



TEMA | UNGA OCH PSYKISK HÄLSA

Skolelevs psykiska hälsa – vad vet vi idag?

Digitala mediers hälsopåverkan

Suicid hos barn – när det värsta händer





Barnsjukhuset Martina är den största vårdgivaren inom barn- och ungdomsmedicinsk öppenvård i Stockholm

BARNSJUKHUSET MARTINA har vårdavtal med Region Stockholm och driver flera BUMM i Stockholmsregionen med den största enheten på Sophiahemmet. Vi har även två BVC och ett Centrum för Vikthälsa och ett Centrum för Psykisk Hälsa.

Martina har barnspecialister inom astma och allergi, gastroenterologi, kardiologi (EKO, arbetsprov), nefrologi, endokrinologi (augusti 2021), barnkirurgi och barnurologi, genetik, barnpsykiatri, neonatologi med flera. Våra barnsjuksköterskor har mottagningar inom de flesta områden och vår dietist arbetar brett i hela verksamheten.

Våra barnpsykologer och barnpsykiatriker arbetar med neuropsykiatriska utredningar/behandlingar och psykisk ohälsa.

Martinas 'inre klimat' är akademiskt med flera disputerade kollegor. Vi satsar mycket för att hålla kompetensutvecklingen och ST undervisningen och på hög nivå.



Martina är nog det närmaste man kan komma en universitetsklinik i öppenvård. Våra medarbetare trivs vilket är tydligt i medarbetarenkäten.

Är du barnläkare eller barnsjuksköterska och vill arbeta hos oss eller är nyfiken så kontakta gärna någon av våra verksamhetschefer. Vi är flexibla och skräddarsyr ofta anställningsformen och villkoren, och såklart matchar vi de villkor som du har idag!

BARNSJUKHUSET MARTINA finns på följande platser i Stockholm:

- ▶ Sophiahemmet
- ▶ Norra Djurgårdsstaden
- ▶ Järva
- ▶ Sollentuna

KONTAKTPERSONER

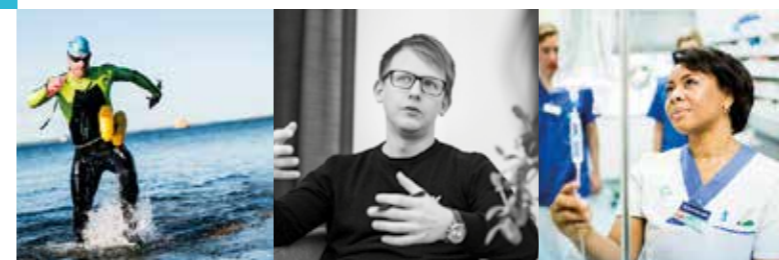
Pär Ansved, VC Martina Sophiahemmet.
Par.ansved@bsmartina.se

Maria Berner, Enhetschef, ST ansvarig Martina Djurgårdsstaden.
Maria.berner@bsmartina.se

Katarina Stenberg, VC Martina Sollentuna.
Katarina.stenberg@bsmartina.se

Emma Noresson, VC Martina Järva
Specialistvård.
Emma.noresson@bsmartina.se

Claude Kollin, VD Barnsjukhuset Martina AB.
Claude.kollin@bsmartina.se



Vi tror på kunskap och teamkänsla. Håller du med?

Region Blekinge är tillräckligt stort för att bedriva hög-specialiserad vård och avancerad forskning, och lagom stort för att knyta kontakter, lära känna medarbetare och få överblick över verksamheten. Dessutom är Blekinge en pärla som boende- och livsmiljö.

Nu söker vi

specialistläkare i neonatologi eller barnläkare med intresse för neonatologi till barn- och ungdomskliniken i Karlskrona.

Läs mer på www.regionblekinge.se.

För att livet är viktigt.



SÖK SPÄDBARNSFONDENS FORSKNINGSTIPENDIUM

Medel kan sökas för forskning med syfte att förebygga att barn dör vid graviditet, förlossning och under spädbarnsperioden eller för förbättrat bemötande av drabbade föräldrar och närstående.

Anslag från vår Forskningsfond ges till biomedicinsk forskning, fostermedicin, nyföddhetsvård, omvårdnads- och vårdvetenskaplig samt psykosocial forskning.

Sista ansökningsdag: 30/09 2021

Mer information: www.spadbarnsfonden.se



Spädbarnsfonden

STÖD - INFORMATION - FORSKNING

Teman i Barnläkaren 2021

	Utgivning:	Materialdag (annons):
1. Acta Paediatrica	28 jan	14 dec
2. Allergi	22 mars	18 feb
3. Covid-19	11 juni	20 april
4. Unga och psykisk hälsa	22 juli	28 juni
5. Juridik i pediatriken	8 oktober	23 aug
6. Ungdomsmedicin	10 dec	21 okt

www.barnlakaren.se

Innehåll

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

Ansvarig utgivare
Lena Hellström-Westas
E-mail: ordf@barnlakarforeningen.se

Chefredaktör/Annonsskontakt
Margareta Munkert Karnros
info@barnlakaren.se

Vetenskapsredaktör
Ulrika Ådén
ulrika.aden@ki.se

Kulturredaktör:
Göran Wennergren
info@barnlakaren.se

Manuskript insändes per mail till:
Margareta Munkert Karnros
info@barnlakaren.se

Prenumerationsärenden och adressändringar
Meddelas per mail till:
info@barnlakaren.se

Layout
Åsa Moréus

Tryck
DanagårdLiTHO

Redaktionsråd
Anna Undeman Asarnej
Hugo Lagercrantz
Ulrika Ådén
Josef Milerad
Göran Wennergren

Omslagsbild
iStock

REDAKTÖRENS RUTA 6

TEMA: UNGA OCH PSYKISK HÄLSA

Barn- och ungdomspsykiatri då och nu
Kerstin Malmberg 8

Skolelevers psykiska hälsa – vad vet vi idag?
Helke Widengren 10

Neuropsykiatriska/utvecklingsneurologiska funktionsnedsättningar i pediatriken: kombinera det medicinska – och ESSENCE– perspektivet
Elisabeth Fernell, Christopher Gillberg 12

Digitala medier och psykisk ohälsa hos barn och ungdomar
Lisa B Thorell, Sissela Nutley 16

Risk och skyddsfaktorer för psykisk ohälsa hos unga
Kent Nilsson 18

Normbrytande beteende, våld och kriminalitet
Niklas Långström 20

Immunpsykiatri – vad säger dagens forskning?
Caroline De Visscher 22

Sömnens roll för kognitivt fungerande relaterat till individfaktorer
Predrag Petrovic, John Axelsson 24

Läkemedelsbehandling av psykiatriska symtom hos barn
Linda HalldnerEriksson 26

Suicid hos barn – när det värsta händer
Ullakarin Nyberg 28

INTERVJUN

Inga Engström 99, är BLF:s äldsta medlem:
"Vi skötte det mesta inom barnallergologin på den här tiden"
Margareta Munkert Karnros 30

KULTUR

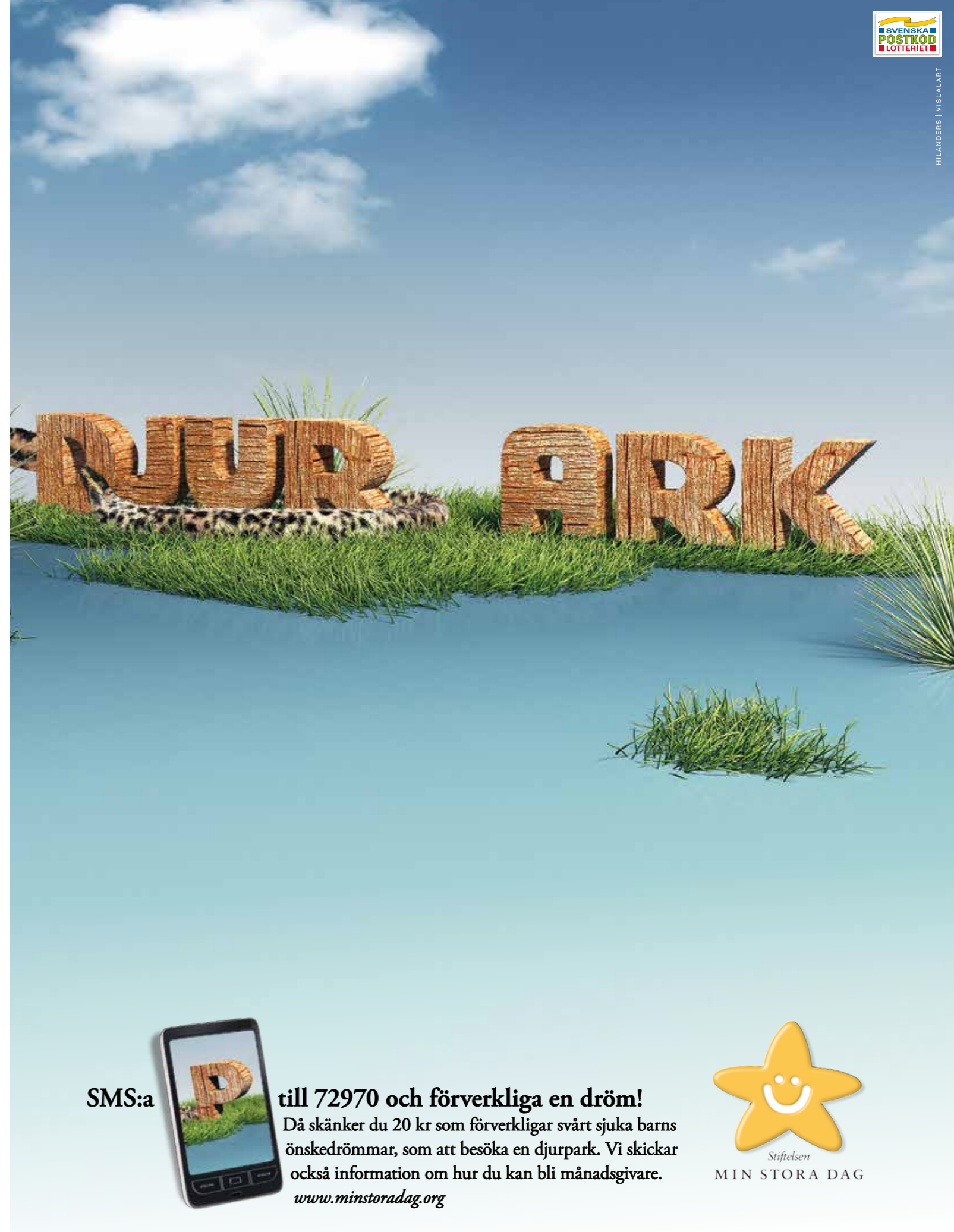
Konstpaus - Från berömmelse till obemärkthet, och tvärtom
Göran Wennergren 32

Bokrecensioner

Medfödda alkoholskador hos barn – om FAS och FASD
Magnus Landgren 36

Fuskarna – om Macchiarini och andras svek mot vetenskapen
Hugo Lagercrantz 37

KALENDARIUM 38



SMS:a



till 72970 och förverkliga en dröm!

Då skänker du 20 kr som förverkligar svårt sjuka barns önskedrömmar, som att besöka en djurpark. Vi skickar också information om hur du kan bli månadsgivare.

www.minstoradag.org



Stiftelsen
MIN STORA DAG



Det har säkert inte undgått någon att Acta Paediatrica firar 100 år, men visste ni att även Barnläkaren fyller jämnt i år? För 40 år sedan kom det medlemsblad ut, som senare skulle bli den tidning ni är vana att få i brevlådan.

I samband med tidningens 30-årsjubileum 2011 tog vi tåget till Västerås för att träffa barnläkaren Kerstin Werner för att få veta hur allt började (länk till intervjun: https://barnlakaren.se/Arkiv/2011/nr1_2011.pdf). Det var 1981 som Kerstin utsågs att göra verklighet av det initiativ till ett medlemsblad, som Yngve Larsson, Agne Larsson och Karl Martin Lundmark i BLF:s styrelse då lagt fram. Några år senare tog Ian Modin över och medlemsbladet började då anta formen av en tidning. En namnändring från "BLF-Nytt" till "Barnläkaren" skedde 2002 när Annika Janson, idag biträdande chefredaktör för Acta Paediatrica, var redaktör. Några år senare startade vi www.barnlakaren.se för att läsarna skulle få möjligheten att läsa tidningen digitalt. 2008 kom det första temanumret. Delföreningarnas gedigna kunskap kom på så sätt fler i BLF till nytta.

Den här gången har vi tagit oss an Unga och psykisk hälsa. Tack till temaredaktör Lotta Borg Skoglund som hjälpt oss med intresseväckande innehåll. Idag diskuterar vi, kanske mer än någonsin tidigare, hur våra barn och unga mår egentligen. Har den psykiska ohälsan hos unga ökat eller är vi bara mer medvetna om det och bättre på att sätta ord på det och söka hjälp? Enligt de flesta rapporter verkar psykisk sjukdom hos barn inte öka. Men när vi istället tittar på mer diffusa begrepp som psykisk ohälsa och lidande är det svårare att ge några tydliga svar. Tack vare de senaste årens

intensiva forskning inom barn- och ungdomspsykiatri och den snabbt framväxande förståelsen för, att alla har olika förutsättningar att hantera livets utmaningar, kan fler hjälpas på rätt sätt.

