

Barnläkaren

Nr. 6/2021



TEMA | UNGDOMSMEDICIN

Ungdomsvänlig vård – vad är det?

Game eller game over – ungas medieanvändande idag

Besöksrekord på årets Barnvecka



SVENSKA BARNLÄKARFÖRENINGEN
SWEDISH PAEDIATRIC SOCIETY





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, 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 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

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

Emma Turemark, VC Järva Specialistvård.
Emma.Turemark@bsmartina.se

Michaela Tedner, ST-ansvarig.
Michaela.Tedner@bsmartina.se

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

Känn dig som hemma!



Människor har det som bäst på jobbet när de känner sig trygga. Om de dessutom känner frihet, ansvar och gemenskap finns en god grund för att lära och växa.

Välkommen till en barnläkarmottagning där vi samarbetar för att ta ett helhetsansvar för våra patienter, och skapar hållbarhet genom att stötta varandra att utvecklas. Vi söker nu ytterligare barnläkare till vårt team.

Välkommen med din ansökan till jobb@huddingebumm.se



huddinge bumm

Paradistorget 4, plan 5, 141 47 Huddinge
T: 08-460 076 40, www.huddingebumm.se

Teman i Barnläkaren 2022

	Utgivning:	Materialdag (annons):
1. Barnonkologi och hematologi	28 jan	14 dec
2. Gastroenterologi	18 mars	10 feb
3. Neonatal uppföljning	25 maj	20 april
4. Barn och våld	22 juli	5 juni
5. Palliativ vård/Etik	8 oktober	23 aug
6. Diabetes	10 dec	21 okt

www.barnlakaren.se

Innehåll

Barnläkaren

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

Ansvarig utgivare

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

Chefredaktör/Annonskontakt

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

LEDARE	5
---------------------	---

REDAKTÖRENS RUTA	6
-------------------------------	---

VÄRT ATT VETA

Ungdomsvänlig vård – hur uppnår vi det?

Charlotte Nylander, Malin Örn, Catrin Hanson 8

TEMA: UNGDOMSMEDICIN

Vilka är ungdomarna och vad är ungdomsmedicin?

Charlotte Nylander, Anna Gutniak 12

Ungdomsmedicin – framväxten av en ny disciplin

Kristina Berg-Kelly 14

Unga experter vill se bättre psykosocialt stöd i vården

Hanna Nielsen, Ella Furenborn, Johanna Forsberg 16

Kronisk sjukdom under ungdomsåren

Josephine Haas, Esther te Poele 18

Buksamrör och blödningsrubbnings hos tonårstjejer

Pia Jakobsson Kruse, Ann-Christine Nilsson och Anna Gutniak 20

Unga och sexualitet i mötet med vården

Anna Gutniak 22

Ungdomsmottagningen – en spännande arbetsplats för barn och ungdomsläkare

Malin Örn, Laslo Erdes 24

Elevhälsans betydelse för ungdomars hälsa

Anna Enström, Emma Frigyse, Nils Lundin 26

Game eller game over – hur ser ungas medieanvändande ut idag?

Charlotte Nylander, Emma Frigyse 28

BARNVECKAN 2021

Besöksrekord på årets Barnvecka 30

Prisutdelningar 32

MEDICINHISTORISK PAUS

Om dahlia och en oväntad koppling till Sahlgrenska sjukhuset

Göran Wennergren 34

KULTUR

Julsaga

Hugo Lagercrantz 36

KALENDARUM

..... 38

Hej!

Så börjar hösten och 2021 att gå mot sitt slut. Om man kort ska summera året så har även detta år varit exceptionellt och dominerats av covid-19 pandemin. I vårt land har vi under det senaste halvåret haft en lugnare utveckling. Vi har börjat slappna av och delvis kunnat återgå till gamla vanor. Runt om i världen är situationen dock på många ställen fortsatt mycket svår. Stor ovisshet råder fortfarande om den fortsatta utvecklingen av pandemin, men jag vill gärna hoppas att de experter, som spår att viruset framöver muterar och blir mer som en vanlig förkylning, har rätt. Mitt i alltihop drabbades Sverige oväntat av en kraftig RSV epidemi som kom alldeles för tidigt, på sensommaren, och under hela oktober tilltog den. Flera regioner rapporterade problem med vårdplatser, men situationen verkar nu stabiliserad. Liknande utveckling har setts i flera andra länder i Europa, bl.a. i närliggande Danmark. I slutet av sommaren talade jag med en barnläkare i Holland som berättade att RSV drabbade dem runt midsommar och resulterade i att en del sjukhus blev så fullbelagda att de fick transportera små barn till Belgien och Tyskland för vård.

Hösten 2021 har även mycket positivt hänt. Den stora händelsen är förstas Barnveckan, som äntligen kunde hållas 27-30 september på Karolinska i Stockholm i form av en hybridkonferens. Deltagarantalet var rekordstort och många var även på plats fysiskt under denna mycket lyckade vecka. Stämningen på plats var mycket hög, det kändes att vi har saknat varandra och våra mötesforum. Vi tackar arrangörerna på Karolinska Universitetssjukhuset och alla delföreningar som skapat viktiga och intressanta program för ett jättefint arrangemang! Nu ser vi fram emot nästa Barnvecka som går av stapeln i Halmstad vecka 13, 2022 (28-31 mars).

Aktiviteten i BLFs delföreningar, intresseföreningar och utskott är fortsatt hög. BLFs webinarier på lunchtid den första tisdagen varje månad är fortsatt välbesökta. De har blivit en etable-

rad del av BLF och kommer att fortsätta framöver. Anmäl gärna ämnen till BLF styrelsen!

Mycket arbete och många nya initiativ har tagits för att fortsatt främja barns hälsa och utveckling. Ett exempel är det initiativ som delföreningen för Global Barn- och Ungdomshälsa tagit i samband med den stora miljökonferensen i Glasgow. BLF har, tillsammans med Svenska Läkarsällskapet, uppvakttat regeringen med en skrivelse om miljö och barnhälsa, vilket följer naturligt efter det ställningstagande som BLF gjorde i frågan 2017 (se hemsidan). BLF och delföreningar svarar på ett flertal remisser under året och våra medlemmar anlitas av flera myndigheter som experter. För att göra det lättare för alla att följa vad som händer håller vi på att genomföra en revision av hemsidan, det förväntas bli klart under våren. Vi har under hösten haft övergående problem med kommunikation till BLFs medlemmar. Vår mycket uppskattade, och alltid lika vänliga och effektiva, webmaster Marianne Bergström avled dessvärre plötsligt och oväntat i slutet av september.

När dagsljuset nu blir allt kortare så ser vi fram emot helgerna i slutet av året då många av oss får mer tid för nära och kära, även om arbetet och sjukvården gör sig fortsatt påmind för många i form av jourer. Jag hoppas ni alla får avkopplande helgdagar och en God Jul och ett Gott Nytt År!



Bästa hälsningar till er alla.

Lena Hellström Westas,
ordförande,
Svenska Barnläkarförbundet

**DET ÄR INTE KONSTIGT.
VÅRA BARN VILL VARA MED.**

PG 90 00 71 - 2 www.rbu.se



RBU

Riksförbundet för Rörelsehindrade Barn och Ungdomar



Så fort det gått, det är redan adventstider. Pappstjärnorna hängs upp i decembermörkret, med lite mer entusiasm än förra året. Vi är klokare nu och mer förberedda. Halvfulla pumpflaskor med handsprit står prydligt kvar på våra köksbänkar, i tunnelbanevagnarna står man fortfarande hellre upp än trängs tätt intill på sätena, munskydden ligger fortfarande synliga i butikshyllorna.

Även om vi är medvetna om att vi lever i förändring, kan vi i alla fall med försiktig glädje se fram emot att få vara mer tillsammans. Det är väl en julgåva om något.

En självklar "gåva" till alla unga patienter som måste söka vård idag, borde vara trygghet. De ska hantera sin sjukdom under den mest sårbara tiden i livet. I vår nya artikelserie Vårt att veta får vi reda på viktiga förutsättningar och anamnesverktyg som kan vara värdefulla för barn- ungdomsläkare. Framförallt bör den vara ändamålsenlig och välkomnande, vilket ställer krav på både kunskap, bemötande och fysisk miljö. För att känna sig trygga i mötet med vården behöver de unga patienterna även information om sina rättigheter. Förstår de t ex syftet med och reglerna kring tystnadsplikt? Vet de om att de har rätt till egen tid med sin läkare? Läs mer om hur vården kan bli bättre för våra unga på sidan 8.

Många möter dagligen i sitt yrkesliv ungdomar med kronisk sjukdom. Antalet sjukdomsfall ökar i takt med förbättrad behandling och uppföljning, vilket har inneburit nya utmaningar för vården. Vad är ungdomarnas önskemål här? Och hur är det att ha en långvarig sjukdom under ungdoms-

åren? Vi tittar även närmare på vikten av samverkan med vårdgrannar, såsom elevhälsan och ungdomsmottagningarna. De vanligt förekommande blödningsrubbingarna hos unga leder ofta till, att dessa patienter skickas runt mellan olika verksamheter. Hur gör man vården tryggare för dem? Bland mycket annat belyser också aktuella och komplexa frågor såsom sexualitet och ungas medievanor.

Lika länge som mediegiiganterna hållit sina affärsverksamheter rullande, har föräldrar oroat sig för effekterna av dem. Meta, det nya samlingsnamnet för Facebook, Instagram, Messenger e t c, har sedan begynnelsen varit förskonade från högljudd kritik. Alldeles nyligen riktade dock tidigare anställda skarp kritik mot bristerna. Framställdes det nonchalans inför att unga tar skada av innehållet. I kritiken framgick även att ekonomisk vinning prioriterades framför säkerheten på dessa forum. Ingenstans än i sociala medier, finner vi samma omfattning av sensationsstyrd publicering av verkligt material med t ex unga i utsatta situationer och våld. Det är inte en trygg plats. Det vi kan göra är att fortsätta att uppmuntra till begränsat användande av sociala medier och kritiskt tänkande kring innehållet. På sidan 28 berättar Emma Figysei och temaredaktör Charlotte Nylander om problem med medieanvändande och hur man kan förebygga att beroende uppstår.

I pandemins kölvatten dök ett ökat intresse för svensk natur upp. Det kanhända att det var det som gav Göran Wennergren inspiration till att börja skriva intresseväckande om botanik och medicin. Missa inte denna och årets traditionella julsaga på våra kultursidor.

Margareta Munkert Karnros
Margareta Munkert Karnros

Temaredaktör i detta nummer: Charlotte Nylander



Charlotte är ordförande i Svensk förening för ungdomsmedicin sedan 2017. Föreningen, som är en delförening i svenska barnläkarförbundet, verkar för att sprida kunskap om ungdomsmedicin i olika sammanhang och visionen är ett samhälle där hälso- och sjukvården är beredd och kompetent att ge ungdomar ett bra liv utifrån deras särskilda förutsättningar, rättigheter och egna perspektiv. Charlotte arbetar nu som barnhälsovårdsöverläkare i Region Sörmland, men har tidigare arbetat på barn- och ungdomskliniken i Sörmland, där hon fokuserat på diabetes, endokrinologi och ungdomsmedicin. Hon disputerade vid Uppsala universitet 2016 med en avhandling om

skyddsfaktorer, riskbeteende och betydelsen av samsjuklighet i neuropsykiatriska sjukdomar för ungdomar med kroniska sjukdomar, ffa diabetes. Charlotte har nu fortsatt forskningsintresse inom dessa områden. Hon studerar specifikt tidiga tecken på utvecklingsneurologiska funktionsnedsättningar samt kartlägger förekomsten av övervikt och fetma bland barn. Baserat på sina forskningsintressen och yrkesverksamhet bedriver Charlotte påverkansarbete kring barn- och ungdomars hälsa. Hon föreläser vanligen inom barn- och ungdomshälsovård samt ungdomsmedicin för olika professioner och verksamheter.



HJÄLP BARNEN SOM FLYR!

