

# Barnläkaren

NR.6/2012



## Tema | Barn och oral hälsa

*Karies – ett folkhälsoproblem*  
*Vård av barn med LKG-spalt*  
*Barnläkare kräver högre löner*

## Barn födda med kejsarsnitt har extra behov av skydd



### Kejsarsnitt förönsar koloniseringen av bakterier i tarmen

I dag föds nästan var femte barn i Sverige med hjälp av kejsarsnitt. Att dessa barn inte exponeras för bakterierna i moderns förlossningskanal har betydelse för utvecklingen av tarmflora och immunförsvaret. Bifidobakterier är viktiga för utvecklingen av en sund tarmflora hos spädbarn, men vid kejsarsnitt förönsas koloniseringen av dessa bakterier markant. Barn som föds med kejsarsnitt har därför en ökad risk för vissa sjukdomar där immunförsvaret i tarmen inverkar, bland annat diarré<sup>1</sup>, födoämnesallergi<sup>2</sup> och andra atopiska sjukdomar.<sup>3</sup>

### Tillskott av bifidobakterier efter födseln

Det bästa sättet att bygga upp en tarmflora som domineras av bifidobakterier är naturligtvis genom amning. Spädbarn som får bröstmjolk utvecklar nämligen en tarmflora som är rik på dessa bakterier.

Mödrar som föder med hjälp av kejsarsnitt upplever emellertid ofta fler problem med amning än de som föder vaginalt.<sup>4</sup> I de fall som amning inte är möjligt eller det finns behov av att komplettera med modersmjölksersättning finns det numera ett gott alternativ. NAN Pro innehåller den aktiva bakteriekulturen *Bifidobacterium Lactis* som ökar koloniseringen av bifidobakterier i tarmen. NAN Pro är därför inte enbart kliniskt dokumenterat att ge tillväxt motsvarande den hos ammade barn, utan bidrar också aktivt till att stärka barnets tarmflora och immunförsvaret.



**Viktig information:** Bröstmjolk är den bästa näringen för barnet under de första månaderna i livet. Om möjligt bör därför bröstmjolk alltid vara första alternativet.

1) Laubereau et al., GINI Study Group. Arch Dis Child. 2004 Nov;89(11):993-7  
 2) Eggesbo et al., J All Clin Imm 2003 Dec;112(2):420-6  
 3) Pistiner et al., J All Clin Imm 2008 Aug;122(2):274-9  
 4) Carlander et al., Sex Reprod Healthc. 2010 Feb;1(1):27-34



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

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



# Innehåll

## Barnläkaren

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

### Ansvarig utgivare

Olle Söder  
olle.soder@ki.se

### Chefredaktör/Annonskontakt

Margareta Munkert Karnros  
info@barnlakaren.se

### Redaktionssekreterare

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

### Vetenskapsredaktör

Catarina Almqvist Malmros  
catarina.almqvist@ki.se

### Kulturredaktör

Carl Lindgren  
carl.lindgren@actapaediatrica.se

### Manuskript insändes

#### per mail till:

Margareta Munkert Karnros  
info@barnlakaren.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

Quantum Solutions, Singapore

### Redaktionsråd

Catarina Almqvist Malmros  
Margareta Blennow  
Hugo Lagercrantz  
Carl Lindgren  
Nina Nelson  
Göran Wennergren

### Omslagsbild

Ina Agency  
Fernand Léger *Kvinna och barn* (1921)

## LEDARE

2

## REDAKTÖRENS RUTA

3

## BARNMEDICIN

Vi barnläkare måste kämpa för högre lön *Estelle Naumburg*

4

Anmäl dig till BLFs remissutskott och påverka samhällsutvecklingen i barnfrågor! *Olle Söder*

5

## TEMA: BARN OCH ORAL HÄLSA

Tandvårdpsykologi, kognitiv beteendeterapi för behandling av tandvårdsfobi *Shervin Shahnavaz*

6

Medfödda mineraliseringsstörningar – lika vanligt som karies *Birgitta Järlevik*

8

Dental erosion- ytterligare en livsstilsrelaterad skada *Maria Jarkander, Margaret Grindefjord*

9

Orala problem hos barn och ungdomar med funktionsnedsättning *Gunilla Klingberg*

11

Karies hos barn – ett folkhälsoproblem *Christina Stecksén-Blicks*

12

Trauma i det unga permanenta bettet – den exartikulerade tanden *Georgios Tsilingaridis*

14

Vad betyder fetma för den orala hälsan hos barn och ungdom?

*Thomas Modéer*

15

Barn som far illa – ur tandvårdens perspektiv *Therese Kvist*

17

Tandhälsan hos för tidigt födda barn *Susanne Brogårdh-Roth*

18

Vård av barn med LKG-spalt *Agneta Karsten*

20

## INTERVJUN

Civilingenjörstudenten som blev barnnefrolg *Anna Käll*

22

## VETENSKAP

Pediatrik forskning i Göteborg *Göran Wennergren, Paul Uvebrant*

24

## SVAR DIREKT

Många sjukdomar yttrar sig med förändringar i munhålan. Barnläkares kunskap om detta är bristfällig. Hur kan man förbättra deras kunskap om oral medicin?

27

## KULTUR

Rousseau och nutida fransk barnuppfostran

28

Julsaga – *nyåret 2018* *Hugo Lagercrantz*

29

Barnmedicin och Ped. – läroböcker i pediatrik för olika kunskapsbehov *Josef Milerad*

30

Lekfullt drama om Pierrot och busig ballerina

*Margareta Karnros, Rebecka Karnros*

32

## KALENDARIUM

33

# Mollipect®

En trogen hjälp vid hosta med segt slem



Nu är det höst med en ny omgång förkylningar och hosta. För besvärliga fall med slemhosta kan Mollipect vara ett alternativ.

Mollipect innehåller bromhexin som anses lösa upp segt slem och efedrin som verkar bronkvidgande och slemhinneavsvällande.

Mollipect kan ges till barn från 6 månaders ålder och till vuxna.

Beställ gärna patientbroschyren "**Mollipect – frågor, svar och praktiska tips**" kostnadsfritt på vår webbsida. Gå in på [www.biophausia.se/sjukvardspersonal](http://www.biophausia.se/sjukvardspersonal) eller ring till oss på 08-407 64 30.



Mollipect har indikationen hosta med segt slem och samtidigt behov av bronkdilaterande effekt. De aktiva substanserna är bromhexin och efedrin. Kan ges till barn från 6 månaders ålder. Tillhandahålls som glasflaskor innehållande 300 ml och 500 ml. För doseringsanvisningar och information besök [www.fass.se](http://www.fass.se). Mollipect är receptbelagt och ingår inte i högkostnadsskyddet.

**BioPhausia®**  
– a Medivir company

BioPhausia AB, Blasieholmsgatan 2, 111 48 Stockholm  
Tel: 08-407 64 30, E-mail: [info@biophausia.se](mailto:info@biophausia.se), [www.biophausia.se](http://www.biophausia.se)



## Barns fantasi fungerar inte sämre för att kroppen gör det.

MinStoraDag hjälper svårt sjuka barn  
att förverkliga sina önskedrömmar.



Stiftelsen  
**MIN STORA DAG**  
[www.minstoradag.org](http://www.minstoradag.org)



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

## LEDARE

### Barnläkaren som ledare

Vår chef har slutat! Hon fick inte sparken utan rekryterades till ett annat toppjobb som sjukhusdirektör. Samma sak hände vår förre chef. Han blev också rekryterad som sjukhusdirektör för en större verksamhet. Ingen av dessa chefer var barnläkare men att leda barnsjukvård är tydligen meriterande och uppmärksammas av chefsrekryterare. Hur är det då med barnläkare på högre poster i hierarkin? Inte så dåligt! Sjukhusdirektören för vårt stora universitetssjukhus är barnläkare och samma gäller forskningsdirektören, som har ett av landets tyngsta FoU-uppdrag. Vi har också barnläkare på posterna som institutions- och FoU-prefekter på universitetssjukhuset och vi tror att det blir en barnläkare på den nu vakanta chefsposten på barnsjukhuset. I riksdagen är en av tre läkare barnläkare, tillika ordförande för socialutskottet. Det finns fler exempel och det motsvarar nog en större andel inflytelserika chefsposter än det som motiveras av barnläkarnas antal. Är det en slump? Jag tror inte det. Många av de egenskaper som är viktiga för barnläkare karaktäriserar också en bra chef. Jag tänker på helhetssyn, etiskt förhållningssätt, pragmatism, socialt ansvarstagande och kommunikationsförmåga. Detta har också uppmärksammats i USA (1), där läkarens chefsroll och utbildning diskuteras mer än här. Denna resurs bör utnyttjas ännu bättre och vi själva måste bli effektivare i att marknadsföra vår utbildning och erfarenhet som barnläkare som en bra chefsutbildning. Men då måste vi också visa att vi vill bli chefer, inte bara inom det egna pastoratet utan även i större sammanhang. En viktig chefs-egenskap som vi dock måste förbättra är förhandlings-teknik. Jag tänker främst på vårt dåliga löneläge; läs BLF:s fackliga sekreterare Estelle Naumburgs artikel om barnläkarnas löner på annan plats i detta nummer.

Förutom att vara chef finns det andra sätt att utöva inflytande som barnläkare. BLF är en viktig remissinstans och diskussionspartner för departement, myndigheter och organisationer. Vi får ofta remissuppdrag från departementen, Socialstyrelsen, Läkemedelsverket och andra myn-

digheter och svarar årligen på ett trettiotal remisser. Många organisationer (NGOs, kommersiella verksamheter, ideella organisationer, m fl) kontaktar BLF och vill ha stöd för sin sak och utnyttja vår logotyps marknadsvärde. Detta rör inte enbart barnsjukvård utan även andra samhällsfrågor som har betydelse för barns villkor. Här kan Du bidra! På separat plats i detta nummer av Barnläkaren finns ett uppdrag att anmäla sig till BLF:s nyskapade remissutskott. Uppdraget är att hjälpa till med att handlägga remisser och andra kontakter med myndigheter och organisationer. Du som har ett brett kontaktnät och tid till förfogande är välkommen med Din anmälan.

Detta är sista numret före jul- och nyårshelgerna. Jag vill därför tillönska er alla god helg. I år är det äntligen arbetagarhelger, det vill säga många av helgdagarna infaller på vardagsplats i veckan. Det kan ge möjlighet till längre ledighet men är förstås mer påfrestande för schemaläggaren. Jag kan dock ge ett tips från en som varit schemaläggare: Den som klagat får överta sysslan imorgon!

1. Leslie LK, et al. *Training young pediatricians as leaders for the 21st century.*

*Pediatrics 2005; 115:765-73, med kommentarer i:*

*Huang C-C, et al. Pediatrics 2005; 115:1791.*

*Boulanger B. et al. Pediatrics 2005; 116:518*

Med bästa hälsningar



Olle Söder, ordförande Svenska Barnläkarföreningen

**Många barn bär på en tung hemlighet.**

Vi behöver fler mottagningar för barn som utsatts för våld i hemmet. Hjälpt dem att lätta sitt hjärta. Ge ett bidrag på [www.raddabarnen.se](http://www.raddabarnen.se)

Plusgiro 902003-3



## Redaktörens ruta



Arbetet med årets sista nummer är alltid speciellt. Det känns nästan lite högtidligt när alla artikeltexter ligger prydligt samlade i datorn, redo att skickas för sättning. I det här ögonblicket får jag personligen alltid en känsla av att jag vill tacka alla som engagerat sig i arbetet runt tidningen. Inte minst eftersom vi

många gånger tar emot ideella arbetsinsatser från medlemmar i BLF.

Att det är dags att knyta ihop året 2012 med Barnläkaren, innebär också att det är dags att reflektera och stanna upp. Vilka lärdomar kan vi dra nytta av i det fortsatta arbetet? Hur vill vi att nästa års tidning ska bli? Skriv till redaktionen. Vi är alltid intresserade av åsikter och idéer.

I skrivande stund har jag precis kommit tillbaka till redaktionen från Sachsska Barnsjukhuset, där jag tillsammans med Carl Lindgren träffat vår nya kulturredaktör Lina Schollin Ask. Välkommen till redaktionen Lina. Vi ser fram emot det kommande samarbetet med dig. Tack Carl, för stort engagemang och hängiven arbetsinsats.

Redaktionsrådet sammanträlar inför varje nummer. På våra möten finns en återkommande punkt som ofta har en tendens att mynna ut i en intresseväckande diskussion, nämligen inslaget *Svar Direkt*. Frågan som besvaras har

inte sällan en koppling till temat för aktuellt nummer. Den här gången landade diskussionen i konstaterandet att många sjukdomar hos barn faktiskt yttrar sig som förändringar i munhålan. Det är uppenbarligen inte bara ögonen som är "själens spegel" som man brukar säga. Men hur många har tillräcklig insikt att förstå sambandet? Vi frågade några barnläkare i vårt avlånga land hur man skulle kunna göra för att förbättra kunskapen om detta.

Självklart behövs det kunskap i ämnet som helhet. *Barn och oral hälsa* är ett ämne som angår barnläkare i högsta grad. Vi har med hjälp från professor och överläkare Göran Dahllöf på Karolinska Institutet, samlat material om ämnet. Vi hoppas att ni finner det både läsvärt och upplysande.

Sist men inte minst, kultursidorna. Förutom recensioner från både litteraturen och dansens värld, har vi i sedvanlig ordning även en julkrönika från Hugo Lagercrantz. Kontakta gärna vår nya kulturredaktör med artikelförslag. Tack för allt värdefullt samarbete under året. Dags att tända adventsljusstakarna och stjärnorna i fönstren i decembermörkret. Trevlig läsning och på återseende.

Margareta Munkert Karnros

### Gästredaktör i detta nummer *Professor/övertandläkare Göran Dahllöf*



Göran Dahllöf är professor/övertandläkare och arbetar på institutionen för odontologi vid Karolinska Institutet. Han är även verksamhetschef vid avdelningen för barn- och ungdomstandvård som årligen tar emot 3 500 barn för allmäntandvård och 800 barn för specialistvård. Varje år utbildas cirka 70 tandläkarstudenter och 35 tandhygieniststudenter vid avdelningen. Forskningen är inriktad på klinisk odontologisk behandlingsforskning. För närvarande pågår två RCT-en om tidig protetisk behandling av barn med amelogenesis imperfekta där två olika typer av protetiska ersättningar jämförs och en RCT om kognitiv beteendeterapi för behandling av tandvårdsfobi. Orala sjukdomar hos barn med kroniska sjukdomar är också ett profilmråde, där studier pågår kring parodontala sjukdomar hos barn med Downs syndrom och kronisk svår neutropeni.

