner barn som avlider under den första levnadsmånaden. Intrapartum-relaterade neonatala dödsfall är 25 gånger så vanligt i de fattigaste länderna, och intrapartum-relaterade dödfödda barn är 50 gånger så vanligt. Ofta saknas bra data och uppmärksamheten har varit bristfällig kring den perinatala perioden. Många dödfödda barn och tidiga neonatala dödsfall sker i hemmet och är osynliga för hälso- och sjukvården eller offentlig statistik. Allt för lite forskning belyser hur evidensbaserade metoder för att förhindra dessa dödsfall ska implementeras i ett fungerande hälso- och sjukvårdssystem.

TEMA: INTERKULTURELL BARNMEDICIN

Tre stora orsaker till neonatala dödsfall

Komplexiteten kring mamma-barn dyaden, nödvändigheten av en fungerande vårdkedja och kostnaden för att få en hög täckning av de olika insatserna kan utgöra hinder. Tre stora orsaker till neonatala dödsfall dominerar, vardera med omkring en miljon dödsfall – infektioner, komplikationer till prematur födsel och intrapartum-relaterade neonatala dödsfall, huvudsakligen asfyxi. En rad kostnadseffektiva strategier finns för prevention och behandling av dessa tillstånd under graviditet, förlossning och första levnadsmånaden. En förutsättning är att mödravården erbjuder service av god kvalitet, att barnmorskor eller annan yrkesskicklig personal hjälper till vid förlossningen, och att hälso- och sjukvården erbjuder uppföljande kontakter efter förlossningen, i synnerhet under den första levnadsveckan. Man räknar med att upp till 3 miljoner neonatala dödsfall skulle kunna förhindras genom en god täckning av dessa kostnadseffektiva insatser.

Perinatal ohälsa – den största utmaningen

Akuta luftvägsinfektioner, huvudsakligen pneumoni, orsakar 1,8 miljoner dödsfall årligen – mer än AIDS, malaria och mässling tillsammans. Mer än en miljon av dessa dödsfall skulle förhindras med vaccinationer (mässling, Haemophilus influenzae typ B, pneumokockinfektion), förbättrad nutrition, förbättrad hemmiljö och adekvat antibiotikabehandling. Varje år dör fortfarande 1,7 miljoner barn av diarré sjukdomar – 40 år efter etableringen av den livsreddande orala rehydreringsterapin. En knapp miljon barn dör årligen i malaria, de flesta i Afrika. Man har stark evidens för att befolkningsbaserade insatser med impregnerade myggnät, annan vektorkontroll och tidig behandling drastiskt reducerar sjuklighet och dödlighet.

Millenniemålen för global utveckling visar att förbättringar i hälsa behövs för fattigdomsbekämpning och en global rättvis utveckling. De fjärde och femte millenniemålen fokuserar barnhälsa och kvinnohälsa. Världens länder enades att minska dödligheten under 5 års ålder med två tredjedelar från 1990 till 2015. Det innebär att dödligheten under fem år ska sänkas från 93 per 1000 levande födda barn till 31/1000. Utmaningen varierar mellan länder och världsdelar. Det finns skillnader i sjukdomspanorama, tillgängliga resurser, hälsosystem och politisk vilja. I flertalet länder utgör den perinatala ohälsan den största utmaningen. Det finns en rad goda exempel från låginkomstländer, som genom prioriteringar av kvinnohälsa och barnhälsa är på väg att nå målet. Följ gärna utvecklingen mot MDG 4 och 5 på UNICEFs hemsida: <http://www.childinfo.org/countdown.html>

Lokalt arbete viktigt för förbättrad barnhälsa

Leder inte snabba generella förbättringar av barnhälsan med nödvändighet till att klyftorna i barns hälsa och över-

levnad mellan sociala grupper ökar? Är det inte alltid så att de mer utbildade tar för sig, blir föregångare? Och att socialt missgynnade grupper i bästa fall kommer ifatt något decennium senare? Inte nödvändigtvis. Många exempel från länder och lokala samhällen visar att riktade hälsoinsatser till grupper med större behov, och en god täckning av vaccinationer och hälsoservice kan utjämna skillnader i hälsa hos barn mellan sociala grupper eller mellan pojkar och flickor.