Bli Barnrättskämpe på räddabarnen.se



DOI: 10.1111/apa.16028

ISSUE HIGHLIGHTS

COVID-19 PAPERS EXPLORE LONG-TERM SYMPTOMS IN HOSPITALISED CASES AND VACCINATING CHILDREN



Sterky et al followed up 55 children who were hospitalised due to COVID-19 in the Stockholm Region of Sweden from 13 March to 31 August 2020. A tenth of them reported persistent symptoms more than four months after

their acute illness, and the authors concluded that there was a possible association with them being infected by the severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2).¹ It has been suggested that the risk of long COVID is one reason for vaccinating children against SARS-CoV-2. An editorial by Glikman et al describes the Israeli experience of vaccinating children between 12 and 18 years of age.²

TWO STUDIES SHOW THAT PAEDIATRIC COVID-19 CASES DID NOT INCREASE AFTER SCHOOLS REOPENED



A large Israeli study by Shapiro et al found that the number of children with COVID-19 did not increase significantly after schools in the country reopened.³ The study also showed that children were less likely to be

the source of the SARS-CoV-2 infections in their households. The accompanying editorial by Milerad points out that Israeli schools still had to comply with strict hygiene and social distancing regulations.⁴ In another paper in this issue, Belavic et al report that re-opening schools in Croatia did not have a negative impact on children under 14, but problems in older children could not be ruled out.⁵

MOTHERS' MENTAL HEALTH MAY AFFECT TOUCH AND MOVEMENT DURING SINGLETON AND TWIN PREGNANCIES

A study by Reissland et al suggests that the mental health of pregnant women may have an impact on the touch behaviours of twins and singletons in the womb. In the case of twins, this referred to how frequently they touched themselves and each other.⁶ The study, which



was based on ultrasound scans of 30 pregnant women, also found that maternal depression and stress affected the touch and movement behaviours of both singletons and twins, but with differences between the two.

INVOLVING FATHERS IN EARLY INTERVENTIONS FOR PRETERM INFANTS IN NEONATAL INTENSIVE CARE UNITS HAD POSITIVE BENEFITS



Most early interventions in neonatal intensive care units have been aimed at, or driven by, mothers. A review by Filippa et al showed that early paternal interventions had positive physiological and behavioural effects

on infants and good outcomes for fathers.⁷ The authors concluded that fathers should be encouraged to get involved in caring for their preterm infants, and further research should focus on developing and evaluating early paternal interactive and multimodal interventions.

LIVING ARRANGEMENTS AFTER PARENTAL SEPARATION HAD A MINIMAL IMPACT ON MENTAL HEALTH AT SEVEN YEARS OF AGE



Hjern et al explored the mental health of seven-year-old children after their parents had separated and compared those living in sole and joint physical custody arrangements.⁸ The study population comprised 39,661

children from the Danish National Birth Cohort, who were living in a two-parent family at the age of six months. They found that living arrangements after parental separation had a minimal impact on the children's mental health.

Fig 1–2, 4–5: Istockphoto, Fig 3: Nadja Reissland.

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

Acta Paediatrica. 2021;00:1–2.

wileyonlinelibrary.com/journal/apa | 1

Ungdomsvänlig vård – hur uppnår vi det?

Eftersom dödstalen är högre bland ungdomar än bland yngre barn fokuserar världshälsoorganisationen (WHO) extra på ungdomars hälsa och ungdomar i vården. Egen tid med vårdgivaren och kunskap om tystnadsplikten är viktigt för ungdomen. Vi beskriver här förutsättningar och anamnesverktyg som kan vara värdefulla i det enskilda mötet med ungdomen.

Ungdomsvänlig vård utgår från ungdomars rättigheter och innebär att de unga möts av kompetent personal som informerar om sin tystnadsplikt och erbjuder egen tid med vårdgivaren. WHO belyser vikten av ungdomars kunskap om hälsa och eventuell sjukdom. De påtalar också betydelsen av stöd från samhället och samverkan med olika samhällsinstitutioner. Vården för ungdomar behöver vara ändamålsenlig och utformad så att den välkomnar ungdomar, vilket omfattar både den fysiska miljön och bemötandet. För att säkerställa detta behöver vårdpersonalen kunskap om ungdomars utveckling och förmågor. Dessutom behöver vården av ungdomar utvärderas och utvecklas (1) och ungdomar görs delaktiga (2), vilket också är i enlighet med FN:s konvention om barnets rättigheter.

Tystnadsplikt och rättigheter

Ungdomar behöver kunskap om tystnadsplikt för att kunna anförtra sig åt vården (3). Även de som känner till tystnadsplikten vet sällan att den också vanligen gäller gentemot föräldrar. Många känner inte heller till att de har rätt till egen tid med sin behandlare. Information om ungdomars rättigheter behöver

finnas överallt där ungdomar söker vård, till exempel genom väntrumanslag och/eller genom information till den enskilde individen. Att som rutin ha enskilt möte med ungdomen och att informera om tystnadsplikten (inklusive dess begränsningar) bidrar till bättre vård för unga. Ett sådant förfarande, som påbörjas i den tidiga adolescensperioden, främjar också ungdomens utveckling till en självständig individ.

Psykosocial anamnes, HEEADSSS

För att förstå ungdomens situation och symtomen ungdomen söker vård för är det värdefullt att ta en strukturerad psykosocial anamnes. Detta görs med fördel under det enskilda samtalet med ungdomen. Anamnesen kan delas upp i frågor som sammanfattas under akronymen HEEADSSS (4; 5). Frågorna går från enkla, mindre laddade, till mer känsliga områden. På så sätt ringar man gradvis in måendet/situationen. HEEADSSS står för Home (situationen i hemmet/hemmen), Education (skolan), Eating (matvanor), Activities (fritidsaktiviteter inkl skärmvanor), Drugs (kompisars och egna erfarenheter), Sexuality (sexuell hälsa), Suicide (tankar på att skada sig



Foto: iStock

själv), Safety (säkerhet/hotbild). Ungdomar brukar uppskatta anamnestagandet och därmed intresset för ungdomens vardag och situation. Det leder ofta till större förståelse för individen och symtomen vilket möjliggör bättre vård.

Andra verktyg

Andra verksamma anamnesverktyg är skattningsskalor där ungdomen tar ställ-

ning till ett påstående och graderar sitt svar på en skala från 1-10. Detta fungerar även för en tystlåten ungdom. För att ytterligare få en uppfattning om hur ungdomen har det kan ungdomen i detalj berätta om hur de haft det de senaste 24 timmarna. Härfter kan man diskutera om detta representerar ett vanligt dygn.

Ett salutogent förhållningssätt, med fokus på det som fungerar och som ungdom-

men mår bra av, är också värdefullt. Identifiera styrkor hos ungdomen, bekräfta och förstärk positiva beteenden och aktiviteter och påminn dig om att motstånd också är kommunikation. När ungdomen upplever tillvaron, och behandlingen, som meningsfull, hanterbar och begriplig blir både följsamheten och ungdomens hälsa bättre. Din roll som vårdgivare blir att kommunicera behandlingen som du

ordinerar på ett sätt som blir just meningsfullt, hanterbart och begripligt för den unga individ du har förmånen att få träffa.

Referenser

1. Världshälsoorganisationen. *Global standards for quality health-care services for adolescents.* [Online]

[Cited: 07 20, 2021.] 1.

2. Ambresin AE, Bennett K, Patton GC, Sancu LA, Sawyer SM. Assessment of youth-friendly health care: A systematic review of indicators drawn from young people's perspectives. *Journal of Adolescent Health* 2013;52(6):670-681.

3. Rutishauser C. Consultations with adolescents: The gap between their expectations and their experiences. *Acta Paediatrica* 2003;92:1322-6.

4. Klein DA. HEEDSSS 3.0 The psychosocial interview for adolescents updated for a new century fueled by media. *Contemporary*

Pediatrics 2014;116-28.

5. Smith GL, McGuinness TM. Adolescent Psychosocial Assessment: The HEEDSSS. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 2017; 55(5):24-27.

Home	Vem/vilka bor du med? Bor du på fler ställen? Finns det någon hemma hos dig som du kan prata (om svåra saker) med?
Education	Går du i skolan? Har dina betyg förändrats på sistone? Vilket är ditt favoritämne?
Eating	Berätta vad du äter en vanlig dag. Vad tycker du om skolmaten? Hur ser du på din kropp? Har din vikt ändrats på sistone?
Activities	Vad brukar du göra på fritiden? Vad gör du på nätet? Vilka är du med på fritiden?
Drugs	Röker dina kompisar? Röker du? Använder dina kompisar några droger? Gör du?
Sexuality	Har du någon partner? Har du haft sex? Använde du något preventivmedel då? Är du nöjd med att vara kille/tjej?
Suicide	Hur mår du rent allmänt just nu? Brukar du känna dig deppig? Hur sover du? Har du tänkt på att skada dig själv eller någon annan?
Safety	Känner du dig säker? Har du någon gång behövt försvara dig? Har du varit med om något obehagligt någon gång? Är du orolig för någon i din närhet?

Ungdom!



Visst du att:

- Du har rätt att vara med och bestämma om din vård och hälsa
- Du har rätt att prata i enrum med din behandlare
- Vi har lytnadspått

Vi berättar gärna mer!

Hälsningar

Vi som jobbar här



Väntrumsanslag som beskriver ungdomars rättigheter i vårdmötet.



Malin Örn, specialist i barn- och ungdomsmedicin, skolläkare Karlstad kommun, svensk förening för ungdomsmedicin E-mail: malin.orn@gmail.com



Catrin Hansson, ST-läkare barn och ungdomskliniken Centrallasarettet Växjö, barnläkare under utbildning (BLU) E-mail: catrin.hansson@kronoberg.se

Charlotte Nylander (se bild på sid 6), barnhälsovårdsöverläkare Region Sörmland, medicine doktor, svensk förening för ungdomsmedicin E-mail: charlotte.nylander@regionsormland.se

Vi ska bota och lindra imorgon det ingen kan bota och lindra idag.



SPECIALISTLÄKARE

till Sjukhusansluten Avancerad Barnsjukvård i Hemmet

Är du specialistläkare med kompetens inom barnsjukvård? Vill du hjälpa barn och familjer att bo hemma även när de är sjuka? Gillar du att ha tät kontakt med kolleger över hela Stockholm och skräddarsy lösningar för gemensamma patienter.

Vi erbjuder dig då en unik möjlighet att vara del av SABH:s expansiva fas

Information om tjänsten lämnas av: Stina Klemming, stina.klemming@regionstockholm.se

Välkommen med din ansökan senast 2021-12-06 Ref-nr: 2021/968



Läs mer och ansök på www.karolinska.se/jobb



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: 31/10 2020

Mer information: www.spadbarnsfonden.se



Spädbarnsfonden

STÖD - INFORMATION - FORSKNING



SVENSKA LÄKARE MOT KÄRNVAPEN

"ANVÄNDS KÄRNVAPEN STÅR SJUKVÅRDEN MAKTLÖS. DÄRFÖR ARBETAR JAG FÖR ATT AVSKAFFA DEM, INNAN DE ANVÄNDS IGEN."

David Victorin, läkare och medlem i Läkare mot Kärnvapen



BLI MEDLEM slmk.org



Vilka är ungdomarna och vad är ungdomsmedicin?

Vi ser idag en oroväckande utveckling när det gäller psykisk ohälsa och höga dödstal bland ungdomar. Mer kunskap hos vårdgivarna om ungdomars situation och utveckling är avgörande för att ge dem de allra bästa förutsättningarna att må bra. Svensk förening för ungdomsmedicin är en delförening i barnläkarföreningen med ca 150 medlemmar från olika specialiteter och professioner. Föreningen arbetar med utbildningsinsatser såsom temadagar och kurser samt påverkansarbete för ungdomars hälsa och ungdomars bästa i vården.

Myndigheten för ungdoms- och civilsamhälleliga frågor (MUCF) definition av ungdomar omfattar åldersgruppen 13-25 år. Den biopsykosociala utvecklingsmodellen (se nedan) beskriver utvecklingen mellan 10 - ca 20 års ålder. Ungdomstiden är en träningsperiod inför vuxenlivet där individen utvecklar sina förmågor och blir självständig. Föräldrarollen ändras markant och blir mer coachande och vägledande.

Ungdomar behöver experimentera för att utveckla sin identitet. Ibland leder detta till risktagande och hälsovådligt beteende, vilket resulterar i att dödstalen bland ungdomar är avsevärt högre än bland yngre barn. Små barns överlevnad har alltså förbättrats, men ungdomars hälsa oroar. Psykisk ohälsa, stillasittande och övervikt ökar (1). Ungdomars hälsa

och framtidstro har försämrats under pandemin (2). Glädjande har hälsotrenden och miljöintresset bland ungdomar vuxit starkare (2) och ohälsosamma levnadsvanor såsom rökning och alkoholkonsumtion minskat (1).

