

TEMA | DIGITAL VÅRD – MÖJLIGHETER OCH BEGRÄNSNINGAR

Digitaliserad vård inom diabetes- och akutvården

Intervjun: ”Digital vård är ett värdefullt komplement till fysisk vård”

Vetenskap: Komplikationer vid behandling av akut lymfatisk leukemi





Bli en del av teamet på någon av Barnsjukhuset Martinas kliniker

BARNSJUKHUSET MARTINA är den största vårdgivaren för barn- och ungdomsmedicinsk öppenvård i Stockholm, med över 250 medarbetare och en vårdyta på cirka 6000 kvm.

Den huvudsakliga inriktningen är BUMM via regionsavtal inklusive neuropsykiatri. Vår största enhet ligger på Sophiahemmet. Vi har i dagsläget två BVC enheter samt avtal för barn inom ÖNH, logopedi och ortopedi. Martina driver sedan många år en lättakutmottagning på Sophiahemmet och en mottagning för psykisk hälsa för barn och unga vuxna i Nacka strand.

Vårt multidisciplinära team består av allmän-pediatriker och barnspecialister inom astma och allergi, gastroenterologi, kardiologi, nefrologi,

endokrinologi, barnkirurgi/urologi och barnpsykiatri. Givetvis har vi kunniga sjuksköterskor inom många områden och en anställd dietist.

Martina har en akademisk miljö och satsar på kompetensutveckling för ST läkare och övriga medarbetare. Vi tror på flexibilitet och skraddarsyr anställningsformer och villkor så att det ska passa privatlivet. Vi har en HR-avdelning och kollektivavtal med bra pensionsavsättningar.

Om du är intresserad av att arbeta på Martina som anställd eller konsult eller önskar mer information kontakta någon av våra verksamhetschefer.

www.barnsjukhusetmartina.se

MARTINA finns på följande platser i Sthlm:

- ▶ Sophiahemmet
- ▶ Norra Djurgårdsstaden
- ▶ Globen
- ▶ Järvastaden
- ▶ Sollentuna
- ▶ Nacka Strand
- ▶ Huddinge
- ▶ Bromma (1/10 2023)
- ▶ Lidingö (1/1 - 2024) BUMM och BVC



DOI: 10.1111/apa.16880

ISSUE HIGHLIGHTS

RESEARCH AND PRACTICE GUIDELINE ON SKIN-TO-SKIN CONTACT AFTER BIRTH



Skin-to-skin contact immediately after birth may contribute to improved health outcomes, including decreased infant mortality. However, the implementation and definition of skin-to-skin contact has been inconsistent in both research studies and clinical

practice. Brimdyr et al. used the World Health Organization's guideline development process to produce skin-to-skin guidance for the first hour after birth, including clear step-by-step instructions.¹ In his Editorial, Whitelaw states that because skin-to-skin contact for newborn infants and their mothers seems such a natural activity, many readers may not know how recent it is, how it was established and how it has been tested.²

PERIPHERAL FACIAL NERVE PALSY IN AREAS WITH ENDEMIC BORRELIA



More than half of the children who present with peripheral facial nerve palsy (PFP) in areas where pathogenic *Borrelia* species are endemic are affected by neuroborreliosis. However, specific antibodies need to be detected in cerebrospinal fluid (CSF) to reach a definitive diagnosis. Most children with acute PFP present within 72h from the onset of symptoms, but it may take several weeks to test positive for *Borrelia* immunoglobulin G in CSF. This means that many children with neuroborreliosis may be seronegative and falsely diagnosed with idiopathic PFP. Mack et al. describe two instructive cases of children who presented with acute PFP and inconclusive diagnoses of neuroborreliosis and suggest a diagnostic algorithm.³

UNCERTAINTY ESTIMATES AND SCIENTIFIC PRACTICE IN MEDICAL RESEARCH



Kuitunen has suggested that confidence intervals instead of, or in addition to, p values should be used in medical research. The author argues that confidence

ACTA PAEDIATRICA
NURTURING THE CHILD
WILEY

intervals provide a better understanding of sampling uncertainty.⁴ *Acta Paediatrica's* statistical editor, Bottai, agrees, but also lists six common problems that may be even more important than misunderstanding sampling errors when interpreting and reporting findings in current medical research.⁵

PITFALLS MAY LEAD TO BIAS IN NEONATAL RANDOMISED CLINICAL TRIALS



Evidence-based medicine has changed clinical practice by incorporating data from randomised controlled trials (RCTs). A clinical overview by Saugstad and Kirpalani points out that, although RCTs are considered the gold

standard for obtaining the evidence needed to guide medical practice, there are other ways to obtain knowledge. They also discuss how both well-known and less acknowledged pitfalls that may lead to bias in neonatal RCTs.⁶

ABUSIVE HEAD TRAUMA PAPER PROMPTS FORMAL STATEMENT AND FURTHER COMMENTS



Leventhal et al.⁷ have claimed that there were flawed data in the paper by Wester et al.,⁸ which failed to support diagnoses of shaken baby syndrome and abusive head trauma in Norwegian court cases. An expert on biostatistics

was asked to carefully evaluate the original paper and the conclusion was that the authors used a suitable method, even with the small sample size. The Wiley Integrity Publishing Group added that the journal followed the correct procedures and best practice in investigating this matter, as outlined by Wiley and the Committee on Publication Ethics. Two other comments on the problems of diagnosing shaken baby syndrome are published in this issue.^{9,10}

Figures: istockphoto.com.

