

Barnläkaren

NR.2/2014



Tema | Sinnesorganen

Cochleaimplantat - goda resultat vid tidig operation

Cerebral syndysfunktion blir allt vanligare

BLF utvecklar Barnveckan med "Framtidsgruppen"



SVENSKA BARNLÄKARFÖRENINGEN
SWEDISH PAEDIATRIC SOCIETY



HAR DU TID ATT HJÄLPA OSS MED EN SPLITTERSKADA?



SMS:a LÄKARE till
71 501

så skickar vi hem en
anmälan för att
bli månadsgivare.

Kostar som ett
vanligt SMS.

Alla kan inte vara läkare. Men alla kan
rädda liv. Och med en ganska liten handling
kan du uträtta stordåd. Utan ditt bidrag har
vi gränser. Hoppas du vill vara med.



MEDECINS SANS FRONTIERES
LÄKARE UTAN GRÄNSER

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 is published by
John Wiley & Sons Ltd,
The Atrium, Southern Gate, Chichester,
West Sussex PO19 8SQ, UK
Tel: 44.1243.779777
Fax: 44.1243.775878
mvi@wiley.com

Tryck

Quantium Solutions, Singapore

Redaktionsråd

Catarina Almqvist Malmros
Margareta Blennow
Hugo Lagercrantz
Lina Schollin Ask
Göran Wennergren

Omslagsbilder

Ina Agency

LEDARE

2

REDAKTÖRENS RUTA

3

TEMA: SINNESORGANEN

Cochleaimplantat – goda resultat vid tidig operation	<i>Eva Karltorp</i>	4
Nystagmus – fortfarande en gåta?	<i>Jan Ygge</i>	6
Synnervsmissbildningar hos barn	<i>Kristina Teär Fahnehjelm</i>	8
Prematuritetsretinopati (ROP) - kunskap om riskfaktorer möjliggör prevention	<i>Ann Hellström</i>	10
Cerebral syndysfunktion blir allt vanligare	<i>Lena Jacobsson</i>	11
Angelägen långtidsuppföljning av synfunktion, perception och kognition hos extremt underburna barn	<i>Kerstin Hellgren</i>	13
Närseende hos barn och ungdomar med cerebral pares	<i>Tony Pansell</i>	15
Ögonrörelsemätning som kliniskt verktyg	<i>Gustaf Öquist Seimyr</i>	17
SWEDROP - ett nationellt kvalitetsregister för prematuritetsretinopati	<i>Gerd Holmström</i>	18

BARNMEDICIN

RS-profylax till små barn med medfött hjärtfel i Sverige – nya riktlinjer	<i>Estelle Naumburg</i>	21
<i>Specialistskrivningen i pediatrik:</i>		
Totalt 87 procent av alla deltagare godkända		23
BLF utvecklar Barnveckan med "Framtidsgruppen"	<i>Jonas Ludvigsson</i>	25

DEBATT

Övervikt och fetma - dags för differentierad skatt på mat?	<i>Hans Holgert</i>	27
--	---------------------	----

SVAR DIREKT

Partiledarna svarar inför riksdagsvalet: Vad i ert partiprogram främjar barns hälsa och välbefinnande?		28
---	--	----

KULTUR

Första läkarboken		
- om det nyfödda barnet och dess första tid		
<i>Anders Dahlström, Lina Schollin Ask</i>		30
Lyhörd bibel om barnets första fyra år	<i>Lina Schollin Ask</i>	31

KALENDARIUM

32



Träffa oss på tisdag och onsdag under Barnveckan i Malmö!

mariPOC®

Patientnära test med laboratorieprestanda

mariPOC® testar upp till 9 agens från ett pinnprov, med en svarstid på t.o.m. **20 minuter**.

mariPOC® möjliggör effektiv isolering, användning av antivirala läkemedel och rationell antibiotikaterapi.

- Influenzavirus A och B
- RSV
- Adenovirus
- Metapneumovirus
- Parainfluenzavirus 1, 2 och 3
- Pneumokocker
- Grupp A-streptokocker



Provanvänd **mariPOC®** och konstatera snabbheten och pålitligheten själv!

ArcDia International Ltd.

+358 40 124 44 92 victor.sten@arcDia.com
www.maripoc.com

Easyhaler®

Till dina astmapatienter



Instruktionsfilm
finner du på
orionpharma.se eller
medicininstruktioner.se

När patienten själv får välja*



* Buventol Easyhaler® salbutamol * Giona Easyhaler® budesonid * Beclomet Easyhaler® beklometason



Orion Pharma AB • Box 520 • 192 05 Sollentuna
Tel 08-623 64 40 • Fax 08-623 64 80 • www.orionpharma.se



* Schweisfurth H, et al. Respir Med 2002;96:599-606. Vanto T, et al. J Aerosol Med 2004;17:15-24. **Buventol Easyhaler®** (salbutamol) [Rx]. Buventol Easyhaler® (salbutamol) [Rx]. För symtomlindring av bronkkonstriktion vid astma och kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL). Inhalationspulver 100 µg/dos och 200 µg/dos. Förmån. Senaste översyn av produktresumé: 2013-07-02. **Giona Easyhaler®** (budesonid) [Rx]. För behandling av lindrig, måttlig och svår ihållande astma. Inhalationspulver 100 µg/dos, 200 µg/dos och 400 µg/dos. Förmån. Senaste översyn av produktresumé: 2012-12-11. **Beclomet Easyhaler®** (beklometason) [Rx]. För behandling av bronkialastma. Inhalationspulver 200 µg/dos. Förmån. Senaste översyn av produktresumé: 2013-02-25. För priser och ytterligare information se www.fass.se.

För optimal återhämtning och utveckling



www.nestlehealthscience.se
Nestlé Kundservice: 020-78 00 20

 **NestléHealthScience**
NOURISHING PERSONAL HEALTH



Landstinget i Östergötland

Universitetsöverläkare i pediatrik Barn- och kvinnocentrum

Som en strategisk satsning för att stärka dagens och morgondagens kliniska forskning i landstinget, med tyngdpunkt vid universitetssjukhuset, inrättas landstingsfinansierade befattningar som universitetsöverläkare med avsatt tid för forskning.

Uppdraget innebär forskning på 30 % av din arbetstid under tre år, med möjlighet till förlängning i ytterligare tre år.

Vi söker dig som är minst disputerad, är aktiv forskare och gärna specialist inom neonatologi.

Välkommen med din ansökan senast den 30 april 2014.

Läs mer och ansök via www.lio.se/jobb



www.lio.se



Landstinget
i Östergötland



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

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

BluP 130102



Barns fantasi fungerar inte sämre för att kroppen gör det.

MinStoraDag hjälper svårt sjuka barn att förverkliga sina önskedrömmar.



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



Stiftelsen
MIN STORA DAG
www.minstordag.org

Bättre transition för nya överlevare när de lämnar barnsjukvården

Antalet barn som överlevt svåra medfödda och förvärvade sjukdomstillstånd i nyföddhetsperioden eller senare i barndomen ökar snabbt. Detta är något vi bör glädjas åt eftersom det är en tydlig konsekvens av den förbättrade och allt mer avancerade sjukvården. Denna trend ses i hela västvärlden och kanske särskilt tydligt i Sverige. Det är ett kvitto på att svensk barnsjukvård är på topp!

Det var inte så länge sedan vi "visste" att prematurer födda före vecka 27, nyfödda med enkammarhjärtan och barn med vissa cancerdiagnoser inte skulle överleva och därför inte var värda att satsa resurser på. Idag är situationen helt annorlunda. Antalet barn och ungdomar som överlevt extremt prematur födsel, cancer, svåra medfödda organmissbildningar, organtransplantationer, avancerad långvarig intensivvård och andra tillstånd ökar nu snabbt.

Den tekniska utvecklingen har gjort att vi idag i en liten volym blod kan screena nyfödda med helt ny metodik som kan upptäcka närmare 25 medfödda metabola sjukdomar istället för tidigare fem. Detta har medfört att vi tidigare kan diagnostisera barn med sällsynta rubbningar som kan erbjudas snabbare behandling, vilket kan vara livräddande.

Dessa medicinska framgångar sker till ett tilltagande pris. För många av de nämnda patientgrupperna vet vi att en stor andel av de unga vuxna vi slussar vidare till vuxensjukvården har funktionshinder och hälsoproblem som ibland kan vara svåra. Att hjälpa denna växande grupp är en av de kommande stora utmaningarna i sjukvården.

Vi barnläkare som vuxit upp med dessa nya överlevare som våra patienter, ofta från födelsen och genom olika utvecklingsfaser och med ökande tillgång till nya behandlingsmöjligheter, har ofta gjort en utbildningsresa för varje enskilt patientfall. Vi barnläkare anklagas ofta för att inte vilja släppa taget och många av dessa patienter finns inte sällan kvar i vården hos barnläkare långt efter att de passerat det pediatrika ålderstrecket. Motiveringen är ofta att det varit svårt att hitta en vuxenkollega som vill ta över vården. De vuxenspecialister som slutligen tar över dessa patienter

har inte som barnläkaren långsamt skolats in i området, utan möter patienter som kan ha för dem tidigare helt okända sjukdomar och medicinska problem. Detta scenario med överföring av barn med nya kroniska sjukdomar till vuxenvård kommer att öka i omfattning och kräva resurser och organisationsförändringar i sjukvården. Därför måste detta bli ett prioriterat område för politiken, som vi inom professionen kontinuerligt måste påminna om.

Vi barnläkare har ett ansvar att utveckla fungerande strukturer för och bli bättre på transition av de nya överlevarna till vuxensjukvården. "Transition" är idag ett vanligt tema på pediatrika kongresser inom flera ämnesdiscipliner och det finns goda exempel på fungerande rutiner inom olika subspecialiteter. Men det krävs att vi gör mer. På senaste Riksstämman 2013 var jag moderator för ett symposium, arrangerat av BLF, som handlade om nya överlevare och transitionen till vuxensjukvården. Det var fullt i salongen och många yttrade sig engagerat, men bara en vuxenläkare fanns på plats. Övriga var barnläkare och de flesta redan frälsta. Vi måste givetvis bli mycket bättre på detta. Riksstämmans nya fokus på gränsöverskridande aktiviteter som engagerar flera specialiteter är mycket bra för en sådan målsättning. Programmen måste planeras och samarrangeras av både barn- och vuxenläkare för att locka flera. Vi barnläkare måste gå före och sätta "transition" på agendan!

För övrigt; Du deltar väl i Barnveckan i Malmö, 7-11 april, 2014



*Med bästa hälsningar,
Olle Söder, ordf BLF*



Redaktörens ruta



Så var det äntligen dags för Barnveckan, ett arrangemang som bara tycks utvecklas till det bättre från ett år till ett annat. För att ytterligare öka chanserna till att denna konferens fortsätter att bli ett kvalitetsevent att se fram emot, har BLF utsett "framtidsgruppen för Barnveckan". Denna projektgrupp består av ett tiotal engagerade inom barnsjukvården. Under de två senaste åren har de arbetat för att förbättra och underlätta för framtida arrangörer och deltagare. Läs mer på sidan 25. Tillsammans med årets arrangörer möter vi våren i Malmö. Barnläkaren kommer förstås att vara på plats. Välkomna till vår monter där du kan dela med dig av dina frågor, idéer och funderingar.

På tal om åsikter har vi ett riksdagsval som närmar sig med stormsteg. Skarpare läge än tiden innan 14 september blir det inte, och politikerna har många frågor att besvara och försvara innan dess. Barnläkaren frågade samtliga av riksdagens partiledare vad de vill göra för att främja barns hälsa och välbefinnande i framtiden. Att allt som yttras i denna fråga, handlar om förbättring och utveckling vet vi redan. Att få veta hur, är det mest intressanta. Läs statsministerns och riksdagens partiledares uttalanden i Svar Direkt.

I övrigt har vi en hel del som handlar om ögon och synen i detta nummer. Vår gästredaktör, Jan Ygge, som

haft en betydande roll i planeringsarbetet med temadelen, är professor i oftalmiatrik vid Karolinska Institutet. Bland de intressanta ämnen som Jan lyfte vår uppmärksamhet mot, finns bl a extremt prematurfödda barn. Medaljens baksida när det gäller framgångsrika livräddningsinsatser i ett för tidigt skede i utvecklingen, är skador i olika delar av kroppen, inte minst hjärnan. Då en stor del av hjärnan har koppling till synfunktion har därför synproblem blivit allt vanligare. Hur ser förutsättningarna ut för att vårda dessa barn idag? Vi tittar också närmare på hjälpmedel för hörselskador hos barn. Cochleaimplantat (CI) är idag en självklarhet för barn med medfödd eller förvärvad dövhet eller grav hörselnedsättning. Vid sekelskiftet 2000 förbättrades resultaten efter CI-operationer avsevärt på två viktiga upptäckter.

Sist men inte minst presenterar Lina Schollin-Ask två läsvärda böcker riktade till småbarnsföräldrar. Föräldrafrågor besvaras tydligt och lättförståeligt i Stefan Johanssons bok *Första Läkarboken*. Malin Bergström berättar om vikten av lyhördhet mellan barn och föräldrar.

Trevlig läsning!

Margareta Munkert Karnros

Gästredaktör i detta nummer: Professor Jan Ygge



Jan Ygge är professor i oftalmiatrik med speciell inriktning mot barnoftalmologi vid institutionen för klinisk neurovetenskap sedan 2002. Han tog läkarexamen vid Karolinska Institutet 1978 och doktorerade 1983 i anatomi. Han erhöll specialistkompetens i ögonsjukdomar 1989, samma år som han också blev docent i anatomi vid Karolinska Institutet. I början av 1990-talet tillbringade han ett och ett halvt år som postdoc fellow vid Dept of Neurology, Johns Hopkins University, Baltimore, USA. 1995 blev han docent även i oftalmiatrik vid Karolinska Institutet. Sedan 1990 arbetade Jan Ygge kliniskt vid först barnögonklinikerna, Huddinge universitetssjukhus och sedan 1997 vid S:t Eriks ögonsjukhus, där han är överläkare sedan 2000. Jan är chef för Marianne Bernadotte Centrum för forskning inom Dyslexi och Barnoftalmologi vid KI och S:t Eriks Ögonsjukhus och tillika prodekanus för utbildning vid Karolinska Institutet.



Barn med cochleaimplantat. Tidig upptäckt och behandling är viktigt för barn med grav hörselnedsättning. I alla fall om målet är att barnen ska komma ifatt sina jämnåriga, normalhörande kompisar. Förälder till barnet har godkänt publicering.