En förbättrad jämlik barnhälsa skapas inte bara av policy, investeringar i hälsosystem och andra åtgärder på global och nationell nivå. Det finns många goda exempel på lokalt arbete för utveckling och förbättrad barnhälsa. Den här avslutande berättelsen från ett av våra samarbetsprojekt i en fattig del av Nicaragua kan illustrera kraften i lokala initiativ:

I norra Nicaragua, på gränsen till Honduras finns samhällena San Juan de Cinco Pinos, San Pedro den Norte, San Farnisco de Cuanijiquilapa och Santo Tomas del Nance (eller "de fyra helgonen"). Området led svårt av orkanen Mitchs härjningar i oktober 1998 och många av de 25.000 invånarnas hus och odlingar förstördes. Lokala intresseorganisationer i samarbete med biståndsgivare från Europa och USA arbetade systematiskt för att säkerställa att alla invånare fick bra hus, hade rent dricksvatten och kunde få mikrokrediter till små projekt. Från 2003 startades i samarbete med Uppsala universitet ett system för folkbokföring och hälsoövervakning. Grupper i behov av förbättringar kunde identifieras. En analys av neonatala dödsfall visade att dessa inträffade hos mödrar som hade alltför långa avstånd till förlossningskliniker, och några enkla "maternity homes" för att vänta på förlossningen blev en praktisk och uppskattad lösning på det problemet. Kartor över fattigdomens utbredning, tillgången till rent vatten eller andra viktiga faktorer diskuterades med representanter för befolkningen för att hitta lösningar och rikta resurser rätt. I augusti 2010 hölls ännu ett stormöte i Cinco Pinos med borgmästare, lärare, hälsovårdsansvariga och kommunrepresentanter för att utvärdera vad man uppnått. Man kunde bland annat konstatera att man redan nu uppnått millenniemål nummer 4. Dödligheten hos barn under fem års ålder var nästan 50 per 1000 levande födda år 1990 och nu var den 15. Med hjälp av sina lokala data kunde man också se att dödligheten hos barn – som tidigare var mycket högre i hushåll som saknade skolutbildning – nu låg på samma nivå oberoende av mammans utbildningsnivå. En stor förbättring av barnens hälsa och överlevnad, och en ökad jämlikhet i hälsa.

*Lars Åke Persson, barnläkare och professor i internationell barnhälsa vid Akademiska sjukhuset och institutionen för Kvinnor och barns hälsa, Uppsala Universitet.
E-mail : Lars-Ake.Persson@kbh.uu.se*

SVAR DIREKT

ST-utbildningen i barn- och ungdomsmedicin – ska den innehålla internationell klinisk erfarenhet?

Petter Borna, Barnläkare vid Barnmottagningen, Eslöv, övergripande ST-studierektor vid Skånes universitetssjukhus:



–Jag ser många fördelar med att bredda sin ST-utbildning genom kompletterande tjänstgöring inom andra typer av verksamheter, såväl inom som utom landets gränser. Som jag ser det kan tjänstgöringen tillföra både den enskilde och kliniken viktiga erfarenheter. Sätten att behandla och diagnostisera skiljer sig åt. Genom att tjänstgöra på olika ställen upptäcker man att det finns många olika sätt att behandla och diagnostisera samt att organisera och leda sjukvården för att på ett optimalt sätt ta sig an patienternas behov. ST-läkaren kan ha stort utbyte av att se hur svensk sjukvård står sig ur ett internationellt perspektiv. Tjänstgöring utomlands kan också skapa nätverk och möjliggöra givande kontakter framöver.

I min egenskap av övergripande ST-studierektor vid Skånes universitetssjukhus har jag sett ett antal exempel på hur ST-läkare har kommit hem inspirerade och med många nya idéer till förändring och förbättring. Visst kan specialiseringstjänstgöring i pediatrik ha mycket att vinna på tjänstgöring på nya ställen och varför inte utomlands?”

Lina Månsson, ST-läkare Barnmedicin, Kungshöjds Barnmottagning, Göteborg:



–Möjlighet att frivilligt sid-utbilda sig utomlands inom ST tycker jag är bra. Jag tror erfarenhet av andra verksamheter gynnar såväl den egna professionella utvecklingen som vår insats här hemma. Med ett bredare perspektiv på sjukvård kan vi bl a tydligare se vad vår egen verksamhet håller på med, och förbättra och finslipa på rätt ställen. Förutsatt tjänstgöringsplan och adekvat handledning är det ett värdefullt alternativ till sidutbildning på en svensk klinik.