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
iStock

LEDARE	5
REDAKTÖRENS RUTA	6
BARNMEDICIN	
Notiser.....	10
TEMA: DIGITAL VÅRD – MÖJLIGHETER OCH BEGRÄNSNINGAR	
Sjukvård i digital transformation – bortom faxen	
<i>Younis Khalid</i>	12
Digital vård – möjligheter och utmaningar	
<i>Peter Adolfsson</i>	14
Barnfamiljer erbjuds lättillgänglig vård i digital form – men kan vi möta deras behov?	
<i>Mara Cerqueiro Bybrant</i>	16
Mer jämlik och individbaserad barnobesitasvård via digital vård	
<i>Lovisa Sjögren, Theres Torstensson</i>	18
Hur fungerar digitaliserad vård inom diabetes- och akutvården?	
<i>Rein Florell</i>	20
Digitalisering värdefullt komplement för unga patienter med cystisk fibros	
<i>Marcus Svedberg</i>	22
INTERVJUN	
Karin Palmblad: "Digital vård är ett värdefullt komplement till fysisk vård"	
<i>Younis Khalid</i>	24
VETENSKAP	
Vanligt med toxicitet i centrala nervsystemet vid behandling av pediatrik akut lymfatisk leukemi	
<i>Stavroula Anastasopoulou</i>	26
KULTUR	
Bokrecension: Oxygen – kampen om luft	
<i>Carl Lindgren</i>	28
Autism hos barn: Delade meningar om vem som diagnosticerades först	
<i>Hugo Lagercrantz</i>	29
Till en näktergal i Lund	
<i>Göran Wennergren</i>	30
KALENDARIUM	34

Om digitala möten i barnsjukvården

Alla har vi nog brottats med digitala system som inte fungerar optimalt i vården eller inte är fullt ut implementerade. När det är tid att koppla upp sig mot föräldrarna, har jag upplevt att det saknas länk, att arbetsplatsen med kamera är upptagen, att det visar sig att föräldrarna inte har tillgång till rätt app eller att det är svårt att bedöma barnet som inte vill vara med i det digitala rummet.

Å andra sidan har många av oss sett den stora fördelen med digitala besök för patienter vi redan känner och ska följa upp, för de familjer som bor långt bort och hur digital vård kan öka tillgängligheten för vård. I detta nummer som sammanställts av Younis Khalid, blir det tydligt hur olika vårdgivare samverkar för att hela tiden utveckla och förfinas de digitala vårdformerna och anpassa dem efter olika patientgrupper och behov.

När jag läser texterna här om digitala konsultationer blir det också tydligt för mig att det är minst lika viktigt vid digitala konsultationer som vid fysiska att själva barnläkarkompetensen är tillgodosedd. Det kan förstås krävas extra mycket erfarenhet att bedöma ett barn på skärmen.

I återkommande undersökningar är det fortbildning Barnläkarförningens medlemmar önskar sig mest av allt på jobbet. Ett arbete med detta pågår inom Utbildningsutskottet, som just nu samlar en fortbildningsgrupp med representanter från alla regioner. Jag hoppas verkligen att verksamheterna kan låta nyckelpersoner få medverka i detta viktiga arbete. Det finns också planer på att ge fortbildningsfrågor större plats än tidigare under Barnveckan. Samverkan mellan BLF styrelse och Utbildnings-

utskottet förstärks dessutom genom att Daniel Holmgren, med särskild inriktning mot fortbildningsfrågor, är medlem i båda styrelser,

På samma sätt stärks BLF styrelsens samverkan med Etikutskottet genom att Ylva Tindberg ingår i båda styrelser. Vi är mycket glada över alla våra nya styrelsemedlemmar 2023: Daniel Holmberg (Västra Götaland region), Ylva Tindberg (Region Sörmland) och Lisa Sahlin Torp (Region Jämtland Härjedalen)

När jag skriver detta ska vi i BLF styrelsen precis iväg på vårt årliga internat. Som ett underlag för planering av vårt arbete framåt har vi fått in uppgifter från del- och intresseföreningar kring viktiga medicinska, utbildnings- och framtidsfrågor. Vi vill tacka för ert arbete med detta, det är så inspirerande för oss i styrelsen!



Jag kan också berätta att arbetet med nästa års Barnvecka är i full gång och vill be er att redan nu boka in 8-11 april 2024 i Linköping/Norrköping!

Allt gott!
Ulrika

*Ulrika Ådén, ordförande,
Svenska Barnläkarförningen*

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

Plusgöra 90 2003-3

Rädda Barnen
Save the Children Sweden



Nu har hösten tagit fart på riktigt. Åter sprakar trädskronorna i vackra färger och kylan börjar smyga sig på. En påminnelse om att vi och allt omkring oss är i ständig förändring, på ett eller annat vis.

En av de större förändringar som vi alla påverkas av mer eller mindre, är den digitala transformationen. Det är det begreppet e-Hälsomyndigheten vill att vi använder, när vi pratar om den

digitala reform som utvecklats i rasande fart det senaste decenniet. För svensk hälso- och sjukvård började det med att ett fåtal privata aktörer erbjöd digitala vårdtjänster i större omfattning, till att digitala vårdmöten, asynkrona chattar och hemmonitorering snabbt blev en del av vardagen. Utvecklingen går ständigt framåt, och så sent som i juni kunde vi läsa om regeringens planer om en reform för en gemensam digital infrastruktur i hela landet. Regeringen ska satsa hundratals miljoner för att under tre år bygga en gemensam digital infrastruktur för landets hälso- och sjukvård, där alla vårdgivare är inkluderade. Därmed hoppas man att det bli enklare att dela patientuppgifter vårdgivare emellan, något som länge varit förknippat med problem.

Digitalisering av hälso- och sjukvården erbjuder en rad nya möjligheter som kan öka effektivitet, säkerhet och kvalitet för patienter, anhöriga och vårdanställda. Tidskrävande repetitiva och manuella arbetsprocesser kan automatiseras. Tillgänglighet ökar, kommunikationsvägar blir snabbare och öppningar till förbättrade samarbeten kan uppstå. Med tiden har vi kunnat följa hur digitaliseringen för oss framåt och moderniserar, men samtidigt framträder även bristerna. Behovet av förbättring blir allt tydligare, främst för att

inte äventyra patientsäkerheten. Det handlar om allt från att nuvarande system inte fungerar tillfredsställande, till att det helt enkelt används för många olika system parallellt med varandra. Många använder fortfarande enskilda datasystem, som inte är kompatibla med övriga användares för till exempel journalföring och tidsbokning.