En av många banbrytande upptäckter som gjorts genom åren var när brittiska och isländska forskare fann de första bevisen för att ADHD har genetiska orsaker. Studierna visade på förändringar i arvsmassan hos unga personer med diagnosen. Teorier om förändringar i arvsmassan och koppling till ADHD prövades i Sverige redan på 70-talet, men betraktades då som högst kontroversiella. De senaste decennierna har det debatterats flitigt kring behandlingsmetoder av barn med denna diagnos, vilket ibland gör att andra kognitiva funktionsproblem/nedsättningar hos barn och ungdomar, t ex autism, hamnar lite vid sidan om. Ett svårloft problem tycks vara att vissa barn dessutom ligger i gränzonen mellan pediatrik/neuropediatrik och barnpsykiatri/neuropsykiatri, vilket orsakar att de aldrig får sina svårigheter identifierade.

Slutligen en vink angående en helt annan jubilar i hundraårsklassen, BLF:s äldsta medlem har identifierats! Läs mer om en av förgrundsgestalterna inom den svenska pediatrika allergologin i vår intervju med henne, på sidan 30-31.

Vi önskar er med detta en härlig fortsatt sommar!

Margareta Munkert Karnros

Margareta Munkert Karnros

Temaredaktörer i detta nummer: Lotta Borg Skoglund



Lotta Borg Skoglund är överläkare och specialist i allmänmedicin och psykiatri. Hon är lektor vid Uppsala universitet och forskare på Karolinska institutet och disputerade 2015 med en avhandling om adhd och beroendestillstånd.

Lotta har en lång klinisk bakgrund inom beroende och neuropsykiatri från bland annat Maria Ungdom och Beroendecentrum

Stockholm och grundare av Smart Psykiatri, en högspecialiserad vårdgivare för bred psykiatrisk utredning och behandling av barn, ungdomar och vuxna. Lotta är en flitigt

anlitad föreläsare och samhällsdebattör och driver frågor kring brukar- och anhänginflytande över den egna hälsoresan. Hon är författare av tre populärvetenskapliga böcker om neuropsykiatri, beroende, föräldraskap och könsskillnader i psykiatri (Lyssnar din tonåring 2017, ADHD- Från duktig flicka till utbränd kvinna 2020 och Svart bälte i föräldraskap 2021) utgivna av Natur och Kultur.

Idag delar Lotta sin tid mellan kliniskt arbete, utbildning och forskning kring samsjuklighet vid neuropsykiatriska diagnoser. Visionen är att bidra till nästa generations moderna evidensbaserade psykiatri och att bygga en internationell forskningsplattform kring hormonella faktorer betydelse för flickor och kvinnors psykiska hälsa.



HJÄLP BARNEN SOM FLYR!

Bli Barnrättsskämpe på raddabarnen.se



DOI: 10.1111/apa.15841

HIGHLIGHTS IN THIS ISSUE

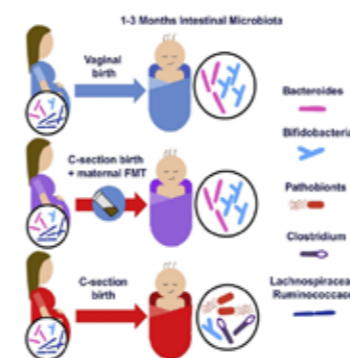
OPEN-LABEL BUMETANIDE STUDY SHOWED PROMISING RESULTS FOR SIX CHILDREN WITH AUTISM



There is still no efficient, approved treatment for autism spectrum disorders. Bumetanide is a diuretic agent that reduces intracellular chloride and reinforces GABAergic inhibition. Fernell et al. treated six Swedish children, aged 3–14 years, with autism with bumetanide during an open-label 3-month trial.¹ The drug showed positive results, particularly with regard to communicative and cognitive abilities, and all the parents wanted their children to continue treatment after the study ended. An editorial by Ben-Ari and Lemonnier, who performed the first French trials of bumetanide for autism, concluded that the results appear promising, but state that further clinical trials are needed to confirm this approach.²

There is still no efficient, approved treatment for autism spectrum disorders. Bumetanide is a diuretic agent that reduces intracellular chloride and reinforces GABAergic inhibition. Fernell et al. treated six Swedish children, aged 3–14 years, with autism with bumetanide during an open-label 3-month trial.¹ The drug showed positive results, particularly with regard to communicative and cognitive abilities, and all the parents wanted their children to continue treatment after the study ended. An editorial by Ben-Ari and Lemonnier, who performed the first French trials of bumetanide for autism, concluded that the results appear promising, but state that further clinical trials are needed to confirm this approach.²

FAECAL TRANSPLANTS AFTER CAESAREANS PRODUCED SIMILAR GUT MICROBIOTA TO VAGINAL BIRTHS



The gut microbiota of newborn infants who are born vaginally are colonised by maternal gut bacteria. It has been reported that infants delivered by Caesarean section lack Bacteroides species and delayed Bifidobacterium development in the gut microbiota when compared with those delivered vaginally. In an editorial, Helve and Andersson describe how giving faecal transplants to infants born by Caesarean section produced similar gut microbiota as after vaginal deliveries.³

The gut microbiota of newborn infants who are born vaginally are colonised by maternal gut bacteria. It has been reported that infants delivered by Caesarean section lack Bacteroides species and delayed Bifidobacterium development in the gut microbiota when compared with those delivered vaginally. In an editorial, Helve and Andersson describe how giving faecal transplants to infants born by Caesarean section produced similar gut microbiota as after vaginal deliveries.³

PREVALENCE OF MENTAL HEALTH PROBLEMS WAS HIGH IN ADOLESCENTS WITH SEVERE OBESITY

Two thirds of adolescents who sought bariatric surgery to lose weight had substantial mental health problems, according to self or parental reports.⁴ Björk et al. carried out a randomised study of 48 severely obese



Swedish adolescents, with a mean age of 15.7 ±1.0 years at inclusion. Their mean body mass index was 42.6 ±5.2 kg/m² and 73% were girls. Only 15% said they had a diagnosis, 32% were binge eaters and 20% reported symptoms of

clinical depression. No significant associations were found between neurodevelopmental problems and binge eating or depressive symptoms.

SKIN-TO SKIN CONTACT WITH FATHERS HELPED NEWBORN INFANTS STABILISE AFTER CAESAREAN DELIVERY



Separating infants and their parents after a Caesarean section is still routine care worldwide. Ayala et al. randomised 95 newborn infants born after an elective Caesarean section in a Chilean public hospital to three groups: cot, fathers' arms or skin-to-skin contact with their father.⁵ When the infants were assessed at 15-min intervals, 45–120 min after the Caesarean section, the skin-to-skin group showed the best results when it came to establishing stable physiological parameters and wakefulness. Ayla et al. concluded that this approach should be supported during mother-infant separation.

Separating infants and their parents after a Caesarean section is still routine care worldwide. Ayala et al. randomised 95 newborn infants born after an elective Caesarean section in a Chilean public hospital to three groups: cot, fathers' arms or skin-to-skin contact with their father.⁵ When the infants were assessed at 15-min intervals, 45–120 min after the Caesarean section, the skin-to-skin group showed the best results when it came to establishing stable physiological parameters and wakefulness. Ayla et al. concluded that this approach should be supported during mother-infant separation.

NEW YORK COVID-19 TESTS FOUND MUCH LOWER TRANSMISSION RATE IN PRIVATE GIRLS' SCHOOL



In March 2020, schools in New York closed to reduce COVID-19 transmission. Smith-Norowitz et al. examined the COVID-19 infection rate in a private girls' school in Brooklyn when it reopened in autumn 2020.⁶ The school was in a

red zone, which was the highest cluster level. Regular, mandatory in-school testing was performed on 701 students and staff aged 6–80 years between October and December 2020. Only two students and one staff member tested positive and the infection rate of 0.13% was lower than the 0.28% recorded in government-funded New York City schools in October 2020.

Fig 1 and 3–5: istockphoto.com, Fig 2: Cell, Korpela et al.

©2021 Foundation Acta Paediatrica. Published by John Wiley & Sons Ltd

Acta Paediatrica. 2021;110:1391–1392.

wileyonlinelibrary.com/journal/apa | 1391

Barn- och ungdomspsykiatri då och nu

Att lära sig ett barnpsykiatriskt hållande är en kunskap som behövs och tar tid att utveckla. Kerstin Malmberg har 30 års erfarenhet av barn- och ungdomspsykiatri (BUP). 1987 började hon inom BUP i Stockholm och mycket har hänt sedan dess. Några märkbara skillnader är att man förr hade tid till eftertanke och hann läsa på om olika patienter, samt att de ”stökiga” barn som idag tillhör barnpsykiatri, förr var socialtjänstens ansvar.

Barnpsykiatriens kärna är teamarbetet det vill säga kunna förklara och hjälpa till med barns problem utifrån sociala faktorer, psykologiska och medicinsk/psykiatriska. Teamarbetet finns fortfarande kvar men trots det är det idag mycket mer ensamarbete och tidsbrist att hinna diskutera olika patienter. Kontakt sker betydligt mer via interna remisser.

Det finns stor erfarenhet inom BUP att arbeta med barn och deras familjer och den kunskapen, och en betydelsefull kunskap är att hålla kvar dem över tid. Det kan beskrivas som en gummisnodd där BUP är fästet och barnet/familjen testar olika strategier genom att pendla fram och tillbaka men har en person (en samordnande person) som kan stå ut och hålla kvar. Att lära sig ett barnpsykiatriskt hållande är en kunskap som behövs och tar tid att utveckla. Självskada och självmord hos barn och ungdomar är mycket allvarligt och ökar oftast under tonåren. Kunskapen om hur man gör en bedömning av suicidala barn och ungdomar har ökat och blivit mer strukturerat.

Självmod näst vanligaste dödsorsaken hos ungdomar från 15 år

Varje år tar ett femtiotal ungdomar under 19 år sitt liv i Sverige. Ungefär fem av dem är under 15 år. Självmod utgör cirka en tredjedel av alla svenska dödsfall i åldersgruppen 15–19. Det gör självmord till den näst vanligaste dödsorsaken hos 15–19-åringar. Bland äldre ungdomar dör ungefär dubbelt så många pojkar av självmord jämfört med flickor, men olyckor är vanligare hos pojkar. Hos äldre flickor är förekomsten av självmord den vanligaste dödsorsaken och den näst vanligaste dödsorsaken hos pojkar. För svenska barn och ungdomar 10–14-åringar utgör självmord en tiondel av alla dödsfall. Livstidsprevalensen för självmordstankar bland ungdomar uppskattas till 12,1 procent. Ungefär en tredjedel av ungdomar med självmordstankar utvecklar självmordsplan, respektive gör ett självmordsförsök inom ett år från att de fick självmordstankar. De med självmordsplan som gör ett självmordsförsök har mer av depressiva symtom och känslor av

hopplöshet. De ungdomar som gör ett försök utan att ha en självmordsplan är mer impulsiva och ungefär var femte självmordsförsök är oplanerat.

Vanligt att inte berätta

Frånvaro av suicidal kommunikation eller förnekande av självmordstankar och planer ger viktig information vid en bedömning. Men frånvaro av självmordstankar är otillräckligt som enda underlag för en självmordsriskbedömning eftersom det är vanligt att ungdomar inte berättar om sina självmordstankar för vårdpersonalen. För barn och yngre tonåringar föregås ofta en suicidal kris av bråk med föräldrar eller mobbing. Hos äldre tonåringar utlöses den oftare av relationsproblem med kompisar eller en käresta, skolproblem och legala eller disciplinära problem. I en suicidalbedömning vid ett enskilt samtal bör ingå kartläggning av



livssituationen med fokus på riskfaktorer för suicid, kartläggning av symtom på psykisk ohälsa samt självmordsnära och riskfyllt beteende. Riskfaktorer som bör fördjupas vid kartläggningen är tidigare suicidförsök, psykisk störning eller psykiska symtom. Riskgrupper för självmord är barn med neuropsykiatriska tillstånd, bipolär sjukdom och suicid i släkten.

Referenser

1. Internetmedicin Suicidriskbedömning barn och unga, Anna Santeson överläkare barn- och ungdomspsykiater, uppdaterad 2020
2. Prevalence, correlates, and treatment of lifetime suicidal behavior

among adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement Matthew K Nock et al Jamapsychiatri 2013 Mars

3. Nationella Riktlinjer för behandling av suicidala ungdomar och deras familjer 2001. Nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa (NASP), Svensk förening för barn- och ungdomspsykiatri SFBUP, Vetsenskapsrådets planeringsgrupp för barn- och ungdomspsykiatrisk och socialpediatrisk forskning
4. Premature mortality in autism spectrum disorder. Hirvikosi T et al J Psykiatri 2016 mars.



Kerstin Malmberg, överläkare i Barn- och Ungdomspsykiatri, med dr Karolinska Institutet, BUP Stockholm och Karolinska Institutet
E-mail: kerstin.arnsvik-malmberg@sl.se

Foto: iStock

Skolelevens psykiska hälsa – vad vet vi idag?

I Sverige erbjuds alla barn hälsofrämjande insatser inom barnhälsovården och skolhälsovården, elevhälsans medicinska insats. I Folkhälsomyndighetens återkommande enkät ”Skolbarns hälsovanor” (1) framkommer trots detta, ökande frekvens psykiska symtom. Samtidigt ökar söktrycket till BUP och läkemedelsförskrivningen till unga. (2, 3) Är det skolans fel?