# Vi barnläkare måste kämpa för högre lön – lokalt fackligt engagemang krävs



I Läkartidningen i maj 2012<sup>1</sup> kunde vi barnläkare läsa att vår lönenivå är bland de lägsta för landets specialistläkare. Låg lön kunde enligt Läkarförbundet<sup>1</sup> förklaras av att yrket är populärt samt att det är en kvinnodominerad kår. Att det "kryllar" av barnläkare är inte helt sant. Det saknas utbildade specialister inom vissa av pediatrikens grenspecialiteter. Samtidigt är vi mitt i en process med stora pensionsavgångar och bristen på äldre erfarna kollegor blir påtaglig. En dålig löneutveckling för barnläkare ger negativa effekter, inte minst i sämre attraktionskraft för yrket och risk för bristande kompetensförsörjning i framtiden.

## BLF's strategi för högre lön för barnläkare

BLF har beslutat att strategiskt arbeta mot de osakliga skillnader vi ser i lönesättningen mellan vår specialitet och andra. För två år sedan kontaktade BLF Läkarförbundet i denna fråga och fick svaret<sup>2</sup> att lönerna sättes lokalt inom varje landsting och att förbundet inte kan arbeta för enskilda specialiteters lönenivåer.

Det är alltså genom lokalt förankrade fackligt aktiva barnläkare och barnklinikernas verksamhetschefer som lönerna för barnläkare kan höjas. Att barnläkare engagerar sig fackligt inom det lokala landstinget måste därför stimuleras och uppmuntras. BLF anser också att verksamhetscheferna på landets barnkliniker måste verka för en god löneutveckling för specialister i barn- och ungdomsmedicin.

Genom gemensamt arbete av bägge parter (barnläkaren och chefen) kan vi barnläkare i framtiden inte bara ha ett spännande jobb, utan också en rättvis ersättning!

## Referenser

1. Olin E. Läkartidningen nr 19 2012 volym 109
2. [http://blf.net/skrivels/101006\\_LFsvvar\\_loner.pdf](http://blf.net/skrivels/101006_LFsvvar_loner.pdf)

*Estelle Naumburg, BLF-styrelsens fackliga sekreterare, Barnläkare och barnkardiolog, Östersunds barnklinik*  
E-mail: [estelle.naumburg@jll.se](mailto:estelle.naumburg@jll.se)



## Kommentarer:

# Eget fackligt engagemang är enda möjligheten

Eget fackligt engagemang är enda möjligheten för oss att komma fram i lönefrågan. Ingen annan kommer att driva den åt oss. Man talar om jämställda löner (och menar då mellan könen) men tänker då inte på att det finns en ojämlikhet med olika specialiteter vilket man också bör ta hänsyn till. Arbetsgivaren (och många andra) menar att de högre lönerna hänger ihop med hur jourtyngd specialiteten är – men det stämmer inte – många discipliner inom barnmedicin är minst lika jourbelastade som inom vuxenvärlden. Man kan också fortfarande se ett mönster där den medelålders mannen som patient prioriteras framför andra grupper, som t ex kvinnor och barn.

Vi ser ett lägre löneläge i princip inom alla discipliner som har barn som patienter. Detta gäller barnradiologer, barn-IVA, barnkirurgi, barnkardiologi, barnpsykiatri, m fl, jämfört med motsvarande vuxenspecialiteter.

Vi kan också i lönestatistiken se att det finns olikheter mellan de olika universitetssjukhusen. Ovan nämnda skillnader är svåra att förklara och enligt min uppfattning alltså ojämlika.

Därför; engagera dig fackligt och kämpa för rättvisare löner!

*Eva Engström, Specialist i pediatrik och neonatologi*  
Ordf i Göteborgs läkarförening,  
Ledamot av Läkarförbundets centralstyrelse  
E-mail: [eva.engstrom@vgregion.se](mailto:eva.engstrom@vgregion.se)



## BARNMEDICIN

# Dags för Läkarförbundet att backa upp barnläkarna!

Barnläkare tjänar dåligt jämfört med andra läkargrupper, inte bara i Sverige utan även i flera andra länder. Det råder dock ingen samsyn kring orsakerna till detta förhållande. Sannolikt bidrar flera faktorer och sannolikt varierar faktorernas relativa betydelse mellan olika länder. Men de flesta såväl inom som utom professionen är nog överens om att barnmedicin omfattar många, för att inte säga de flesta av de subspecialiteter som finns inom vuxenmedicinen och att ansvaret för unga patienter inte är mindre än ansvaret för vuxna patienter. Utbildningstiden är heller inte kortare inom pediatriken. Det finns således inget i uppdraget som innebär att barnläkare skall lönesättas lägre.

Det finns även löneskillnader mellan läkare på ett barnsjukhus. Barnmedicinare ligger lägre än barnkirurger och barnortopedier som i sin tur ligger lägre än sina kollegor inom motsvarande specialiteter på vuxensidan. Det skulle bli ännu svårare än idag att rekrytera till opererande specialiteter på barnsjukhuset om dessa läkare skulle tjäna ännu mindre än på vuxensidan. Men detta är rimligen snarare ett skäl att satsa på alla läkare på barnsjukhuset än att selektivt låta barnmedicinerna släpa efter.

Ibland anförs att barnläkare tjänar sämre för att de arbetar inom en populär specialitet. Även denna argumentation haltar. Barnläkare är en bristvara och kåren har en hög medelålder. Även om det sannolikt finns andra specialiteter som tarvar morötter i form av högre lön för att

klara rekryteringen, så är flera specialiteter både populära och vävlönade.

En viss lönespridning mellan läkare är sannolikt bra för läkarnas löneutveckling i stort. Men oavsett orsakerna till barnläkarnas låga löner måste man ta ställning till om just denna lönespridning är acceptabel. Även vi barnläkare är medlemmar i Läkarförbundet. Är det acceptabelt för oss att förbundet inte tydligt tar ställning till att barnläkarna släpar efter? Vilka löneskillnader mellan läkare skall vi acceptera eller åtminstone inte prioritera att adressera? För oss barnläkare är det självfallet oacceptabelt att vi släpar efter och vi förväntar oss uppbackning av Läkarförbundet, tex i form av en grundlig översyn och programförklaring för att ta bort dessa löneskillnader!



*Svante Norgren, barnläkare och ordförande i delföreningen för diabetes och endokrinologi, Karolinska sjukhuset  
E-mail: svante.norgren@karolinska.se*

## Anmäl dig till BLFs remissutskott och påverka samhällsutvecklingen i barnfrågor!

BLF är en viktig och uppskattad remissinstans för statliga utredningar, lagförslag, myndighetsbeslut m m och har därigenom stor möjlighet att påverka barns villkor i samhället, inte bara vad gäller barnsjukvård. Varje år besvaras ett trettiotal remisser. Hittills har handläggningen varit att remisser med relevans för BLF sänts till experter som identifierats av styrelsen. Dessa har utarbetat förslag till svar, som efter godkännande av styrelsen och under-tecknande av ordföranden sänts som formellt remissvar till remittenten. För att ytterligare kvalitetssäkra och effektivisera remisshanteringen vill BLF nu inrätta ett

**Remissutskott**, vars uppgift blir att bereda inkomna remisser. Detta innefattar att välja ut de remisser som är relevanta för BLF, hitta experter inom eller utom utskottet, som kan ge förslag till svar och färdigställa svaren för beslut i BLFs styrelse. Vi söker dig som känner att du vill och kan arbeta med denna viktiga uppgift för BLFs räkning. Anmäl dig genom att emaila mig med kontaktuppgifter och en kort beskrivning av dig själv.

*Olle Söder, ordf i BLF  
olle.soder@ki.se*

## TEMA: BARN OCH ORAL HÄLSA



Foto: InaAgency

# Tandvårdpsykologi, kognitiv beteendeterapi för behandling av tandvårdsfobi

Överdriven rädsla för att gå till tandläkaren försvårar barns och ungdomars möjlighet till tillräcklig och kontinuerlig tandvård, vilket kan leda till en livslång försämring av tandhälsan. Det finns dock åtgärder för besvären. Kliniska utvärderingar har visat på goda resultat efter genomgången behandling av KBT. Bland annat har man kunnat påvisa minskad tandvårdsångest, ökad samarbetsvilja hos barn, förbättrade förutsättningar att klara av konventionell tandvård samt i vissa fall generaliseringseffekter.

Oral hälsa hos barn och ungdomar definieras som ett tillstånd av såväl goda och välfungerande dentala och orala strukturer som frånvaro av tandvårdsrädsla och ångest (1). Prevalensen av tandvårdsångest/rädsla hos barn och ungdomar uppskattas till 9 procent (2). Det är oklart hur stor andel av dessa barn skulle kunna erhålla den psykiatriska diagnosen specifik fobi enligt DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) där fobi definieras som en bestående (om den pågått under minst 6 månader)

och uttalad rädsla/obehag i samband med en specifik situation såsom tandvård/bedövning.

*Fobins konsekvenser:* Tandvårdsfobi försvårar barns och ungdomars möjlighet att erhålla adekvat, snabb och regelbunden tandvård, vilket kan leda till en livslång försämring av tandhälsan; bl a vävnads- och tandskador, psykosociala problem (genom t ex oro för dålig andedräkt, påverkan av kariesdrabbade tänder på utseendet o s v), sänkt självkänsla och livskvalitet (3).

## TEMA: BARN OCH ORAL HÄLSA



### Behandla barn med Kognitiv beteendeterapi (KBT) – hur går det till?

KBT rekommenderas starkt av Socialstyrelsen vid behandling av specifika fobier hos såväl vuxna som barn och ungdomar (i *Nationella riktlinjer för vård av depression och ångestsyndrom* från 2011). Vuxna har sedan 1999 fått tillgång till landstingsfinansierade psykoterapeutiska behandlingar inom ramen för tandvård. KBT i en begränsad omfattning har också varit tillgänglig inom ramen för den specialiserade barn och ungdomstandvården i vissa landsting, bl a i Stockholm och Göteborg.

KBT startas med en sk beteendeanalys (4) som innebär kartläggning av situationer, tankar, känslor, fysiologiska reaktioner och beteenden associerade till tandvårdsfobin. Patienten och föräldrar informeras kring principerna för exponering och en lista över konkreta exponeringssituationer formuleras tillsammans med patienten. Exponeringar sker successivt först hos psykolog och sedan hos tandläkare. Under denna process lär sig patienten att utmana ångestrelaterade situationer. Patienten lär sig också att hantera de inre kognitiva, fysiologiska och beteendemässiga reaktionerna med bl a tekniker såsom avspänning och kontrollerad andning. När tandvårdsbehandlingen är klar träffar patienten och föräldrarna psykologen för

ett avslutande samtal då ett program för återfallsprevention formuleras (5).

Kliniska utvärderingar har visat på goda resultat efter genomgången behandling. Dessa i termer av minskad tandvårdsångest, ökad samarbetsvilja hos barn, förbättrade förutsättningar att klara av konventionell tandvård samt i vissa fall generaliseringseffekter (t ex barnet klarar av sprutor i både tandvårds- och sjukvårdssammanhang). Det finns dock inte några publicerade vetenskapliga studier som fokuserar KBTns effektivitet vid behandling av tandvårdsfobi hos barn och ungdomar. En randomiserad kontrollerad studie i detta sammanhang har påbörjats (2012) vid avdelningen för pedodonti på Institutionen för odontologi, Karolinska Institutet.

### Referenser

1. Koch G, Poulsen S. *Pediatric Dentistry: A Clinical Approach*. 2nd uppl. Wiley-Blackwell; 2009.
2. Klingberg G, Broberg AG. *Dental fear/anxiety and dental behaviour management problems in children and adolescents: a review of prevalence and concomitant psychological factors*. *Int J Paediatr Dent*. 2007;17(6):391–406.
3. Hakenberg M, Hallonsten A, Häggelin C, Skaret E. *Tandvårdsrädslans epidemiologi*. *Nor Tannlegeforen*. 2003;113(1):22–9.
4. Öst L-G. *KBT inom barn- och ungdomspsykiatri*. Stockholm: Natur & kultur; 2010.
5. Shahnava S. *Tandvårdspsykiologi*. Lund: Studentlitteratur; 2012.

Shervin Shahnava, leg. psykolog och doktorand vid avdelningen för pedodonti på Institutionen för odontologi, Karolinska Institutet.  
E-mail: shervin.shahnava@ki.se



**OAVSETT VAR  
KATASTROFEN ÄR  
INOM 36 TIMMAR KAN VI VARA DÄR**

**I katastrofsituationer hänger allt på att agera snabbt.**

Hjälp oss att vara i ständig beredskap så att vi kan rädda fler liv. Sms:a **LÄKARE** till **72970** så skänker du 50 kr eller gå in på [lakareutangranser.se](http://lakareutangranser.se) för att ge din gåva. Tack.



## TEMA: BARN OCH ORAL HÄLSA

# Medfödda mineraliseringsstörningar – lika vanligt som karies

Vart tredje barn i en svensk population har minst en tand med störd mineralisering av emalj eller dentin. Inte sällan syns defekter i emaljen i form av gropar eller opaka fläckar. De vanligast förekommande störningarna är fluoros och mineraliseringsstörda sexårständer, ofta i kombination med störningar på framtänderna (MIH).



*MIH, välavgränsade opaciteter på sexårständer och framtänder. Notera sönderfallet på sexårständerna.*

I motsatt till annan hårdvävnad i kroppen sker ingen remodelering av vare sig emalj eller dentin efter att tanden är färdigbildad. Störs de emalj/dentinbildande cellerna (ameloblast/odontoblast) under anläggningstiden finns defekten alltid kvar. Tänderna anläggs tidigt i käkarna. Mineraliseringen av mjölk-tänderna startar i fjärde foster-månaden. De första permanenta tänderna, sexårständer och framtänder, börjar mineraliseras vid tiden för födelsen, tandkronorna är färdig vid ungefär tre års ålder och tänderna kommer fram först vid 6-8 års ålder. Har en störning inträffat syns resultatet alltså först cirka fem år senare. Emaljstörningar kan orsakas av direkt påverkan på det omogna tandanlaget vid slag mot mjölk-tanden.

### Ofta svårt att klarlägga orsaken vid emaljstörning

Strålbehandling och infektioner kan också ha en direkt påverkan på de emaljbildande cellerna. Malnutrition,



*Fluoros, diffusa opaciteter*

metaboliska störningar och infektioner under tandens utveckling kan indirekt påverka emaljbildningen. Fluor och tetracyklin har en toxisk påverkan på de emaljbildande cellerna. Störningen kan också ha genetiska orsaker som vid Amelogenesis imperfekta, där enbart emaljen är drabbad, eller vid vissa syndrom, där emaljdefekter är ett av symtomen (t ex Tuberös scleros). I många fall, som vid den mest frekventa störningen MIH (Fig. 1), kan orsaken ännu inte klart härledas.