Biopsykosocial utveckling

Ungdomars utveckling kan åskådliggöras i en modell där den biologiska, den psykologiska och den sociala utvecklingen synliggörs var för sig (tabell) (3). Otakt i utvecklingen, områdena emellan, kan påverka ungdomens mående.

Under den tidiga adolescensen, 10-13 år, befinner sig ungdomen på hemmaplan, men revolterar inom familjen. Individen är omnipotent och optimistisk. Tidsspannet som ungdomen överblickar är kort. Under mellanadolescensen,

14-16 år, blir kamratrelationer viktigare. Ungdomen jämför sig med jämnåriga. Närvaro av en kronisk sjukdom kan vara extra utmanande. Senadolescensen, från 17 års ålder, karakteriseras av att vuxna åter blir viktiga samtalspartners. Framtiden blir en realitet och ungdomen kan göra livsval baserade på egen kompetens.

Ungdomshjärnans utveckling

Omfattande strukturella förändringar sker i hjärnan under ungdomsåren och utvecklingen av hjärnan pågår åtminstone till 25-årsåldern. Onödig grå substans rensas bort, occipitalt till frontalt och centralt till kortikalt. Parallellt med detta tilltar den vita substansen och därmed nervledningshastigheten. Kopplingarna mellan hjärnans olika delar blir större och starkare (4). Allt fler studier belyser pu-

bertetshormonernas betydelse för delar av ungdomshjärnans utveckling. DHEAS och testosteron kan påverka, men ytterligare studier behövs för att klargöra sambanden (5).

De delar av hjärnan som används bevaras, varför det är viktigt att ägna sig åt goda vanor. På liknande vis blir ohälsosamma beteenden olyckliga eftersom de tenderar att bibehållas. Ungdomshjärnan är också känslig för toxisk påverkan och ungdomar fastnar lättare för beroenden. Samtidigt behövs aktivering av det limbiska systemet, genom t ex risktagande, för att signaler ska sändas till hjärnans frontala delar, som på så vis mognar (4).

Sammanfattningsvis genomgår ungdomen omfattande biopsykosocial utveckling för att bli en självständig individ. Levnadsvanor under ungdomsåren påverkar inte bara hälsan på sikt utan också hjärnans utveckling. Den psykiska ohälsan och de höga dödstalen i ungdomsåren är oroande. Kunskap om ungdomars situation och utveckling är avgörande i mötet med ungdomen.

Referenser

1. Folkhälsans utveckling - årsrapport 2020. Stockholm: Folkhälsomyndigheten, 2021.
2. Generation Z 2021. Stockholm: Ungdomsbarometern, 2021.
3. UNICEF Programme Guidance for the Second Decade: Programming with and for Adolescents. UNICEF 2018. [HYPERLINK "file:///C:/Users/Chaste/AppData/Local/Microsoft/Windows/INetCache/Content/Outlook/JFFRNBU1/UNICEF_Programme_Guidance_for_the_Second_Decade_WEB.pdf"](#) UNICEF_Programme_Guidance_for_the_Second_Decade_WEB.pdf
4. Romer D. Beyond stereotypes of adolescent risk taking: Placing the adolescent brain in developmental context. *Developmental cognitive neuroscience*. 2017;27:19-34.
5. Goddings A-L, Beltz A, Peper JS, Crone EA, Braams BR. Under-

standing the Role of Puberty in Structural and Functional Development of the Adolescent Brain. *Journal of Research on Adolescence*. 2019;29:32-53.



Anna Gutniak, specialist i allmänmedicin, Professionell utveckling, läkarprogrammet, Karolinska institutet, Svensk förening för ungdomsmedicin E-mail: agutniak@gmail.com

Charlotte Nylander (se bild på sid 6), barnhälsovårdsöverläkare Region Sörmland, medicinskt doktor, Svensk förening för ungdomsmedicin E-mail: charlotte.nylander@regionsormland.se



Foto: iStock

	Tidig adolescens ca 10-13 år	Mellanadolescens ca 14-16 år	Sen adolescens/ung vuxen 17-20/24 år
Biologi	Pubertetsstart	Fortsatt utveckling av hjärnan och övriga kroppen.	Fortsatt kroppslig utveckling (kroppskonstitution, benmassa) Hjärnan som en vuxens vid ca 25 års ålder.
Kognition Identitet Autonomi	Konkret > abstrakt förståelse. Fantasi, associationer, "allt är möjligt". Autonomi i vardagen. Ifrågasätter vuxna i trygg miljö. Identifierar sig som del av sin familj. Mest överblick/intresse närmaste 1-2 dagarna.	Klarar mycket men behöver vuxenstöd. Experimentlust, utforskar. Maximal identitetsutveckling, vänkretsen central. Mindre benägen söka råd hos vuxna. Mest överblick/intresse närmaste veckan/orna.	Tidsuppfattning och abstraherande förmåga som vuxens. Tankar om livsval, identitet i samhället. Formellt helt autonom, sociala skyddsnetet mindre/saknas. Vuxna åter som samtalspartners.
Social arena	Familj, vänner, fritidsaktivitet	Vänner. Rör sig fritt på nätet och geografiskt.	Studier, yrkesliv. Ekonomin begränsar valmöjligheter. Flytt?
Sexualitet	Den egna kroppen och sexualiteten utforskas, relationer ofta platoniska. Könsidentitetsfrågor, smeksex och hängel förekommer.	Utforskande av intimitet, sexuell identitet och sexuella upplevelser även med partner.	Tankar om familjebildning, långvariga relationer.

Ungdomsmedicin – framväxten av en ny disciplin

”En handfull kollegor blev nyfikna på kunskapsläget om ungdomar och ungdomars hälsa. Ur detta växte kunskapsspridning, forskning och deltagande i internationella nätverk.” säger Kristina Berg Kelly i den här artikeln skriven tillsammans med Anna Gutniak. Idag är ungdomsmedicin en alltmer välkänd disciplin, även i länder där den inte har specialiststatus.

Under 1980-talet uppstod en livlig diskussion om behovet av mer kunskap om ungdomsåren. Det gällde barnläkare, skolläkare och kollegor med folkhälsouppdrag. Med inspiration och nyvunna kunskaper från USA startade vecko-slutskurser med hjälp av specialister såsom Otto Westphal, Christopher Gillberg och gynekologer från ungdomsmottagningarna. Det var roligt och stimulerande, och förhoppningen att förbättra vården för de unga gav mersmak.

Forskning och grundandet av föreningen

Kursdeltagarna undrade: Fanns det svenska studier om hur unga själva upplevde sjukvården? Och hur mädde de egentligen? Så föddes Västkuststudien (1). Deltagarna fick en grundkurs om forskningens alla aspekter. Resultatet blev en ögonöppnare både för initiativtagarna och läkarkåren. Vem kunde tro att så många unga hade självmordsfunderingar? Och dessutom sökt sjukvården utan att få hjälp?

Med detta i ryggen genomförde man små och stora förbättringar på hemmaplan och väckte intresse för ungdomsmedicin. Modellen för gemensamma forskningsprojekt fortsatte vartannat år med Q90-Q96-studierna, till totalt ca 24 000 enkäter under perioden (2).

Svensk Förening för ungdomsmedicin bildades 1987, initialt under annat namn. Det blev nödvändigt med en tydlig organisation och ansvar för egen sammanhållning, och för att dra igång kurser vid Göteborgs universitet, Nordiska hälsovårdshögskolan och för ST-läkare, samt Nordiskt Adolescens Medicinskt Nätverk (NAMN) med träffar i de nordiska länderna.

Viktigt för den professionella utvecklingen blev deltagandet i lärarnätverket vid EuTeach (European Training in Effective Adolescent Care and Health) där man utarbetade kursmoduler och pedagogisk metodik, och höll sommarkurser i Lausanne. Modulerna, som finns fritt tillgängliga på nätet, används flitigt för utbildning av ungdomsmedicinare

främst inom EU. Sommarkurserna hålls fortfarande varje år (3). Att i målbeskrivningarna för ST-läkare 2015 specificera ungdomsmedicinsk kunskap för barn- och ungdomsläkare var ett stort steg framåt. Ett annat är de sjukhusanslutna ungdomsråd som har inrättats!

Hur ser det ut i världen?

Idag är ungdomsmedicin en alltmer välkänd disciplin även i länder där den inte har specialiststatus. Ungdomsmedicinorganisationen IAAH (International Association for Adolescent Health) håller i världskongresser och nätverk för juniora yrkesverksamma (4). Sedan 90-talet samarbetar IAAH med Världshälsoorganisationen WHO, som är en viktig aktör både för praktiskt arbete och som utgivare av kunskapssamlingar och riktlinjer (5). En av drivkrafterna är kunskapsrådets potential att främja fysisk, psykisk och social hälsa genom salutogent förhållningssätt. De generiska utmaningarna för övergången mellan barn- och vuxensjukvården har också uppmärksammats och

beforskats internationellt.

I det återuppväckta nordiska nätverket tar ungdomsmedicineringarna del av varandras erfarenheter. I Danmark organiserades ett ungdomsmedicincentrum på Rigshospitalet som publicerat forskning och drivit ungdomsmedicinska frågor nationellt. I Norge finns ungdomsmedicinskt ansvariga läkare på vissa pediatrika kliniker. I Finland har hundratalet kollegor från olika specialiteter de senaste åren certifierats med ungdomsmedicinsk kompetens efter motsvarande en subspecialiseringsutbildning.

Framtiden

Det gäller också att engagera vuxenspecialisterna. Europeiska specialistläkarföreningen (UEMS) har uppdragit åt sin multidisciplinära adolescensmedicingrupp att formulera lärandemål som kan införas i målbeskrivningarna till samtliga specialiteter.

I Sverige behöver den akademiska anknytningen bli starkare. Ett flertal avhandlingar på olika temata med uttalat

ungdomsmedicinskt anslag har skrivits och det bedrivs undervisning på flera lärosäten, men det skulle behövas en tydlig akademisk hemvist. Då kunde forskning och undervisning ske multidisciplinärt, tvärprofessionellt, och med ungdomar som medaktörer.

Referenser

1. Berg-Kelly K. *Self-Reported Health Status and Use of Medical Care by 3500 Adolescents in Western Sweden. II. Could clustering of Symptoms and Certain Background Factors Help Identify Troubled Young People?* *Acta Paediatrica Scandinavica* 1991;80:844-851.
2. Grufman M, Carlsten C, Krabbe M, Berg-Kelly K. *Health and health behaviors among Swedish adolescents during a period of social change.* *Acta Paediatrica* 1999;88:1380-4.
3. <https://www.EuTeach.com>

4. <https://iaah.org/>
5. *World Health Organization. Global standards for quality health-care services for adolescents. Vol 1-4. Geneva, 2015.*



Kristina Berg Kelly, docent i pediatrik, vid Göteborgs universitet, numera pensionerad, jubeldoktor 2021, 1981-82 UCSF Adolescent Medicine Fellowship
E-mail: kristina@bob-kelly.se

Anna Gutniak specialist i allmänmedicin, Professionell utveckling läkarprogrammet Karolinska Institutet, Svensk förening för ungdomsmedicin
E-mail: agutniak@gmail.com

Foto: iStock

Unga experter vill se bättre psykosocialt stöd i vården

Att som ung spendera mycket tid inom vården kan leda till att man känner sig väldigt ensam. Tyvärr glöms unga patienters psykosociala välmående ofta bort under läkarbesöken. Följden kan bli att patienten inte får den hjälp som behövs för att må så bra som möjligt.

Detta har uppmärksammats av många organisationer med unga erfarenheter från vården. Fokus i deras arbete ligger på att säkerställa det tillräckligt psykosociala stöd som behövs.



Bild: iStock

Foto: iStock

Din nästa patient är en 15-årig flicka med svår astma. Trots adekvat förskrivning har hon frekventa svåra astmaanfall som ibland är akutvårdskrävande. Under läkarbesöket försöker du förstå genesen till dessa anfall. Du väljer att inte penetrera detta djupare eftersom föräldrarna ställer frågor om medicinering och den kommande pollensäsongen. Du får inte fram att flickan har börjat undvika saker som tidigare gett henne stor glädje som t ex umgås med kompisar och träna av rädsla för att få ytterligare ett astmaanfall. Hon känner att hon inte kan delta på samma villkor som sina jämnåriga både i skolan och på fritidsaktiviteter och mår psykiskt dåligt av detta.