Folkhälsomyndighetens sammanställning visar att upplevd skolstress ökat sedan 2009/2010 samt ett samband mellan skolstress och psykisk ohälsa. (4) Sedan undersökningen 2009/2010 har en förändring skett inom skolan- införandet av en ny läroplan med specifika kunskapskrav för de olika betygsnivåerna. Även betyget F, ej godkänd, har införts. I den nya läroplanen ställs särskilda krav på barns förmåga att reflektera och analysera, även i praktiska ämnen. Läroplanen tar inte hänsyn till de stora normala variationer som finns i barns kognitiva utveckling och funktionsnivå. Mest drabbas elever med svagare teoretisk begåvning, svårigheter med uppmärksamhetsreglering, exekutiva funktioner och språk. Andelen elever med kognitiva funktionsnedsättningar är cirka 15 procent, lika stor andel som inte uppnår behörighet att söka till ett nationellt gymnasieprogram.

Förutsättning att behoven upptäcks i tid Levnadsvanor såsom sömn, kostvanor, fysisk aktivitet och skärmtid har också sannolika samband med den psykiska ohälsan. Tydlig samsjuklighet finns mellan fetma i barndomen och utvecklings-neurologiska funktionsnedsättningar, vilka är riskfaktorer för psykisk ohälsa. (5)

Skolan har ett utjämnande uppdrag och Skollagen stipulerar att elevers behov av särskilt stöd skyndsamt ska utredas. Detta förutsätter dock att behoven

upptäckts. Många elever, främst flickor, tenderar att reagera på stress och överkrav enbart i hemmiljön, vilket leder till fördröjd upptäckt.

Skolan har inte heller skyldighet att initiera utredning av elever som uppnår godkänd kunskapsnivå. Detta drabbar elever med goda kompensatoriska förmågor. Många som först i vuxen ålder fått ADHD-diagnos har inte haft dokumenterade symtom som barn, vilket tyder på ett mörkertal bland barn. Att fler barn idag söker till BUP indikerar dock en ökad medvetenhet i samhället samt ökad acceptans för psykiska problem.

Kraftsamling för psykisk hälsa

2019 biföll Svenska Läkaresällskapet en motion från Svenska skolläkarförbundet att starta projektet Kraftsamling för ungas psykiska hälsa. Kraftsamlingen föreslår fem interventioner, där skolan är en viktig arena: fysisk aktivitet; balanserad tid för digitala medier; hjälp att stärka självkänsla och stresshanteringsförmåga; kunskapskrav anpassade till elevers utveckling samt utökade program för tidig upptäckt av elever med risk för psykisk ohälsa.

Elevhälsans roll

Varje elev ska erbjudas minst tre hälsobesök i grundskolan och minst ett inom gymnasieskolan. Att hälsobesöken sker i skolan möjliggör högt elevdeltagan-



Många elever, främst flickor, tenderar att visa symtom på stress och överkrav i skolan, enbart i hemmiljön, vilket utgör en risk för fördröjd upptäckt av deras stödbehov.
Foto: iStock

de. Väldimensionerad skolhälsovård ger också elever en unik möjlighet att själva söka hjälp, även om deras vårdnadshavare inte sett ett vårdbehov. Den statliga utredningen ”Bättre möjligheter för elever att nå kunskapskraven” SOU 2021:11, har lagt fram förslag om förstärkning av både kompetens och dimensionering av elevhälsan. Tidig upptäckt med utredning av ”exakt vad eleven har behov av” betonas, samt också beaktande av barnperspektivet.

Skolläkare med adekvat specialistkompetens, som har reella möjligheter att aktivt delta i elevhälsoteamets arbete samt även systematiskt träffa elever för helhetsbedömningar, kan bidra både med allmänna hälsofrämjande åtgärder och

insatser. Tidig upptäckt ger möjlighet till riktade insatser, förbättrade möjligheter för eleverna att nå kunskapsmålen samt ökad sannolikhet för framtida hälsa.

Referenser

1. Folkhälsomyndigheten. Skolbarns hälsovanor i Sverige 2017/18. Grundrapport. Folkhälsomyndigheten 2019
2. <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/statistikamnen/lakemedel/>
3. Psykiatrin i siffror. Barn och ungdomspsykiatri. Kartläggning 2019. Uppdrag psykisk hälsa.

Avdelningen för vård och omsorg, Sveriges kommuner och landsting 2019. Nationella folkhälsoenkäten-Hälsa på lika villkor. Folkhälsomyndigheten 2020.

4. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/s/skolprestationer-skolstress-och-psykisk-ohalsa-bland-tonaringar/>
5. Neurodevelopmental disorders are highly over-represented in children with obesity: A cross-sectional study E Wentz, A Björk, J Dahlgren - Obesity, 2017 - Wiley Online Library



Helka Widengren, Specialist i skolhälsovård, vice ordförande i Svenska skolläkarförbundet
Arbetsplats: Solna Stad Centrala Elevhälsan E-mail: helka.widengren@solna.se

Neuropsykiatriska/utvecklingsneurologiska funktionsnedsättningar i pediatriken:

Kombinera det medicinska - och ESSENCE – perspektivet

Det finns flera patientgrupper inom pediatriken för vilka det kan vara särskilt viktigt att beakta möjligheten av en samtidig neuropsykiatrisk/utvecklingsneurologisk funktionsnedsättning, t ex Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD), autism och/eller intellektuell funktionsnedsättning.

Ibland kan även svåra symtom inom de aktuella funktionsområdena finnas utan att fullständiga kriterier för diagnos uppfylls. Dessa funktionsnedsättningar/problem medför mycket ofta nedsatt psykisk hälsa – särskilt när svårigheterna inte uppmärksammas och insatser inte kan komma barnet/ungdomen till del.

ESSENCE står för “Early Symptomatic Syndromes Eliciting Neurodevelopmental Clinical Examinations” (1). Begreppet formulerades för att bl.a. belysa att neuropsykiatriska/ utvecklingsneurologiska problem sällan uppträder isolerade, det vanliga är att det föreligger kombinationer av flera tillstånd och symtomkonstellationer. Ungefär 10 procent av skolbarn ”har” ESSENCE. Vid kroniska sjukdomar kan sådana samtidiga ESSENCE-svårigheter påverka behandlingen och särskilt ADHD kan i sig också leda till negativa hälsoeffekter och risker.

ADHD i kombination med diabetes och epilepsi

Barn och ungdomar med diabetes typ 1 och samtidig ADHD, framför allt om funktionsnedsättningen inte är uppmärksam, löper ökad risk för sämre metabol kontroll med höga HbA1c värden (2). Att med stigande ålder självständigt klara alla moment i behandlingen kräver goda kognitiva, särskilt exekutiva funktioner; d v s förmåga att planera och strukturera, tidskänsla och minnesförmåga. Många unga med diabetes och ADHD upplever

en stressfylld vardag med krav att klara såväl diabetesbehandlingen som skolarbetet. Det är av stor betydelse att ungdomar med diabetes och bristande metabol kontroll uppmärksammas och utreds med avseende på neuropsykiatrisk/ utvecklingsneurologisk funktionsnedsättning, särskilt ADHD, så att i förekommande fall specifikt stöd och behandling kan erbjudas.

Det är vanligt med kognitiva funktionsnedsättningar vid epilepsi (3). I en engelsk populationsbaserad studie av barn med aktiv epilepsi hade endast en minoritet av dem med samtidig neuropsykiatrisk funktionsnedsättning, t ex ADHD, autism, eller med symtom på depression eller ångest fått sådan tilläggsdiagnos. Författarna diskuterade begreppet “diagnostic overshadowing”, d v s risken att den neurologiska diagnosen ”skymmer” kognitiva/beteendemässiga symtom. Behovet av screening för neuropsykiatriska funktionsnedsättningar och symtom för dessa patienter är stort.

Vissa **pediatriska patientgrupper i fokus**
Övervikt och fetma kan ha flera orsaker



och behöver uppmärksammas utifrån ökad risk för följsjukdomar. De senaste åren har kunskapen ökat om sambandet med ADHD (4). De exekutiva problemen vid ADHD kan bidra till svårigheter att reglera födointaget, ett impulsivt överätande i den "matmiljö" med snabbmat och många matfrestelser som finns idag. Födoämnen med fett och socker kan dessutom i sig bidra till ett "beroende", och överätande vid ADHD kan vara en form av självmedicinering. Barn och ungdomar med fetma löper dessutom ökad risk för mobbning med åtföljande nedsatt självkänsla och risk för nedstämdhet, ångest och sämre livskvalitet.

En annan pediatrik patientgrupp, att tänka på när det gäller samtidiga neuropsykiatriska/ utvecklingsneurologiska svårigheter, är barn med långdragna smärttillstånd, som efter utredning inte påvisats ha någon specifik medicinsk orsak till symtomen. En screening av kognitiva/exekutiva funktioner kan inte sällan ge vägledning för insatser i skolan och för behandlingen i stort (5).

Många patientgrupper i pediatriken behöver uppmärksamhet utifrån möjligheten av samtidig ESSENCE och dessa grupper skulle gagnas av om det i pedi-

atrisk och barnpsykiatrisk sjukvård fanns team, kanske "specifika" ESSENCE-team, med pediatrik-barnpsykiatrisk kompetens – och möjlighet att för dessa grupper kunna erbjuda utredning och behandling, inklusive anpassade habiliteringsinsatser.

Referenser

1. Gillberg C. *The ESSENCE in child psychiatry: Early Symptomatic Syndromes Eliciting Neurodevelopmental Clinical Examinations*. *Res Dev Disabil* 2010;31(6):1543-51.
2. Nylander C, Tindberg Y, Haas J, Swenne I, Torbjörnsdotter T, Åkeson K, Örtqvist E, Gustafsson J, Fernell E. *Self- and parent-reported executive problems in adolescents with type 1 diabetes are associated with poor metabolic control and low physical activity*. *Pediatr Diabetes*. 2018;19(1):98-105.
3. Reilly C, Atkinson P, Das KB, Chin RF, Aylett SE, Burch V, Gillberg C, Scott RC, Neville BG. *Neurobehavioral comorbidities in children with active epilepsy: a population-based study*. *Pediatrics*. 2014;133(6):e1586-93.

4. Wentz E, Björk A, Dahlgren J. *Neurodevelopmental disorders are highly over-represented in children with obesity: A cross-sectional study*. *Obesity (Silver Spring)*. 2017;25(1):178-184.
5. Low Kapalu CM, Hall JJ, Wallace DP. *Neuropsychological Functioning of Youth Receiving Intensive Interdisciplinary Pain Treatment*. *J Pediatr Psychol*. 2018;43(8):870-881.



Elisabeth Fernell, barnneurolog, professor i barn- och ungdomspsykiatri
 Christopher Gillberg, barnpsykiater, universitetssjukhusöverläkare, professor i barn- och ungdomspsykiatri, Gillbergcentrum, Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet
 E-mail: elisabeth.fernell@gnc.gu.se; christopher.gillberg@gnc.gu.se

Teman i Barnläkaren 2022

	Utgivning:	Materialdag (annons):
1. Barnonkologi och hematologi	28 jan	14 dec
2. Gastroenterologi	22 mars	18 feb
3. Neonatal uppföljning	11 juni	20 april
4. Barn och våld	22 juli	28 juni
5. Palliativ vård/Etik	8 oktober	23 aug
6. Diabetes	10 dec	21 okt

Digitala medier och psykisk ohälsa hos barn och ungdomar

Digitala medier är ofta designade för att uppmuntra ett omfattande användande. Detta gör förebyggandet av dess skadliga effekter på barn oerhört viktig. Aktuell forskning visar ett samband mellan problematisk användning av sociala medier och olika aspekter av psykisk ohälsa t ex ökad risk för depression, ångest och ätstörningar. Användandet för de yngsta bör avstås/begränsas för att skydda hjärnan under dess tidiga utveckling, samt stödja skapandet av hälsosamma medievänor från start.

I takt med att ungas användande av digitala medier går nedåt i åldrarna och ökar i tid uppgår allt fler ett missnöje med detsamma. Så många som 73 procent av 17-18-åringarna och 53 procent av 9-12-åringarna angav i Statens medieråds senaste kartläggning (1) att deras användande av digitala medier minst en gång i veckan går ut över friskfaktorer såsom sömn, skolarbete och motion. I åldern 0-1 år använder 15 procent av barnen internet minst en timme om dagen och bland 2-3 åringar gäller detta 43 procent av barnen. Läkaresällskapets arbetsgrupp "Kraftsamling för ungas psykiska hälsa" presenterade nyligen en rapport där balans mellan digitala medier och andra aktiviteter ingår som en av de fem viktigaste fokusområdena för att motverka mental ohälsa hos unga.

Internationell forskning

Även internationell forskning pekar på ett samband mellan problematisk användning av sociala medier och olika aspekter av psykisk ohälsa såsom ökad risk för depression, ångest, och ätstörningar (2). Amerikanska barnläkarföreningen och även Världshälsoorganisationen har tagit fram rekommendationer om att hålla de första två åren skärmfria och sedan så liten användning som möjligt fram till 5 års ålder.

Nya diagnoser: Gaming Disorder och Internet Gaming Disorder

De diagnosystem som används inom psykiatri (ICD-10 och DSM-5) inkluderar numera problematiskt dataspelande som en psykiatrisk diagnos. Kriteri-

erna har stora likheter med andra typer av beroenden då de t.ex. inkluderar: 1) svårigheter att kontrollera beteendet, 2) svårigheter att sluta trots skadliga effekter och 3) prioritering av beteendet framför andra aktiviteter. Förbyggande åtgärder, tidig upptäckt av riskbeteenden och behandling kommer att behöva utvecklas och på sikt eventuellt även inkludera beroende av sociala medier.

