



TEMA | GLOBAL HÄLSA

Obesitas är det nya hotet mot global hälsa

Globala utmaningar för att minska neonatal dödlighet

Reportage: De lämnade Sverige och tryggheten för

tjänstgöring i Uganda



NU KAN DU GE MER ÄN SYMPTOMLINDRING VID KOMJÖLKSALLERGI

HYPOALLERGENA ERSÄTTNINGAR MED SYNEO™

- ✓ Unikt innehåll av pre- och probiotika^{1-3,5}
- ✓ Återbalanserar tarmfloran¹⁻⁵
- ✓ Stöder immunförsvarets utveckling^{6,7}



SYNEO™ FÖR EN STARKARE START



Nutricia Material 2022

Läs mer om Syneo™ och Nutricias hypoallergena ersättningar på nutricia.se/syneo

Nutricia stöder WHO-koden att bröstmjolk är den bästa födan för spädbarnet. Pepticate Syneo och Neocate Syneo är livsmedel för speciella medicinska ändamål vid kostbehandling av diagnostiserad komjölksallergi, och ska användas under medicinsk övervakning.

1. van der Aa LB, et al. Clin Exp Allergy. 2010 May;40(5):795-804. 2. Burks A, et al. Pediatr Allergy Immunol. 2015;26(4):316-22. 3. Fox AT, et al. Clin Transl Allergy. 2019;9:5. 4. Sorensen K, et al. Nutrients. 2021; 13(3):935. 5. Candy D, et al. Pediatric Res. 2018;83(3): 677-86. 6. Wopereis H et al. Pediatr Allergy Immunol. 2014;25:428-38. 7. Harvey BM et al. Pediatr Res. 2014;75:343-51.

NUTRICIA
LIFE-TRANSFORMING NUTRITION

ANNONS

Innehåll

Barnläkaren

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

Ansvarig utgivare

Ulrika Ådén
E-mail: ordf@barnlakarforeningen.se

Chefredaktör/Annonskontakt

Margareta Munkert Karnros
info@barnlakaren.se

Vetenskapsredaktör

Thomas Abrahamsson
E-mail: thomas.abrahamsson@liu.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:
johanna@allaboutmeetings.se

Layout

Åsa Moréus

Tryck

DanagårdLiTHO

Redaktionsråd

Thomas Abrahamsson
Anna Undeman Asarnej
Hugo Lagercrantz
Ulrika Ådén
Josef Milerad
Göran Wennergren

Omslagsbild

Fotograf Charlotte Gawell

LEDARE	5
REDAKTÖRENS RUTA	6
TEMA: GLOBAL HÄLSA	
En framtid för världens barn? – en Lancet kommission <i>Stefan Swartling, Saskia Tommos</i>	10
Barn måste få bättre förutsättningar än bara chans att överleva <i>Anders Nordström, Hampus Holmer</i>	12
Pandemins påverkan på världens barn – förlorad tid för Agenda 2030 <i>Helena Hildenwall</i>	14
Födelsedagen – fortsatta utmaningar i strävan att nå de globala målen <i>Olivia Brunell, Susanna Myrner Höök</i>	16
Undernäring – livshotande tillstånd som berövar barn deras fulla potential <i>Pernilla Svefors, Marie Inhammar</i>	18
Obesitas är det nya hotet mot global hälsa <i>Annika Janson</i>	20
Klimatförändringars påverkan på barns hälsa <i>Daniel Helldén, Ida Persson, Amanda Sturm, Tobias Alfvén</i>	22
Global barnkirurgi – hur ser den ut idag? <i>Jenny Löfgren</i>	24
Barn och ungdomars psykiska hälsa – ett globalt perspektiv <i>Erica Mattelin, Jill Witney Åhs</i>	26
"När du pratar om det blir något i ditt hjärta lättare" <i>Anna Sarkadi</i>	28
Reportage: De lämnade tryggheten på Astrid Lindgrens barnsjukhus för tjänstgöring i Uganda: "Vi exponerades för ett minst sagt annorlunda sjukdomspanorama." <i>Cecilia Fahnehjelm, Fredrik Wikander Fahnehjelm, Emma Hernström</i>	30
VETENSKAP	
Avhandling: Very preterm infants and later lung function – impact of perinatal inflammation, club cell secretory protein and bronchopulmonary dysplasia <i>Cecilia Hagman</i>	34
KULTUR	
Albert Edelfelt – solskensmålningar och kärv realism <i>Göran Wennergren</i>	36
Bokrecensioner: Barnhjärnan – så uppkommer medvetandet och själen <i>Ingrid Olsson</i>	40
Åtta, snart nio <i>Göran Wennergren</i>	41
KALENDARUM	42

Om barnfattigdom och hjärnans utveckling

Även denna gång uteblev familjen från återbesöket till barnmottagningen. Vi i teamet hade varit oroliga för pojakens tillväxt och utveckling efter att han haft en tuff start i livet som extremt prematurfödd. Sköterskan fick småningom tag i mamman på telefon som sa att de inte kunde ta sig hit. Pojkens pappa var tvungen att jobba på något av sina flera arbeten och kunde inte följa dem till sjukhuset.

Jag har också fått höra att i min dotters musikklass i mellanstadiet finns det föräldrar som inte kan komma på sina barns konserter. Biljetterna kostar för mycket och de kan inte ta ledigt från jobbet, inte ens på kvällstid eller på helger.

Som barnläkare ser vi det på våra mottagningar, på akuten och på avdelningar. Det aktuella numret av Barnläkaren handlar om global pediatrik där låg levnadsstandard påverkar barns nutrition och överlevnad. I Sverige ser vi barnen som lever i relativ fattigdom, enligt Rädda barnens rapport 9,2% av alla barn i Sverige (2022).

Dagstidningarna svämmar över av råd om hushållsekonomi 2023. Fattigare än vi är nu har vi inte varit på flera generationer, säger ekonomerna. En sak kan vi vara säkra på: barnfattigdomen kommer inte att minska i år. När hela samhället går in i lågkonjunktur, påverkas barnen i de utsatta familjerna mest: de barn vars föräldrar står utanför arbetsmarknaden.

För oss barnläkare är kopplingen mellan socioekonomiska faktorer och barns utveckling självklar, men hur ser sambanden egentligen ut?

Det har tidigare saknats bevis för kausalsamband mellan just inkomst och utveckling av barnets hjärna. Barns utveckling kan förstås likväl påverkas av föräldrars utbildningsnivå, föräldrafärdigheter, genetik, familjestruktur och kultur.

Kan man skilja ut effekter av låg inkomst från andra faktorer när det gäller barns hjärnutveckling?

Detta gjorde en forskargrupp i New York i "Baby's first year project" med en randomiserad kontrollerad studie designad för att studera effekten av pengar på barnhjärnans utveckling. Ett tusen familjer med låga inkomster rekryterades i New York 2018-2019 i samband med förlossningen. De randomiserades

till en månatlig, gåva på antingen 313 \$ eller 20 \$ och fick använda pengarna till vad de ville. Barnets utveckling studeras nu under fyra års tid. De första resultaten på barn som gjort EEG vid 12 mån ålder (435 barn) publicerades i PNAS 2022 (1) och visade att gruppen som fick \$313 per månad hade mer högfrekvent hjärnaktivitet i frontalloben och temporalloben än gruppen som fick 20\$ per mån, det vill säga mer aktivitet i områden som är viktiga för språkutveckling, intellektuella och socio-emotionella funktioner. Effekten var i samma storleksordning som skillnader som kan uppnås med föräldrautbildningsprogram. Uppföljande studier av barnens utveckling pågår.

Vad var det nu som hände när familjerna fick mer pengar i hushållskassan, utan några krav på motprestation?

Det fanns en oro att för att våra mammorna (det nämns inte så mycket om pappor i amerikanska studier) skulle spendera pengarna på droger eller annat "onyttigt". De första kvalitativa studierna visade dock att mödrarna, redan i förväg när de visste att de skulle få pengarna, började fantisera om vad de skulle köpa till sitt barn. Vi väntar med spänning på mer data om studien.

Kimberly Noble, är barnläkare och professor i Neurovetenskap vid Columbiauniversitetet i New York och ansvarig forskare för Baby's first year studien. Hon kommer till Barnveckan i Tylösand 23 maj på John Lindsymposiet och berättar det senaste om vad som händer i barnets hjärna när fattiga familjer får mer pengar att röra sig med. Välkomna att lyssna!



Allt gott på det nya året!
Ulrika Ådén
Ordförande i BLF

The impact of a poverty reduction intervention on infant brain activity, Troller-Renfree SV et al. Proc Natl Acad Sci U S A 2022 Feb 1;119(5):e2115649119. doi: 10.1073/pnas.2115649119.

Årets Rolf Zetterström pris

I år kommer Rolf Zetterström-priset tilldelas de BLF eller BLU medlemmar, som skrivit och försvarat bästa medicinska doktorsavhandlingen inom pediatrik 2021 och 2022. Det blir således ett separat pris för 2021 och ett för 2022 eftersom inget pris delades ut förra året när Barnveckan ställdes in p g a pandemin.

Bland de nominerade kommer 3-4 bidrag väljas ut till presentation den 23 maj på Barnveckan i Halmstad. Prisutdelningen kommer sedan ske i anslutning till detta.

Nominering (max 1 sida) samt avhandling i pdf-format skickas till:
vetenskap@barnlakarforeningen.se senast den 28 februari.



Välkomna tillbaka till efter julledigheten, hoppas att ni har haft möjlighet till vila och återhämtning. Ett nytt år ligger framför oss och ett datum att markera i kalendern redan nu, är den 22-25 maj. Det är då Barnveckan går av stapeln i Tylösand, i ljuvaste försommartid och intill landets vackraste stränder. Under fyra dagar bjuder Svenska Barnläkarföreningen och Riksföreningen för Barnsjuksköterskor in till ett spännande vetenskapligt program inom såväl medicin som omvårdnad. Här kommer man att kunna delta i inspirerande föreläsningar varvade med paneldiskussioner, workshops och sedvanlig postersession. Andra dagen inleds med Global barn- och ungdomshälsa. Självklart kommer vår temaredaktör i detta nummer, tillika ordföranden för delföreningen med samma namn, Mårten Larsson att medverka.

Trots framgångarna med att minska barnadödligheten med 50 procent sedan år 2000, dör 5 miljoner barn innan sin 5-årsdag. Dödsfallen bland de allra minsta orsakas till största delen av sjukdomar i nyföddhetsperioden, infektionssjukdomar och underliggande undernäring. Merparten sker i låginkomstkontext. Att de flesta dödsorsaker går att undvika med rätt insatser, belyser ojämlikheten i världen vad gäller tillgång till hälsa och sjukvård. I många fall beror svåra hälsoproblem i utsatta områden, på att livsavgörande kunskap inte når fram där den behövs. I andra kritiska situationer är omfattande materiella insatser högsta prioritet. Syftet är detsamma, att rädda liv.

Global barnhälsa är ett brett område som både sträcker sig från makroperspektivet på folkhälsonivå, till klinisk forskning och arbete med patienter. Gemensam utgångspunkt är barns rätt till hälsosamma liv, oavsett var man är född. Men innebörden av ordet "hälsa" är inte bara ren överlevnad. Barn har rätt att växa upp och ha en god chans till att leva långa och friska liv. Felaktig näring, övervikt, psykisk ohälsa, migration och klimatförändringar är bara några få exempel på vilka svårigheter många av världens barn möter. Mårten visar i sitt urval av artiklar hur olika faktorer hänger samman och påverkar varandra. Missa inte heller reportaget på sid 30 om tre unga läkare från Astrid Lindgrens barnsjukhus som nyligen tjänstgjort i Uganda.

En helt annan del av världen möter vi i Albert Edelhelms (1854-1905) konstnärskap. Hans repertoar omfattar allt från historiskt historiemåleri till luftiga landskaps- och friluftsmålningar. Motivet skildrar både storstadslivet i Paris och lantliga vyer, ibland nära naturköna platser vid havet. För den som har möjlighet, visas hans verk i en stor utställning på Göteborgs konstmuseum i vår.

Bland bokrecensionerna denna gång har vi barnneurolog Ingrid Olsson som lovordar Hugo Lagercrantz senaste bok Barnhjärnan som ett välkommet bidrag till den populärvetenskapliga litteraturen om hjärnan. Den tänkvärda berättelsen Åtta, snart nio av Rose Lagercrantz, recenserar på sid 41. I ängslan i att stå på egna ben utan det viktigaste man har, kan marken skälva under fötterna. Men det kan vara just då man inser att det finns en hand att hålla som man kanske inte alls tänkt på innan.

God fortsättning på 2023!

God fortsättning på 2023!

Margareta Munkert Karnros

Margareta Munkert Karnros

Temaredaktör i detta nummer: Mårten Larsson



Mårten Larsson är barnläkare och ST i neonatologi vid Neonatalsektionen på Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg. Han har arbetat kliniskt internationellt med akut barnsjukvård i Guinea-Bissau och Nigeria för Läkare Utan Gränser. Han ingår också i en forskargrupp som studerar återupplivning av nyfödda i Uganda med samarbete mellan lärosäten i Uganda, Nor-

ge och Sverige. Hans globalhälsointresse har fört honom till Barnläkarföreningens delförening för Global Barn- och Ungdomshälsa där han varit styrelsemedlem sedan 2018 och ordförande sedan 2019. Han sitter även med i styrgruppen för SIGHTs nätverk Swedish Network for Global Child Health.



HJÄLP BARNEN SOM FLYR!

Bli Barnrättskämpe på reddabarnen.se



En pålitlig partner för hud och miljö



Låt oss introducera dig för Oviderm® (propylenglykol) – en parfymrad, återfuktande och mjukgörande kräm som tar hand om torr hud hos barn, vuxna och äldre. Vår kräm har utvecklats och tillverkas i Sverige. Den är helt vegansk och innehåller råvaror som vi är måna om skall vara producerade på ett ansvarsfullt sätt. Oviderm innehåller inga ingredienser med miljöfarliga egenskaper.^{1,2}

Hjälper mot torra förhållanden

Läs mer på www.oviderm.se

Referens 1. Svahnberg, P., Esbo, K., Ecotoxicological evaluation of Oviderm. Toxintelligence, 2019. 2. Svahnberg, P., Björling, I., En genomlysning av innehållet i Oviderm samt sju konkurrentprodukter ur ett miljöperspektiv, OX-2022-002(0). Toxintelligence 2021.

