

Barnläkaren

NR.6/2013



Tema | Barnpsykiatri

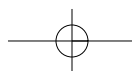
Sociala medier och barns psykiska hälsa

Behandling av allvarliga ätstörningar

Spädbarnspsykiatri - vad vet vi idag?



SVENSKA BARNLÄKARFÖRENINGEN
SWEDISH PAEDIATRIC SOCIETY





NYHET

PATIENT I BEHOV AV DEXAMETASON. INGEN REGISTRERAD PRODUKT I TABLETTFORM FINNS TILLGÄNGLIG. NÅGOT MÅSTE GÖRAS.

Nu är **Dexametason Abcur** godkänd i Sverige och ersätter därmed behovet av licensförskrivning av dexametasontabletter på den svenska marknaden.

För att underlätta individuell dosering är tabletterna delbara och finns i styrkorna, 1 och 4 mg.

Abcur tillhandahåller nödvändiga läkemedel i Norden. Läkemedel som är efterfrågade av sjukvården och som gör skillnad. Vi ansvarar för utveckling och marknadsföring av nödvändiga läkemedel.

H02AB02 (dexametason) RxF. Dexametason Abcur ingår i läkemedelsförmånen med följande begränsning: Subventioneras endast när andra kortikosteroider inte kan användas. Glukokortikoid. Namn: Dexametason Abcur tablett 1mg, 4mg. Indikation: Tillstånd där kortikosteroidernas antiinflammatoriska och immunosuppressiva effekt är önskvärd. Framför allt för intensiv behandling under kortare tid. Hjärnödem eller ökat intrakraniellt tryck till följd av hjärntumör. Vid behandling av bröstcancer, cancer i äggstockar, prostata eller testiklar när kortikosteroidernas effekt är önskvärd. Profylax mot kräkning inducerat av kemoterapi med emetisk effekt. Diagnostiskt test av hypofys och binjurebarkfunktionen. Utsättning: Bör ske successivt efter en längre tids behandling. Hastigt utsättande kan leda till akut binjurebarksinsufficiens. Efter höga doser eller långvarig behandling bör utsättning av kortikosteroidet därför endast ske genom nedtrappning av dosen. Produktresuméns senaste översyn 2013-05-16. För fullständig information och pris, se www.fass.se

ABCUR
Vi gör nödvändiga läkemedel tillgängliga

Innehåll

Barnläkaren

Tidningen Barnläkaren utkommer med sex nummer årligen och är Svenska Barnläkarförningens 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

Lina Schollin Ask
lina.schollin-ask@sodersjukhuset.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 publiceras av 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
Lina Schollin Ask
Göran Wennergren

Omslagsbilder

Ina Agency

LEDARE	2
---------------	---

REDAKTÖRENS RUTA	3
-------------------------	---

TEMA: BARNPSYKIATRI	
Introduktion – Barn som utmanar <i>Per A Gustafsson</i>	4
Barns psykiska hälsa i Sverige idag <i>Marianne Cederblad</i>	6
Den svenska barnpsykiatrins bakgrund och framväxt <i>Per-Anders Rydelius</i>	8
Spädbarnspsykiatri - vad vet vi idag? <i>Kerstin Neander</i>	9
Autismspektrumtillstånd <i>Harald Sturm</i>	11
Ätstörningar - hur behandlar man med bäst resultat? <i>Ulf Wallin</i>	12
Sociala medier och barns psykiska hälsa <i>Norma Bou Aram</i>	14
Behandling till barn och ungdomar med ångestsyndrom <i>Malin Green-Landell</i>	15
Nytt barn- och ungdomspsykiatriskt forskningscentrum slår upp dörrarna <i>Sven Bölte</i>	17
Schizofreni och bipolär sjukdom drabbar ungdomar <i>Håkan Jarbin</i>	19

SVAR DIREKT	
“Lilla barnpsykiatrin” Vad är det för Dig och vad handlägger Du själv?	21

KULTUR	
Julsaga <i>Hugo Lagercrantz</i>	22
Recensioner:	
<i>Tryggare kan flera vara</i>	23
<i>En sorgebok för ungdomar som förlorat någon</i>	23
<i>Infektioner och barn</i>	24
De oskyldiga	25

KALENDARIUM	26
--------------------	----

Har du ofta ont i magen och är 13-17 år?

Vi undersöker nu en internetbaserad psykologisk behandlingsmetod för ungdomar med irritable bowel syndrome (IBS).

Om du ofta har magont som blir bättre först när du går på toa, om ditt bajs kan vara hårt eller löst när du har magont, om du kan få väldigt bråttom till toa eller kan känna att magen blir uppsvullen och om du kan ha IBS. I så fall kan du få pröva en behandling som hjälpt vuxna att få mindre av de här symtomen.

För att vara med i studien behöver du och dina föräldrar först besöka läkare som ska fylla i ett intyg som du laddar ner från vår hemsida. Vi behöver även intervjua dig och dina föräldrar för att avgöra om behandlingen passar dig. Behandlingen sker via internet så du måste ha tillgång till en dator i hemmet. Deltagande är gratis.

Läs mer och ladda ner blankett för läkarintyg på www.ibsstudie.se

Kontakt: Marianne Bonnert, leg psykolog. marianne.bonnert@ki.se 073-748 28 64



Forskningsprojektet genomförs vid Barn och ungdomspsykiatri i Stockholm, Sachska Barn- och ungdomssjukhuset, Astrid Lindgrens Barnsjukhus och Karolinska Institutet.



Landstinget i Östergötland

ST-läkare sökes till Barn- och ungdomsmedicin i Norrköping och Linköping

Vi söker ST-läkare med inriktning mot ungdomsneurologi och habilitering. Tjänsterna är förlagda till Barn- och ungdomskliniken, Vrinnevisjukhuset, Norrköping och Barn- och ungdomssjukhuset Linköping/Motala.

Välkommen med din ansökan senast den 15 december 2013.

Läs mer och ansök via www.lio.se/jobb

www.lio.se



Landstinget
i Östergötland

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 löser upp segt slem, samt 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 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. Mollipect är receptbelagt och ingår inte i högkostnadsskyddet. Senaste översyn av SPC 2011-04-01.

BioPhausia
– a Medivir sales company

BioPhausia AB, Blasieholmsgatan 2, 111 48 Stockholm
Tel: 08-407 64 30, E-mail: info@biophausia.se, www.biophausia.se

Om åldersbedömningar och andra undersökningar av barn...

I veckan när detta skrivs har det varit mediepådrag kring frågan om åldersbedömning av ensamkommande barn i övre tonåren som söker asyl i Sverige. Flera erfarna barnläkare i södra Sverige uttalade att man inte ville medverka till dessa åldersbedömningar. Som skäl angavs att de tillgängliga metoderna är osäkra samt att man prioriterade verksamhet med sjuka barn. Detta fick stöd av BLF som helt delade de synpunkter som framfördes. Vad det konkret handlar om är att bedöma om en asylsökande är under 18 år eller inte, vilket får stora konsekvenser för den fortsatta handläggningen av asylärendet. Antalet ensamkommande barn har ökat och det rör sig nu om nära 2500 barn årligen som söker asyl i Sverige med denna bakgrund. En andel av dessa kommer ifråga för åldersbedömning begärd av Migrationsverket. Socialstyrelsen (SoS) arrangerade hösten 2012 ett expertmöte för att inventera kunskapsläget kring medicinsk åldersbedömning, där bland andra representanter utsedda av BLF medverkade. SoS har därefter åter tagit kontakt med BLF för hjälp med att utarbeta instruktioner för medicinsk åldersbedömning av barn i övre tonåren. Efter stundtals tuffa diskussioner där även Migrationsverket medverkat har detta viktiga arbete nu kommit i mål, med ett slutresultat som överensstämmer med BLFs syn. BLF vill tacka Anders Hjern som lett detta arbete framgångsrikt. Dokumentet har godkänts av BLFs styrelse och kan sammanfattas i följande punkter.

1). Undersökningen och bedömningen ska göras av barnläkare med kompetens inom området. 2). Undersökningen ska följa läkarets principer. 3). Åldersbedömningen ska grundas på ungdomens kroppsliga utveckling samt psykosociala mognad. 4). Barnläkarundersökningen kompletteras med röntgenundersökningar av skelett- och tandmognad om det inte är uppenbart överflödigt. 5). Utlåtandet skrivs på ett fastställt

formulär innefattande de undersökningsmoment som bedömningen vilar på.

Hela dokumentet och formuläret finns utlagt på BLFs hemsida. SoS avser nu att inventera kompetensläget i Sverige för dessa bedömningar, som kan komma att bli föremål för upphandling. För den som åtar sig ett sådant uppdrag är det givetvis av största vikt att de riktlinjer som nu tagits fram utan avsteg används som underlag för alla medicinska åldersbedömningar med det angivna syftet.

En annan grupp där assistans av barnläkare begärts är flickor där familjen anger risk för könsstympning som asylskäl. Könsstympning av kvinnor i alla former och åldrar är förbjudet enligt svenska lag sedan 1982. Misstanke att könsstympning kan ske i hemlandet om man sänds tillbaka, har angetts som asylskäl i Sverige. I dylika fall har barnläkare ombetts medverka i genital undersökning för att konstatera om omskärelse redan skett, vilket då medför att asylskälet bortfaller. BLFs utskott för etik och barnets rättigheter har fått i uppdrag att utarbeta ett underlag till policydokument i frågan för styrelsen att ta ställning till. Vi hoppas detta finns färdigt för presentation i nästkommande nummer av Barnläkaren.

För övrigt är det hög tid att boka in Barnveckan i Skåne, vecka 15; 7-11 april, 2014!



*Med bästa hälsningar,
Olle Söder, ordf. BLF*

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**

Redaktörens ruta



Året lider mot sitt slut och redaktionen för Barnläkaren tackar för allt fantastiskt fint samarbete och engagemang under 2013. Vi fortsätter nästa år att sprida nyheter och kunskap inom pediatrik inom och utanför Barnläkarföreningen.

Svensk barnpsykiatri har varit måltavla för livliga diskussioner i media de senaste åren. Bland annat har det talats om att behovet av läkarbesök förbises, alltför långa väntetider och att psykofarmaka skrivs ut för lättvindigt. Ämnet har stötts och blötts i debattsammanhang. Ett av de mer uppmärksammade inläggen handlade om att man ville att barnläkare tar över ansvaret för barn- och ungdomspsykiatri, ett förslag som givetvis resulterade i en lika utförlig motattack. Ett helhetsperspektiv, där barnens behov uppfylls tillfredsställande ur alla synvinklar, tycks vara svårt att uppnå.

Ett positivt steg i rätt riktning är dock den forskningssatsning som nu sker. Syftet med det nya forskningscentrat är, att genom klinisk forskning öka tillgänglighet och utbud av evidensbaserad diagnostik och behandling av unga, samt att bidra till nationell och internationell vidareutveckling inom området. Flera verksamheter är inkluderade i nysatsningen, bl a KIND på Karolinska Institutet och rikstäckande BUP. Tyngdpunkten har lagts på behandlingsforskning och kan betraktas som

ett komplement till Gillbergcentrum i Göteborg och vice versa.