Hur skulle du som läkare kunnat agera i denna situation för att fånga upp patientens oro?

Vi i Svensk förening för ungdomsmedicins expertråd (1), Unga experter på Akademiska Sjukhuset, Unga Hörselskadade och Unga Allergiker menar att den unga patientens psykosociala mående oftast glöms bort under läkarbesöken. Vården arbetar inte aktivt för att unga ska känna livsglädje och uppfylla sina drömmar (2). Att som ung spendera mycket tid inom vården kan leda till att man känner sig väldigt ensam. Omgivningen förstår inte alltid hur mycket sjukdom och alla vårdkontakter påverkar en. Det är lätt att bli pratad över huvudet på och trots att det är ens mående det pratats om får man inte alltid vara med i diskussionen. Sällan till aldrig diskuteras ens psykosociala mående. Missas helheten finns risken att patienten inte får den hjälp som behövs för att må så bra som möjligt.

Använd ett inkluderande språk

Som läkare är det viktigt att tillhandahålla en trygg och säker miljö för den unga patienten. Det ökar sannolikheten för att patienten ska känna sig bekväm att prata

om känsligare ämnen som t ex psykisk ohälsa eller sexualitet. Redan i den tidiga adolescensperioden (ca 12 års ålder) behövs "egentid" med behandlaren (3-5). Kom ihåg att använda ett inkluderande språk. Fråga aktivt om patientens psykosociala hälsa, många gånger kan det komma fram saker som hen kanske inte berättat för någon tidigare om man tar sig tid att fråga.

Om anhöriga "tar över" besöket och svarar på frågorna i stället för patienten är det viktigt att hela tiden skifta tillbaka fokus till patienten. Tänk även på att i situationer där patienten behöver teckenspråkstolk eller alternativa kommunikationsmedel är det viktigt att anhöriga inte agerar tolk och att du tar dig tid för att låta patienten själv svara på frågorna. Detsamma gäller även åt andra hållet, barn ska inte behöva tolka åt sina anhöriga. Patientens svar och åsikter väger alltid tyngst!

Att detta är ett område som behöver uppmärksammas speglas inte minst genom att många av de organisationer som består av unga med erfarenheter från vården arbetar med just hur man kan erbjuda det psykosociala stöd som behövs. Visste du t ex att många av ungdomspatientorganisationerna och ungdomsråden har material på deras hemsidor som är gratis att beställa till mottagningen?

Referenser

1. *Unga experter – Varför vi behöver ett ungdomsråd. Barnläkaren. 2019;4:32.*
2. *Unga Reumatiker. Unga Reumatikerrapporten [Internet]. 2018. Available from: https://ungareumatikerrapporten.se/app/uploads/2018/04/22512_Unga-reumatikerrapporten_180329.pdf*
3. *Ford C. Which Adolescents Have Opportunities to Talk to Doctors*

Tips:

Även om man inte känner att man har kompetensen för att "lösa" de psykosociala problemen under ett mottagningsbesök kan man bidra genom att:

- Inte avfärda patienten
- Tipsa om ungdoms- och patientorganisationer
- Tipsa om ungdomsråd
- Ta hjälp av t ex samtalsmottagningar, psykiatri eller socialtjänst

Alone?. Journal of Adolescent Health. 2010;46(4):307-308.

4. *O'Sullivan L, McKee M, Rubin S, Campos G. Primary Care Providers' Reports of Time Alone and the Provision of Sexual Health Services to Urban Adolescent Patients: Results of a Prospective Card Study. Journal of Adolescent Health. 2010;47(1):110-112.*
5. *Teen Health Services and One-On-One Time with A Healthcare Provider | Adolescent and School Health | CDC [Internet]. Cdc.gov. 2021 [cited 20 September 2021]. https://www.cdc.gov/healthyouth/protective/factsheets/OneonOnetime_FactSheet.htm*



Johanna Forsberg, ordförande Unga Hörselskadade, Expert i svensk förening för ungdomsmedicin expertråd, medicine kandidat. E-mail: johanna.forsberg@uh.se



Hanna Nielsen 2:e vice ordförande Unga Allergiker, Expert i svensk förening för ungdomsmedicins expertråd, medicine kandidat. E-mail: hanna.nielsen@ungaallergiker.se



Ella Furenborn, samordnare Unga Experter Akademiska sjukhuset Uppsala. E-mail: samordnare@ungaexperter.se

Kronisk sjukdom i ungdomsåren

En av fem ungdomar har en kronisk sjukdom (1). Med förbättrade möjligheter till behandling och uppföljning ökar andelen kroniskt sjuka ungdomar. Detta har inneburit nya utmaningar för vården. Med evidensbaserad kunskap, strukturerade förhållningssätt och trygga miljöer är målsättningen att tillgodose de speciella behov som ungdomar med kronisk sjukdom har.

Ungdomen genomgår omfattande biopsykosocial utveckling (se artikel på sidan 12). I mellanadolescensen, när individen jämför sig med sina friska kamrater, blir ofta den kroniska sjukdomen en belastning. En del ungdomar vill inte berätta för omgivningen om sin sjukdom. Detta försämrar möjligheten till stöd i skolan, av vänner och vårdnadshavare, vilket kan leda till att livsviktig behandling inte ges.

Riskbeteenden såsom rökning, alkoholkonsumtion eller tidig sexualdebut är vanligare bland ungdomar med kronisk sjukdom jämfört med friska jämnåriga (2). Vid ett flertal kroniska sjukdomar kan experimenterande och risktagande vara förenat med ökad risk för sjukdomsförsämring och i värsta fall även död. Ungdomar med kronisk sjukdom omges dessutom av färre skyddsfaktorer, såsom skoltrivsel, fysisk aktivitet och framtidstro. Kombinationen få skyddsfaktorer och kronisk sjukdom är förenat med förekomst av högriskbeteende. Det är därför av yttersta vikt att stärka skyddsfaktorerna kring patienter (2).

Påverkan på egenvården

Utöver tillväxt och hormonella omställningar kan psykosociala faktorer påverka sjukdomsförlopp och behandling. Här kan särskilt nämnas förväntningar, stöd och krav från familj, kompisar och skola. Hjärnans intensiva utveckling under ungdomsåren leder också till nya sätt att prioritera i vardagen. Vårdnadshavare

utgör ofta ungdomens viktigaste stöd i egenvården vid kronisk sjukdom och kan behöva sjukvårdens hjälp med att såväl kunna släppa på ansvar som att ge bättre stöd till sin ungdom.

Det är vanligt att ungdomar med kronisk sjukdom har en samtidig utvecklingsneurologisk eller psykiatrisk sjukdom. Denna samsjuklighet behöver uppmärksammas och behandlas eftersom den är förenad med svårigheter i egenvården (3).

Framgångsfaktorer

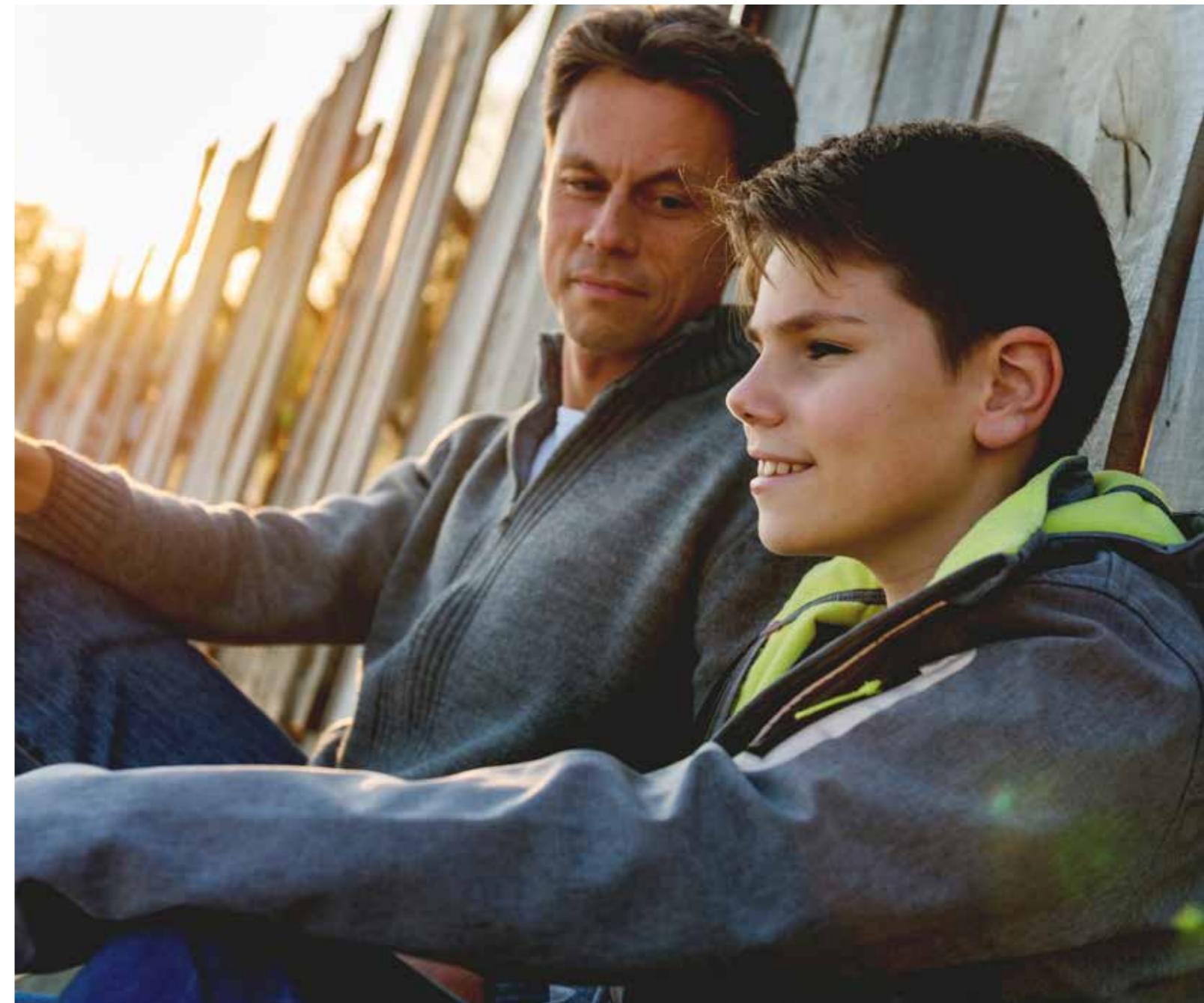
I utredningen *Börja med barnen* framhålls att unga behöver ges bättre förutsättningar för ökad delaktighet i vården (4). För att kunna identifiera behovet av sjukvårdens stöd är individuell bedömning av varje ung patient avgörande. Detta gäller såväl hur sjukdomen utvecklas som i vilken mån ungdomen ges möjlighet att successivt klara av egenvården. Sjukvårdspersonal behöver efterhöra hur nätverket kring ungdomen fungerar, hur sjukdomen påverkar livet och hur livet påverkar sjukdomen. Varje ungdom bör ges tillfälle att prata enskilt med sina vårdgivare (se artikel Ungdomsvänlig vård). Multiprofessionellt teamarbete kan förbättra helhetsbilden av ungdomens förutsättningar och behov.

Kontinuitet i vården är också att föredra varför utredningen *Börja med barnen* föreslår en fast vårdkontakt för barn och unga upp till 21 år samt att ett nationellt kunskapsstöd för överföring från barn-

till vuxensjukvård tas fram. Framgångsfaktorer för transitionsprocessen berörs i tidigare nummer av *Barnläkaren* (5). Sammanfattningsvis påbörjas transitionsprocessen tidigt med tilltagande egenansvar i kombination med omgivande skyddsfaktorer. Kunskap om ungdomar och ungdomars utveckling behövs både inom pediatrik och vuxensjukvård för en framgångsrik transition.