Tomas Johansson, Barnläkare, Barn- och Ungdomskliniken, Visby:



–Ja, ST-utbildningen bör definitivt ha inslag av internationell medicin. Min inställning är att all kunskap som gör att vi barnläkare bättre kan förstå hur barnsjukvård bedrivs under olika förutsättningar är nyttig. Jag har själv under både studietiden och som läkare varit flera månader i Indien och Kenya. Jag har fått en bra insyn i hur man kan bedriva kvalificerad sjukvård trots knappa resurser. Hur viktigt klinisk undersökningsteknik är när man inte har tillgång till alla de prover, tester och radiologi vi har tillgång till. Att göra en del av sin utbildning utomlands bidrar även till att vi kan förstå grunden till vår egen barnsjukvård. Vi har nästan ingen klinisk erfarenhet av barnsjukdomar längre. Det blir svårt att motivera familjer på BVC att vaccinera om inte ens doktorn har någon klinisk erfarenhet av ex mässling, röda hund, tetanus, polio etc. Jag har själv blivit imponerad av hur många patienter som kan få god vård på mycket kort tid och hur effektiv massvaccinering går till i mycket fattiga länder.

Urban Tirén, Verksamhetschef, Barnläkare, Barnkliniken, Östersunds Sjukhus:



–Det är mycket viktigt med kunskaper om internationell barnmedicin och barnhälsovård. Det bör inte vara obligatoriskt med tjänstgöring i andra länder. Däremot ska man på alla sätt uppmuntra tjänstgöring och studier utomlands. Själv gjorde jag uppehåll i min specialistutbildning i barn- och ungdomsmedicin och tjänstgjorde ett par år som läkare i centralafrika, en mycket nyttig erfarenhet.

NYHETER

Romain Pauwel Research Award till barnläkare



Catarina Almqvist Malmros, docent i pediatrik och barnläkare vid Astrid Lindgrens Barnsjukhus och Institutionen för Medicinsk Epidemiologi och Biostatistik, KI har tilldelats årets Romain Pauwel Research Award för unga forskningsledare av European Respiratory Society (ERS). Catarina får detta pris för sina studier om riskfaktorer för astma och allergisk sjukdom i det Svenska tvillingregistret LifeGene och de nationella hälsoregistrerna. Priset 50 000 Euro delades ut vid ERS kongress i Barcelona i september.

www.blf.net

Dataspel lär barn med diabetes blodsockerkontroll



Att nå fram till unga patienter med viktig information ställer krav på nya innovativa lösningar inom vården. Det svenska dataspel Equalize från Eli Lilly ger barn med diabetes ett nytt sätt att lära sig mer om sin sjukdom. Spelidén är att uppnå målet – en jämn blodsockernivå. Spelkaraktären ska klara av olika uppgifter och utmaningar och svimmar om blodsockernivån blir för hög eller för låg. Equalize används idag på diabetesmottagningen på Drottning Silvias Barn- och Ungdomssjukhus, Göteborg.

Pressrelease

**Vill du också ha
Barnläkaren direkt
till din klinik?**

Kontakta redaktionen för mer information:
info@barnlakaren.se

Omnitrope®
Leta's grow together
Barnläkaren NR.6/2010

AVHANDLINGEN

Satsning på kulturkompetens behövs på BVC

Trots att Sverige idag är ett mångkulturellt land visar en ny doktorsavhandling från Karolinska Institutet, att beredskapen för hur barnhälsovården ska bemöta familjer från andra kulturer är dålig. BVC-sjuksköterskorna upplever den kulturella kompetensen som otillräcklig, att riktlinjer saknas och att det är svårt att göra riskbedömningar. Samtidigt känner sig många föräldrar utsatta och oroliga att bli missbedömda.



Anita Berlin, verksam som forskare på Centrum för allmänmedicin. Resultatet från hennes avhandling visar bland annat att det saknas tillräckligt med kulturell kompetens hos BVC-sjuksköterskorna.

Sjuksköterskorna har en viktig roll i att förebygga ohälsa och är ofta suveräna på att improvisera och försöka lösa problem i samspelet med föräldrarna. Ändå känner sig många otillräckliga. Det säger Anita Berlin, verksam som forskare på Centrum för allmänmedicin, CeFAM och författare till doktorsavhandlingen *Cultural Competence in Primary Child Health Care Services; Interaction between the Primary Child Health Care nurse and parents of foreign origin and their children*.