Foto: Eva Karltorp

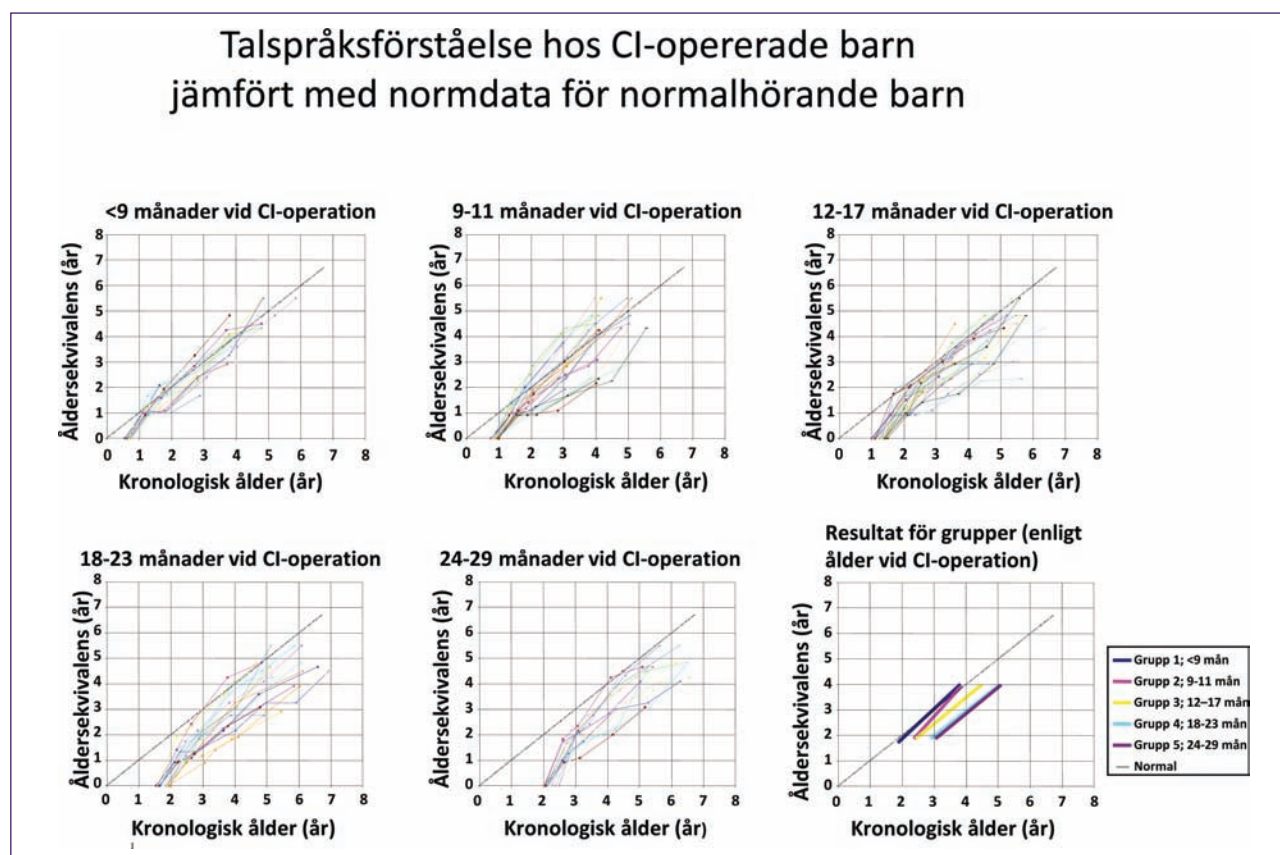
Cochleaimplantat – goda resultat vid tidig operation

Cochleaimplantat (CI) är ett hörseltekniskt hjälpmedel, där en del är inopererad och en del påminner om en vanlig hörapparat bakom örat. I början av 1990-talet opererades bara ett fåtal barn. Idag har situationen förändrats helt. I stort sett alla, d v s ca 60 barn per år, opereras. Tidigt omhändertagande är viktigt för barn med grav hörselnedsättning - i alla fall om målet är att barnen ska komma ifatt sina jämnåriga, normalhörande kompisar.

Cochleaimplantat (CI) har blivit en självklarhet för barn med medfödd eller förvärvad dövhet/grav hörselnedsättning. Från att bara ett fåtal barn opererats med CI i Sverige sedan början av 1990-talet, har situationen änd-

rats helt. Nu opereras i stort sett alla barn som behöver CI (ca 60 barn per år) och de flesta barnen får bilaterala implantat. CI är ett hörseltekniskt hjälpmedel, där en del är inopererad och en del påminner om en vanlig hörapparat

Talspråksförståelse hos CI-opererade barn jämfört med normdata för normalhörande barn



bakom örat. Tekniken har varit avancerad allt sedan de första barnen opererades, men trots detta har resultaten förbättrats högst väsentligt först de senaste tio åren. Varför? År 2000 identifierades två faktorer som viktiga för resultaten efter CI-operationen, nämligen det dövöddas barnets ålder vid CI-operationen och talspråksstödet till barnet och dess familj efter operationen.

Med denna bakgrund tog CI-teamet i Stockholm beslutet att försöka förbättra resultaten efter CI-interventionen. Trots att få publikationer fanns att tillgå, sänktes operationsåldern succesivt och 2002 opererades det första barnet före 12 månaders ålder. Tack vare den då nyligen startade nyföddhetshörselscreeningen kunde de döva barnen identifieras och utredas tidigt. Dessutom startades en 1- till 2-årig utbildning av AVT (Auditory Verbal Therapy) för föräldrahandledning, som hittills ett 60-tal logoped och specialpedagoger har genomgått. Kliniskt sett har förbättringen av resultaten varit slående. Från att majoriteten av barnen med CI på 90-talet använde teckenspråklig kommunikation, är barnen numera främst talspråkliga. Alla normalbegåvande barn som opererats före 2,5 års ålder går integrerade i vanliga skolor eller i skolor med svenska som undervisningsspråk.

Studie - är åldern vid CI operationen en viktig faktor?

För att studera resultaten mer ingående gjordes en retrospektiv studie av alla barn som opererats med CI i Stockholm mellan 2002 och 2011 och som var yngre än 2,5 år vid operationstillfället. Studien belyste också om det var förenat med ökade risker att CI-operera barnen tidigt i livet.

Metod:

Hörsel- och talspråksresultaten för 115 prelinguallt döva barn analyserades. Barnen delades in i fem grupper, beroende på ålder vid operation: Grupp 1: < 9 månader (n = 20), Grupp 2: 9-11 månader (n = 31), Grupp 3: 12-17 månader (n=33), Grupp 4: 18-23 månader (n = 30) och Grupp 5: 24-29 månader (n = 23). Talspråksförståelse, ordförråd, talspråksproduktion och hörselförmåga testades regelbundet var 6:e månad. Barnen hade en uppföljningstid på upp till 11 år (medel 6,8 år).

Resultat:

Barn som fick CI före 9 månaders ålder hade nästan ingen försening i sin talspråksförståelse och uppnådde åldersadekvata resultat på alla uppmätta parametrar. Barn som opererades mellan 9-11 månaders ålder hade en försenad talspråksförståelse, men kom i kapp den första gruppen

TEMA: SINNESORGANEN

inom 2-3 år. Barn som opererades mellan 12-17 månaders ålder kom inte i fatt barnen i grupp 1-2 vad gäller tal-språkförståelse under förskoleåldern, men många barn i denna grupp kunde så småningom få åldersadekvata resultat vad gäller ordförråd. Barn som opererats efter 18 månaders ålder kom aldrig i kapp barnen som fått CI vid yngre ålder, vare sig för talspråkförståelse eller ordförråd.

Hörselmässigt såg man ingen skillnad i de fem grupperna. Ingen ökad mängd komplikationer sågs bland de barn som opererats före 9 månaders ålder jämfört med barn som opererats senare.

Sammanfattningsvis talar mycket för att tidig intervention är viktigt för barn med grav hörselnedsättning - i alla fall om målet är att barnen ska komma i fatt sina jämnåriga, normalhörande kompisar.

Referenser

1. Colletti L, Mandala M, Colletti V. Cochlear implants in children younger than 6 months. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2012;147:139-46.

2. Wie OB. Language development in children after receiving bilateral cochlear implants between 5 and 18 months. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2010;74:1258-66.
3. Leigh J, Dettman S, Dowell R, Briggs R. Communication development in children who receive a cochlear implant by 12 months of age. *Otol Neurotol.* 2013;34:443-50.

Eva Karltorp, öronläkare,
Öronkliniken
Karolinska Universitetssjukhuset,
Huddinge,
E-mail: eva.karltorp@karolinska.se



Nystagmus – fortfarande en gåta?

Nystagmus, d v s upprepade ofrivilliga ögonrörelser, anses ofta vara svåra fall och inte behandlingsbara. Med ny teknik för diagnostisering och nya behandlingar kan man dock se ljus i tunneln. Men finns det en lösning på denna gåta? Barnläkarens temaredaktör Jan Ygge berättar var vi befinner oss kunskapsmässigt idag.



Jan Ygge med patient. Ögonrörelsemätning genom reflektion av infrarött ljus från skärmen mot ögat.

Foto: Tobii Technologies

Sk Infantil Nystagmus (IN) är den vanligaste typen av nystagmus hos barn. IN debuterar oftast kring 8-12 veckors ålder vilket gör att den tidigare använda diagnosen kongenital nystagmus inte är korrekt, då i princip inget nyfött barn uppvisar nystagmus (men däremot ofta okordinerade ögonrörelser). De kliniska tecknen på IN skiljer sig oftast från förvärvad nystagmus på en neurologisk sjukdom. Barn med IN uppvisar ofta en tvångshuvudhållning för att få bästa syn. Denna uppkommer genom att den sk *null zone*, d v s den blickriktning där nystagmusintensiteten är minst inte alltid är rakt fram och således vrider de huvudet dit där blickriktningen ger bäst syn. Barn med IN upplever aldrig oscillopsi, d v s att bilden rör sig utom möjligen

TEMA: SINNESORGANEN

när de tittar i extrem blickriktning långt från null zone. Huvudskakningar som kan likna nystagmus är inte en kompensatorisk mekanism utan oftast en del av IN.

Orsaken till synnedsättning vid infantil nystagmus bör utredas

IN kan förekomma tillsammans med synskada som t ex albinism, opticushypoplasi, kongenital katarakt, CVI (Cerebral Vision Impairment) e t c. Underliggande orsaker som dessa förekommer i upp till 50 procent hos barn med IN även om den precisa mekanismen för IN ännu ej är känd. Ett barn med IN har troligen någon grad av synnedsättning och orsaken till denna bör utredas. Om orsaken är en kongenital katarakt eller en opticushypoplasi är detta möjligt att diagnostisera genom en vanlig ögonundersökning medan t ex retinala sjukdomar såsom dystrofier inte kan ses i ögonbotten i tidiga stadier. Här spelar ERG en viktig roll i diagnostiken. Den dåliga synskärpan vid dessa orsaker i sig ger inte upphov till IN då alla barn i tidig ålder har en dålig synskärpa. De barn som inte har en synskada samtidigt och som alltså har ett normalt ERG och normalt neurologiskt status brukar nuförtiden kallas *“Idiopatisk infantil nystagmus”*. En ärftlig form av IN finns också men den är också oftast kopplad till någon form av synskada samtidigt.

IN kännetecknas av att vara en ofrivillig, konjugerad, rytmisk, horisontell rörelse med ögonen. Den kan uppträda som rycknystagmus eller pendelrörelse och intensiteten brukar öka vid sidoblick. IN bibehåller sin horisontella riktning även vid blick uppåt vilket skiljer den från fler andra (och farligare) former av nystagmus. Ögonrörelseregistrering kan i många fall vara en hjälp vid diagnostiserandet (se bild).

Värdefull information för diagnos och etiologi

Ofta ökar nystagmus intensitet vid fixering, vilket gör att det kan vara svårt att mäta synskärpan på ett barn med nystagmus, då själva proceduren med fixering av små bokstäver eller andra föremål ger upphov till en ökad nystagmus och med det en försämrad synskärpa. Likaså oro inför och under undersökningen har visats ge upphov till en ökad nystagmusintensitet. IN minskar vid konvergens vilket gör att närsynskärpan oftast är bättre än avståndssynskärpan. Barn med IN håller ofta föremål mycket nära ögonen när de skall titta på dem för att dels öka storleken på föremålet/texten och dels för att nystagmusintensiteten blir lägre vid konvergens. Detta beteende skall inte undertryckas då all form av visuell stimulering är bra för synutvecklingen. Enstaka barn vrider också kraftigt på huvudet

för att titta i extrem blickriktning för att på så vis blockera nystagmusen, vilket ger upphov till en bättre synskärpa.

När man träffar ett barn med IN finns ett par anamnestiska uppgifter som är av stort värde för diagnosen och etiologin. 1) Finns det en hereditet för dålig syn, nystagmus, hypopigmentering (Okulokutan albinism)? 2) Är barnet extremt ljuskänsligt? Fotofobi hos ett barn med IN leder misstankarna till en retinal kongenital dystrofi (trots en normal ögonbotten vid oftalmoskopi). 3) Förefaller barnet se bäst i skymning/låg belysning eller i dagsljus? Tecken på synsvårigheter i låg belysning kan orsakas av *kongenital stationär nattblindhet* eller en *stadvystrofi* och synsvårigheter i ljusa omgivningar är en indikation på *kongenital akromatopsi*.

Det görs idag troligen alltför många MRI-undersökningar på barn med IN som är i övrigt neurologiskt normala. Hjärntumörer ger inte upphov till IN hos barn om inte det samtidigt finns tecken till opticushypoplasi eller atrofi.

Glasögon och linser rekommenderas

Då vi ju i dagsläget ej känner etiologin till IN kan vi ej heller behandla kausalt utan är hänvisade till symptomatisk behandling som i många fall trots allt kan höja synskärpan och förbättra synfunktionen. Föräldrar till barn med nystagmus skall informeras om att intensiteten på IN oftast är högst direkt efter debuten och minskar med tiden. Man bör också låta barnet använda sin tvångshuvudhållning för bästa synskärpa och eventuellt beteende med att hålla föremål eller text extremt nära ögonen skall ej undertryckas. Många barn med IN har refraktionsfel, vilket gör att den mest effektiva behandlingen man kan erbjuda är en full korrektion av refraktionsfelet.

Glasögon är utmärkt och kontaktlinser är i många fall ännu bättre, då barnet dels får en bra synskärpa och ett bättre perifert seende av kontaktlinsen men också genom att en taktill feedback från corneaytan minskar nystagmusintensiteten. Prismaglasögon kan också vara bra för att minska en tvångshuvudhållning eller för att tvinga barnet till konvergens vilket minskar nystagmus enligt ovan och därmed ökar synskärpan. Kirurgisk behandling av nystagmus finns av flera olika slag och det skulle bli för långt i denna text att beskriva dessa här. Farmakologisk behandling av IN hos barn förekommer i princip aldrig.

*Jan Ygge, professor i Barnoftalmologi vid Karolinska Institutet och överläkare vid S:t Eriks Ögonsjukhus, Stockholm (gästredaktör i detta nummer, se bild i presentationen på sid 3).
E-mail: jan.ygge@eyelab.se*

Skador till följd av medfödda synnervsmissbildningar

Medfödda synnervsmissbildningar, såsom optikushypoplasi, optikuskolobom och Morning Glory är, om de är dubbelsidiga, viktiga orsaker till blindhet eller synskada hos barn i västvärlden. De är även kopplade till neurologiska, hormonella och neuropsykiatriska problem. Hur vanliga dessa missbildningar är bland de cirka 450 000 barnen i Stockholms Län är tidigare inte klarlagt.