Forskning har stor betydelse för barnpsykiatri idag. Mentala problem hos barn är ett påtagligt större hälsoproblem än fysisk ohälsa. Förebyggande insatser inom fysisk ohälsa med goda resultat, har lett till ett försprång. Det är dags för barn- och ungdomspsykiatri att komma ikapp.

Lina Schollin Ask har sett till att våra kultursidor är välförsedda med intressanta recensioner. Med tanke på att infektioner står för fler än hälften av alla besök på en pediatrik akutmottagning, känns det ytterst relevant att titta närmare på den nyutkomna boken *Infektioner hos barn*. Vi får också läsa om Maria Farms aktuella bok om sorgehantering, ett viktigt "livsredskap" att ha med sig. Slutligen, en liten glimt från Dramatens höstpremiär i år, "De oskyldiga", ett välspelat drama där högaktuella ämnen som fördomar, ryktesspridning och ohälsosamma skolmiljöer synliggörs. Enligt tradition har vi förstås också en julsaga från Hugo Lagercrantz.

Tack för denna gång, vi önskar er en härlig julledighet. Ser med värme fram emot att ses på Barnveckan i Malmö i april.

God Jul och Gott Nytt År!

Margareta Munkert Karnros

Gästredaktör i detta nummer: *Bitr. professor Per Gustafsson*



Per Gustafsson är sedan 1995 verksam som lärare vid Hälsouniversitetet i Linköping kombinerat med tjänst som överläkare i barn- och ungdomspsykiatri vid Universitetssjukhuset i Linköping. Som lärare på Hälsouniversitetet har han varit involverad i undervisningen i tidig patientkontakt och samtalskonst på läkarlinjen. Under en längre period var han medlem i BUP-föreningens utbildningsutskott. Han disputerade på en avhandling om familjeterapi som komplement till konventionell behandling vid svår astma hos barn. Forskningsintresset har även fortsättningsvis legat i gränslinjen mellan psyke och soma, med bl a studier av familjepsykologi vid allergiutveckling, biologiska stressmarkörer vid olika psykiska tillstånd och pedagogik vid ADHD.



Porträtt av Ellen Key, detalj av målningen Vänner av Hanna Pauli (1864-1940), Nationalmuseum

Barn och ungdomar som utmanar - medicinska aspekter på trotssyndrom och uppförandestörning

“För andra natten i rad skakades Rinkeby av våldsamma upplöpp. 50-talet ungdomar kastade sten mot poliser och attackerade brandkåren. Minst elva bränder startades Rinkebyakademien brann ner...”

Vi har blivit vana vid att sådana reportage står i dagstidningar, vi ser inslag på nyheterna av brinnande bilar och ungdomar som kastar sten mot brandkåren. “Alla” är överens om att bakgrunden till sådana händelser kan förklaras med sociala och psykologiska faktorer; rotlöshet, fattigdom, traumatiska upplevelser, sviktande föräldransvar. Barnpsykiatrin har en av sina rötter i tanken att ung-

domskriminalitet och socialt utagerande kan förstås (2), och förhoppningsvis förebyggas, utifrån ett psykosocialt synsätt och psykosociala insatser (3). Verkningsfull behandling av impulsivitet och aggressivitet hos barn och ungdomar bygger på att försöka förstå mekanismerna bakom beteendet, och utifrån denna förståelse vidta riktade åtgärder.

Inställning och användande av psykofarmaka

Men vi måste också vara medvetna om att det är vanligt att barn och ungdomar med utagerande beteendeproblem har psykiatriska problem, som det är möjligt att identifiera och behandla. Oupptäckt ADHD, obehandlad depression eller ångeststörning kan bidra till den unges problembild, många antisocialt utagerande missbrukar också alkohol och/eller droger. Det finns ingen specifik farmakologisk behandling mot "kränkning av andras grundläggande rättigheter eller för åldern grundläggande sociala normer och regler", och därmed finns det mycket svag eller ingen evidens för att psykofarmakologisk behandling har någon direkt effekt på utagerande beteendeproblem. Det finns alltså ingen empirisk grund för att ge farmaka till barn och ungdomar med motivet att behandla antisocialt utagerande. Man bör dock överväga om psykofarmaka kan vara till hjälp och stödja psykosociala insatser (3, sid 56-62). Något förenklat kan det finnas indikation för psykofarmakabehandling vid: Samtidig psykiatrisk problematik (t ex depression, ADHD, tics, Tourette's syndrom, epilepsi, mani eller psykos), d v s tillstånd där farmakologisk behandling är verksam; Akuta abstinenssymtom vid avgiftning från missbruk (alkohol, amfetamin, cannabis, GHB, ecstasy, kokain m m); Svåra beteendeproblem och symtom (t ex aggressivitet och impulsivitet) när annan behandling har varit otillräcklig.

Dessutom är hälsoproblem överrepresenterade hos barn som placeras i familjehem och på institutioner för barn och ungdomar (HVB). Andra mer påträngande sociala behov och akuta problem har ofta under lång tid tagit all uppmärksamhet i anspråk. Svårigheterna har inte sällan komplicerats av tidigare separationer och byten av bostadsort. Barn och unga som placeras av Socialtjänsten har därför ofta förbisedda hälso- och sjukvårdsbehov som behöver tillgodoses.

Undersökningar har visat påtagliga brister

I den metodik som rekommenderas vid sociala utredningar, Barns behov i centrum (4), framhålls att socialtjänsten ansvarar för att säkerställa att placerade barn och unga har tillgång till behövlig hälso- och sjukvård samt tandvård. I utredningen som socialtjänsten gör ska hälsoproblem inventeras. Läkareundersökningen (4, sid 185-188) ska identifiera aktuella och tidigare försummade hälso- och sjukvårdsbehov för att möjliggöra åtgärder och fortsatt uppföljning samt anpassade förhållanden vid mottagande. Undersökningar har visat påtagliga brister i den basala hälsovården och omhändertagandet av hälsoproblem hos placerade barn i fosterhem (5).

Sammanfattningsvis får vår förståelse av den sociala bakgrunden till bråkiga och utagerande barn och ungdomars beteende inte göra att vi bortser från att de dessutom kan ha medicinska problem som behöver utredas och behandlas.

Referenser

1. DN 2010-06-09 www.dn.se
2. In The Ghetto <http://www.youtube.com/watch?v=hUYONgjaou>
3. Vårdprogram. Barn och ungdomar som utmanar - bedömning och behandling vid trotssyndrom och uppförandestörning inom barn- och ungdomspsykiatrin. SFBUP 2011 http://www.liu.se/pages/30272/Vardprgr_ODD_CD_2011_SFBUP.pdf
4. BBIC, Barns behov i centrum - Formulär och stöddokument, sid 185 Anvisningar för läkarundersökning. Socialstyrelsen 2011. <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2011/2011-12-12>
5. Kling S. Fosterbarns hälsa. Socialstyrelsen. http://www.socialstyrelsen.se/psykiskhalsa/barnpsykiskhalsa/forskningochutvardering/Documents/Fosterbarns_halsa_Slutrapport.pdf

Per A Gustafsson, professor, öl BUP-klin, US Linköping
(Gästredaktör i detta nummer)
E-mail: Per.A.Gustafsson@liu.se

Annonsera

Bokning: info@barnlakaren.se

Teman 2014:

1. Barnkirurgi
2. Sinnesorganen
3. Gastroenterologi
4. Centrala nervsystemet
5. Pulmonologi
6. Immunologi/Allergi

www.barnlakaren.se



Barns psykiska hälsa i Sverige idag

Man pratar ofta om att psykisk ohälsa hos unga ökar dramatiskt, inte minst i media. Ohälsotalen är dock beroende av hur man definierar "psykisk ohälsa". Inom barn- och ungdomspsykiatrisk vård används DSM diagnoser (Diagnostic and Statistical Manual). Förutom ett antal symtom krävs att dessa skall orsaka starkt lidande och försämrad funktion i barnens vardag, skola och hem. Vissa symtom i vissa åldersgrupper tycks dock ha ökat; ångest/depressionssymtom och motsvarande diagnoser mest hos flickor i tonåren.



Skulptur av Ernst Nordin, 1980 (*Non Serviam*), på Malmströmgatan i Stockholm. Skulpturen föreställer en ung flicka som sitter på marken och läser en dikt av Gunnar Ekelöf om en människas utsatta position i en hård värld.

Foto: Bengt Oberger

Psykisk ohälsa hos unga förekommer ofta i larmrapporter. Journalister refererar studier om problem, som ökar dramatiskt. Stämmer det? Uttalandet från en konsensuskonferens april 2010 anordnad av Kungl. Vetenskapsakademien (se *Barnläkaren* nr 1/2013) var att äldre tonårsflickor uppvisat ökande internaliserade symtom som ångslan och nedstämdhet från 1980-talet framåt. Detta gällde även i mindre grad jämnåriga pojkar (1).

I studier av psykiska symtom, där man inte frågat om den svarandes funktion påverkats i skolan och på fritiden, noteras ofta höga procenttal för olika symtom. I WHO:s "Skolbarns hälsovanor", som görs vart fjärde år med ca 3 000 elever i åk 5, 7 och 9, fann man t ex 2005 "Psykiska besvär" definierat som minst två av följande 4: svårt att somna, känt mig nere, varit irriterad eller på dåligt humör,

känt mig nervös minst en gång/vecka under de sista sex månaderna: åk 5 pojkar 12 procent, flickor 17 procent, åk 7 pojkar 15 procent, flickor 24 procent, åk 9 pojkar 21 procent flickor 42 procent (2)

Den nationella studien 2009 av samtliga 172 298 elever i åk 6 och 9, använde SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire), som även innehåller frågor om funktionsnedsättning. Symptom på klinisk nivå var för pojkar och flickor i åk 6 fyra procent, för pojkar i åk 9 6 procent och för jämnåriga flickor 7 procent. Av dessa uppgav 62 procent av pojkarna och 72 procent av flickorna i åk 6 upplevd funktionsnedsättning. Detta gällde 59 procent av pojkarna och 82 procent av flickorna i åk 9 (3).

Depression och ångest har stadigt ökat

Inom barn- och ungdomspsykiatrisk vård används DSM diagnoser (Diagnostic and Statistical Manual).

Förutom ett visst antal symtom, operationellt definierade, som barnen skall uppvisa för att diagnos skall ställas, krävs att dessa skall orsaka starkt lidande och försämrad funktion i barnens vardag, skola och hem. De flesta patienterna behandlas i öppen vård. Mellan 2005 och 2011 har antalet med diagnoserna depression och ångest stadigt ökat i åldersgrupperna 13 – 15 och 16 – 18 år. Det gäller båda könen, flickor ligger dock dubbelt så högt, andelen med diagnos av alla barn i Sverige 2011: depression pojkar 0,4 resp. 0,7 procent, flickor 0,8 resp. 1,5 procent, ångest pojkar 0,5 resp. 0,8 procent, flickor 1 resp. 1,7 procent (Enh. f epidem. Socialstyrelsen, pers. medd; 2012).