Vår temareddaktör Younis Khalid, har bett ett antal barnläkare att dela med sig av sina egna erfarenheter av dagens digitala utveckling. För Karin Palmblad har det t ex betytt ökad tillgänglighet för hennes patienter och minskad arbetsbelastning. Mara Cerqueiro Bybrant och Rein Florell ser enkla arbetsflöden och god tillgänglighet i videomöten. Marcus Svedberg, Lovisa Sjögren och Terese Torstensson kombinerar hemmonitorering med digitala kontaktvägar, för att kunna nå bättre behandlingsresultat. Peter Adolfsson tycker till om de digitala systemens möjligheter och begränsningar. Hur ser de ut idag och vad kan vi förvänta oss av dem i framtiden?

Vi avslutar med bl a en fin skildring av Lundapoeten Hjalmar Gullbergs liv. Carl Lindgren recenserar barnläkaren Ola Didrik Saugstads bok Oxygen - kampen om luft, som kom ut på svenska för första gången i år, och Hugo Lagercrantz ger oss chansen att lära oss mer om autisms historia. Det är väl känt att antalet diagnosticerade fall av autism ökat markant de senaste åren. Vem som var först med att ställa diagnosen, råder det dock lite delade meningar om.

Trevlig läsning!

Margareta Munkert Karnros



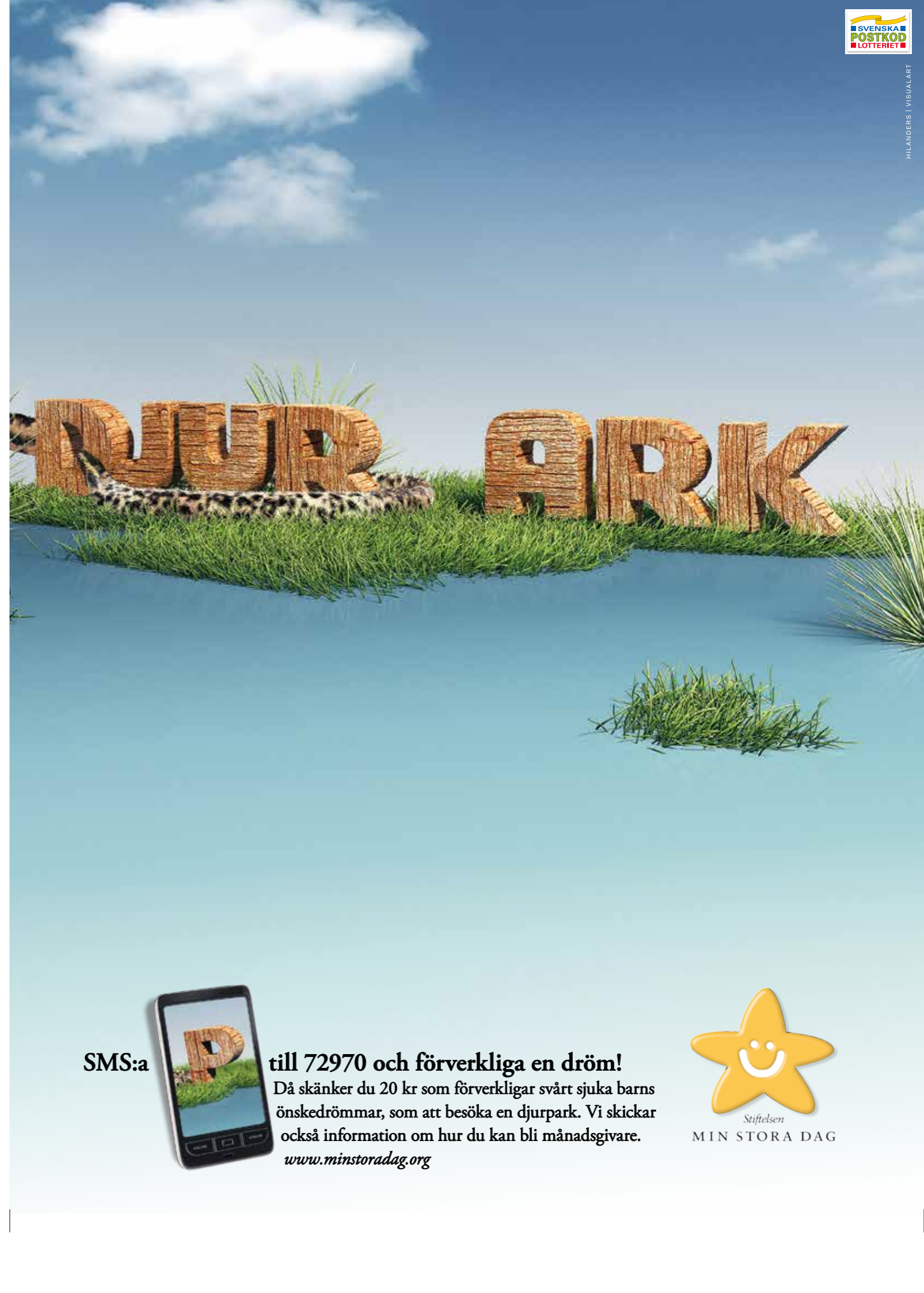
Temareddaktör i detta nummer: Younis Khalid

Younis Khalid är barnläkare och har jobbat i drygt 20 år inom barnsjukvård. Efter en ST-tjänst på Sahlgrenska Universitetssjukhuset fördjupade han sig inom akutpediatriken och arbetade därefter på barnakuten i över tio år. På barnakuten fick intresset för utbildning och handledning utrymme. Younis har varit engagerad i att etablera och utveckla akutpediatriken

i Sverige, och har även varit chef i tio år, som sektionschef på barnakuten och verksamhetschef inom barnmedicin. Sedan två år är Younis verksamhetschef och medicinskt ansvarig inom digital barnsjukvård på Knodd. Han arbetar för att utvecklingen av digitala kontaktvägar i sjukvården ska kunna användas på ett patientsäkert och kvalitativt sätt.



HJÄLP BARNEN SOM FLYR!
Bli Barnrättsskämpe på reddabarnen.se



SMS:a



till 72970 och förverkliga en dröm!