Hur förklaras sambandet mellan digitala medier och psykisk ohälsa?

Effekter av digitala medier kan delas in i direkta och indirekta effekter. Direkta effekter definieras som påverkan kopplad till innehållet, såsom utsatthet för mobbing online (3) eller utveckling av ett osunt kroppsideal genom att ha ett flöde med fokus på skönhetsideal (4). Indirekta effekter handlar istället om att digitala medier tar tid från hälsofrämjande aktiviteter (t ex fysisk aktivitet, sömn), vilket i sin tur leder till en ökning av psykisk ohälsa. Forskningen visar även att diverse biologiska, psykologiska och sociala faktorer gör att vissa barn är mer sårbara än andra för att utveckla ett beroende av digitala medier (5). Detta gäller t.ex. barn med ADHD och autismspektrumtillstånd.

Vad kan man göra?

Det bör vara av yttersta vikt att förebygga skadliga effekter eftersom digitala medier ofta är designade för att uppmuntra ett omfattande användande. I det bör en uppskjutning av användandet för de yngsta prioriteras både för att skydda hjärnan under dess tidiga utveckling och

skapa hälsosamma medievänor från start. Vi rekommenderar följande:

Rekommendationer för användning av digitala medier:

1. Skärmfritt fram till 2 års ålder.
2. Preventiva insatser till unga om hälsosam hantering av digitala medier.
3. Skärmfria tider (t ex minst 1 timme innan läggdags och inga mobiler vid läsläsning) och platser (t ex i sovrummet) för både barn och vuxna.
4. Betona vikten av föräldrar som goda modeller för barns digitala medieanvändning.
5. Skydd mot skadligt innehåll – både genom föräldraengagemang och tekniska lösningar.

Referenser

1. Statens medieråd. (2019). *Ungar & Medier*. <https://statensmedierad.se/publikationer/ungarochmedier/ungarochmedier2019.3347.html>
2. Marino, C., Gini, G., Vieno, A., & Spada, M. M. (2018). The associations between problematic Facebook use, psychological distress and well-being among adolescents and young adults: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 226, 274–281. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.10.007>
3. Fisher, B. W., Gardella, J. H., &

4. Teurbe-Tolon, A. R. (2016). Peer Cybervictimization Among Adolescents and the Associated Internalizing and Externalizing Problems: A Meta-Analysis. *Journal of Youth and Adolescence*, 45, 1727–1743.
5. Mingoia, J., Hutchinson, A. D., Wilson, C., & Gleaves, D. H. (2017). The Relationship between Social Networking Site Use and the Internalization of a Thin Ideal in Females: A Meta-Analytic Review. *Frontiers in Psychology*, 8, 1351.
6. Beyens, I., Valkenburg, P. M., & Piotrowski, J. T. (2018). Screen media use and ADHD-related behaviors: Four decades of research. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 115, 9875–9881. <https://doi.org/10.1073/pnas.1611611114>

ings of the National Academy of Sciences of the United States of America, 115, 9875–9881. <https://doi.org/10.1073/pnas.1611611114>



Lisa Thorell, docent i psykologi och forskargruppsledare vid Institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska Institutet
E-mail: lisa.thorell@ki.se



Sissela Nutley, Ph.D., forskare vid Institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska Institutet och drivande inom den ideella föreningen Arts & Hearts. E-mail: sissela@artsandhearts.se



Foto: iStock



Psykiatrin står inför en enorm utmaning när det gäller att närma sig den framtid som redan är här, individualiserad behandling som tar tillvara information om personens hela unika symtombild, biologi samt den komplexa väv av olika psykosocial risk- och skyddsfaktorer som var och en av oss uppvisar, säger Kent Nilsson.

Foto: iStock

Risk och skyddsfaktorer för psykisk ohälsa hos unga

Vi ser att den psykiska ohälsan bland barn och ungdomar ökar. Orsakerna är mångfacetterade och vi behöver fundera över hur morgondagens psykiatri bör utformas. Det enda vi vet säkert är att om vi fortsätter som vi gjort, så blir det som det blivit.

Alltsedan den banbrytande "upptäckten" presenterad av Caspi och medförfattare 2002, i Science, där man redovisade hur unga män som utsatts för trauman under barndomen uppvisade mer antisocialt beteende om de samtidigt hade den korta lågfunktionella varianten av MAO-A genen, har man i ett antal studier beskrivit hur arv och miljö samverkar eller interagerar i uppkomsten och vidmakthållandet av olika typer av psykisk ohälsa. Konceptet om arv och miljö är inget nytt, men det spännande var att man kunde visa på genetiska variationer som predicerade olika typer av utfall inom psykiatrin. En utveckling av detta forskningsfält kom under det första decenniet av 2000-talet när man till skillnad från stress-sårbarhetsmodellen beskrev teorin om genetik plasticitet eller känslighetsgener. (1) Populärt kallas konceptet "orkidébarn" till skillnad från "maskrosbarn".

Vilket pussel behöver vi lösa?

Det finns emellertid en stor problematik när vi närmar oss risk och skyddsfaktorer för psykisk ohälsa inom forskningen. Framförallt ser vi en omfattande "samsjuklighet" eller kanske snarare en stor sammankoppling av symtom. Vad är det egentligen vi undersöker hos en person som både uppvisar uppmärksamhetsstörningar, ångest, depression och kanske ett begynnande beroende?(2) Det finns nästan inga individer att studera som uppvisar endast en klar diagnostisk symtombild. Likaså har vi ett stort problem när vi diskuterar risker för psykisk ohälsa. Vad är exempelvis värst, olika former av övergrepp i tidig barndom eller något som skett i närtid? Det verkligt utmanande är att inse att den som blivit utsatt för en typ av övergrepp ofta även varit med om, eller

kommer att vara med om andra former av övergrepp. Risken för såväl upprepningar som variationer av olika former av övergrepp är tätt sammanlänkade (3).

Det här får stora, såväl forskningsmässiga som kliniska implikationer. Vi har en stor samvariation/"samsjuklighet" gällande diagnoser och symtom, så vad är det vi behandlar, eller studerar som utfall i våra statistiska modeller (outcome intersection problem). Dessutom har vi en stor sammanblandning av de psykosociala faktorerna, det är inte bara olika former av trauma som samvarierar, det gör även faktorer som föräldrars hälsa, inkomst, arbetslöshet, och bostadssituation (4) m m (predictor intersection problem).

En ytterligare faktor man bör beakta är om miljömässiga risk (E-neg) och skyddsfaktorer (E-pos) är väsensskilda eller ligger på samma kontinuum, vilket debatterats flitigt inom resiliensfältet (5). Klart är att det finns intrikata typer av "samband" och att ingen individ, varken biologiskt eller psykosocialt är den andra lik. Sammanfattningsvis kan man säga att psykiatrin står inför en enorm utmaning när det gäller att närma sig den framtid som redan är här, individualiserad behandling som tar tillvara information om personens hela unika symtombild, biologi samt den komplexa väv av olika psykosocial risk- och skyddsfaktorer som var och en av oss uppvisar. Det är därför en skyldighet inför framtidens patienter att klinik och forskning går hand i hand för att skapa framtidens psykiatri.

Referenser

1. Boyce, W.T. and B.J. Ellis, *Biological sensitivity to context: I. an evolutionary-developmental*

theory of the origins and functions of stress reactivity. Development and Psychopathology, 2005. 17: p. 271-301.

2. Armstrong, T.D. and E.J. Costello, *Community studies on adolescent substance use, abuse, or dependence and psychiatric comorbidity. J Consult Clin Psychol, 2002. 70(6): p. 1224-39.*
3. achon, D.D., et al., *Assessment of the Harmful Psychiatric and Behavioral Effects of Different Forms of Child Maltreatment. JAMA Psychiatry, 2015. 72(11): p. 1135-42.*
4. Patwardhan, I., et al., *Child maltreatment as a function of cumulative family risk: Findings from the intensive family preservation program. Child Abuse Negl, 2017. 70: p. 92-99.*
5. Coleman, J.C., J. Coleman, and A. Hagell, *Adolescence, risk and resilience: Against the odds. Vol. 3. 2007: John Wiley & Sons.*



Kent Nilsson, forskningsdirektör, Region Västmanland, adjungerad professor, Uppsala universitet och Mälardalens högskola
E-mail: kent.nilsson@regionvastmanland.se

Normbrytande beteende, våld och kriminalitet

Beteendeproblem eller beteendestörningar hos barn (0-17 år) utgör ett komplext spektrum från symtom som trots, irritabilitet och aggressivitet till normbrytande, antisocialt beteende samt allvarlig kriminalitet.

När beteendestörningarna är svårare, mer varaktiga och medför betydande funktionsnedsättning och lidande uppfylls ofta diagnoskriterierna för trotsyndrom eller uppförandestörning. Dessa två tillstånd tolkas alltför ofta som avsiktligt dåligt eller ouppfostrat beteende hos barnet och underdiagnosticeras inte sällan; kanske för att de ses som sekundära till annan psykiatrisk eller social problematik eller pga. rädsla för stigmatisering. Det är olyckligt då båda beteendestörningarna, utöver frekvent samsjuklighet som adhd, substansbruk eller depression, är orsaksfaktorer för varaktigt, svår ohälsa; fortsatt utagerande och substansbruk, emotionella störningar och självskadebeteenden.

Vanligare förekommande hos pojkar
Betydelsefulla riskfaktorer för beteendestörningar är temperament/personlighet, adhd, trauma eller försummelse, liksom socialt avvisande och kamrater med likartade svårigheter. Ekonomisk utsatthet samt föräldrars psykiska ohälsa eller kriminalitet, kan försvåra behandling. Samspelet mellan individens störning och omgivningens förmåga att identifiera problemen och ge stöd formar klinisk bild och funktion.

Både trotsyndrom och uppförandestörning är vanligare hos pojkar. Då lindrigare beteendeproblem är relativt vanliga är det centralt att identifiera barn i riskzon för varaktiga, allvarliga tillstånd. Debut av allvarlig beteendestörning före tio års ålder är en sådan riskfaktor.

Trotsyndrom (DSM-5/ICD-11: oppositional defiant disorder) karakteriseras av ≥ 4 av 8 emotionella (rör trots/envishet, ilska/irritation) eller beteendesymtom (rör hamndlystnad) under ≥ 6 månader. Trotsyndrom debuterar ofta innan 5-årsåldern (prevalens 2-3 procent), och

kan både föregå och förekomma samtidigt med uppförandestörning.

Uppförandestörning (DSM-5: conduct disorder; ICD-11: conduct-dissocial disorder) utmärks av ≥ 3 av 15 diagnoskriterier under ≥ 12 månader. Den debuterar i skolålder eller tonår (prevalens pojkar i skolåldern: 4-5 procent, flickor: 2-3 procent) och innebär varaktigt eller återkommande antisocialt eller aggressivt beteende som kränker andras rättigheter och för åldern grundläggande regler och normer (2).

Uppförandestörning förekommer ibland i en subtyp med begränsade prosociala känslor (DSM-5: callous and unemotional traits, ICD-11: limited prosocial emotions). Detta yttrar sig i känslökyla, nedsatt medkänsla, grunda eller bristfälliga känslouttryck, likgiltighet inför egna skol- och arbetsprestationer samt risk för bestraffning. Barn med dessa drag har ofta en mer allvarlig och varaktigt antisocial utveckling och för behandlingseffekt behövs regelmässigt mer omfattande insatser (4).

Arbetsätt som stödjer barn och familj
Svenska föreningen för barn- och ungdomspsykiatri (SFBUP) har publicerat utmärkta riktlinjer för handläggning av trotsyndrom och uppförandestörning (1). Riktlinjerna beskriver patientcentrerat kunskapsläget samt lämpliga utredande och behandlande insatser utifrån ålder och svårighetsgrad.

Riktlinjerna betonar vikten av att diagnoserna identifieras och med andra samtidiga tillstånd styr behandlingsinnehållet. Motivationsarbete är särskilt viktigt då utagerande inte alltid är relaterat till ett lidande hos barnet. Efter adekvat utredning inleds behandling med specifika psykologiska interventioner och eventuellt läkemedelsbehandling riktas primärt



mot samtidiga psykiatriska tillstånd som adhd. Vården bör erbjuda låg tröskel vid krissituationer samt ett uthålligt och behovsanpassat stöd. Arbetsätten ska hjälpa barn och familj att medverka.

Handläggning av medelsvåra till svåra beteendestörningar kräver samarbete med skola och socialtjänsts kunskapsstöd (3). Hälso- och sjukvårdens samverkan internt (t.ex. BUP, barnmedicin och habilitering) och med externa huvudmän behöver präglas av uthållighet och helhetsperspektiv. Uppföljning och utvärdering av samtliga insatser är särskilt viktigt då evidensläget varierar utifrån ålder och svårighetsgrad.