– Resultatet lyfter fram hur viktigt det är att satsa på mer stöd och kulturell kompetens till BVC-sjuksköterskorna, vilket kan få betydelse för att förhindra framtida missbedömningar, feltolkningar och om det vill sig riktigt illa, felaktiga beslut.

Idén till sin doktorsavhandling fick Anita utifrån sitt arbete som barnsjuksköterska i invandrartäta Bredäng och Skärholmen.

Hälften inte nöjda med sin arbetsinsats

Av doktorsavhandlingen framgår att de flesta BVC-sjuksköterskorna upplevde det som stimulerande och utvecklande att möta barnen och deras föräldrar. Samtidigt tyckte hela 84 procent av sjuksköterskorna att det var svårt i samspelet med barn och föräldrar från andra kulturer. Ungefär hälften kände sig inte nöjda med sin arbetsinsats. De flesta saknade även riktlinjer, stöd och kunskap om kulturell kompetens. Andra svårigheter var att bedöma om den psykosociala hemmiljön kunde utgöra en risk för barnets hälsa och utveckling, till exempel om föräldrarna har varit utsatta för traumatiserande händelser.

Familjerna kände sig utsatta och oroliga

– Jag vet av egen erfarenhet att det tar tid att få insyn i hur en familj lever och är extra knepigt om sjuksköterskorna och föräldrarna inte har ett gemensamt språk och en någorlunda lika kulturell bakgrund, säger Anita Berlin. Att många föräldrar ofta har en svår livshistoria bakom sig och känner sig isolerade i Sverige ansågs komplicera situationen ytterligare.

I intervjuer berättade föräldrarna om sin syn på samspelet. Bilden var samstämmig. De kände sig utsatta och oroliga att bli missbedömda som förälder på grund av sin härkomst och var oerhört observanta på BVC-sjuksköterskornas mimik och kroppsspråk. Beroende på vad de upplevde i dessa möten kände de sig antingen accepterade, osäkra eller ifrågasatta.

Utbildningsprogram om kulturell kompetens testades

– Möjligheterna att etablera ett samförstånd verkade öka om sjuksköterskorna hade ett öppet, sympatiskt och förstående förhållningssätt, säger Anita Berlin.

Forskarna testade även ett utbildningsprogram om kulturell kompetens med gott resultat där sjuksköterskorna bland annat fick lära sig mer om att bli medvetna om egna förhållningssätt, seder, religion, traditioner och lagstiftning.

Avhandlingen mynnade även ut i två teoretiska modeller som illustrerar såväl BVC-sjuksköterskornas som föräldrarnas upplevelse av att mötas på BVC.

AVHANDLINGEN

– De kan förhoppningsvis bli användbara i det dagliga arbetet för både sjuksköterskor och studenter. De kan vara en hjälp att förstå när och varför det kan bli problem i mötet och ett stöd för att identifiera svåra fall. Utbildningen hoppas vi kunna vidareutveckla och sprida till många fler, säger Anita Berlin.

*Daphne Macris
Frilansjournalist*

Läs avhandlingen som pdf:

<http://diss.kib.ki.se/2010/978-91-7409-885-3/thesis.pdf>

*Anita Berlin, Doktor i Medicinsk vetenskap, Magister i folkhälsovetenskap, Leg. Sjuksköterska, Centrum för Allmänmedicin (CeFAM)
E-mail: anita.berlin@sll.se*

Avhandlingar inom Barnmedicin



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

Robin Kahn, Lunds Universitet, disputerade den 12 maj 2010

Titel: Kinin system activation in vasculitis

Opponent: Professor Amrita Ahluwalia, University of London

Emma Hovén, Karolinska Institutet disputerade den 10 juni 2010

Titel: Childhood CNS tumours: health and functional outcomes in adult survivors, and follow-up needs of patients and parents

Opponent: Christine C Eiser, England

Fredrika Gauffin, Karolinska Institutet, disputerade den 11 juni 2010

Titel: Prognostic molecular markers of childhood leukemia

Opponent: Ruth Jarrett, Skottland

Christina Keen Fredriksson, Göteborgs Universitet, disputerade den 11 juni 2010

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

Opponent: Professor Lennart Nordvall, Uppsala Universitet

Lisa Sartz, Lunds Universitet, disputerade den 22 oktober 2010

Titel: Clinical, epidemiological and molecular aspects of hemolytic uremic syndrome

Opponent: Kjell Tullus, London

Cecilia Follin, Lunds Universitet disputerade den 22 oktober 2010

Titel: Late complications of childhood acute lymphoblastic leukaemia (ALL), with special reference to hormone secretion, cardiovascular risk and bone health.