Oviderm® (propylenglykol) 250 mg/g kräm, hudskyddande och uppmjukande medel. Oviderm är ett registrerat läkemedel som kan förskrivas eller köpas receptfritt. **Förpackningsstorlek:** 100 g och 500 g. 500 g ingår i läkemedelsförmånen. **Indikation:** Behandling av torr hud. **Varningar och försiktighet:** Oviderm ska inte användas på brännskadad hud. Undvik applicering i hörselgången eftersom propylenglykol kan vara ototoxiskt. Innehåller cetostearylalkohol som kan orsaka hudreaktioner. **Graviditet och amning:** Oviderm ska inte användas på eller omkring bröstvårtorna vid amning. För fullständig förskrifts information och pris, se www.fass.se. **Översyn av produktresumén:** 2021-12-14.

Galenica AB | Medeon Science Park | 205 12 Malmö

Var med och stoppa hungern!

Just nu råder svår hungersnöd på många platser. Vi är på plats för människor som drabbas, och du kan vara med och rädda liv.



Bli månadsgivare nu på rodakorset.se

Temor i Barnläkaren 2023

	Utgivning:	Materialdag (annons):
1. Global hälsa	28 jan	14 dec
2. Vaccination – barn och infektioner	28 mars	10 feb
3. Kontroverser inom neonatologin	25 maj	20 april
4. Internetpediatrik på gott och ont	22 juli	5 juni
5. Ortopedi	8 oktober	23 aug
6. Barnläkarutbildningen nu och i framtiden	10 dec	21 okt

www.barnlakaren.se

ISSUE HIGHLIGHTS

THE SWEDISH COVID-19 NATIONAL COMMISSION REPORT SUMMARISED AND CRITICISED



Sweden initially chose a different disease prevention and control path to many other countries during the COVID-19 pandemic. The Swedish Government subsequently established a national commission to examine the management of

COVID-19 and Jonas Ludvigsson summarises and comments on their findings.¹ In the accompanying Editorial, Anders Björkman states that the conclusions reached by the commission appear to include critical preconceived views. He concludes that the overall Swedish model was reasonable and that, unfortunately, the commission inquiry displayed embarrassing weaknesses.²

HOW DIFFERENT GROUPS PRIORITISED THEMSELVES OVER INFANTS AND VICE VERSA



Hoegholt et al.³ used a screen-based perceptual matching task to see how different groups prioritised shapes and labels relating to themselves or infants. They found that participants who had become parents in the last year showed higher

infant prioritisation than self-prioritisation, but it was the other way around for people who had no plans to become parents in the near future. The authors also found that sleep-deprived new mothers strongly prioritised infants over themselves on the screen, while mothers who were not sleep deprived showed no differences between prioritising themselves or infants.⁴

DECLINING PREVALENCE OF CEREBRAL PALSY IN SWEDEN

The epidemiology of cerebral palsy has been studied in western Sweden for 60 years. The latest phase of this lengthy, ongoing study showed a significant decrease in the prevalence of cerebral palsy in children born from 2011 to 2014.⁵ The decline was mainly seen in term-born children, while the prevalence in children born extremely preterm was unchanged. The prevalence of



dyskinetic cerebral palsy was high, but motor severity had decreased compared with previous cohorts.

EARLY LIFE EXPOSURES AND DEVELOPMENT OF ALLERGIC DISEASES



Puisto et al.'s case-control study was based on 433 children born to mothers with allergic diseases from three ongoing probiotic intervention trials.⁶ The authors found that giving probiotics to pregnant women decreased the risk of atopic eczema in their offspring until they were 2 years of age. The study also showed that low maternal prepregnancy body mass index and intrapartum antibiotic use was associated with an increased risk of atopic eczema and allergic sensitisation. By contrast, antibiotic use during the first 6 months of life, and exposure to pets during the prenatal period and early childhood, was associated with a decreased risk. Kere and Melén comment on the findings.⁷

ENBEO COMMENTARY FOCUSES ON LEVETIRACETAM AS THE FIRST-LINE DRUG FOR NEONATAL CONVULSIONS



The evidence-based neonatology (EBNEO) commentaries are peer-reviewed appraisals of recently published studies relevant to neonatal care. They represent a unique collaboration between *Acta Paediatrica* and the International Society for

Evidence-Based Neonatology. In this issue, J. Ning evaluated a randomised controlled trial on levetiracetam versus phenobarbital and concluded that there is a need for further research on levetiracetam as the first-line drug for neonatal convulsions.⁸ The EBNEO commentaries are available free to read online,⁹ and the full reviews are available on the EBNEO Website.¹⁰



STIFTELSEN ACTA PAEDIATRICA

Stiftelsens medlemmar kallas härmed till
ÅRSMÖTE 2023

Tisdagen den 23 maj kl.12.00 – 13.15

Hotell Tylösand eller via länk

Lunch serveras. För den som önskar delta på mötet och lunch behövs föransmälan till mail@actapaediatrica.se, senast 16 maj 2023

För den som önskar delta i årsmötet online behövs föransmälan till mail@actapaediatrica.se, senast 16 maj för erhållande av länk och inloggningsuppgifter.

Föredragningslista

1. Årsmötet öppnas
2. Val av ordföranden för årsmötet
3. Val av sekreterare för årsmötet
4. Val av justeringspersoner
5. Fastställande av att årsmötet utlysts i behörig ordning samt av dagordning
6. Verksamheten under 2022. Styrelsens Årsredovisning för 2022 (kan rekvideras från mail@actapaediatrica.se)
7. Bokslut för 2022 (ingår i Årsredovisning för 2022)
8. Revisionsberättelse och fråga om ansvarsfrihet för styrelsen
9. Beslut om tecknande av firman
10. Övriga frågor
11. Mötet avslutas

Om du inte är medlem i Stiftelsen Acta Paediatrica ännu

Som barnläkare kan du bli medlem och bidra till att göra en av Europas ledande pediatrika tidskrifter ännu bättre! Betala in SEK 25 till plusgiro nr 50 39 83-9 och bli medlem på livstid. Glöm inte att ange namn och e-postadress. Är du osäker på om du är medlem sedan tidigare eller inte, kontakta mail@actapaediatrica.se.

En framtid för världens barn? – en Lancet kommission

Trots att tydliga förbättringar gällande överlevnad, nutrition och utbildning har gjorts de senaste decennierna så står dagens barn och unga inför en osäker framtid. Vissa barn drabbas redan nu extra hårt på Afrikas horn och i Pakistan av klimatkatastrofen, men framåt hotas alla barn av klimatförändringar, miljöförstöring, migration, konflikt och skadlig marknadsföring. Om vi ska lyckas nå de globala målen måste barnperspektivet vara i centrum av alla globala mål, speciellt de som rör hållbar utveckling. Det belyser UNICEF och WHO i Lancet-kommissionen *A future for the world's children?*¹

Vi vet att tidiga investeringar i barns hälsa, utveckling och utbildning har fördelar både för återstoden av deras liv samt för samhället i stort. Därför behöver beslutsfattare ha en långtidsvision som inkluderar högkvalitativ service där bland annat fri tillgång till hälso- och sjukvård bör vara högprioriterat. Men investeringarna är inte enbart monetära; aktiva medborgarrörelser och samhällsätgarder där barn och ungas röster blir hörda är också en stark källa till förändring när det gäller att nå de globala målen. Eftersom barns hälsa och välmående påverkas av alla delar i samhället så krävs ett multisektoriellt tillvägagångssätt för att säkerställa barn och ungas överlevnad och utveckling. Det kräver investeringar, inte enbart i hälsa och utbildning utan även inom sektorer som boende, lantbruk, energi och transport. Samt stadsplanering – redan nu är världen 55 procent urbaniserad, och år 2050 kommer 70 procent av oss bo i städer.

Rika länder hot mot barnens framtid

I rapporten utvärderade UNICEF och WHO länders framsteg för barns välmående och framtid baserat på indikatorer för de globala målen i relation till det hot växthusgasutsläpp utgör för barns framtid. De fattigaste länderna har en lång väg att gå för att säkerställa möjligheter för de-

ras barn att leva ett hälsosamt liv. Samtidigt hotar rikare länder alla barns framtid genom sina koldioxidutsläpp som är på god väg att skapa en oåterkallelig klimatförändring. Sverige placerade sig på plats 13 när det gäller barns välmående, men på plats 116 när det gäller hållbara nivåer av koldioxidutsläpp. Inte ett enda land presterade väl på alla de tre måtten för barns välmående, hållbarhet och rättvisa.

Den kommersiella sektorns vinstintresse utgör ett hot mot barns välmående, inte minst på grund av de miljöskador som oreglerade industrier förorsakar. Företag gör enorma vinster genom att marknadsföra produkter direkt till barn eller främja beroendeframkallande och ohälsosamma vanor. De nuvarande globala riktlinjerna är inte tillräckliga. Rapporten föreslår därför ett tillägg i barnkonventionen för att skydda barn från marknadsföring av tobak, alkohol, bröstmjölk ersättning, sötade drycker, spel samt skadliga sociala medier och olämplig användning av deras personuppgifter.

Krav på att barnen hamnar i centrum

Barn och unga är fulla av energi, idéer och hopp om framtiden. De är också arga på tillståndet i världen. Vi måste hitta ett bättre sätt att förstärka deras röster och färdigheter för en hållbar utveckling och hälsosam framtid. I målen för hållbar ut-



Foto: iStock

veckling krävs att beslutsfattarna sätter barnen i centrum för att ta i itu med den pågående krisen. I rapporten kommer UNICEF och WHO med positiva och optimistiska rekommendationer, men vi har ingen tid att förlora och inga ursäkter om vi misslyckas. En ny global rörelse för barn och ungas hälsa, är ytterst angeläget.

Referenser

1. Clark, H. et al. *A future for the world's children? A WHO-UNICEF-Lancet Commission. The Lancet* 395, 605–658 (2020).



Stefan Swartling Peterson, Professor of Global Transformations for Health Karolinska Institutet, Hälsospecialist UNICEF Sverige
E-mail: stefan.swartling.peterson@ki.se



Saskia Tommos, MMSc student Global Health, Uppsala Universitet
E-mail: saskia.tommos@gmail.com



Barn måste få bättre förutsättningar än bara en chans att överleva

Foto: iStock

Sverige har gjort viktiga bidrag till det globala arbetet med att förbättra barns chanser att överleva. Bland annat genom politiskt agerande, forskning och bistånd. Den ambitionen fortsätter och målet är nu inte enbart överlevnad utan att barn ska få möjlighet att leva långa och friska liv, fria från fysisk och psykisk ohälsa. Agenda 2030 är en utgångspunkt som ger förutsättningar för arbetet.

För mer än 20 år sedan beslöt världens regeringar att fokusera på åtta Milleniemål för världens utveckling fram till 2015. Ett av dessa handlade om att minska antalet barn som dör före fem års ålder med två tredjedelar. Världen nådde inte hela vägen fram, men den minskning som faktiskt skedde – barnadödligheten har mer än halverats till fem miljoner 2020 – är väsentlig. Det är dock fem miljoner för många barn som fortfarande dör och våra ansträngningar måste fortsätta.

Målet att möjliggöra långa, friska liv bland barn

Vaccinalliansen Gavi har sedan den tillkom för drygt två decennier sedan bidragit till att en miljard barn vaccinerats och uppskattningsvis 16 miljoner liv räddats (1). Globala fonden mot aids, tuberkulos och malaria, som firar 20-årsjubileum 2022, har bidragit till att drastiskt minska antalet barn som föds med hiv (från cirka 500 000 till 160 000) och att insjuknandet i malaria minskat med 26 procent (2). Dessa insatser har påtagligt bidragit till att minska barnadödligheten i världen, med betydande stöd från bland annat Sverige. Med Agenda 2030, som antogs 2015, sattes en ännu högre ribba för världens utveckling till 2030, med totalt 17 hållbarhetsmål, varav ett hälsomål. Det är en annorlunda agenda jämfört med Milleniemålen, som hade tre hälsomål. Men kanske ännu viktigare för barns hälsa är att hälsomålet inte längre enbart handlar om överlevnad, utan om att möjliggöra långa, friska liv och välmående. Fokus är att främja hälsa, och inte bara att hantera sjukdomar. För att möta denna målsättning att säkerställa att barn inte bara överlever utan håller sig friska både i unga år, och senare livet krävs insatser bortom hälso- och sjukvården.

Oroande negativ trend av psykisk ohälsa

Unicef är en nyckelspelare i detta arbete och viktig partner för Sverige. Utgångspunkten för deras arbete är konventionen om barns rättigheter. Barns behov ska synliggöras och barns röster ska höras. Därför är det särskilt glädjande att Unicef valt att etablera sitt innovationskontor i Sverige. För nya utmaningar krävs nya lösningar.

Den negativa trenden i hela världen vad gäller psykisk ohälsa hos barn är mycket oroande. Uppskattningsvis var femte ungdom upplever psykisk ohälsa (4) och självmord är idag en av de vanligare dödsorsakerna bland ungdomar (3). Samtidigt stiger antalet överviktiga barn i världen. Denna siffra överstiger idag antalet barn med undernäring.

Arbetet för klimatet och vår hälsa medför påtagliga möjligheter till positiva synergier – mer hållbart producerad hälsosam mat och mindre utsläpp från fossila bränslen är två exempel. Ett tredje exempel är stadsplanering som möjliggör fysisk aktivitet för både barn och vuxna. Det behövs fler lekparkar, inte mer skärmtid. Enligt Generation Peps rapport 2022 tillbringade 26 procent av barn över 13 år i Sverige mer än 5 timmar framför en skärm utanför skoltid (5).

Att investera i barns hälsa är att investera i vår gemensamma framtid och fortsätta de senaste decenniernas livräddande arbete – men också att utveckla och bredda ansträngningar för barns välmående. Detta måste utöver en välfungerande hälso- och sjukvård börja med de grundläggande förutsättningar – som ekonomiska möjligheter, utbildning, jämställdhet och kultur. Endast på det sättet kan vi möjliggöra att barn både överlever och kan leva långa och friska liv.