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

www.minstoradag.org



Stiftelsen
MIN STORA DAG

ISSUE HIGHLIGHTS

CAFFEINE USE VARIED IN NEONATAL UNITS
TREATING APNOEA OF PREMATURITY



Caffeine is used to treat apnoea of prematurity and is one of the most commonly administered drugs in neonatal units. Grainge et al found variations in caffeine management when they conducted a survey to understand its use by neonatal units in the United Kingdom.¹ The authors concluded that further research is needed to answer questions about the optimal time to initiate, and discontinue, caffeine and its use in mechanically ventilated preterm infants. Prakash et al.² and Siddhi et al.³ comment on the paper and the authors respond.⁴

CHILDREN WHO ATTENDED OUTDOOR
KINDERGARTENS DID NOT NEED FEWER
ANTIBIOTICS



Avoiding indoor crowding by spending more time outside could be one way of reducing infections among preschool children, but the evidence is sparse. A Danish study by Olsen et al found that the number of prescriptions for antibiotics that were dispensed for children enrolled in outdoor kindergartens were no lower than for those attending conventional kindergartens.⁵ The results did not support outdoor kindergartens as way to reduce the use of antibiotics for childhood infections.

THE IMPORTANCE OF REVIEWING AND
NEGOTIATING CLINICAL TRIAL BUDGETS



Koulizakos et al. compared the budgets for 10 clinical trials sponsored by the pharmaceutical industry⁶ and found large differences between the figures that were initially proposed and

the final budgets. The findings indicate that a substantial part of the trial-related costs would not have been covered if the initial budgets had been accepted. The authors state that thorough reviews and budget negotiations need to be overseen by dedicated project managers, to ensure that study-related costs are covered and trials are not discontinued. Hagstroem comments on the findings.⁷

EDUCATIONAL INTERVENTION IMPROVED
HOW FINAL-YEAR MEDICAL STUDENTS
SAW CHILDHOOD FEVER



Fever accounts for up to 30% of the reasons why parents seek help from paediatricians. Misconceptions about childhood fever, and practices that are not based on evidence, have been reported worldwide. An Italian study of 188 final-year medical students

showed that an educational intervention had improved attitudes toward childhood fever 6 months later.⁸ The authors suggest that educating medical students might be the ideal way to introduce long-lasting changes in day-to-day clinical practice on childhood fever. Lava comments on the paper.⁹

HOW TO REDUCE PARENTS' FEARS ABOUT
VACCINATIONS



Valencic et al evaluated a physician-led initiative that was designed to inform families about COVID-19 vaccinations and to answer their questions, either in small group meetings or by phone.¹⁰ They concluded that this interactive format,

which was halfway between medical counselling and scientific information, was feasible and could reduce parents' fears about vaccinations. Rubin comments on the findings.¹¹

Figures: istockphoto

Miniderm Duo

STÄRKER HUDBARRIÄREN BÄTTRE ÄN MINIDERM¹

FÖR BEHANDLING AV TORR HUD • VÄLTOLERERAD • SJÄLVKONSERVERAD



NY
FÖRPACKNING
600G

ACO

KOMBINATIONSFÖRPACKNINGAR FÖR BÄTTRE FÖLJSAMHET
Nu finns även Miniderm Duo som kombinationsförpackning, innehållande en 500g pumpburk och 100g tub som är lätt att ta med sig. Ingår i läkemedelsförmånen

1. Danby SG et al., Clin Exp Dermatol. 2022;47(6):1154-1164. Miniderm Duo 20 mg/g + 200 mg/g kräm (karbamid + glycerol), OTC/Ff. ATC: D02AE51. Indikation: Torr hud hos vuxna och barn i alla åldrar. För fullständig förskrivarinformation och pris se www.fass.se. Datum för översyn av produktresumén: 2021-11-25. ACO Hud Nordic AB, Kistagången 20 B, Box 7009, 164 07 Kista. Tel. 08 590 029 00. www.aconordic.com

Årets ST-handledare i pediatrik är Angelica Brekkan

Barnläkaren gratulerar Angelica Brekkan, ST-studierektor och handledare vid Akademiska sjukhuset i Uppsala. I samband med Barnveckan tilldelades hon Barnläkarförningens handledarpris 2023. Utmärkelsen tilldelas den barnläkare som under det gångna året har gjort den mest värdefulla insatsen för ST-läkarna i pediatrik i Sverige. Handledarpriset instiftades av Barnläkarförningen år 2015 för att lyfta fram och uppmuntra de värdefulla utbildningsinsatser som görs varje dag runt om i Sverige.



Nu ligger BLF:s seminarier från Almedalsveckan på Svenska Läkaresällskapets Youtube-kanal

Ta del av BLF:s seminarier från Almedalsveckan på Youtube. De två seminarier som hölls den 29/6 och 30/6, finns publicerade på Svenska Läkaresällskapets (SLS) Youtube-

kanal. Det första seminariet handlade om hur vi tar emot våra flyktingbarn; "Så tar Sverige hand om barn som flytt". Det andra handlade om de nya överlevarna; "Ni hjälp-

te oss att överleva, men hur ska vi leva?". På SLS youtube-kanal finns även möjlighet att ta del av förenings lunchwebinarier, en gång i månaden.

Para ihop mig med en torr patient



Oviderm® (propylenglykol) är en mjukgörande behandling som kan användas av både yngre och äldre patienter. Med 25 % fuktbindande propylenglykol är krämen självkonserverad. Propylenglykol uppvisar även en viss antimikrobiell effekt mot vissa bakterier och jästsvampar, vilket kan vara gynnsamt för att förebygga infektioner i huden.

Hjälper mot torra förhållanden
Läs mer på www.oviderm.se

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 förskriva information och pris, se www.fass.se. **Översyn av produktresumén:** 2021-12-14.

Galenica AB | Medeon Science Park | 205 12 Malmö

 **GALENICA**

OVIDERM-021-SE-230515

STÖD UTSATTA BARN OCH UNGA I SVERIGE!

bris.se/gava
eller pg 90 15 04-1.
Sms:a "bris100" till 72909
och skänk 100 kr.