Ohälsotalen är således beroende av hur man definierar "psykisk ohälsa". Vissa symtom i vissa åldersgrupper

TEMA: BARNPSYKIATRI

tycks dock ha ökat; ångest/depressionssymtom och motsvarande diagnoser mest hos flickor i tonåren. Tidigare studier i olika länder har funnit att flickor har mer inåtvända symtom än pojkar under de åren. Det kan bero på könsroller och/eller hormonella skillnader. En studie av 700 elever i åk 9 och gymnasieklasser 2 och 3 visade att de främsta stressorsakerna upplevdes vara skolarbetet och rädsla för arbetslöshet (4). 1/10 klarar ej behörighet till gymnasiet, 30 procent hoppar av utan att få examen.

Ungdomsarbetslösheten är f n 23,8 procent. Kanske flickorna, som mognar snabbare, oroar sig mer för framtiden? Kanske upplever de mer krav från sig själva och varandra att vara både vackra, smala, sexiga, moderiktiga och ambitiösa i skolan än pojkarna?

Referenser

1. *Trender i barns och ungdomars psykiska hälsa i Sverige. State of the Science Konferens 12-14 april 2010. Konsensusuttalande. Stockholm: Kungl. Vetenskapsakademien; 2010.*
2. *Petersen S, Bergström E, Cederblad M, et al. Barns och ungdomars psykiska hälsa i Sverige. En systematisk litteraturoversikt*

med tonvikt på förändringar över tid. Stockholm: Kungl. Vetenskapsakademien, Hälsoutskottet; 2010.

3. *Skolans betydelse för barns och ungas psykiska hälsa. En studie baserad på den nationella totalundersökningen i årskurs 6 och 9 hösten 2009. Stockholm: CHESS, Socialstyrelsen; 2012.*
4. *Ungdomar, stress och psykisk ohälsa. Analyser och förslag till åtgärder. Slutbetänkande av Utredningen om ungdomars psykiska hälsa. Statens offentliga utredningar SOU 2006:77.*



Marianne Cederblad, professor emerita, Stockholm,
E-mail: Marianne.Cederblad@gmail.com

Depression hos barn

Artikel som belyser ämnet *depression hos barn* kommer att publiceras i *Barnläkaren* i samband med att Barnpsykiatriska föreningens riktlinjer för behandling av depression hos barn och ungdomar, utkommer 2014.



Annonsera i **Barnläkaren**
www.barnlakaren.se

Om den svenska barnpsykiatrins bakgrund och framväxt



Foto: Freuds museum, London

Den svenska barn- och ungdomspsykiatrin, har sitt ursprung i och idébakgrund ur fyra utgångspunkter. Dessa utgör en unik grund för forskning om - och förståelse för, varför vissa barn får psykiatriska problem.

I Sverige har barnpsykiatrin en annorlunda bakgrund jämfört med de flesta andra länder. Orsaken var nog Ellen Keys pamfletter om "1900-talet - Barnets århundrade" som fick stor genomslagskraft vid förra sekelskiftet och Fredrik Bergs insatser som chef för Statistiska Centralbyrån. Han blev 1845 världens förste pediatrikprofessor men lämnade sedan sin tjänst för att bli chef för Statistiska Centralbyrån. Tack vare honom har Sverige traditionen med hälsoregister. De register han började bygga upp från 1860 och framåt hade i slutet på 1800-talet visat samband mellan barns levnadsförhållanden och deras hälsa.

Inspirerad av Ellen Key arbetade Alfhild Tamm, en av Sveriges första kvinnliga psykiatriker, från 1907 med begåvningshandikappade barn på Slagsta seminarium. Hennes intresse för sambandet mellan inlärningsproblem,

hälsan och beteendet gjorde att hon under första världskriget öppnade den första svenska barnpsykiatriska verksamheten i Stockholms folkskolors regi. Syftet var förbättra inläring och hälsan för barn i de s k specialklasserna. Hon lade grunden för att skolpsykiatri blev en grenspecialitet i Sverige och hade en storhetstid mellan 1920-1970 där man arbetade med följande områden:

- Barn med specifika svårigheter, läs- och skrivproblem/räknesvårigheter
- Barn med mental retardation
- Barn med långsam inlärningsförmåga
- Barn som mognar långsamt
- Särilingarna och de överbegåvade
- De beteendestörda

Alfhild Tamm fick 1932 Illis Quorum för sina "barnneuropsykiatriska insatser". Hon blev sedermera medicine hedersdoktor vid Karolinska Institutet för att hon införde psykoanalys som behandlingsmetod i Sverige. Tråkigt nog försvann intresset för skolpsykiatri under 1970-talet men har senare i viss mån återuppstått under beteckningen barnneuropsykiatri.

Isac Jundell - en socialpediatrisk pionjär

Samtidigt med Alfhild Tamm verkade pediatrikprofessorn Isac Jundell på KI för att etablera "barnpsykiatri som ett nytt medicinskt ämne". Han skrev 1915 den svenska barnpsykiatrins programskrift "Brustna sinnen". Där pläderade han för att läkare, lärare och domare skulle lära sig det nya ämnet och få kunskaper om barns psykiska hälsa. De senare för att förstå att "barn inte skulle dömas till fängelse". Isac Jundell var en socialpediatrisk pionjär som kom att kallas "barnets vän". Han öppnade 1920 en egen barnpsykiatrisk rådgivningsbyrå vid Norrtulls barnsjukhus, som sedermera flyttade till Kronprinsessan Lovisas barnsjukhus, sedan till S:t Görans barnsjukhus och som idag återfinns som en rest vid Astrid Lindgrens barnsjukhus.

Barnavårdsnämnd och ungdomspsykiatriska mottagningar

Den tredje idégivaren till svensk barnpsykiatri var Stockholms stads barnavårdsnämnd. När barnavårdslagen trädde i kraft 1924 med syftet "att samla samhällets krafter till barnets bästa" inspirerades politikerna av den

TEMA: BARNPSYKIATRI

amerikanska "child guidance movement" och kompletterade programmen för "social barn- och ungdomsvård" med PBU, den "psykiska barn- och ungdomsvården". Syftet var att genom rådgivning och stöd till barnfamiljer försöka förhindra kriminalitetsutveckling.

Ett fjärde ursprung kom under 1940-talet då två ungdomspsykiatriska mottagningar öppnade i Uppsala och Lund. Det skedde inom vuxenpsykiatrisk regi och syftet var att utveckla kunskaper om de psykiatriska sjukdomarnas orsaker och om dess behandling.

Den svenska barn- och ungdomspsykiatrin, med sitt ursprung i och idébakgrund ur fyra utgångspunkter (skolan = barnets arbetsmiljö; pediatriken = det växande/mognande barnet; den sociala barnvården = barnets hemmiljö; vuxenpsykiatrin = frågan om de psykiatriska

sjukdomarnas orsak och behandling) har givit unika förutsättningar för en multifaktoriell forskning om och förståelse för varför vissa barn får problem men inte andra.

*Per-Anders Rydélius, Senior professor och överläkare vid Karolinska Institutet, Institutionen för Kvinnors och Barns Hälsa och BUP-divisionen, SLSO, Stockholms Läns Landsting,
E-mail: Per-Anders.Rydélius@ki.se*



Spädbarnspsykiatri - vad vet vi idag?

Spädbarnspsykiatri kopplas lätt till medicinska sammanhang, med problem som kan beskrivas i termer av symtombilder och diagnoser. Problemen hos så små patienter behöver dock alltid beskrivas flerdimensionellt. Det innebär att klassifikationssystemen *DSM* och *ICD* inte är tillämpliga för den yngsta ådersgruppen. Ett kompletterande diagnosystem, *DC 0-3R* finns idag tillgängligt.

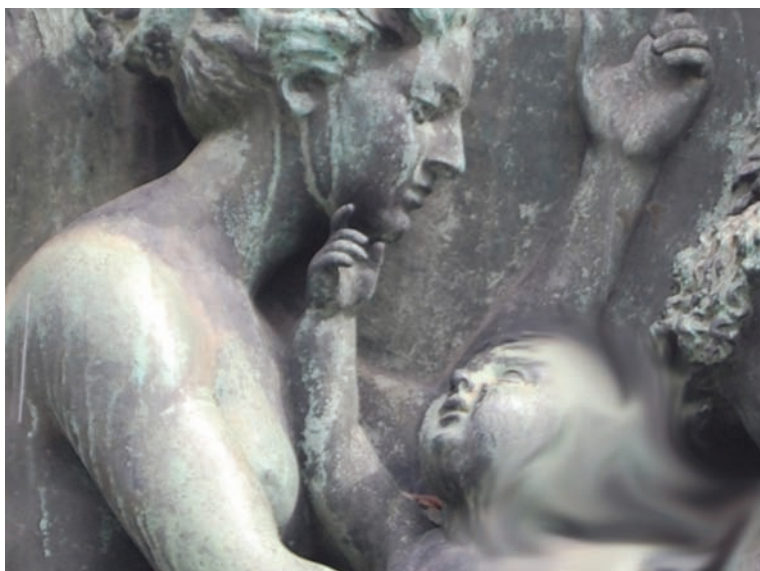


Foto: Margareta Karnros

I början av 1980-talet startade Viktoriagården i Malmö (BUP) sin samspelsbehandling för späda barn och deras mödrar. Begreppet spädbarnspsykiatri började samtidigt användas i Sverige.

Begreppet spädbarnspsykiatri kan leda tanken till att vi rör oss i ett medicinskt sammanhang, med problem som

kan beskrivas i termer av symtombilder och diagnoser. Det späda barnets problem behöver emellertid alltid beskrivas flerdimensionellt och därför är inte klassifikationssystemen *DSM* och *ICD* tillämpliga för den yngsta ådersgruppen. Ett kompletterande diagnosystemet *DC 0-3R* finns nu tillgängligt. Dess fem axlar fokuserar på: *barnets primära symtombild, relationen till primära vårdare, medicinsk eller paramedicinsk information, yttre påfrestningar samt barnets socio-emotionella utvecklingsnivå*. *DC 0-3R* kan genom att benämna problemområden utan att "psykiatisera" vare sig barn eller föräldrar underlätta samarbetet mellan primärvård, barnmedicin, habilitering, socialtjänst och barnpsykiatri (1).

Teorier och metoder

Den teoretiska grunden för spädbarnspsykiatrin utgörs främst av modern utvecklingspsykologi med sitt fokus på det späda barnets kompetens och behov av samspel från första stund (2), samt på hur barnet både formas av och formar sin miljö. Inom anknytningsteorin har föräldrars förmåga att reflektera över sina barns behov och, deras mentaliseringsförmåga, blivit alltmer central.

TEMA: BARNPSYKIATRI

Med utgångspunkt i att det är själva relationen mellan det späda barnet och dess vårdare som är "the real patient" (3) är samspelsbehandling i olika former dominerande. Samspelsbehandling *in video* (t ex Marte Meo) innebär att man filmar sekvenser av samspel och sedan inviterar föräldern till reflektion kring barnets inre värld och vilken typ av gensvar som främjar barnets utveckling. Samspelsbehandling *in vivo* innebär att behandlare och familj använder sig av situationer som uppstår i det vardagliga livet, medan samspelsbehandling *in verbis* handlar om samtal mellan föräldrarna och behandlaren med teman såsom föräldrarnas inre bilder av sitt barn, sig själv som förälder och sin egen historia (4)

De amerikanska anknytningsbaserade metoderna *Circle of Security* COS och den psykoedukativa versionen *Circle of Security – Parenting* (COS-P) är utvecklade för att öka föräldrars reflekterande funktion. Med stöd av Folkhälsoinstitutet prövas COS-P på ett antal spädbarnsverksamheter i Sverige. Med hjälp av bilder och videoklipp skapas möjlighet för föräldrarna att känna igen hur barn uttrycker sina behov av närhet och stöd. De ges också möjlighet att reflektera över hur egna smärtsamma erfarenheter kan utgöra hinder för att möta dessa behov (5).