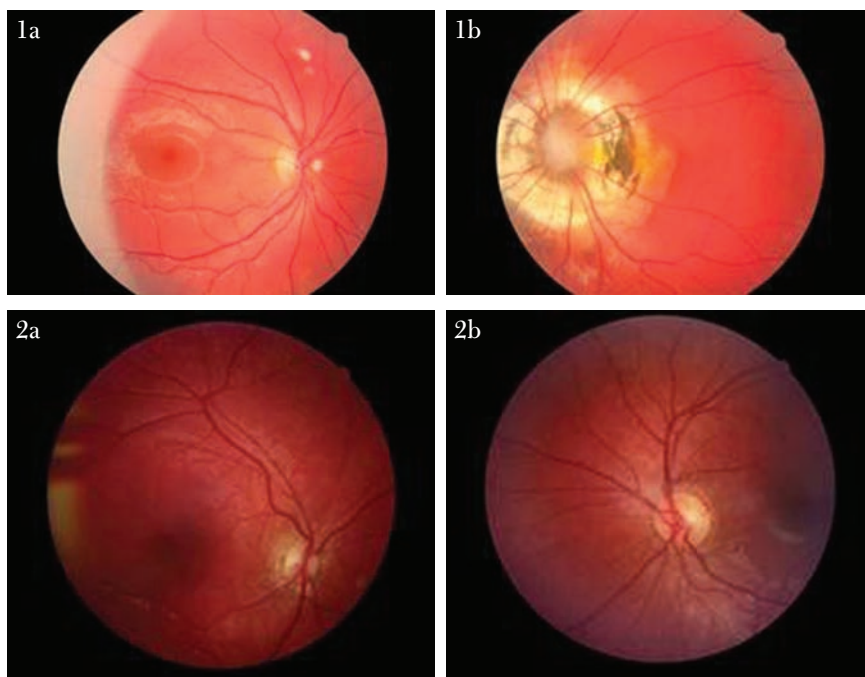


Fig 1a. Normal ögonbottenbild. **Fig 1b.** Morning Glory vänster öga. Förutom den stora papillen med central gliatofs samt omgivande peripapillär atrofi med pigmentering ses radierade kärl. Synen på det vänstra ögat är 0.1. **Fig 2a.** Ögonbotten från höger öga som visar en liten papill d v s optikushypoplasi. Barnet inremmitterades p g a högersidig skelning. Synen var nedsatt till 0.16. **Fig 2b.** Normal ögonbotten från vänster öga.

Foto: Monica Olsson, ortoptist, doktorand

Optikushypoplasi, ONH (Optic Nerve Hypoplasia), är den vanligaste missbildningen och innebär att synnerven är tunn och underutvecklad med reducerat antal synnervstrådar och ses i ögonbotten som en liten papill. ONH är ofta förenat med somatiska och neuropsykiatriska problem och en missad eller försenad diagnos kan innebära risk för plötslig död. Optikuskolobom, där papillen istället är förstörad och urgröpt p g a defekt slutning av fetala fissuren, förekommer isolerat, vid CHARGE och andra syndrom. Morning Glory (MG) är ovanligare, där är papillen också stor och excaverad, och kan vara associerat

t ex med basalt encefalocele. Diagnoserna ställs vid ögonbottenfotografiering samt eventuellt ögonbottenfotografiering och manuell/digital analys av papillstorlek. Även magnetkameraundersökning (MR) av nervi optici och chiasma är av värde. Graden av synnedsättning kan variera alltifrån total blindhet till ensidig lätt synnedsättning. ONH har kopplats till vissa teratogen, såsom alkohol, antiepileptika och antidepressiva. Låg ålder hos mödrarna samt att de är förstföderskor har rapporterats. Optikuskolobom kan nedärvas eller vara del av syndrom medan orsaken till MG är okänd. Barn med ONH kan ha medellinjemisbildningar i CNS såsom avsaknad av septum pellucidum och/eller corpus callosum. Förekomst av ONH har från England rapporterats till 10,9/100 000 hos barn upp till 15 år. Dubbelsidig ONH uppges vara vanligare och dessa barn har oftare hormonella brister, utvecklingsstörning och autismspektrumstörningar.

Svenska förhållanden

I denna populationsbaserade studie var syftet att undersöka förekomsten av olika såväl en- som dubbelsidiga synnervsmissbildningar hos barn, yngre än 20 år i Stockholms Län samt att undersöka barnens synfunktioner, neurologiska status samt förekomst av utvecklingsbeteendevikelser.

Av 176 barn/ungdomar födda 1990 – 2009 med diagnos bakre ögonmissbildning (Q 14,2 eller Q14,8) i databasen på S.t Eriks Ögonsjukhus och identifierade 2008 eller 2012 var en del avlidna, avflyttade eller feldiagnostiserade. Av resterande hade 79 ONH, 45 kolobom

TEMA: SINNESORGANEN

och 11 MG. De 66 ONH- barn och 11 MG-barn som inkluderades i studien undersöktes med synskärpa, skelning, samsyn, ögonrörelser, ögonstatus inkl ögonbottenfotografering och papillmätningar med manuell och digital teknik. Barnneurologiska undersökningar inkluderade motorik, reflexer, tal och psykomotorisk utveckling och ett formulär angående eventuella beteendestörningar (5-15) besvarades av föräldrarna.

Resultaten av undersökningen

Förekomsten av barn under 18 år med ONH var 17,3/100 000 hos 438 897 födda och ONH var lika vanligt som ensam dubbelsidig. Medianåldern vid undersökningen var 9,3 (7 mån -19,4) och 34 var flickor. Sexton patienter var synskadade med synskärpa lägre än 0,3. Avvikelse i utveckling och beteende var vanligare vid bilateral ONH. Ca hälften av barnen hade neurologiska funktionsnedsättningar, vanligare hos barn med dubbelsidig ONH, både vad gäller grov och finmotorik. Mental retardation och autism var också vanligare i den bilaterala gruppen. Hos barn med MG var prevalensen ca 2,4/ 100 000 barn, åldern vid undersökning var 2,4-20,1 år, missbildningen var ensidig och ibland kopplad till kärmissbildningar. Synskärpan var 0,1 eller lägre på MG-ögat hos fem av barnen. Kolobomprojektet har just påbörjats som ett kommande doktorandprojekt.

De flesta barn debuterar med skelning, nystagmus, avsaknad av fixation eller nedsatt synförmåga. Enstaka barn remitterades p g a neurologiska eller endokrinologiska brister. En av nackdelarna med studien var att alla barn inte gick att ögonbottenfotografera utan att man hos 13 barn med ONH fick förlita sig på kliniska ögonbottenbedömningar. Kohorten var också liten men trots detta populationsbaserad. Vidare uppföljningar kommer att redovisa resultaten av neurologiska, endokrinologiska, neuroradiologiska och genetiska undersökningar.

Sammanfattningsvis är synnervsmissbildningar som grupp en heterogen men viktig och vanlig orsak till

synnedsättning och ett samarbete med barnögonläkare och barnläkare är viktig för bästa omhändertagandet av dessa barn. Barnen behöver följas upp, inte bara oftalmologiskt utan också endokrinologiskt, neurologiskt och psykologiskt.

Referenser

1. Borchert M, Garcia-Filion P. The syndrome of optic nerve hypoplasia. *Curr Neurol Neurosci Rep* 2008; 8: 395-403.
2. Ek U, Fernell E, Jacobson L. Cognitive and behavioural characteristics in blind children with bilateral optic nerve hypoplasia. *Acta Paediatr* 2005; 94: 1421-1426.
3. Garcia-Filion P, Eppert K, Nelson M, Azen C, Geffner ME, Fink C et al. Neuroradiographic, endocrinologic, and ophthalmic correlates of adverse developmental outcomes in children with optic nerve hypoplasia: a prospective study. *Pediatrics* 2008; 121: e653-e659.
4. Teär Fahnehjelm, Dahl, Martin L, Ek U. Optic nerve hypoplasia in children and adolescents; prevalence, ocular characteristics and behavioural problems. *ACTA Ophthalmologica* accepted 2013. Accepted Aug 2013.
5. Tornqvist K, Ericsson A, Källén B. Optic nerve hypoplasia: Risk factors and epidemiology. *Acta Ophthalmol Scand* 2002; 80: 300-304.



Kristina Teär Fahnehjelm, docent
Karolinska Institutet, verksamhetschef Ögonkliniken
Vrinnevisjukhuset, Norrköping
E-mail: Kristina.fahnehjelm@ki.se

Medarbetare: Sara Dahl, Ulla Ek, Dylan Ceynowa,
Nancy Skriapa-Manta och Ronny Wickström

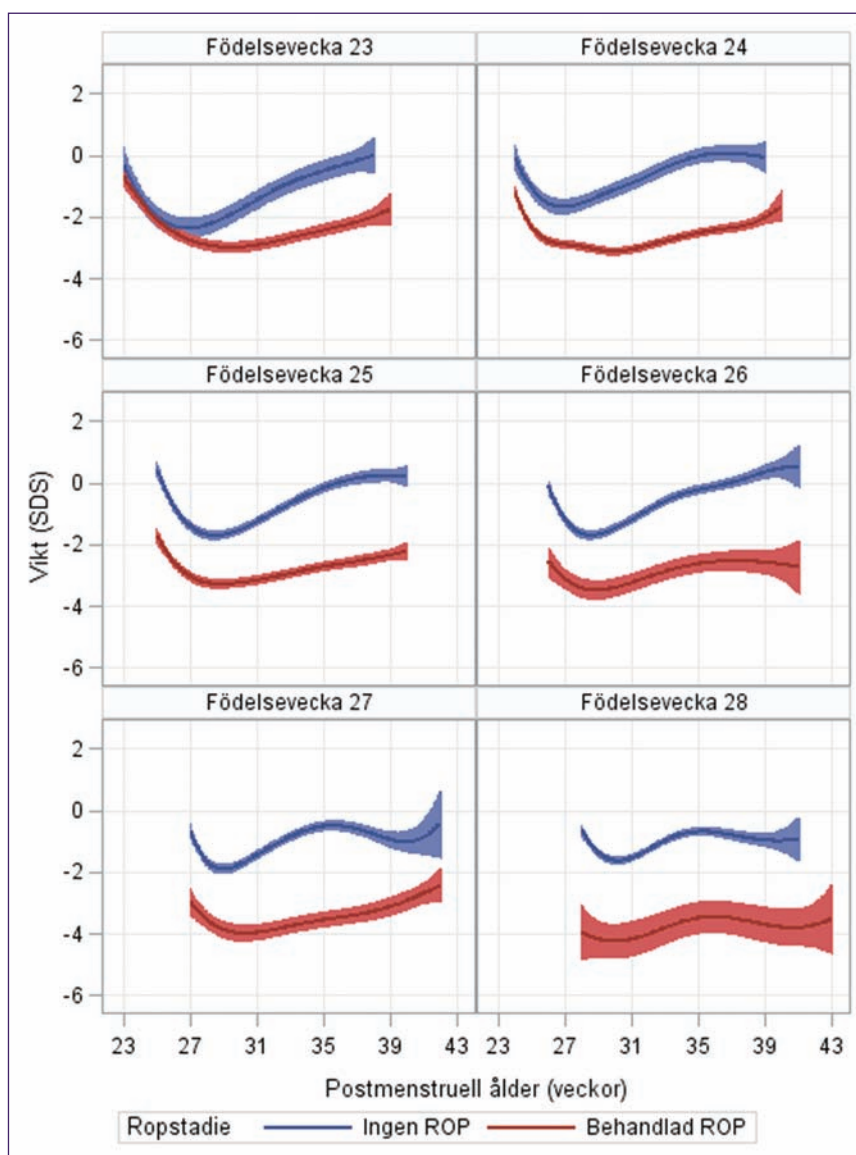
barncancerfonden.se

Pg 90 20 90-0



Prematuritetsretinopati (ROP)

- kunskap om riskfaktorer möjliggör prevention



Sambandet mellan postnatal tillväxt och förekomst av behandlingskrävande ROP i jämförelse med barn utan ROP i olika gestationsveckor vid födelsen.

I Sverige och övriga västvärlden är det idag mycket ovanligt att barn födda efter mer än 29 gestationsveckor drabbas av behandlingskrävande ROP medan betydligt mer mogna

barn behöver behandlas i länder med mindre utvecklad neonatalvård. Neonatalvårdens kvalitet har stor betydelse för risken att utveckla svår ROP.

Riskfaktorer för ROP

Som nämnts ovan, är omogenheten i sig, d v s låg gestationsålder och därmed följande låg födelsevikt den största riskfaktorn för ROP. Trots det är syrgasbehandling den faktor som man mest förknippar med sjukdomen. I djurstudier har man visat att hyperoxi medför att blodkärl kontraheras och kapillärer förstörs. I ett senare skede uppstår hypoxi som medför att blodkärl växer till, under vissa omständigheter okontrollerat. Hos människor har man funnit att lång duration av $PO_2 > 80$ mm Hg är associerad med ökad risk för allvarlig ROP medan man i andra studier inte funnit något samband mellan arteriell syrgastension och ROP. Det verkar som om fluktuerande syrgasnivåer i blodet, särskilt de första veckorna efter födelsen, ökar risken att drabbas. Genom att minimera fluktuationer och förhindra höga syremättnadsnivåer har man kunnat minska incidensen av allvarligare grader av ROP. Det är dock fortfarande oklart vilken syremättnad som är optimal för prematurfödda barn, och den nivå som är bäst för ögat är inte nödvändigtvis den som är bäst för lungorna eller hjärnan.

På senare tid har man funnit ett samband mellan låga nivåer av tillväxtfaktorn (IGF-1) (Insulin Like Growth Factor 1) under de första veckorna efter födelsen och senare utveckling av ROP och även andra prematuritetsrelaterade komplikationer. Denna tillväxtfaktor är en

TEMA: SINNESORGANEN

av de viktigaste fetala tillväxtfaktorerna och inte förvånande har man även funnit att dålig tillväxt under de första veckorna är en stark riskfaktor för utveckling av allvarlig ROP. Metoder baserade på viktutvecklingen har visat sig kunna identifiera barn som riskerar att utveckla behandlingskrävande ROP och används på många kliniker som ett stöd i screeningverksamheten. Ett i Sverige utvecklat webbaserat screeningverktyg (WINROP) (www.winrop.com) bygger på sambandet mellan dålig postnatal viktuppgång och senare utveckling av behandlingskrävande ROP och har visat sig effektivt kunna prediktera vilka barn som riskerar synhotande ROP. I klinisk praxis kan barn med liten risk för ROP identifieras med hjälp av WINROP och därigenom delvis slippa påfrestande ögonundersökningar.

Behandling av ROP

ROP är en tvåfasssjukdom där första fasen innebär en hämning av den normala käriltillväxten medan den andra fasen utgörs av patologisk käriltillväxt som svar på den hypoxi som orsakas av den första fasen. Idag är all behandling som finns för sjukdomen inriktad på den andra fasen, d v s man vill bromsa den patologiska käriltillväxten antingen med laser eller med läkemedel som hämmar käriltillväxt t ex VEGF-antikroppar, betablockerare eller

blockad av renin angiotensinsystemet (ännu tämligen oprövade behandlingsmetoder med potentiella systembiverkningar).

Prevention av ROP

Det optimala vore att normalisera käriltillväxten i den första fasen av sjukdomen. Det pågår idag kliniska prövningar som syftar till att tidigt tillföra faktorer som barnet gått miste om p g a den för tidiga födelsen, exempelvis den ovan nämnda tillväxtfaktorn IGF-I samt fettsyran Omega-3, för att stimulera en normal utveckling av både blodkärl och nervvävnad. Framtiden får utvisa om detta är vägen mot prevention.