BRIS
BARNENS RÄTT I SAMHÄLLET

Höstens kursprogram

Diagnosspecifika kurser

- Dystrofia myotonika
- Dyskinetisk CP
- Leukemi
- Optikushypoplasi, septo-optisk dysplasi
- 16p11.2 kromosomdeletion och -duplikation
- Beckwith-Wiedemanns syndrom
- Medfött diafragmabräck

Kurser och konferenser

- Test of Visual Perceptual Skills (TVPS)
- Möta och bemöta elever med NPF i skolan
- "Elefanten i rummet" - Att leva med en synlig funktionsnedsättning
- NPF och selektivt ätande
- Gör aktiviteter tillgängliga och begripliga

Läs mer på agrenska.se



ÅGRENSKA

Sjukvård i digital transformation – bortom faxen

För inte länge sedan, när faxen fortfarande var modern, innebar digitalisering av sjukvården att patientjournalen kunde läsas i datorn i stället för på papper. Därefter var det remisser via datorn som blev digitaliseringens ”breakning news”, följt av videomöten med patienter. Idag diskuteras det kring hur artificiell intelligens (AI) kan bidra till förbättringar inom vården.

På den nordiska eHälsokonferensen Vitalis i våras samlades vårdpersonal, leverantörer, myndigheter, politiker och andra beslutsfattare, för att diskutera allt som går under samlingsnamnet, den digitala transformationen.

Men den digitala transformationen, ett begrepp som eHälsomyndigheten förespråkar, är mer än så; den innefattar alla situationer där digitala produkter används för att arbeta på nya sätt. I detta nummer av Barnläkaren berättar några kollegor om de fördelar och begränsningar som de upplevt med videomöten, chattar och andra digitala verktyg i sitt patientarbete. Gemensamt är att de inte bara har använt en dator för att göra samma sak som tidigare, utan de har ändrat sina arbetssätt, för att underlätta för sina patienter och för sig själva, för att bli mer tillgängliga och för att kunna ge en bättre vård.

Varför digital vård – så här har vi ju alltid gjort?

På Vitalis samlas vårdpersonal, politiker och andra beslutsfattare, myndigheter och leverantörer. På den senaste konferensen i maj inledde sjukvårdsminister Acko Ankarberg Johansson, och framhävde att digitala arbetssätt är avgörande för att vi ska kunna bedriva sjukvård i framtiden.

Läkaren Jonathan Ilicki påminde om att vi genom medicinens historia inte

har förbättrats framför allt genom att göra saker på samma sätt men snabbare (”springa fortare”, vilket är det vanliga sättet som vi försöker effektivisera på), utan genom att anamma nya metoder. Institutet för framtidsstudier konstaterade vidare att det inte finns tillräckligt mycket folk att anställa för att täcka det framtida personalbehovet i sjukvården om vi ska fortsätta jobba på samma sätt som idag. (1)

En nödvändig slutsats blir därmed att för att kunna hantera sjukvårdsbehovet i framtiden så kommer vi att behöva jobba på andra sätt, och rimligtvis med hjälpmedel som vi inte tidigare använt, däribland sannolikt digitala sådana. Att bara jobba snabbare räcker helt enkelt inte.

Hur gör man då?

För att vi ska våga ta till oss en metod eller ett arbetssätt så behöver det vara så felfritt som möjligt. Inte för att alternativet är perfekt och felfritt, utan för att vi är kritiska till nyheter. Det ligger i vår natur att ifrågasätta, och så ska det väl också vara. Men nog borde det finnas bättre och sämre sätt att börja med digitala arbetssätt, införandemetoder som är mer eller mindre framgångsrika?

Gudbjörg Erlingsdóttir berättade på Vitalis om erfarenheterna från införandet av videomöten med patienter på vårdcentral. På de vårdcentraler där medarbetarna, inte minst läkarna, var aktivt involverade så såg man en högre nöjdhet och större vinster (och ett mer frekvent användande), än på arbetsplatser där systemet infördes efter beslut ”uppifrån” och med liten involvering av medarbetarna. Att initiativet till förändringen kom från medarbetarna verkade också vara en positiv faktor, medan påtvingade förändringar inte nådde framgång.

Egentligen är det ganska självklart, men trots det är det inte ovanligt att centrala digitaliseringsbeslut drivs igenom av ekonomiska skäl eller för att konkurrera med ”nätläkare”, med system som utvecklats av personer som inte träffar patienter själva.

Potentiellt bra, men många digitala system har brister

Enligt en enkät som Svenska läkarförbundet gjort (2) anser många läkare att dagens system stjälar patienttid. Endast 58 procent av de svarande tyckte att de digitala systemen som de arbetade i var helt



Foto: iStock

eller delvis enkla, och Marina Tuutma, ordförande i Läkarförbundets digitaliseringsråd, konstaterade att digitala system stjälar tid från det fysiska patientarbetet, och att läkare blir slavar under digitala system.

I forskningsrapporten Digitaliseringen av svensk vård och omsorg från Studieförbundet Näringsliv och Samhälle (3) fastställs att digitala teknologier delvis kan vara till nytta, bland annat genom att spara tid, och distansbesök i primärvård nämns som ett potentiellt kostnadseffektivt arbetssätt. Författarna drar dock även slutsatsen att digitaliseringen inte befriar vården från prioriteringar, och att inget pekar på att den nya tekniken i allmänhet skulle medföra besparingar. Med andra ord, de kan se potentiella fördelar men det spelar (förstås) roll hur man gör det.

Läkare måste vara involverade i utveckling och införande

Inom Sveriges läkarförbund finns intresseföreningen eHälsoläkarföreningen, som är öppen för alla oavsett yrkesförening. Man behöver inte vara medlem i Sveriges läkarförbund för

att få vara med. Alla intresserade är välkomna, med stort eller litet engagemang.

Ofta utgår debatten om den digitala transformationen från prestationerna hos dagens system. Det är dock svårt (omöjligt?) att sja om exakt hur den digitala transformationen kommer att påverka sjukvården, och hur bra eller dåligt det kommer att bli. Om vi konstaterar att vi inte ser hela potentialen än, så blir det uppenbart att vi inte kan dra några definitiva slutsatser utifrån dagens system. Men vi kan fastställa att vi som läkare behöver engagera oss i utveckling och införande.

Sveriges läkarförbund har formulerat ett antal krav på digitaliseringen, bland annat att läkarprofessionen ska involveras. (4) Det blir vårt ansvar att ta tillvara på möjligheterna och att se till att systemen blir så kvalitativa, patientsäkra och användarvänliga som möjligt. Som min chef under min AT sa: ”En kan vara med och röra i grytan, eller så kan en stå bredvid och titta på, men det kommer att ske förändringar i vilket fall.”