Referenser

1. Gavi The Vaccine Alliance, *Annual Progress Report 2021*, (2022), s. 1.
2. The Global Fund. *Results Report 2022*, (2022), s. 49.
3. UNICEF, *The State of the World's Children 2021*, (2021), <https://www.unicef.org/reports/state-worlds-children-2021>
4. World Health Organization, *Fact Sheet Suicide*, (2021), <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
5. *Generation Pep, Pep-rapporten 2022*, (2022), s. 16.

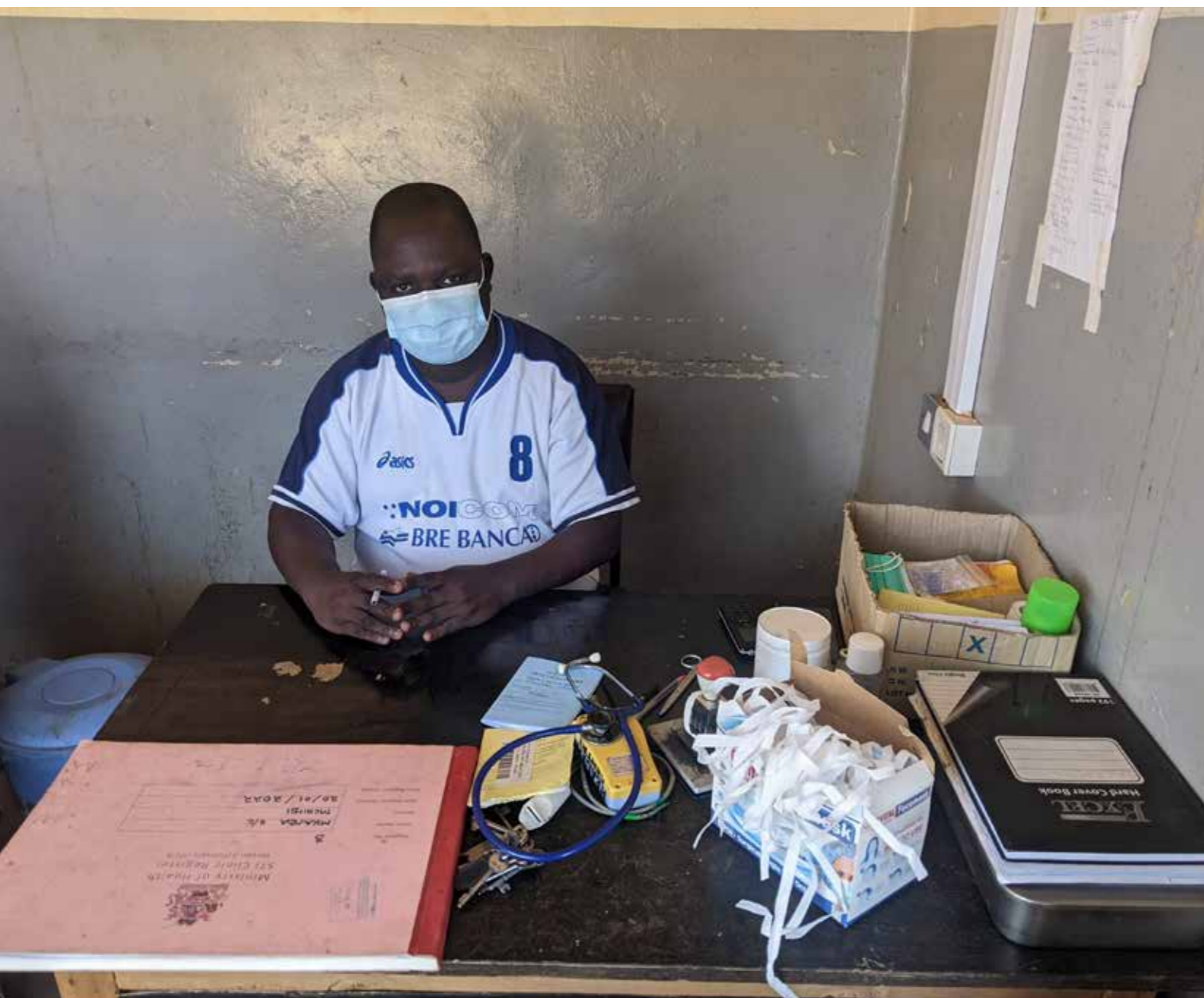


Anders Nordström, Leg. läk. Ambassadör för Global Hälsa, Utrikesdepartementet, Stockholm
E-mail: Anders.nordstrom@gov.se



Hampus Holmer, Leg. läk., Med. Dr., Ämnessakkunnig inom global hälsa, Utrikesdepartementet, Stockholm
E-mail: Hampus.holmer@gov.se

Pandemins påverkan på världens barn – förlorad tid för Agenda 2030



När insatser för att minska spridningen av Sars-Cov-2 har prioriterats, har andra delar av hälsosystemet eftersatts. Inte minst gäller detta grundvaccinationer, där vaccinationstäckningen för mässling år 2021 uppvisade den lägsta siffran sedan 2008. Foto: André Thunberg

Covid-pandemin har haft och fortsätter att ha omfattande effekter på barns hälsa i världen. De framgångar som uppnåtts för barns hälsa åren innan pandemin har på flera områden tillintetgjorts, och jämfört med före pandemin befinner sig världen nu i ett betydligt sämre läge för att uppnå Agenda 2030. De mest drabbade är människor i låg- och medelinkomstländer (LMIC), där hälsosystemen är mindre motståndskraftiga och ekonomierna mer ömtåliga.

Medan Sars-Cov-2 hos de flesta barn orsakar milda sjukdomssymptom, har de restriktioner som införts i syfte att minska virusets spridning haft stor påverkan på barns välbefinnande. Socioekonomiska effekter av pandemin har ökat fattigdomen i världen och orsakat bakslag i strävan mot de globala målen för hållbar utveckling. UNICEF uppskattar att 60 miljoner fler barn lever i monetär fattigdom jämfört med före pandemin. Framtiden för dessa barn görs än mer osäker av att den redan existerande utbildningskrisen försämrats, då 188 länder stängt skolor helt eller delvis under pandemin. Åtminstone 463 miljoner av de drabbade skolbarnen kunde inte nås av digitala/fjärr-undervisningsprogram (1). Utebliven skolgång har lett till ökad psykisk ohälsa, fler tonårsgraviteter samt försämrad nutritionsstatus hos de uppskattat 370 miljoner barn som är beroende av skolmåltider för sitt näringsintag.

Utebliven sjukvård och försvagad bassjukvård

Rapporter från hela världen har också visat en ökad risk för utebliven sjukvård för tillstånd utöver Covid-19 under pandemin. Även om en del av nedgångarna kan bero på minskade behov, på grund av färre infektionssjukdomar eller skador under nedstängningarna, återspeglar en större andel sannolikt minskad tillgänglighet, rädsla och ekonomiska svårigheter att söka vård. I en undersökning av 73 638 hushåll i 39 LMIC rapporterade 18,8 procent att de inte kunde tillgå sjukvård när de behövde under pandemin. Hushåll i de fattigaste områdena uppgav huvudsakligen ekonomiska orsaker för svårigheterna (2).

När insatser för att minska spridningen av Sars-Cov-2 har prioriterats har andra delar av hälsosystemet eftersatts. Inte minst gäller detta grundvaccinationer, där vaccinationstäckningen för mässling, som gått stadigt uppåt sedan millennieskif-

tet, år 2021 uppvisade den lägsta siffran sedan 2008 med 40 miljoner barn utan komplett vaccination (3). I konfliktområden har finansiering riktad till barnhälsa minskat eller avbrutits då medel styrts till covid-19-aktiviteter, vilket försatt redan utsatta barn i en än mer riskabel position. En studie i 18 länder uppskattar att barnadödligheten ökat med 3,8 procent på grund av extra dödsfall orsakade av minskad tillgång till grundläggande sjukvård (4).

Framtida behov

Trots att många länder etablerat strategier för upprätthållandet av grundläggande sjukvård under pandemin hindrades genomförandet av brist på operativa riktlinjer och otillräcklig finansiering (5). Nästan tre år efter pandemins början är faran med viruset till stor del över, men hälsosystemen har inte återhämtat sig och det finns stora ojämlikheter i täckningen av hälsovård av hög kvalitet. Nu mer än någonsin behövs omfattande investeringar och krafttag för att återerövra de framgångar som uppnåtts mot de globala målen. Nationellt inåtblickande och restriktioner i internationella åtagande från rika länder riskerar befästa de negativa utvecklingar för barnhälsa som pandemin orsakat. I stället krävs, som FN uttrycker det, "en aldrig tidigare skådad internationell solidaritetsuppsmaning för världens barn". Sverige har mycket att bidra med i det arbetet.

Referenser

1. United Nations Children's Fund (UNICEF), "Covid-19: Are children able to continue learning during school closures? A global analysis of the potential reach of remote learning policies using data from 100 countries." 2020: New York.
2. Kakiyete, J.J., et al., *Foregone healthcare during the COVID-19*

pandemic: early survey estimates from 39 low- and middle-income countries. Health Policy Plan, 2022. 37(6): p. 771-778.

3. Minta, A.A., et al., *Progress Toward Regional Measles Elimination - Worldwide, 2000-2021. MMWR Morb Mortal Wkly Rep, 2022. 71(47): p. 1489-1495.*
4. Robertson, T., et al., *Early estimates of the indirect effects of the COVID-19 pandemic on maternal and child mortality in low-income and middle-income countries: a modelling study. Lancet Glob Health, 2020. 8(7): p. e901-e908.*
5. Gurley, N., et al., *National policy responses to maintain essential health services during the COVID-19 pandemic. Bull World Health Organ, 2022. 100(2): p. 168-170.*



Helena Hildenwall, Barnläkare, ME Barnakutsjukvård, Karolinska Universitetssjukhuset, Huddinge Docent Global Hälsa, Karolinska Institutet
E-mail: helena.hildenwall@ki.se

Födelsedagen – fortsatta utmaningar i strävan att nå de globala målen



Färdighetsträning - en av pusselbitarna för optimal vård och ökad överlevnad. Foto: Artikelförfattarna

De globala målen påbjuder att den neonatala dödligheten ska minska till högst 12 per 1000 levande födda i alla världens länder innan 2030, samt att inga barn ska dö av orsaker som kan förhindras. Trots att barnadödligheten minskat i världen är den neonatala dödligheten alltjämt hög och utgör nu nästan hälften av alla dödsfall innan fem års ålder. Under 2020 dog 2,4 miljoner barn i nyföddhetsperioden, 17 per 1000 levande födda, varav en miljon inte överlevde sitt första dygn. Ytterligare 2 miljoner dödsfall sker intrauterint varje år och drygt 40 procent av dem inträffar under förlossningen.

Dödsorsakerna är framförallt intrapartala komplikationer, prematuritet, och infektioner. En majoritet av dessa dödsfall kan förhindras, främst genom interventioner kring förlossningen. Trots stora satsningar på att få fler barn att födas på vårdinrättningar har den förväntade mortalitetsminskningen uteblivit. Fokus riktas nu mot att förbättra vårdkvaliteten. Livräddande och resurseffektiv nyföddhetsvård innefattar bland annat hud-mot-hud, sen avnavling, tidig amning och särskild vård för tidigt födda. Avgörande är också att nyfödda som inte andas direkt vid födelsen får snabb och korrekt hjälp.

Framtida utmaningar

Trots att dessa vårdinsatser är evidensbaserade och förhållandevis enkla, ligger det en stor utmaning i att implementera dem. I låginkomstländer, där majoriteten av dödsfallen sker, påverkas vårdkvaliteten negativt av brist på utbildning, sjukhusresurser, infrastruktur och styrning. Implementeringsinsatser behöver ta hänsyn till lokala förhållanden och använda sig av evidensbaserade strategier för att lyckas. De bör utvecklas i samarbete med lokala intressenter och mer forskning behövs för att ta reda på vilka strategier som fungerar.

Samarbete för förbättrad spädbarnsöverlevnad

Ett samarbete med Karolinska Institutet, Bergens Universitet i Norge och Mulago Hospital i Uganda visade att Helping Babies Breathe (HBB), ett evidensbaserade färdighetsträningsprogram för återupplivnings av spädbarn, inte var tillräckligt för att lära sig utföra optimal återupplivning. Utbildningsprogrammet behövde kompletteras för att möta lokala behov (1). När HBB, i ett samarbete mellan Uppsala Universitet och sjukvårdsministeriet i Nepal, kombinerades med utbildning i grundläggande omhändertagande efter förlossning och evidensbaserade

strategier för implementering, ledde det till minskad perinatal dödlighet och bättre vårdkvalité (2,3). En senare studie från Mulago Hospital visade att barnmorskor på ett säkert sätt kunde använda larynxmask vid återupplivning, något som tidigare bara använts av läkare (4). Ett samarbete mellan Karolinska Institutet och Phu San Hospital i Vietnam visade förvånansvärt låg grad av asfyxier även i jämförelse med svenska siffror, vilket visar att även höginkomstländer kan lära av låginkomstländerns vårdstrategier (5).

En möjlig väg framåt

Bevisat bra implementeringsmodeller i kombination med internationella samarbeten, utbildning, förbättrad och anpassad utrustning och billiga vårdstöd via t ex mobilappar och telemedicinsk träning kan leda vägen till en lyckosam födelsedag för fler av världens barn.

Referenser

1. Helldén D, Myrnerets Höök S, Pejovic NJ et al. Neonatal resuscitation practices in Uganda: a video observational study. *BMJ Paediatr Open*. 2021 Sep 14;5(1):e001092.
2. Kc A, Ewald U, Basnet O et al. Effect of a scaled-up neonatal resuscitation quality improvement package on intrapartum-related mortality in Nepal: A stepped-wedge cluster randomized controlled trial. *PLoS Med*. 2019 Sep 9;16(9):e1002900.
3. Brunell O, Chaulagain D, Kc A et al. Effect of a perinatal care quality improvement package on patient satisfaction: a secondary outcome analysis of a cluster-randomised controlled trial. *BMJ Open*. 2022 Jun 6;12(6):e054544.
4. Myrnerets Höök S*, Pejovic NJ*, Byamugisha J et al. A Randomized Trial of Laryngeal Mask Airway in Neonatal Resuscitation. *N Engl J*

Med. 2020 Nov 26;383(22):2138-2147. *Shared first authorship

5. Dempsey T, Nguyen HT, Nguyen HL et al. Endotracheal intubation performance at a large obstetric hospital delivery room, Hanoi, Vietnam. *Resusc Plus*. 2022 Dec 5;12:100338.