Utmaningar och många möjligheter

Det finns idag ett starkt vetenskapligt stöd för att interventioner under spädbarnstiden och graviditet kan ha stor betydelse för att förebygga psykisk ohälsa. Trots detta är insatser riktade till späda barn och deras föräldrar inte en självklarhet, eftersom tvister om var dessa insatser organisatoriskt hör hemma skapar hinder. I Region Skåne finns spädbarnsverksamheter vid varje BUP-klinik. BUP driver motsvarande verksamheter i samverkan med socialtjänsten i Örebro län, *Gryningen*, och i Östergötlands län, *Hagadal*, och på andra håll sker samverkan med MHV och BHV. Möjligheterna är många. Det som står klart är att vi behöver samarbeta för att kunna möta det späda

barnet i sitt relationella och sociala sammanhang, vilket är nödvändigt för att förstå och kunna hjälpa.

Referenser

1. Mothander, P. R. & Moe, R. G. (2008) *Infant mental health assessment: The use of DC 0-3 in an outpatient child psychiatric clinic in Scandinavia. Scandinavian Journal of Psychology* 49, 259-267.
2. Stern, D. N. (1985) *The Interpersonal World of the Infant: A view from Psychoanalysis and Developmental Psychology. Basic Books, New York.*
3. Sameroff, A. J. (2004) *Ports of Entry and the Dynamics of Mother-Infant Interventions. In: Sameroff, A. J. E., McDonough, S. C. E. & Rosenblum, K. L. E. (eds) Treating parent-infant relationship problems. Strategies for intervention. Guilford Press, New York, NY, US, pp. 3-28.*
4. Neander, K. & Engstrom, I. (2009) *Parents' assessment of parent-child interaction interventions – a longitudinal study in 101 families. Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health* 3:8.
5. Powell, B., Cooper, G., Hoffman, K. & Marvin, R. S. (2009) *The circle of security. In: Zeanah, C. H., Jr. (ed) Handbook of infant mental health (3rd ed.). Guilford Press, New York, NY US, pp. 450-467.*



Kerstin Neander,
Spädbarnsverksamheten
Gryningen och Örebro Universitet
E-mail: Kerstin.Neander@
orebroll.se

barncancerfonden.se

Pg 90 20 90-0



Autismspektrumtillstånd (AST)

Aktuella forskningsresultat indikerar en prevalens för autism kring 1,2 procent (1). Majoriteten får först hjälp som skolbarn och tonåringar. Medianåldern för att få en autismsdiagnos konstaterad är i Stockholms län åtta år. Tidig upptäckt, diagnostik och intervention av utvecklingsavvikelser som AST, ADHD, MR, språkstörningar, ticsproblem kan förbättra prognosen för de berörda barnen, öka livskvaliteten och underlätta vardagen för barn och familj (2).



Dustin Hoffman som autistisk storebror i filmen *Rain Man* (1988).

Foto: wikipedia

Symtomkomplexiteten och föränderligheten under den tidiga utvecklingen är en utmaning både professionellt och vårdstrategiskt för barnmedicin och barnpsykiatri, och har uppmärksammats i denna tidskrift tidigare (3). AST innebär funktionsnedsättningar som påverkar individen på olika sätt vid olika åldrar. Odiagnostiserade barn med AST utvecklar inte sällan svårbehandlade beteendevikelser och/eller sekundära/komorbida psykiatriska problem som en direkt följd av sin funktionsnedsättning.

“Vänta och se - attityd” förhindrar tidig diagnos

Utredningar av riktigt små barn (< 4 år) efterfrågas av allt fler, oftast föräldrar. Idag kan barn med AST i många fall diagnostiseras på ett tillförlitligt sätt vid två års ålder. Innan fyra bör en större del av alla barn med AST ha upptäckts, innan barnet börjar skolan bör majoriteten ha upptäckts. Trots den ökade medvetenheten om de tidiga symtomen leder de många gånger inte till kontakt med t ex barnmedicin eller barnpsykiatri, och en “vänta och se-attityd” förhindrar tidig diagnos. Ett utvecklingsperspektiv inom barnneurologi, barnpsykiatri, genetik, syndrom-, beteendevetenskap och barnets normala och avvikande utveckling är plattformen för bedömning av utvecklingsneurologiska/psykiatriska avvikelser. Olika professioner med specialkompetens och stor erfarenhet

behövs, samt organisatoriska förutsättningar som teamarbete och möjlighet att kontinuerligt utreda ett större antal barn.

Variationerna i de nuvarande hälso-/ sjukvårdssystemen i Sverige och övriga Europa är stora när det gäller sakkunskap och förmågan att stödja familjer med små barn med autism. För närvarande finns få centraliserade verksamheter i Sverige och inga nationella riktlinjer hur man ska utreda barn under 4 år. Erfarenhet och kunskap i aktuella och beprövade screeningmetoder eller psykometriska instrument inom t ex BVC, BUP, barnmedicin saknas också. Gemensamma europeiska forskningsansträngningar pågår att systematisera och evaluera valida metoder för tidig upptäckt av autism inom högriskpopulationer (4). Nya forskningsresultat visar att träffsäkra och “hållbara” diagnoser kan ställas från två års ålder av erfarna och kompetenta kliniker som använder ett “gold standard”-instrumentarium (5).

Vilka förutsättningar behövs för att bemöta utmaningen?

Ett mer centraliserat grepp med erfarna specialister för utredningar av de allra yngsta barnen (<4 år) i form av “barn-utvecklingscentra” behövs för att vårdkedjan ska utnyttjas på ett effektivare sätt. F n är kompetensen spridd på många mottagningar/verksamheter och privata aktörer. I en nyligen genomförd kartläggning i Stockholm av förskolebarn som utreddes för oklara utvecklingsavvikelser visades att ca 30 olika vårdgivare var inblandade. De flesta utredde färre än 10 barn/år. Det behövs ett välutvecklat och nära samarbete med fokus kring valida screeningmetoder i en aktiv och genomtänkt samverkan med berörda vårdgrannar där oklara utvecklingsavvikelser först uppmärksammas (barnpsykiatri, barnmedicin/BVC, logoped, och pedagoger inom kommunala instanser). En “uppdaterad” utredningsmodell som följer internationellt vedertagen standard behövs där regelbundna uppföljningar av barnets utveckling ingår. Patientsäkerheten bör garanteras genom kontinuerlig validering av diagnostiken och utbildning till berörd personal. “Essence barnen” bör vara föremål för internationella och samordnade forskningsinsatser.

Referenser

1. *Autism spectrum disorders in the Stockholm Youth Cohort: design, prevalence and validity.* Idring S, Rai D, Dal H, Dalman C, Sturm H, Zander E, Lee BK, Serlachius E, Magnusson C. *PLoS ONE*, V 7, July 2012.
2. *Early identification of autism spectrum disorders,* Zwaigenbaum L, Bryson S, Garon N. *Behav Brain Res.* 2013 Aug 15;251:133-46.
3. *Tidig symtomgivande tillstånd som medför utvecklingsneurologisk/neuropsykiatrisk undersökning,* Gillberg, C. Fernell, E., *Barnläkaren* 1/11
4. *Infants at risk for autism: a European perspective on current status, challenges and opportunities.* Bölte S, Marschik PB, Falck-Ytter T, Charman T, Roeyers H, Elsabbagh M. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2013 Jun;22(6):341-8.
5. *Diagnostic Validity of the ADOS and ADI-R in children aged 18-47 month, A European Perspective,* Zander E, Sturm H, Bölte S. *Presentation vid IMFAR konferens april 2013 San Sebastian*



Harald Sturm, öL,
Utvecklingspsykiatrisk enhet BUP
Sydost, Stockholm
E-mail: harald.sturm@sll.se

Ätstörningar - hur behandlar man med bäst resultat?

Ätstörningar är allvarliga sjukdomar med livshotande fysiska och psykologiska komplikationer och drabbar framför allt ungdomar. De skiljer sig från andra psykiatriska tillstånd genom att de oftast går med en påtaglig medicinsk påverkan. Hos barn och ungdomar dominerar restriktiva ätstörningar, där det avgörande symtomet är att patienten äter för lite, medan de bulimiska ätstörningarna dominerar senare i livet.



Den medicinska bedömningen rörande ätstörningar är mycket viktig och bestämmer ramarna för hur behandlingen ska läggas upp.
(*"Bronskvinnorna"*, skulptur av Marianne Lindberg de Geer utanför Malmö konsthall)

Foto: wikipedia

De restriktiva ätstörningarna kännetecknas av en begränsning av födointaget oftast åtföljt av ett upplevande av att man ser tjock ut och väger för mycket. Anorexia nervosa är den allvarligaste restriktiva ätstörningen, och som andra ätstörningar drabbar den främst flickor; 10 procent av de drabbade är pojkar. För kvinnor är livstidprevalensen av anorexia nervosa 1 procent (1). Denna sjukdom debuterar vanligen under förpuberteten och puberteten, men kan debutera ner i sju års ålder. Bulimia nervosa som kännetecknas av hetsätningar och olämpligt kompensatoriskt beteende för att undvika viktökning, och debuterar först under gymnasieåren och åren kring man flyttar hemifrån.

Medicinsk bedömning – ett väsentligt första steg

Det är viktigt att tidigt upptäcka de som drabbas av ätstörning (2). Ofta är det

skolsköterskan som först uppmärksammar dessa barn och ungdomar genom att konstatera viktnedgång eller dålig viktutveckling med påverkan på längdtillväxt. De som drabbas hävdar ofta initialt att de inte har några problem och att de mår bra.

Den kliniska utredningen skall omfatta en bedömning av det medicinska tillståndet utöver bedömning av psykopatologi, psykologiska faktorer och den sociala situationen. Den medicinska bedömningen är mycket viktig, och den har som fokus att avgöra hur uttalad svälten är. Den medicinska bedömningen bestämmer ramarna för hur behandlingen kan läggas upp. Att säkert bedöma de psykiatriska problemen kan behöva vänta till svälten är hävd. Då är det aktuellt att på nytt göra en noggrann psykiatrisk bedömning. Samma gäller bedömning av eventuell samsjuklighet. Vid bulimia nervosa är patienten inte lika uttalad i svält utan den psykiatriska bedömningen kan vara fullständigare initialt.