Referenser

1. Hellner C., Helander M., Högröm

Både trotsyndrom och uppförandestörning är vanligare hos pojkar. Då lindrigare beteendeproblem är relativt vanliga, är det viktigt att identifiera barn i riskzon för varaktiga, allvarliga tillstånd.
Bild: iStock

1. Riktlinjer för beteendesyndrom/trotsyndrom och uppförandestörning. Svenska föreningen för barn- och ungdomspsykiatri, 2019. Nedladdad 2021-04-10 från <http://www.sfbup.se/wp-content/uploads/2019/03/Riktlinjer-Beteendesyndromwebb.pdf>
2. Fairchild G., Hawes D.J., Frick P.J. et al. Conduct disorder. *Nat Rev Dis Primers* 2019;5,43. <https://doi.org/10.1038/s41572-019-0095-y>
3. Socialstyrelsen. Barn och unga som begår brott. Stockholm: Socialstyrelsen. 2020. Hemsida besökt 2021-05-28: <https://www.socialstyrelsen.se/stod-i-arbetet/barn-och-unga-unga-som-begar-brott/>

4. Wilkinson S., Waller R., & Viding E. Practitioner review: Involving young people with callous unemotional traits in treatment – does it work? A systematic review. *J Child Psychol Psychiatry* 2016;57:552–65. <https://acamh.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jcpp.12494>



Foto: Ulf Sirborn, Karolinska institutet

Niklas Långström, docent i barn- och ungdomspsykiatri, Karolinska institutet (KI)
Medicinskt sakkunnig, Socialstyrelsen
E-mail: niklas.langstrom@ki.se

Immunpsykiatri – vad säger dagens forskning?

Begreppet immunpsykiatri har en ingen vedertagen definition, men brukar beskrivas som psykiatriska symptom som helt eller delvis har en immunologisk etiologi.

Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Syndrome Associated with Streptococcal infections (PANDAS)(1) och Pediatric Acute-onset Neuropsychiatric Syndrome (PANS)(2) är de kanske mest frekvent beskrivna bland pediatrika patienter, men även autoimmuna encefaliter såsom anti-NMDA-receptorencefalit, reumatologiska sjukdomstillstånd och exempelvis långtidseffekter efter COVID-19 skulle kunna ingå.

För drygt 20 år sedan introducerade Dr Susan Swedo begreppet PANDAS (1), en symptombeskrivning av barn med akut debut av neuropsykiatriska symptom och neurologiska sjukdomstecken som debuterat i samband med en ordinär halsinfektion. Den hypotetiska länken mellan streptokockinfektioner och PANDAS har varit svår att bevisa och ett decennium senare utvidgades begreppet till den bredare symptombeskrivningen PANS(2), som saknar kriterium för etiologin. Barn som insjuknar i PANS kan över några dagars tid utveckla en svår psykiatrisk och somatisk sjukdomsbild som kan innefatta tvångssymptom, ätstörningsbeteenden, ångest, personlighetsförändring, kognitiv påverkan, sömnstörning, smärttillstånd, rörelseavvikelser och fin- och grovmotorisk påverkan. För en del barn debuterar PANS i samband med en infektion eller vid debut av en autoimmun sjukdom, men för andra finns ingen tydlig orsak. Symptomen kan passera spontant, komma och gå i skov eller för en del barn bli mer kroniska. Inte sällan beskriver familjer en svårighet att hitta rätt vård för sitt barn och tiden från symptomdebut till första vårdkontakt med kunskap om misstänkt immunpsykiatriska tillstånd kan bli lång.

Den immunpsykiatriska vården

Den multidimensionella sjukdomsbild som PANS utgör förutsätter samarbete mellan barn och ungdomspsykiatri, barnneurologi och barnreumatologi och allra helst inom en forskningsansluten verksamhet. Vid BUP Immunpsykiatrisk mottagning i Stockholm har barn med

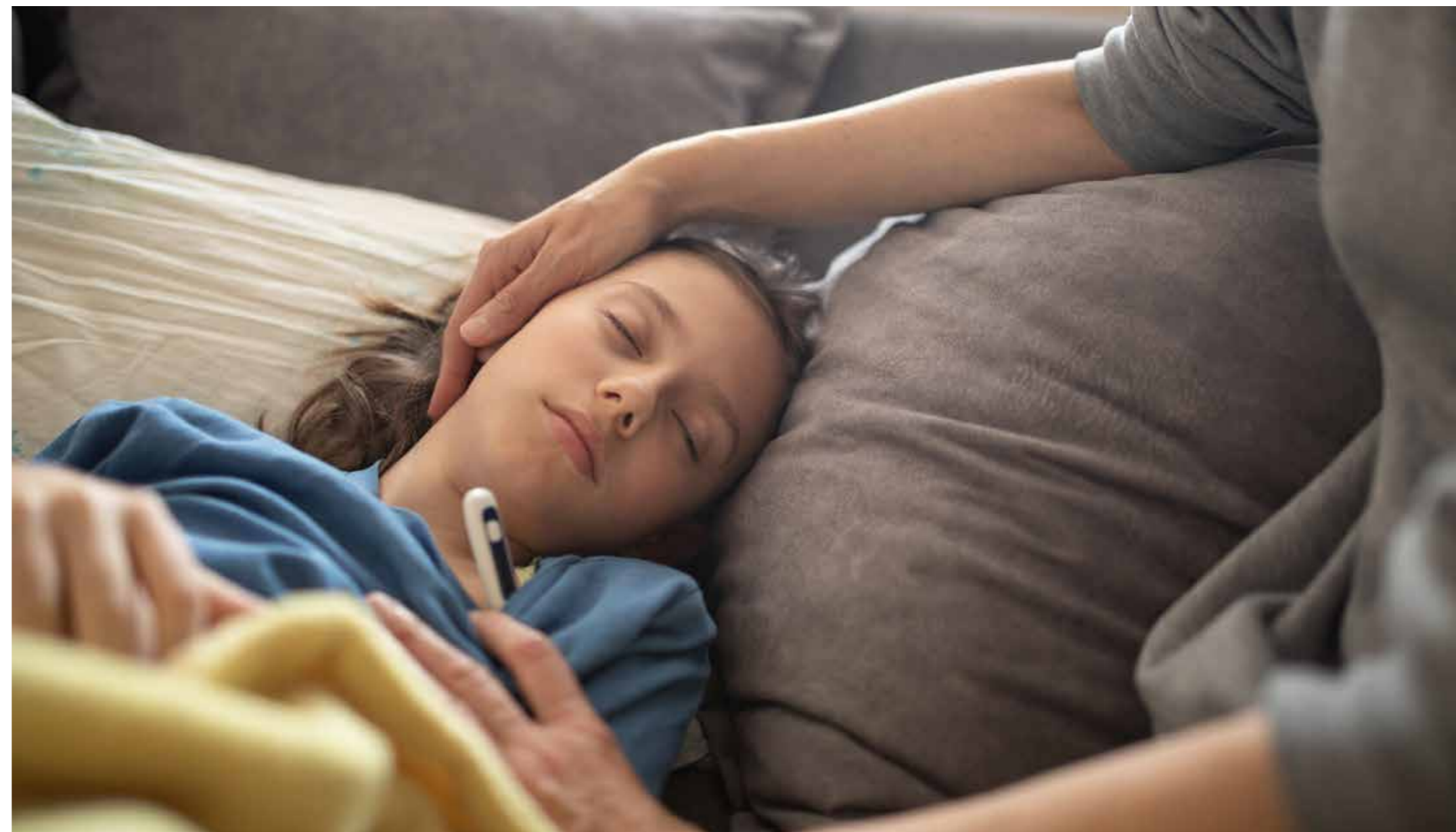
misstänkt immunpsykiatriska tillstånd tagits emot sedan 2014. Mottagningen utgör ett samarbete mellan BUP, barnmedicin och Karolinska Institutet och följer lokalt framtagna behandlingsrutiner (tillgängliga via Barnläkarförbundet (BLF) och Svensk Förening för Barn och Ungdomspsykiatri (SFBUP)). I behandlingen ingår psykologiska interventioner, psykofarmakologisk behandling, antibiotika vid infektioner, antiinflammatoriska och immunmodulerande behandlingar. Långtidsuppföljningsdata av Stockholms PANS-kohort publicerades tidigare i år(3) och inklusion till Stockholms Immunpsykiatrikohort pågår.

Nypublicerat behandlingsstöd

Ett pågående samarbete mellan kliniker och forskare i de nordiska länderna och Storbritannien har nyligen publicerat ett stöddokument för bedömning, behandling och uppföljning av patienter med PANS(4). Dokumentet omfattar psykiatrisk och somatisk bedömning, psykologisk, psykofarmakologisk och immunologisk behandling samt förslag på rutiner för bedömning av skov och sjukdomsgrad. I takt med ny forskning behöver dokumentet uppdateras kontinuerligt.

Vad behövs för att nå målen?

Flertalet barn och ungdomar som insjuknar sjunker i funktionsnivå och klarar inte vardagen som tidigare. Inte sällan sätts tillvaron på paus för hela familjen. Även om immunpsykiatriska tillstånd, och då främst PANS/PANDAS, uppmärksammas allt mer är de fortfarande uteslutningsdiagnoser och evidens saknas för



effektiv behandling. Nuvarande rutiner och behandlingsstöd baseras framför allt på fallserier av patienter(5). Nästa steg för att utveckla den immunpsykiatriska vården är att ytterligare förbättra diagnostiken och få till stånd randomiserade behandlingsstudier. Samarbeten mellan behandlande enheter nationellt och internationellt är en förutsättning för att samla en tillräckligt stor patientgrupp för att kunna dra slutsatser om potentiella biomarkörer, prediktiva och prognostiska faktorer.

Referenser

1. Swedo SE, Leonard HL, Garvey M, Mittleman B, Allen AJ, Perlmutter S, Lougee L, Dow S, Zamkoff J, Dubbert BK. Pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infections: clinical des-

För en del barn debuterar PANS i samband med en infektion eller vid debut av en autoimmun sjukdom, men för andra finns ingen tydlig orsak.

Foto: iStock

2. Swedo S, Leckman J, Rose N. From research subgroup to clinical syndrome: modifying the PANDAS criteria to describe PANS (pediatric acute-onset neuropsychiatric syndrome). *Pediatr Therapeut.* 2012;2(2):113.
3. Gromark C, Hesselmark E, Djupedal IG, Silverberg M, Horne A, Harris RA, Serlachius E, Ma-taix-Cols D. A Two-to-Five Year Follow-Up of a Pediatric Acute-Onset Neuropsychiatric Syndrome Cohort. *Child psychiatry and human development.* 2021:1-11.
4. Pfeiffer H, Wickstrom R, Skov L, Sørensen CB, Sandvig I, Gjone H, Ygberg S, De Visscher C, Idring Nordström S, Herner LB, Hesselmark E, Hedderly T, Lim M, Debes NM. Clinical guidance for diagnosis and management of suspected Pediatric Acute-onset Neuropsychiatric Syndrome in the Nordic countries. *Acta paediatrica (Oslo, Norway : 1992).* 2021.
5. Sigra S, Hesselmark E, Bejerot S. Treatment of PANDAS and PANS: a systematic review. *Neuroscience and biobehavioral reviews.* 2018;86:51-65.



Caroline De Visscher, Med Dr, överläkare, specialist i barn och ungdomspsykiatri BUP Immunpsykiatrisk mottagning, BUP Forsknings och Utvecklingscentrum E-mail: caroline.de.visscher@sll.se



Sleeping Baby Christ with angels av Bartolome Esteban Murillo, ca1600. Olja på duk (bilden är beskuren)
Foto: <https://se.painting-planet.com/>

Sömnens roll för kognitivt fungerande relaterat till individfaktorer

Sömnen upptar en tredjedel av våra liv och har stor betydelse för vår hälsa och vårt välbefinnande (1). Forskningen har haft svårt att klarlägga varför vi sover (2), och en anledning är att sömn fyller flera viktiga funktioner för hjärnan. En teori kretsar kring att sömnen behövs för att bibehålla synaptisk balans, så att synapser som inte används städas bort över tid. Sömnen fyller många viktiga funktioner för minne, allt från konsolidering av deklarativa minnen, repetition och finjustering av motorisk inläring, såväl som bearbetning av emotionella aspekter av minne. Sömnen är också viktig för att upprätthålla känslighet i hjärnans receptorsystem och direkt avgörande för vår förmåga att kunna upprätthålla fokus och uppmärksamhet under längre perioder.

Vi drabbas olika av sömnbrist

Vilka sömnens funktioner än är, har nog alla upplevt att sömnbrist påverkar hur vi mår och fungerar kognitivt. Tidigare har man främst studerat hur sömnbrist påverkar uppmärksamhet på enklare reaktionstidstest (se referenser i 3). Studien visar att en trött person kommer att uppvisa en ökad grad av variabilitet. Nyare forskning har även visat att sömnbrist leder till en försämrad förmåga att reglera känslor, något man kopplat till en försämrad förmåga av frontallobsreglering (2). Vi och andra har uppmärksammat att även högre kognitiva funktioner, såsom exekutiva funktioner (även de är beroende av frontallobsfunktion), försämras vid sömnbrist (3).

Ett uppmärksammat fynd är att individer drabbas olika av sömnbrist (2). Medan vissa knappt påverkas alls, får andra mycket svårare att fungera kognitivt. Således finns det en betydande skillnad i hur sårbar man är för sömnbrist. Vi har nyligen visat att de negativa effekterna av sömnbrist är kopplade till graden av subkliniska symptom på ADHD och emotionell instabilitet (3). Trots att deltagarna inte hade några psykiatriska diagnoser,

var deras subkliniska symptom relaterade till en ökad sårbarhet för sömnbrist. Vi tolkar resultaten som att sårbarhet beror på en mindre kognitiv buffert, vilket leder till försämringar i att processa/behandla information då hjärnan är påfrestad, såsom vid stress eller efter sömnbrist.