Länkar till websida för bakgrundsfakta:

<https://data.unicef.org/resources/a-neglected-tragedy-stillbirth-estimates-report/>

[https://www.thelancet.com/journals/lanchi/article/PIIS2352-4642\(21\)00311-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanchi/article/PIIS2352-4642(21)00311-4/fulltext)



Susanna Myrnerets Höök, bitr Överläkare, Sachsska barn- och ungdomssjukhuset, PhD, postdoc Institutionen för Global folkhälsa, Karolinska Institutet
E-mail: susanna.myrnerets.hook@ki.se



Olivia Brunell, PhD, med dr, ST-läkare barn- och ungdomsmedicin, Akademiska barnsjukhuset Uppsala, kassör, barnläkarföreningens delförening Global Barn- och Ungdomshälsa
E-mail: olivia.brunell@kbh.uu.se

Undernäring – livshotande tillstånd som berövar barn deras fulla potential

Trots de senaste decenniernas framgångar inom barnhälsa är undernäring fortfarande mycket utbrett. Nästan hälften av alla dödsfall hos barn under fem år är kopplade till undernäring (1). Sorgligt nog kommer andelen undernärda barn sannolikt att öka de närmaste åren med anledning av covid-19 pandemin.



En treårig undernärda pojke på Läkare utan gränserns undernäringsjukhus i Herat, Afghanistan. Foto: Artikelförfattarna

Undernäring hos barn kan grovt delas in i akut och kronisk. Diagnoserna ställs med WHO:s tillväxtkurvor. Kurvorna är utvecklade baserat på det faktum att alla barn, oavsett etnisk tillhörighet, har samma tillväxtpotential när deras behov av nutrition, hälsa och omvårdnad är uppfyllda.

Kronisk undernäring d v s tillväxtbegränsning, kort för sin ålder, beror på otillräcklig näringstillförsel, upprepade infektioner och/eller försumelse. Pågår det en längre tid uppnår inte barnet sin fulla tillväxt- och utvecklingspotential. De har en ökad sjuklighet och ofta en nedsatt kognitiv utveckling. Senare i livet leder det till lägre utbildningsnivå och ökad risk för kroniska sjukdomar (2). Världen över är 149 miljoner barn d v s vart femte, under fem år för korta för sin ålder (3). Om en stor andel av en befolkning är drabbade kan det påverka hela landets ekonomiska utveckling.

Utmärgling – ett livshotande tillstånd

Akut undernäring (utmärgling, för låg vikt i förhållande till längd) beror på pågående svält eller infektion och leder till att barnet tappar i vikt. År 2021 var 45 miljoner barn under fem år utmärglade och 14 miljoner allvarligt utmärglade (3). Utmärgling är ett livshotande tillstånd med bland annat nedsatt immunförsvar och kräver brådskande behandling, såsom beskrivet i patientfallet nedan.

Mer än hälften av världens undernärda barn bor i Asien och över en tredjedel i Afrika. WHO har antagit en resolution om att minska antalet tillväxtbegränsade barn med 40 procent till år 2025(4). Att minska tillväxtbegränsning är även en av indikatorerna under det andra hållbarhetsmålet. Andelen undernärda barn har tidigare stadigt minskat, men beräknas tyvärr öka närmaste åren. Covid-19 pandemin har haft negativa effekter på barns hälsa globalt via uteblivna vaccinationer, pausade interventionsprogram och utebliven undernäringscreening. Det spås också försämrad ekonomi

bland många hushåll, svårigheter att få tag på näringsrik mat och ökad förekomst av infektioner. Hur allvarliga konsekvenserna blir återstår att se.

Patientfall: Mohsen

Patientfall från Läkare utan gränserns undernäringsjukhus i Herat, Afghanistan, maj 2020: Mohsen bärs in medvetslös och skakades till akutrummet av sin förtvivlade mor. Han krampar och har ytlig oregelbunden andning. Han erhåller syrgas och blodsockret uppmäts till 1.5 mmol/L. Sköterskan lyckas skickligt sätta infart på den tunna handryggen och kopplar intravenös sockerlösning och antibiotika mot misstänkt lunginflammation. Kramperna slutar. Efter en stund vaknar Mohsen till, får en sond och terapeutisk mjölk. Sockerdroppet avslutas, det är viktigt att undvika intravenösa vätskor då utmärglade barn lätt blir övervätskade och får hjärtsvikt. Mohsen lider både av akut och kronisk undernäring. Han är 3 år och väger 8,7 kg när han kommer till sjukhuset och är trots sin ålder bara 84 cm lång. Mohsens mamma berättar att fadern som är daglönare inte har kunnat försörja familjen på grund av "lock down". Tidigare deltog de kortvarigt i en undernäringsmottagning i grannprovinsen Badghis men den stängdes ner pga covid-19 pandemin.

Referenser

1. Black RE, Victora CG, Walker SP, Bhutta ZA. *Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. The Lancet.* 2013.
2. Victora CG, Adair L, Fall C, Hallal PC, Martorell R, Richter L, et al. *Maternal and child undernutrition: consequences for adult health and human capital. Lancet.* 2008 Jan 26;371(9609):340–57.
3. *United Nations Children's Fund (UNICEF), World Health Organization, International Bank for Reconstruction and Development/*

The World Bank. Levels and trends in child malnutrition: key findings of the 2021 edition of the joint child malnutrition estimates. New York: United Nations Children's Fund; 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

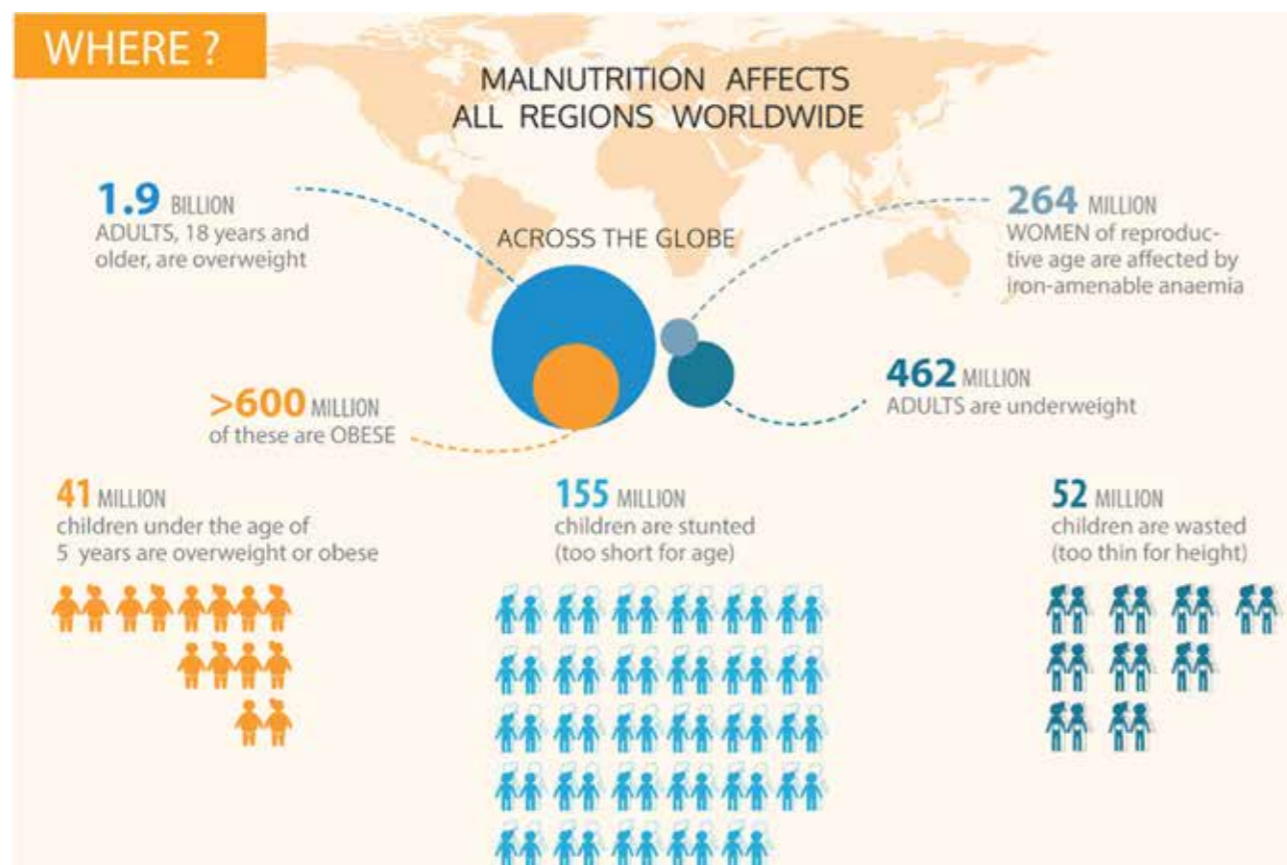
4. Onis M, Dewey KG, Borghi E, Onyango AW, Blössner M, Daelmans B, et al. *The World Health Organization's global target for reducing childhood stunting by 2025: rationale and proposed actions. Matern Child Nutr.* 2013;9(S2):6–26.



Pernilla Svefors, PhD, ST-läkare pediatrik, Sachska barnsjukhuset Stockholm, International Maternal and Child Health – Institutionen för kvinnor och barns hälsa, Uppsala Universitet, Uppsala E-mail: pernilla.svefors@regionstockholm.se



Marie Inhammar, ST-läkare pediatrik och barnkardiologi, Akademiska Barnsjukhuset Uppsala och arbetat internationellt för Läkare utan gränser E-mail: marie.inhammar@akademiska.se



Begreppet malnutrition ska innefatta övervikt och obesitas. En stor andel av barnen i världen har redan före fem års ålder utvecklat övervikt eller obesitas. Källa: www.who.int Illustration: © World Health Organization 2017.

Obesitas är det nya hotet mot global hälsa

Den ökade förekomsten av obesitas hotar att utplåna de enastående landvinningar som gjorts i global hälsa de senaste decennierna. Två av fem vuxna i världen har övervikt eller obesitas. Allra högst förekomst av obesitas hos barn och unga ser vi i små öriken i Stilla Havet, men också i länder på arabiska halvön som snabbt förändrat sin livsstil som Kuwait, Qatar och Förenade Arabemiraten och folkrika länder som USA, Egypten, Spanien och Mexico (1).

Förekomsten av övervikt och obesitas ökar snabbare i låg- och medelinkomstländer än i höginkomstländer (2). När kostnaderna för obesitas prognosticeras per land för år 2060, när dagens nyfödda fyller 40 år, blir det Kina, USA och Indien som förutspås få högst kostnader om trenden fortsätter (2). I Europa är obesitas skattad som den fjärde viktigaste förklaringen till förtida död redan idag (3). Inte ett enda av Europas länder bedöms av WHO ha kontroll på utvecklingen mot

allt högre kroppsvikt i sin befolkning (3).

Obesitas – den nya stora utmaningen för global hälsa

Ordet malnutrition har på svenska kommit att betyda undernäring. Men egentligen ska begreppet inbegripa alla former av felnäring: undernäring (wasting), hämmad längdtillväxt (stunting), brist på viktiga näringsämnen, övervikt och obesitas. Världshälsoorganisationen trummar nu ut begreppet "double burden

of malnutrition" som innefattar såväl undernäring som felnäring och övernäring. Den dubbla bördan kan bäras av en individ, exempelvis ett barn som föds lågviktigt och sedan utvecklar obesitas, av en familj där olika familjemedlemmar har olika näringsstatus eller av en population där delar av befolkningen är undernärda samtidigt som annan har obesitas (Fig 1).

I de stora sammanställningar och modelleringar som görs inom ramen för Global burden of disease pekar allt på

att obesitas är den nya stora utmaningen för global hälsa (4,5). Den snabbt ökande förekomsten av övervikt och obesitas hos ungdomar nämns som ett av de riktigt stora hälsoproblemen, där 324 miljoner (18 procent) av jordens 1,8 miljarder ungdomar var överviktiga eller hade obesitas år 2016 (4).

Angeläget att se samband mellan hälsa, mat och klimat

I rika delar av världen är obesitas vanligare hos människor som har lägre utbildning och inkomst. I låginkomstländer kan det fortfarande vara tvärtom. Men gemensamt är förändringar som skett under kanske fyra decennier i vissa länder, och i andra under en kortare period, av de obesogena faktorerna. Tillgången till kaloritäta drycker och livsmedel och det minskade behovet av att vara fysiskt aktiv för att skaffa mat är nytt för mänskligheten.

Det behövs styrande lagstiftning och stöttande samhällsplanering men också folkbildning för att öka kunskapen som hjälper oss som individer att göra kloka val. På samma sätt behöver vi balansera mellan prevention av övervikt och behandling av personer som redan utvecklat

obesitas. Särskilt angeläget, tycker jag, är det att koppla ihop triaden hälsa, mat och klimat. Vår matproduktion har en stark klimatpåverkan och om maten dessutom bidrar till ohälsa blir det dubbelfel i global hälsa. För det enskilda barnet eller ungdomen med obesitas är sjukdomen tung att bära, inte minst psykiskt och socialt. Men för jordklotet är den en ödesfråga.

Referenser

1. Global Obesity Observatory [Internet]. [cited 2022 Nov 5]. Available from: www.worldobesity.org
2. Okunogbe A, Nugent R, Spencer G, Powis J, Ralston J, Wilding J. Economic impacts of overweight and obesity: current and future estimates for 161 countries. *BMJ Glob Health*. 2022 Sep;7(9):e009773.
3. WHO European Regional Obesity: Report 2022. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe; 2022.
4. Azzopardi PS, Hearps SJC, Francis KL, Kennedy EC, Mokdad AH, Kassebaum NJ, et al. Progress in adolescent health and wellbeing:

tracking 12 headline indicators for 195 countries and territories, 1990-2016. *Lancet*. 2019 Mar 16;393(10176):1101-18.

5. Ng M, Fleming T, Robinson M, Thomson B, Graetz N, Margono C, et al. Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*. 2014 Aug;384(9945):766-81.