Referenser

1. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. *VIP i vården? Om utmaningar i vården*. 2014.
2. Nylander C, Seidel C, Tindberg Y. *The triply troubled teenager - chronic conditions associated with fewer protective factors and clustered risk behaviours*. *Acta Paediatr*. 2014;103(2):194-200.
3. Nylander C, Lindström K, Khalifa N, Fernell E. *Previously undiagnosed attention-deficit/hyperactivity disorder associated with poor metabolic control in adolescents with type 1 diabetes*. *Pediatr Diabetes*. 2018;19(4):816-822.
4. Socialdepartementet. *Börja med barnen! Sammanhållen god och nära vård för barn och unga* SOU 2021:34. 2021.
5. Övergång från barn – vuxenmedicin. *Barnläkaren*. 2020;4.



I utredningen "Börja med barnen" framhålls att unga behöver ges bättre förutsättningar för ökad delaktighet i vården. För att kunna identifiera behovet av sjukvårdens stöd, är individuell bedömning av varje ung patient avgörande. Bild: iStock

Fler tips om ungdomars utveckling, föräldraskapsstöd vid kronisk sjukdom, framgångsrika vårdmöten och samsjuklighet i neuropsykiatriska sjukdomar finns här:

Kunskapscentrum för neuropsykiatriska svårigheter hos barn och unga med diabetes, KNEP – Karolinska Universitetssjukhuset www.karolinska.se/for-patienter/astrid-lindgrens-barnsjukhus/test/



Josephine Haas, överläkare Sachsska barn- och ungdomssjukhuset, doktorand Institutionen för Klinisk forskning och utbildning, Södersjukhuset, Karolinska Institutet, Stockholm. Tidigare styrelsemedlem svensk förening för ungdomsmedicin E-mail: josephine.haas@regionstockholm.se



Esther te Poele, MD-PhD, överläkare Barn- och ungdomssjukvården Skaraborgs sjukhus Skövde, styrelsemedlem svensk förening för ungdomsmedicin E-mail: esther.te.poele@vgregion.se

Buksamärtor och menstruationsrubbingar hos tonårsflickor – vem tar hand om dem?

Flickor söker ofta vård för buksamärtor och menstruationsrubbingar. Vårdpersonal på barn- och ungdomskliniker tycker ofta att det är en utmaning att ställa frågor om menstruation och sexualdebut (1). Om föräldrar är med i rummet är det dessutom svårt att få uppriktiga svar från patienten.

Flickor med buksamärtor och menstruationsrubbingar skickas ofta mellan verksamheter. Gynekologer säger ”hon är för ung” och skickar till barnläkare, som svarar: ”Vi kan inget om mensrubbingar och dysmenorré”. Hon skickas då vidare till ungdomsmottagning, som kanske inte alltid tar emot personer under tolv år. Detta leder till stor frustration och oro.

Vad behöver göras?

Enligt en enkätundersökning via Södersjukhuset 2017 svarade 14 procent av 16-åriga flickor att de var hemma varje månad och 45 procent flera gånger per år p g a dysmenorré (2). 83 procent upplevde extrem trötthet under menstruation, vilket även kan bero på anemi. Icke-farmakologiska metoder för minskad smärta som värmekudde och regelbunden fysisk aktivitet är ofta inte tillräckliga vid svåra besvär. Om fulldos paracetamol och NSAID inte ger smärtlindring ska p-piller övervägas, oavsett behov av antikonception (5). P-piller i långcykelbehandling (patienten gör inte uppehåll för mens) har fördelen av att minska eller förhindra blödning. Långcykelbehandling är också särskilt lämpligt vid samtida tillstånd där läkemedelskoncentration eller sjukdomsförlopp påverkas av könshormoner. P-pilleranvändande minskar också risken för ovarial-, endometrie- och kolorektalcancer (5). Ingen gynekologisk undersökning eller diagnos krävs innan p-pillerinsättning.

Differentialdiagnoser vid akut buksamärta

Vid akuta buksamärtor behövs tydliga

könsspecifika riktlinjer för att utesluta gynekologiska orsaker, även hos den unga flickan. Handläggning kan ske inom barn- och ungdomsklinik innan gynekolog kontaktas. Ovarialtorsion ger en mycket kraftig smärta. Diagnos ställs via ultraljud, vilket också rekommenderas vid misstanke om rupturerad ovarialcysta eller smärtsam ovulation. Var liberal med u-HCG på flickor med buksamärtor för att utesluta patologisk graviditet. Provtagning för könssjukdomar kan också vara aktuell eftersom salpingit orsakad av STI kan föreligga. Efter insättandet av spiral eller efter abort/missfall behöver endometrit misstänkas.

Psykosocial anamnes

Vid upprepade akutbesök med buksamärtor är det viktigt att ta en utvidgad ungdomsmedicinsk anamnes med till exempel HEADSS (se artikel om Ungdomsvänlig vård). Detta anamnesverktyg är anpassat efter ungdomars behov. Inte sällan kan det inledande mötet då leda till större förståelse för bakomliggande problematik. Egentid med behandlaren behövs för uppriktiga svar.

Sammanfattningsvis bör flickor som söker vård för buksamärtor och mensrubbingar kunna handläggas på barn- och ungdomsklinik. Dysmenorré är ett smärttillstånd som ska behandlas. Gynekolog konsulteras vid behandlingsresistent dysmenorré, eller vid akut buk med misstänkt gynekologisk orsak.

Referenser

1. Alenvall J, Axelsson F. Akut

buksamärta hos tonåringar ur ett genusperspektiv: Ett synliggörande av det akuta omhändertagandets genus bias. <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:1108129/FULLTEXT01.pdf>

2. Söderman L, Edlund M, Mariöns L. Prevalence and impact of dysmenorrhea in Swedish adolescents. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2019;98(2):215-221.
3. SFOG. SFOG-Råd om Endometriosis Del 15. Barn och unga med dysmenorré/endometriosis. <https://www.sfog.se/media/336864/del-15-barn-och-unga-med-dysmenorré-endometriosis-191115.pdf>
4. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård vid endometriosis. www.socialstyrelsen.se/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/riktlinjer-och-utvarderingar/endometriosis/
5. Läkemedelsverket. Antikonception – behandlingsrekommendation. <https://www.lakemedelsverket.se/globalassets/dokument/behandling-och-forskrivning/behandlingsrekommendationer/behandlingsrekommendation/antikonception.pdf>



Dysmenorré ska inte negligeras eller normaliseras. Behandling kan insättas av barn- och ungdomsläkare.

Behandling dysmenorré:

1. Fulldos paracetamol och NSAID. Kan kombineras med alla hormonpreparat.
2. P-piller! Barn- och ungdomsläkare kan och bör initiera denna behandling. Det ökar flickans möjlighet till hälsa och skolnärvaro. P-piller, som

- leder till anovulation och amenorré, kan minska sjukdomsburden oavsett om den beror på endometriosis eller inte (3, 4).
3. Vid utebliven symtomlindring bör gynekolog konsulteras för vidare utredning och behandling. Obser-

vera att gynekologisk undersökning och/eller ultraljud inte behövs för att vare sig ställa diagnos endometriosis eller för att initiera behandling med p-piller.



Pia Jakobsson Kruse, överläkare gynekologi och obstetrik, Ungdomsenheten Södersjukhuset.
E-mail: Pia.jakobsson-kruse@regionstockholm.se



Ann-Christine Nilsson, mödrahälsovårdsöverläkare, Örebro läns landsting.
E-mail: ann-christine.nilsson2@regionorebrolan.se



Anna Gutniak, specialist i allmänmedicin, Professionell utveckling, läkarprogrammet, Karolinska Institutet, Svensk förening för ungdomsmedicin.
E-mail: agutniak@gmail.com

Unga och sexualitet i mötet med vården

Sexuell hälsa är viktig för människan, inte minst i ungdomsåren. Att adressera sexualitet kan bidra till fysiskt och psykiskt välmående för våra patienter. Kunskap om ungdomars sexualitet underlättar en öppen dialog.

I tidig adolescens väcks det sexuella intresset. Initialt handlar nyfikenheten mer om den egna kroppen än om någon annans. Den spirande kroppen skyler sig gärna, och funderingar kring könsidentitet och sexuell läggning kan förekomma. När den nyakroppen börjar ta form kan den visas upp. Putande läppar, sexpacksmag och poserande rumpor räknas ”likes” på sociala medier. I mellanadolescensens identitetssökning är sexuell orientering och könsidentitet inte självklara konstanter. Intimitet och relationer blir viktiga.

Det är vanligt att tonåringar använder kondom. Medelåldern för sexdebut med partner i Sverige är svårvärderad men verkar ligga oförändrad kring drygt 16 år (1).

2). För unga inom statlig institutionsvård ett par år tidigare (3). Vid övergången till vuxenlivet ses tilltagande ömsesidighet i romantiska relationer och en mer stabil sexuell identitet. Ofta finns funderingar kring familjeplanering och fertilitet.

Porr är mer tillgängligt än tidigare, ändå minskar porrkonsumtionen

överlag. Pojkar är drygt 12 år när de aktivt börjar söka upp porr och flickorna knappt 14 år (medelålder). Bland pojkar i åldern 13-16 år, tittar 20 procent på porr en eller flera gånger i veckan. Den stora majoriteten av unga i åldern 13 till 17 år, tittar inte på porr (1).

Frågor om sex?

Det är svårt att prata om sex, men unga vill prata om sex med vuxna, och värderar kunskapen högt (1).

Hemsidor med bra information för unga:

Umo.se, rfsu.se, sexirorelse.se
App: Mitt privatliv (funkis)

Podcast för vårdpersonal om sex
Sex på arbetstid (sexpaarbetstid.
podbean.com) Rapporterna i referenslistan har bra och korta sammanfattningar av sina resultat.

som byter namn till ”sexualitet, samtycke och relationer”.

Personliga assistenter, beskyddande föräldrar och ett förhållningssätt till ungdomen som en asexuell individ försvårar kunskapsinhämtning och sexuellt utforskande såväl på nätet som med den egna kroppen (4). Kronisk sjukdom kom-

plicerar förhållandet till och utövandet av sex och sexuella riskbeteenden (5). Sexuell utsatthet är också överrepresenterad bland personer med fysisk och psykisk funktionsnedsättning, och bland obesa.

Vid sjukdomar eller behandlingar som påverkar fertilitet eller könsorgan ligger sexuell och reproduktiv hälsa nära till hands att prata om. Ämnet är värdefullt även för andra patientgrupper. 12-åringen kanske undrar: Går det att kyssas efter en inhalation? 16-åringen med stomi eller reumatisk sjukdom kanske inte tror att samlag någonsin kommer vara möjligt? Och hur stor fysisk aktivitet innebär det förresten att ha sex – behöver insulin doserna justeras?

Prata om sex

Det finns stor anledning att i barn- och ungdomssjukvården bjuda in till dialog om sexuell hälsa redan i tidig adolescens. Förutom väl synlig information om tystnadsplikten kan informationsmaterial eller kondomer på mottagningsrummet, anslag om ungdomsmottagningens öppettider, eller salutogena frågor enligt HEADS-modellen vara ingångar i samtal. Kanske en bok om sex på enkel svenska i väntrummet?

Fysiskt och psykiskt välmående är beroende av god sexuell hälsa, och en naturlig del av tonåringens vardag. Att prata



om sex är en självklar del i det goda läkarsamtalet.

Referenser

1. Kartläggning av kunskap om pornografins inverkan på barn, Barnombudsmannen (2020) <https://www.barnombudsmannen.se/barnombudsmannen/i-fo-kus-just-nu/kartlaggning-av-kunskap-om-pornografins-inverkan-pa-barn/>
2. Rapporten Vill du ligga med mig då?, Funktionsrätt Sverige (2021) https://funktionsratt.se/wp-content/uploads/2021/06/Vill-du-ligga-med-mig-da_Rapport.pdf

3. Sexualitet och hälsa bland unga i Sverige – UngKAB15 – en studie om kunskap, attityder och beteende bland unga 16–29 år, Folkhälsomyndigheten (2017) <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/11272529714342b-390d40fe3200f48cf/sexualitet-halsa-bland-unga-sverige-01186-2017-1-webb.pdf>
4. Sexualitet och hälsa bland unga och unga vuxna inom statlig institutionsvård - en studie om kunskap, attityder och beteende bland unga och unga vuxna 16–29 år. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/6be84e4732334d-259c3e8f0f01467c92/sexualitet-halsa-unga-unga-vuxna-statlig-institutionsvard-18053.pdf>

5. Adolescent and young adult health care: A practical guide. Neinstein, L.S., et al. (2008) Femte upplagan. Kap 52. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Anna Gutniak, (se bild på sid 13) specialist i allmänmedicin, Professionell utveckling läkarprogrammet Karolinska Institutet, svensk förening för ungdomsmedicin
E-mail: agutniak@gmail.com

Ungdomsmottagningen – en spännande arbetsplats för barn- och ungdomsläkare

Ungdomsmottagningen (UM) finns till för unga upp till 25 år. Verksamheten sker på den ungas villkor med den unga i centrum. Barn- och ungdomsläkarens kompetens är en värdefull tillgång på UM samtidigt som barn- och ungdomsläkaren som arbetar på UM tar med sig kunskap och förhållningssätt som förbättrar vården för hemkliniken ungdomar.