### Fluoros

Fläckiga tänder på grund av förhöjt intag av fluorider under tandkronornas anläggning är den mest kända emaljstörningen (Fig. 2). Prevalensen och graden av fluoros varierar stort mellan olika populationer och är framför allt beroende på fluoridhalten i dricksvattnet. Kliniskt syns fluoros som en diffus opak, utbredd fläckighet på tänderna. I lindriga fall är förändringen vitaktig och syns bara av ett tränat öga. I allvarligare fall är tänderna fläckigt gulbruna och det kan vara ett ytligt sönderfall av emaljen.

I Sverige ser vi fluoros hos personer uppväxta med förhöjd fluorhalt i brunnsvattnet. Det är inte ovanligt med uttalad fluoros hos personer födda i vissa afrikanska länder t ex Somalia. Fluoros kan framför allt medföra estetiska problem.

## TEMA: BARN OCH ORAL HÄLSA

### MIH

Uppskattningsvis vart fjärde till femte barn i Sverige uppvisar mineraliseringsstörningar i form av opaka, välavgränsade fläckar av varierande storlek i emaljen (Fig. 1). En, två, tre eller alla fyra sexårständerna kan vara drabbade i olika grad. Emaljen är normal i form och tjocklek när tanden bryter fram men vid grava störningar kan den snart falla sönder på grund av tuggtrycket. En eller flera av inciverna är ofta drabbade samtidigt. Nyligen erupterade sexårständer med störd emalj är ofta känsliga för temperaturväxlingar och beröring. Barnen kan bli rejält smärtpåverkade.

Vid sönderfall drabbas tänderna ofta av snabbt progredierande karies. Tänderna är svåra att bedöva och restaurera, i synnerhet om störningen är utbredd. Extraktion av tanden kan vara den bästa lösningen trots att det rör sig om en permanent tand. Cirka sju procent av alla barn har grava störningar.

### Referenser

1. Jälevik B, Norén JG. Mineraliseringsstörd emalj. *Tandläkartidningen* 2009; 10: 54-60. [www.tandlakartidningen.se/media/577224/mineraliseringsstord.pdf](http://www.tandlakartidningen.se/media/577224/mineraliseringsstord.pdf)
2. Jälevik B, Klingberg GA. Dental treatment, dental fear and behaviour management problems in children with severe enamel hypomineralization of their permanent first molars. *Int J Paediatr Dent*. 2002; 12: 24-32.

Birgitta Jälevik, Övertandläkare,  
Centrum för Ortodonti/Pedodonti,  
Linköping  
E-mail: [birgitta.jalevik@lio.se](mailto:birgitta.jalevik@lio.se)



## Dental erosion- ytterligare en livsstilsrelaterad skada

Dental erosion definieras som en irreversibel förlust av tandvävnad genom kemisk påverkan utan inverkan av bakterier. Erosionsskador har en multifaktoriell bakgrund där livsstilsfaktorer och individuella faktorer är av stor betydelse. Data från flera olika länder visar att dental erosion är vanligt hos barn och ungdomar och kan progrediera snabbt. Tidig diagnostik och prevention är viktigt för att undvika förlust av tandsubstans och omfattande reparativa åtgärder.



Erosionsskador på så kallade "cuppings" på första underkämsmolaren.

De etiologiska faktorerna till dental erosion indelas i "yttre" respektive "inre" orsaker. Syrapåverkan via födointag, vissa mediciner samt arbetsmiljörelaterade faktorer är "yttre" orsaksfaktorer. Livsstilsförändringar som en kost innehållande mer frukt och grönt, sportdryck vid träning

men framförallt ett ökat intag av juice och läskedrycker är den viktigaste exogena orsaken till dental erosion hos dagens barn och ungdomar (1, 2).

### Erosion vanligt vid ätstörningar

"Inre" orsaksfaktorer är sjukdomar, vanor och/eller ovanor som medför att surt maginnehåll når munhålan och tänderna som hos patienter med gastroesofageal reflux disease (GERD) eller ätstörningar (1, 2). Refluxsjukdom kan pågå utan subjektiva besvär så kallad "tyst reflux" och ska alltid misstänkas vid idiopatisk dental erosion. Ett signifikant samband mellan diagnostiserad GERD och dental erosion har konstaterats och i en ny studie har man funnit att erosionsskador är ungefär 8.5 gånger vanligare hos patienter med ätstörningar. Ett gränsoverskridande samarbete mellan sjukvård och tandvård är i dessa fall av största vikt (3, 4).

### Många olika orsaker bakom tandslitage

Tandslitaget ökar om erosionen sker i kombination med attrition eller abrasion där substansförlusten orsakas av

## TEMA: BARN OCH ORAL HÄLSA

kontakt mellan tänderna respektive av något material med slipande effekt. Ofta samverkar flera orsaksfaktorer. Individuella faktorer som salivens mängd och sammansättning, oralt clearance, pelliceln och tandens position har också betydelse för om erosionsskador uppstår. En retinerande dryckesteknik där drycken hålls kvar i munnen innan den sväljs ned och tandborstning i anslutning till exponeringen för en sur produkt ökar risken för tandslitage (1, 2).

Förekomsten av tanderosion tycks öka i befolkningen. I en svensk studie var drygt 20 procent av ungdomarna i 18-19 års ålder drabbade av grav erosion (5). Studier från andra länder visar en stor spridning i prevalenssiffror men man kan dra slutsatsen att dental erosion är vanligt hos barn och ungdomar, att prevalensen ökat på senare år och att pojkar oftare drabbas. Fler longitudinella undersökningar med standardiserad diagnostik efterfrågas (1). Folk tandvården i Stockholm har en pågående studie där ungefär tolvhundra 15 och 17 åringar deltar. Undersökningen förväntas ge svar på förekomsten av dental erosion hos tonåringar i länet, sambandet med frekvensen av vissa vanor och livsstilsfaktorer samt om en socioekonomisk gradient kan påvisas.

Erosionsskador ses oftast på överkäksincisivernas palatinalytor och på första molarens okklusalyta. Symtomen är ringa i tidigt stadium men ilningar är vanligt när skadorna blir mer omfattande (1, 2).

Orsakutredning ska alltid göras. Dokumentation med kliniska foton, röntgen, kostutredning, salivprov och remiss till barnklinik vid misstanke om reflux eller ätstörning är lämpliga åtgärder för att klargöra etiologin till erosionsskadorna.

Därefter kan adekvat prevention och behandling sättas in. Vanligtvis är det livsstilsförändringar där sur påverkan reduceras, fluortillförsel, salivstimulering, orala hygieninstruktioner och eventuellt mediciner eller operation vid refluxsjukdom. Grava erosionsfall måste ofta behand-

las med fyllningar eller protetisk terapi beroende på tand-skadornas omfattning (1, 2).

### Referenser

1. Johansson A-K, Omar R, Carlsson GE, Johansson A. Dental erosion and its growing importance in clinical practice: from past to present. *Int J Dent* 2012; (2012): 1-17.
2. Lussi A, Hellwig E, Zero D, Jaeggi T. Erosive tooth wear: Diagnosis, risk factors and prevention. *Am J Dent* 2006; 19: 319-325.
3. Ranjitkar S, Kaidonis JA, Smales RJ. Gastroesophageal reflux disease and tooth erosion. *Int J Dent* 2012; (2012): 1-8.
4. Johansson A-K, Norring C, Unell L, Johansson A. Eating disorders and oral health: a matched case-control study. *Eur J Oral Sci* 2012; 120: 61-68.
5. Hasselkvist A, Johansson A, Johansson A-K. Dental erosion and soft drink consumption in Swedish children and adolescents and the development of a simplified erosion partial recording system. *Swed Dent J* 2010; 34: 187-195.



Maria Jarkander, övertandläkare, specialist i pedodonti, Eastmaninstitutet, Stockholm  
E-mail: maria.stalsky-jarkander@ftv.sll.se

Margaret Grindefjord, klinikchef, Odont. Dr, Eastmaninstitutet, Stockholm  
E-mail: margareta.grindefjord@ftv.sll.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](http://www.sos-barnbyar.se)**

## TEMA: BARN OCH ORAL HÄLSA

# Orala problem hos barn och ungdomar med funktionsnedsättning

Barn och ungdomar med funktionsnedsättningar utgör en vid grupp avseende oral hälsa och odontologiskt behandlingsbehov. Förutom de mer vanligt förekommande diagnoserna är tandvården involverad i omhändertagandet av barn och unga med sällsynta medicinska tillstånd. Inom tandvården finns tre kompetenscentra, dessa finns i Göteborg, Jönköping och Umeå, som arbetar särskilt med denna grupp.



Funktionsnedsättningar påverkar mun, tänder och oral funktion på flera sätt men förekomsten av orala hälsoproblem varierar mycket mellan olika diagnoser. Ofta är det även stora skillnader mellan olika personer med samma diagnos. Om barnet/ungdomen i tillägg till huvuddiagnosen dessutom har neuropsykiatrisk eller kognitiv funktionsnedsättning ökar risken för orala hälsoproblem.

### Svårt att behandla

Exempel på orala hälsoproblem som man kan se vid funktionsnedsättning är avvikelser i tandantal, tandanatomi, mineralisation av tänder, tandruption och tillväxt av ansikte och käkar. Andra problem kan vara låg salivsekretion, även hög salivsekretion eller dregling. Problem relaterade till orofacial funktion eller oral motorik är vanligt vid många diagnoser och kan visa sig som svårigheter att gapa, tugga, suga eller svälja. Barn och ungdom med funktionsnedsättning har dessutom oftare gingivala och parodontala problem. Några diagnoser innebär en ökad risk för

karies, men totalt sett för hela gruppen barn/ungdom med funktionsnedsättning är förekomsten av karies den samma som hos andra. Däremot innebär karies ofta stora problem för barnet/ungdomen när den ska behandlas.

För många patienter är det svårt att kunna medverka till behandling, att klara av att ligga still, låta sig bedövas, uppleva ljud, vatten i munnen osv. Det är mycket svårare för tandläkaren att utföra en optimal och säker behandling och det är inte ovanligt att tandvården måste utföras under generell anestesi. Det gäller förstås även andra tandbehandlingar och dessutom kan narkos behövas för att kunna göra fullständig diagnostik och röntgen. Ibland kan tandbehandling i narkos samplaneras med medicinska behandlingar.

### Kosten kan leda till problem

Det är inte ovanligt att barnet/ungdomen eller föräldrar har svårt att sköta den orala hälsan på ett optimalt sätt, tandborstning upplevs ofta som besvärligt särskilt om barnet inte vill eller ogillar att man tar hand om munnen. Kosten kan också vara problematisk ur munhälsosynpunkt. I vissa fall har barnet en kostregim som innebär många små energitäta mål vilket ökar risken för framför allt karies. Uppfödningssproblem, dysfagi, och vissa beteendeproblem kan också medföra en kost och ett måltidsmönster som ökar risken för munhälsoproblem. Därför är det extra angeläget att arbeta med prevention. Ofta innebär det att patienten kommer till tandklinik ett par gånger om året för polering, depuration av tandsten och fluorbehandling. Samtidigt kan tandläkaren följa munhälsa, bettutveckling och växt och tidigt diagnostisera avvikelser. Dessutom innebär de frekventa besöken att barnet/ungdomen skolas in, blir trygg och accepterar förebyggande tandvård.

Det är angeläget att sjukvården och tandvården samarbetar kring denna grupp patienter. Målet ska vara att barnet/ungdomen ska vara så frisk som möjligt. Då många av patienterna har många vårdkontakter är det risk att tandvården hamnar mellan stolarna, andra hälsoproblem prioriteras. För att tandvården ska kunna arbeta på bästa sätt med patientgruppen behöver vi hjälp att nå gruppen.

## TEMA: BARN OCH ORAL HÄLSA

Det är en stark önskan från tandvårdens sida att barn med funktionsnedsättning remitteras till tandvården när barnet får sin diagnos. Tandvården kan då komma in tidigt med information och prevention och bättre individualisera omhändertagandet. Remiss bör också skrivas vid misstanke om karies eller andra orala avvikelser samt vid oral-motorisk problematik där tandläkare och logopedersamarbetar i oral-motorisk behandling. Enklast är att remittera till specialistklinik för pedodonti.

### Referenser

1. Foster H, Fitzgerald J. Dental disease in children with chronic illness. *Arch Dis Child* 2005;90:703-708.
2. Hobson RS, Nunn JH, Cozma I. Orthodontic management of orofacial problems in young people with impairments: review of the literature and case reports. *Int J Paediatr Dent* 2005; 15: 355-363.
3. Klingberg G, Hallberg U. Oral health - not a priority issue A Grounded Theory analysis of barriers for young patients with

*disabilities to receive oral health care on the same premise as others. Eur J Oral Sci* 2012; 120: 232-238.

4. Svenska Pedodontiföreningen. URL <http://www.sbf.nu>

Mun-H-Center, Nationellt orofaciellt kunskapscenter för ovanliga diagnoser. URL <http://mun-h-center.se>



Gunilla Klingberg  
Docent, övertandläkare  
Mun-H-Center, Folk tandvården  
Västra Götaland  
E-mail: [gunilla.klingberg@mah.se](mailto:gunilla.klingberg@mah.se)

## Karies hos barn – ett folkhälsoproblem

Karies är ett folkhälsoproblem som kan kopplas både till biologi och till frågor som rör sociala förhållanden och livsstil. Trots att det finns starkt vetenskapligt stöd för hur karies kan förebyggas – kvarstår problematiken och många drabbas. Karies är fortfarande ett stort problem hos barn med en tydlig och ökande polarisering mot socioekonomiskt svaga grupper.



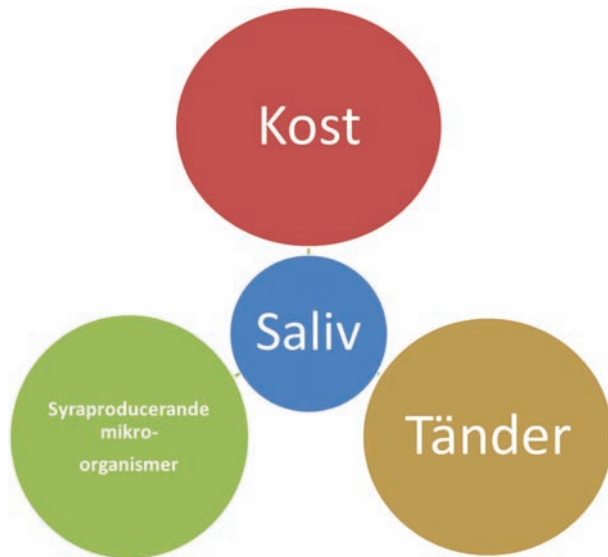
Bland 4-åringar har nästan dubbelt så många barn med minst en utlandsfödd förälder karies jämfört med barn med svenskfödda föräldrar (1) och i områden med en hög andel invandare har en majoritet av förskolebarnen karies (2).