Annika Janson, Barnläkare och docent, Överläkare vid Barnendokrin och Metabol, och Rikscentrum Barnobesitas, Karolinska Universitetssjukhuset Stockholm
E-mail: annika.janson@regionstockholm.se

Framtiden manar dagens barnläkare att engagera sig i frågor om klimat och barns hälsa

Klimatförändringen är 2000-talets största hälsoproblem (WHO, Lancet commission)

Barn är särskilt utsatta

Varje barnläkare har ett ansvar för att bidra till att minska världens klimatförändringar och därmed verka för att de globala målen uppnås*

*www.barnlakarforeningen.se "yaay i can jump!" by Rio Rinaldi Rachmatullah, Jakarta



Vill du bli medlem i LfM? Se www.lakareformiljon.org – Swish 123 458 5709
Ersättningen för copyright går till barnen på bilden.

Klimatförändringars påverkan på barns hälsa

Foto: iStock

Att barns hälsa världen över påverkas negativt av klimatförändringar är vedertaget, även om kunskapsluckor kvarstår. Barn bär, och kommer att bära, en oacceptabelt tung börda från klimatförändringar.

Den globala medeltemperaturen har ökat med 1,1 grader sedan förindustriell tid, till största del på grund av tillförseln av koldioxid till atmosfären från mänsklig aktivitet. I Parisavtalet har de flesta av världens regeringar kommit överens om att den globala medeltemperaturhöjningen ska begränsas till väl under 2 grader

med sikte på 1,5 grader. Nationella planer och åtaganden lever dock inte upp till denna ambition. De senaste modellerna från Intergovernmental Panel on Climate Change (IPCC) visar att vi troligen kommer nå 2 graders uppvärmning till 2050 och 2,7 grader i slutet av århundradet med stora följder för planeten

och mänskligheten (1). Då är varken så kallade tröskelpunkter (tipping points) eller risken att länder inte lever upp till sina åtaganden inräknade. Klimatförändringar ses av många som det största hotet mot folkhälsan under detta århundrade (2).

Klimatförändringar och utsatthet leder till ökad barnadödlighet

Klimatförändringar leder till ökad medeltemperatur, höjd havsnivå, försurning av hav samt ökad frekvens av extremväder. Direkta effekter av dessa förändringar är värmeböljor och snabbare skiftande tem-

peraturer, förändrat mönster av nederbörd med ökad risk för översvämningar eller torka. Mer indirekta effekter inkluderar försvagning av skyddande ekosystem, förändrad utbredning och spridning av vektorburna infektionssjukdomar som malaria eller dengue samt sekundära luftföroreningar. Konkret leder detta till ökad dödlighet och sjuklighet hos barn från en rad sjukdomar både direkt från klimatförändringar i sig men också från generellt ökad utsatthet. Klimatförändringarna underminerar de nyckelfaktorer som utgör basen för en god hälsa hos barn som adekvat nutrition, tillgång till vatten och sanitet, utbildning och en säker omgivning (3).

En ökad mängd studier pekar också på påverkan i form av förkortad gestationslängd, minskad födelsevikt och ökad risk för neonatal stress och mortalitet, i synnerhet vid värmeböljor och extrem värme. Ojämligheter i levnadsförhållanden avgör till största del hur uttalade hälsoeffekterna blir. Barn som lever i socioekonomisk utsatthet drabbas till större del av sjukdomsburden från klimatförändringar, framför allt i låginkomstländer.

Kunskapsluckor kvarstår

Trots att ett flertal orsakssamband för klimatförändringarnas påverkan på barns hälsa är kända, kvarstår kunskapsluckor och osäkerhetsfaktorer. Många studier har bara med barn som en sub-population. Vidare saknas högkvalitativa longitudinella studier. Kopplingen mellan klimatförändringar och påverkan under fostertid och neonatalperiod har inte kartlagts tillräckligt. Betydelsen av sociala, ekonomiska och politiska faktorer står sällan i fokus. Slutligen kommer de flesta studier från höginkomstländer medan den största påverkan av klimatförändringar sker i låginkomstländer.

Forskning om klimatförändringars på-

verkan på människors hälsa är ett snabbt växande fält. Att kunskapsluckor kvarstår när det gäller påverkan på barns hälsa är inte en ursäkt för passivitet. Läkare generellt och barnläkare specifikt är i en unik position och kan vara förebilder i samhället, informera föräldrar och allmänheten och stödja en utveckling mot ett fossilfritt samhälle (4,5). Barn, framför allt i låg- och medelinkomstländer, bär och kommer bära en moraliskt oacceptabel tung börda av klimatförändringarnas konsekvenser.

Referenser

1. IPCC. *Climate Change 2021: The Physical Science Basis. Contribution of Working Group I to the Sixth Assessment Report of the Intergovernmental Panel on Climate Change*. 2021.
2. Romanello M, Napoli C Di, Drummond P, et al. *The 2022 report of the Lancet Countdown on health and climate change: health at the mercy of fossil fuels*. *Lancet* 2022;400:1619–54. doi:10.1016/S0140-6736(22)01540-9
3. Helldén D, Andersson C, Nilsson M, et al. *Climate change and child health: a scoping review and an expanded conceptual framework*. *Lancet Planet Heal* 2021;5:164–75. doi:10.1016/S2542-5196(20)30274-6
4. Bhutta ZA, Aimone A, Akhtar S. *Climate change and global child health: what can paediatricians do?* *Arch. Dis. Child*. 2019;104:417–8. doi:10.1136/archdischild-2018-316694
5. Barnläkarforeningen. *Barn, klimat och hälsa*. <https://www.barnlakarforeningen.se/om-oss/uttalande-angaende-klimat-och-miljo/> (hämtad 28 Nov 2022).



Daniel Helldén, AT-läkare, Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge och doktörand, institutionen för global folkhälsovetenskap, Karolinska Institutet
E-mail: daniel.hellden@ki.se



Ida Persson, ST-läkare, barn- och ungdomsmedicin, Universitetssjukhuset Örebro, Örebro
E-mail: ida.persson@regionorebrolan.se



Amanda Sturm, ST-läkare, obstetrik och gynekologi, Falu Lasarett, Falun.
E-mail: amanda.sturm@regiondalarna.se
Foto: Sophie Ramberg



Tobias Alfvén, Professor, överläkare, institutionen för global folkhälsa, Karolinska institutet; barn- och ungdomsmedicin, Sachska barn- och ungdoms sjukhuset, Stockholm.
E-mail: tobias.alfven@ki.se
Foto: Andreas Andersson

Global barnkirurgi – hur ser den ut idag?

Inom området global kirurgi talar man ofta om en ”human resource crisis”. Den enorma bristen på resurser innebär 1 miljon barn per barnkirurg, i många länder. Behovet av barnanestesiologer är ännu högre. För barn i låginkomstländer som behöver denna typ av vård, finns det ett flertal hinder. De mest uppenbara handlar om ekonomiska resurser. Det drabbar familjer som t ex inte har råd att ta sig till det sjukhus barnen behöver för att få vård. Andra problem som kan få allvarliga konsekvenser är felaktiga bedömningar, som i sin tur leder till fördröjda vårdinsatser.

FNs hållbarhetsmål 3 stipulerar att god hälsa och välmående ska säkerställas för alla människor. Barnhälsa lyfts specifikt och 2030 ska inga barn under 5 år dö av undvikbara orsaker (1). Varje år dör över 400,000 barn under 5 år som en följd av medfödda missbildningar och ytterligare en halv miljon dör av trauma (2,3). God tillgång till kirurgi och anestesi av hög kvalitet, samt insatser för prevention är nödvändiga för att nå det ambitiösa hälsomålet.

Utmaningarna för kirurgi och anestesi för barn i låg- och medelinkomstländer är många. Populationen av barn är mycket stor och kirurgiska tillstånd hos barn är vanliga. I en populationsbaserad studie från Uganda, Rwanda, Nepal och Sierra Leone visade det sig att närmare 20 procent av barnen hade ett aktuellt behov för åtminstone en kvalificerad kirurgisk bedömning (4).

Task sharing – ett pragmatiskt sätt att distribuera resurser för kirurg
Inom fältet global kirurgi talar man ofta om en ”human resource crisis”. I många länder går det över 1 miljon barn per barnkirurg och än fler per barnanestesiolog. Möjligheten för ett barn på landsbygden i sub-Sahariska Afrika att opereras av en barnkirurg är obefintlig. Istället utförs barnkirurgi av allmänkirurger, legitimerade läkare och i en del länder av

annan kirurgiskt skolad sjukvårdspersonal. Detta kallas task sharing vilket är ett pragmatiskt sätt att distribuera resurser för kirurgi. Säkerheten i denna praxis har utvärderats för vuxna för olika ingrepp men mindre är känt om hur det går för barnen som opereras.

Det finns ett flertal barriärer till sjukvård för kirurgiska tillstånd hos barn (5). De mest uppenbara handlar om ekonomiska resurser där patienter och deras familjer kanske inte har råd att transportera sig till ett sjukhus, i synnerhet inte om det är ett universitetssjukhus som ligger långt hemifrån. Utöver transportkostnader så handlar det även om inkomstbortfall och kostnad för att befinna sig i en annan stad med allt vad det innebär i form av kost och logi. I tider av centralisering behöver ett slag för decentralisering slås.

Bristfällig kunskapsnivån hos sjukvårdspersonal

Ytterligare problem uppstår när sjukvårdspersonal har inadekvat kunskap om kirurgiska tillstånd hos barn. I verkligheten gör det att barn söker sjukvård många gånger för samma besvär innan en diagnos slutligen kan ställas och åtgärd planeras. Till exempel så missas ljumskbräck hos barn, istället får de behandling för malaria eller diarré. I takt med framgångarna när det gäller behandling och prevention av vanliga och dödliga in-



Det finns ett flertal barriärer till sjukvård för kirurgiska tillstånd hos barn. De mest uppenbara handlar om ekonomiska resurser.

Foto: iStock

fektionssjukdomarna hos barn, behöver kunskapsnivån hos sjukvårdspersonal breddas och fokus skiftas. Då ökar möjligheterna att undvika dödsfall vid kirurgiska tillstånd i framtiden.

Andra barriärer handlar om beslutsfattande i familjen där mamman till barnet inte nödvändigtvis har mandat att fatta beslut om när sjukvård ska uppsökas. Det kan innebära att hon måste vänta på barnets far att komma hem först. Det händer också att mödrar klandras för barnens sjukdomar. Det förekommer att man uppfattar att en mamma som har fött ett barn med en missbildning anses vara förhäxad eller att det är en konsekvens av att

hon använt p-piller. På många sätt är även barnkirurgi och hållbarhetsmål tre beroende av att flera andra mål såsom att utrota fattigdom, utbildning och jämställdhet mellan könen uppnås.

Referenser

1. Goal 3 | Department of Economic and Social Affairs [Internet]. [cited 2021 May 8]. Available from: <https://sdgs.un.org/goals/goal3>
2. Birth defects [Internet]. [cited 2022 Dec 1]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/birth-defects>
3. Adeloje D, Bowman K, Chan KY, Patel S, Campbell H, Rudan I. Global and regional child deaths due to injuries: an assessment of the evidence. *J Glob Health*. 2018 Dec;8(2):021104.
4. Butler EK, Tran TM, Nagarajan N, Canner J, Fuller AT, Kushner A, et al. Epidemiology of pediatric surgical needs in low-income countries. *PLoS ONE*. 2017;12(3):e0170968.
5. Ajiko MM, Löfgren J, Ekblad S. Barriers and potential solutions for improved surgical care for children with hernia in Eastern Uganda. *Sci Rep*. 2021 May 31;11(1):11344.



Jenny Löfgren, Docent, projektledare ”Global Kirurgi Stockholm”, Karolinska Institutet (hemsida:<https://ki.se/en/mmk/global-surgery>), Specialistläkare i Rekonstruktiv Plastikkirurgi, Karolinska Universitetssjukhuset Solna E-mail: jenny.lofgren@ki.se

Barn och ungdomars psykiska hälsa – ett globalt perspektiv

Att ha ett psykiatriskt tillstånd i ung ålder är kopplat till riskbeteenden, social isolering, avbruten skolgång, arbetslöshet och ökad utsatthet. Om barn och unga går utan behandling riskerar flera av dessa tillstånd att bli långvariga, återkommande och utgöra risk för andra svårigheter under barnets livstid. Den psykiska ohälsan står globalt för en stor del av sjukdoms- bördan hos barn och unga. Samtidigt görs det alldeles för lite satsningar finansiellt kring frågan.

Över 2 miljarder av världens befolkning är barn och unga mellan 0–19 år (1). Under de här formativa åren av utvecklingen står psykiatriska diagnoser för en stor del av sjukdomsbördan, speciellt under tonåren. Det uppskattas att så många som 1 av 7 barn i åldern 10–19 år globalt har ett psykiatriskt tillstånd och var 11:e minut dör ett barn av suicid (2). Vid 14-år har cirka hälften av alla psykiatriska tillstånd debuterat (3) vilket gör frågan speciellt viktig för den här fasen av livet. Begreppet sjukdomsbörda tar hänsyn till faktorer som hur vanlig en sjukdom är, hur länge den oftast pågår, och dess inverkan på livet. De psykiatriska tillstånd som globalt uppskattas stå för högst sjukdomsbörda hos barn är ångestsjukdomar, uppförandestörning och depression (4).

Påverkan på barns livssituation

Psykiatriska tillstånd innebär per definition ett eget lidande eller nedsatt funktion då båda ofta är kriterier för diagnos. Samtidigt tenderar de flesta diagnoser också att öka risken för andra komorbida psykiatriska tillstånd och fysiska sjukdomar. Att ha ett psykiatriskt tillstånd är kopplat till riskbeteenden, social isolering, avbruten skolgång, senare arbetslöshet (2) och ökad utsatthet för våld och trafficking (1). Om barn och unga går utan behandling riskerar flera av dessa tillstånd att bli långvariga och återkommande. Risken för andra svårigheter under barnets livstid ökar därmed också. Problematiken

kan dessutom fortsätta in i nästa generation, då dagens unga är morgondagens föräldrar.