*Ann Hellström, professor,
Ögonavdelningen för Barn,
Drottning Silvias Barn och
Ungdomssjukhus, Göteborg.
E-mail: ann.hellstrom@medfak.gu.se*

Cerebral syndysfunktion blir allt vanligare

De nya överlevarna såsom extremt prematurfödda barn, barn som drabbas av asfyxi, barn med hydrocefalus, barn med svåra hjärtfel som nu kan opereras, barn med hjärntumörer som behandlats och barn med traumatiska hjärnskador som räddas till fortsatt liv, drabbas ofta av funktionsnedsättningar. Eftersom en stor del av hjärnans volym utnyttjas för synfunktion har cerebral visual impairment (CVI) blivit allt vanligare förekommande i barnpopulationerna i den rika världen. Det är vanligt att hjärnskadan också nedsätter andra funktioner; motorik, kognition, uppmärksamhet, m fl.

Spädbarn med CVI ger ofta sent blickkontakt. Synfunktionen fluktuerar. Ibland kan barnet utnyttja sin syn väl, kanske ser en liten smula på bordet. Vid andra tillfällen, i rörlig miljö, kan barnet te sig avskärmat och inte reagera alls synmässigt. De större barnen uppvisar ofta subnormal synskärpa, som förbättras över tid. Synfältet kan vara inskränkt. Ögonmotoriska problem såsom oförmåga att hålla kvar fixation, skelning, nystagmus, svårigheter att utföra både snabba ögonrörelser (sackader) och långsamma följrörelser ses hos många. En del barn har en oprecis förmåga att ackommodera. Barn med senare förvärvad hjärnskada besväras ofta av dubbelseende till följd av paretisk skelning.

Dessa olika delsynfunktioner bestämmer kvaliteten på den bild som ska tolkas. Förmågan att utvinna information ur det sedda, den kognitiva synförmågan, är ofta påverkad,

och syntolkningsproblemen kan vara den av funktionsnedsättningarna som är mest begränsande i det dagliga livet. Dessa tolkningsproblem drabbar förmågan att med synens hjälp bedöma djup, avstånd och hastighet, att kunna hitta ett föremål bland andra, att se utpekade saker på avstånd, att känna igen bekanta (familjemedlemmar) då de står i en grupp människor, och att hitta vägen. Många har svårt att klara sig som gångtrafikanter, t ex att avgöra när man kan gå över gatan.

Ögonläkare har begränsade kunskaper om hjärnskadors konsekvenser

Barn med cerebral syndysfunktion ställer nya krav på rehabiliteringen med tvärfackligt omhändertagande, utveckling av nya metoder för kompensation och utveckling av

TEMA: SINNESORGANEN



Foto: Wikipedia

specialpedagogiken. Ett problem är svårigheten att få denna funktionella diagnos ställd. Ögonläkare i allmänhet har fortfarande begränsade kunskaper om tidig hjärnskada och dess konsekvenser för synsystemet och synfunktionen. I ett sjukvårdssystem som av ekonomiska skäl prioriterar många korta besök blir dessa barn, som behöver lång tid och omfattande kartläggning, en belastning. Ofta inskränker sig ögonläkarens intresse till skelningsvinklar och glasögonstyrka. Dessutom har ICD 10 ingen kod för diagnosen och de diagnostiska kriterierna är ännu inte fastställda. Men, trots dessa diagnostiska hinder och

svårigheter, möter vi barn med cerebral syndysfunktion inom alla delar av barnsjukvården och rehabiliteringen – och de behöver bli identifierade och vara förväntade med sina behov.

Referenser

1. *Vårdprogram för barn med cerebral pares. SLL 2010 /www.vardsamordning.sll.se*
2. *Dutton GN & Bax M (eds) Visual impairment in children due to damage to the brain. Red. (2010). London: Mac Keith Press 2010*
3. *Lagerkvist B & Lindgren C (eds) Barn med funktionsnedsättning. Kapitel Synförmåga hos barn med funktionsnedsättning, sid 253-67. Studentlitteratur 2012*

Lena Jacobsson, docent i
Oftalmiatrik, barnögonläkare,
Neuropediatrika kliniken,
Astrid Lindgrens Barnsjukhus
E-mail: lena.jacobson@eyelab.se



Angelägen långtidsuppföljning av synfunktion, perception och kognition hos extremt underburna barn

Synsedsättning samt kognitiva och perceptuella svårigheter är vanligt förekommande hos för tidigt födda barn. Begåvningsprofilen är ofta ojämn och sambanden mellan synsedsättning, perceptuella svårigheter och kognitiva funktionsnedsättningar är inte klarlagda.

För att adekvata insatser ska kunna ges är det därför angeläget att kartlägga dessa osynliga funktionshinder tidigt. Det är särskilt viktigt inför skolstart.



Lene Ödegården Richter och David Ley, Universitetssjukhuset i Lund med prematur

Foto: Roger Lundholm

Den nationella prospektiva långtidsstudien EXPRESS (Extremely Preterm Infants in Sweden Study) av landets alla extremt underburna barn, födda under en treårsperiod, är i slutfasen av 6,5 års-uppföljningen. Studien har vid 1-års uppföljningen av barnen rapporterat höga överlevnadssiffror men också en hög andel avvikelser bland annat i hjärna och ögon. Publikationer har blivit internationellt uppmärksammade (1). Vid 2,5 års ålder dokumenterades en hög förekomst av ögonproblem hos de prematurfödda barnen, och lägre kognitiva funktioner än jämnåriga fullgångna kontrollbarn (2, 3).

Nu, vid 6,5 års ålder kallades de 491 överlevande extremt prematurfödda barnen samt lika många matchade fullgångna kontrollbarn till undersökningar och det visade sig glädjande nog att intresset av att delta i studien var stort. Bedömning av kognitiva och motoriska funktioner, hjärt-kärl status samt ögonundersökning har gjorts och enkäter avseende beteende och exekutiva funktioner har besvarats av föräldrar.

Syn- och ögonskademekanismer

Synen är hotad hos för tidigt födda barn. Under neonatalperioden utsätts barnet för höga och fluktuerande syrgasnivåer samt brist på näring och tillväxtfaktorer. Detta leder till en förändrad kärltillväxt i bland annat ögonen och hjärnan. I ögonen uppstår en synhotande sjukdom, ROP (Retinopathy of Prematurity), som kan leda till allvarlig synsedsättning, stora brytningsfel och i värsta fall blindhet. I hjärnan är den vita substansen särskilt sårbar och skador i denna medför ofta synsedsättning och andra synstörningar, såsom cerebral visual impairment. Cerebral visual impairment innefattar synsedsättning, synfältsdefekter, skelning, problem med ögonrörelser och perceptuella synsvårigheter.

EXPRESS-studien påvisade att 35 procent av barnen hade allvarlig ROP under neonatalperioden, med risk för

TEMA: SINNESORGANEN

bestående synnedsättning. Magnetkameraundersökning av hjärnan vid 40 gestationsveckors ålder visade förändringar i den vita substansen hos 56 procent av barnen.

Syn, perception och kognition

I litteraturen finns samstämmiga rapporter om en hög frekvens av perceptuella synsvårigheter hos mycket för tidigt födda barn. Dessa synsvårigheter kan innebära nedsatt perception för djup, avstånd och rörelse samt en nedsatt förmåga att urskilja relevant information ur en visuellt komplicerad miljö och upptäcks inte med sedvanliga tester med syntavla, utan kräver andra tester. Problemet är att det finns få lämpliga tester.

Formperception och igenkänningsförmåga tycks däremot vara relativt väl bevarade funktioner. Crowding fenomen är en perceptuell störning som innebär att förmågan att urskilja symboler på en syntavla är betydligt sämre när symbolerna står på rad än när de presenteras en och en. En fråga som uppstår är i vilken grad synstörningar enligt ovan påverkar kognitiva funktioner, såsom t ex aritmetik hos för tidigt födda barn.

Synundersökningar i 6,5 års-studien

Ett brett batteri av syntester användes. Utöver en vanlig klinisk syn- och ögonundersökning gjordes några tester för att fånga perceptionssvårigheter, såsom crowding fenomen. Därutöver undersöktes i en undergrupp även det visuella minnet samt - med datortester - perception av rörelse, form och förmågan att med synens hjälp snabbt uppskatta antalet prickar på en dataskärm. Förmågan att visuellt uppskatta antalet prickar har visat sig ha samband med senare matematisk förmåga, vilket skulle kunna tyda på en länk

mellan visuell perception och kognitiv funktion (4). Preliminära resultat har pekat mot att de extremt underburna 6,5-åringarna har sämre förmåga än kontrollbarnen (5). Planering för en 11-årsuppföljning pågår redan.

Referenser

1. EXPRESS Group. Incidence of and risk factors for neonatal morbidity after active perinatal care: extremely preterm infants study in Sweden (EXPRESS). *Acta Paediatr.* 2010;99:978-92
2. Holmström GE et al. Ophthalmologic Outcome at 30 Months' Corrected Age of a Prospective Swedish Cohort of Children Born Before 27 Weeks of Gestation: The Extremely Preterm Infants in Sweden Study. *JAMA Ophthalmol.* 2013 Dec 5. doi: 10.1001/jamaophthalmol.2013.5812. [Epub ahead of print]
3. Serenius F et al; EXPRESS Group. Neurodevelopmental outcome in extremely preterm infants at 2.5 years after active perinatal care in Sweden. *JAMA.* 2013;309:1810-20.
4. Libertus ME et al. Preschool acuity of the approximate number system correlates with school math ability. *Dev Sci.* 2011;14:1292-300.
5. Hellgren K et al. Compromised approximate number system acuity in extremely.



Kerstin Hellgren, överläkare,
Ögonmottagningen,
Barnneurologiska Kliniken,
Astrid Lindgrens Barnsjukhus,
Stockholm
E-mail: kerstin.hellgren@ki.se

FAKTA

EXPRESS studien, Extremely Preterm Infants in Sweden Study, är en nationell, prospektiv studie som initierades av Socialstyrelsen och Föreningen för Perinatalmedicin, med syfte att utvärdera överlevnad och sjuklighet hos extremt mycket för tidigt födda barn i Sverige, födda före full graviditetsvecka 27. Studien inkluderar samtliga extremt prematurfödda överlevare i landet födda 1.4.2004 till 31.3.2007, n = 497 samt matchade fullgångna kontroller.

EXPRESS
Extremely Preterm Infants in Sweden Study



Närseende hos barn och ungdomar med cerebral pares

Att se skarpt och tydligt är en av förutsättningarna för att kunna läsa och skriva utan besvär. Förmågan att ställa in skärpan på nära avstånd sker genom kontraktion av den intraokulära ciliarmuskeln vilket ökar ögats optiska brytkraft, dvs ackommodation. Hur cerebral pares (CP) påverkar ackommodationen är oklart och det saknas tydliga riktlinjer för hur barn med CP ska synkorrigeras för optimalt seende. Vid försvagad ackommodation kan man enkelt kompensera för detta med glasögon.



Foto: Clipart

Ackommodation mäter vi som den närmaste punkt framför ögonen med full synskärpa (med avståndsglasögon på). Ackommodationsförmågan är normalt god hos barn och ungdomar och minskar naturligt med åldern. Vid en ålder omkring 50 har de flesta förlorat förmågan att se skarpt på nära avstånd och behöver närglasögon för fullgod syn. Försvagad ackommodation ger förutom en suddig bild på ögonbotten även ansträngda ögon och ofta huvudvärk (1). Symptomen uppstår efter ihållande närarbete och mildras under lugnare perioder som helger och lov. Det är viktigt att undersöka förekomsten av ackommodationsavvikelse hos alla som undviker närarbete eller klagar på ansträngt seende efter närarbete (2). Cerebral pares (CP) är en hjärnskada som påverkar viljemässig och automatiserad muskelkontroll. Hur ögats ackommodation

är påverkad vid CP är inte klarlagt och de få studier som gjorts inom området bygger på subjektiva metoder för uppskattning av ackommodation (3, 4). Någon objektiv mätning och analys av ackommodation hos barn med CP finns sedan tidigare inte publicerad.

Försöksupställning och ackommodationsmätning

Femton barn med spastisk bilateral (sex), spastisk unilateralt (fem) och dyskinetisk (fyra) CP (medelålder 14 år) samt 20 barn med typisk utveckling (medelålder 12 år) rekryterades till en forskningsstudie för att mäta ackommodation vid närarbete. Efter en klinisk synstatus för att säkerställa tillräckligt god synfunktion placerades barnen en meter framför en iPod med tecknade videoklipp. Med minuslinser (-1.5; -2.0; -2.5 D) inducerades två episoder om 15 sekunder med oskärpa vilket förutsätter en ackommodativ respons för att återplacera skärpan på ögonbotten. När minuslinserna tas bort uppstår återigen en oskärpa vilket kräver en ackommodativ avslappning. Varje mätning tog 60 sekunder. Vid skärmen placerades även en PowerRefractor (IR-kamera) som registrerar den optiska brytkraften i ögat (25 Hz) samt pupillstorleken. Ackommodation mäts som förändring av optisk brytkraft över tid.

Resultat av mätningarna

Resultaten visar tydliga skillnader i ackommodation mellan grupperna. Barn med CP har en signifikant lägre förmåga ($p < .001$) att ackommodera än de med typisk utveckling. Medan typiskt utvecklade barn ackommoderar bort ungefär 80 procent av oskärpan är motsvarande respons omkring 20 procent för barn med CP, oavsett grad av CP-skada (GMFCS-score) och ålder. Detta innebär att barn med CP som provoceras med en suddig bild inte har förmågan att återställa skärpan genom ackommodation. Mest påverkad ackommodation hade barnen med dyskinetisk CP.

Ett intressant fynd var att barn med unilateral CP uppvisar en kraftig pupillrespons men en svag ackommodation. Den lilla pupillen ger en ökad optisk djupskärpa vilket ersätter ackommodationen till en viss del. Det motsatta fann vi hos de med bilateral CP, en svag pupillrespons

TEMA: SINNESORGANEN

men med en relativt god ackommodation. Bägge dessa grupper uppvisar en relativt god synskärpa på nära avstånd. Gruppen med dyskinetisk CP hade både en låg ackommodation och minimal pupillsammandragning och de hade även den lägsta synskärpan på nära avstånd.

Alla barn med CP bör utredas för behov av glasögon

Den låga ackommodationsförmågan som barn med CP uppvisar ger att närbelägna objekt såsom böcker och mobiltelefoner är och förblir suddiga. Dessa fynd indikerar att alla barn med CP, oavsett graden av skadan, bör synundersökas och deras närseende utvärderas. Därtill bör de barn som är översynta korrigeras vid lägre grader av översynthet eftersom de inte har förmågan att ackommodera bort oskärpan.

Resultaten från studien kan läsas i sin helhet i *Developmental Medicine & Child Neurology* (5).

Referenser

1. Chase C, Tasha C, Borsting E, Ridder WH. Visual discomfort and objective measures of static accommodation. *Optom Vis Sci* 2009;86(7):883-889.
2. Evans BJ. The underachieving child. *Ophthalmic Physiol Opt* 1998;18(2):153-159.
3. Duckman RH. Accommodation in cerebral palsy: function and remediation. *Journal of the American Optometric Association* 1984;55(4):281-283.
4. Leat SJ. Reduced accommodation in children with cerebral palsy. *Ophthalmic Physiol Opt* 1996;16(5):385-390.
5. Pansell T, Hellgren K, Jacobson L, Brautaset R, Tedroff K. The accommodative process in children with cerebral palsy: different strategies to obtain clear vision at short distance. *Dev Med Child Neurol* 2014;56(2):171-177.