Sveriges första UM startades i Borlänge 1970 på initiativ av barn- och ungdomsläkaren Gustaf Högberg. Han upplevde att unga i den sexuella frigörelsens 60- och 70-tal ofta kände sig vilslna i sin nya frihet och att det fanns behov av en plats dit de kunde vända sig med funderingar om livet, hälsa och sexualitet (1). Idag finns över 250 mottagningar i landet.

Ungdomen i fokus

UMs övergripande mål är att främja fysisk och psykisk hälsa med speciellt fokus på sexuell och reproduktiv hälsa. Centralt för arbetet på UM är att den unga är i fokus. Den unga bestämmer själv om hen vill komma till UM och vilka frågeställningar eller problem som ska tas upp. Att arbeta på UM kräver därför lyhördhet och flexibilitet och innebär ofta att en får tänka nytt och hjälpa till att navigera i frågor som faller utanför ens vanliga kompetensområde. Den unga kan söka UM på egen hand utan att berätta för föräldrar eller andra vuxna. Den som söker UM ska få information om och känna sig trygg med de regler som styr sekretess och integritetsskydd (2).

När unga tillfrågades om hur de upplevt besöket på UM svarade en överväldigande majoritet att de var mycket nöjda med bemötandet, att de vågade ta upp sina frågor, blev lyssnade på och fick hjälp. Tre av fyra kände till att per-

sonalen hade tystnadsplikt och av dem var 98 procent övertygade om den skulle respekteras (3).

Barn- och ungdomsläkaren på UM

För att en mottagning ska få kallas UM krävs tillgång till barnmorska, kurator eller psykolog samt läkare. Ofta bemannas läkartjänsterna av specialister i allmänmedicin eller gynekologi men det finns flera anledningar att förespråka tillgång till barn- och ungdomsläkare på UM (2).

Som barn- och ungdomsläkare har vi djupgående kunskap om normal kroppslig, mental och social utveckling under tonåren och vi har stor erfarenhet av att möta ungdomar. Därtill är vi utbildade i att diagnosticera och behandla sjukdom hos unga och är särskilt väl lämpade att hjälpa med de medicinska frågor som kan uppstå på UM när det gäller de 10-20 procent av alla ungdomar som har en kronisk sjukdom (4).

Att arbeta på UM ger ökad kunskap om sexuell och reproduktiv hälsa hos unga och vana att diskutera ämnet i patientmötet. Detta är något som efterfrågas av unga med kronisk sjukdom. I en enkät riktad till Unga Reumatikers medlemmar svarade 67 procent att de inte fått tillräckligt med stöd av vården gällande sex, samlevnad och familjeplanering (5). Barn- och ungdomsläkaren är således inte bara en tillgång för UM utan erfaren-

heten och förhållningssättet hen tar med sig kan även förbättra vården för de ungdomar som behandlas inom barn- och ungdomsmedicin. Sist men inte minst är arbetet på UM enastående roligt!

Referenser

1. Högberg P. *Ungdomsmottagningarnas eldsjälarna: Föreningen för Sveriges ungdomsmottagningar - FSUM. Första upp. [Sverige]: Föreningen för Sveriges ungdomsmottagningar, FSUM; 2011.*

2. FSUM. *Handbok för Sveriges Ungdomsmottagningar. 2018.*
3. FSUM. *Ni är grymma, keep up the good work- statistik 2012-2013 [Internet]. 2015. Tillgänglig från: <http://fsum.nu/wp-content/uploads/2018/03/statistik.pdf>*
4. *VIP i vården?: om utmaningar i vården av personer med kronisk sjukdom. Stockholm: Myndigheten för vårdanalys; 2014.*
5. *Unga Reumatiker. Unga Reumatikerrapporten [Internet]. 2018.*

Tillgänglig från: https://ungareumatikerrapporten.se/app/uploads/2018/04/22512_Unga-reumatikerrapporten_180329.pdf söndag 1 augusti 2021.

Malin Örn (se bild på sid 10), specialist i barn- och ungdomsmedicin, skolläkare Karlstad kommun, Svensk förening för ungdomsmedicin
E-mail: malin.orn@gmail.com



Laslo Erdes, specialist i barn- och ungdomsmedicin, medicinsk rådgivare ungdomsmottagningarna i Västra Götaland, tidigare styrelseledamot Svensk förening för ungdomsmedicin
E-mail: laslo.erdas@vgregion.se



Foto: iStock

Elevhälsans betydelse för ungdomars hälsa

Barn och ungdomar har rätt till bästa möjliga hälsa. En god hälsa främjar möjligheterna att gå ut grundskolan med godkända betyg, vilket är en betydande skyddsfaktor för framtida hälsa som helhet. En samlad elevhälsa ger ungdomar förutsättningar till en god hälsa.

Elevhälsan omfattar medicinska, psykologiska, psykosociala och specialpedagogiska insatser. För dessa insatser ska det finnas tillgång till skolläkare, skolsköterska, psykolog och kurator samt specialpedagogisk kompetens. Elevhälsan ska främst verka förebyggande och hälsofrämjande och bidra till att skapa miljöer som främjar elevernas lärande, utveckling och hälsa. Elevhälsan ska också bevaka skolans kompensatoriska uppdrag, d v s att elever oavsett socioekonomisk bakgrund eller funktionsvariationer, ges förutsättningar att nå kunskapskraven (1).

Folkhälsomyndighetens återkommande undersökning Skolbarns hälsovanor i Sverige (2) visar att psykosomatiska symtom som huvudvärk, magont, ryggont och yrsel har ökat över tid samt med stigande ålder. Jämfört med den första undersökningen 1985/86 har psykiska symtom som bl a sömnsvårigheter och nedstämdhet fördubblats för 13- och 15-åriga flickor. Även hos pojkar ses ökade psykosomatiska och psykiska symtom, men i lägre grad.

Betonar skolans hälsofrämjande roll

Majoriteten av eleverna i Sverige skattar sin hälsa som god. Däremot framkommer att trivseln i skolan minskar och en större andel elever uppger ökad stress i skolan vilket är en oroande utveckling.

Stress i skolan ses som en bidragande orsak till ungdomars ökande psykiska ohälsa liksom sociala skillnader i samhället, vilka också tilltagit de senaste decennierna. Utöver detta har covid-19-pandemin enligt flera studier och observationer påverkat hälsan negativt.

Svenska läkaresällskapets initiativ Kraftsamling för ungas psykiska hälsa (3) betonar skolans hälsofrämjande roll, liksom att skolan är den mest relevanta arenan för olika interventioner. De initiativ som bedöms ha tydliga positiva effekter på ungas psykiska hälsa belyses, såsom regelbunden strukturerad fysisk aktivitet, balans mellan tid ägnad åt digitala medier och hälsofrämjande aktiviteter, "Livskunskapsprogram" för att stärka självkänslan men även kunskaper att hantera stress och skapa positiva förändringar. Vikten av anpassade kunskaps- och betygskrav till ungas utveckling och förutsättningar samt tidig upptäckt och stöd till unga med ökad risk för psykisk ohälsa betonas därutöver. Inom alla dessa områden kan elevhälsan spela en viktig roll och får därmed stor betydelse för ungdomars hälsa.

Möjliggör för ungdomar att vara delaktiga

Elevhälsan kan nå alla elever med hälsofrämjande insatser men även skapa bättre förutsättningar för barn och unga i behov av extra stöd. Elevhälsopersonal

är känd för ungdomarna och har ofta god personlig kännedom om ungdomars livsmiljö, familjeförhållanden och behov. Detta skapar möjligheter till ett gott bemötande och ungdomsvänlig vård. Elevhälsan är lättillgänglig för ungdomarna, som ofta söker kontakt på eget initiativ. Elevhälsan erbjuder därutöver systematiska hälsobesök till alla elever. Elevhälsan möjliggör även för unga att vara delaktiga i t ex utformning av olika insatser så att hänsyn tas till ungdomars behov.

En förutsättning för att genomföra dessa insatser är lokal samverkan mellan elevhälsans professioner, socialtjänst samt hälso- och sjukvård. Detta uppmärksammas även i den statliga utredningen Börja med barnen (5). Även fritidsarenan utgör en viktig hälsofrämjande roll. Elevhälsan är betydelsefull i samverkan mellan skola och sjukvård, vilket underlättar för elever i sina vårdkontakter. Elevhälsan har således verktyg och möjligheter att påverka ungdomars hälsa, men för att lyckas fullt ut krävs denna nära samverkan både med aktörer på skolan liksom utanför skolarenan.

Referenser

1. Skollag (2010:800), 2010.
2. Skolbarns hälsovanor i Sverige 2017/18 grundrapport. Folkhälsomyndigheten, 2018.



Foto: iStock

3. Rapport Kraftsamling för ungas psykiska hälsa Svenska läkaresällskapet, 2021.
4. Milerad, J. & Lindgren, C. (red.) (2017). Evidensbaserad elevhälsa. (Andra upplagan).
5. Börja med barnen! En sammanhållen god och nära vård för barn och unga. Delbetänkande av Utredningen om en sammanhållen god och nära vård för barn och unga. Peter Almgren, SOU 2021:34, 2021.



Nils Lundin, överläkare barn- och ungdomsmedicin, Helsingborgs lasarett, skolläkare. Tidigare styrelseledamot Svensk förening för ungdomsmedicin
E-mail: nils.lundin@skane.se



Anna Enström specialist i barn- och ungdomsmedicin, skolöverläkare Karlstads kommun, Svensk förening för ungdomsmedicin
E-mail: anna.enstrom@karlstad.se

Game eller game over – hur ser ungas medieanvändande ut idag?

Dataspelande och skärmanvändning är en vanlig anledning till föräldraoro och källa till konflikter i många tonårshem. Men när blir medieanvändande egentligen ett problem? Hur vet man att spelberoende utvecklats och vilka frågor behöver ställas för att hitta de som behöver hjälp med sitt spelande?

Foto: iStock

Nästan alla ungdomar använder internetbaserade medier dagligen. Användandet har ökat över tid. En majoritet använder nu internet mer än tre timmar/dag. Pojkar spelar mer än flickor och det är vanligast med spelande i mellanadolescensen. Flickor använder sociala medier i högre utsträckning än pojkar. Snapchat, Tiktok, Instagram och Youtube är de överlägset vanligaste sociala medierna (1).

Unga använder sociala medier som ett tillgängligt och tidseffektivt kommunikationssätt (2). Vidare kan spel utgöra ett sammanhang där man får snabba belöningar, är självständig, har kontroll, upplever gemenskap och lyckas. Spel används för många också som en "copingstrategi". Här kan det vara viktigt att skilja på om spelandet utgör en paus för återhämtning eller om det innebär flykt och ett undvikande av en för övrigt jobbig situation.

Ungdomar med hög medieanvändning rapporterar mindre livstillfredsställelse och mer symtom på psykisk ohälsa (3), men uppföljning över tid har inte visat att hög medieanvändning leder till ökad psykisk ohälsa. Istället anses hög medieanvändning vara en indikator snarare än en riskfaktor för psykisk ohälsa (4). Unga med psykisk funktionsnedsättning rapporterar också en högre medieanvändning än andra. Dessutom är de mer utsatta för hot, mobbing och kränkningar på nätet (1).

Skyldighet att förebygga spelproblem

Ungefär 2 procent av den svenska befolkningen har spelproblem och 0,4 procent uppfyller kriterier för spelberoende. Varje år tillkommer 100 000 problemspelare. Bland dessa är den psykiatriska samsjukligheten betydande och suicidrisken för-

höjd (5). Snabba internetspel om pengar har en hög beroendepotential och ungdomar är särskilt känsliga för detta. Ett nytt oroande fenomen, "High Stakes", handlar om att man smyger in spel om pengar i on-linespel. Detta behöver uppmärksammas.