Den biologiska grundförutsättningen för karies är att de syrabildande bakterier som koloniserar på tänderna använder nedbrytbara kolhydrater i sin metabolism med organiska syror som slutprodukter. Sackaros är den kolhydrat som rankas med högst kariesframkallande potential men alla nedbrytbara kolhydrater är i princip kariogena. Bakteriernas syraproduktion medför pH-fall i biofilmen på tänderna som favoriserar tillväxten av syrabildande mikroorganismer. Minskat salivflöde, t ex på grund av vissa mediciner kan potentiera pH-fallen. Frekventa pH-fall leder till en kollaps i diversifieringen av i biofilmen med en anrikning av syrabildande bakterier. Speciellt surt blir det i gropar och fåror på tänderna och där är också risken för karies som störst (3).

### Mjölktänder mer mottagliga för karies

Eftersom den som en gång haft karies löper stor risk att fortsättningsvis även få problem med sjukdomen är det ur

## TEMA: BARN OCH ORAL HÄLSA



Balansen mellan tändernas motståndskraft, andelen syrabildande mikroorganismer och tillgången på förjäsbara kolhydrater i kosten avgör om karies ska utvecklas eller inte. Saliven har en modulerande effekt genom att påverka remineralisering av emaljen, buffrar syror och har antimikrobiella effekter. Kariesrisken ökar vid ett reducerat saliv-föde som t ex på grund av viss medicinering eller nattetid då intag av söt dryck kan göra att karies lätt utvecklas.

ett livslångt perspektiv viktigt att de friska mjölkttänderna får vara friska till dess att de ramlar ut. Mjölktänderna är mer mottagliga för karies än de permanenta tänderna då emaljen är tunnare och innehåller mindre mängd oorganiska komponenter och därför mer löslig.

Den viktigaste strategin för att undvika karies är att minimera intaget av tillsatt socker i kosten och frekvent intag av sockerinnehållande dryck har speciellt pekats ut som en viktig orsak till karies i mjölkttänsbittet (4). Bröstmjölks har ett högre innehåll av mjölksocker jämfört med komjölks men den kariogena potentialen hos mjölksocker är låg jämfört med sackaros, glukos, fruktos eller invertsocker. Det finns inget vetenskapligt stöd för att amning ger karies. Men barn som ammas efter sex månaders ålder och speciellt de som får sova vid bröstet nattetid ses som en speciell riskgrupp för karies i synnerhet om tänderna inte blir borstade (5).

### Viktigt att kontrollera mängden tandkräm för små barn

Fluor kan användas för att påverka remineraliseringen av tandemaljen (4) och bör tillföras i små mängder regelbundet och den viktigaste fluorkällan är tandkräm. Från cirka ett års ålder bör ett stryk fluortandkräm användas vid tandbortstning morgon och kväll. Mängden tandkräm utökas till en ärtas storlek vid två års ålder och till cirka halva tandborsten längd vid fem års ålder.

Hos små barn är det viktigt att ha kontroll över tillförd mängd eftersom cirka 30 procent av tandkrämen sväljes. Den motoriska förmågan för att utföra en tillfredställande tandborstning är ofta inte utvecklad före cirka 10 års ålder. Från cirka sju års ålder kan barnet succesivt få ett ökat ansvar för bortstningen men fortfarande med föräldrastöd. Goda rutiner för munhygien bör vara grundlagda innan barnet går in i pubertetsåren.

### Referenser

1. Stecksén-Blicks C, et al. Caries prevalence and background factors in Swedish 4-year-old children – a 40-year perspective. *Int J Paediatr Dent* 2008; 18: 317-324.
2. Wennhall I, Matsson L, Schröder U, Twetman S. Outcome of an oral health outreach programme for preschool children in a low socioeconomic multicultural area. *Int J Paediatr Dent*. 2008; 18:84-90.
3. Selwitz RH, et al. Dental caries. *Lancet* 2007; 369:51-59.
4. Twetman S. Prevention of early childhood caries (ECC) – Review of literature published 1998-2007. *Eur Arch Paediatr Dent* 2008;9:12-18.
5. White W. Breastfeeding and the risk of early childhood caries. *Evidence Based Dentistry* 2008; 9: 86-88.



Christina Stecksén-Blicks,  
professor, odontologi, pedodonti,  
Umeå universitet  
E-mail: christina.stecksen-  
blicks@odont.umu.se

De letar efter världens bästa kompis.

Bli fadder!  
barnfonden  
www.barnfonden.se

## TEMA: BARN OCH ORAL HÄLSA

# Trauma i det unga permanenta bittet – den exartikulerade tanden

Vartannat barn fram till 14 års ålder har någon gång råkat ut för ett dentalt trauma, 30 procent i det primära bittet och 22 procent i det permanenta (1). I det permanenta bittet drabbas pojkar dubbelt så ofta jämfört med flickor. De vanligaste åldrarna då traumat inträffar är mellan 8–10 år och drabbar oftast överkäkens incisiver (1).



Fig 1. Okomplicerad kronfraktur och exartikulation.

Traumaskador delas in i två grupper, hårdvävnadsskador (kronfrakturer, rotfrakturer) och parodontala skador (luxationer, intrusioner och exartikulationer). Den vanligaste skadan är en okomplicerad kronfraktur och den allvarligaste är en exartikulation (Figur 1).

### Exartikulation diagnostik och behandling

Exartikulation, (en total dislokation av en tand ut ur alveolen) drabbar oftast överkäkens incisiver på barn med ett tidigt växeltbett (7-9 år). Det omgivande alveolära benet och parodontiet är vid denna ålder fortfarande inte färdigutvecklade vilket gör att de erupterande tänderna endast utgör litet motstånd mot extrusiva krafter.

Behandlingen vid denna typ av skada är replantation, men följande faktorer bör beaktas innan replantationen den extraalveolära tiden och hanteringen av tanden före replantation. En exartikulerad tand bör inte förvaras torrt då cellerna i periodontalmembranet (rothinnan) torkar ut, utan den ska replanteras så fort som möjligt, eftersom chansen för revaskularisering minskar med ökad tid (2). In vitro studier har visat att 85 procent av periodontalmembranet är intakt efter tre timmars förvaring i mjölk jämfört med 55 procent i saliv. De stora skillnaderna mellan de två medierna anses bero på att mjölk har en lämplig osmolalitet för rothinnans celler och att saliv som innehåller

bakterier, ökar risken för kontaminering (3). En annan fördel med mjölk är att den är lättillgänglig.

Före replantation inspekteras tanden noggrant och synlig kontaminering avlägsnas genom att tanden försiktigt spolats med koksalt då mikroorganismer hämmar revaskulariseringen och leder till pulpanekros. Tandens placeras sen i en doxycyklin lösning i fem minuter. Lokal antibiotikabehandling har visat sig ha en gynnsam effekt på läkningen då doxycyklinet troligen hämmar tillväxten av de mikroorganismer som kontaminerar rotytan (4,5). Efter 5 minuter i doxycyklin, replanteras tanden försiktigt och fixeras till granntänderna med en flexibel fixering i 10 dagar.

### Prognos och komplikationer

De faktorer som har störst betydelse för prognosen är graden av rotutveckling och den extraalveolära tiden. De komplikationer som kan uppstå är pulpanekros, inflammatorisk rotresorption till följd av en pulpanekros och ankylos (ersättningsresorption) (1).

Beroende på vilken rotutvecklingsgrad tanden har vid exartikulationstillfället, varierar tandöverlevnaden vid denna typ av skada från 50-70 procent med den lägre siffran för tänder med icke fullständig rotutveckling (1).

Tandförlust av en framtand i unga år betyder både socio-psykologiska problem för patienten men också

## TEMA: BARN OCH ORAL HÄLSA

svårigheter att göra bra ersättningar eftersom alveolarutskottet krymper. Därför kan, i de flesta situationer, replantation av en exartikulerad tand, även med en dubiös prognos, vara bra då tanden kan fungera som en temporär lösning under patientens uppväxt till dess att definitiv behandlingsplanering (ofta multidisciplinär) kan utföras.

### Referenser

1. *Andreasen JO, Andreasen FM, Andersson L. Textbook and color atlas of traumatic injuries to the teeth 4th edition, Blackwell Munksgaard 2007.*
2. *Andreasen JO, Borum MK, Jacobsen HL, Andreasen FM. Replantation of 400 avulsed permanent incisors. 2. Factors related to pulpal healing. Endod Dent Traumatol 1995; 11: 59-68.*
3. *Blomlöf L, Lindskog S, Hammarström L. Periodontal healing of exarticulated monkey teeth stored in milk or saliva. Scand J Dent Res 1981; 89: 251-59.*
4. *Intrusive luxation of 60 permanent incisors: a retrospective study of treatment and outcome. Tsilingaridis G, Malmgren B,*

*Andreasen JO, Malmgren O. Dent Traumatol 2011 Nov 23. doi: 10.1111/j. 1600-9657.2011.01088*

5. *Cvek M, Cleaton-Jones P, Austin J, Lownie J, Kling M, Fatti P. Effect of topical application of doxycycline on pulp revascularization and periodontal healing in reimplanted monkey incisors. Endod Dent Traumatol 1990; 6: 170-176.*

Georgios Tsilingaridis,  
övertandläkare, Folktandvården  
Stockholm, Barntandvården,  
Eastmaninstitutet  
E-mail:  
georgios.tsilingaridis@ftv.sll.se



## Vad betyder fetma för den orala hälsan hos barn och ungdom?

Munhälsan hos barn med övervikt och fetma bör uppmärksammas mer. Detta i syfte att klarlägga vilken eller vilka mekanismer som ligger bakom sambandet mellan fetma och tandlossning. Då tandvårdsteamet möter barnen regelbundet under uppväxtåren, finns också goda möjligheter för tandvården att aktivt medverka i det viktiga förebyggande arbetet mot övervikt och fetma.



Epidemiologiska studier visar att övervikt förekommer hos cirka 15–20 procent av tioåriga svenska barn. Fetma förekommer hos cirka 3–5 procent. Ofta börjar barnfetma redan mellan 3- och 7-års ålder. Man kan ha en ärftlig benägenhet för övervikt och fetma men ändå undvika fetma genom en bra livsstil. Att drabbas av fetma redan som barn ökar risken för att utveckla andra sjukdomar däribland typ-2 diabetes och hjärt-kärlsjukdom. Även munhälsan hos barn med övervikt och fetma bör uppmärksammas mer och att

klarlägga vilken eller vilka mekanismer som ligger bakom sambandet mellan fetma och tandlossning. Då tandvårdsteamet möter barnen regelbundet under uppväxtåren finns också goda möjligheter för tandvården att aktivt medverka i det viktiga förebyggande arbetet mot övervikt och fetma.

Fetma kan karakteriseras som en lågradig kronisk inflammation som påverkar flera organsystem. Fettvävnaden producerar många olika typer av adipokininer däribland hormoner och olika cytokiner med pro- eller anti-inflammatorisk effekt. Det är därför av stort intresse att studera om och i vilken omfattning fetma påverkar munhälans vävnader hos barn och ungdom. Speciellt gäller detta tidiga tecken på tandlossning som är en inflammationsdriven sjukdom som drabbar tandens stödjevvnader.

### Fetma och parodontit

Den första studien som visade på ett samband mellan fetma och parodontit publicerades 1998 (1). Sedan dess

## TEMA: BARN OCH ORAL HÄLSA

har flera kliniska studier visat att kronisk parodontit förekommer oftare hos patienter med fetma, speciellt hos unga vuxna jämfört med normalviktiga (2). Studier finns som visar att patologiska tandköttsfickor oftare kan diagnostiseras hos ungdomar med fetma jämfört med normalviktiga. I en logistisk regressions analys påvisades att BMI-sds var signifikant associerad med förekomst av patologiska tandköttsfickor hos tonåringar även efter justering för viktiga confounders, såsom kön, ålder, tandköttsinflammation, tandsten i tandköttsfickan samt oral hygien (3). Att ha fördjupade tandköttsfickor redan som tonåring är en indikator på kronisk parodontit. Förhöjda nivåer av inflammationsassocierade cytokiner (IL-1 $\beta$ , IL-8) föreligger också i exsudatet från tandköttsfickan vilket visats på tonåringar med fetma (3). Det är i linje med tidigare observationer där vi sett en korrelation mellan koncentrationen av TNF $\alpha$  i gingivalexsudat och BMI hos en grupp patienter med svår fetma.

Hypotesen är att det förekommer en ökad inflammation i tandkötet vid fetma vilket påverkar det lokala immunförsvaret i tandens stödjevåvnader negativt och därmed ger ökad risk för tandlossning. Inflammationen i tandkötet kan vara orsakad av en förändrad kolonisation av parodontitassocierade bakterier eftersom vi nyligen påvisade stora skillnader i bakterieförekomsten i den orala biofilmen hos tonåringar med fetma jämfört med normalviktiga (4).

### Fetma och karies

Det finns en del studier som visar att barn med fetma har mer karies jämfört med normalviktiga barn. Intressant nog finns det studier som pekar mot att patienter med fetma uppvisar en sämre salivsekretionshastighet jämfört med normalviktiga (5). Tänkbara orsaker till den något försämrade salivsekretionen skulle kunna vara kronisk inflamma-

tion i salivkörtlarna vilket leder till en försämrad funktion och därmed en ökad risk för uppkomst av karies. Då kariessjukdomen hos barn är multifaktoriell och är starkt socioekonomiskt relaterad krävs att man korregerar för det i de statistiska analyserna samt prospektiva studier innan man kan konkludera att fetma är en riskfaktor för karies.

Sammantaget visar forskningen att munhälsan hos barn med övervikt och fetma bör uppmärksammas mer och att klarlägga vilken eller vilka mekanismer som ligger bakom sambandet mellan fetma och tandlossning. Då tandvårdsteamet möter barnen regelbundet under uppväxtåren finns också goda möjligheter för tandvården att aktivt medverka i det viktiga förebyggande arbetet mot övervikt och fetma.

### Referenser

1. Saito T, Shimazaki Y, Sakamoto M. *N Engl J Med* 1998;339:482-483.
2. Chaffee B W & Weston S J. *J Periodontol* 2010;81:1708-1724.
3. Modéer T, Blomberg C, Wondimu B et al *Int J Pediatric Obesity* 2011;6:e264-e270.
4. Zeigler C, Rutger Persson GR, Wondimu B et al *Obesity* 2012; 20:157-164.
5. Modéer T, Blomberg C, Wondimu B et al *Obesity* 2010; 18:2367-2373.



Thomas Modéer, Senior professor,  
avdelningen för pedodonti  
Institutionen för Odontologi,  
Karolinska Institutet  
E-mail: thomas.modeer@ki.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](http://www.sos-barnbyar.se)**

## TEMA: BARN OCH ORAL HÄLSA

# Barn som far illa – ur tandvårdens perspektiv

Ett karierat bett, petechier i gommen, eller barnet som aldrig kommer på utsatta tider? Tandvården har goda möjligheter att identifiera barn som far illa och kan vara en viktig pusselbit vid samverkan.