Tony Pansell, leg optiker, docent,
universitetslektor, Karolinska
Institutet, Stockholm
E-mail: tony.pansell@ki.se

Annonsera i Barnläkaren

Bokning: info@barnlakaren.se

Teman:

1. Barnkirurgi
2. Sinnesorganen
3. Gastro/Födoämnesallergi
4. Centr nervsystemet
5. Pulmonologi/Astma
6. Immunologi/Allergi

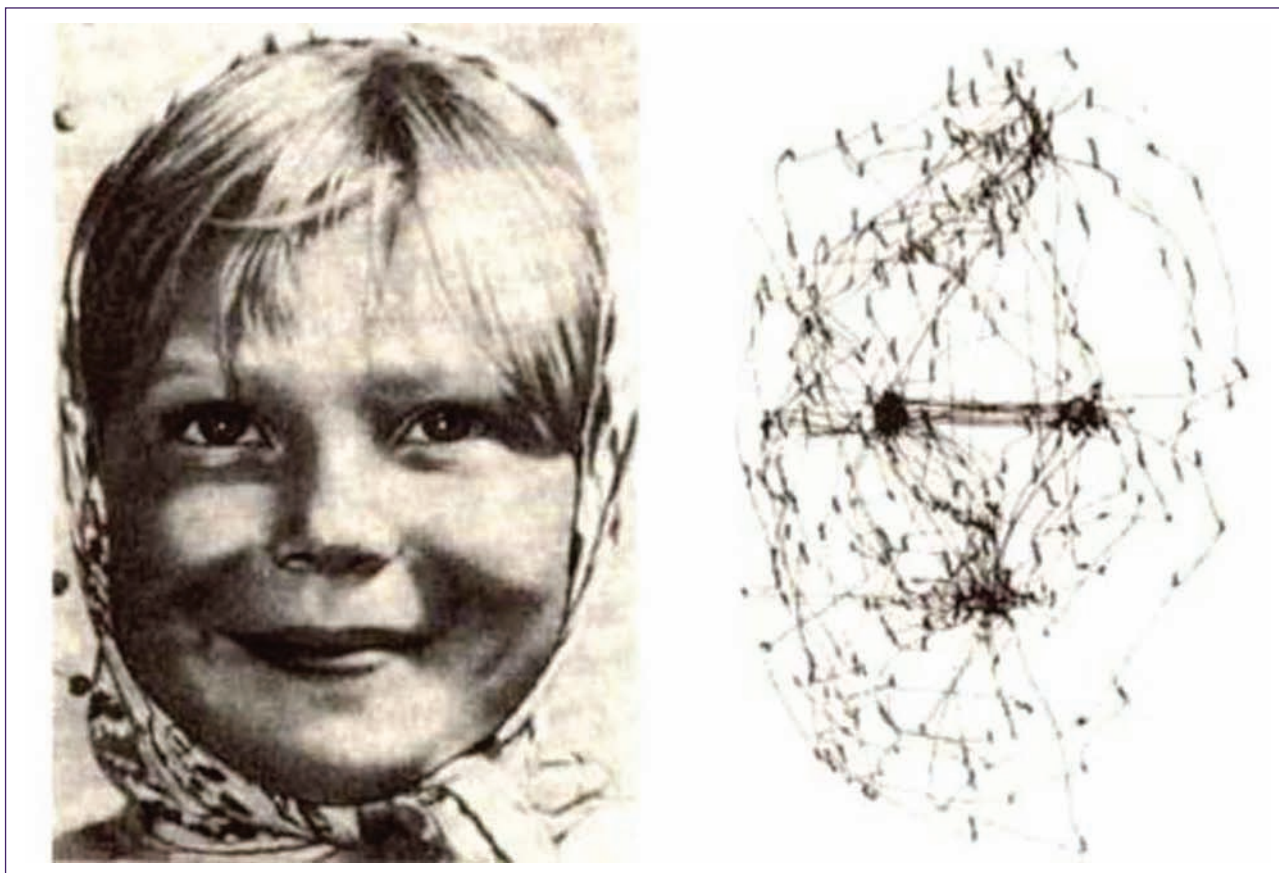
Materialdag/Utgivn:

- 17 dec/23 jan
- 17 feb/24 mars
- 16 april/23 maj
- 19 jun/24 juli
- 19 aug/23 sept
- 20 okt/24 nov

www.barnlakaren.se

Ögonrörelsemätning som kliniskt verktyg

Mätning av ögonens rörelser har länge varit ett viktigt verktyg inom den experimentella ögonforskningen. Mer lättillgänglig teknik och nya analysmodeller kan snart göra ögonrörelsemätning mer kliniskt användbart.



De första mätningarna av ögonens rörelser genomfördes kring början på nittonhundratalet. Genom att fästa spröt mot ögat kunde man få fram ett spår efter hur ögonen rörde sig. Under 1960-talet utvecklades tekniken att filma ögat, framförallt av Alfred L Yarbus som mer eller mindre själv utvecklade metoder för att titta på hur man tar in synintryck som står sig väl än idag (Yarbus, 1967).

Foto: från boken "Eye movements and vision" av Yarbus, publicerad 1967 av Plenum Press.

De första mätningarna av ögonens rörelser genomfördes kring början på nittonhundratalet. Genom att fästa spröt mot ögat kunde man få fram ett spår efter hur ögonen rörde sig. Trots den ganska grova tekniken kunde man kartlägga de grundläggande funktionerna i ögonens rörelsemönster. Man upptäckte att blicken oftast rörde sig genom snabba ballistiska rörelser, s k sackader, och att det bara var under pauserna mellan rörelserna som man kunde ta in synintryck, s k fixationer. Undantaget är följerrörelser, då man mjukt följer ett rörligt mål, samt den vestibulära reflexen, då ögonen mjukt kompenserar för kroppens och huvudets rörelser.

Datorer möjliggjorde mer avancerade analyser av ögonrörelser

Under 1960-talet utvecklades tekniken att filma ögat, framförallt av Alfred L Yarbus, som mer eller mindre själv utvecklade metoder för att titta på hur man tar in synintryck som står sig väl än idag (Yarbus, 1967). Det var dock inte förrän med hjälp av datorerna, som det blev praktiskt möjligt att genomföra mer avancerade analyser av ögonrörelserna. Genom experiment hos både djur och människor har man sedan kunnat kartlägga hur olika centrum i hjärnan styr olika typer av ögonrörelser och vilka typer av stimuli som resulterar i olika typer av responser hos friska

TEMA: SINNESORGANEN

och sjuka. Idag finns en bred kunskapsbas om vilka avvikelser i ögonrörelsemönstret som är symptomatiskt för olika sjukdomstillstånd (Leigh & Zee, 1999).

Fördel med "osynlig" utrustning vid undersökningar på barn

Dagens teknik för ögonrörelseinspelning bygger på att filma ögat med kameror som är känsliga för infrarött ljus. Genom att se hur ljuskällor reflekteras mot ögat och beräkna vinklarna mot pupillen går det att bestämma ögats rörelser med hög noggrannhet även när huvudet tillåts röra sig fritt. En utrustning för ögonrörelsemätning behöver idag inte ens synas utan kan vara diskret inbyggd i t e x en datorskärm (Holmqvist et al, 2011). Ska man spela in ögonrörelser hos barn är det en stor fördel om utrustningen i sig inte syns så att den stör uppmärksamheten. Utrustningarna har de senaste åren också blivit betydligt mer lättanvända än tidigare.

Fördelen med ögonrörelsemätning jämfört med traditionell skattning av ögonmotorik är att testerna blir mer kontrollerade samt att resultaten är lättare att följa upp och jämföra. Förhållandevis enkla tester, som att titta på prickar på skärmen, eller för den delen att viljemässigt inte titta på en prick, kan ge viktig information om hjärnans och synens utveckling (Bedell & Stevenson, 2013). Eftersom många ögonrörelser sker reflexmässigt kan ögonrörelsemätning också användas på små barn. Genom att automatisera analysen av ögonrörelserna och sammanställa resultaten i koncisa rapporter bör det gå att använda ögonrörelsemätning kliniskt i större utsträckning än vad som görs idag.

Screening av barn - chans för tidiga insatser

Särskilt lovande just nu är att kombinera ögonrörelsemätning med maskininlärning. Genom att bygga modeller

baserade på ögonrörelsemönster typiska för olika symtom går det att bygga verktyg som kan användas för screening av funktionsnedsättningar som dyslexi, ADHD och autismspektrumstörningar. Fördelarna med denna metod är att testningen går snabbt att göra med hög sensitivitet och specificitet. Genom att screena barn går det också att sätta in insatser tidigare än vad som annars varit möjligt och det minskar också risken att barn blir odiagnostiserade och därigenom inte får det stöd de behöver i den tidiga skolgången.

Referenser

1. Yarbus, A. L. (1967). *Eye Movements and Vision*. New York: Plenum Press.
2. Leigh, R. J., & Zee, D. S. (1999). *The neurology of eye movements*. New York: Oxford University Press.
3. Holmqvist, K., Nyström, M., Andersson, R., Dewhurst, R., Jarodzka, H., & Van de Weijer, J. (2011). *Eye tracking: A comprehensive guide to methods and measures*. New York: Oxford University Press.
4. Bedell, H. E., & Stevenson, S. B. (2013). *Eye movement testing in clinical examination*. *Vision research*.

Gustaf Öqvist Seimyr, fil dr
forskare, Marianne Bernadotte
Centrum
Karolinska Institutet, Stockholm
E-mail: gustaf.ogvist.seimyr@ki.se



SWEDROP - ett nationellt kvalitetsregister för prematuritetsretinopati

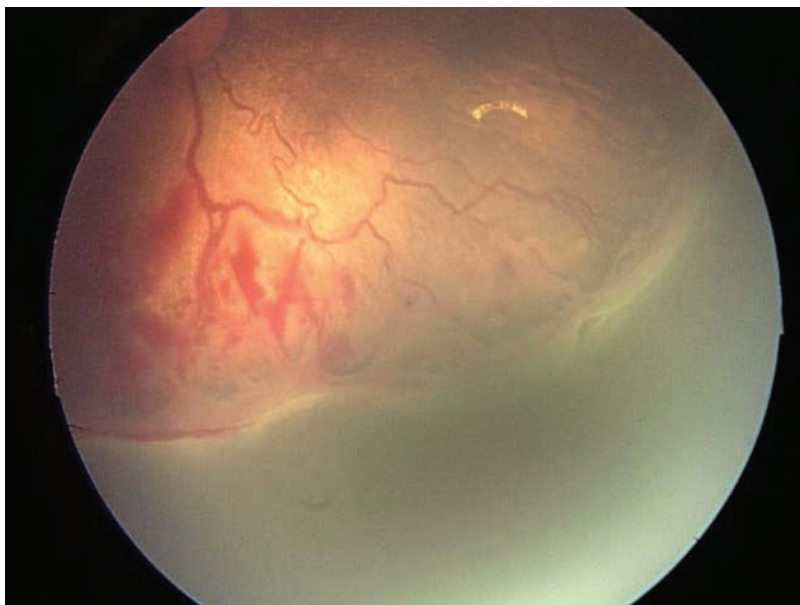
Prematuritetsretinopati (ROP) är en ögonsjukdom som drabbar näthinnsans omogna kärl och som i värsta fall kan leda till näthinneavlossning och blindhet. ROP är en av de få orsakerna till blindhet hos barn som i de flesta fall kan förebyggas. Det förutsätter dock en adekvat ögonscreening, för att i korrekt tid upptäcka behandlingskrävande ROP. Behandlingen innebär i första hand laserbehandling av den perifera näthinnan och utförs i narkos vid landets universitetssjukhus.

ROP-screening

Förekomsten av ROP är associerad till neonatalvårdens kvalitet och till barnets gestationsålder (GÅ) vid födelsen och varierar i olika länder. Nationella riktlinjer för screening är därför nödvändiga och bör fortlöpande evalueras och modifieras.

Svenska rekommendationer för ROP-screening

I Sverige har screeningsrekommendationer för ROP baserats på populationsstudier under de senaste två



Nätthinnesjukdomen hos prematurfödda barn, s k prematuritetsretinopati - ROP

decennierna. Den första studien genomfördes i Stockholms län 1988 – 1990 och ledde till rekommendation av ögon-screening av alla barn med en GÅ < 33 veckor, med start i vecka 5. Ett decennium senare sänktes gränsen till GÅ < 32 veckor, baserat på en ny studie i samma geografiska område. En nationell studie av alla extremt för tidigt födda barn (< 27v) i Sverige (den s k EXPRESS-studien), födda 1/4 2014 tom 31/3 2007, visade att 73 procent av de drygt 500 barnen hade någon form av ROP och att 20 procent hade utvecklat ROP som krävde behandling. Inget av barnen, oavsett GÅ, behandlades före en postmenstruell ålder (PMÅ) av vecka 32, vilket ledde till att man kunde uppskjuta den första ögonkontrollen hos dessa extremt för tidigt födda barn till PMÅ vecka 31.

Nationellt kvalitetsregister för ROP – SWEDROP

Med syfte att ytterligare förbättra screeningen i Sverige startades ett nationellt kvalitetsregister för ROP i slutet av 2006. Den första rapporten redovisade resultat från 2008-2009 avseende screening för ROP av barn födda före GÅ 32 v. Vid jämförelse med det nationella perinatala kvalitetsregistret SNQ, fann man att SWEDROP hade en nationell täckningsgrad på 96 procent. Av de 1784 barnen som hade screenats för ROP, utvecklade 24,1 procent sjukdomen och 4,4 procent genomgick behandling. Inget av de behandlade barnen hade en GÅ på mer än 28 v. Varje barn genomgick i medeltal 5,2 undersökningar (1-30 st) och totalt utfördes 9 286 ögonundersökningar för ROP under åren 2008-2009. Baserat på denna rapport, reducerades screeninggränsen till GÅ < 31 veckor. Det

innebar att man hade kunnat bespara ett stort antal barn onödiga ögonundersökningar och även reducera det totala antalet undersökningar med ca 10 procent. Nya rekommendationer för ROP-screening måste kontinuerligt evalueras och vid behov modifieras. Med hjälp av SWEDROP har analyser av en ny kohort av barn födda 2010-2011 påbörjats. Preliminära resultat visar att ovanstående rekommendationer för ROP-screening fortfarande är applicerbara, d v s att remittera alla barn födda före GÅ 31 v för ögonundersökning samt att uppskjuta första kontrollen till PMA 31 veckor hos de allra mest omogna barnen.

SWEDROP har visat sig vara mycket användbart för kontinuerlig evaluering av ROP-screening i Sverige. Med hjälp av registret kan man utvärdera både screening- och behandlingsrutiner för ROP, identifiera förbättringspotentialer samt modifiera och

förfina rekommendationer för screening.

Referenser

1. Holmström G, el Azazi M, Jacobson L, Lennerstrand G. A population-based, prospective study of the development of ROP in prematurely born children in the Stockholm area of Sweden. *Br J Ophthalmol.* 1993;77(7):417-423.
2. Larsson E, Holmström G. Screening for retinopathy of prematurity: evaluation and modification of guidelines. *Br J Ophthalmol.* 2002;86(12):1399-1402.
3. Austeng D, Källen KB, Hellström A, Jakobsson PG, Johansson K, Tornqvist K, Wallin A, Holmström GE. Screening for retinopathy of prematurity in infants born before 27 weeks' gestation in Sweden. *Arch Ophthalmol.* 2011 Feb;129(2):167-72.
4. Holmström GE, Hellström A, Jakobsson PG, Lundgren P, Tornqvist K, Wallin A. Swedish National Register for Retinopathy of Prematurity (SWEDROP) and the Evaluation of Screening in Sweden. *Arch Ophthalmol.* 2012 Nov 1;130(11):1418-24.