Referenser

1. Vitalis-konferensen 23–25 maj 2023, Göteborg
2. SLF-enkät visar: Missnöjet med de digitala systemen stort. *Läkartidningen* 2023; 120: 721.
3. Ekman, Björn; Ellegård, Lina Maria: Digitaliseringen av svensk vård och omsorg. SNS Förlag 2023.
4. Digitala system i vården – ett arbetsmiljöproblem. [slf.se/nyheter/digitala-system-i-varden-ett-arbetsmiljoproblem/](https://www.slf.se/nyheter/digitala-system-i-varden-ett-arbetsmiljoproblem/)

Younis Khalid, Barnläkare, Verksamhetschef och medicinskt ansvarig på Knodd digital barnsjukvård
E-mail: younis@knodd.se

Digital vård – möjligheter och utmaningar

Digital vård och hälsa, även känd som e-hälsa eller telemedicin, har blivit ett ”buzz-word”, delvis med tanke om effektivisering av vården. Digital vård erbjuder en rad möjligheter, men också utmaningar och begränsningar som måste hanteras för att säkerställa dess effektivitet och tillförlitlighet.

Tillgången till smartphones, surfplattor och internet har blivit utbredd bland den yngre generationen, vilket skapar förutsättningar för enkla digitala vårdtjänster samt vård och hälsa på distans. Området har varit starkt växande i Sverige och vi ser nu såväl rena digitala lösningar som hybridlösningar inkluderat fysiska möten, samt databaser som bistår i analys och stratifiering.

Begränsningar och möjligheter i framtiden

Begränsningar finns likt bristande tekniska kunskaper eller tillgång till lämplig utrustning. Vissa barn och unga kan också uppleva svårigheter att uttrycka sina hälsobehov online, vilket kräver att vårdgivare och plattformar utvecklar användarvänliga

och lättförståeliga gränssnitt. Sekretess och datasäkerhet är också viktiga bekymmer, särskilt när det gäller barns hälsodata.

Möjligheten till flerpartsmöten är också en viktig del vid många kontakter. I anslutning till överföring från barn- till vuxenmottagningar kan representanter från barnmottagningen behöva finnas på plats utöver ungdomen själv, vårdnadshavare och representanter på vuxenmottagningen.

Teknologiska framsteg inom dataanalys, maskininläring och artificiell intelligens kan förbättra precisionen och effektiviteten av vården. Ett ökat samarbete mellan vårdgivare, teknikföretag och forskare kan sedan leda till innovativa lösningar och nya digitala verktyg för att hantera barns hälsa på ett mer holistiskt sätt.

Diabetes och digital vård

Inom diabetesområdet förs en större mängd data över till plattformar för att möjliggöra analys, utbildning och konkret stöd. I framtiden ses fler möjligheter. Med adderad maskininläring och artificiell intelligens kan man nå ett steg längre. Akuta tillstånd kan komma att förebyggas via push-notiser. Samtidigt kan personen med diabetes eller dess vårdnadshavare kanske få en enkel väg in till sin diabetesmottagning via asynkron chatt. Det är i denna stund vi börjar interagera på ett än bättre sätt än idag.

Komplexa analyser av data/enklare återkoppling och stöd

Med hjälp av avancerade algoritmer och maskininläring kan digitala plattformar analysera stora mängder

data från olika källor. Det handlar inte bara om den data som beskrivits ovan utan också uppgifter från besvarade frågeformulär, applikationer etc.

Digitala verktyg kan också underlätta i form av återkoppling och stöd. Genom att använda appar eller webbplattformar kan vårdgivare och patienter kommunicera direkt och dela information om behandlingsplaner, mål och framsteg.

Tidsvinster och effekter

Genom att använda digitala verktyg hos barn och unga kan betydande tidsvinster uppnås. Automatisk datainsamling och analys inklusive återkoppling kan minska behovet av frekventa sjukhusbesök och ger vårdgivare möjlighet att snabbt identifiera och hantera problem. Detta kan ock-

så minska stressen och belastningen för patienter och deras familjer. Det krävs emellertid noggrann reglering och uppmärksamhet på integritet och datasäkerhet när digitala vårdtjänster adderas samt att vården i sig också medverkar i den utveckling vi bara sett början av.

Referenser

1. Wong CA, Merchant RM, Moreno MA. Using social media to engage adolescents and young adults with their health. *Healthcare (Basel)*. 2014;2(4):220-224. doi:10.3390/healthcare2040220
2. American Academy of Pediatrics. Telehealth. Accessed June 30, 2023 [(<https://muhc.ca/health-professional-information/telehealth>)]

hp.org)]

3. McGill University Health Centre. Telemedicine in Pediatrics. Accessed June 30, 2023. [(<https://muhc.ca/health-professional-information/telehealth.ca>)]



Peter Adolfsson, Barnöverläkare vid Hallands sjukhus, Kungälv och Överläkare vid Frölunda specialistsjukhus (enhet inom sjukhusen i väster) E-mail: peter.adolfsson@regionhalland.se



Foto: iStock

Barnfamiljer erbjuds lättillgänglig vård i digital form – men kan vi möta deras behov?

Det senaste decenniet har vården genomgått genomgripande förändringar, inte minst inom den digitala utvecklingen. Barn- och ungdomsläkaren Mara Cerqueiro Bybrant berättar om sina erfarenheter från sina fem år på en riktäckande digital vårdtjänst.

Via vårdtjänsten bedrivs primärvård på distans, framför allt genom så kallad asynkron kommunikation, vilket innebär att jag och patienterna chattar med varandra och kompletterar med bilder, filmer och provtagning vid behov. Barnfamiljer är en stor patientgrupp och det är till deras fördel att de kan söka vård när de vill och behöver det. Drygt 40 procent söker vård utanför de traditionella vårdcentralernas öppettider, och cirka 70 procent får hjälp inom en timme.