Prevalensen av polisanmälningar för allvarlig fysisk barnmisshandel har legat konstant på 3-4 procent under de senaste åren, men om man frågar ungdomarna själva så rapporterar 15 procent att de någon gång blivit slagna (1). Barnmisshandel är allas ansvar och för att förhindra att barn far illa behövs samverkan mellan professioner. Tandvårdsteamet har goda möjligheter att observera tecken på misshandel och försummelse eftersom barn och ungdomar, mellan 3-19 år, kallas till tandläkaren med 1-2 års intervall och då ofta till samma behandlare.

### Kliniska indikationer i tandvården

Att skilja vanliga förändringar från dem orsakade av misshandel är inte alltid enkelt. Inga skador är lika med misshandel men det finns fynd som sannolikt är orsakade av misshandel och som kan ses intraoralt.

Efter misshandel är skador i huvud- halsregionen mest frekvent förekommande. Vanligen beskrivs intraorala skador som synliga i gommen, munbotten, labiala frenulum samt i käkleden och på tänderna med angränsande vävnader. Orsaken till skadorna kan vara exempelvis forcerad matning; skador i gom och munbotten, sexuella övergrepp; petechier i bakre gommen, andra slemhinneförändringar samt grav tandvårdsrädsla eller fysisk misshandel, ett trasigt labialt frenulum och/eller utslagna, frakturerade samt luxerade tänder (2). Tandvården kan även bidra till att identifiera äldre skador. En rutinmässig

röntgenbild eller ett labialt frenulum med ärrvävnad kan avslöja tidigare okända trauma.

Att inte alls ta sitt barn till tandläkaren eller att låta en omfattande karies eller infektion vara obehandlad kan vara dental försummelse, en form av omsorgssvikt; vårdnadshavaren tar inte sitt barn till tandläkaren trots information om behandlingsbehov. Utan behandling kan dental funktionsnedsättning uppstå, vilket i praktiken betyder kraftig värk eller infektion som leder till sömnproblem, problem att äta, svårt att fungera i vardagen eller i grava fall också livshotande.

Risken för obehandlad karies ökar i samband med misshandel, men också sämre hygien och mer kooperationsproblem (3, 4). Vi har funnit ett starkt samband mellan dålig självupplevd tandhälsa och samtidigt erfarenhet av olika former av misshandel (5). Detta indikerar att misshandel och faktisk tandhälsa är associerade. Frågan om upplevd tandhälsa kan användas för att identifiera barn i risk, men också av icke tandvårdspersonal för att bedöma tandvårdsbehovet.

### Tandvårdens roll vid misstankar

Tandvården ska inte diagnostisera barnmisshandel eller försummelse, utan endast vidarebefordra sina misstankar till rätt instans. Det finns olika vägar för tandvården att samverka. Dels kan tandvården kontakta socialtjänsten vid misstanke om misshandel och dels kan de bistå socialtjänst, rättsläkare, polis och åklagare med information om barnets tandhälsa. Tandvården kan då vara ytterligare en pusselbit i en redan påbörjad utredning men kan också vara den första som uppmärksammat att barnet far illa. Det kan också visa sig att tandvården har fungerat och behandlingsbehov inte föreligger, vilket tyder på att föräldrarna inte brustit i omvårdnad i den aspekten.

### Referenser

1. Annerbäck EM, Wingren G, Svedin CG, Gustafsson PA (2010b). Prevalence and characteristics of child physical abuse in Sweden: findings from a populationbased youth survey. *Acta Paediatr* 99:1229-1236.
2. Cairnes AM, Mok JYO, Welbury RR. Injuries to the head, face, mouth and neck in physically abused children in a community setting. *Int J Paed Dent* 2005;5:310-318.

## TEMA: BARN OCH ORAL HÄLSA

3. Greene P, Chisick MC, Aaron GR (1994). A comparison of oral health status and need for dental care between abused/neglected children and nonabused/non-neglected children. *Pediatr Dent* 16:41-45.
4. Gustafsson A, Arnrup K, Broberg AG, Bodin L, Berggren U (2007). Psychosocial concomitants to dental fears and behaviour management problems. *Int J Paediatr Dent* 17:449-459.
5. Kvist T, Annerbäck E-M, Sahlqvist L, Flodmark O, Dahllöf G. Adolescents' self-reported experiences of abuse and self-perceived oral health. *Community Dent Oral Epidemiol* 2012 submitted.

Therese Kvist, Doktorand/  
ST-tandläkare  
Karolinska Institutet,  
Institutionen för odontologi,  
Avdelningen för pedodonti  
E-mail: therese.kvist@ki.se



### Fakta:

Tandläkarförbundet gav 2011 ut skriften "Tandvården och barn som far illa" där man lyfter fram vilka signaler som bör uppmärksammas samt exempel på goda rutiner.

## Tandhälsan hos för tidigt födda barn

För tidig födsel innebär en större risk för problem i tandvården hos barnet - främst av psykologisk art, men också i form av ökad förekomst av tandutvecklingskador. Dessa barn kräver särskilt omhändertagande i tandvården, men det är också viktigt att man inom barnhälsovården är medveten om problemen.



De för tidigt födda barnen är en av flera patientgrupper där tandvården behöver öka sina kunskaper, särskilt då allt fler av dessa barn överlever tack vare en alltmer utvecklad och framgångsrik intensivvård. I vårt samhälle växer det upp en ny grupp barn som är födda tre till fyra månader för tidigt och som tandvården måste skapa rutiner för när det gäller sjukdomsprevension och omhändertagande.

Med hjälp av tandvårdsjournaler, intervjuer, enkäter och klinisk undersökning har barn födda före graviditetsvecka 32 i Malmö och Lund sjukvårdsdistrikt

mellan åren 1994-1999 studerats avseende hur de klarat sin tandvård och hur deras tandhälsa påverkats från förskoleålder till tonår.

### Beteendeproblem i samband med tandvård

I samband med tandbehandling överensstämmer krav och förväntningar inte alltid med barnets förmåga eller mognad. Med kognitiva svårigheter, som generellt är vanligare hos de för tidigt födda barnen, är risken stor att barnen utsätts för överkrav och kan reagera med hyperaktivitet och koncentrationssvårigheter. Att klara av att sitta fint i tandläkarstolen, gapa stort när tandläkaren ska undersöka eller laga tänderna är svårt för alla barn och kan vara extra svårt om man är född för tidigt. Under förskoleperioden var det dubbelt så vanligt med behandlingsproblem vid klinisk undersökning och vid olika behandlingssituationer hos de för tidigt födda barnen jämfört med matchade kontrollbarn (1).

I en uppföljande intervjustudie (2) bekräftade föräldrarna problemen under förskoleperioden, men senare under skolperioden hade skillnaderna jämnat ut sig. När barnen var ytterligare lite äldre, vid 12-14 år och de själva fick svara på frågor i en enkätstudie, var de nöjda med sin tandvård och endast ett fåtal rapporterade tandvårdsrädsla (3).

## TEMA: BARN OCH ORAL HÄLSA

### Sämre mineraliserad emalj hos de för tidigt födda

Resultaten från en klinisk undersökning (4) visade att 38 procent av 10-12 år gamla för tidigt födda barn hade emalj-avvikelse, att jämföra med 16 procent i kontrollgruppen. Ju tidigare barnen var födda och ju mindre de vägde, desto större avvikelser sågs på emaljen.

Det är tidigare känt att komplikationer vid för tidig födelse kan leda till mineraliseringsstörningar i tändernas emalj, men studierna har främst koncentrerats på det primära bettet. Emalj på permanenta tänder bildas främst vid tidpunkten för födelsen och under första levnadsåret och en störning vid den här tidpunkten kan resultera i en livslång emaljskada som inte repareras, är estetiskt problematiskt och kan medföra en ökad risk för karies.

De för tidigt födda barnen uppvisade också en sämre munhygien. En förklaring kan vara att barnen har motoriska svårigheter, vilket tidigare har rapporterats hos denna grupp barn. När det gäller kariesförekomst sågs emellertid inga skillnader mellan grupperna.

Sammantaget visade studierna att under förskoleperioden hade de för tidigt födda barnen mer svårigheter och problem med att hantera stressituationer vid tandbehandling jämfört med de fullgångna kontrollbarnen. Under skolåren sågs en större risk för orala problem, främst i form av emaljestörningar hos de permanenta tänderna. Tandvården behöver utforma rutiner kring prevention och behandling och ge barnen extra stöd i vårdsituationen. Detta är särskilt viktigt då gruppen för tidigt födda barn i större utsträckning än andra barn och ungdomar har medicinska problem och kognitiva och motoriska svårigheter.

Det behövs också ett utökat samarbete mellan tandvården och barnhälsovården för att försäkra sig om en god oral hälsa hos för tidigt födda barn.

### Referenser

1. Brogårdh-Roth S, Stjernqvist K, Matsson L. Dental behavioural management problems and dental caries prevalence in 3- to 6-year-old Swedish children born preterm. *Int J Paediatr Dent* 2008;18:341-347.
2. Brogårdh-Roth S, Stjernqvist K, Matsson L, Klingberg G. Parental perspectives on preterm children's oral health behaviour and experience of dental care during preschool and early school years. *Int J Paediatr Dent* 2009;19:243-250.
3. Brogårdh-Roth S, Stjernqvist K, Matsson L, Klingberg G. Dental fear and anxiety and oral health behaviour in 12-to-14-year-olds born preterm. *Int J Paediatr Dent* 2010;20:391-399.
4. Brogårdh-Roth S, Matsson L, Klingberg G. Molar-Incisor Hypomineralization (MIH) and oral hygiene in 10-to-12-year-old Swedish children born preterm. *Eur J Oral Sci* 2011;119:33-39.

Susanne Brogårdh-Roth, odont.  
dr och över tandläkare, avd för  
pedodonti, Odontologiska fakul-  
teten, Malmö högskola  
E-post: susanne.brogardh@mah.se



# Stöd forskningen pg 900901-0

**Diabetesfonden**

Stiftelsen Svenska Diabetesförbundets  
Forskningsfond

www.diabetes.se

## TEMA: BARN OCH ORAL HÄLSA

# Vård av barn med LKG-spalt

När ett barn föds med en läpp-käk-gomspalt besöker någon i personalen från LKG-teamet familjen på BB. Under besöket ges muntlig och skriftlig information. Ungefär hälften av de synliga spalterna har tidigare observerats på ultraljud och föräldrarna har i många fall redan besökt LKG-teamet för information. Men vad händer sedan?



*Prekirurgisk käkortopedisk behandling med en gomplatta med näskrok och tejp över läppspalten.*

Barn födda med en läpp- käk- eller gomspalt (LKG) eller andra kraniofaciala anomalier behandlas i multidisciplinära behandlingsteam i Umeå, Uppsala-Örebro, Stockholm, Linköping och Malmö. Behandlingarna är likartade i landet även om tidpunkterna för kirurgi och kirurgisk teknik kan variera. I Sverige föds ca 200 barn per år med LKG. Prevalensen är 2/1000 födselar. Sannolikt orsakas spaltbildningen av en samverkan mellan multipla gener, epigenetik och miljöfaktorer.

### LKG-teamet

*Plastikkirurgen* sluter spalterna kirurgiskt. *Ortodontisten (käkortoped)* följer ansiktets och käkarnas tillväxt samt tandväxlingen. Preoperativ käkortopedi och tandreglering utförs vid behov. *Logopeden* följer joller- och talutvecklingen samt utför regelbundna talinspelningar och behandlar vid behov. *Psykologen* är en resursperson för barnet och familjen genom uppväxten. Vid behov anlitas *övriga medicinska och odontologiska specialister* t ex *Öron-näsahalsläkaren* som följer hörselutvecklingen och kontrollerar trumhinnorna, många barn med gomspalt kan behöva transmyringeala rör pga otosalpingiter. *Käkkirurgen* utför ortognatkirurgi om käkarna växer ogynnsamt och installerar tandimplantat vid behov.



*8-årig flicka född med en vänstersidig total läpp- käk och gomspalt. Hon har en primär 62 i det distala segmentet samt korsbett på vänster sida. Bentransplantation är ännu ej utförd.*

### Så behandlas barnet

När ett barn föds med en LKG-spalt besöker en från LKG-teamet familjen på BB och ger muntlig och skriftlig information. Ungefär hälften av de synliga spalterna har tidigare observerats på ultraljud och föräldrarna har i många fall redan besökt LKG-teamet för information. Barn födda med gomspalt kan inte ammas på grund av att den mjuka gommens muskulatur är delad och det är svårt att få vakuum i munhålan. Barnet får därför en mjuk nappflaska och en speciell napp för att underlätta matningen. Om spalten är vid och om tungan ligger i spalten görs ett gomavtryck för en gomplatta. Om näsan devierar kraftigt fästs nässtöd till gomplattan för att omforma näsbrosken. Om ingen gomplatta behövs kan man fästa näskrokar mot pannan med tejp. För att underlätta för plastikkirurgen tejpas läppen preoperativt.

När barnet är 2 – 3 veckor kallas familjen till en LKG-konferens där de träffar plastikkirurg, ortodontist, logoped och psykolog. En individuell vårdplan görs med stöd av det vårdprogram som finns. Denna typ av konferens upprepas vid 5, 10, 16 och 19 år samt därutöver vid behov. Registreringar görs inför konferenserna med gipsmodeller, foto och röntgen för kontroll av tandanlag, ansikts- och käktillväxt samt talinspelningar för bedömning av talet. Vid konferenserna görs en samlad bedömning av välmående, funktion och estetik. Barnen följs av teamet tills de är 19 år eller färdigbehandlade. Data förs fortlöpande i ett nationellt kvalitetsregister.

## TEMA: BARN OCH ORAL HÄLSA



*I det permanenta bettet saknas 22, platsberedning för tandersättning regio 22 med tandregleringsapparat.*

### I Stockholm tillämpas följande kirurgiska protokoll:

Vid fem – sex månader utförs en läpp- näsplastik och den mjuka gommen sluts. Den hårda gommen sluts vid 24 månader. Vid 7 – 12 år utförs en bentransplantation från höft till käkspalt. Tidpunkten varierar beroende på vilken tand, lateral eller hörntand, som ska eruptera i bentransplantatet. Vid behov utförs en talförbättrande operation, korrigerande ingrepp av näsa och läpp eller ortognatkirurgi. Överkäken är ofta något underutvecklad och en kirurgisk framflyttning av maxillan kan bli nödvändig, ibland kombinerad med en tillbakaflyttning av mandibeln när tillväxten är avslutad.