Farmaka begränsad effekt på självsvalt

Behandlingsforskningen vid anorexia nervosa har gett begränsade resultat. Den enda metod som får ett specifikt stöd är familjeterapi vid anorexia nervosa hos patienter under 19 år (3). I en nyligen publicerad metanalys (4) menar man att familjeterapi även är det mest verksamma vid behandling av bulimia nervosa hos yngre patienter. Farmakabehandling har ett begränsat värde (5). Olanzapin kan ha effekt på ångest och de svåraste anorektiska tankarna hos de svårast sjuka patienterna, men i övrigt verkar farmaka ha ett begränsat inflytande på en kropp som är präglad av svält. SSRI preparat, främst fluoxetin, har effekt på symtomen vid bulimia nervosa.

Den familjeterapi som visat sig effektiv utgår ifrån att familjen är den primära resursen, och är en del av lösningen och inte problemet. Fokus i behandlingen är initialt att stärka föräldrarna, så att de kan ta ansvar för maten och med hjälp av terapeuterna hitta fram till hur

de bäst hjälper sitt barn att äta. Behandling av ätstörningar hos barn och ungdomar skall skötas inom barnpsykiatrin, gärna inom en ätstörningsenhet. Den medicinska bedömningen och medicinsk behandling vid svår svält är däremot något där pediatriken har bättre kunskap, och det är angeläget med ett välfungerande samarbete.

Referenser

1. Bulik C, Sullivan P, Tozzi F, et al. Prevalence, heritability, and prospective risk factors for anorexia nervosa. *Arch Gen Psychiatry*. 2006;63:305-12.
2. Treasure J, Russell G. The case for early intervention in anorexia nervosa: theoretical exploration of maintaining factors. *Br J Psychiatry*. 2011;199:5-7.
3. SBU Kommenterar (2011). *Psykoterapeutisk behandling vid anorexia nervosa*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering, SBU.
4. Couturier J, Kimber M, Szatmari P. Efficacy of family-based treatment for adolescents with eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *Int J Eat Disord*. 2013;46:3-11.
5. Mitchell J, James Roerig J, Steffen K. Biological Therapies for Eating Disorders. *Int J Eat Disord* 2013; 46:470-477.



Ulf Wallin, öl, BUP-klin Lund,
E-mail: Ulf.Wallin@med.lu.se

God Jul och Gott Nytt År
önskar Barnläkaren



Sociala medier och barns psykiska hälsa

Det finns många fördelar med sociala medier som vi inte haft tidigare, t ex lättillgänglig information och möjlighet att underhålla relationer. Det finns dock många farliga fallgropar, inte minst för de barn som söker sig ut på nätet för att få bekräftelse, stöd och uppmärksamhet. Med barns intensiva användning av sociala medier idag, följer också högre krav på vuxnas ansvar att informera om faror, övervaka användning och hålla sig uppdaterade i utvecklingen.



Foto: clipart

Internet och sociala medier utgör idag en naturlig del av vårt vardagsliv och vi behöver förhålla oss till hur ungdomar använder internet. Den ökade tillgängligheten på information är för det mesta en tillgång. Oftast välkomnas den ökade möjligheten till kunskap, men en utmaning vi ofta stöter på är att information inte automatiskt ger en förståelse av den komplexitet, som utgör grunden för en medicinsk bedömning. En påläst patient/anhörig är ofta stimulerande och utvecklande, men det händer också att man jobbar i uppförsbacke och inte kan infria patientens önskemål och förväntningar.

Hets till självmord

Internet ger idag nya möjligheter att få kontakt med människor på gott och ont. Det finns forum och patientföreningar som kan stärka individen och ge möjlighet till igenkänning, men också avigsidor i sökandet på likasinnade, som vi nu och då blir varse om. Vi vet att det har förekommit fall med suicidnära ungdomar, som sökt sig till sociala medier - kanske för att söka förståelse eller tröst - bara för att hetsas till ett fullbordat självmord. I oktober 2010 begick en 21-årig man självmord i direktsändning efter att en stund innan kommunicerat sin avsikt på forumet *Flashback*. Majoriteten av kommentarerna i tråden gick ut på att hetsa och ge tips om olika metoder. Många misstrodde och ett fåtal försökte avstyra situationen. Det finns givetvis inga belegg för att utgången hade varit annorlunda om kommentarerna varit det, men det är svårt att tro att hetsandet skulle haft någon positiv inverkan.

Hur ser nätkontakterna ut?

I barnpsykiatrins kliniska vardag möter vi ofta ungdomar som är mitt i sitt identitetssökande. En del av dem har erfarenhet av att inte passa in - en känsla av att vara annorlunda. Det händer att dessa ungdomar söker sig ut på sociala medier och forum för att finna svaren på sitt utanförskap. Allt som oftast hittar de svar, men slumpen verkar vara det som avgör om kontakterna blir riskfyllda eller skyddande. Båda exemplen finns och just detta har för mig blivit en viktig anamnestisk uppgift. Jag frågar ofta mina patienter hur deras nätkontakter ser ut. Ofta blir svaret att de får stöd av någon som har varit i samma situation, men tagit sig ur sin depression, kommit tillrätta med funderingar av sexuell läggning osv. Tyvärr finns också exempel på riskfyllda kontakter t ex självskadande ungdomar, som stärker och som vidmakthåller varandras beteende (1). I en forskarrapport gjord av ungdomsstyrelsen 2009 (2) framkommer att unga konfonderas med många sexrelaterade inslag på internet. Privata bilder, kommentarer och förfrågningar som anspelar på sex är vanligt.

Vårt ansvar för förhållningssätt till internet

Flera uppmärksammande fall senaste åren har illustrerat hur internets anonymitet blir en grogrund för hat, men också för vuxna att få tillgång till unga för ändamål som initialt är allt annat än kända eller passande (3). Vi har de senaste åren sett dystra konsekvenser på hur unga drabbas av massmobbing, nätförtal, kränkningar (4) och otillåten publicering av bilder på interaktiva medier (5). Det är dock viktigt att komma ihåg att IT erbjuder de tekniska lösningarna och möjligheterna, men ansvaret för vad vi gör med detta är upp till oss människor.



Norma Bou Aram,
ST-läkare, BUP-klin, US
Linköping, E-mail: Norma.
Bou.Aram@lio.se

Behandling till barn och ungdomar med ångestsyndrom - ett exempel på evidensbaserade psykoterapeutiska metoder inom BUP.

Besvär av oro, rädsla och ångest är vanligt. Så många som var 5-10:e barn uppvisar kriterierna för ångestsyndrom. På BUP i Linköping erbjuds *Cool kids* - en psykologisk behandling med kognitiv beteendeterapi (KBT). Barn med föräldrar ses och får lära sig om ångestens natur, att känna igen känslor av oro och ångest. De får också kunskap i hur de ska utmana orostankar och hitta alternativa tankar för att minska orolistiska negativa tolkningar av situationer.



Cool Kids kan användas vid specifik fobi, generaliserat ångestsyndrom, social fobi och separationsångest och materialet finns för prevention. Broschyr finns på hemsidan: www.skane.se/sv/webbplatser/psykiatri-skane/stodfunktioner

Anton som går i åk 6, har börjat utebli från Idrottslektionerna och han är ofta hemma från skolan. Läraren uppfattar honom som ledsen. Han drar sig undan kamraterna och klagar ofta över magont. Har han det bra hemma? Är han mobbad? Deprimerad? På vårdcentralen har man inte gjort några somatiska fynd. Familjen rekommenderas att ta kontakt med BUP för bedömning av ångest och nedstämdhet.

Gruppbehandling med Cool Kids

Besvär av oro, rädsla och ångest är vanligt och var 5-10:e barn uppvisar kriterierna för ångestsyndrom. Anton visar

sig ha en stark social rädsla och han uppfyller också kriterierna för överdriven ängslighet. När Anton och hans föräldrar kommer till BUP erbjuds de gruppbehandling utifrån en modell som kallas *Cool kids*. Det är en psykologisk behandling med kognitiv beteendeterapi (KBT). På BUP i Linköping erbjuds Cool kids vid två tillfällen per år. Till varje grupp rekryteras 4-7 barn inom samma åldersintervall och deras föräldrar. Familjerna träffas 10 ggr då de får lära sig om ångestens natur, att känna igen känslor av oro och ångest och att utmana orostankar och hitta alternativa tankar för att minska orolistiska negativa tolkningar av situationer. Därefter får barnet träna sig på att stegvis närma sig det som väcker rädsla, både i gruppen och hemma.

Det vetenskapliga underlaget för KBT vid ångestsyndrom hos barn och ungdomar är mycket starkt (1-4) och *Cool kids* kan användas vid specifik fobi, generaliserat ångestsyndrom, social fobi och separationsångest och materialet finns för prevention. Anton hade även kunnat erbjudas evidensbaserad behandling specifikt för social fobi, i grupp eller individuellt. Vid pediatrik OCD rekommenderas KBT i första hand (5) men då används inte primärt Cool kids. BUP-kliniken i Linköping har också prövat KBT via internet för ungdomar med ångest och nedstämdhet. Studien är den första i Sverige med patienter från landstingsfinansierad BUP-mottagning och den har precis avslutats. Resultaten visar minskade symtom och att ungdomarna har ökat sitt deltagande i skola och andra aktiviteter.

Vid misstanke om ångestsyndrom - kontakt med BUP

För framtiden är det angeläget att skolpersonal och elevhälsa ökar kunskapen om ångestbesvär och att evidensbaserade preventiva åtgärder används. Skriften "Blyga och ängsliga barn" som finns att ladda ner från Socialstyrelsen är en tillgång för upptäckt och bemötande av tidiga tecken. När evidensbaserade behandlingar implementeras och sprids behöver man även säkerställa kompetens att utföra metoderna.

TEMA: BARNPSYKIATRI

Hur märks ångestbesvär? Ofta upptäcks konsekvenserna av besvären först och det kan vara ett förändrat beteende av sömnproblem, nedstämdhet, att barnet drar sig undan fritidsaktiviteter eller uppvisar skolfrånvaro. Ständiga frågor och prat om oro för olika saker kan vara ett tecken liksom huvudvärk, magont, muskelspänning. I skolan kan märkas brister i koncentration på grund av att eleven är upptagen med oroliga tankar.

Om man misstänker ångestsyndrom bör man konsultera och eventuellt remittera till BUP vid måttliga-svåra besvär och till t ex barnhälsan om besvären är lindriga. Barnläkare eller skolläkare kan göra en värdefull insats genom att ge familjen och barnet psykoedukation. Ibland behöver familjen motiveras för kontakt med BUP och det finns bra informationsmaterial som kan besvara de frågor ett barn eller föräldrar kan ha inför att ha en kontakt med psykiatrin.

Referenser

1. James AC, James G, Cowdrey FA, Soler A, Choke A. (2013). *Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents (Review)*. *Cochrane Library*.
2. Socialstyrelsen (2010). *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom 2010*. Västerås: Socialstyrelsen.

3. Rapee R (2013). *The preventative effects of a brief, early intervention for preschool-aged children at risk for internalising: follow-up into middle adolescence*. *J Child Psychol Psychiatry*: 54:780-788.
4. Sbrulati ES, Schniering C, Lyneham H, Rapee R (2011). *A model of therapist competencies for the empirically supported cognitive behavioral treatment of child and adolescent anxiety and depressive disorders*. *Clin Child Fam Psychol Rev*: 14:89-109.
5. Öst LG (2010). *KBT inom barn och ungdomspsykiatrin*. *Natur och Kultur*.