Tillgänglighet som del av jämlikhet i vården

Jag minns särskilt en vintervecka för ett par år sedan. Det hade varit en landsomfattande snöstorm och vissa familjer kunde knapp ta sig ut. Jag arbetade hemifrån, nästan som en jourhavande läkare, från tidig morgon till mitt i natten, och jag hjälpte barn och ungdomar från hela Sverige med ett flertal besvär. Det var allt från obstrukтивitet, gastroenteriter till olika hudutslag och annat. Jag kunde snabbt handlägga fallen eller vid behov hänvisa till nästa instans.

En vanlig missuppfattning om digital vård är dock att alla som söker läkarvård får det. Det stämmer inte. Dels triageras en del patienter ut direkt när de svarar på de besvärsspecifika frågorna, och sedan gör jag som behandlare givetvis bedömningar. De som inte behöver läkarhjälp hänvisar jag vidare till rätt instans.

Helhet och kontinuitet

Ytterligare en stor tillgång är möjligheten att följa upp ett fall över tiden. Ett

spädbarn med magsjuka exempelvis, där föräldern är osäker på vätskeintaget och inte vet om barnet kissat de senaste sex timmarna, kan jag följa över flera timmar precis som man skulle göra på en akutmottagning. Det finns också tillfällen då man vill undvika att barnen hamnar på akuten, exempelvis vid nyupptäckta hudutslag orsakade av infektioner, såsom vattkoppor och höstblåsor. Då kan ett ärende vara öppet 24 timmar och jag kan följa utvecklingen och komma närmare den korrekta diagnosen.

Ytterligare en aspekt som jag som behandlare tycker är fördelaktig är den unika möjligheten till kontinuitet. Jag kan ge patienterna möjligheten att vid behov skapa ett återbesök som går direkt till mig, och ca 98 procent av patienterna som återkommer kan jag handlägga.

FAKTARUTA

Vanligaste sökorsaker för barn och ungdomar (som jag handlägger).

- Utslag/eksem
- Hosta
- Astma
- Pollen/pälsdjursallergi
- Halsont
- Vattkoppor
- Akne
- Förstoppning
- Insektsbett
- Kräkningar/diarreer



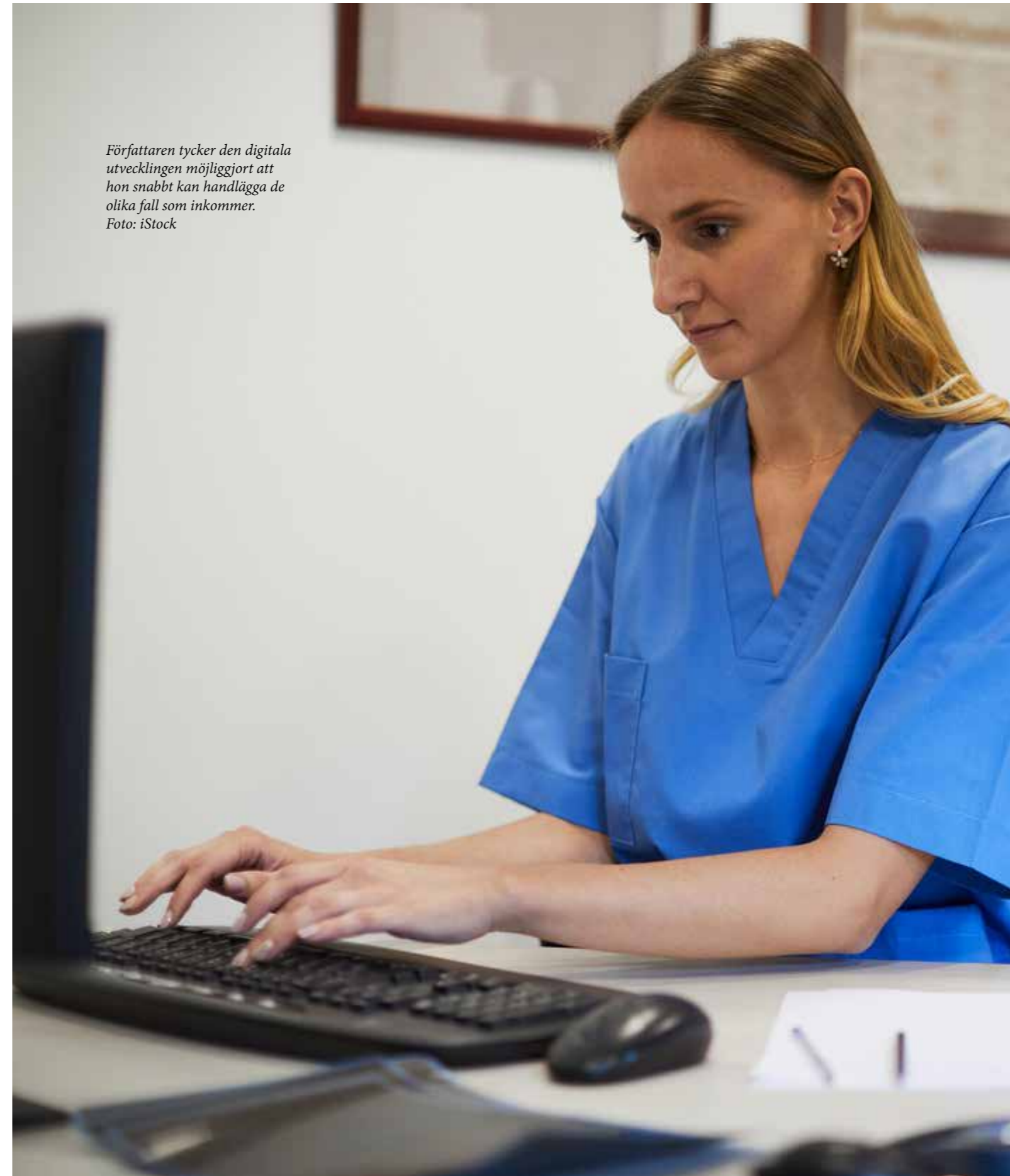
Mara Cerqueiro Bybrant, MedDr, Barn- och ungdomsläkare
Barnläkare på MinDoktor Medicinsk rådgivare för Mavera
E-mail: mara.bybrant@gmail.com

Effektivisera vårdresursen

Under mina fem år som digitalarbetande läkare har jag sett en konstant utveckling av plattformen. För mig som behandlare har det bland annat inneburit en effektivisering av mitt arbete då plattformen allt mer stöttar journalföring och administration. Det leder till att jag får mer tid över för patientkontakter. En annan förbättring är möjligheten att följa ungdomar med astma med en digital spirometer, där de på daglig basis kan mäta sina värden. Det har varit en tydlig fördel för många tonåringar, både vad gäller kunskap om sin sjukdom och för följsamheten.