### Ortodonti (tandreglering)

Preoperativ käkortopedi utförs vid behov inför den primära läpp-näsplastiken. Om käksegmenten är kollapsade utförs en vidgning av överkäken inför bentransplantationen. Om tänderna är felplacerade sker en utjämning av tandbågarna med fastsittande tandställning och käkarna anpassas till varandra med eller utan ortognatkirurgi. Ungefär hälften av alla barn med LKG-spalt saknar en lateral. Tandluckan sluts med tandreglering eller ersätts med en bro eller ett implantat.

*Agneta Karsten, Docent,  
Övertandläkare i Ortodonti  
Stockholms Kraniofaciala Team,  
Institutionen för Odontologi  
E-mail: Agneta.L-A.Karsten@ki.se*



## Annonsera i Barnläkaren 2013

Kontakt: [info@barnlakaren.se](mailto:info@barnlakaren.se)

1. Kardiologi	(mat.dag) 17 dec (utgivn)	28 jan
2. Ovanliga sjukdomar	21 feb	28 mar
3. Pediatrikens historia	23 apr	30 maj
4. Internationell barnsjukvård	21 jun	26 jul
5. Utsatta barn	23 aug	27 sep
6. Barnpsykiatri	23 okt	28 nov

[www.barnlakaren.se](http://www.barnlakaren.se)

## INTERVJUN

# Civilingenjörstudenten som blev barnnefrollog

I nära 40 år har barnläkaren Ulla Berg behandlat njursjuka barn på Huddinge sjukhus. Idag är hon pensionär, men arbetar fortfarande en dag i veckan, för att hon tycker att det är så roligt. I en intervju med Barnläkaren berättar hon om sin långa yrkeskarriär och om sina erfarenheter av att själv vara patient.



Året var 1959 och Ulla Berg som då var 18 år hade blivit antagen till både civilingenjörutbildningen på KTH och läkarlinjen på Karolinska Institutet (KI). Så här i efterhand kan man säga att det var tur att terminen på KI startade en månad före KTH.

## Ångrade aldrig yrkesvalet

Jag tänkte att jag prövar läkarutbildningen några veckor iallafall, säger Ulla Berg.

Hon blev kvar på KI och det valet har hon aldrig ångrat. Efter läkarexamen 1966 arbetade hon på kronprinsessan Lovisas Barnsjukhus i Stockholm. Där började hon göra njurfunktionsundersökningar på barn med urinvägsinfektioner.

Efter några år, 1971, sa min handledare att nu börjar det bli dags för disputation. Jag hade inte riktigt förstått att det var en avhandling jag jobbade med. Det var bara spännande att försöka förstå vad som påverkade njurfunktionen, skrattar hon.

## Medverkade till uppbyggnad av nefrologienhet

Hon specialiserade sig inom pediatrik och 1974 lockades hon över till den nyöppnade barnkliniken på Huddinge sjukhus. Sedan dess har hon varit sjukhuset trogen.

Det har varit otroligt spännande att få vara med om att bygga upp barnnefrologienheten i Huddinge, säger hon. Hon berättar att förutsättningarna för njursjuka barn förbättrades markant i början av 1980-talet när det immunhämmande läkemedlet ciklosporin kom. Det var

främst då man kunde börja njurtransplantera även yngre barn och inte bara tonåringar eller vuxna som tidigare.

Sjukdomar som leder till njursvikt hos barn är ofta medfödda och helt andra än de som orsakar njursvikt hos vuxna. Många drabbas av terminal njursvikt redan under första levnadsåret. För att kunna ta emot en donerad njure från en vuxen måste barnet väga över åtta kilo. Nu kan vi sätta in dialys redan på nyfödda i väntan på transplantation. Förut kom de här små barnen inte ens till oss. Det var ingen idé, säger Ulla Berg.

## Tillät sig inte att vara trött

Idag genomförs cirka 15 njurtransplantationer på barn per år i Sverige, de flesta i Huddinge.

Ofta kommer man nära de här familjerna med svårt njursjuka barn. Det är fantastiskt att se hur bra många återhämtar sig efter transplantationen. Nu har den första generationen transplanterade barn vuxit upp och det blir en ny utmaning för vuxen-nefrologerna. Det är viktigt att följa upp de här nya överlevarna så att de får en bra livskvalité, säger hon. Som verksam barnläkare och fränskild ensamstående mor till två barn var forskning något Ulla Berg främst kunde ägna sig åt på kvällar och nätter när barnen hade somnat.

Jag tillät mig helt enkelt inte att vara trött. Jag tyckte att det var så kul. Som tur var bodde jag granne med mina föräldrar. De kunde rycka in och ta hand om barnen när jag hade jourer, berättar hon.

Redan 1973 drabbades Ulla Berg av multipel skleros, men kunde trots diagnosen jobba på som vanligt.

## Lärorikt att själv vara patient

Jag vande mig vid att leva med sjukdomen. Till en början hade jag bara smärtsymtom. När jag började använda rullstol 2003 kunde jag inte ha jourer längre, men annars har det inte påverkat mig så mycket. Det var värre när jag drabbades av bröstcancer, 1981. Jag trodde att jag skulle dö ifrån mina barn. Sedan dess känner jag en otrolig tacksamhet över livet. Som läkare har det varit

## INTERVJUN

lärorikt att själv vara patient, även om jag förstås helst hade sluppit den erfarenheten, säger hon. Idag har hon dragit ner på tempot, men arbetar fortfarande en dag i veckan. Ja, jag kan inte riktigt släppa det. Det blir en del forskning och så deltar jag i diskussioner om svåra patientfall. Jag tycker fortfarande att läkarjobbet är otroligt spännande.



Anna Käll, Frilansjournalist  
E-mail: Anna.kall@ki.se

### FAKTA

**Ulla Berg, barnnefrolog**

**Familj:** Två barn och sex barnbarn

**Bor:** Saltsjöbaden utanför Stockholm

**Bakgrund:** Uppvuxen i Stockholms innerstad. Började skolan tidigt och fick gå i samma klass som sin två år äldre bror. Läkarexamen 1966. Specialistutbildning i pediatrik. Disputerade 1971. Arbetade på Kronprinsessan Lovisas Barnsjukhus och S:t Görans Sjukhus innan hon kom till Huddinge sjukhus 1974, där hon har arbetat med barnnefrologi, undervisning, samt klinisk forskning, bland annat om faktorer som påverkar överlevnad av njurtransplanterat. Adjungerad professor 1997-2008 vid Karolinska Institutet.

**Gör idag:** Är professor emerita. Jobbar en dag i veckan.

**Fritidsintressen:** Träffa barnbarnen, resa och att gå på teater.



NÄTVERKET FÖR BARNLÄKARE UNDER UTBILDNING

**24-25 januari 2013 ordnar BLU internat/medlemsträff för alla intresserade kontaktpersoner/ST-läkare/vik ul!**

Vi träffas för att diskutera aktuella frågor kring ST-utbildningen, arbeta kring förslag till förbättringar och för att nätverka. I år lägger vi bla fokus på det nya upplägget med SK-kurser som ska planeras efter det faktiska behovet (vilka kurser behöver/vill vi ha? Vad saknas? Hur ska kurserna fördelas under ST?), specialistskrivningens framtid och det vetenskapliga arbetet (får alla tillräckligt med tid för att uppnå målet?).

Vi kommer även ha en särskild föreläsning om barnmisshandel och barn som far illa. Vi hoppas att så många som möjligt har möjlighet att komma till Stockholm 24-25/1 för detta! För anmälan och information maila [info@blu.to](mailto:info@blu.to)

*BLU (Barnläkare under utbildning) är nätverket för alla ST-läkare och nyblivna specialister i barn- och ungdomsmedicin. Du blir medlem i BLU genom att gå med i specialistföreningen BLF, det kostar inget extra. BLU drivs till 100% på frivillig basis. Nätverket får bidrag från BLF, men ingen ersättning går till styrelseledamöterna. Syftet med BLU är att bevaka framför allt frågor rörande utbildning (fackliga frågor drivs av SYLF), men minst lika viktig är målsättningen att vara ett forum för yngre barnläkare, att skapa tillfällen för medlemmar från olika sjukhus och delar av landet att träffas och utbyta erfarenheter. [www.blu.to](http://www.blu.to)*

## VETENSKAP

Redaktör Catarina Almqvist Malmros

# Pediatrik forskning i Göteborg

Den pediatrika forskningen i Göteborg har givit många viktiga bidrag till den barnmedicinska utvecklingen. Arvid Wallgren gjorde sina viktiga studier av tuberkulos under sin tid vid Göteborgs Barnsjukhus på 1920- och 1930-talet. I slutet av 1950-talet vitaliserades forskningen under den unge Rolf Zetterströms ledning.



*Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus.*

Petter Karlbergs arbeten gav oss de svenska tillväxtkurvorna och Bengt och Gudrun Hagbergs studier av CP-panoramata är klassiska. Ingemar Kjellmer förde in sitt fysiologiska kunnande i neonatologin medan Birgitta Strandviks insatser inom CF-vården gjorde att behandlingsresultaten blev bland de bästa internationellt. Idag kännetecknas den pediatrika forskningen i Göteborg både av stor bredd och av studier med hög kvalitet.

Kerstin Albertsson Wikland leder en stor grupp där hon och medarbetare sedan många år studerar olika aspekter på barns tillväxt och behandling med tillväxthormon. Detta har lett till nya tillväxtkurvor och förbättrade modeller för behandling med tillväxthormon. I höst har Peter Adolfsson disputerade i gruppen på en avhandling om dykning och diabetes.

Jovanna Dahlgren, Staffan Mårild och medarbetare har flera projekt inriktade på barnfetma, såväl populationsbaserade studier som studier av mekanismer och behandling. I forskningsgruppen disputerade Ralph Decker nyligen på en avhandling om metaboliska effekter av individualiserad behandling med tillväxthormon. Diana Swolin Eides forskning är inriktad på benvävnaden, bland annat bentäthet och benmärkörer vid sjukdomar som ger skelettpåverkan men också hormonell påverkan på skelettet. Diabetesforskningen vid barnsjukhuset leds av Gun Forsander.

Anders Fasth leder en forskningsgrupp med många medarbetare där man studerar primära immundefekter,

autoinflammatoriska tillstånd och reumatiska sjukdomar. Louise Laurell disputerade nyligen i gruppen på en avhandling om användning av ultraljud för diagnostik och uppföljning vid juvenil idiopatisk artrit.



*Lekande barn på Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus*

Olov Ekwall och medarbetares forskning rör autoimmuna sjukdomar där man syftar till prevention, tidig diagnostik och behandling av autoimmuna sjukdomar. Stefan Bergs forskning beskriver incidens och prevalens, klinisk bild, ärftlighetsgång och förlopp vid autoinflammatoriska sjukdomar, bland annat intresserar man sig för familjär medelhavsfeber. Birger Trollfors forskningsområde är vacciner, särskilt kikhostevaccination. Sólveig Óskarsdóttir forskar om 22q11-deletionssyndromet. Carola Kullberg-Lindh forskar om opportunistiska virusinfektioner hos immunsupprimerade barn vid organ- och stamcellstransplantation.

Nefrologi är ett starkt forskningsområde vid barnsjukhuset där grunderna lades av Jan Winberg och Ulf Jodal. Forskningsgruppen leds idag av Sverker Hansson och forskningen är inriktad på urinvägsinfektioner och njurskador. Den kända Svenska Refluxstudien är en nationell multicenterstudie som leds från Göteborg.

Den barnkardiologiska forskningen presenterades i Barnläkarens forskningsnummer (nr 1, 2012). Här kan nämnas uppmärksammade studier av Ingegerd Östman-Smith och medarbetare om screening för hjärtfel på BB

## VETENSKAP

med pulsoximetri och om hypertrofa kardiomyopatier. Ewa-Lena Bratt disputerade nyligen i det senare projektet.

Sedan 1970-talet är neuropediatrika forskningen stark i Göteborg. I forskningsnumret i våras skrev Kate Himmelmann och Paul Uvebrant om långtidsstudierna av CP-panoramats utveckling. Paul Uvebrants grupp studerar cerebral pares, hydrocefalus och tillsammans med Ingrid Olsson och Tove Halböök epilepsi. Mår Tulinius och Niklas Darin studerar neuromuskulära och neurometabola sjukdomar. I det projektet ingår behandlingsstudier vid Duchennes muskeldystrofi. Sjukgymnasten Anna Öhman studerar torticollis och lägesbetingade skalldeformiteter, något som ökade när spädbarnen började sova på rygg för att minska risken för plötslig spädbarnsdöd.

Göran Wennergren och medarbetare studerar risk- och friskfaktorer för astma och allergi hos barn i födelsekohorten Västra Götalands Barn vilken hittills följts till 8 års ålder. Emma Goksör disputerade nyligen på en avhandling baserad på data från studien där bland annat visades att tidig introduktion av fisk i spädbarnets kost minskar risken för utveckling av astma. Tillsammans med Bernt Alm och Per Möllborg kartläggs det aktuella riskfaktormönstret för plötslig spädbarnsdöd.

Bill Hesselmar, Nils Åberg och medarbetare driver ofta citerade epidemiologiska studier av astma och allergi och svarar för den pediatrika delen av den välkända Flora-studien. Per Gustafsson driver flera lungfysiologiska projekt där perifer luftvägssjukdom studeras. Tillsammans med Anders Lindblad studerar han funktionen i de små luftrören vid cystisk fibros.

Den barnonkologiska forskningen leds av Birgitta Lantering, som har sin inriktning på hjärntumörer, och av Jonas Abrahamsson som har forskning kring stamcellstransplantation, barnleukemi och cytostatikaterapi vid leukemi.

Robert Saalman och medarbetare forskar om inflammatoriska sjukdomar i mag-tarmkanalen, som celiaki, inflammatorisk tarmsjukdom (IBD) och födoämnesallergi.

Den neonatologiska forskningen har stark ställning vid barnsjukhuset sedan den leddes av Petter Karlberg och Ingemar Kjellmer. Idag finns aktiv forskning om riskfaktorer och patogenetiska mekanismer vid bronkopulmonell dysplasi i Kristina Brys grupp. Andra neonatala forskningsprojekt leds av Karin Sävman, Aimon Niklasson och Ola Hjalmarson. Ögonläkarna Ann Hellström och Marita Andersson Grönlund studerar ögon

och synskador hos prematurfödda barn. Anders Flisberg disputerade under det gångna året på en avhandling om EEG-monitorering hos det nyfödda sjuka barnet.