Gerd Holmström, professor,
Neuroinstitutionen/oftalmiatrik,
Akademiska sjukhuset, Uppsala
Email: gerd.holmstrom@neuro.
uu.se



Medfödd reflex hos barn gör att de undviker “grönt”

Ny forskning visar att småbarns motvilja mot grönsaker kan ha evolutionära förklaringar



Foto: clipart

Mängder av föräldrar har kämpat med att få sina barn att äta upp sina grönsaker. Nu kan två amerikanska forskare ha hittat svaret på varför många barn ratar det gröna på tallriken, rapporterar brittiska The Telegraph. Efter att ha studerat dussintals småbarn kunde forskarna, doktor Annie E Wertz och doktor Karen Wynn, båda verksamma vid Yaleuniversitetet, konstatera att barnen var mycket mindre intresserade av att greppa tag om växter än döda ting, som piprensare eller skedar.

Försiktighet med växter - kan vara skadliga

Deras teori är att det finns en medfödd reflex hos barn som får dem att vara försiktiga med växter, eftersom de kan vara giftiga. Eftersom vi är särskilt känsliga för sjukdomar under våra tidiga år är detta en försvarsmekanism som har utvecklats under människans evolution, tror forskarna. I sin forskningsrapport skriver de att “under människans utveckling har växter varit viktiga för vår överlevnad. Men trots alla sina fördelar har de alltid utgjort mycket påtagliga faror.”

För att bevisa sin tes undersökte de hur 8 till 18 månader gamla barn reagerade när olika föremål visades upp framför dem. I genomsnitt det 3,8 sekunder innan barnen sträckte sig efter snäckskal och 4,6 sekunder innan de sträckte sig efter lampor eller skedar.

Men när det kom till persilja och basilika försökte få tag på dem. Barnen var också tveksamma inför fejkade växter. “Vi påstår inte att barn är aktivt rädda för växter. Men vi tror att när ett litet barn har identifierat ett föremål som en växt utlöser det en beteendemässig strategi baserad på nedärvda erfarenheter som skyddar dem från växternas potentiella faror”, skriver forskarna.

*Anders Hovne,
E-mail: Anders.hovne@svd.se
(SvD, 16 november, 2013)*



livetslotteri.se



livetslotteri.se



Acta Paediatrica iPad/iPhone app is now available in the iTunes store.
The link below will take you to its page within the store.

<https://itunes.apple.com/us/app/acta-paediatrica/id780729072?ls=1&mt=8>



RS-profylax till små barn med medfött hjärtfel i Sverige – nya riktlinjer



Respiratoriskt syncytial virus (RSV) är den vanligaste orsaken till nedre luftvägsinfektion hos alla små barn (1, 2). Barn med medfött hjärtfel har en ökad risk för svår sjukdom jämfört med hjärtfriska barn (3, 4). Palivizumab (Synagis®) är en monoklonal antikropp, som om den injiceras intramuskulärt var fjärde vecka under RSV-säsong, ger ett gott profylaktiskt skydd mot RSV och ger en mildare infektion om man smittas (3, 4).

År 2003 kom de första svenska riktlinjerna för profylaktisk behandling av barn med medfött hjärtfel. I en nationell prospektiv enkätstudie från säsongerna 2010-2011 och 2011-2012, såg vi att risken för hjärtbarn att sjukhusvårdas för RSV fortfarande var förhöjd, även då de fått Synagis. Vi fann också att över 50 procent av barnen som föddes före säsongstart hade en fördröjd start av den profylaktiska behandlingen med en månad eller mer. I övrigt följdes rekommendationerna i stort, men om vi jämför rekommendationerna från övriga västländer fanns skillnader.

Nya riktlinjer för hjärtbarn:

Vi har därför uppdaterat de nationella rekommendationerna och de finns nu publicerade på svensk Barnkardiologisk Förenings hemsida (www.blf.net). De huvudsakliga förändringarna jämfört med de tidigare är:

- Börja profylaktiskt behandla barnen så fort de första fallen av RSV kommer i just din region. Håll kontakt med din barnakutavdelning!
- Barn med pallierade hjärtfel (enkammarcirkulation) kan få profylax upp till två års ålder.

- Barn som under säsongen *förväntas* utveckla en behandlingskrävande hjärtsvikt bör få profylax även innan svikten uppträder.
- Barn med hjärtfel och komplicerade faktorer (kromosomrubbing, neurmuskulär sjukdom, trångboddhet med många syskon i koltåldern o s v) kan vara betjänta av profylax.

Även om profylaktisk behandling med Synagis kan minska risken för barn med medfött hjärtfel att få svår luftvägsinfektion och kräva sjukhusvård i samband med en RSV-infektion, får vi inte underskatta allmänna råd om försiktighet då det är förkylningstider som vi bör ge alla föräldrar med små barn. Denna information är extra viktig för barn med allvarligt hjärtfel.

Referenser

1. Simoes, E.A., *Respiratory syncytial virus infection. Lancet*, 1999. 354(9181): p. 847-52.
2. Glezen, W.P., et al., *Risk of primary infection and reinfection with respiratory syncytial virus. Am J Dis Child*, 1986. 140(6): p. 543-6.
3. Aujard, Y. and B. Fauroux, *Risk factors for severe respiratory syncytial virus infection in infants. Respir Med*, 2002. 96 Suppl B: p. S9-14.
4. Boyce, T.G., et al., *Rates of hospitalization for respiratory syncytial virus infection among children in medicaid. J Pediatr*, 2000. 137(6): p. 865-70.
5. Granbom, E.F., E. Sunnegårdh J. Lundell, B. Naumburg, E., *Respiratory Syncytial Virus immunoprophylaxis with Palivizumab in children with Congenital Heart Disease in Sweden. submitted.*

Estelle Naumburg, lektor
pediatrik, facklig sekreterare BLF
Inst för klinisk Vetenskap/
Dept of Clinical Sciences Umeå
Universitet-Östersund
E-mail: Estelle.Naumburg@
pediatri.umu.se



Medförfattare: Elin Granbom, Eva Fernlund, Marina Björk, Anna Bodén, Gunilla Malmqvist, Jan Sunnegårdh, Bo Lundell, Mari Gustafsson Vikström. Barnkliniken i Östersund och Linköping, Barnkardiologiskt centrum i Lund, Göteborg och Stockholm.

FAKTA

- RSV-infektion ger en svårare infektion hos barn med hjärtfel
- Profylaktisk Synagis® ger ett skydd

Nya riktlinjer för profylaktisk behandling:

- Börja tidigt på säsongen!
- Behandla pallierade hjärtfel upp till 2 års ålder
- Behandla barn som utvecklar hjärtsvikt under säsongen
- Behandla barn som förutom hjärtfel har andra problem

www.blf.net

Se svensk barnkardiologiskförenings hemsida

Svensk Barnkardiologisk Förening inbjuder till kurs i

Barnkardiologi

på Svartå Herrgård (utanför Örebro) den 2-5 september 2014.
(Kursen är den trettonde och sannolikt sista i denna regi)

Kursen riktar sig i första hand till barnläkare, GUCH-läkare och kliniska fysiologer men också till biomedicinska analytiker och sjuksköterskor med barnkardiologisk inriktning.

Ur planerat kursinnehåll: Hjärtmissbildningar: terminologi, struktur, fysiologi, symtom, utredning och behandling. Hjärtarytmier och pacemakerbehandling. Hjärtmuskelsjukdomar och pulmonell hypertension.

Antalet deltagare är begränsat till 30 st.

Kursansvariga:

Göran Wesström, Barn o Ungdomskliniken Örebro och Norrköping

Per Winberg, Astrid Lindgrens Barnsjukhus, Stockholm

Kursavgift 6 100 kr, exkl. moms, inkluderande helpension i 3 dygn.

Anmälan senast den 16 maj 2014 till: <http://www.orebroll.se/Svartakurs>

Bekräftelse på att du har blivit antagen till kursen meddelas i vecka 22.

Upplysningar : Camilla Frisö 019-6022445 eller mail: camilla.friso-asell@orebroll.se

Annonsera i Barnläkaren

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

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



Specialistskrivningen i pediatrik 2013: Totalt 87 procent av alla deltagare godkända

I samband med Barnveckan 2014 planerar arrangörerna bakom Specialistskrivningen en diskussion kring framtida skrivningar. “Vår förhoppning är att regionala studierektorsgrupper ska ta över skrivningen från 2015 och framåt och att arbetet därefter ska cirkulera runt i Sverige”, säger Jonas Ludvigsson, vice ordförande i BLF

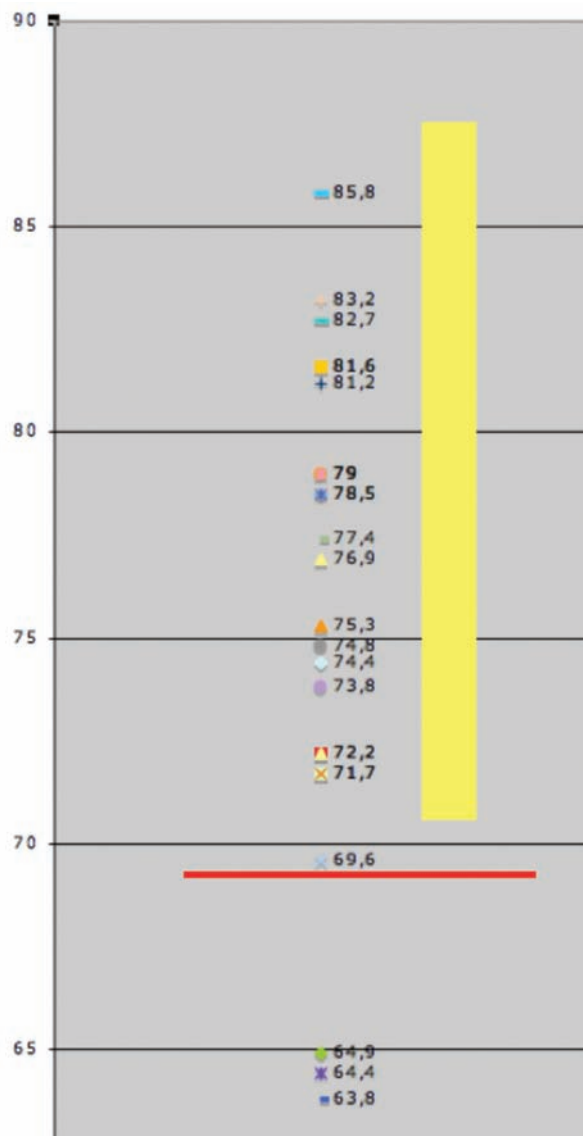
Årets specialistskrivning i pediatrik bestod av 191 frågor. Ursprungligen togs 210 frågor fram, men efter att de diskuterats med över 25 olika specialister som granskade enskilda frågor, ströks 19 frågor. Skrivningen gick av stapeln fredagen den 25 oktober, och de som skrev hade då två timmar på sig. Alla frågor bestod av ja/nej-påståenden där man skulle markera om påståendet var korrekt eller ej.

Exempel på påståenden i årets skrivning var:

- Neuroborrelios hos en 4-åring behandlar du med doxycylin (nej)
- Vid apgarbedömning ges barn med perifer cyanos 1 poäng för färg (ja)

- Adoptivbarn är en riskgrupp för tidig pubertet (ja)
- Metabola sjukdomar försämras ofta vid infektion eller fasta (ja)

20 (87 procent) av 23 som skrev skrivningen godkändes. Det har inte genomförts någon analys av vilka frågor som “var svårast”. De som gjorde skrivningen hade möjlighet att lämna fria kommentarer. Flera av dem uppgav att de var positiva till att det i alla fall blev en skrivning. Efter skrivningen fick alla som skrivit ett skriftligt brev/intyg på att de skrivit barnläkarföreningens skrivning i pediatrik, samt om de godkänts eller underkänts. Den som är underkänd har möjligheten att göra skrivningen igen hösten



Den gula stapeln visar högsta och lägsta skrivningsprocent (%) för de sex "färdiga" specialister som testskrev skrivningen. Röd markering är gräns för godkänt (69.0%). "69%" innebar att den person som skrev 64.9 procent (bästa betyg av de som underkändes) hade 8 p upp till godkänt.

2014 när vi ger en ny skrivning med samma upplägg. Det har inte meddelats exakta poäng till någon eftersom vi inte vill rangordna deltagarna. Huruvida man godkänts eller underkänts har enbart meddelats den som skrivit skrivningen men det har också rekommenderats att man meddelar resultatet till sin studierektor eller klinikchef. Detta är dock inte obligatoriskt. Skrivningen från 2013 är inte offentlig, eftersom jag vill ha möjlighet att återanvända en del frågor. Man kan alltså inte testskriva den i efterhand.

Skrivningen ska i första hand stimulera läsning

Flera barnläkare som inte skrivit skrivningen har haft synpunkter på dess pedagogiska upplägg. Jag håller med om att en ja/nej-skrivning inte är optimal ur ett lärande perspektiv. Det är dock inte möjligt för mig att ställa samman en essä-skrivning och att rätta en sådan. Detta tar för mycket tid. Dessutom ser jag i första hand skrivningen som ett sätt att stimulera inläsning. Det är också viktigt att poängtera att specialistskrivningen inte utgör det enda sättet att värdera en framtida barnläkares färdigheter, än viktigare är den kontinuerliga dialogen med ST-läkarens handledare etc.

Vi från BLFs sida har rekommenderat barnkliniker att ge den som skriver skrivningen två veckors inläsning med lön, samt att kliniken betalar skrivningsavgiften. Avgiften är 1 000 kr/person. Skrivningsavgiften går till att avlöna en sekreterare för merarbete. År 2014 kommer vi att ha samma upplägg med en ja/nej-skrivning. Nytt blir dock att man bara får skriva skrivningen i Sverige (år 2013 skrev en person skrivningen utomlands). Även nästa år hoppas jag kunna be ett par färdiga specialister testskriva skrivningen. Tack också till alla dem som hjälpte mig att granska skrivningsfrågor. Troligen kommer 2014 års-skrivning att äga rum **fredagen den 24 oktober kl 13-15**. Då hoppas jag på ännu fler som skriver!

Praktiska frågor om skrivningen/anmälan/avgift skickas till sekreterare Camilla Frisö-Åsell. E-mail: camilla.frisoasell@orebroll.se. Den som skriver behöver också uppge namn och adress till lokal kontaktperson. Det är till kontaktpersonen som skrivningen skickas ut. Sista anmälningsdag till skrivningen är **10 oktober 2014** ("mark your calendars!")

I samband med Barnveckan 2014 planerar vi för en diskussion kring framtida specialistskrivningar. Vår förhoppning är att regionala studierektors-grupper ska ta över skrivningen från 2015 och framåt och att arbetet därefter ska cirkulera runt i Sverige.

Jonas Ludvigsson, vise ordförande
BLF, Barnläkare i Örebro
Professor, Karolinska Institutet.
E-mail: jonas.ludvigsson@yahoo.com



BLF utvecklar Barnveckan med “Framtidsgruppen”

På uppdrag av BLF:s styrelse har barnläkare och en representant för Riksföreningen för barnsjuksköterskor arbetat fram en plan för den framtida planeringen av “Barnveckan”. Läs vad de har att säga till framtida arrangörer och deltagare i årets största arrangemang i allmänpediatrik.