Från och med den 1 januari 2018 ingår problem med spel om pengar i socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen. Det innebär att kommuner och regioner är ålagda att förebygga spelproblem samt att erbjuda stöd och behandling till personer som har allvarliga problem med spel om pengar.

Snabbscreening utförs med evidensbaserade verktyg och kräver inte specialistkompetens. Huvudsaklig behandling är KBT (5). Det förebyggande arbetet mot spelproblem bör kombinera åtgärder på olika nivåer och arenor. Framgångsrik

spelberoendeprevention stärker skyddsfaktorer och minskar riskfaktorer. På regulatorisk nivå behövs åldersgränser. I lokalsamhället vet man att en trygg uppväxt med goda sociala och ekonomiska villkor samt en bra skolgång och godkända betyg också skyddar. Alkoholföräring i samband med spel är en riskfaktor och en senare alkoholdebut skyddar. Likaså är en god psykisk hälsa en skyddsfaktor. Att kartlägga skydds- och riskfaktorer samt att tidigt identifiera problematiskt spelande är viktigt.

Hjälp finns att få

Flera lokala initiativ och behandlingsmetoder finns. Här ges några exempel: Flamman är ett socialt förebyggande centrum i ungdomsgårdsform i Malmö. De har riktade verksamheter som även inkluderar utbildning. I Linköping finns Reconnect som arbetar med råd till ungdomar och till föräldrar kring spelande. I Linköping finns dessutom landets enda behandlingshem för spelberoende vid namn "Game over". Uppsala spelberoendecentrum erbjuder också behandling och anhörigstöd. Spelberoendes riksförbund organiserar anhöriga och spelare. På BUP mottagningarna i Lund, Malmö och Eslöv utvärderas KBT för behandling av dataspelande.

Referenser:

1. Statens medieråd. *Unga & medier 2021*.
2. Décieux JP, Heinen A, Willems H. *Social Media and Its Role in Friendship-driven interactions among Young People: A Mixed Methods Study*. *YOUNG*. 2019; 27(1): 18–31.
3. Khan A, Lee EY, Rosenbaum S, Khan S, Tremblay M. *Dose-dependent and joint associations between screen time, physical activity, and mental wellbeing in adolescents: an international observational study*. *Lancet Child Adolesc Health*. 2021; 5: 729–38.
4. Tecla Beeres D, Andersson F, Vossen H, Rosaria Galanti M. *Social Media and Mental Health Among Early Adolescents in Sweden: A Longitudinal Study With 2-Year Follow-Up (KUPOL Study)*. *Journal of Adolescent Health*. 2021; 68(5):953-960.
5. Widinghoff C, Håkansson A. *Spelberoende är en högaktuell diagnos. Snabba internetspel om pengar har stor beroendepotential – KBT ger god effekt*. *Läkartidningen*. 115, 2018, Vol. 46.

FAKTA

Frågor som speglar problematiskt dataspelande:

Hur ofta under de sex senaste månaderna...
 ...har du tänkt hela dagen på att spela spel?
 ...har du känt att du använt mer och mer tid till spel?
 ...har du spelat för att glömma det verkliga livet?
 ...har andra utan framgång försökt få dig att minska spelandet?
 ...har du mått dåligt på att du inte kunnat spela?
 ...har du bråk med andra (t ex familj, kompisar) om hur mycket tid du lägger på att spela?
 ...har du struntat i andra viktiga aktiviteter (jobb, skola, träning) för att istället spela spel?



Emma Frigyesi, Barn- och ungdomsmedicin, Barn- och ungdomskliniken Helsingborgs lasarett Svensk förening för ungdomsmedicin
 E-mail: emma@frigyesi.se

Charlotte Nylander, barnhälsovårdsöverläkare Region Sörmland, medicine doktor, svensk förening för ungdomsmedicin
 E-mail: charlotte.nylander@regionsormland.se

Länkar för mer information

<https://www.umo.se/att-ta-hjalp/att-prata-med-nagon/terapi-hjalpte-max/>
<https://www.folkhalsomyndigheten.se/spelprevention/>
<https://www.stodlinjen.se>
<https://www.spelpaus.se/>
<https://www.gamblersanonymous.se/kontakt>
<https://www.flammanmalmo.se/highstakes>
<https://www.reconnect.se/>



Ett Stockholm i höstskrud välkomnade årets besökare från hela landet till årets Barnvecka. Foto: iStock

Besöksrekord på årets Barnvecka i Stockholm

Några soliga dagar i slutet av september så blev den äntligen av. Eventet som många väntat på tog plats på KI och huvudsakligen i Aula Medica och på Karolinska Universitetssjukhuset. Inte nog med att det var stor uppslutning, arrangörerna kunde även glädjas åt ett besöksrekord.

Så många som 1 340 personer registrerade sig för att få vara med på inspirerande föreläsningar, frågestunder, seminarier och ett trevligt brett socialt program.



Det var många som uppskattade att Barnveckan äntligen blev av. På bilden syns ordförande i Riksföreningen för barnsjuksköterskor docent Helena Wigert. Tillsammans med ordföranden för Svenska Barnläkarföreningen, professor Lena Hellström Westas och organisationskommittén vid Astrid Lindgrens barnsjukhus höll hon i trådarna för årets Barnvecka. Foto: Merja Vantaa Benjaminsson



Glädjespridare bland barn. Sjukhushunden Moltas ingår i ett terapihundteam som arbetar på Astrid Lindgrens Barnsjukhus/SABH (sjukhusansluten avancerad barnsjukvård i hemmet) med svårt sjuka barn. Barnen får träffa Moltas i sina hem och på lekterapin. Han besöker även barn/familjer på Lilla Erstagården, Stockholm, Sveriges enda barnhospice. Två ägaren/barnskötare Anette Jirbäck, blir intervjuad.



Tre glada barnläkare på väg till mässan på Karolinska sjukhuset
Foto: Merja Vantaa Benjaminsson

På Nationalmuseum fanns möjlighet att få vara med om en mycket uppskattad visning. Den belyste inte bara konsten, utan även intressanta berättelser kring den omtalade renoveringen som nyligen gjort i museet. Foto: Merja Vantaa Benjaminsson



Under Barnveckans första kväll bjöds på underhållning och fin middag på Junibacken. Här syns den vackra utsikten med båtar som töjts vid kajen på natursköna Djurgården. Foto: Merja Vantaa Benjaminsson

Prisregn under Barnveckan



Nicolas Pejovic, institutionen för global folkhälsa, Karolinska institutet, tog emot årets Rolf Zetterström-pris för bästa pediatrika avhandling, 2021. I hans avhandling *No cry at birth. Neonatal resuscitation in low resource setting: role of the laryngeal mask airway*, visar Nicolas hur larynxmasker, som tidigare inte varit tillgängliga för barnmorskor att använda, har visat sig vara mer effektiva jämfört med traditionell mask och blåsa.



Anders Tidblad, barnläkare vid Astrid Lindgrens barnsjukhus, tilldelades priset för bästa översiktsartikel baserad på en akademisk avhandling i pediatrik från år 2018-2020 i tidskriften *Acta Paediatrica*, för sin artikel: "The history, physiology and treatment safety of growth hormone"



Anna Asarnej, biträdande överläkare och barnallergolog på Astrid Lindgrens barnsjukhus belönades för bästa refereutlåtande i tidskriften *Acta Paediatrica*. Anna är även medlem i Barnläkarens redaktionsråd.



Varje år sedan 2006, har Stiftelsen Acta Paediatrica delat ut priset Young Investigator Award till en lovande ung forskare. Vinnare år 2020 är Agnes Linnér och artikelns titel är *Immediate skin-to-skin contact feasible for very preterm infants but thermal control remains challenge*.



Ulrika Ådén gratulerar Felicia Nordenstam, Enheten för Barnkardiologi, Karolinska Universitetssjukhuset till Rolf Zetterström-priset för Bästa avhandling, 2020. Samtliga prisutdelningar ägde rum på Biomedicum, Karolinska Instituteti Solna.



KI:s rektor Ole Petter Ottersen, Marianne Thoresen, och Hugo Lagercrantz. Marianne Thoresen, professor vid Oslo Universitet, har belönats med 100 000 svenska kronor från Stiftelsen Barnforskningen vid Astrid Lindgrens barnsjukhus. Hon får det för sin epokgörande forskning rörande neuroprotektiv behandling av nyfödda barn, som drabbats av svår syrebrist. Hon har i både experimentella och kliniska studier visat hur terapeutisk avkylning förhindrar att hjärnan skadas. Det har resulterat i att väldigt många barn räddats från att drabbas av hjärnskador såsom cerebral pares och kognitionshandikapp. Hon mottog priset på Karolinska institutet (KI) i samband med Barnveckan den 29:e september i år av Hugo Lagercrantz, som fått äran att utse pristagaren och avtackades efter sin prisföreläsning av KI:s rektor Ole Petter Ottersen. Foto: Ola Nilsson

Om dahlian och en oväntad koppling till Sahlgrenska sjukhuset

Sensommarens vackraste blommor är för mig dahliorna som erbjuder en sällsynt färgprakt och variation. Dahlian härstammar från Mexiko och är uppkallad efter Andreas Dahl som var en av Linnés duktigaste lärjungar. Innan Dahl blev medicine adjunkt och botanices demonstrator vid universitetet i Åbo var han i flera år i Clas Alströmers tjänst. På så sätt finns också en indirekt koppling till Sahlgrenska sjukhuset. Hur hänger då detta ihop?

På 1700-talet var medicinen och botaniken så nära förbundna med varandra att Carl von Linné och Nils Rosén von Rosenstein, till ömsesidig belåtenhet, kunde byta professurer med varandra. Linné var både läkare och botaniker liksom många av hans lärjungar, men det är i regel som botaniker som Linnélärjungarna är ihågkomna. Inte sällan påminns vi om dem genom att de har fått vackra blommor uppkallade efter sig (1).

Linnélärjungarna Andreas Dahl och Clas Alströmer

Andreas (Anders) Dahl föddes år 1751 i ett prästhem i Varnhem. När han var fyra flyttade familjen till Saleby (nära Lidköping) där fadern hade blivit kyrkoherde. Efter skolgång i Skara blev Dahl 1770 student i Uppsala (2–4). I Uppsala blev han en av Linnés flitigaste och mest entusiastiska lärjungar.

Sedan fadern dött fick Andreas det ekonomiskt svårt. Med rekommendation från Linné anställdes Dahl som intendent hos den välbeställda Clas Alströmer. Den 15 år äldre Alströmer var son till Jonas Alströmer, som alla svenska skolbarn känner till som den person som införde potatisen i Sverige. Liksom Dahl hade Clas Alströmer studerat i Uppsala och också Alströmer var en hängiven lärjunge till Linné (1,5).

Hos Clas Alströmer blev Dahls uppgift att sköta Alströmers naturaliesamling, framför allt herbariet, och den förnämliga botaniska trädgården vid Alströmers egendom Kristinedal utanför Göteborg. Kristinedal låg på södra sidan av Sävån, mellan dagens Bagaregården och Gamlestaden. Den mångsidige Clas Alströmer är bland annat ihågkommen genom att

Linné uppkallade växtsläktet *Alstroemeria* efter honom (1,5).

Länken till Sahlgrenska

Hur var det då med kopplingen till Sahlgrenska? Jo, Niclas Sahlgren var förmögen direktör i Ostindiska kompaniet och Clas Alströmer var gift med en av Sahlgrens döttrar. När Niclas Sahlgren gick bort 1776 blev det Clas Alströmers ansvar att se till att donationerna i testamentet förverkligades. Bland annat hade Sahlgren donerat stora medel till en nyttig inrättning för Göteborgs invånare. Genom Clas Alströmers försorg kom Sahlgrens donation att användas till skapandet av det sjukhus som ännu bär hans namn (5).

Sorgligt tidig död

När Carl von Linnés änka skulle sälja Linnés samlingar och bibliotek försökte Dahl rädda kvar samlingarna i Sverige. När Dahl lyckades få fram medel för detta var samlingarna dock tyvärr redan sålda till England och på väg dit (1,2).

År 1786 promoverades Dahl till medicine doktor i Kiel och år 1787 utnämndes han till medicine adjunkt och botanices demonstrator vid Åbo universitet (fram till 1809 var ju Finland en del av det svenska riket). Dahls tid i Åbo blev dock sorgligt kort. Han dog 1789 i en "slemfeber", endast 38 år gammal (2).