Av utrymmesskäl har vi inte mer än kortfattat kunnat presentera aktuella projekt och en del projekt har vi fått avstå från att presentera. För en detaljerad redogörelse för forskningen vid Avdelningen för Pediatrik vid Göteborgs universitet och Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus, hänvisas till vår årliga forskningskatalog. Där redovisar de olika forskningsgrupperna sina projekt. Förutom de barnmedicinska projekten finns där också redogörelser för de barnkirurgiska och barnpsykiatriska projekten vid Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus. Forsningskatalogen kan laddas ned som pdf: [http://www.sahlgrenska.se/upload/SU/omrade\\_barn/fou/Forskning\\_2011.pdf](http://www.sahlgrenska.se/upload/SU/omrade_barn/fou/Forskning_2011.pdf)

## Forskning inom barn- och kvinnosjukvård 2011



Område 1, Sahlgrenska Universitetssjukhuset  
Sektionen för kvinnors och barns hälsa, Sahlgrenska akademien



GÖTEBORGS  
UNIVERSITET



VÄSTRA  
GÖTALANDSREGIONEN  
SAHLGRENKA UNIVERSITETSSJUKHUSET

Omslaget till den senaste forskningskatalogen

## VETENSKAP

Göran Wennergren, professor, överläkare, Avdelningen för Pediatrik, Göteborgs universitet, Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus, Göteborg  
E-mail: goran.wennergren@pediat.gu.se



Paul Uvebrant, professor, sektionschef, Avdelningen för Pediatrik, Göteborgs universitet, Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus, Göteborg  
E-mail: paul.uvebrant@pediat.gu.se



### Avhandlingar inom Barnmedicin

#### Disputera? Glöm inte att anmäla detta till Barnläkaren ([info@barnlakaren.se](mailto:info@barnlakaren.se))

**Annika Winmo**, Umeå Universitet disputerade den 7/9

**Titel:** The long QT Syndrome in Sweden - Founder Effect and Associated Cardiac Phenotypes

**Opponent:** Professor Eric Schultze-Bahr, Münster, Germany

**Marie Meeths**, Karolinska institutet disputerade den 12/10

**Titel:** Genetic, cellular and clinical studies of hemophagocytic lymphohistiocytosis

**Opponent:** Professor Kim E. Nichols, Children's Hospital of Philadelphia

**Ira Jeglinsky**, Karolinska institutet disputerade den 26/10

**Titel:** Family-centredness in services and rehabilitation planning for children and youth with cerebral palsy in Finland

**Opponent:** PhD Reidun Jahnsen, Oslo Universitetssjukhus

**Peter Adolfsson**, Sahlgrenska akademien, institutionen för kliniska vetenskaper, avdelningen för pediatrik disputerade den 14/9

**Titel:** Recreational scuba diving and type 1 diabetes - glucose control during physical exercise

**Opponent:** Professor Jan Bolinder, Institutionen för medicin, Karolinska universitetssjukhuset, Huddinge

**Anna-Lena Birkeland**, Inst för klinisk vetenskap, Pediatrik, Umeå Universitet, disputerade den 30/11

**Titel:** Psykosociala aspekter på att leva med medfött hjärtfel. Ur barnets, familjens och professionens perspektiv

**Opponent:** Professor Lennart Köhler, Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap, Göteborg

#### Kommande:

**Anders Nygren**, Sahlgrenska akademien, avdelningen för pediatrik, disputerar den 30/11

**Titel:** Growth hormone and the heart in children

**Opponent:** Opponent: Michael Burch, Great Ormond Street, Hospital for Children, London, UK

**Harmut Vogt**, Institutionen för klinisk och experimentell medicin, Karolinska Institutet disputerar den 6/12 kl 09.00, Berzeliussalen, Campus US, ingång 65, pl 09

**Titel:** Early life factors and the long-term development of asthma.

**Opponent:** Docent Catarina Almqvist Malmros, Karolinska Institutet

**Paolo Fernandez - Vojvodich**, Karolinska Institutet disputerar den 18/1 2013

New treatment strategies for growth failure caused by chronic inflammation in children

**Opponent:**

#### Avhandlingar med anknytning till detta nummers tema Barn och oral hälsa

**Liselott Paulsson**, disputerade den 24/4 (2009)

**Titel:** Premature birth studies on orthodontic treatment

**Susanne Brogård - Roth**, disputerade den 17/12 (2010)

**Titel:** The preterm child in dentistry - behavioural aspects and oral health

## SVAR DIREKT

# Många sjukdomar yttrar sig med förändringar i munhålan. Barnläkares kunskap om detta är bristfällig. Hur kan man förbättra deras kunskap om oral medicin?

**Ann Kleist, ST-läkare, Barn- och ungdomsmedicinska mottagningen Biskopsgården, Primärvården, Göteborg**



–Man skulle behöva få en bättre bas redan på grundutbildningen. För mig är det till exempel otydligt exakt var gränsen går mellan ÖNH respektive tandläkarnas områden. Man skulle också kunna bjuda in tandläkare att föreläsa på utbildningsdagar. Sedan behöver man kanske arbeta upp kontaktvägar, så att man vet vem man kan kontakta och fråga. Finns det till exempel en konsult/dagjour på pedodontin eller sjukhustandvården som man kan ringa vid behov?

**Lars Hagenäs, barnendokrinolog, Astrid Lindgrens barnsjukhus, Solna**



–Inspektion av munhåla och svalg kan, om man vet vad man letar efter, ibland ge värdefulla diagnostiska idéer. Vissa storvuxenhetssyndrom karakteriseras av avvikande munhåleanatomi; vid Sotos syndrom hög välvning av gommen och vid Marfans syndrom hög och trång gom som kan påverka bettet med malocclusion och trängsel för tänderna. Makroglossi, stor tunga är typiskt för Beckwith-Wiedemanns syndrom men ses också vid kongenital hypotyreos, neurofibromatos och glykogeninlagringssjukdom. Trångt svalg med eller utan stora tonsiller kan orsaka snarkning under djup sömn med hypoventilation och apnéer resulterande i trötthet dagtid samt störd längdtillväxt. Hyperpigmentering av gingiva kan ses vid långvarigt ACTH-påslag vid binjurebarksvikt. Kronisk eller recidiverande uttalad candidiasis och aftösa sår finns vid immunbristtillsånd (tänk på AIDS!). För denna patientkategori kan reaktivering av herpesinfektion

ge långdragna, besvärliga munhålelesioner. En CMV-infektion kan ge djupa penetrerande sår hos immunsupprimerade individer. Candidiasis kan också uppträda hos immunkompetenta individer vid inhalationssteroidbehandling för astma.

**Christian Penno, överläkare, Barnkliniken, Helsingborgs Lasarett**



–Munhålan normala fysiologi, patologi samt bakteriologi särskilt avseende tänder och tandkött är för mig och sannolikt för många barnläkare ett ganska mörkt område. Ämnet bör in i målbeskrivningen för specialistutbildningen. Lämpliga fora för utbildning skulle t ex kunna vara en “munhåledag”, en SK-kurs i infektioner med föreläsare från odontologen. Fanns kravet på kunskaper i detta ämne skulle det kunna öppna munhålan i klinikernas interutbildningar. Lyfter man detta ämne så tror jag många skulle vara intresserade att lära sig mera”

**Yigael Finkel, barnläkare, Söderssjukhuset (KI SÖS)**

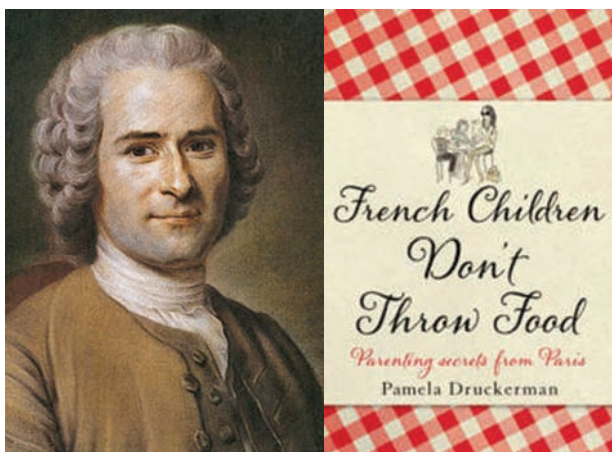


– Munhålan är övre delen av matsmältningskanalen. Oralmotoriska problems effekter på nutrition finns med i pediatrikutbildningen. Övrig oral medicin har inom medicinsk vetenskap huvudsakligen skiftats ut till ÖNH, logoped och tandläkare. *Reclaim the oral cavity* skulle ge ökad förståelse för kopplingen mellan immunologiska sjukdomar och munslemhinnan. Lär ut att fråga om “tandstatus vid senaste undersökning hos tandläkare” och att undersöka munnen **utan spatel**. Tricket är att få barn och ungdomar att skrika högljutt med gapande mun och bakåtlutat huvud under 30 sek, vilket ger fullgod vy av det man vill se.

## KULTUR

Redaktör: Carl Lindgren

# Rousseau och nutida fransk barnuppfostran – recension av ny bok



*French children don't throw food* Pamela Druckerman,  
368 sidor, Doubleday, London ISBN9780385617611

Sannolikt är väl Jean-Jacques Rousseau den filosof som betytt mest för vår moderna uppfattning om barnet. I år är det 300 år sedan han föddes i Genève. I strid med dåtidens uppfattning argumenterade han för att alla kvinnor även inom aristokratin skulle amma sina barn. Rousseau menade att barn var goda människor från födelsen och inte syndare, vilket Calvin och Luther hävdade. Barn skulle uppfostras som fria individer och inte från början lindas som var vanligt på den tiden. De skulle leva nära naturen och inte växa upp i en miljö där man pudrade sig och bar peruker. Han var också emot barnaga. Hans bok "Emile eller om uppfostran" inspirerade både Ellen Key och Maria Montessori. Men han levde ingalunda som han lärde. Hans fem egna barn lämnades till ett hittebarnshus, där de sannolikt dog tidigt.

### Skriver rapport i amerikansk stil

Vår egen föräldraguru Anna Wahlgren har blivit avslöjad av sin dotter som en oduglig mamma till sina nio barn. I flera tidningsartiklar förklaras hon nu vara slut som rådgivare till miljontals föräldrar. En annan föregångsman när det gällde att ta hand om barn, särskilt besvärliga pojkar, var Skå-Gustav Jonsson som var min lärare i barnpsykiatri. Jag rankar honom som en av de bästa föreläsarna jag haft under läkarutbildningen. Men häromåret odug-

ligförklarades han som pappa av sin son Staffan Lamm. Frågan är huruvida Rousseau, Anna Wahlgren och Skå-Gustaf fortfarande kan tjäna som förebilder. Vad skall man nu rekommendera nyblivna föräldrar att läsa?

Jag skulle själv rekommendera "French children don't throw food. Parenting secrets from Paris" av Pamela Druckerman (Doubleday 2012). Hon skriver rappt i bästa amerikanska stil och är väl uppdaterad när det gäller den nya barnpsykologiska forskningen. Hon fångar väl skillnaderna i synen på barnet mellan USA, England och Frankrike. Man känner igen mycket av diskussionen här hemma i Sverige också. Min enda invändning är titeln som egentligen är lite missvisande för boken handlar om mycket mer än om hur man tar hand om sitt barn än bara vid matbordet.

### Belyser kulturskillnaderna mellan franskt och amerikanskt

Boken utgår från författarens egen erfarenhet att som amerikanska ha barn i Frankrike tillsammans med en engelsk pappa. Prologen handlar om hur författaren tillsammans med sin brittiske make och sitt 18 månaders barn tillbringar sin semester på en fransk badort. Som alla andra turister äter de middag på en trevlig fiskrestaurant i hamnen. Men det blir en förskräcklig måltid. Barnet är helt ointresserat av att äta utan ägnar sig åt att spilla ut saltet, riva sönder sockerpåsarna och krångla sig ur barnsitsen för att sedan springa runt bland de andra gästerna och ner mot det farliga vattnet. Föräldrarna bestämmer sig för att beställa in alla tre rätter samtidigt och avslutar snabbt sin middag. Men mamman förvånar sig över att de franska familjerna runt omkring dem, verkar äta i lugn och ro och njuta. Även de minsta barnen sitter snällt till bords och äter alla rätter i turordning. De lägger sig också i tid och somnar utan skrik och vyssjningar. Hur bär de franska föräldrarna sig åt?

Den franska gurun när det gäller hur man lever med barn hette Francoise Dolto (1908-1988), nästan helt okänd utanför Frankrike. Denna barnläkare och psykoanalytiker lyckades väl med sina tre egna barn. Som en klok mormor med tjocka glasögon och matronaliknande utseende lyckades hon skapa en hel "Génération Dolto" under 1980-talet. Hennes motto var att tala till barnen och

## KULTUR

förklara exempelvis när de bär sig illa åt som om de vore vuxna. Det gäller även spädbarn. Hon menade att ett barn skall vara svartsjukt, när det får ett yngre syskon och inte daltas, för att undvika situationer som kan öka svartsjukan. Även små barn skall gå med på begravningen av exempelvis en avliden mor- eller farförälder.

### Gränssättning franskt ledord

I Frankrike har det statliga daghemmet "la crèche" högt status. Man kan placera sitt barn där redan från nio månaders ålder. I det avseendet är Sverige mer likt Frankrike än USA, där man i första hand satsar på att skaffa en "nannie" om man inte stannar hemma förstås.

Ett ledord i all fransk barnfostran är "cadre", som väl närmast kan översättas med gränssättning. Men det är inte bara det? Ordet myntades av Rousseau, som vi tror tillät att barnet fick leva helt fritt. Men det stämmer inte riktigt utan inom vissa ramar – "cadre". Till dessa absoluta regler hör att äta regelbundet och äta upp, säga

"Bonjour Monsieur/Madame" till alla man möter och sedan "Au revoir Monsieur/Madame" när de går.

Frankrike är dock inget föregångsland när det gäller barns rättsliga ställning (det finns ingen lag mot barnaga) och barnsäkerhet som i Sverige. Inte heller följer man Rousseaus rekommendation att amma sina barn tillräckligt. Men vi borde kunna lära oss mer av Frankrike när det gäller barns matkultur, läggtider och artighet.



Hugo Lagercrantz, professor i barn-  
medicin, Karolinska institutet  
E-mail: hugo.lagercrantz.ki.se

## Julsaga

### Nyåret 2018



Foto: Rebecka Lagercrantz

Det hände sig vid den tiden då Svenska Akademien till slut gått med på att stryka orden han, hon, hans, hennes och alla andra pronomen som antyder att det finns en

skillnad mellan manligt och kvinnligt kön. Att kvinnan är en social konstruktion hade den socialdemokratiska regeringen fastslagit redan år 2004. Men nu hade den nuvarande regeringen bestämt sig för att genomdriva könsorsreformen. Regeringen bestod av en koalition av moderatdemokraterna under ledning av Anders Borg och socialmoderaterna under ledning av Magdalena Andersson. Den politiska kartan hade nämligen ritats om sedan Centerpartiet och Kristdemokraterna åkt ur Riksdagen. Regeringen hade också bestämt att personnumren skulle vara könsneutrala och alltid ha en 0:a som slutsiffra. På nyårsafton år 2017 var man beredd på alla landets BB:n att ta emot det nya könsneutrala

barnet. Det skulle ju uppmärksammas av media. En asylsökande gravid kvinna inkommer till det just färdigbyggda NKS – Nya Karolinska Universitetssjukhuset

## KULTUR

Solna (Sjukhusbygget hade försenats flera år). Hon får tilltagande värkar några veckor före beräknad partus, kanske beroende på att hon känner sig väldigt stressad på väg att skattskrivas vid Migrationsverket i Norrköping. Hon förnekar bestämt att medföljande man är barnafader, för detta är en speciell IVF graviditet, som hon var tvungen att ordna med Guds försyn för att få stanna i Sverige.