Opponent: Professor Jens Otto Lunde Jørgensen, Århus

Kommande:

Björn Tingberg disputerar den 17/12 kl 09.00, Skandiasalen, Astrid Lindgrens

Barnsjukhus, Karolinska Universitetssjukhuset, Stockholm

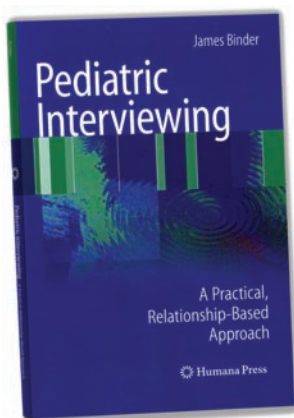
Titel: Child abuse - clinical investigation, management and nursing approach

Opponent: Professor Staffan Janson, Karlstad

KULTUR

Redaktör: Carl Lindgren

Pediatric Interviewing – A Practical, Relationship-Based Approach



James Binder, Humana Press, Springer, New York 2010, paperback, 183 sidor, ISBN: 978-1-60761-256-8.

Trots alla sofistikerade laboratorieprover och datoriserad bildåtergivning av kroppens innersta gömmen är anamnesen i kombination med ett noggrant somatiskt status fortfarande ett unikt diagnosiskt redskap. Det verbala och kroppsliga språket, och det sätt på vilket dessa används i samspel med patienten är de avgörande faktorerna för förståelse och tillit mellan patient och undersökare.

Poängterar samtalets centrala del

James Binder, professor i pediatrik vid Marshall University, med mångårig erfarenhet av både klinisk pediatrik, barnpsykiatri och undervisning i samtalsmetodik har sammanfattat sina erfarenheter av dessa områden i bokform. Efter att ha gått igenom det patientcentrerade samtalets olika byggstenar, exemplifierar författaren i olika kapitel ett antal utmaningar i patientkommunikation som t ex *The shut-down interview*, *Child abuse*, *Wandering interviews*, *Challenging parents* etc. Det är ett lovligt initiativ att poängtera samtalets centrala del vad gäller att etablera en förtroendefull kontakt, tillit och bryta mot det traditionella mönstret att snabbt bilda sig en egen uppfattning om sjukdomsbildens bakomliggande orsaker för att därefter med riktade frågor samla ytterligare argument för att stödja sin egen ursprungshypotes. En fälla som jag tror att vi alla av och till hamnar i.

Konversation genom vårdnadshavarna

Trots författarens vällovliga avsikt lyser ofta det traditionella och auktoritetsstyrda amerikanska konsultations-

mönstret igenom. En mer träffande titel på boken kunde ha varit *Parental Interviewing*, eller varför inte *Maternal Interviewing*. I de exempel på samtal som beskrivs är det påtagligt sällan som barnen själva får komma till tals, utan konversationen går regelmässigt genom någon av vårdnadshavarna, vilket i de allra flesta fall är liktydigt med mamman. Ett exempel (sid. 101): Mary 8 år har återkommande buksmärter och söker tillsammans med båda föräldrarna. Under samtalet utväxlas 27 frågor och svar och endast vid ett tillfälle får Mary själv komma till tals och får då hävda att: *I want to go to school. My belly really hurts.* Att vi hunnit längre i Sverige än i USA vad gäller patientcentrering även vad gäller barn framgår omgående vid genomläsning, och det är något vi bör glädja oss åt. Kanske har den tidigare så styvmoderligt behandlade samtalsmetodiken med videofilmning och återkoppling under läkarutbildningen börjat bära frukt.

Barnets egen berättelse kan ge lösningar

Ett kortare avsnitt har inte oväntat rubriken *Talking with Children*, men där poängteras i huvudsak att man ska iaktta försiktighet på grund av barns *cognitive and linguistic limitations* vilket gör att de är *more vulnerable to anxiety* i undersökningssituationen. Man bör egentligen bara tala med mindre barn om omkringliggande saker, inte om deras symtom. Här har jag svårt att hålla med. Min erfarenhet är att barn i mycket låg ålder utan problem kan beskriva sina symtom och tankar kring dem bara man ger dem åldersadekvata förutsättningar för det. Påfallande ofta, men givetvis inte regelmässigt, kan barnets egen berättelse ge ingångar till lösningen på problemet.