Växtsläktet Dahlia

För att hedra minnet av Andreas Dahl gav föreståndaren för Madriids botaniska trädgård, Antonio Jose Cavanilles, ett par år efter Dahls död namnet Dahlia åt en ny växt från Mexiko (1–4). Från början lär tanken ha varit att man skulle äta de saftiga och köttiga rötterna men smaken var

så säregen att detta inte slog igenom. Det var istället när man upptäckte att man genom korsning kunde få fram en mängd olika färger och former som dahlian blev populär (4). Dahlian blommar från juli till september och är min personliga favorit bland sensommarens blommor (Bild 1–4).

Referenser

1. Silander Hökerberg A. *Män omkring Linné*. Ruter Media Group. Laholm, 2000. ISBN 91-630-9722-2.
2. Birger S. Anders Dahl. *Svenskt biografiskt lexikon*. <https://sok.riksarkivet.se/sbl/artikel/15769>
3. *Naturhistoriska riksmuseet. Andreas Dahl*. <https://www.nrm.se/forskningsochsamlingar/botanik/botaniskhistoria/andreasdahl.210.html>
4. Svenska Dahliasällskapet. *Historien om Andreas Dahl*. https://www.svenskdahlia.se/?page_id=207
5. Nyberg, G. *Clas Alströmer – Vetenskapsman, mecenat, patient*. Carlsson Bokförlag. Stockholm, 2011. ISBN 978-91-7331-400-8.



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



Bild 1. Piondahlian "Bishop of Llandaff". Botaniska trädgården, Lund. Foto: Göran Wennergren



Bild 2. Halskråsdahlian "Pooh – Swan Island". Botaniska trädgården, Lund. Foto: Göran Wennergren



Bild 3. Stjärndahlia. Botaniska trädgården, Lund. Foto: Göran Wennergren



Bild 4. Dekorativdahlian "Deutschland". Blomsterbacken, Råda säteri, Mölnlycke. Foto: Göran Wennergren

Kulturredaktör:
Göran Wennergren



JULSAGA 2021

Det hände sig vid den tiden i världens bästa land, där man kunde röra sig ganska fritt utan munskydd trots den pågående farsoten. En höggravid kvinna och hennes man, som semesterat i Brasilien kom hem i slutet av hösten. Det var inga problem att gå genom passkontrollen på Arlanda eftersom de hade svenska pass och slapp därmed alla slags kontroller. Den blivande pappan, som egentligen inte var pappa till barnet, kunde börja arbeta på äldreboendet Skoga i Solna igen. Hen kände sig visserligen lite snuvig, febrig och hostig, men det förelåg personalbrist, så hen var välkommen tillbaka till jobbet. Helst skulle hen förstås bära munskydd, men de hade tagit slut på lagret.

Den höggravida kvinnan hade blivit befruktad genom in vitro-fertilisering i Levanten Väffeldagen den 25 mars. Till skillnad från mannen ville hen hellre ha en så kallad tös än en gosse. Men genom CRISPR-tekniken kunde man få fram en könsneutral avkomma. I världens bästa land var det nämligen möjligt att redan som barn få byta kön om man inte var nöjd. Den socialdemokratiska regeringen hade dessutom slagit fast att den kvinnliga hjärnan är en social konstruktion.

På kvällen den 24 december började den blivande mamman få värkar och paret åkte därför in till Nya Karolinska Universitetssjukhuset i Solna. De blev dock avvisade eftersom sjukhuset bara tar emot komplicerade fall, som kan inkluderas i olika forskningsprojekt. Paret tog därför en taxi till Huddinge sjukhus. Man hann dock inte fram i tid utan det blev en förlösning mitt på Essingeleden exakt klockan 12 på natten. Det gick ganska bra då taxichauffören fått lära sig förlösa barn. Hen var nämligen från Sollefteå där taxiförare fått särskilda lektioner om barnafödande, efter att dess BB hade stängts och man måste köra över 10 mil till närmaste förlösningssjukhus. Barnet fick Apgar 7 och 9 men blev efter ett tag lite snabbandat och cyanotiskt. Mamman skrek att de måste åka till Astrid Lindgrens barnsjukhus, men taxiföraren kunde inte hitta det på sin GPS. Man hade nämligen tagit bort Astrid Lindgren från sjukhusnamnet. Dels hade hen i en av Pippiböckerna gjort pappan till en N-kung i Söderhavet och dels ville hen inte betala 104 procent skatt. Till

slut gick mamman med på att åka till Tema-barn i Solna. Där fanns dock ingen plats, varför man för vidare till Sankt Martins stall vid Solna kyrka. Jourhavande sjukhuspräst läste upp och barnet kunde läggas i en gammal krubba med lite halm. Jourhavande neonatolog tog sin elsparkcykel och kom snabbt över med CPAP-utrustning och en syrgastub.

Solna kyrkas klockor ringde över nejden. Herdarna (Securitasvakterna på nuspråk) vaktade kronprinsessans får i Hagaparken. De noterade särskilt en stjärna som lyste starkt. Barnet tillfrisknade och kunde börja ammas. Familjen fick stanna kvar i stallet, eftersom de hade blivit av med andrahandskontraktet på sin bostad.

Efter tretton dagar uppvaktades barnet av tre visa personer. Först kom statsepidemiologen med en flaska Alcolgel. Hen erbjöd sig också att se till att barnet kunde få en tatuering utformad som ett porträtt av honom. Den andra visa personen var en professor från Göteborg, som tyckte att det var fel att ge barnet Alcolgel, då hen ansåg att man inte bör desinficera händerna. Hen gav i stället barnet en liten flaska med mikrobiom som framställt av mammans tarmbakterier. Den tredje visa personen var utbildningsministern, som överlämnade en köllapp till Manillaskolan (Prinsessan Estelles skola). Det kanske var lite emot henoms principer men i det här fallet måste man göra ett undantag.

Så slutar också den här julsagan lyckligt.



Hugo Lagercrantz
E-mail: hugo.lagercrantz@ki.se
Illustration: Rebecka Lagercrantz

DOI: 10.1111/apa.16067

ISSUE HIGHLIGHTS

STIMULANT DRUGS HELPED 43% OF CHILDREN WITH ADHD TO TACKLE WEIGHT ISSUES



After one year of treatment with stimulant drugs for ADHD, 43% of children who were overweight or obese had reached normal weight. The finding comes from a Swedish study carried out by Fast et al in Gothenburg.¹ Improved appetite regulation, increased behavioural control and decreased impulsivity are believed to have been some of the factors behind the weight loss. Landgren comments on the findings.² Readers may also be interested in a systematic review and meta-analysis by Lin et al on the association between paediatric obesity and telomere length.³

RECREATIONAL SCREEN TIME ALMOST DOUBLED IN NINE-YEAR-OLD CHILDREN DURING THE COVID-19 PANDEMIC



After time spent on homework was excluded, Canadian children aged 9.5 years spent an average of 24 hours per week on recreational screen time during the COVID-19 pandemic, according to a study

by McArthur et al.⁴ That was nearly 11 hours more than the time the same children spent on screens before the pandemic, when they were eight years old. The observed increase was significantly greater than the previously reported trend of one additional hour for each additional year of age. Korhonen comments on the findings.⁵

NATIONAL GUIDELINES RECOMMEND ROTAVIRUS VACCINATION FOR HOSPITALISED PRETERM INFANTS

Preterm children are at risk for severe rotavirus infections, but often miss out on receiving the vaccine due to long hospital stays. A review by Schollin Ask et al showed that vaccination led to satisfactory protection from rotavirus infections and was safe for both preterm infants, and children who had been admitted to the same neonatal



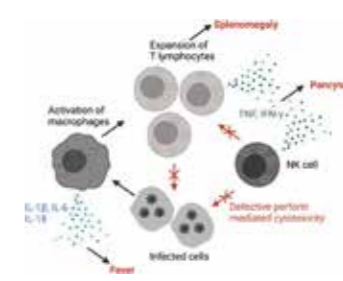
ward for other reasons.⁶ The Swedish Public Health Agency now recommends that age-eligible infants at the neonatal ward should receive the rotavirus vaccine. Readers may also be interested in a paper on the experiences of child health professionals of the introduction and successful implementation of the rotavirus vaccination in Sweden.⁷

SHOULD CHILDREN RECEIVING PALLIATIVE CARE GO TO SCHOOL DURING THE COVID-19 PANDEMIC?



Deciding whether children who are receiving palliative care should attend school during the COVID-19 pandemic can be a great burden for families, who need to balance the risk of infection with the child's psychosocial well-being. Santini et al conducted a telephone survey of the caregivers of patients from the paediatric palliative care centre in Padova, Italy, to explore decisions about school attendance. The survey also examined the caregivers' perceptions about supporting activities provided by the centre and the children's schools.⁸ Another paper in this issue, by Kreicbergs, provides a personal perspective on paediatric palliative care.⁹

VIRTUAL ISSUE ON PAEDIATRIC HAEMATOLOGY AND ONCOLOGY



Jan-Inge Henter is renowned for his research on haematological diseases in children. We have published a virtual issue, where colleagues pay tribute to Henter on the occasion of his retirement with a series of reviews and perspectives on histiocytoses and other childhood diseases.¹⁰ Guest Editor Fadeel introduces the virtual issue.¹¹

Figures:1-4: istockphoto.com, 5:Pathophysiology in familial HLH, Meeths & Bryceson

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

2666 | wileyonlinelibrary.com/journal/apa

Acta Paediatrica. 2021;110:2666–2667.

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

NOVEMBER

9/11 BLFs lunchwebinar: "Covid-19 och hjärtat: MIS-C efter primör infektion och om myokardit efter vaccination.

Info: <https://www.barnlakarforeningen.se/>

18/11-19/11 Nordic Neonatal Meeting, Stockholm

Info: <https://www.barnlakarforeningen.se/>

DECEMBER

7/12 BLFs lunchwebinar: Om ePed, läkemedel och behandlingsrek.

Info: <https://www.barnlakarforeningen.se/>

NÄSTA NUMMER

Nästa nummer har temat **Barnonkologi och hematologi** och utkommer den 28 januari.

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



HAR DU EN PEDIATRISK PATIENT MED SYMPTOM PÅ RAKIT, MEN SOM INTE SVARAR SOM FÖRVÄNTAT PÅ BEHANDLINGEN?

DET KAN VARA EN SÄLLSYNT METABOL BENSJUKDOM

DET KAN VARA XLH.

TA REDA PÅ MER



SKANNA MIG

XLHLink
Healthcare Professional

Kyowa Kirin AB, Torshamnsgatan 39,
164 40 Kista, Sweden | www.kyowa-kirin.com
KKI/SE/XLH/0034 April 2021



www.infucare.com



Behandlingsfrihet

Från sjukhusvård till egenvård i hemmet

För många lämpar sig subkutan behandling bättre

Alla patienter behöver inte komma till sjukhus för att få medicinsk behandling. En rad läkemedel kan administreras subkutan i stället för intravenöst. Det möjliggör att behandling tillsammans med optimala hjälpmedel kan tas i hemmiljö. Subkutan infusion är en känd och dokumenterad metod som har använts under flera decennier.^{1,2} De flesta patienter föredrar subkutan behandling med immunglobuliner framför intravenös behandling.³

Vilka av dina patienter skulle dra nytta av att ta sin behandling hemma?



Kontakta oss, vi hjälper er att komma igång!

Vi ger den support ni behöver – från **metod, kunskap** och **stöd** till **medicintekniska hjälpmedel**.

08-601 24 40, info@infucare.se



Gustavslundsvägen 12 • 167 51 BROMMA • +46 8 601 24 40 • info@infucare.se

Referenser:

1. Gardulf et al. The life situations of patients with primary antibody deficiency untreated or treated with subcutaneous gammaglobulin infusions. *Clin Exp Immunol* 1993; 92:200-204; 2. Gardulf et al. 1995. Subcutaneous immunoglobulin replacement in patients with primary antibody deficiencies: safety and costs. *Lancet*, vol 345, feb 11, 1995; 3. Markvardsen et al, Subcutaneous immunoglobulin in responders to intravenous therapy with chronic inflammatory demyelinating polyradiculoneuropathy. *European Journal of Neurology* 2013.