Få studier om barn och sömnbrist

I studien kunde vi visa att efter sömnbrist var subkliniska ADHD-symptom associerade till försämrad uppmärksamhetsreglering, samtidigt som subklinisk emotionell instabilitet relaterade till försämrad känsloreglering. Således kan olika individer försämrade på olika sätt efter sömnbrist. Resultaten stödjer hypotesen att emotionell reglering och icke-emotionell reglering är beroende av delvis separata system i hjärnan (4).

Det finns mindre forskning på hur barn påverkas av sömnbrist, men deras kognition och emotionella reglering blir också sämre efter sömnbrist (5). Eftersom subkliniska symptom relaterade till både ADHD och emotionell instabilitet förekommer i stor omfattning bland barn kan man anta att samma princip gäller här som hos vuxna: 1) barn som har mest symptom (på ADHD eller emotionell instabilitet) blir troligen värst drabbade av sömnbrist vad gäller kognition (även då att de inte har någon diagnos) samt att 2) de barn med högre subklinisk emotionell instabilitet får ffa ökade problem relaterade till känsloreglering medan barn med mer subklinisk ADHD-symptom får ffa ökade problem relaterade till uppmärksamhetsreglering. Framtida studier kommer utvisa hur stora de här effekterna är.

Referenser

1. G. Kecklund, J. Axelsson, *Health consequences of shift work and insufficient sleep*. *BMJ* 355, i5210 (2016).
2. A. J. Krause et al., *The sleep-deprived human brain*. *Nat Rev Neurosci* 18, 404-418 (2017).

ci 18, 404-418 (2017).

3. O. Floros et al., *Vulnerability in Executive Functions to Sleep Deprivation Is Predicted by Subclinical Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Symptoms*. *Biol Psychiatry Cogn Neurosci Neuroimaging*, doi: 10.1016/j.bpsc.2020.1009.1019. Online ahead of print (2020).
4. P. Petrovic, F. X. Castellanos, *Top-down dysregulation - from ADHD to emotional instability*. *Frontiers in Behavioral Neuroscience* 10, 1-25 (2016).
5. R. G. Astill, K. B. Van der Heijden, M. H. Van Ijzendoorn, E. J. Van Someren, *Sleep, cognition, and behavioral problems in school-age children: a century of research meta-analyzed*. *Psychol Bull* 138, 1109-1138 (2012).



Predrag Petrovic, docent och överläkare i psykiatri, Institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska Institutet
E-mail: predrag.petrovic@ki.se



John Axelsson, professor Stressforskningsinstitutet, Stockholms Universitet, och forskargrupsledare vid Karolinska Institutet
E-mail: john.axelsson@ki.se

Läkemedelsbehandling av psykiatriska symtom hos barn

Att behandla psykiatriska symtom hos barn med läkemedel medför särskilda utmaningar utifrån flera aspekter. Det gäller t ex patientens delaktighet i vården, tillgänglighet till effektiva evidensbaserade behandlingsmetoder och utvärdering av behandlingseffekter. Linda Halldner Henriksson berättar mer.

Barn är i beroendeställning till sina vårdnadshavare – en aspekt att beakta vid beslut om medicinering. Vårdnadshavarna är barnets företrädare vid beslut om erbjudna behandlingsformer, men är också de som har det praktiska ansvaret för följsamheten i behandlingen. Barnets egen inställning till behandlingen är viktig, samtidigt som man inte kan lägga ansvarsbörda för beslut på ett barn med psykiatriska symtom.

Psykiatriska symtom är ofta svåra att värdera objektivt, varför informationen som ligger till grund för beslut kring medicinering ofta till stor del utgörs av vårdnadshavarens beskrivning. Information om barnet från ytterligare källor är därför eftersträvsvärt, men inte alltid helt lätt att samla in.

Idag finns många psykofarmaka med god vetenskaplig evidens för effekt och säkerhet vid behandling av vuxna. Evidensen är ofta sämre vad gäller behandling av barn (med undantag för adhd-läkemedel) på grund av få studier av god kvalitet. Placebosvaret hos barn är ofta stort i randomiserade studier av psykofarmaka så att skillnaderna mot gruppen som fått aktiv substans inte är tydliga (1).

Behövs fler studier kring effekten av kemiska substanser på barns hjärnor

Vid läkemedelsbehandling bör man följa upp och värdera effekt kontra biverkningar. I denna bedömning tillkommer en extra utmaning vid behandling av barn ur den aspekten att dessa individer ständigt utvecklas och förvärvar nya färdigheter i relativt rask takt. Dessutom tillkommer i samband med pubertet förändringar i humör och beteende, som inom relativt vida ramar är en del av normalutvecklingen. Det är därför svårt att utvärdera såväl behandlingsindikation, som effekt och biverkningar av behandling över tid.

Vidare kan man fråga sig om kemiska substansers effekter kan bli mer uttalade och/eller irreversibla på en hjärna under utveckling. Vi kan anta att kemiska substanser kan ha olika effekter på hjärnan beroende på hur länge och när under hjärnans utveckling som exponeringen sker. Om detta vet vi väldigt lite. Samtidigt vet vi ungefär lika litet om vad varaktiga psykiatriska symtom under motsvarande tid har för långtidskonsekvenser.

Psykofarmaka till barn- och ungdomar har ökat

Utöver eventuella negativa effekter på det centrala nervsystemet bör man även ha i åtanke eventuella andra bieffekter för det växande barnet, t ex kardiiovaskulära eller metabola effekter. Flera psykofarmaka har kända fysiologiska effekter;

t ex påverkan på hjärtfrekvens av adhd-läkemedel (1). För de psykofarmaka som rekommenderas vid behandling av barn har man i många fall gjort bedömningen att dessa effekter är obetydliga på kort sikt. Det saknas dock vetenskapligt underlag för att göra bedömning avseende långtidseffekter av fysiologisk påverkan av psykofarmakabehandling.

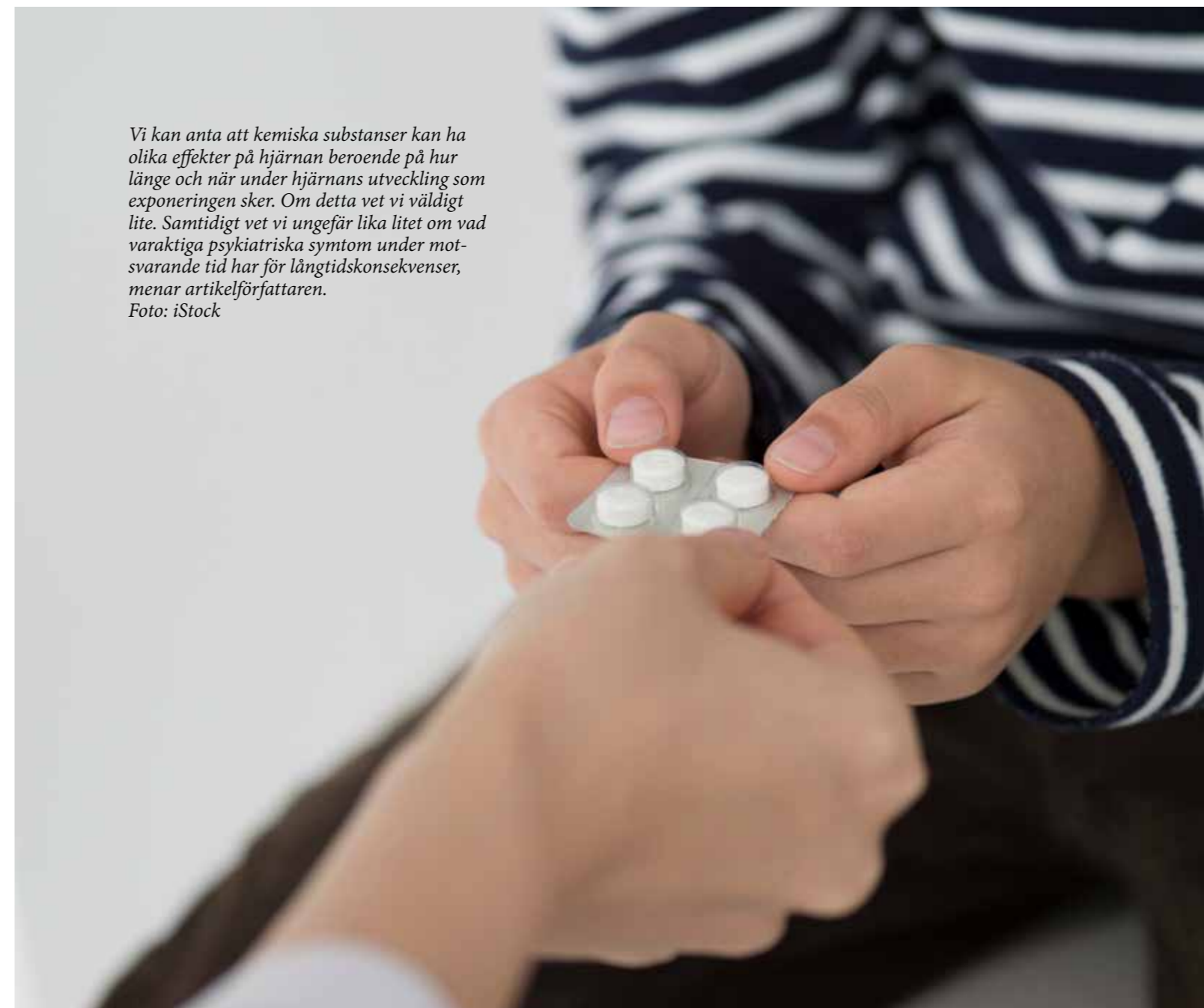
Läkemedelsbehandling rekommenderas i princip aldrig som förstahands- eller enda behandling av psykiatriska symtom hos barn. Hur ska man då förhålla sig när barnet inte medverkar till eller inte är motiverat till den arbetsinsats det innebär med icke-farmakologisk behandling? Eller när det är köer till psykologisk behandling? Det är ett otvetydigt faktum att förskrivning av psykofarmaka till individer under 18 år har ökat (2). Oavsett vad denna ökning beror på, kvarstår ett stort behov av att systematisk kartlägga och studera framförallt långtidseffekter av olika läkemedelsgrupper, för att kunna göra risk-nytta-bedömningar vid läkemedelsbehandling av psykiatriska symtom hos barn.

Referenser

1. Strawn JR, Dobson ET, Giles LL. *Primary Pediatric Care Psychopharmacology: Focus on Medica-*

Vi kan anta att kemiska substanser kan ha olika effekter på hjärnan beroende på hur länge och när under hjärnans utveckling som exponeringen sker. Om detta vet vi väldigt lite. Samtidigt vet vi ungefär lika litet om vad varaktiga psykiatriska symtom under motsvarande tid har för långtidskonsekvenser, menar artikelförfattaren.

Foto: iStock



tions for ADHD, Depression, and Anxiety. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*. 2017 Jan;47(1):3-14. doi: 10.1016/j.cpped.2016.11.008. Epub 2016 Dec 30. PMID: 28043839.

2. Socialstyrelsen. *Psykiatrisk vård och behandling till barn och unga. Öppna jämförelser 2019; artikelnr 2019-12-6475*. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/oppna-jamforelser/2019-12-6475.pdf>



Linda Halldner Henriksson är överläkare vid BUP Västerbotten länsklinik i Umeå, och docent vid Institutionen för klinisk vetenskap, Umeå universitet
E-mail: linda.halldner@umu.se



Barn och unga har en kortare suicidprocess än äldre. Det innebär att steget från tanke till handling kan gå snabbt och vara mycket svårt att förutse.

Foto: iStock

Suicid hos barn – när det värsta händer

”Det går bra för mig. Jag är duktig i skolan, ser hyfsat bra ut, har kompisar och en fin familj. Jag kommer att kunna få ett bra jobb om jag fortsätter att anstränga mig. Säkert familj också. Men sen då? Är livet inte mer än så? Det känns så meningslöst.”

Så här uttryckte en tonåring den hopplöshet och existentiella tomhet han kände innan han avslutade sitt liv. År 2019 tog sex barn sitt liv i Sverige och självmorden ökar i åldersgruppen 15 – 24 år. Samtidigt ökar förskrivningen av antidepressiva läkemedel till yngre kraftigt och unga människor är den grupp som oftast vårdas i heldygnsvård efter suicidförsök.

Orsaker och den suicidala processen

Den självskattade psykiska ohälsan ökar hos barn och unga, men det ska inte förväxlas med att de psykiska sjukdomarna blir vanligare. Det lidande som livets svårigheter kan utlösa är ofta övergående, men en ung människas brist på perspektiv och livserfarenhet gör att också naturliga känslomässiga reaktioner kan kännas

outhärdliga och utlösa handlingar som leder till döden.

Barn och unga har en kortare suicidprocess än äldre. Det innebär att steget från tanke till handling kan gå snabbt och vara mycket svårt att förutse. Impulsiva handlingar hos en ung person kan vara dödliga, men det kan också finnas en tydlig avsikt att dö trots att handlingen ter sig



Anhöriga till ett barn som förlorat orken att leva bör erbjudas professionellt stöd.
Foto: iStock

mindre allvarlig. Ibland är ett livsfarligt beteende en konsekvens av ”challenges”, alltså utmaningar mellan unga som ofta cirkulerar på nätet. Därför är det av största vikt att väga in beteendet i bedömningen av suicidrisk.