Vad som förvånar vid genomläsning är att av alla barn som används som fiktiva exempel på samtal finner jag inget vars namn kan associeras till någon annan kontinent än den nordamerikanska. Författaren har förvisso sin bas i West Virginia, vilket är en av staterna i USA med lägst förekomst av (nutida) immigranter, vilket kan ses som en förmildrande omständighet. Detta medför dock att de utmaningar som vi, i vårt numer mångkulturella samhälle, dagligen ställs inför uppenbarligen inte ses som något att diskutera eller lära sig mer om. Det finns följaktligen inget avsnitt om hur man använder tolk vare sig denna är i rummet eller på en telefonledning.

KULTUR

Julsaga 2010



Illustration: Rebecka Lagercrantz

Det hände sig vid juletid att en kvinna med förlossningsvärkar sökte sig till det nya Karolinska Universitetssjukhuset, som just öppnat. Hon kom tillsammans med en man och en åsna. Värkarna blev allt tätare och hon verkade ha det jobbigt. I receptionen tillfrågades hon huruvida hon var en spjutspetspatient, som kvalificerade henne eller hennes barn att inkluderas i ett multicenterprojekt understött av EU:s nionde ramprogram. Eftersom paret var flyktingar, som förvisats från Frankrike av President Sarkozy och letat sig hit förstod de inte svenska, utan samtalet fick gå via tolk. Receptionisten

forts. från föregående sida

Inget för svenska läsare

Trots att jag sympatiserar med bokens ansats, det vill säga att lyfta fram samtalet som en avgörande faktor för diagnos och behandling har jag svårt att rekommendera denna bok för svenska läsare. De flesta av oss, särskilt våra yngre kollegor, har sannolikt redan tillskansat sig de färdigheter som boken tar upp. På goda grunder finns det anledning

hänvisade paret till stadens alla nya privata BB-kliniker på S:t Göran eller Sophiahemmet.

Men medföljande man stod på sig och krävde att kvinnan skulle tas in på Förlossningen omedelbart. Bakjouren kom ner för att hjälpa till med avvisningen.

Men när docenten som var jour frågade mannen huruvida denne var far till barnet och fick nekande svar blev han intresserad. Mannen bedyrade nämligen att den havande kvinnan var jungfru och att befruktningen hade skett genom *in vitro* fertilisering. Varifrån spermierna kom var oklart, men de hade levererats via en kurir från Vatikanen.

Bakjouren blev intresserad, då hans translationella forskning handlade om epigenetiska effekter av *in vitro* fertilisering. Kvinnan togs därför in, trots att man inte kunde hitta hennes personnummer i Take Cares databas.

Barnet föddes klockan tolv på den stjärnklara natten mellan den 24:e och 25:e december. Han föreföll välskapt, men placerades ändå för säkerhets skull i en kuvös med lite halm som underlag. Docenten ringde in ett par biomedicinska analytiker, som flög in som änglar och tog prover från barnet för att undersöka metylering och demetylering av barnets genom. På sjukhusets avdelning för komparativ fysiologi, alltså djuravdelningen, vaknade fåren till liv, för de förstod att snart skulle de bli offer för nya spännande translationella studier. Fårfooster och lamm utgör ju en guldstandard inom perinatalmedicinen.

Men annars var natten stilla och tyst. Securitasvakterna kunde gå ut i den stjärnklara natten och lyssna på klockringningarna från Solna kyrka som hördes över nejden. Sagan slutar lyckligt som alla sagor skall göra. Barnet och dess familj fick asyl tack vare invandrarministern med smeknamnet Herodes. Docenten fick ihop en artikel, som accepterades av Nature, vilket i sin tur resulterade i ett stort forskningsanslag från Vetenskapsrådet. Och varumärket Karolinska Universitetssjukhuset blev kraftigt förstärkt.