Malin Green-Landell, psykolog,
BUP-klin, US Linköping,
E-mail: Malin.Green.Landell@lio.se

Annonsera i Barnläkaren

“Vi förenklar för våra kunder.
Både bokning och fakturering
i Sverige 2014”

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



Nytt barn- och ungdomspsykiatriskt forskningscentrum slår upp dörrarna

Barn- och ungdomspsykiatri, Stockholms läns landsting (SLL) och Karolinska Institutet (KI) storsatsar på klinisk forskning och öppnade nyligen Barn- och ungdomspsykiatriskt forskningscentrum /Child and Adolescent Psychiatry Research Center (CAP Research Center). Syftet med Barn- och ungdomspsykiatriskt forskningscentrum är att tillsammans med den kliniska verksamheten skapa en sammanhållen plattform för klinisk forskning, utveckling och undervisning inom barn- och ungdomspsykiatri.



Forsk Sthlm: Från vänster till höger Lotta Spangenberg, Maria Silverberg, Sven Bölte, Eva Serlachius, David Mataix-Cols

Det övergripande målet för forskningscentret är att genom klinisk forskning öka tillgänglighet och utbud av evidensbaserad diagnostik och behandling för barn och unga i länet, samt att bidra till nationell och internationell vidareutveckling inom området. Särskild prioritet kommer att läggas vid behandlingsforskning. Till centret är ett 70-tal forskare och kliniker knutna och det ligger i närheten av KI, på Gävlegatan 22 i Vasastan i Stockholm. I centret ryms idag tre verksamheter under samma tak: KIND, BUP FUNK och CPF BUP.

KIND (Center of Neurodevelopmental Disorders at Karolinska Institutet; www.ki.se/kind) är ett kompetenscentrum för forskning, utveckling, undervisning och klinik inom neuropsykiatriska funktionsnedsättningar. Denna enhet startades 2010 under ledning av professor Sven Bölte. KINDs aktuella forskning omfattar bl a randomiserade, kontrollerade studier om social färdighetsträning i grupp "KONTAKT" för autismspektrumtillstånd (AST) och neurofeedback/arbetsminneträning vid ADHD och AST [1], utveckling av ICF core sets för AST

och ADHD, internetbaserad social kognitionsträning för barn med AST (www.asc-inclusion.eu), orsaksforskning om neuropsykiatriska funktionsnedsättningar med hjälp av diskordanta monozygota tvillingpar (RATSS-studien), studier om tidig upptäckt av AST och andra utvecklingsavvikelse genom longitudinell observation av högriskbarn (www.earlyautism.se; www.smasyskon.se)(2).

CPF-BUP är den del av Centrum för psykiatrforskning (www.psykiatrforskning.se) som samordnar barn- och ungdomspsykiatrisk forskning inom Stockholms läns landsting, där adjungerad lektor Eva Serlachius är koordinator. Exempel på forskning som bedrivs är valideringsstudier av diagnostiska instrument, utveckling av internetförmiddlad behandling (3), långtidsuppföljning av läkemedelsbehandling vid ADHD i relation till psykiatrisk genetik, och epidemiologiska studier (4). För att ytterligare stärka området har CPF rekryterat professor David Mataix-Cols från Institute of Psychiatry, London. Professor Mataix-Cols är världsledande forskare och kliniker inom ångest och tvångssyndrom. (5)

TEMA: BARNPSYKIATRI

BUP FUNK är den kliniska mottagning som är knuten till Barn- och ungdomspsykiatriskt forskningscentrum, där överläkare Maria Silverberg-Mörse är enhetschef. Denna mottagning är specialiserad på autismspektrumstörningar och tvångsproblem. Inom BUP FUNK finns också en grupp som utvecklar kognitivt stöd för dessa patienter.

Referenser

1. Holtmann M, Steiner S, Hohmann S, Poustka L, Banaschewski T, Bölte S (2011). Neurofeedback in Autism Spectrum Disorders. *Dev Med Child Neurol* 53:986-989.
2. Bölte S, Marschik PB, Falck-Ytter T, Charman T, Roeyers H, Elsabbagh M. (2013) Infants at risk for autism: a European perspective on current status, challenges and opportunities. *Eur Child Adolesc Psychiatry* Jan 10 [Epub ahead of print].
3. Vigerland S, Thulin U, Ljótsson B, Svirsky L, Bengtsson O, Lindefors N, Andersson G, Serlachius E (2013). En översikt av datoriserad behandling vid ångeststörningar hos barn och ungdomar. *Lakartidningen* 110, 92-94.
4. Kosidou K, Hellner-Gumpert C, Fredlund P, Dalman C, Hallqvist J, Isacson G, & Magnusson C (2012) Immigration, transition into adult life and social adversity in relation to psychological distress and suicide attempts among young adults. *PLoS One* 7(10), ArtID 46284.
5. Mataix-Cols D, Boman M, Monzani B, Rück C, Serlachius E, Långström N, Lichtenstein P. (2013). Population-Based, Multigenerational Family Clustering Study of Obsessive-compulsive Disorder. *JAMA Psychiatry* 70, 709-717.



Sven Bölte, professor i barn- och ungdomspsykiatrisk vetenskap vid institutionen för kvinnors och barns hälsa
E-mail: sven.bolte@ki.se

ADHD – vad vet vi idag?

Det är känt från tidigare forskning att personer med ADHD löper en ökad risk att hamna i kriminalitet. Studier har visat att läkemedelsbehandling har en positiv effekt på kärnsymptomen av ADHD, men det har varit oklart hur läkemedelsbehandling mot ADHD påverkar brottsrisken.

Resultat från en ny studie indikerar att läkemedelsbehandling mot ADHD med största sannolikhet sänker risken för brottslighet, vilket betyder att man bör överväga läkemedelsbehandling för unga vuxna med ADHD som är i riskzonen för brottslighet.

Medvetenhet om att de flesta läkemedelsbehandlingar innebär risk för biverkningar är viktigt. Vid varje enskild förskrivning måste därför riskerna värderas mot nyttan, och den enskilda patientens hela livssituation ska vägas in. Om resultaten från den här studien är korrekta bör behandlare även inkludera en minskad brottsrisk i denna risk-nyttavärdering.

Referens

Lichtenstein P, Halldner L, Zetterqvist J, Sjölander A, Serlachius E, Fazel S, Långström N & Larsson H, (2012) Medication for ADHD and risk for criminality. *New England Journal of Medicine*. Nov 22;367(21):2006-14.



livetslotteri.se



livetslotteri.se



Schizofreni och bipolär sjukdom drabbar ungdomar

De klassiska psykiatriska sjukdomarna schizofreni och bipolär sjukdom står för en betydande andel av psykiatrisk sjuklighet och funktionsnedsättning och därmed även vårdkostnad. Insjuknandet sker inte sällan redan i ungdomen men diagnostiken är ofta komplicerad. Effektiv behandling finns (1) men den nödvändiga farmakologiska behandlingen som vi idag har att tillgå medför också betydande risker för metabola störningar som adderar till den kraftigt ökade dödligheten av både somatiska och psykiatriska komplikationer.



Foto: clipart

försämrad funktion är angeläget men kan vara svårt i tidiga faser. Uppenbart insjuknande i mani eller depression med psykos är ibland enkelt att avgränsa. Vid lindrigare former av mani är dock gränsdragningen svår gentemot bristande affektreglering vid ADHD. Manin ska innebära en tydlig skillnad mot ungdomens vanliga mönster jämte en ökad energi och förstämning med eufori eller kraftig irritabilitet som är ihållande över större delen av dagen. Ovanpå den diagnostiska svårigheten är samsjuklighet mellan bipolär sjukdom och ADHD vanligare vid tonårsdebut. Kort sagt, tidig diagnos är angelägen men kräver ett brett differentialdiagnostiskt tänk och kan ibland behöva omvärderas.

Hur hittar vi schizofreni och bipolär sjukdom hos unga?

Insjuknandet sker oftast mellan 13-30 års ålder, tonårsdebut kan ses hos ungefär 1/3. Livstidsprevalensen är ca 0,7 procent för schizofreni och ca 2 procent för bipolär sjukdom. Diagnoserna vilar fortfarande helt på klinisk bild där ärftlighet, förlopp och typiska symtom bidrar. Bägge tillstånden har en stor ärftlig komponent på 60-90 procent, som är särskilt framträdande vid tidig debut. Noggrann anamnes om hereditet är därför viktig, men många fall saknar uppenbar ärftlighet. Den premorbida utvecklingen vid schizofreni med tidig debut är ofta belastad med autismdrag samt språk- och uppmärksamhetsstörning, och diagnos inom autismspektrum föregår ofta en tidigt debuterande schizofreni.

I den premorbida utvecklingen vid bipolär sjukdom förekommer ofta ångeststörningar, ADHD och trots. Att fastställa ett insjuknande med tydligt och kvalitativt

Metabola störningar av neuroleptika

Neuroleptika är förstahandsmedel vid schizofreni och kraftig mani. Vid schizofreni blir ofta behandlingen livslång medan bipolär sjukdom ibland kan underhållsbehandlas med litium o/e antiepileptika och psykosociala interventioner. Tyvärr drabbas barn svårare än vuxna av biverkningarna. De motoriska störningarna syns ofta även vid nyare neuroleptika (främst risperidon men även olanzapin och aripiprazol) och metabola biverkningar med aptitökning, viktuppgång, ökande midjemått, dyslipidemi och glukosstörningar är ett mycket stort problem (främst för olanzapin, klozapin men även risperidon och quetiapin samt mindre för aripiprazol). Viktökningen belastar psykosocialt och ökar risk för depression, ätstörning och på lite längre sikt diabetes, hjärtkärlsjukdom och ledbesvär. Alla behandlingar med neuroleptika ska föregås av utgångsvärden för längd, vikt, midjemått och metabolt

TEMA: BARNPSYKIATRI

labstatus och noggrant följas upp efter 1-3-6-12-18 månader etc. (2, 3).

Livsstilsintervention är en grundsten i behandling. Om vikten och BMI ökar bör man redan efter fyra veckor agera och överväga intensivare livsstilsintervention, preparatbyte eller ibland även tillägg av metformin. Metformin motverkar aptit- och viktökning i samband med neuroleptikabehandling, minskar glukosresistens och tolereras ofta väl.

Referenser

1. American Academy of Child & Adolescent Psychiatry 2012, Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents with Schizophrenia, www.aacap.org
2. Gothefors D, Adolfsson R, Attvall S, et al. Swedish clinical guidelines-prevention and management of metabolic risk in

patients with severe psychiatric disorders. *Nord J Psychiatry* 2010; 64(5): 294-302.

3. www.svenskpsykiatri.se/kliniska_riktlinjer_metalbolrisk.html



Håkar Jarbin, öl, BUP-klin
Halmstad
E-mail: Hakan.jarbin@regionhalland.se



Skriv till:

Barnläkaren Debatt

Barnläkarens debattsida är till för dig som vill uttrycka dina åsikter; info@barnlakaren.se.

Längd: max 500 ord, 5 referenser.

Många barn bär på en tung hemlighet.