Bedömning av suicidrisk

Barn och unga kan ha svårt att verbalisera hur de mår och därför måste all misstänkt suicidal kommunikation och oroande förändringar hos en ung person tas på största allvar, till exempel skolvägran, våldsamma lekar och rymning. Frågor som ställs ska vara tydliga och lätta att förstå. ”Kärlek till alla” är ett exempel på ett skriftligt meddelande från en flicka till hennes vänner där det i efterhand visade sig att det var hennes avskedsbrev. En annan flicka pratade om vilka kläder hon ville man skulle bära på hennes begravning och en pojke gav bort sina käraste ägodelar innan han tog sitt liv. Svikt hos vårdnadshavare ska alltid utredas när det finns misstanke om suicidrisk hos ett barn.

Bemötande – viktiga frågor att ställa

Man bör alltid väga in både barnets och vårdnadshavarens perspektiv i sin bedömning och visa respekt för barnets perspektiv, även om det är skrämmande. Det är förtroendeskapande när en vårdgivare visar att hen betraktar barnet som expert på sig och sin situation genom att fråga om hens behov och önskemål. Målet med kontakten på kort sikt bör inte vara att förändra hur den unge tänker och känner, utan förhindra att eventuella suicidtankar övergår i handling. Viktiga frågor att ställa är: Vad har hjälpt dig att orka fram till idag? Vad kan du göra istället för att skada dig själv eller utsätta dig för fara nästa gång det känns svårt? Man bör försöka lyfta fram sidor som barnet uppskattar hos sig själv, till exempel att vara en omtänksam person eller en bra kompis. Man bör också normalisera tankar på döden som en utväg, så tänker alla ibland, men vara väldigt tydlig med att vissa handlingar kan leda till döden och betona vilken katastrof det är när det händer.

Hur hanterar vi kontakten med närstående?

Anhöriga och andra som lever nära ett barn som förlorat orken att leva befinner sig ofta i akut kris och bör erbjudas stöd för egen del. Information från anhöriga kan vara avgörande och bör vägas in i suicidriskbedömningen. Jag måste prata med någon som känner dig, vem vill du att jag pratar med? De orden kan vara ett första steg för att motivera en ung människa till samarbete med närstående.



Foto: Elisabeth Ohlson Wallin

Ullakarin Nyberg, överläkare, med dr, författare. Norra Stockholms Psykiatri. E-mail: ullakarin.nyberg@sll.se

Inga Engström 99, är BLF:s äldsta medlem:

”Vi skötte det mesta inom barnallergologin på den här tiden”

Barnläkaren Inga Engström betraktas idag som en av förgrundsgestalterna inom den svenska pediatrika allergologin. Hon engagerade sig tidigt i barnastma och tillsammans med barnläkaren Sven Kraepelien, la Inga grunden för det som idag går under namnet Delförening för allergi och lungmedicin i Svenska Barnläkarföreningen.

Det dröjer några minuter innan Inga syns på datorskärmen, vilket inte har något med kunskap om teknik att göra. Inga är en aktiv användare av internet. Uppkopplingen har dock hängt sig lite och hon får hjälp av dottern Eva Engström, även hon barnläkare, att logga in på en Ipad istället. I denna korta paus skyndar jag upp och försöker för andra gången hindra det skarpa dagsljuset att leta sig in genom fönstren på redaktionen. Aprilsolen skapar oönskade skuggor. Eftersom jag ytterst sällan får chansen att prata med någon som nästan ska fylla 100 år, undrar jag lite för mig själv om det hela kommer att bli lätt att genomföra. Det blir det.

Inga befinner sig i sin villa med tillhörande trädgård i Mölndal, ett naturskönt område söder om Göteborg. Det var hit

hon flyttade efter många år i Stockholm, med en lång karriär som skicklig kliniker inom barnastma på Karolinska sjukhuset.

Startade Svenska Barnallergologklubben

På 50-talet, i början av sin tid på Karolinska sjukhuset, hade hon barnläkaren Sven Kraepelien vid sin sida. Tillsammans grundade de Barnallergologklubben. Huvudsyftet med denna klubb var att sprida kunskap kring astma och allergier samt att utbilda barnläkare och barnallergologer.

Det hela började en vinterdag 1966, när Sven kallade barnallergiintresserade barnläkare från universitetskliniker och centrallasarett till ett två dagar långt möte på Sachsska Barnsjukhuset i Stockholm. Tretton barnläkare deltog. Det blygsam-

ma antalet medlemmar i starten ökade i snabb takt, för att senare utvecklas till det som idag går under namnet Delförening för allergi och lungmedicin i Svenska Barnläkarföreningen (BLF).

– Det började med att Sven Kraepelien skapade allt detta kring barnallergi. Jag var hans elev. Det är det jag sysslat med sedan dess. Vi skötte det mesta inom barnallergin på den här tiden, säger Inga.

Frågan om att bilda en formell sektion inom BLF hade diskuterats länge bland klubbens medlemmar. För snart 50 år sedan, hösten 1972 skrev Sven till föreningen och angav att han fått ”i uppdrag att efterhöra om Svenska Barnallergologklubben kan uppgå som en sektion i BLF”. Denna begäran godkändes och efter att Sven haft hand om ordförandeklubban en tid, tog Inga över.

Banbrytande insatser inom barnallergologin

Inga började ägna sig åt barnallergologi tidigt i karriären och hon skulle snart upptäcka att det var ett område som var i stort behov av utveckling. Under

Inga började ägna sig åt barnallergologi tidigt i karriären och hon skulle snart upptäcka att det var ett område som var i stort behov av utveckling.

Foto: Privat

1950- och 1960-talen var möjligheterna till diagnostik och behandling ojämnt fördelade i landet, vilket inte bara gällde barnallergologin, utan även ”vuxenallergologin”.

Allergenen för diagnostik och behandling var dåligt standardiserade. Moderna astmamediciner fanns inte. I akutsituationer fanns att ta till subkutana injektioner av adrenalin, intravenösa injektioner av teofyllin eller teofyllin suppositorier samt kortison eller ACTH i injektioner. På några håll användes adrenalin för inhalation med bruk av t ex enkel handspray. För underhållsbehandling användes efedrin som tabletter eller i ”hostmixtur” och teofyllin som suppositorier. Det gick så långt att man ibland i svåra fall tvingades att, under kortare eller längre perioder, använda kortisontabletter.

– Vi höll på länge. Under 60-talet började både Sven och jag intressera oss för lungor. Barnläkaren Petter Karlberg, som hade att göra med fysiologin och dessutom hade ett laboratorium på barnkliniken, pushade på oss. Så småningom började både Sven och jag arbeta hos Petter.



1959 disputerade Sven på astma hos barn och några år därefter, 1964, disputerade jag på lungsjukdom och astma, berättar hon och nickar lite eftertänksamt.

Uppmuntrades att söka barnläkarutbildningen

Du avlade läkarexamen 1951, hur var det under denna tid när det fortfarande var ovanligt med kvinnor inom läkaryrket?

– Ja, bland läkarna på barnkliniken fanns enbart män. Den enda kvinnan som arbetade där var barnpsykiater. Jag minns inte att det var besvärligt på något sätt, alla kolleger var vänliga och uppmuntrade och välkomnade unga kvinnliga läkare till forskningsarbete, säger Inga.

Varför valde du att vidareutbilda dig till just barnläkare? Det finns många medicinska specialiteter att välja bland.

– Det fanns flera andra ämnen som jag kunde tänka mig t ex psykiatri och ögon, men det var barnläkaryrket som jag upplevde som mest positivt. Sedan fick jag mycket uppmuntran från omgivningen att söka utbildningen. Det var också väldigt positivt att möta barnen och jag

tyckte om den stämning som rådde på barnkliniken.

När jag frågar Inga om hur hon lever idag så skrattar hon lite och gör en kort paus innan hon svarar.

– Du vet jag fyller 99 år i år, och det är inte så förfärligt mycket man kan göra. Jag träffar barn, barnbarn och barnbarnsbarn regelbundet, har en trevlig trädgård att vistas i och är glad över att vara frisk.

Källa:

1. <https://aol.barnlakarforeningen.se/om-oss/sektionens-delforeningens-historia/>

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

Kulturredaktör: Göran Wennergren

Konstpaus – Från berömmelse till obemärkthet, och tvärtom

I förra numret av Barnläkaren handlade Konstpausen om Vincent van Gogh och Virginie Demont-Breton. Jag nämnde där att Virginie var dotter till den på sin tid mycket uppskattade konstnären Jules Breton. Då, på slutet av 1800-talet, var Jules Breton en megakändis. Hans tavlor såldes för vad som, omräknat till vårt penningvärde, motsvarar miljonbelopp. Vincent van Gogh fick som bekant knappt en tavla såld. Idag är förhållandena de omvända.

Få vet idag vem Jules Breton var och hans konst är ganska bortglömd. Namnet Vincent van Gogh är däremot välbekant långt utanför de konstintresserades krets. Hans konst är älskad och hans tavlor säljs för astronomiska belopp. En av tavlorna från tiden i Arles, "Paysage sous un ciel mouvementé" eller "Landscape under a stormy sky" såldes för några år sedan på Sotheby's för över 50 miljoner dollar.

Från historiemåleri till skildringar av den franska bondebefolkningen

Jules Breton (1827–1906) blev berömd för sina stämningsfulla skildringar från den franska landsbygden, som "Lärkans sång" (Bild 1) och "Arbetsdagens slut" (Bild 2). Han växte upp i Courrières, en liten stad i departementet Pas-de-Calais i nordvästra Frankrike, nära belgiska gränsen. Efter konstnärutbildning i Gent och Antwerpen sökte han sig till Paris men återvände 1854 till Courrières. I början prövade Breton sig på historiemåleri men det var när han började skildra den franska bondebefolkningen som han fann

den stil som han skulle bli så uppskattad för. Bretons berömmelse fanns kvar en bra bit in på 1900-talet. I samband med Världsutställningen i Chicago år 1934 utnämndes "Lärkans sång" i en tävling ordnad av en Chicagotidning till USA:s mest älskade tavla (till resultatet kan ha bidragit att tavlan nyligen hade skänkts till ett konstmuseum i Chicago). Presidentens hustru, Eleanor Roosevelt, aktuell som en av karaktärerna i vårens tv-serie "Atlantic crossing", meddelade att målningen också var hennes personliga favorit. Medaljens baksida var att Bretons tavlor ansågs representera folklig smak, vilket kanske bidrog till att han kom ur ropet.

Enorm kontrast mellan de båda konstnärernas uttrycksätt

I sina brev till brodern Theo nämnde Vincent många gånger Jules Breton. Vincent kände väl till Bretons målningar som han hade sett på Parissalongen och han tyckte uppenbarligen om dem. Han uttalade sig uppskattande om "Lärkans sång". Det berättas att Vincent vid ett tillfälle tog sig till

Courrières för att besöka Breton men att han inte vågade fullfölja sina planer.

Kontrasten är dock enorm mellan Bretons milda, lugna målningar och van Goghs energifyllda, närmast explosiva "Stjärnenatten" (Bild 3), trots att det endast skiljer fem respektive två år mellan deras tillkomst. "Lärkans sång" målades 1884 och "Arbetsdagens slut" 1886–1887, medan van Gogh målade "Stjärnenatten" i juni 1889. Han hade i maj 1889 frivilligt lagt in sig på Saint-Paul-de-Mausole, en vårdanstalt för psykiskt sjuka i Saint-Rémy-de-Provence, nära Arles. I "Stjärnenatten" målar han den nattliga utsikten från sitt sovrum på sjukhuset.

Man kan fundera över varför en del uppskattade konstnärer och författare förpassas till glömskans källare och vindar, medan andra behåller sin aktualitet. Kanske har det att göra med i vilken fas av en epok som konstnären verkar. Jules Bretons tavlor är vackra och stämningsfulla men också tydligt förankrade i en gången tid och i en kultur som inte längre är. Han verkade i en epok som redan gick



Bild 1. Lärkans sång, *Le chant de l'alouette*. Jules Breton, 1884. Henry Field Memorial Collection, Art Institute of Chicago. Foto: Art Institute of Chicago. Wikimedia Commons, Public Domain.



Bild 2. Arbetsdagens slut, Fin du travail. Jules Breton, 1886–1887.
Foto: Brooklyn Museum. Wikimedia Commons, Public Domain.

mot sitt slut. Vincent van Gogh kom med något nytt, hans tavlor har fortfarande liv och kraft och känns väldigt aktuella.

Referenser

1. Wikipedia. Jules Breton. https://en.wikipedia.org/w/index.php?title=Jules_Breton&oldid=998562327
2. Wikipedia. Vincent van Gogh. https://en.wikipedia.org/wiki/Vincent_van_Gogh
3. Walther IF. Vincent van Gogh. *Benadikt Taschen Verlag, Köln 1986.*



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



Bild 3. Stjärnenatten, De sterrennacht, La nuit étoilée, målad av Vincent van Gogh (1853–1890) i Saint-Rémy i juni 1889. Natthimlen sedd från konstnärens sovrumsfönster. Museum of Modern Art, New York.
Foto: Google Cultural Institute. Wikimedia Commons, Public Domain.

JF Jerringfonden

Jerringfonden stöder forskning och verksamhet för barn och ungdomar med särskilda behov. Med särskilda behov avses fysisk eller psykisk funktionsnedsättning, kronisk sjukdom eller social utsatthet.