*Hugo Lagercrantz
Stockholm*

att tro att få av oss är ovetande om ett budskap som författaren för fram som ett exempel på hur man skapar en trevlig atmosfär i undersökningsrummet: *A friendly greeting helps put the family at ease.*

*Carl Lindgren
carl.lindgren@actapaediatrica.se*

KALENDARIUM

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



2010

DECEMBER

1-3/12 Riksstämman, Göteborg
Info: www.svls.se/riksstamman/6208.cs

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

4-5/12 Vermont Oxford Network årliga möte/
"Quality Congress" (öppen för icke-medlemmar)
Info: www.vtoxford.org/

5-7/12 Hot topics in Neonatology i
Washington, D.C.
Info: www.hottopics.org/program.php

2011

JANUARI

26-27/1 APLS (Advanced Pediatric Life Support),
Linköping
Info: www.vgregion.se/pkmc

MARS

24-25/3 BNPS - Barn Neuro Psykiatriska Sektionens
utbildningsdagar, Tema: "ADHD och tonår"
Bonnierhuset, Stockholm
Info: www.barnneuropsyk.net

26-27/3 APLS (Advanced Pediatric Life Support),
Göteborg
Info: www.vgregion.se/pkmc

APRIL

4-8/4 BARNVECKAN
Info: www.blf.net

MAJ

18-19/5 APLS (Advanced Paediatric Life Support),
Linköping
Info: www.vgregion.se/pkmc

JUNI

20-21/6 IAAH 16th European Annual Meeting on
Adolescent Medicine, Köpenhamn
Call for abstracts, deadline 20 april. Anmälan före 20 maj.
Info: www.iaah2011.com/index.html

23-26/6 The 5th Europaediatrics 2011 congress, Wien
Deadline abstracts och tidig registrering 10 mars
Info: [www.europaediatrics2011.org/content/
general-information-1](http://www.europaediatrics2011.org/content/general-information-1)

SEPTEMBER

21-22/9 APLS (Advanced Paediatric Life Support),
Lund
Info: www.vgregion.se/pkmc

NOVEMBER

9-10/11 APLS (Advanced Paediatric Life Support),
Göteborg
Info: www.vgregion.se/pkmc

16-20/11 The World Society For Pediatric Infectious
Diseases (WSPID), Melbourne
Info: www2.kenes.com/wspid/pages/home.aspx

Nästa nummer...

Nästa nummer har temat **Neuropsykiatri** och utkommer den **25 januari**.
Det kommer dock att finnas tillgängligt på Barnläkarens hemsida
www.barnlakaren.se tidigare.

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

Tipsa gärna om nyheter: info@barnlakaren.se





Många barn bär på en tung hemlighet.

Vi behöver fler mottagningar för barn som utsatts för våld i hemmet.
Hjälp dem att lätta sitt hjärta. Ge ett bidrag på www.raddabarnen.se

Plusgiro 90 2003-3





SOS BARNBYAR
SVERIGE

Alla barn behöver få känna trygghet, kärlek och bekräftelse. De behöver någon som leker, lyssnar och tröstar. Någon som alltid finns där. Barn behöver en familj.

För endast 100 kr i månaden kan du ge utsatta barn allt det, utöver det mest grundläggande som mat och vatten.

Hjälp oss att finnas där vi behövs.
Bli fadder på www.sos-barnbyar.se

ACTA PÆDIATRICA

NURTURING THE CHILD



Internationell pediatrik tidskrift

Annonsbokning:
info@barnlakaren.se

Semper

NUTRITION

FORSKNING & UTVECKLING I SAMRÅD MED BARNLÄKARE

Till små magars försvar.

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



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

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

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

Utvecklad i Sverige

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

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

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

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

Omnitrope®

Somatropin

För behandling
av barn med
tillväxtstörning
och vuxna med
uttalad brist på
tillväxthormon.



 **SANDOZ**

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

Omnitrope® är i Sverige godkänt för behandling av: 1) Barn med tillväxtstörning orsakad av: Otillräcklig insöndring av endogent tillväxthormon (PGHD). I samband med Turners syndrom. I samband med kronisk njurinsufficiens (CRI). Hos korta barn som är födda SGA. Associerat med Prader-Willis syndrom (PWS). 2) Vuxna med uttalad brist på tillväxthormon. För mer information om Omnitrope® se www.sandoz.se, www.ema.europa.eu eller telefon 070 600 81 43.

För fullständig information om varningsföreskrifter och begränsningar se www.fass.se. Datum för översyn av produktresumén mars 2008. Rx, F
ATC-kod H01AC01