Riskfaktorer och behandling

Det finns väl etablerade riskfaktorer för psykisk ohälsa inklusive individens genetiska uppsättning, exponering för våld, försummelse och fattigdom, låg tillgång till psykosocialt stöd samt instabil politisk situation (1). Andelen riskfaktorer är ojämnt fördelade i världen och barn som växer upp i låg- och medelinkomstländer, vilket är 90 procent av alla barn, är exponerade för riskfaktorer i högre grad än barn som är uppvuxna i höginkomstländer (1).

Det finns effektiva behandlingar för de barn som drabbas av psykiatriska tillstånd, och deras familjer (1). Trots detta är det, i alla kontexter, enbart en liten del av alla som behöver behandling som får det. Anledningar till detta gap inkluderar stigma, att inte vilja ha vård, att vården inte är tillgänglig eller av dålig kvalitet. Detta gap gäller i förlängningen också somatisk vård, sociala insatser och preventiva insatser. Detta faktum i kombination med att det är så pass många barn som lever i låg- och medelinkomstländer och har högre exponering för riskfaktorer gör frågan prioriterad.

Innovationer ger hopp

För att summera står den psykiska ohälsan globalt för en stor del av sjukdoms-



Foto: iStock

bördan hos barn och unga. Samtidigt görs det alldeles för lite satsningar finansiellt kring frågan. Hopp finns dock i form av innovationer. Bland lösningarna finns task-sharing vilket kortfattat innebär att interventionen ges av icke-professionella men med kvalificerad handledning. Vidare kan digitala innovationer såsom att främja självhjälp, digital behandling, chatbotter och automatiska textmeddelanden, samt kapacitetsbyggande genom träning och utbildning av icke-professionella medarbetare bistå (2). Innovationer kan också driva framtagande av data för att skapa evidens för prevention och vård. Så om vi har tur får vi hjälp från oväntat håll.

Referenser

1. Kieling, C., Baker-Henningham, H., Belfer, M., Conti, G., Ertem,

I., Omigbodun, O., Rohde, L. A., Srinath, S., Ulkuer, N., & Rahman, A. (2011). *Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action*. *Lancet (London, England)*, 378(9801), 1515–1525. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60827-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60827-1)

2. United Nations Children's Fund (2021) *The State of the World's Children 2021: On My Mind – Promoting, protecting and caring for children's mental health*, UNICEF, New York, October 2021. Retrieved November 30 2022 from <https://www.un-ilibrary.org/content/books/9789210010580>
3. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. (2005). *Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National*

Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62 (6) pp. 593-602.

4. Piao, J., Huang, Y., Han, C., Li, Y., Xu, Y., Liu, Y., & He, X. (2022). *Alarming changes in the global burden of mental disorders in*



Erica Mattelin, leg. psykolog och tematisk rådgivare på Rädda Barnen och doktorand vid Barnafriid, Linköpings Universitet E-mail: erica.mattelin@liu.se
Foto: Oscar Omne

children and adolescents from 1990 to 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease study. *European child & adolescent psychiatry*, 31(11), 1827–1845. <https://doi.org/10.1007/s00787-022-02040-4>



Jill Witney Åhs, Doktorand, Institutionen för hälsovetenskap, Röda Korsets Högskola och Institutionen för neurobiologi, vårdvetenskap och samhälle, Karolinska Institutet E-mail: jill.ahs@rkh.se
Foto: Sören Andersson

”När du pratar om det blir något i ditt hjärta lättare”

Många barn och unga som upplevt traumatiska händelser känner sig ensamma med sina tankar och det är viktigt att få lära sig om vilka reaktioner svåra händelser kan väcka. Men det är inte trauman i det förflutna utan hur det är här och nu som är viktigast för barn och unga som flytt, även om hjälp med att hantera posttraumatiska stresssymtom kan behövas. Forskargruppen CHAP, Child Health and Parenting, vid Uppsala universitet har gjort studier på barn och unga som upplevt krig och flykt. Här beskrivs några lärdomar.

I november 2015 kallades jag som extrasurs till Cosmos asylhälsan i Uppsala för att delta i hälsoundersökning av barn och unga. Vi blev snabbt bra på att bedöma hepatitserologi, men jag tyckte att vi var oerhört tafatta när det gällde den omfattande psykiska ohälsan, särskilt i form av posttraumatiska stressymtom, som vi mötte.

Som socialmedicinare har man vana att tänka i termer av befolkning och jag började genast fundera på omfattningen av posttraumatisk stress, särskilt bland de ensamkommande ungdomarna. Det visade sig att 76 procent av dem vi undersökte screenade positivt för PTSD (1). Det blev början till ett helt forskningsprogram om barn och unga som upplevt krig och flykt vid min forskargrupp, CHAP. Nu när kriget härjar i Ukraina och fler barn och unga förväntas fly även till Sverige tänker jag att det finns en del lärdomar som vi kan ha med oss.

En intervention nära barns och ungas vardag

Det kändes viktigt att göra något åt symtomen av posttraumatisk stress som ofta förekom samtidigt som symtom på ångest och depression och påverkade ungdomarnas skolarbete och nattsömn. TRT, Teaching Recovery Techniques är en manualbaserad gruppintervention som kan ges av personer som möter ungdomar men saknar terapeutisk utbildning. Den bygger på traumafokuserad KBT som är den vedertagna behandlingen för trauma hos barn och unga, men skiljer sig från regelrätt terapi i att betoningen ligger

på psykoedukation och symtomlindring med specifika tekniker och avslappning. Dock ingår viss exponering för att få bukt med triggers, dvs påminnelser som utlöser obehagliga minnen och stresspåslag. Det är en viktig första hjälpen, men många barn och unga kan behöva specialistinsatser senare.

Vår första studie visade mycket lovande resultat (2) och BRIS blev utbildningsansvarig och programförvaltare i Sverige. Vi lärde oss också om betydelsen av att använda befintliga professionella samarbeten för att kunna ge TRT framgångsrikt över tid (3) och vikten av att förbereda gruppledarna för de vanligt förekommande suicidtankar som många unga med posttraumatisk stress uppvisar (4). Vi påbörjade två randomiserade studier för att undersöka effekten av TRT på barn som kommit med sina familjer och ensamkommande. På grund av den införda restriktiva flyktingpolitiken sinade studiedeltagarna och pandemin tvingade oss att helt tänka om och satsa på en online gruppledarutbildning och online format för själva TRT. Det senare gjorde vi tillsammans med ensamkommande barn som tidigare deltagit i TRT, men som vare sig var ensamma eller barn längre.

Vardagen och framtiden är viktigast – inte traumat

Våra studier och erfarenheter visar att många barn och unga känner sig ensamma med sina tankar och det är viktigt att få höra att posttraumatiska stressymtom är en normal reaktion på onormala händelser. Men värre än traumat är diskri-

minering i vardagen (5) och skolan har en avgörande roll i att hjälpa barnen att må bättre. Vi behöver komma ihåg att det inte är traumat och det barnet varit med om utan vardagen och tryggheten här och nu samt möjligheten för framtidsstro som har störst betydelse för det psykiska måendet.

Referenser

1. Salari R, Malekian C, Linck L, Kristiansson R, Sarkadi A. Screening for PTSD symptoms in unaccompanied refugee minors: a test of the CRIES-8 questionnaire in routine care. *Scandinavian journal of public health* 2017;1403494817715516.
2. Sarkadi A, Ådahl K, Stenvall E, Ssegona R, Batti H, Gavra P, et al. Teaching Recovery Techniques: evaluation of a group intervention for unaccompanied refugee minors with symptoms of PTSD in Sweden. *European child & adolescent psychiatry* 2018; 27 4:467-79.
3. Lampa E, Sarkadi A, Warner G. Implementation and Maintenance of a Community-Based Intervention for Refugee Youth Reporting Symptoms of Post-Traumatic Stress: Lessons from Successful Sites. *Int J Environ Res Public Health* 2020; 18 1.
4. Löfving Gupta S, Wijk K, Warner G, Sarkadi A. Readiness of Allied Professionals to Join the Mental Health Workforce: A Qualitative Evaluation of Trained Lay Trauma Counsellors' Experiences When Refugee Youth Disclose Suicidal Ideation. *Int J Environ Res Public Health* 2021; 18 4.
5. Spaas C, Verelst A, Devlieger I, Aalto S, Andersen AJ, Durbeek N, et al. Mental Health of Refugee and Non-refugee Migrant Young People in European Secondary Education: The Role of Family Separation, Daily Material Stress and Perceived Discrimination in Resettlement. *J Youth Adolesc* 2022; 51 5:848-70.



Anna Sarkadi med patient Foto: J. Wulff

Hur är det med PTSD bland de ukrainska barn som kommer hit?

Från ca 8 år kan formuläret CRIES användas medan Refugee Health Screener fungerar från högstadiet och uppåt. Båda instrumenten finns på många språk. Finns det TRT där jag arbetar? Du kan fråga BRIS om det finns gruppledare i din kommun. Om ni vill utbilda personal finns utbildningar redan planerade till våren: <https://www.bris.se/om-bris/utbildningar/trt--teaching-recovery-techniques/>

PTSD innefattar, förutom upplevd traumatisk händelse, fyra symtomkomplex:

- **Påträngande symtom** - återkommande, ofrivilliga och plågsamma minnesbilder, mardrömmar, flashbacks eller intensiva psykiska/fysiologiska reaktioner vid triggers
- **Undvikande** - av sådant som påminner om den traumatiska händelsen såsom vissa situationer, platser, personer, tankar, minnen och sinnesintryck
- **Negativa kognitiva förändringar** och negativa förändringar i sinnesstämning
- **Symtom på överspändhet** som t.ex. lättskrämthet

Källa: <https://www.vardochinsats.se/depression-och-aangestsyndrom/kartlaggning-och-utredning/diagnostisering-av-posttraumatiskt-stressyndrom-ptsd-hos-barn/>

Tack till våra partners och finansörer, Kavlifonden, BRIS, Forte, Stiftelsen Idéer för livet och Folkhälsomyndigheten samt Children and War Foundation.



Anna Sarkadi, specialistläkare och professor i socialmedicin, Uppsala Universitet E-mail anna.sarkadi@pubcare.uu.se



Om röntgenapparaten på sjukhuset fungerade kunde man ta bilder där. Den var ofta sönder och då fick föräldrarna betala på privat röntgenklinik. Tolkning gjorde Emma själv mot solljuset. Foto: Fredrik Wikander Fahnehjelm

De lämnade tryggheten på Astrid Lindgrens barnsjukhus för tjänstgöring i Uganda:

”Vi exponerades för ett minst sagt annorlunda sjukdomspanorama.”

Vi är tre ST-läkare som under hösten 2022 tjänstgjorde på barnkliniken vid Jinja Regional Referral Hospital (JRRH) i Uganda, som del av vår specialistutbildning. Från en dag till en annan bytte vi arbete på ett av världens dyraste sjukhus med subspecialisttåta patientkonferenser till en ny värld. Vi har ventilerat och komprimerat vid hjärt-lung-räddning samtidigt, tagit kontroller, undersökt och gett behandling själva. Här berättar vi om hur vi vann livserfarenhet och nya vänner utan att komma hem med vare sig hakmask eller ebola.

Efter att ha väntat ut corona, tagit 8 olika vacciner, påbörjat malariaproylax och sagt hejdå till nära och kära kom vi fram till Victoriasjön och Nilens källa, där orten Jinja ligger. Vi fick ett varmt mottagande av de mogna passionsfrukterna (6 kr/kg), den röda jorden, åskan (som är så häftig att David Batra gjort TV om den) och vår handledare Dr William. Vi lärde oss snabbt att hälsa på alla patienter, kollegor och gatuförsäljare med tre fraser i en: "Good morning-how are you-fiiiine" och att matbanan, matooke, inte är vår grej.

Undervisade på Jinja Regional Referral Hospital

Jinja ligger cirka 2 timmar öster om Ugandas huvudstad Kampala och utgör centralort i området Busoga. Upptagningsområdet för JRRH är cirka 5 miljoner invånare, varav hälften är barn och ungdomar. Barnsjukhuset består av akutmottagning, akutvårdsavdelning, infektionsavdelning, malnutritionsavdelning, neonatalavdelning och en avdelning för kroniska sjukdomar. Utöver detta finns

öppenvårdsmottagningar för kardiologi, sicklecellsjukdom, HIV, tuberkulos och neurologi. Sjukhuset bemannas av endast tre barnläkare, samt en AT-läkare (ca 30 barn per avdelning) och en sjuksköterska per avdelning. Vi undervisade både läkar- och sjuksköterskestudenter nästan dagligen, och de i sin tur hjälpte oss genom att översätta och överbrygga kulturella skillnader.

Ständig brist på läkemedel och utrustning

På avdelningen delade två, tre och ibland fyra barn säng och mammorna sov på golvet under sängen. På grund av bristen på sjuksköterskor var t ex antibiotikavalet ceftriaxone (med administrering en gång per dygn) oftast en självklarhet. Vad gäller utrustning och diagnostik fanns intermittert tillgång till slätröntgen, en (för) liten blodbank, malaria-snabbtest och -mikroskopi, ett lab som kunde analysera blodstatus och blodgruppering, samt ett läkemedelsförråd vars innehåll varierade från vecka till vecka.

Utrustningsmässigt fanns Rubens blåsor, en syrgasanläggning, våg samt några fototerapi-lampor och höglödesgrimmor på neonatalavdelningen. Därremot fanns inga CPAP:er, respiratorer eller droppställningar, inte heller förbrukningsartiklar som sonder och tejp. Det fanns knappt några termometrar eller saturationsmätare, så vi använde våra egna som vi tagit med från Sverige.

Svårösta situationer en del av vardagen

Vården ska vara gratis för alla barn i Uganda men i praktiken är det svårt att uppfylla. När någon medicin, utredning eller test inte kan tillhandahållas av sjukhuset, behöver föräldrarna köpa det som saknas. När föräldrarna inte hade råd stod vi med utmaningen att försöka lösa problemet ändå. Vi kunde till exempel byta antibiotika till någon (bredare...) sort som fanns tillgänglig på sjukhuset. Utan bilirubinprov fick vi lita på vår okulära bedömning (googla Kramer's chart!). Men ibland gick det inte att kompromissa – ibland kunde vi varken ta Hb eller ge



Cecilia, Emma och Fredrik framför huvudentrén till barnsjukhuset. Foto: Viveca Nordberg



I Uganda är det varmt och på "neo" var rummet där barnen vårdades som en egen stor kuvös. Bra för barnen men Fredrik hade svårt att anpassa sig till klimatet. Foto: Cecilia Fahnehjelm



Cecilia undersöker ett barn som fått sår på ryggen eftersom myror ätit på barnet i kuvösen. Foto: Fredrik Wikander Fahnehjelm

blodtransfusion till likbleka barn.