Barnläkaren Petter Borna är en av de som ingår i “Framtidsgruppen för Barnveckan” och som också ansvarar för Barnveckan i år. I april går hela arrangemanget i vanlig ordning, av stapeln.

Foto: Roger Lundholm, fotograf, Skånes universitetssjukhus

Barnveckan har de senaste åren gått med ett ekonomiskt överskott. Fördelningen av eventuellt överskott fördelas enligt 50 procent (lokala arrangörer), 40 procent (Barnläkarföreningen, BLF), 10 procent (Riksföreningen för Barnsjuksköterskor, RfB). Det innebär också att vid förlust ska förlusten delas på motsvarande sätt av arrangörerna (de tre ovanstående aktörerna). Inför varje Barnvecka ska varje delförening som önskar anlita gästföreläsare meddela den lokala arrangören vilka externa föreläsare man vill bjuda in samt vilka kostnader detta medför. Den lokala arrangören avgör om det finns ekonomiskt utrymme att arrangera gästföreläsaren. Lagen om offentlig upphandling gäller inte för arrangemanget Barnveckan, förutsatt att

avtal med BLF och RfB skrivs på korrekt sätt – se längre ned i denna sammanfattning.

Kostnad för att delta i Barnveckan och målgruppen

BLF-medlemmar och RfB-medlemmar betalar samma avgift men ges rabatt på deltagande, avdraget bestäms av den lokala arrangören. Även den som deltar i flera dagar får rabatt (kostnaden ska vara lägre för att delta t ex två dagar än det dubbla priset av “en dag”). Alla icke-BLF/RfB-medlemmar betalar samma avgift oavsett yrkeskår. Lokala funktionärer och personal på arrangörsorten som på arbetstid varit engagerade med planering och genomförande av Barnveckan bör få delta i Barnveckan utan kostnad. Det är upp till den lokala arrangören att avgöra om även annan personal vid den egna kliniken ska få delta i Barnveckan utan kostnad. *Gästföreläsare* som inte är barnläkare får ersättning för resa och uppehälle men däremot inget traktamente. *Föreläsare* som är barnläkare/barnsjuksköterskor betalar inte för den dag de föreläser men väl för övriga dagar i Barnveckan, de får också betala sin resa och uppehälle. *Moderatorer* för Barnveckan får inte någon ersättning för att delta och betalar full avgift även för den dagen de är moderatorer.

Barnveckan riktar sig till alla som jobbar inom barnsjukvård. Andra yrkesgrupper än barnläkare och barnsjuksköterskor har visat intresse för att delta. Utifrån lokala förutsättningar kan dessa grupper erbjudas separata program av den lokala arrangören, däremot kan inte arrangören bidra med pengar till sådana program eller hjälp att ordna programaktiviteterna.

Barnveckans program - ansvar

Den lokala arrangören är huvudansvarig för det vetenskapliga programmet men BLF:s delföreningar ska bistå med programpunkter inom respektive ämne.

Den lokala arrangören (orten) kan dock ha synpunkter på delföreningarnas programförslag och har sista ordet vad gäller eventuell finansiering av gästföreläsare. Vi rekommenderar den lokala arrangören att utse en kontaktperson gentemot varje engagerad delförening.

Den lokala arrangören ansvarar för eventuella ämnesövergripande programpunkter. Barnveckan kan organiseras även av klinik som inte är universitetsklinik. En "mindre klinik" kan dock med fördel kontakta en närliggande universitetsklinik för att få hjälp med programmet, men det är lika fullt den arrangerade ("mindre kliniken") som har huvudansvaret för Barnveckan. BLF-styrelsen och RfB-styrelsen utser var sin kontaktperson gentemot den lokala arrangören.

Rekommendationer kring tidsplanering

Två år före Barnveckan: Det bestäms vilket sjukhus som ska ha Barnveckan om två år och vilken lokal person som är huvudansvarig. Ett år före Barnveckan: Datum för nästa års Barnvecka är bestämt och konferenslokaler bokade. Huvudansvarig har bildat en arbetsgrupp och representanter från denna gör studiebesök på årets Barnvecka för att dra lärdom av arrangemangen och passar även på att göra reklam för nästa års Barnvecka. Planering av det vetenskapliga programmet har påbörjats. åtta månader före Barnveckan (d v s augusti): Barnveckan.se uppdateras med info om nästa års Barnvecka. Ett block-schema för det vetenskapliga programmet är klart. Fem månader före Barnveckan (d v s senast 1 november): Detaljschema för det vetenskapliga programmet är klart (föreläsningstitlar och namn på föreläsare) och läggs ut på Barnveckan.se. Hemsidan öppen för "Early Bird" registrering av deltagare. E-mailutskick till alla landets barnläkare två månader före Barnveckan (februari) "Early Bird" registrering avslutas, senare registrering innebär högre pris en månad före Barnveckan (mars): Registrering via hemsidan stängs. Hänvisning till att registrera på plats under själva Barnveckan.

Barnveckans program och arbete med sponsorer

Inriktning på Barnveckan kan variera. Vissa föreläsningar spänner över flera discipliner andra, innehåller mera "spets". Bland de mest populära inslagen under Barnveckan brukar vara "minikurser" och "workshops". Exempel på populära aktiviteter har varit insulinordinationer, akut onkologi, EKG-tolkning inhalationsteknik, nutritionsberäkningar, hudutslag och stickteknik. Man behöver öka närvaron av mer seniora barnläkare. På Barnveckan bör det även finnas fler inslag för bakjourer.

Eftersom Barnveckan står för en stor andel av kursintygen hos barn-ST-läkare är det önskvärt att en stor del av minikurserna har ett så högt utbildningsvärde som möjligt.

Den lokala arrangören bestämmer själv om den vill anlita sponsorer. Olika Barnveckor har gjort på olika sätt. En extern sponsoransvarig kostar ofta en hel del pengar (exempelvis 20 procent av de totala intäkterna), men samtidigt avlastas den lokala kliniken arbete när en extern person sköter sponsorkontakterna.

Om ett företag vill ordna ett lunchseminarium och nå ut till alla deltagare, får denna kontakt skötas via Barnveckan/BLF. Inga e-postadresser utlämnas till externa aktörer. Utskick till BLFs/RfBs medlemmar via företag i samband med Barnveckan är för övrigt en effektiv marknadsföringsaktivitet och bör beläggas med avgift (=sponsoring) som tillfaller möteskassan.

Nomineringsförfarande för framtida arrangörer av Barnveckan

Det finns ännu inget fastlagt system för hur olika kliniker inkommer med intresseanmälningar för att arrangera Barnveckan och hur vi bedömer dessa ansökningar. Arrangörer bör utses med minst två års framförhållning. BLF-styrelsen tar beslut om vilka orter som anordnar Barnveckan. Beslutet ska förankras hos RfB.

Lokal arrangör skriver ett avtal med BLF och RfB. Avtalstexten ska vara: "Svenska Barnläkarföreningen (BLF) och Riksföreningen för Barnsjuksköterskor (RfB) arrangerar årligen Barnveckan. För hjälp med det praktiska arbetet utses en barnklinik i Sverige att vara ansvarig."

Med denna avtalstext gäller inte lagen om offentlig upphandling.

Hemsida med reklam för Barnveckan

BLF har registrerat domännamnet Barnveckan.se. Det är en naturlig plats att leta efter information på internet kring Barnveckan. Det är viktigt att de webbproducenter som varje Barnvecka anlitar är snabba att göra ändringar på hemsidan för att hålla den uppdaterad. BLF har inget centralt avtal med någon som sköter hemsidan Barnveckan.se.

"Framtidsgruppen"

Niklas Segerdahl, Borås (tidigare arrangör)

Petter Borna, Malmö (arrangerar Barnveckan 2014 i Malmö)

Eva Albinsson, Karlstad (tidigare arrangör)

Pontus Challis, Sundsvall (representant för BLU)

Jonas Ludvigsson, Örebro (gruppens ordförande i egenskap av BLF:s vice ordförande)

Annika Örtenstrand, Karolinska sjukhuset (representant för Riksföreningen för barnsjuksköterskor)

Samt övriga bestående av: Nina Nelson, Linköping, samt Magnus Domelöf, Umeå

Jonas Ludvigsson, Örebro barnklinik och Karolinska Institutet

Ansvarig för framtidsgruppen för Barnveckan

E-mail: jonas.ludvigsson@yahoo.se

Övervikt och fetma – dags för differentierad skatt på mat?

Jag har under Juledigheten roat mig med lite läsning på Statistiska Centralbyråns hemsida – Statistisk Årsbok 2013 (1). Det som bland all denna statistik mest har fångat mitt intresse är hur vår matkonsumtion förändrats över tiden. Tillgängliga data visar på utvecklingen från, i de flesta fall, 1980 fram till 2010. Sett ur perspektivet att antalet överviktiga och feta har ökat dramatiskt i Sverige under denna period (2), vilket är ett livskvalitetsmått kan jag säga att bitarna faller på plats ganska väl. Över ovan nämnda period har, visar Statistiska Centralbyråns beräkningar, kaloriintaget per dag och capita ökat från 2 878 kilokalorier, redan det klart över det antagna behovet hos kvinnor på 2 000 och för män på 2 400, till 3 179 kilokalorier. Och detta alkoholhaltiga drycker oräknat. Ett eget överslag utifrån Statistiska Centralbyråns siffror angående alkoholkonsumtionen tyder på att vi till de 3179 kilokalorierna kan lägga drygt ytterligare 100 nya kilokalorier som kommer från ett ökat intag av alkoholhaltiga drycker – det senare gäller ju inte barnen, men ändå! Vi har alltså sedan 1980 allt sammantaget ökat vårt dagliga kaloriintag med ungefär 400 kilokalorier, 300 för barn! Parallellt har utelek och vardagsmotion bytts mot i stort sett uteslutande stillasittande skärmbundna aktiviteter. Det är inte konstigt att vi blir allt tyngre! Vi vet ju egentligen sedan länge att det är så här – varför gör vi då inget åt detta? När det gällde till exempel trafik- och elsäkerhet så hjälpte inte samhällsinformation – olyckorna skedde i alla fall. Det som slagit väl ut i de avseendena är istället före-

byggande åtgärder – petsäkra och jordade eluttag, jordfelsbrytare och mitträcken, för att ta några exempel. Är det inte dags för differentierade skatter på mat – låg eller ingen skatt på bra råvaror och hög skatt på det som vi helst inte skall äta

Referenser

1. Statistisk Årsbok 2013, 14 Priser och konsumtion, 14.3 Konsumtionen av livsmedel, sid 290-291, Statistiska Centralbyrån (http://www.scb.se/statistik/_publikationer/OV0904_2013A01_BR_15_A01BR1301.pdf).
2. Statistisk Årsbok 2011, 20 Hälso- och sjukvård, 20.7 Överviktiga samt därav feta bland män och kvinnor i olika åldrar, sid 259, Statistiska Centralbyrån (http://www.scb.se/statistik/_publikationer/OV0904_2011A01_BR_21_A01BR1101.pdf).



Hans Holgert, barnläkare, docent.
Barnläkarna i Täby centrum
E-mail: bltchans@hotmail.com

Nyhetsvepet

Två unga forskare får Acta Paediatricas pris



Pristagarna: Karin Persson och Martin Lundqvist

Stiftelsen Acta Paediatrica instiftade år 2006 priset "Young Investigator Award" för att uppmuntra unga forskare att publicera artiklar i Acta Paediatrica. Det svenska priset som utses av Acta Paediatrica i samarbete med Barnläkarförningens ordförande går för 2013 till Karin Persson vid Umeå Universitet och Martin Lundqvist vid Uppsala Universitet. Karin Persson belönas för artikeln "Vitamin D deficiency at the Arctic Circle – a study in food-allergic adolescents and controls" (Acta Paediatr 2013; 102:644-9). Martin Lundqvist prisas för artikeln "Efficacy and safety of lidocaine for treatment of neonatal seizures" (Acta Paediatr 2013; 102:863-7). Priset delas ut den 8 april 2014 i samband med Barnläkarveckan i Malmö. Vinnarna får 10 000 kronor var.

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

Foto: Martina Huber

Fredrik Reinfeldt (M):



–Sverige ses ofta som ett hälsosamt land och vi hamnar högt i olika hälsorankingar. De flesta barn växer upp med goda förutsättningar och mår bra. Samtidigt finns också unga som inte mår bra. Vi vill lyfta fram skolans roll i arbetet med att främja barns hälsa. Både när det gäller fysisk och psykisk ohälsa har

skolan en viktig roll, där arbetet kan ske både förebyggande och reaktivt. Vi arbetar därför för att skolbarn erbjuds en timme rörelse om dagen i skolan eller på fritids, att fler skolor hittar samarbetsformer med idrottsföreningar eller på andra sätt främjar mer rörelse i skolan eller på fritids. Vi vill också att elever erbjuds tätare hälsosamtal i skolan.

Göran Hägglund (KD):



–Kristdemokraterna sätter inför valet 2014 särskilt fokus på barns och ungas uppväxtmiljö. Här ingår naturligtvis att grundlägga en god hälsa och ett välbefinnande.

En elevhälsogaranti ska införas som ger en elev rätt att inom ett dygn få kontakt med elevhälsovården. Vi har förstärkt elevhälsan som ska omfatta medicinska, psykologiska, psykosociala och specialpedagogiska insatser, men det är också viktigt att snabbt få kontakt. Skolor ska ha ett ökat inslag av fysisk aktivitet för eleverna under skolveckan, minst 600 timmar i grundskolan, och detta ska regleras i timplanen. Mer idrott i skolan gör barnen friskare och starkare. Det bidrar också till att barnen presterar bättre i övriga skolämnen. Att röra på sig ger bättre koncentrationsförmåga vilket stimulerar inläringen. Bättre vård och omsorg för barn och unga med psykisk ohälsa. Barn måste få tidig hjälp och stöd då tidiga insatser kan förhindra utveckling av allvarlig psykiatrisk problematik. All hjälp som samhället kan erbjuda från skola, socialtjänst och hälso- och sjukvård, ska vara lätt att

hitta och ges i rätt tid. Överenskommelsen mellan staten och SKL om prestationsmål för förbättrad tillgänglighet är ett bra verktyg. Det förebyggande arbetet mot självskadande beteende och självmordsförsök måste intensifieras.

Åsa Romson (MP):



–Barnkonventionen måste bli svensk lag. Det är den inte i dag, och vi menar att det kommer att få konkret betydelse för barns livsvillkor på en rad områden. Skolan ska ge varje barn möjlighet att vara sig själv och växa till den hen vill vara. Det ska inte finnas lyckade och misslyckade elever, inte heller bra och dåliga skolor – alla har rätt

att lyckas och utvecklas i skolan. Vi har budgetsatsningar på bl a fler medarbetare i skolan, bättre villkor för lärare, förstärkning av elevhälsovården och tidigare insatser för elever i behov av stöd. En aktiv miljö- och klimatpolitik är viktigt för barn här och nu, men också barn i framtida generationer. Det gäller till exempel tillgången till ren luft, rent vatten, minskade gifter och kemikalier i vår närmiljö. Samt att klimatförändringarna stoppas, med alla de omvälvande förändringar som det innebär för barn och vuxna i alla jordens länder.

Jonas Sjöstedt (V):



–Partiets politik och verksamhet bestäms av vårt mål: att förverkliga ett samhälle grundat på demokrati, jämlikhet och solidaritet...” Jämlikheten är en central del av vår politik. Utöver att det är ett värde i sig att sträva efter, visar forskningen att jämlika samhällen är bättre samhällen och att graden av jämlikhet är en av de mest betydelsefulla folkhälsofaktorer i ett samhälle.