Personalen på förlossningsavdelningen är orolig för man har hört att det också kommit in en kvinna med kraftiga värkar till Sahlgrenska sjukhuset Östra. Men med oxytocindropp lyckas man få ut barnet exakt kl. 00.00 den 1/1/2018. Eftersom barnet är lite för tidigt fött, så måste hen läggas i kuvös. Tyvärr finns det dock inga vårdplatser kvar på Neonatalen, varför hen hamnar på en avdelning med mest äldre patienter. Enligt det nya konceptet på

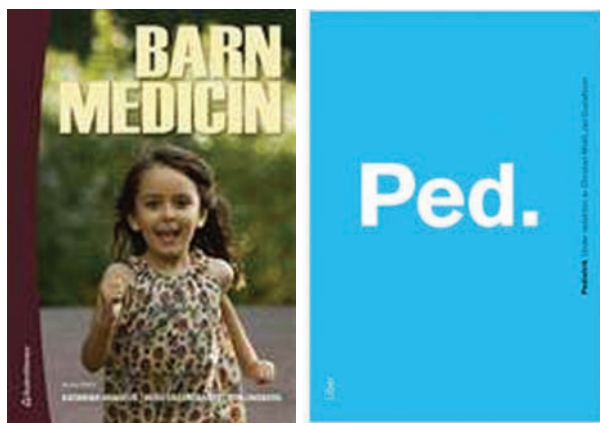
NKS så är sjukhussängarna inte direkt knutna till särskild klinik. Sjukhusledningen hade genomfört kraftiga sparberättelser efter att budgeten överskridits katastrofalt vid bygget av det nya sjukhuset. För att spara på elen fick barnet ligga på lite halm.

Under de tidiga morgontimmarna kommer änglarna inflygande för att undersöka och ta prover på hen. Tretton dagar senare uppvaktas hen av tre människor från Vetenskapsakademien som överlämnar en Iphone, en Ipad och en Laptop till honom.

Barnet får naturligtvis det första könsneutrala personnumret. Klockringningarna från Solna kyrka hörs över nejden och Hennes majestäts får bräker i Hagaparken. Det nya året som är historiskt tar sin början.

Hugo Lagercrantz

## Barnmedicin och Ped. – läroböcker i pediatrik för olika kunskapsbehov



*Ped.*, av Christian Moëll och Jan Gustafsson (reds). Inbunden, 598 sidor, Liber förlag, Stockholm, 2011. Pris 500 kr. ISBN-13: 9789147093755.

*Barnmedicin 4 uppl.* av Katarina Hanseus, Hugo Lagercrantz och Tor Lindberg (reds). Inbunden, 674 sidor, Studentlitteratur AB, Lund, 2012. Pris 853 kr. ISBN-13: 9789144076096.

Den som vill skaffa sig (eller fördjupa) sina kunskaper i pediatrik har nu glädjande nog två nyutkomna svenska textböcker i ämnet. Barnmedicin från Studentlitteratur vänder sig enligt förlaget framför allt till läkarstuderande,

blivande allmänläkare och barnsjuksköterskor. Ped., bok med eLab, en webbaserad interaktiv tjänst med autentiska fall och kunskapstester har enligt förlaget Liber läkarstuderande som främsta målgrupp. Men vilken av böckerna är bäst just för dig? Barnläkaren har jämfört de båda böckerna ur konsumentsynpunkt i “sex ronder”

*Rond 1: Omfång och ämnestäckning.*

Barnmedicin är på 674 sidor Ped. på 598. Ped. har ett något kompaktare typsnitt men fler tabeller och illustrationer. Skillnader i sidantal behöver således inte återspegla det faktiska omfånget. Böckerna har också något annorlunda profiler. Barnmedicin ägnar betydligt mer utrymme åt socialpediatrik, utvecklingsbiologi och andra “mjuka” frågor. Ped. har sin tyngdpunkt på det medicinska, undersökningstekniker, diagnostik och behandling.

Resultat: Oavgjort eftersom målgrupperna tycks vara något olika.

*Rond 2: Ämnestäckning i enskilda kapitel.*

Båda böckerna är skrivna av erfarna kliniker och ger en bra överblick av respektive området. Ped. har med sina pedagogiska och tydliga illustrationer ett övertag när det gäller att åskådliggöra kliniska symptom och undersökningstekniker. Däremot tar Ped. upp centrala delar i pediatriken som gastroenterologi och infektioner lite väl summariskt. Sömnproblem, en vanlig orsak till

## KULTUR

konsultationer, behandlas inte alls. Barnmedicin har generellt en jämnare ämnestekning och de enskilda kapitlen håller en aning jämnare kvalitet

Resultat: Fördel Barnmedicin

### *Rond 3: Layout och pedagogiskt upplägg.*

Barnmedicin är en genomarbetad konventionell lärobok men Ped. ligger i en klass för sig när det gäller pedagogisk utformning. Bra och rikliga illustrationer, mängder med faktarutor och sammanfattningar och slutligen e-labbet med fallbeskrivningar gör Ped. svårslaget som pedagogisk produkt

Resultat: Fördel Ped.

### *Rond 4: Aktualitet.*

Båda böckerna känns aktuella och nyskrivna. Ped. har något bättre litteraturhänvisningar, då man mer konsekvent utnyttjar tidskriftsartiklar som källhänvisningar. Läroböcker och dokument som inte finns på nätet är i praktiken mindre användbara som källmaterial. Båda böckerna har digitalt kompletteringsmaterial som kan förnyas kontinuerligt

Resultat, Oavgjort med försprång för Ped.

### *Rond 5: Användbar som klinisk uppslagsbok?*

Båda böckerna är nog i första hand tänkta som kurslitteratur men kan nog fungera även efter godkänd tentamen i

pediatrik. Ped. är lättare att hitta i och faktarutorna ger en snabb och bra överblick. Barnmedicin är å andra sidan lite fylligare och innehåller mer resonemang kring sådant som kanske inte kommer på tentan men väl i det praktiska arbetet.

Resultat: Oavgjort med försprång för Barnmedicin

### *Rond 6: Vilken bok är mest köpvärd?*

För läkarstudenten och blivande sjuksköterskor som vill läsa in pediatrikkursen på kortast möjliga tid är Ped. ett bra alternativ. Mer lättläst än så går det knappast att göra en lärobok idag. Skall man använda boken även efter pediatrikkursen är Barnmedicin en stark konkurrent. Den är lite mer omfattande och ger lite mer än det mest basala.



Josef Milerad, skolläkare,  
Stockholm  
E-mail: josef.milerad@lidingo.se



# Barns fantasi fungerar inte sämre för att kroppen gör det.

MinStoraDag hjälper svårt sjuka barn  
att förverkliga sina önskedrömmar.

## KULTUR

# Lekfullt drama om Pierrot och busig ballerina

*Pierrot på Operan, Kungliga Operan, Stockholm (29/9)*

*Medverkande: Harlekina: Nicole Rhodes, Pierrot: Bo W Lindström*

*Regi och mim: Hannu Björk Koreograf: Nicole Rhodes Föreställning för barn 6-9 år. Längd: 40 min.*



Foto: KO presstjänst

Det intressanta i att låta barn recensera föreställningar riktade till barn, är att de ofta uppfattar saker annorlunda än vuxna i nya överraskande infallsvinklar. Med på premiären fanns därför Rebecka, 6 år.

Mimen och dansen är nära besläktade konstarter, vilket blir mycket tydligt i detta möte mellan en ung australiensisk ballerina i Operans ensemble och en mimare från Pantomimteatern. Vi bjuds in till en fascinerande resa genom möjligheterna att använda kroppsuttryck som enda kommunikationsverktyg. Platsen för skådespelet är någonstans i kulisserna på Operan. Inspirationen till föreställ-

ningen är en kompost av *commedia dell'arte*, modern mimkonst och klassisk balett.

Bo W Lindström spelar rollen som Pierrot, en lite frånvarande scentekniker. Han är den som får barnen att skratta högt med sin fumlighet, men som också den som får skrattet att tystna tvärt när den busiga ballerinan Harlekina gör narr av honom tills han brister ut i gråt.

Den retsamma tåspetsdansaren serverar lekande lätt med spjuverblick, en uppvisning nästintill excellens och stjälar föreställningen. Den klassiska balettens fjärlslätta grace och strama kropps kontroll i samspel med en genomtänkt koreografi hänför. Min medrecensent beundrar tyst Harlekinas ljuvliga tyllkreation, samtidigt som hon häpnas över de rörliga kulisser som förs fram över scenen under berättelsens gång. Uppskattade inslag som gärna får upprepas är det livfulla molnet och den rasande björnen med galen blick och vasst bett.

Taban och Slagverket som spelar sina favoritslingor tillsammans tonsätter Harlekinas och Pierrots möte på ett muntert och självklart sätt. Vetskapen om att man istället för inspelade effekter, valt att använda kopior av antika regn-, åsk- och blyxtmaskiner för att förtydliga handlingen, förhöjer intrycket. Vi är dock båda överens om att handlingen, som kulminerar i att "efter regn kommer solsken" paradoxalt nog blåst bort i den förstummande virvelvind av skicklig uttrycksfullhet som de två skådespelarna lyckas åstadkomma.

Margareta Munkert Karnros, Rebecka Karnros,  
E-mail: [info@barnlakaren.se](mailto:info@barnlakaren.se)


**Hjälp ett barn att förändra världen.**

## KALENDARIVM

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

2012

### NOVEMBER

7-8/11 APLS (Advanced Paediatric Life Support), Göteborg  
Info: [www.vgregion.se/sv](http://www.vgregion.se/sv)

7/11-10/11 31st Italian National Congress on Antibiotic Therapy in Pediatric Age, Milano  
Info: [www.mcaevents.org/EN/index.aspx](http://www.mcaevents.org/EN/index.aspx)

28-30/11 Medicinska Riksstämman, Stockholm  
Info: [www.sls.se/riksstamman](http://www.sls.se/riksstamman)

28/11-1/12 Excellence in Paediatrics 2012, Madrid  
Info: [www.excellence-in-paediatrics.org/content/68/conference](http://www.excellence-in-paediatrics.org/content/68/conference)

2013

### JANUARI

24-25/1 BLU internat/medlemsträff för alla intresserade kontaktpersoner/ST-läkare/vik ul  
Info: [www.blu.to](http://www.blu.to)

MARS

18-20/3 Neonatal Ultrasound Course "Why, how and when an ultrasound image?", Florens  
Info: [www.blf.net](http://www.blf.net)

APRIL

18-19/4 Vårmöte i perinatologi. Arrangör Barn- och ungdomskliniken i Norrköping. Mer information kommer framöver.

22-28/4 **Barnveckan i Karlstad**

Info: [www.blf.net](http://www.blf.net)

JUNI

11-13/6 IAAH 10th World Congress, Istanbul  
Info: [www.IAAH2013.org](http://www.IAAH2013.org)

17-20/6 International Symposium on Pediatric Pain, Stockholm  
Info: [www.ispp2013.org](http://www.ispp2013.org)

## Nästa nummer...

### God Jul och Gott Nytt År önskar Barnläkaren

Nästa nummer har temat **Kardiologi** och utkommer den **den 28 januari**. Det kommer dock att finnas tillgängligt på Barnläkarens hemsida [www.barnlakaren.se](http://www.barnlakaren.se) tidigare.

Varmt välkomna att medverka i tidningen. Glöm inte att skicka med ett högupplöst porträttfoto av er själva och att skriva under med namn, titel och arbetsplats och e-mail (Anders Andersson, barnläkare, barnkliniken, Malmö lasarett, [anders.andersson@hotmail.com](mailto:anders.andersson@hotmail.com)). Max 5 referenser/artikel.

Tipsa gärna om nyheter: [info@barnlakaren.se](mailto: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](http://www.raddabarnen.se)

Plusgiro 90 2003-3



**Rädda Barnen**  
Save the Children Sweden

# VÄLKOMMEN TILL BARNVECKAN I KARLSTAD!

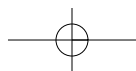
22-25 APRIL 2013

[www.barnveckan.se](http://www.barnveckan.se)



[www.barnveckan.se](http://www.barnveckan.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](http://www.raddabarnen.se)

Plusgiro 90 2003-3



**Rädda Barnen**  
Save the Children Sweden





Valet av inhalator är viktigt för astmakontroll  
Välj Novopulmon® Novolizer®



Novopulmon®  
Novolizer® (budesonid)

Formatrix®  
Novolizer® (formoterol)

Ventilastin®  
Novolizer® (salbutamol)

**ASTMALINJEN.SE**

Meda AB, Pipers väg 2 A, Box 906, SE-170 09 Solna Tel 08-630 19 00, Fax 08-630 19 50, e-post: [info@meda.se](mailto:info@meda.se) • [medasverige.se](http://medasverige.se) • [astmalinjen.se](http://astmalinjen.se) • [kolguiden.se](http://kolguiden.se)

Novopulmon® Novolizer® (budesonid), Inhalationspulver: 200µg & 400µg, 200 doser. Indikation: Underhållsbehandling av astma. Produktresumé senast uppdaterad 2011-09-01. Formatrix® Novolizer® (formoterol), Inhalationspulver: 6µg & 12µg, 60 doser. Indikation: Ges som tillägg till underhållsbehandling med inhaled kortikosteroid för lindring av bronkobrastruktiva symtom och förebyggande av ansträngningsutlösta symtom till patienter med astma när adekvat behandling med kortikosteroider inte är tillräckligt. Formatrix® Novolizer® är också indicerat för lindring av bronkobrastruktiva symtom vid kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL). Produktresumé senast uppdaterad 2011-11-01. Ventilastin® Novolizer® (salbutamol), Inhalationspulver: 100µg, 200 doser. Indikation: Symtomatisk behandling av tillstånd med åtföljande reversibel luftvägsobstruktion, t.ex. astma eller kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL) med en betydande reversibilitetskomponent. Förebyggande av astmaanfall som utlöses av ansträngning eller exponering för allergen. Produktresumé senast uppdaterad 2008-02-15. För fullständig information se [www.FASS.se](http://www.FASS.se). Referenser: [www.FASS.se](http://www.FASS.se), Moeller M et al. Arz Forsch [Drug Research] 2008;58(4):168-173. Novolizer® har belönats med "Golden SMM" av the safe Material in Medicine Association och med "Mayo Award" för "Best Technological Innovation of the Year".