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

Plusgiro 902003-3



“Lilla barnpsykiatrin” – Vad är det för Dig och vad handlägger Du själv?

Per Åmark, Barnneurolog Astrid Lindgrens Barnsjukhus Solna/Universitetssjukhuset, Nordnorge Tromsø



I mitt arbete som barnneurolog är lilla barnpsykiatrin gränslandet mellan våra specialiteter. Jag följer upp och behandlar, efter diagnostik inom BUP eller habilitering, när mina patienter med neurologiska sjukdomar även har neuropsykiatriska problem. Det handlar om t ex uppmärksamhetsproblem, beteendeavvikelser och sömnsvårigheter. Med kronisk neurologisk sjukdom följer ofta problem med skola, kamrater, familjerelationer mm vilka jag också försöker hantera, men ofta sker det i samarbete med olika yrkeskategorier från BUP.

Per Möllborg, Barnhälsovårdsöverläkare, verksamhetschef, Närhälsan, Vg region/Skolläkare Lysekils kommun



Att dra en gräns mellan “lilla barnpsykiatrin” och vad som är normalitet utifrån utvecklingen både fysiskt och psykologiskt i adolescensperioden är inte lätt. Vardagssymptom som huvudvärk, magont, sömnbesvär landar inte sällan, efter att ett förtroende skapats i mer riktade frågeställningar kring ångest, nedstämdhet och sociala missförhållanden. Att möta barn och ungdomar på deras arbetsplats/skolan ger en bredare ansats när jag är på mottagningen eller sjukhuset. Man ser barnet i en annan miljö, vidgar perspektiven, upplevs som mindre auktoritär och har information från skolsköterska och lärare som man saknar på en traditionell mottagning. Att använda “det nära” först, i form av elevens egen kompetens, föräldrarnas möjligheter och skolans resurser för att få en förändring är primärt, men ett samarbete och remitterande till BUP är nödvändigt när exempelvis nedstämdheten är en depression, ätstörningen är en anorexia eller bulimi, rutinbundenheten är OCD, koncentration-

sproblemen indikerar ADHD eller finns en misstanke om Aspergers syndrom, osv.

Bo Klintberg, Barn- och ungdomsläkare, Visby lasarett



“Lilla barnpsykiatrin” tillhör barn- och ungdomsläkarens vardag. En helhetssyn på våra familjer innebär att du behöver kunskap om både kropp och själ. En viktig del i detta är att på ett stödjande sätt hjälpa barn, ungdomar och familjer i olika livskriser. Vår specialitet bygger vidare på förståelsen av tillväxt och

utveckling av den växande individen. Vi måste på ett pedagogiskt sätt kunna förklara och normalisera psykologiska skeenden i familjerna, inte minst under adolescens-tiden. Den lilla barnpsykiatrin är för mig också att växa i sin läkarroll, lära känna sina styrkor och begränsningar, skaffa sig fler “terapeutiska” verktyg i sin verktygslåda och våga tro på att man kan handlägga helheten.

BRIS för
vuxna.

BARNPERSPEKTIVET.SE
BRIS FÖR VUXNA

Redaktör: Lina Schollin Ask

Julsaga



Illustration: Rebecka Lagercrantz

Det hände sig vid den tiden vid slutet av 2010-talet att ett unikt barn föddes på Nya Karolinska Universitetssjukhuset Solna (NKS). Modern – en invandrare från Mellanöstern inkom med kraftigt värkarbete till förlossningen den 24/12 på kvällen. Hon påstod bestämt att hon var jungfru och kunde inte alls förstå hur hon blivit gravid. Hon jobbade som städerska på NKS, men var anställd av ett riskkapitalbolag med säte på Jerseyöarna. Sjukhuset ville nämligen inte betala skatt och sociala avgifter i onödan, då det som vanligt led av ett kraftigt budgetunderskott. Kvinnan kunde inte begripa hur hon blivit gravid. Det enda hon mindes var en liten incidens på Maria bebådelsedag.

Det måste ha hänt någonting särskilt den dagen, när hon städade på stamcellslaboratoriet en sen kväll. En gästforskare vid namn Itara Dasaprad och professorn Ituo Attavoh överraskade henne. De bad att få stansa ut hudceller från städerskan för att kunna få fram några stamceller med IPS (induced pluripotent stemcells). Dessa skulle sedan sprutas in med en sond via slidan, nästa gång städerskan kom. Det

skulle bara vara litet försök och forskarna lovade att det skulle stötas ut ungefär som vid mens, som forskarna naturligtvis ville undersöka för att se om det utvecklats något embryoid. Kvinnan skulle som ersättning få en resa betald till sitt hemland. Tillstånd hade erhållits från Etiska prövningsnämnden, som varit ganska bakfull vid det senaste sammanträdet efter en personalfest med spritprovartävling.

Till forskarnas förvåning blev det ingen avstötning utan en ganska normal graviditet. Den gravida kvinnan var inte helt lycklig men abort var naturligtvis uteslutet.

Så föddes då detta barn relativt komplikationsfritt. Det var ett historiskt barn, eftersom någon man inte behövs tack vare IPS-tekniken. Det enda problemet var att barnet var lite litet och hypotermt, varför man måste lägga hen i en kuvös. Man lyckades få fram en gammal kuvös, som inte riktigt fungerade. Men med hjälp av lite halm kunde hen hållas relativt varm.

Den första som kom till sjukhuset på besök var Gudrun Schyman. Hennes parti Feministiskt initiativ (FI) hade gått oväntat framåt, tack vare att cp och kd åkt ut ur riksdagen. Hon menade att det här var en fantastisk framgång för FI, alstring av barn utan män, för de flesta män betar sig ju som talibaner. Men mamman brydde sig inte om de politiska aspekterna utan gladde sig åt sitt nyfödda barn och tittade på Midnattsmässan på tv, som sändes direkt från Rom. Solna kyrkklockor ringde över nejden. Kronprinsessans lamm i Hagaparken bräkte förnöjsamt. Och forskarna började skissa på sin artikel att skickas till Nature. Titeln skulle vara “Men are redundant with the new IPS technique.”

Tretton dagar efter barnet fötts anlände tre vise män från Cambridge, San Diego och Seoul för en site visit och överlämnade direkt ett stort forskningsanslag från Human Frontiers. Då blev även prefekten lycklig.



Hugo Lagercrantz, senior prof. i
pediatrik, Karolinska Institutet,
Stockholm
E-mail: hugo.lagercrantz@ki.se

Recensioner:

Tryggare kan flera vara -samtal med små barn och deras föräldrar



Författare: Björn Salomonsson
Carlsson Bokförlag (utg. 2013)
Sidor: 270
ISBN: 9789173315845

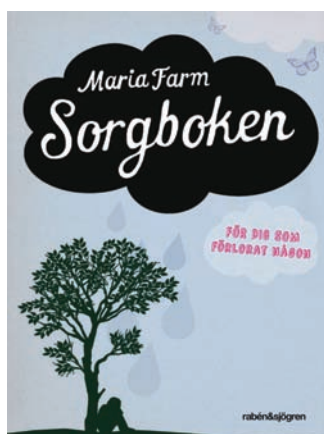
Jag väljer denna bok framför sju andra skönlitterära böcker väntandes på hög i början av semestern i somras. Finns det ett recept på trygga barn? Boken, skriven av psykoanalytikern Björn Salomonsson, handlar om första linjens psykiatri – där BVC-sköterskan träder in i den psykologiska- och känslomässiga enhet som barn och föräldrar

(ffa modern i denna bok) utgör redan innan barnet föds och i den omvälvande tid som följer därefter. Boken pekar på det viktiga arbetet BVC-sköterskor utför och det ansvar det medför att fånga upp de familjer som behöver mer hjälp än andra- just för att skapa Tryggare barn. Och tryggare föräldrar. Något recept finns inte men ingredienserna finns i denna varma introduktionsbok i ämnet. När jag är klar med boken önskar jag att varje BVC hade en psykoanalytiker som Björn med kunskapen och tiden att samtala med de föräldrar som behöver det och dess små barn. Det skulle inte bara skapa tryggare barn utan också en tryggare värld.

Lina Schollin Ask, ST-läkare
pediatrik, Sachsska
E-mail: lina.schollin-ask@
sodersjukhuset.se



En sorgbok för ungdomar som förlorat någon



Författare: Maria Farm
Rabén Sjögren (utg. 2012)
Sidor: 115
ISBN: 9129680182

Maria Farm är legitimerad psykolog, steg 1-KBT-terapeut och författare med mångårig erfarenhet av människor i kris.

“Sorgboken: för dig som förlorat någon” är hennes tredje bok och den vänder sig till barn och ungdomar i denna situation samt även till de vuxna som finns i deras närhet.

“I den bästa av världar dör inte föräldrar. Inte heller syskon eller kompisar. Men det händer ändå. Den här boken har jag skrivit till dig som har förlorat någon och behöver tröst och hjälp. Jag hoppas även att du kan hitta svar på frågor om sorg men även tips och tankar om hur du bäst kan ta hand om dig.” Detta står att läsa på baksidan av Sorgboken och speglar innehållet i den. Sorgboken handlar om det som händer kring när någon dör – både när det händer och efteråt – och den riktar sig till barn och ungdomar som har förlorat till exempel en förälder, ett syskon eller kompis. Boken riktar sig till barn från ca 9-13 år. Den går alldeles utmärkt att läsa även för vuxna som har barn i sorg, i sin närhet.

I nioårsåldern börjar barn förstå döden och att den är oåterkallig. I boken kan läsaren få hjälp med att sätta ord på sina tankar och funderingar. Boken innehåller många svåra ämnen kring döden. Barn vet oftast inte vad sorgbearbetning är utan deras upplevelse kan vara att de känner sig annorlunda än förut, men inte vet varför. Författaren berör det mesta kring sorgbearbetningen och dess faser, hur man kan må, vad som händer inom en och orättvisan i att detta inträffat. Hon ställer frågor som hon också svarar på. Vad är döden? Vad händer när döden inträffar? Hur kan man må och vad händer när man börjar må bättre eller vad som händer om man inte gör det och hur man då kan få hjälp. Författaren tar upp dödsfall genom sjukdom, olycka, mord och självmord på ett sätt som gör att de flesta barn kan känna igen sig och bli bekräftade. Att det faktiskt handlar om just dem. Mamma som dog i cancer, pappa som dog i en bilolycka, systemen som tog livet av sig.

Maria Farm skriver på ett personligt och medkännande sätt som är både lättbegripligt och respektfullt. Hon möter den drabbade direkt där den är - på dennes språk och

nivå. Sorgboken är lättläst och de olika kapitlen gör att det är lätt att orientera sig i den. Det är lätt slå upp och läsa om igen, om det som man är berörd av. Att läsa boken känns som att få prata med en riktigt bra kompis. Som vet det där lilla extra som gör att man kan orka ta sig vidare i sorgen. Jag kan i egenskap som stödgruppsledare och även som lekterapeut och medmänniska varmt rekommendera "Sorgboken" till den som har förlorat någon!