Fonden anslår varje år medel till:

- *Forskningsanslag och Forskningsstipendier*
– Sista ansökningsdag den 20 september varje år
- *Fortbildningsstipendier för arbetslag/personalgrupper*
– Sista ansökningsdag den 4 oktober varje år
- *Aktivitetsbidrag till organisationer/föreningar/institutioner/skolor*
– Sista ansökningsdag den 20 oktober varje år
- *Individuella Fortbildningsstipendier*
– Sista ansökningsdag den 1 februari varje år
- *Vetenskapliga symposier*
– Sista ansökningsdag den 1 mars varje år

Ansökningsblanketter och mera information finns att hämta på www.jerringfonden.se.

Jerringfonden bildades år 1955 av radiojournalisten Sven Jerring och delar årligen ut ca 6 miljoner kr.

Bokrecensioner

Medfödda alkoholskador hos barn – om FAS och FASD

”Vi har ett gemensamt ansvar i samhället för att förebygga att barn drabbas av alkoholskador...” skriver författarna Jenny Rangmar och Ihsan Sarman i förordet till ”Medfödda alkoholskador hos barn – om FAS och FASD”. Jenny Rangmar, fil dr i psykologi, har följt upp personer med fetala alkoholspektrumstörningar (FASD). Ihsan Sarman, med dr och neonatolog, har mångårig erfarenhet av gravida med riskbruk. Boken är populärvetenskaplig, fylld med fakta och referenser. Under 10 huvudrubriker och på 128 sidor, berörs det mesta av relevans. Med kunskap följer ansvar. Vill man undvika ansvar, sluta läs här och beställ inte boken.

Några nedslag. Kapitel 1 Alkoholkonsumtion. Primär FAS-prevention medför att alkoholvanorna före och under den tidiga graviditeten är särskilt viktiga. Alkoholkonsumtion under graviditet refereras i Europa vara 16–25 procent och i Sverige 7 procent. Min kommentar är att siffrorna är osäkra på grund av metodologiska svårigheter.

Författarna tar också upp alkoholmetabolismen och anlägger människoembryots perspektiv. Bland flera specifika uppgifter, pekas på embryots och fostrets bristande förmåga att bryta ner alkohol, och att alkoholen stannar kvar i fostervattnet längre än i modern.

”Take home message” från embryonalavsnittet är att skademekanismerna bakom FAS är tidiga. Alkoholvanor före graviditet spelar roll, många graviditeter upptäckts inte direkt och är delvis oplanerade. På sidan 56 finns fantastiska elektronmikroskopiska bilder på ett 2 mm stort embryo från teratologen Kathy Suliks lab, UNC at Chapel Hill. På sidan 70 finns den klassiska bilden på uppkomsten av FAS-dysmorfologin. Som tillägg kan nämnas att Kathy har svenskt påbrå och föreläste 2015 på Gillbergcentrum, Göteborgs universitet. ”Swimming in Alcohol – the effects on the

child in the womb” (<https://www.gu.se/gnc/forelasning-om-fetalt-alkoholsyndrom-med-professor-kathleen-sulik>).

Författarna berör den till synes komplicerade FAS-diagnostiken på sidorna 73–79. Det är roligt att i den här recensionen påminna läsarna om att norskättade Hoyme höll invigningsföreläsning och workshop på Barnveckan 2017. Som belöning blev det en lunch med H.M. Drottning Silvia. Referensen till Hoyme och medarbetare i Pediatrics 2016 finns förstås i boken.

Epidemiologin berörs på sidorna 80–81. I Sverige liksom på många håll saknas bra FASD-epidemiologi. Länge handlade skattningarna om någon promille. Sedan rapporterades höga förekomster i subpopulationer, t ex indianreservat, samhällen i Sydafrikas vindistrikt, barnhem i Östeuropa och adopterade. Sedan kom några populationsbaserade skolstudier från Italien och USA. Noggranna, med utförliga alkohol-anamneser, oberoende undersökningar av elever både dysmorfologiskt och kognitivt. Då blev promille i stället procent. Alarmerande. Utvecklingen är inte så tydligt framställd i boken, men referensen finns till den tongivande gruppen, Phil May och medarbetare 2018 i JAMA.



I kapitlet ”Stöd och anpassningar i pedagogisk verksamhet” blir det tydligt att habiliteringsbehovet är stort och specifikt. Detta skiljer sig från SBU:s slutsats 2016 (min anmärkning) och här passar den uppgivna referensen till vår svenska uppföljningsstudie av adopterade från Östeuropa in (BMJ Open 2019).

Notabelt är att ögonläkaren Emelie Gyllencreutz, samtidigt som boken släpptes, disputerade med avhandlingen ”Fetal Alcohol Spectrum Disorders in Children and Young Adults – with an emphasis on ophthalmology.” Den finns att ladda ner från Göteborgs universitet (<https://gu-pea.ub.gu.se/handle/2077/67132>).

Författarna till Medfödda alkoholskador hos barn – om FAS och FASD, har en framtida nollvision och har tagit ansvar. Vad gör vi andra?



Magnus Landgren, barnneurolog, överläkare Skaraborgs sjukhus, Mariestad, Docent i pediatrik, associerad Gillbergcentrum, Göteborgs universitet
E-mail: magnus.landgren@vgregion.se

Fuskarna – om Macchiarini och andras svek mot vetenskapen

Kjell Asplund skriver i prologen till sin bok Fuskarna att han finner true crime vara kittlande och inte sällan rafflande. Det märks när man läser hans bok för det är faktiskt en förträfflig bladvändare. Han inleder första kapitlet med rubriken: ”Även de stora har fuskat”. Först ut var Ptolemaios som ”justerade” planeternas och stjärnornas positioner så att de skulle passa in i den ptolemaiska världsbilden, att solen snurrar runt jorden. Mikrobiologins gigant Louis Pasteur manipulerade sannolikt sina data så att de passade med hans teorier. Likaså Sigmund Freud ”förbättrade” sin berömda fallbeskrivning av Anna O, som snarare försämrades av den psykoanalytiska behandlingen.

I andra kapitlet redogör Asplund för den holländske psykologen Diederik Stapels fusk. Inte för att det är särskilt bekant, men Stapel redogjorde i detalj för hur han hittade på en massa experiment, som aldrig utfördes, men ändå ledde till publikationer i ansedda topptidskrifter. Han erkände att det var fråga om ett slags missbruk som knark och att vetenskapen blev en trip. Fallet Paolo Macchiarini upptar en stor del av boken. Kjell Asplund har genomfört uppdraget av Karolinska Universitetssjukhuset att utreda skandalen och det har också inspirerat honom att skriva denna bok. Han beskriver Macchiarini som en charmerande och karismatisk stjärnkirurg, som lyckades dupera flera framstående professorer vid Karolinska institutet (KI)

inklusive prefekt, dekanus och rektor att bli anställd som gästprofessor vid KI och överläkare vid sjukhuset. (Anställningen vid KI signerades år 2010 dock av vice rektor, som hoppade in en dag då rektor var bortrest.)

Definierar begreppet forskningsfusk

För mig blev skandalen riktigt bekant först när jag i början av år 2016 fick ett e-mail med Vanity Fair-artikeln om den av Macchiarini förförda NBC-journalisten, som cirkulerade som konfidentiell information, innan det kom ut i den svenska pressen. Bosse Lindquists fantastiska reportage i tv samma år öppnade allmänhetens ögon. Asplund fortsätter systematiskt att diskutera vad forskningsfusk är, vem och varför man fuskar, högriskmiljöer, offren och fuskjägarna. Han

menar att fusk är fusk och behöver inte betecknas med eufemismen ”oredlighet i forskning”, som det står i den lag som tillkommit årsskiftet 2019-2020. Särskilt intresse ägnas åt forskare som står som fuskarens medförfattare för att de bidragit oftast med någon korrekt laboratorieanalys. De kan förlora sina anslag och akademiska positioner som handledare. Särskilt drabbade var de fyra visseblåsarna, som från början samarbetade med Macchiarini, innan de slog larm.

Stora ekonomiska vinnningar
I slutet av boken berättas om Andrew Wakefield som falskeligen påstod att

Stora ekonomiska vinnningar

I slutet av boken berättas om Andrew Wakefield som falskeligen påstod att



han påvisat att mässlingsvaccin kan orsaka autism hos barn. Artikeln som först publicerades i Lancet har sannolikt lett till ett flertal dödsfall i mässling för att föräldrar vägrat låta vaccinera sina barn med MPR- vaccinet. Lancets chefredaktör som var nära vän med Wakefield har försvarat sitt beslut i efterhand. Sista kapitlet handlar om Elisabeth Holmes som byggde upp börsraketen Theranos, baserat på en blodgasanalysator som ej fungerade. Flera celebriteter trodde på henne innan bubblan sprack. Enligt Asplund påminner det om ”Årets man 1985” Refaat El-Sayed, som lyckades dupera till och med Pehr Gyllenhammar. Det visar att det också finns mycket pengar att vinna på forskningsfusk. Orsaken till att KI:s ledning inte stoppade Macchiarini på ett tidigare stadium lär ha varit att KI höll på med känsliga förhandlingar om ett utländskt miljardstöd. Asplund avslutar på ett elegant sätt sin bok med att nämna Ikaros flykt som en allegori över den avslöjade forskningsfuskaren, som blivit övermodig och flugit för högt varvid vingarna smält och vederbörande störtat från skyn.



Hugo Lagercrantz, chefredaktör Acta Paediatrica E-mail: hugo.lagercrantz@ki.se

OBS! Under kalendariet publiceras enbart kalendariepunkter som registrerats på BLF:s hemsida. Registrera därför din kurs/fortbildning på www.barnlakarforeningen.se

AUGUSTI

26/8 - 27/8 8th Nordic Conference on feeding disorders in infancy and early childhood
Info: <https://www.barnlakarforeningen.se/kalender/8th-nordic-conference-on-feeding-disorders-in-infancy-and-early-childhood/>

24/9 Barnhivdagen 2021 Om barn och unga med hiv
Info: <http://barnhiv.se/vardgivare/barnhivkonferens/>

24/9 The Neurobiology of Hatred, Nobel Forum, Solna Campus and digitally via Zoom (9.30-16.30). The Cultural Council of the KI and Acta Paediatrica
Info: <https://nyheter.ki.se/the-neurobiology-of-hatred>

SEPTEMBER

23/9 John Lind Symposium: Making the Cultural Brain of the Child, Nobel Forum, Solna Campus and digitally via Zoom
Info: <https://news.ki.se/john-lind-symposium-making-the-cultural-brain-of-the-child>

27/9 - 30/9 Barnveckan 2021
Info: https://mkon.nu/barnveckan_2021



VÄLKOMNA TILL BARNVECKAN!

VARMT VÄLKOMMEN TILL BARNVECKAN 2021

Anmäl dig redan idag

Den 27-30 september 2021 är du välkommen till Stockholm och Astrid Lindgrens Barnsjukhus för att tillsammans med oss, Svenska Barnläkarforeningen och Riksföreningen för Barnsjuksköterskor, skapa och delta i 2021 års Barnvecka – den 16:e i ordningen!
Vi utlovar inspirerande föreläsningar, frågestunder och seminarier samt ett brett socialt program. Alla del- och intresseföreningar i BLF har sina delar i programmet, dessutom blir det omvårdnadsprogram två dagar, samt en heldag om uppföljningar av sjuka barn inom olika fält. Vi har också ett vetenskapligt program inkluderande presentationer och posters.

På vår hemsida, www.barnveckan.se, finns all information du behöver för att kunna planera ditt deltagande. Se vårt vetenskapliga program, läs om våra sociala aktiviteter och anmäl dig i god tid för att säkra din plats till Barnveckan!

Vi ses i Stockholm!

Organisationskommittén vid Astrid Lindgrens barnsjukhus,
Lena Hellström-Westas Ordförande Svenska Barnläkarforeningen
Helena Wigert Ordförande Riksföreningen för Barnsjuksköterskor

WWW.BARNVECKAN.SE

Har du frågor kan du kontakta oss på BARNVECKAN@MKON.SE

NÄSTA NUMMER

Nästa nummer har temat Juridik i Pediatriken och utkommer den 8 oktober.
Det kommer dock att finnas tillgängligt på Barnläkarens hemsida www.barnlakaren.se tidigare. Via vårt nyhetsbrev, Facebook och Twitter får du information om när detta sker.

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 (exempel: anders andersson, barnläkare, barnkliniken, anders.andersson@hotmail.com).

Max 500 ord, 5 referenser/artikel.
Tipsa gärna om nyheter: info@barnlakaren.se



Foto: iStock

Du som möter barn och unga i vården kan träffa någon med tillstånd som påverkar könsutvecklingen: DSD och intersex.

På socialstyrelsen.se finns material som du kan använda.

Sökord: DSD



EN TJÄNST SOM BARNLÄKARE TILL ALVA BARNKLINIK SICKLA

Skicka din ansökan till reply@alvabarnklinik.se
för tjänst som barnläkare till **ALVA BARNKLINIK**
Sickla, Nacka. Senaste ansökningsdag 15 augusti.

INTRESSEANMÄLNINGAR

Vi räknar med att anställa ytterligare två barnläkare under det kommande året - samt barnläkare och ST-läkare i Pediatrik till vår snabbt expanderande video-rådgivning (vilket kan skötas på distans). Föräldrar kommer fram direkt utan komplicerade formulär.

Barnläkare och ST-läkare i Pediatrik är välkomna med intresseanmälan till reply@alvabarnklinik.se

Besök vår hemsida:
ALVABARNKLINIK.SE

Vi finns på

- Medborgarplatsen Söder
- Sickla Nacka
- Hagastaden Solna (intill Nya Karolinska sjukhuset)