Den enorma orättvisan mellan att vara född i Uganda jämfört med Sverige visade sig också de gånger barnen på "neo" krokade och behövde respiratorvård - vi kunde ju bara handventilera tills något annat akut behövde vår uppmärksamhet. Självklart påverkades vi känslomässigt av dessa beslut och vi behövde ofta bolla med och stötta varandra. Vi var väldigt glada över att vi hade med oss två kompiskollegor från Sverige, som var i samma situation.

Ett av världens mest malaridrabblade länder

Vi exponerades för ett minst sagt annorlunda sjukdomspanorama. Det tropiska klimatet gynnar t ex en hög förekomst av parasiter, varför alla barn och gravida behandlas rutinmässigt med albendazole mot tarmparasiter var sjätte månad. Barn under fem år får vitamin A var sjätte må-

nad då brist ökar mortaliteten vid eventuell mässlinginfektion. Alla nyfödda får förutom K-vitamininjektion en sträng tetracyklinsalva i vardera öga som profylax mot neonatal konjunktivit, samt BCG och oralt poliovaccin innan hemgång. På mödravårdcentralen screenas gravida för syfilis och HIV samt får intermitterande malariprofylax.

Uganda är ett av världens mest malaridrabblade länder vilket såklart märktes tydligt på avdelningarna, där svår malaria med andningssvårigheter, svår anemi eller kramper var en vanlig intagningsorsak. Malaria är också en vanlig orsak till missfall, intrauterin tillväxthämning samt prematuritet. Uganda har föga förvånande också en av världens högsta förekomster av sicklecellsjukdom vilket som bekant leder till vaso-okklusiva kriser, ökad risk för infektioner, stroke etc. Mortaliteten hos barn under fem år med sicklecellsjukdom i regionen rapporteras

till nära 80 procent.

Praktiska detaljer för dig som vill resa ut

Vi fick kontakt med JRRH genom den ideella organisationen Pediatric Health Initiative (PHI). Med hjälp av PHI har ett partnerskap etablerats mellan Region Stockholm och motsvarande region i Jinja, där också ALB och den ugandiska ideella organisationen Busoga Health Forum är samarbetspartners. Partnerskapet jobbar med förbättringsprojekt inom olika områden av barnsjukvården, parallellt med möjligheten för svenska ST-läkare att göra sin externa randning på JRRH. Tack vare detta samarbete fick vi hjälp med alla nödvändiga kontakter och var inte många mail bort att få en officiell handledare, tips på boende, hjälp med ansökan om ugandisk läkarlegitimation och andra praktiska råd vilket underlättade mycket.

Levnadskostnaden i Uganda är låg och vi hade bibehållen lön från Sverige. Värt att ha med i beräkningen för den som vill göra en liknande placering, är att utgifter tillkommer för flyg, legitimation, vaccin, malariprofylax och visum, samt, inte att förglömma, semester (om man vill uppleva något av Ugandas makalösa kultur,

natur och djurliv, vilket verkligen kan rekommenderas).

Ebola bröt ut i området

Vår tid i Jinja blev tyvärr förkortad då ebola bröt ut i Uganda några veckor efter vår ankomst. Istället för en tre månaders placering behövde vi lämna efter bara 1

respektive 2 månader - en ändring som inte alls var välkommen. Vi får trösta oss med att vi fått blodad tand att fortsätta engagera oss inom global hälsa, och med övertygelsen om att vi kommer att återvända.



Emma Hernström, ST-läkare Astrid Lindgrens Barnsjukhus Solna

E-mail: emma.hernstrom@regionstockholm.se



Cecilia Fahnehjelm, ST-läkare Astrid Lindgrens Barnsjukhus Huddinge

E-mail: cecilia.fahnehjelm@regionstockholm.se



Fredrik Wikander Fahnehjelm, ST-läkare Astrid Lindgrens Barnsjukhus Solna

E-mail: fredrik.wikander-fahnehjelm@regionstockholm.se

Vetenskapsredaktör: Thomas Abrahamsson

Avhandling:

Very preterm infants and later lung function – impact of perinatal inflammation, club cell secretory protein and bronchopulmonary dysplasia

Att födas för tidigt, prematurt, kan vara förenat med olika följd- och restillstånd senare i livet. I Sverige föds ca 900 barn per år mycket för tidigt, dvs före 32 graviditetsveckor. Denna sköra population av barn utsätts tidigt för stimuli från en miljö som de mognadsmässigt inte är helt redo för.

Överlevanden för prematurfödda barn har kontinuerligt ökat. Lungsjukdom till följd av prematuritet är dock vanligt och bronkopulmonell dysplasi (BPD), är den vanligaste komplikationen efter extremt prematur födsel. Effektiva strategier för att förebygga och/eller behandla BPD saknas i nuläget. Flertalet studier har visat att för tidigt födda barn löper en ökad risk för bestående lungfunktionspåverkan både under barndomen och upp i vuxen ålder (1-3).

På senare år så har också en nyare term, post-prematurity respiratory disease (PPRD), börjat användas för att poängtera att även barn som inte fått diagnosen BPD kan ha en påverkad lungfunktion efter neonatalperioden och under uppväxten (4).

Målsättningen med avhandlingen var att försöka förstå och hitta ytterligare en pusselbit till hur man skall kunna identi-

fiera de neonatala riskbarnen tidigare och kunna planera en strategi för utredning, uppföljning och behandling, för att om möjligt minska risken för framtida utveckling mot COPD.

Tydligt försämrad lungfunktion

I denna avhandling inkluderades 136 mycket för tidigt födda barn, alla födda före GV 32, födda i Lund under åren 2001-2007. 56 fullgångna matchade barn från samma tidsperiod användes som kontroller. Omfattande lungfunktionsundersökningar som spirometri, impulsoscillometri, diffusionskapacitet, FeNO, kroppspletysmografi och N2-utsköljning genomfördes vid 12 års ålder. Vid detta besök fick vårdnadshavarna också fylla i ett frågeformulär kring barnets allmänna välmående och med visst fokus på deras respiratoriska hälsa. Vi kunde tydligt visa att de prematurfödda barnen har sämre

funktion både i stora och små luftvägar, framför allt kunde vi se mer tecken på luftvägsobstruktion, högre resistans i luftvägarna, lägre diffusionskapacitet och större ventilationsinhomogenitet i lungan jämfört med de fullgångna barnen, och att detta inte bara gäller barn som har BPD.

Pojkar drabbas hårdare än flickor

I de flesta av lungfunktionsundersökningarna gällde det både absolutvärdena på undersökningen samt det uppskattade predikerade normalvärdet, mätt i procent. Pojkar verkar vara mest drabbade, men också att förändringarna till stor del kan gå tillbaka efter inhalation av bronkodilatantia. Wheezing och astmadiagnos var vanligare hos barn födda prematurt jämfört med fullgångna. Dessutom kunde det visas att perinatal inflammation, mätt som koncentration av cytoki-

ner (IL-6, IL-8 och IL-10) under de första 72 levnadstimmarna, samt koncentration av CC16 (club cell secretory protein) vid födelsen spelar roll för såväl tidig (behov av respiratorvård och utveckling av BPD) som sen (påverkan på lungfunktionen i skolåldern) respiratorisk morbiditet.

Sammanfattningsvis kunde vi påvisa ett samband mellan olika nivåer av cytokiner och CC16 hos extremt prematurfödda barn både kort efter födelsen och med senare lungpåverkan, både i ett kort och långsiktigt perspektiv. Lungfunktionen var också försämrad hos de prematurfödda barnen.

Referenser

1. Islam JY, Keller RL, Aschner JL, Hartert TV, Moore PE. Understanding the Short- and Long-Term Respiratory Outcomes of Prema-

turity and Bronchopulmonary Dysplasia. *Am J Respir Crit Care Med.* 2015;192(2):134-56.

2. Simpson SJ, Logie KM, O'Dea CA, Banton GL, Murray C, Wilson AC, et al. Altered lung structure and function in mid-childhood survivors of very preterm birth. *Thorax.* 2017;72(8):702-11.
3. Thunqvist P, Tufvesson E, Bjerner L, Winberg A, Fellman V, Domellof M, et al. Lung function after extremely preterm birth-A population-based cohort study (EXPRESS). *Pediatr Pulmonol.* 2018;53(1):64-72.
4. Collaco JM, McGrath-Morrow SA. Bronchopulmonary dysplasia as a determinant of respiratory outcomes in adult life. *Pediatr Pulmonol.* 2021;56(11):3464-71.



Cecilia Hagman, Överläkare, Barn- och ungdomssjukhuset, Barnlung- och andningsteamet, SUS Lund/Malmö
E-mail: cclhagman@gmail.com



Foto: iStock

Kulturredaktör: Göran Wennergren



Bild 1. Porträtt av konstnärns syster Berta Edelfelt. Albert Edelfelt, 1884. Finlands Nationalgalleri Ateneum. Foto: Finlands Nationalgalleri/Jenni Nurminen. Public domain.

Albert Edelfelt – solskensmålningar och kärv realism

Albert Edelfelt (1854–1905) är en av Finlands stora konstnärer. Välkända, ypperliga exempel på Edelfelts konstnärskap är målningen ”Drottning Blanka”, som blev hans genombrott, den gripande ”Ett barns likfärd” och hans porträtt av Louis Pasteur (1). Edelfelt ägnas nu i vinter en stor utställning på Göteborgs konstmuseum.



Bild 2. Sommarliv i skären. Albert Edelfelt, 1880. Göteborgs konstmuseum. Foto: Göteborgs konstmuseum/Hossein Sehatlou.

I utställningen ”Albert Edelfelt – Modernt konstnärsliv i sekelskiftets Europa” visas konstnärns stora och mångskiftande produktion (2). Här finns en bred palett av porträtt, varav många på barn (Bild 1), folklivsskildringar från Finland, stadsbilder från Paris, landskapsbilder och historiemåleri. Produktionen är förbluffande rik. Jag imponeras av Albert Edelfelts tekniska skicklighet som för tankarna till den samtida virtuosen Anders Zorn.

Att utställningen ordnas på Göteborgs konstmuseum känns naturligt. Pontus och Göthilda Fürstenberg hörde till Edel-

felts främsta mecenater och han hade sin första utställning i Sverige på dåvarande Göteborgs museum år 1884. Göteborgs konstmuseum äger idag inte mindre än nio verk av Edelfelt (3). Den aktuella utställningen pågår till 12 mars 2023.

Edelfelt målade både det söta, idylliska och det sträva (3). Jag slås av kontrasterna mellan rara, obekymrade skildringar av borgerligt sommarliv i skärgården (Bild 2), och kärva, realistiska skildringar som fiskaren och hans dotter i ”På havet” (Bild 3). De kärva målningarna känns idag mer angelägna, och har stått sig bättre, än de

söta som Edelfelt själv kallade för ”solskensstycken”.

Från en finlandssvensk familj

Albert Edelfelt kom från en bildad finlandssvensk familj med intresse för konst och litteratur. Fadern var arkitekt och konstnärligt begåvad. Hans släkt var adlig med rötter i Östergötland. Mamman kom från en förmögen finlandssvensk köpmans- och skeppsredarfamilj i Borgå. Hon var litterärt begåvad och skrev poesi (4).

När Albert Edelfelts far avled hastigt är



Bild 3. På havet. Albert Edelfelt, 1883. Göteborgs konstmuseum. Foto: Göteborgs konstmuseum/Hossein Sehatlou

1869 var Albert bara 15 år. Faderns död innebar ett svårt slag och det blev modern, Alexandra, som fick hålla samman familjen. Albert kom hela livet att stå sin mor mycket nära. Hon levde till 1901. År 1879 lyckades modern, trots pressad ekonomi efter makens död, köpa en sommarvilla i Haiko nära Borgå. Hit återvände Edelfelt varje sommar efter att under vinterhalvåret ha vistats i Paris. Han talade flytande franska. I Haiko kunde Edelfelt umgås med familjen och måla sina skildringar av den nyländska skärgården. Hans ateljé är idag museum.

Friluftsmålningar från den nyländska skärgården

Sommaren 1879 målade Edelfelt den gripande "Ett barns likfärd" som visar en skärgårdsfamilj som över ett blankt vatten rör till kyrkan med en liten blåmålad kista i ekan (1). Målningen fick våren 1880 medalj på Salongen i Paris men det sorgliga motivet var svårsålt. På uppmaning av en internationellt verksam konsthandlare målade Edelfelt sommaren 1880

en gladare tavla där i stället ett spädbarn ros för att döpas. "Dopfärd" såldes i New York och fanns i över hundra år i privat ägo i Kanada. Nu har målningen återkommit till Finland och den köptes för några år sedan för ett mångmiljonbelopp av en affärsman och konstsamlare på Åland (Bild 4).

Edelfelt kom att tillbringa 24 somrar på Haiko. I augusti 1905, under sin årliga vistelse där, dog Albert Edelfelt av en hjärtinfarkt, enbart 51 år gammal. Han ligger begravd på Sandudds begravningsplats i Helsingfors.