“Välfärd för alla” En väl utbyggd, solidariskt finansierad och generös välfärd är en förutsättning för att skapa ett gott samhälle. För barns hälsa och välbefinnande menar vi att en

SVAR DIREKT

bra förskola, skola, hälso- och sjukvård är mycket viktiga. "Vänsterpartiets politik skall utformas så att barnens bästa kommer i första rummet". Vi anser att Barnkonventionen ska göras till svensk lag, så att barns rättigheter tas på allvar.

Stefan Löfven (S):



-Bra skolgång för alla barn. Att lyckas bra och trivas i skolan är centralt för barns hälsa och välbefinnande på både kort och lång sikt. Vi vill införa mindre klasser de första åren i skolan så att alla barn kan få den tid, stöd och hjälp från läraren som hen behöver. Vi vill också göra om upp med den vänta och se-mentalitet som råder på

många håll i skolan. Istället ska barn få stöd från speciallärare så snart de möter svårigheter. Då växer inte små svårigheter sig stora, och barns självförtroende inte hinner få sig en knäck.

För att effektivt kunna stödja barn och ungdomar som mår dåligt krävs tidiga insatser i skolan och skolhälsovården. Vi föreslår att alla kommuner inför en åtgärdsplan för ungdomar som drabbas av psykiska problem. Om ett barn mår dåligt eller har stora problem ska man veta vem man ska ringa för att få snabb hjälp, en slags Barnens Räddningstjänst. Vi vill att det ska finnas modeller för samverkan mellan skola, socialtjänst, barn- och ungdomspsykiatri och ungdomsmottagning i varje kommun. Det bör finnas en väg in i systemet och tydlighet vad varje aktör i systemet ansvarar för. Barn- och ungdomsjukvården ska också vara avgiftsfri.

Familjens ekonomiska situation påverkar också barnen och deras hälsa. Barnbidraget är ett viktigt tillskott för många familjer och betalas ut till alla barn, oavsett föräldrarnas inkomster. På så sätt når det alla barn, utan att peka ut någon som fattig eller särskilt behovande. När alla omfattas av välfärden, oavsett storleken på plånboken, minskar vi också klyftorna. Det är bra för alla. Vi vill höja barnbidraget med 100 kronor per barn och månad. För de mest utsatta barnfamiljerna vill vi också höja underhållsstödet.

Annie Lööf (C):



-Grundläggande för barn och ungdomars hälsa är deras skolmiljö, levnadsvanor och arvsanlag. Skolan ger ungdomar bättre baskunskaper. En arbetsmarknad med låga trösklar för att ungdomar ska få ett första jobb och en vardag fri från gifter är basen för att barn och ungdomar ska ha god hälsa.

Skilnaderna i landet är stora mellan hur den förebyggande vården, alltifrån nyföddhet till tonår, fungerar. Socialstyrelsen måste påskynda arbetet med att ta fram nationella riktlinjer för nyföddhetsvård, barnhälsovård och skolhälsovård. Centerpartiet vill se en likvärdig hälsovård med hög kvalitet i hela landet.

Sverige har stora brister i hur vi förebygger, utreder och behandlar barn och ungdomar som varit utsatta för vanvård, fysisk misshandel, psykisk misshandel eller sexuella övergrepp. Ett nationellt kunskapscentrum måste snarast skapas med uppgift att sammanställa och föra ut kunskap.

Jimmie Åkesson (SD):



-En grundförutsättning för kunskapsinhämtning är att kroppen har nödvändigt bränsle i form av näringsrik mat, vi vill underlätta för kommunerna att förhöja kvaliteten på maten, vi vill även se att idrottsundervisningen kraftigt utökas.

Avgiftsfri vård upp till 18 år. Barnfamiljer hör till de grupper i samhället som ofta är ekonomiskt

utsatta, inte minst med många ensamstående föräldrar. Det är vår mening att barn inte ska behöva avstå från nödvändig vård och behandling p g a den ekonomiska situationen, varav vi verkar för en avgiftsfri vård upp till 18 år.

Förstärkning av BUP. Den psykiska ohälsan är ett allvarligt och växande problem bland unga, det är då viktigt att det finns snabb och tillgänglig kompetens, för både den drabbade och för dennes familj, för att möta det ökade behovet behövs en utveckling och förstärkning av BUP, samt fler vårdplatser.

Jan Björklund (FP)



-Det viktigaste för våra barn är en skola med hög kvalitet. Folkpartiet leder en total omläggning av svensk skolpolitik som ska leda till att alla barn lämnar skolan med goda kunskaper och därmed får en bra start i livet.

-För att tydliggöra barn och ungdomars rättigheter tycker Folkpartiet att FN:s barnkonvention ska införlivas i svensk lag.

-Samhället har ett särskilt ansvar för barn och unga med svåra hemförhållanden. Stödjande strukturer som elevhälso i förskola och skola har här en nyckelroll och Folkpartiet har arbetat med att stärka dem.

Redaktör: Lina Schollin Ask

Första läkarboken - om det nyfödda barnet och dess första tid



*Titel: Första Läkarboken
ISBN: 978-91-980985-01
Förlag: Laterna Medica
Författare: Stefan Johansson
Antal sidor: 80*

Det viktigaste och bästa med denna bok är att den är lättläst, skriven på lekmannasvenska och svarar på de flesta föräldrafrågor som dyker upp under den första tiden med ett nyfött barn.

Stefan Johansson, neonatolog i Stockholm med stor erfarenhet av både barnundersökningar på BB men också av nyföddhetsvård har skrivit denna lilla behändiga bok om det nyfödda barnets första tid. Bokens målgrupp är de nyblivna föräldrarna och den utgår främst från det friska barnet men tar också upp de vanligaste orsakerna till neonatal vård. Den är bra och lagom omfattande.

Vi är glada över meningen som skrivs ut i boken under kapitlet "de första veckorna hemma" nämligen *Det är okej att tacka nej till besök*. Det är bra att ett icke medicinskt men så viktigt budskap får plats. Vi hade gärna även lagt till: Det är okej att inte delta i babykurser. Det är okej att inte gå ner i vikt efter en förlossning. Du kommer att vara trött, kanske ledsen emellanåt och det är vanligt. Det är

okej att det är lite stökigt hemma. Men vi är glada över den första ansatsen till just detta tema.

Teman som saknas är råd om att barnet ska sova på rygg och råd om samsovning eller ej, samt om rökning och alkohol. SIDS kunde få ett eget kapitel i boken. Det är ett tillfälle som ej får missas om denna bok ska delas ut till nyblivna föräldrar. I nästa upplaga föreslås även tillägg om pox-screening, information om OAE-screening och att PKU-provtagning kallas för metabol screening. Ett modigt men viktigt ställningstagande som författande barnläkare och därmed potentiell opinionsbildare att faktiskt råda föräldrar att tacka ja till K-vitaminsprutan! Det totala intrycket av Första läkarboken är att alla föräldrar bör gå hem med den i sin hand från BB.



*Anders Dahlström, neonatolog och Lina Schollin Ask, ST-läkare,
Sachska Barn -och Ungdomsjukhuset
E-mail: anders.dahlstrom@sodersjukhuset.se
E-mail: Lina.schollin-ask@sodersjukhuset.se*



Lyhörd bibel om barnets första fyra år



Titel: Lyhört föräldraskap - barns utveckling och anknytning under de första fyra åren
ISBN: 9789174241969
Förlag: Bonnier fakta.
Författare: Malin Bergström
Antal sidor: 400

Varje gång jag råkar få syn på denna boks omslag blir jag glad. För den är som en bakelse. Den inbjuder till att förtäras och den smakar riktigt gott när man väl äter av den. Läser den. "Det krävs en by för att uppfostra ett barn" säger Hillary Clinton och däri ligger en stor poäng. Och byarna och förskolorna och sammanhangen och människorna vi möter gör nog sitt till. Men föräldrarna, en eller två eller flera och oavsett kön och konstellationer, är ändå de viktigaste i barnets första del av livet. Och för föräldrarna finns nu denna bok utgiven. Sedan ett år tillbaka. Amen.

Boken sträcker sig från Det första mötet till Den trottsande tvååringens övergång till treåringen som börjar

upptäcka den stora världen och bli ännu mer en egen individ. Hela tiden är Lyhördheten temat.

Malin Bergström som är barnpsykolog, Med dr och författare till boken skriver i inledningen att lyhördhet är nyckeln till barns trygga anknytningsrelationer och i sin tur grundplåten för barnens utveckling och hälsa. I familjer med lyhörda föräldrar uppfostrar barnen föräldrarna lika mycket som föräldrarna uppfostrar barnen. Denna kärleksförklaring till föräldraskapet är som poesi för mig, liksom bokens ansats och även fotografierna och illustrationerna av Lotta Sjöberg, som lyfter denna bakelse ytterligare. Det är ingen kokbok om hur man blir en bra förälder, men en kokbok till vad Lyhördhet faktiskt är. Jag skulle också vilja kalla den en källa till inspiration till att vara en bra förälder på sitt sätt och till att ta den uppgift man faktiskt har som förälder på allvar och suga det bästa ur de där första magiska åren av utvecklingssprång. De där åren, när man står mitt i smeten av trots, blöjbyten, sömnbrist och frånvaro av parrelationens glansdagar, som man med jämna mellanrum får berättat för sig går så fort. Fånga dagen är ett utnött begrepp som kanske borde bytas ut mot Fånga Lyhördheten.

Tack Malin Bergström.

Lina Schollin Ask

E-mail: Lina.schollin-ask@sodersjukhuset.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**

KALENDARIUM

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

APRIL

23-24/4 Berzelius symposium 89 Life Cycles:
Human reproduction, growth and development,
Malmö
Info: www.blf.net

MAJ

8-9/5 Vårmöte i perinatologi, Visby
Info: www.sfog.se/start

21-24/5 12th European Conference of Pediatric and
Neonatal Ventilation, Montreaux
Info: www.blf.net

JUNI

9-12/6 47th Annual Meeting of the European Society for
Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition,
Jerusalem, Israel.
Info: www.espghan2014.org

26-29/6 13th International Congress on Pediatric
Pulmonology (CIPP XIII)
Info: www.blf.net

28/6 Lipid Update Seminar, Stockholm.
Info och reg: www.issfal.org/2014/lipid-update-seminar

28/6-2/7 11th Biennial Meeting of the International Society
for the Study of Fatty Acid and Lipids (ISSFAL), Stockholm.
Info: www.issfal2014.org

SEPTEMBER

18-20/9 ESPN annual scientific meeting -
Barnnefrologikongress i Porto, Portugal
Info: www.blf.net/nefrolog.calendar.php

DECEMBER

4-5/12 Riksstämman, Stockholm [www.http://www.sls.se/
riksstamman](http://www.sls.se/riksstamman)
Info: <http://www.sls.se/riksstamman/>

Kallelse till BLF årsmöte 2014

Tid: Torsdagen 10 april kl 15.30-17.00.
Plats: Barnveckan
Välkomna!!



Dagordning annonseras på BLF.net i mars 2014.

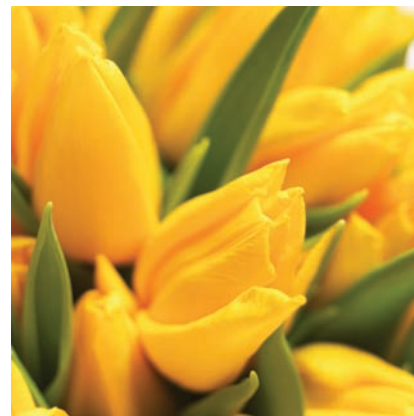
För önskemål om frågor som ska tas upp på årsmötet, v g E-maila: estelle.naumburg@jll.se

Nästa nummer...

Nästa nummer har temat **Gastroenterologi** och utkommer den **23 maj**.
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





ESPGHAN 47th ANNUAL MEETING

of the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition



We invite you to register for the 47th Annual Meeting of ESPGHAN being held at the Jerusalem International Convention Centre, Jerusalem, Israel from Monday 9 to Thursday 12 June 2014.

The scientific programme includes recent advances and state of the art lectures covering genetic, immunological, microbiological and clinical developments in the field of gastrointestinal disorders, liver diseases, and nutrition.

Day rates are available for local participants*

EARLYBIRD: \$325

STANDARD: \$375

ONSITE: \$420

To register at these rates and for more information regarding the scientific programme and accommodation, please visit:

www.espghan2014.org

* To benefit from the local day rates please enter Israel as your home country during the registration process.

Important Dates

REGISTRATION NOW OPEN:

Please Quote 'ESP12'

Early Bird Registration Deadline:
Wednesday 12 March 2014

Standard Registration Deadline:
Wednesday 28 May 2014

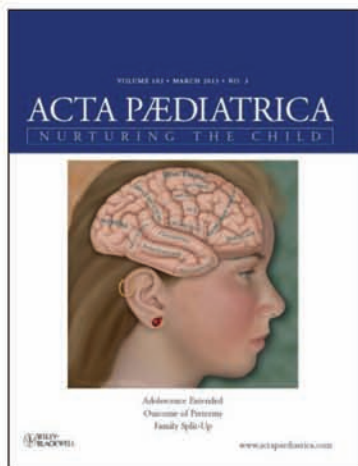
To discuss the sponsorship and exhibition opportunities available for local industry please contact: ESPGHAN2014-Industry@mci-group.com

Please quote ref: ESP12 when registering

Tel: +44 (0) 845 1800 360

 @ESPGHANSociety

Email: espghan2014@mci-group.com



STIFTELSEN ACTA PÆDIATRICA

Stiftelsens medlemmar kallas härmed till

ÅRSMÖTE 2014

TID

Tisdagen den 8 april 2014 kl. 12.00 – 13.15

PLATS

Stadionmässan,
Stadiongatan 25, Malmö
i samband med Barnveckan.

LUNCH

Då en enkel förtäring/kaffe kommer att serveras, önskas förhandsanmälan.

Anmälan om deltagande görs till mail@actapaediatrica.se

I Stiftelsen Acta Paediatricas medlemsförteckning kan du se om du är registrerad som medlem i stiftelsen.

Föredragningslista

1. Årsmötet öppnas
2. Val av ordföranden för årsmötet
3. Val av sekreterare för årsmötet
4. Val av justeringspersoner
5. Fastställande av att årsmötet utlysts i behörig ordning samt av dagordning
6. Verksamheten under 2013. Styrelsens Årsredovisning för 2013
(kan rekvireras från mail@actapaediatrica.se)
7. Bokslut för 2013 (ingår i Årsredovisning för 2013)
8. Revisionsberättelse och fråga om ansvarsfrihet för styrelsen
9. Beslut om tecknande av firman
10. Övriga frågor
11. Mötet avslutas





MEDICINSKA RIKSSTÄMMAN
STOCKHOLM WATERFRONT
4-5 DECEMBER 2014

”

Påverka din
egen, patientens
och klinikens
framtid.



Välkommen!

VI SES PÅ RIKSSTÄMMAN
DEN 4-5 DECEMBER 2014

Då är läkarnas mötesplats
för fortbildning tillbaka.
Hoppas vi hörs på Twitter
och Facebook så länge.

LÄKARNAS MÖTESPLATS FÖR FORTBILDNING

Över 150 programpunkter | Fortbildning över specialitetsgränserna | Branschutställning



www.riksstamman.se

Svenska Läkaresällskapet
MEDICINSKA
RIKSSTÄMMAN