Anja Bülow, Lektorapeut Sachsska barn- och ungdomssjukhuset
E-mail: anja.bulow@sodersjukhuset.se

Infektioner hos barn



Författare: Rutger Bennet och Margareta Eriksson (red).
Förlag: Studentlitteratur (utg 2013)
Sidor: 298
ISBN 978-91-44-06039-2

Blunda och föreställ dig en patient som söker akut på just din jourmottagning! Färdig? Ser du patienten tydligt framför dig? I så fall: Har hen feber?

På en pediatrik akutmottagning står infektioner för mer än hälften av besöken. Sen är det förstås inte bara i marsnattens jourmörker som infektioner tar vår tid och tankemöda i anspråk. Infektioner berör pediatern lika mycket på en neonatal- eller barnonkologavdelning som inom habilitering och öppenvård.

Trots i regel ofta stort utrymme för infektioner i pediatrika läroböcker räcker de ofta inte till i vår kliniska vardag. Hittills har vi då varit hänvisade till internationell litteratur, vilket har sina komplikationer: även i en globaliserad värld skiljer sig infektionspanoramata mycket mellan länder. Därför kastar jag mig med stor nyfikenhet över nyutkomna *Infektioner hos barn* (Studentlitteratur). Redaktörerna Rutger Bennet och Margareta Eriksson är sedan decennier tongivande infektionspediatrer i Sverige och kräver knappast någon närmare presentation. Kring sig har de samlat både barnläkare och andra specialister. Bokens primära målgrupp är barn- och infektionsläkare under utbildning men den riktar sig även till blivande och färdiga specialister inom opererande specialiteter. För läkarutbildningen kan den tjäna som fördjupning.

Språket är över lag både lättsamt och nyktert. Tyvärr ger en del missade korrektur intryck av tidspress i utgivningen. Till bokens företräden hör utan tvekan tre inledande, allmänna kapitel som bland annat rymmer grundläggande immunologi, SIRS och sepsis (utan att trassla in sig i definitionerna), viktiga symtom, oklar feber och en hygglig översikt över post- och parainfektösa tillstånd. Vi får också en ganska omfattande belysning av riskbarn (inte bara immunbrist!). Två avslutande kapitel om diagnostik och behandling samt ett appendix med läkemedelsdoser

kompletterar elegant. Författarnas gedigna kliniska erfarenhet borgar för en pragmatisk hållning, och trots ofta utförliga kataloger över differentialdiagnoser får läsaren hjälp att sortera ut det vanliga och det farliga och förleds inte till överdrivet utredande.

Upplägget i övrigt känns igen från läroböcker i infektionsjukdomar, med dels ett antal kapitel som belyser varsitt organsystem, dels kapitel utgående från enskilda patogener och som närmast utgör en liten mikrobiologisk lärobok. Nyttan av att närma sig ämnet från flera håll uppväger med marginal att information ibland upprepas, liksom omaket att ibland behöva slå på flera ställen. Ett omfattande register underlättar och kunde utvecklas ytterligare, och i texten önskar man sig fler och smartare korshänvisningar.

Vissa områden behandlas kortfattat eller utelämnas helt. Oftast är det motiverat utifrån hög specialisering (virushepatiter, antiretroviralterapi vid HIV) men ibland svårare att genomsåda (till exempel utredning vid urinvägsinfektioner). Man har valt bort bilder, vilket fungerar förvånansvärt bra, kanske med undantag för hudkapitlet. Bokens

största brist är annars avsaknaden av referenser, vilka ersatts av mycket allmänna förslag på vidare läsning. Mest störande blir det där man vädrar nytt eller kontroversiellt stoff, vilket inte är sällan, där man vill kunna läsa kritiskt och evidensbaserat. Där hoppas jag på en uppdatering till nästa upplaga.

Som helhet är detta ändå en välskriven, ambitiös och användbar kunskapsöversikt som fyller en viktig lucka i min hylla. Rekommenderas!

*Simon Jarrick, ST-läkare i
pediatrik, Universitetssjukhuset
Örebro,
E-mail: simon.jarrick@gmail.com*



Skam och svek i vasst skådespeleri



Skådespelerskan Lotta Tejle med bångstyriga elever i "De Oskyldiga".

Foto: Roger Stenberg/Dramaten

TEATER Pjäsen "De Oskyldiga" inledde höstens första premiär på Dramaten. Lilian Hellmans flitigt spelade Broadway-pjäsa "De Oskyldiga" är ett drama förankrat i 30-talet. Vi kliver rakt in i handlingen. Uniformsklädda skolflickor arbetar intensivt via dans, tonårstrams, högläs-

ning och gränsöverskridande för att ge intryck av internatskolemiljö. Marika Feinsillers scenrum domineras av en gigantisk triangelformad linjal som används flitigt i alla scenbyten. Det hela utspelar sig i en tid då homosexualitet betraktas som högt skambelagt. Den vassa "stenen i skon" uppstår när en neurotisk flicka, tyglad av rik och hårdnackad farmor i skolstyrelsen, sätter en "snöboll" av rykten i rullning. Det skickliga skådespeleriet, en sofistikerad och rutinerad pingismatch mellan en handfull välkända namn inbjuder publikhavet till delaktighet. Gränsen mellan fiktion och verklighet suddas ut i teatersalongen.

Den genomtänkta scenografin och träffsäkra val av rekvisita, väcker associationer och höjer dramat ytterligare några pinnhål. Kulmen av pjäsen, en ångestladdad dialog där förvirring, förtvivlan och åtrå flyter likt lava över scenen, "ägs" av Martha och Karen (spelade av Jessica

Liedberg och Eva Röse). Välspelet drama med vass pekpinne riktad mot sårbarhet, vanmakt, ryktesspridning och maktmissbruk.

Margareta Munkert Karnros E-mail: info@barnlakaren.se

KALENDARIUM

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

DECEMBER

5-6/12 Medicinska Riksstämman, Stockholm
Info: www.blf.net

FEBRUARI 2014

13-16/2 The 3rd Global Congress for Consensus in Pediatrics and Child Health, Bangkok, Thailand
Info: info@blf.net

APRIL

3-5/4 2014 INAC (International Neonatology Association Conference) Valencia, Spanien
Info: info@blf.net

Nästa nummer...

Nästa nummer har temat **Barnkirurgi** och utkommer den **23 januari**. Det kommer dock att finnas tillgängligt på Barnläkarens hemsida www.barnlakaren.se tidigare.

Varmt välkomna att medverka i tidningen. Glöm inte att skicka med ett högupplöst 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). Max 5 referenser/artikel.

Tipsa gärna om nyheter: info@barnlakaren.se



Anmälan öppnas 1 december
se mer info på WWW.BARNVECKAN.SE



EN NY RS-VIRUSSÄSONG

Informera föräldrar om att vintervirussäsongen nu är här. Läs om RS-virus och hur man kan minska risken att bli smittad på rsvirus.se.

För några barn räcker det inte med goda råd. Planera för de barn som är extra sköra och som behöver skyddas med RS-virusprofylax.

Håll en tät dialog med barnakuten och följ rapporteringen av RS-virusfall på smi.se för att kunna ge Synagis i god tid.

SYNAGIS – skyddar den sköra



SYNAGIS, (palivizumab), Rx, ATC-kod J06B B16, SPC 2013-02-13. Förpackningar: Pulver och vätska till injektionsvätska, lösning 50 mg och 100 mg. Dosering: 15 mg/kg kroppsvikt. Indikationer: Prevention av allvarliga sjukhuskrävande nedre luftvägsinfektioner orsakade av respiratoriskt syncytialvirus (RS-virus) hos barn som har ökad risk för RS-virusjukdom:

- Barn som är födda vecka 35 eller tidigare och yngre än 6 månader då RS-virussäsongen börjar.
 - Barn under 2 år som inom de senaste 6 månaderna behövt behandling för bronkopulmonell dysplasi.
 - Barn under 2 år som har hemodynamiskt signifikant kongenital hjärtsjukdom.
- För fullständig produktinformation och prisuppgift, se www.fass.se.

SESYN130354

KURS I BARNORTOPEDI FÖR BARNLÄKARE



Välkommen till en fullspäckad dag med handfasta råd rörande barnortopedi.

Jag kommer bland annat ta upp barns fot- och benutveckling normalt/pathologiskt. Knä, rygg, öftbesvär och mycket mera. Kursen bygger på undersökningsmetoder, filmer och diskussioner.

Kursdatum: 27 januari eller 7 april 2014

Plats: Sophiahemmets högskola i Stockholm.

Kursavgift: 2995 kronor exkl. moms. Kursintyg, kompendium och förtäring ingår i avgiften.

Föreläsare: Lennart Sandberg, barnortoped med 20 års erfarenhet av barnortopedi.

lipus har granskat och godkänt denna kurs. Fullständig kursbeskrivning finns på www.lipus.se

Läs mer och anmäl dig på www.barnortopedi.se

Södersjukhuset, Sachsska barn- och ungdomssjukhuset
söker



Enhetsansvarig Barnläkare (LUS)

till akutmottagningssektionen

Var med och utveckla vår välfungerande akutmottagning för nya utmaningar i framtidens barnsjukvård i Stockholm.

Sachsska - där patientens perspektiv styr och medarbetarna trivs och utvecklas.



Läs mer på: sodersjukhuset.se/jobb



Att mäta barns hälsa - ett folkhälsoperspektiv

2-veckors kurs på NHV
15 september – 26 september 2014

För vidare upplysningar se NHV:s hemsida
www.nhv.se
eller kontakta kursledare Lennart Köhler
Telefon: 031 693976 E-mail: lennart.kohler@nhv.se

EN BARNYOGHURT RIK PÅ VITAMIN D!

- Innehåller 4 µg vitamin D/100g.
- 2,5 dl ger barnen hela det dagliga rekommenderade intaget av vitamin D!
- Utvecklad i dialog med svenska barnnutritionsforskare, speciellt för de behov som barn i Sverige har.
- 40% av förskolebarn i Sverige har för låga D-vitaminnivåer under vintern.*
- Finns i två smaker som barn älskar: Vanilj och Jordgubb.
- Behändig förpackning på 0,7L – barnens egen yoghurt!

WWW.DANONINO.SE WWW.DANONE.SE

REKOMMENDERAT CIRKAPRIS 19:90 SEK. FINNS I VÄLSORTERADE LIVSMEDELSBUTIKER.



*Öhlund I. et al. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2013 May

DANONE
HÄLSA GENOM MAT



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



ASTMAOCHALLERGILINJEN.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 • medasverige.se • astmaochallergilinen.se • kolguiden.se

Novopulmon® Novolizer® (budesonid), Inhalationspulver: 200µg & 400µg, 200 doser. Indikation: Underhållsbehandling av astma. Produktresumé senast uppdaterad 2013-06-04 resp. 2013-04-02. Formatris® Novolizer® (formoterol), Inhalationspulver: 6µg & 12µg, 60 doser. Indikation: Gas som tillägg till underhållsbehandling med inhalerad kortikosteroid för lindring av bronkobstruktiva symtom och förebyggande av ansträngningsutlösta symtom till patienter med astma när adekvat behandling med kortikosteroider inte är tillräckligt. Formatris® Novolizer® är också indicerat för lindring av bronkobstruktiva symtom vid kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL). Produktresumé senast uppdaterad 2013-03-18. 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 2013-01-10. För fullständig information se www.FASS.se, Referenser: 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".