Referenser

1. Wennergren G. *Konstpaus – Albert Edelfelts Drottning Blanka. Barnläkaren*. 2017; Nr 5: 33-34.
2. Nygårds E, Steorn P (red.). *Albert Edelfelt – Modernt konstnärsliv i sekelskiftets Europa*. Göteborgs konstmuseum och Appell förlag, 2022. ISBN 978-91-986644-1-6.
3. Rubin B. *Albert Edelfelts konst*



Bild 4. Dopfärd. Albert Edelfelt, 1880. Privat ägo, Anders Wiklöf, Åland. Foto: Stockholms Auktionsverk/Helsingfors

pendlade mellan det sträva och sockersöta. *Dagens Nyheter*, 2022-11-16. <https://www.dn.se/kultur/albert-edelfelts-konst-pendlade-mellan-det-strava-och-sockersota/>

4. *Biografiskt lexikon för Finland 2. Ryska tiden (2009)*. Edelfelt, Albert. URN:NBN:-fi:sls-4685-1416928957291. <https://www.blf.fi/artikel.php?ref=sok&id=3217>



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

DOI: 10.1111/apa.16640

ISSUE HIGHLIGHTS

MULTIDISCIPLINARY ASSESSMENTS FOR LONG COVID SHOULD INCLUDE MENTAL HEALTH



Clinicians need to be careful that they do not confuse long COVID and mental health issues. Cozzi et al¹ cite a nationwide Danish study that showed that children aged 6-17 years who had not been infected with the severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 reported significantly more problems concentrating, headaches, muscle and joint pain than those who had been infected. The authors suggest multidisciplinary care for children with long COVID symptoms and a high suspicion of mental health disorders. Chrapkowska comments on the paper.²

SOMATIC GROWTH IN CHILDREN BORN WITH A SINGLE HEART VENTRICLE



A systematic review and meta-analysis by Van den Eynde et al maps the somatic growth of patients with a single ventricle from birth, through the various stages of Fontan palliation and long-term after surgery.³ The review also reveals modifiers of somatic growth, including aggressive nutritional management, the timing of Glenn/Fontan procedures, the prompt resolution of complications and preventing obesity in adolescence and adulthood. Möller comments on the findings.⁴

DO GENETIC VARIANTS PLAY A ROLE IN SUDDEN INFANT DEATH SYNDROME?



Sudden infant death syndrome (SIDS) occurs more often in male than in female infants, suggesting involvement of the X-chromosome. Altered expression of the Neurokinin-1 receptor may also play a role. Shaukat et al hypothesised

© 2022 Foundation Acta Paediatrica. Published by John Wiley & Sons Ltd.

that genetic variants in three X-chromosome-encoded micro ribonucleic acids (miRNAs), known to downregulate expression of the Neurokinin-1 receptor, may contribute to SIDS.⁵ They identified sequence variants in the miRNAs in 27 SIDS cases and 28 controls but found no differences in the frequencies in male and female infants with SIDS. The variants did not seem to contribute to the pathogenesis of SIDS.

AGE AT DETECTION AND OUTCOMES OF CONGENITAL CATARACT SURGERY



Congenital cataracts are the most common cause of treatable blindness in children worldwide. Wackerberg et al studied Swedish children diagnosed with dense unilateral congenital cataracts who had surgery before 1 year of

age between 2007 and 2014.⁶ The authors analysed age at the time of detection and visual acuity at 5 and 10 years of age. The study showed better visual acuity in those treated for dense unilateral cataracts than an earlier Swedish cohort study.

FURTHER DISCUSSIONS ON THE ANTITUSSIVE EFFECTS OF HONEY



A randomised trial by Nishimura et al, published in 2022, showed no difference between honey and a placebo syrup in alleviating children's nocturnal coughs.⁷ Deglovic et al suggested that the lack of effect may have been due to loss of antibacterial activity of the honey

used.⁸ Nishimura et al responded that coughs during upper respiratory tract infections were mostly caused by viral infections and that antibacterial activity was unlikely to be involved.⁹ The placebo syrup used in their study was as sweet as the honey and had a similar antitussive effect. Therefore, they suggest that the antitussive effect of honey found in other studies may have been due to its sweetness rather than its antibacterial properties.

Figures: istockphoto.

Bokrecensioner

Barnhjärnan – så uppkommer medvetandet och själen

Författare: Hugo Lagercrantz

Antal sidor: 149

Förlag: Kaunitz-Olsson

Utgivning: 2022-10

ISBN: 9789189603233

Hugo Lagercrantz senaste bok Barnhjärnan är ett välkommet bidrag till den populärvetenskapliga litteraturen om hjärnan. I boken får vi ta del av författarens gedigna kunskap och forskningserfarenhet inom nervsystemets utveckling på ett lättbegripligt sätt. För blivande barnläkare är det en nyttig läsning som kan rekommenderas, eftersom kunskap om barnets normala utveckling är ett måste för varje barnläkare. Den kan också vara ett stöd för barnläkaren i rollen som rådgivare i frågor om vad som är gynnsamt för barnets utveckling. Det gäller såväl i samtal med föräldrar som i kommunikation med förskola/skola och andra samhällsinstitutioner.

Boken inleds med historik över kunskapsfältet om fosterutveckling och mer specifikt "konstruktionen av hjärnan". Startskottet är gastruleringen – "livets viktigaste händelse". Beskrivningen av hur nervcellerna bildas, migrerar, förgrenar sig och myeliniseras blandas på ett förtjänstfullt sätt med milstolpar inom forskningen på området. Att hjärnan vid födseln innehåller 100 miljarder nervceller (lika många som stjärnorna i Vintergatan) manar till ödmjukhet och eftertanke.

Därefter kommer ett kapitel om fosterutvecklingen och vad man vet om fostrets rörelser och känslor. Via födseln fortsätter vi att följa utvecklingen hos det nyfödda barnet.

"Det nyfödda barnet vaknar upp" beskriver utvecklingen av våra sinnen. Därefter ges en beskrivning av medvetandet och de funktionella metoder som utvecklats för att utforska lokaliseringen av olika aktiviteter i hjärnan, liksom skillnaderna mellan barnets och den vuxnes hjärna. Kapitlet om medvetandet avslutas med den tänkvärda meningen: "Barnhjärnan är alltså inte underlägsen den vuxnes, men dess kapacitet är annorlunda."

En väl summarisk beskrivning tar oss igenom barnets utveckling under de första 18 månaderna, och vidare genom förskoleåren, med ett par avsnitt om leken och skärmtittandet, ett av författarens omhuldat ämne, som här diskuteras rätt ytligt och med få referenser. Riktigt intressant blir det igen när språkutvecklingen beskrivs – ett utmärkt avsnitt med bra referenser. Det hade gärna fått knytas ihop med diskussionen om Barn och skärmar.

Författaren avslutar med "Take-home-message till beslutsfattare", ett mycket viktigt budskap som jag gärna hade sett först i boken. Författarens eget barnperspektiv, med presentation av den egna bakgrunden ger en förståelse för hans stora engagemang i de frågor som tas upp i boken.

Några kritiska synpunkter. Den första gäller den föräldrade nomenklatur som används bland annat för intellektuell funktionsnedsättning. Det kanske hade

varit bra om en barnneurolog fått läsa igenom boken för att få rätt svensk terminologi – det gäller även kapitel 14 som handlar om utvecklingsneurologiska/neuropsykiatriska avvikelser. Boken hade också mått bra av en varsam redaktionell hand som hade skapat lite bättre ordning i kapitlen för att behålla den röda tråden och för att se över referenserna. Jag hade gärna sett att man fört samman kapitlen om värden av det för tidigt födda barnet och vad för tidig födsel innebär för hjärnans utveckling.

Nyligen skrev författaren i Läkartidningen en utmärkt historisk överblick över forskningen som ligger bakom mycket av den kunskap vi idag har om nervsystemets utveckling. Artikeln är "en bearbetning av ett par kapitel i boken med fler historiska utvecklingar".

Läs mer

Lagercrantz H. Upptäckten av hur hjärnan bildas och utvecklas. Läkartidningen. 41–42. 2022



Ingrid Olsson, docent, överläkare, Barnneurologen, Drottning Silvias barnsjukhus, Göteborg
E-mail: ingrid.b.olsson@vgregion.se



Bokrecension:

Åtta, snart nio

Författare: Rose Lagercrantz

Illustratör: Rebecka Lagercrantz

Antal sidor: 112

Förlag: Bonnier Carlsen

Utgivning: 2022-09-12

ISBN: 9789179771997

Finns också som e-bok (ISBN: 9789179777050)

och ljudbok (uppläsare författaren, ISBN: 9789179791810)

Rose Lagercrantz är känd författare till barn- och ungdomsböcker. Inte minst böckerna om Dunne har älskats av många barn, bland annat av en flicka i min närhet. För ett par år sedan kom "Två av allt". Där tog Rose sig an den svåra uppgiften att skriva om Förintelsen i en bok för barn. Nu är Rose aktuell med en ny bok, "Åtta, snart nio". Den handlar om Olga som får ett för tidigt fött syskon, men också om vänskap och saknad och om den svåra konsten att vara snäll. På något ställe är boken därtill både spännande och lite läskig. Liksom "Två av allt" är den nya boken kongenialt illustrerad av dottern Rebecka Lagercrantz, barnläkare och konstnär.

Boken handlar om Olga Olsson som är åtta år, snart nio, och går i tvåan. Olga bor med sin mamma Astrid i en etta uppe på Mariaberget i Stockholm. I närheten bor kusin Augusta, som är sex och ett halvt, med sin mamma Ester och pappa Fredrik.

Även Olga har en pappa. Han heter Anthony, är operasångare, rödhårig med blå ögon och bor i London. Men honom har Olga aldrig träffat, hon har bara sett honom på fotografi. Hon längtar efter honom.

Boken utspelar sig under nio innehållsrika vårvinterdagar i början av mars. Mamma Astrid, som väntar barn, får värkarbete och föder för tidigt på Södersjukhuset. Astrid och lille Teo får ligga

på Neonatalavdelningen. Under tiden får Olga, som saknar och längtar efter mamma Astrid, bo hos moster Ester. I början är Olga och kusin Augusta osams men efterhand blir de bästisar. I skolan förbereds "Skolans dag" med konsert för föräldrarna. Till stor lycka får mamma Astrid permission till konserten och Olga sjunger solo "bravissimo" med en egenhändig skriven sång. På bokens sista dag, som är Olgas nionde födelsedag, har mamma Astrid och lillebror Teo kommit hem. Familjen har återförenats och det blir födelsedagskalas.

"Himla bra"

Min sondotter Selma som är 10 år tyckte att "Åtta, snart nio" var jättebra:



Rose Lagercrantz
Foto: Erik Sjöström



Rebecka Lagercrantz
Foto: Helén Karlsson



– Det är himla bra att boken är en berättelse som kan hända i verkligheten och inte bara fantasi och det är bra att det är mycket känslor i boken.

– Men boken handlar inte bara om att Olga längtar efter att mamman ska komma hem. Det händer mycket också, i skolan och hos mostern. Olga bråkar med kusinen men de blir kompisar sedan. Fast det var otäckt när Augusta gick balansgång på räcket.

Det är tydligt att Rose Lagercrantz, precis som i Dunne-böckerna, har förmågan att formulera sig helt rätt för målgruppen. Som vuxen läsare kan jag konstatera att boken är skriven med stor värme och humor.

Rebecka Lagercrantz har illustrerat boken med härliga akvareller på varje uppslag. Illustrationerna har färger som gör läsaren glad. Jag imponeras också av detaljrikedomen och av hur nära verkligheten som stadsbilderna ligger.

Jag ska inte avslöja slutet, men det är hoppfullt och bäddar för en fortsättning av berättelsen om Olga, mamma Astrid och lillebror Teo. Sådana här böcker borde kunna vända på den trista trenden att svenska skolbarn läser allt mindre.

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

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

30/1-1/2 Kurs i Perinatologi, Stockholm

Info: <https://neo.barnlakarforeningen.se/kalender/kurs-i-perinatologi-i-sthlm/>

3-5/4 Int Essence, hybride conference on autism, ADHD, neuro-developmental dis

Info: www.barnlakarforeningen.se/kalender/

20-23/3 Ultraljudskurs i Florens

Info: <https://neo.barnlakarforeningen.se/kalender/ultraljudskurs-i-florens/>

19-21/4 Kurs i Perinatal immunhematologi, NKS, Solna

Info: <https://neo.barnlakarforeningen.se/kalender/kurs-i-perinatal-immunhematologi/>

20-24/3 SK-kurs i födoämneskänslighet hos barn/vuxna, Stockholm Info: www.sffa.nu/event/sk-kurs-i-fodoamnesoverkanslighet-hos-barn-och-vuxna/

22-25/5 Barnveckan i Tylösand

Info: https://mkon.nu/barnveckan_2023

NÄSTA NUMMER

Nästa nummer har temat Vaccination - barn och infektioner och utkommer den 28 mars. 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.

Tipsa gärna om nyheter: info@barnlakaren.se



Foto: iStock

Jag är så ensam här inne

Den psykiska ohälsan ökar bland barn och unga.
Hjälp oss bryta trenden.

90 SVENSK
KONTO INSAMLINGS
KONTROLL

SWISHA DIN GÅVA TILL 9015041

BRIS



Välkomna till BARNVECKAN 2023

Äntligen är det dags! Barn och Ungdomskliniken i Halmstad, har för första gången fått äran att arrangera Barnveckan, 2023. Vi hälsar all vårdpersonal med intresse för barn, välkomna till Barnveckan som denna gång kommer att arrangeras den 22-25e maj.

Årets tema är "barnet på språng". Barnet är i ständig rörelse i så många aspekter så varför inte öppna upp för en konferens där vi berör barnet på språng, från det nyfödda lilla barnet som precis kommit till världen, till den stora tonåringen som skall ta klivet in i vuxen världen – och allt däremellan.

Under fyra dagar kommer vi få lyssna till intressanta föreläsningar, medverka i paneldiskussioner och workshops och njuta av trevlig underhållning på kvällarna. Vi hoppas att ni precis som vi ser fram mot en vecka full av kunskap och möten med likasinnade.



Varmt välkomna till Halmstad

BARNVECKAN 2023
22-25 maj
Barnet på språng



Alva Barnklinik är en av de större barnmedicinska verksamheterna inom Region Stockholm.

Vi välkomnar barnläkare som vill bidra till den fortsatta utvecklingen av den öppna barnsjukvården i Stockholm. Vi erbjuder goda möjligheter till kompetensutveckling, marknadsmässig lön, friskvårdsbidrag och digitala patientbesök.

I verksamheten finns erfarna barnläkare, barnsjuksköterskor, barnpsykiatriker och barnpsykologer som arbetar i team.

Vi har även ST-läkare under specialistutbildning inom allmänmedicin, pediatrik och BUP.

Vi har verksamhet vid

- Medborgarplatsen/Södermalm
- Hagastaden/Solna (intill Norrmalm)
- Sickla/Nacka
- Upplands Väsby

Besök vår hemsida för mer info:

ALVABARNKLINIK.SE

Alva Barnklinik är en del av Capiro.