Jag är tacksam för och stolt över att jag valde att hoppa på det digitala tåget tidigt, och jag ser fram emot att se fler engagerade barnläkare inom den digitala vården framöver och se hur den utvecklas om ytterligare några år.

Författaren tycker den digitala utvecklingen möjliggjort att hon snabbt kan handlägga de olika fall som inkommer.
Foto: iStock



Mer jämlik och individbaserad barnobesitasvård via digital vård

Barnobesitas innebär ofta samsjuklighet och därmed tät kontakt med vården under behandlingsperioden. Med hjälp av dagens digitaliserade vård kan familjer ladda ned en app länkad till ett journalsystem, som vården har tillgång till. Vid uppstart läggs en individanpassad ”digifysisk” vårdplan upp, med patientens önskemål i centrum. Patienten kan dela hälsodata för vikt, dagliga steg, och digitala formulär genom sin app. Samtidigt kan vårdgivaren kontinuerligt följa patienternas inrapporterade data.

Barnobesitas är en komplex och kronisk sjukdom som medför ett spektrum av samsjuklighet hos barn på kort och lång sikt. I Sverige har 5 procent av barnen obesitas (1). Ett nytt nationellt vårdprogram har nyligen publicerats. I det kan man läsa att kombinerad levnadsvanebehandling vilar på tre ben: förändrade kostvanor, ökad fysisk aktivitet och stöd till beteendeförändring (2). För ungdomar över tolv år kan nya läkemedel vara ett alternativ (3,4) och för dem med högst grad av obesitas kan viktkirurgi vara aktuell (5).

Patientföreningen HOBS kom 2017 med en kartläggning som visade att de önskar att vården bör vara mer frekvent, praktisk och de önskar möjlighet till distanskontakter och kunna dela hälsodata såsom sin vikt digitalt med vården. Region Halland beslutade 2017 att finansiera en digital kommunikationsplattform med målet att utjämna ojämlig tillgång till vården baserat på avstånd från närmaste barnmottagning. Centrum för Digital Hälsa och Regionkontorets Barnuppdrag har generöst stöttat utvecklingen i Västra Götalandsregionen. Kommunikationsplattformen medger nya sätt att kommunicera, dela hälsodata och information

reciprokt mellan patienter och vårdgivare på ett säkert sätt med hög autentiseringsgrad. Plattformen har tagits fram i samverkan med patientföreningen HOBS. Plattformen bygger på en öppen ”arkitektur” vilket medför att integrationer och uppdateringar görs enkelt.

Tydliga mål mellan patientens familj och vårdgivaren

Familjerna laddar ned en app och vårdpersonal får tillgång till ett journalsystem som är länkat till appen. Vid uppstart läggs en individanpassad digifysisk vårdplan upp med patientens önskemål i centrum. Vårdplanen syns då i patientens app och i vårdgivarens journalsystem.

Plattformen möjliggör nya kommunikationsvägar såsom en asynkron chatt och videolänksbesök. Patienten kan dela hälsodata för vikt, dagliga steg, och digitala formulär genom sin App och vårdgivare kan kontinuerligt följa patienternas inrapporterade data. Tydliga mål sätts upp tillsammans med patientfamiljerna och när målen nås får patienten automatiserade notiser för att motivera familjerna till fortsatt arbete kring sunda levnadsvanor. Patienterna i den digifysiska vården erbjuds aktivitetsarmband och

digitala vågar.

I appen finns en informationsbank med pedagogiskt material i form av bilder, informationsfilmer, recept och länkar till en rad olika hemsidor liksom information och filmer från patientföreningen HOBS. Informationsbanken kan kontinuerligt uppdateras och utvecklas utefter patienternas önskemål. 2019/2020 genomfördes en pilot med 17 familjer.

Tålmod en viktig komponent

Erfarenheterna från piloten ledde till ytterligare vidareutveckling av plattformens funktioner och sedan 2022 pågår en prospektiv randomiserad kontrollerad non-inferiority-studie i Västra Götalandsregionen, Region Halland och Region Skåne som kommer utvärdera effekten av tolv månaders digifysisk vård.

En viktig lärdom är att tålmod är det absolut viktigaste när regionalt förankrad digitalisering ska utvecklas. För att arbetet ska gå att genomföra både praktiskt och juridiskt korrekt krävs en god samverkan med centrala personer på regionernas IT-enheter. Allt för att säkerställa molntjänster och integrationer. En region som vågar tänka långsiktigt är också viktigt.

Figur 1. Mobilvy av patientens dagbok som följer upp de mål som familjerna valt att arbeta med. Foto: Artikelförfattarna

Referenser

- Bygdell M, Cé Lind J, Lilja L, Martikainen J, Simonson L, Sjögren L, Ohlsson C, Kindblom JM. Prevalence of overweight and obesity from 5 to 19 years of age in Gothenburg, Sweden. *Acta Paediatr.* 2021 Dec;110(12):3349-3355. doi: 10.1111/apa.16089. Epub 2021 Sep 12. PMID: 34464992.
- Nationellt vårdprogram för behandling av obesitas hos barn och ungdomar (nationelltklinisktkunskapsstod.se)
- Kelly AS, Auerbach P, Barrientos-Perez M, Gies I, Hale PM, Marcus C, Mastrandrea LD, Prabhu N, Arslanian S; NN8022-4180 Trial Investigators. A Randomized, Controlled Trial of Liraglutide for Adolescents with Obesity. *N Engl J Med.* 2020 May 28;382(22):2117-2128. doi: 10.1056/NEJMoa1916038. Epub 2020 Mar 31. PMID: 32233338.
- Weghuber D, Barrett T, Barrientos-Pérez M, Gies I, Hesse D, Jeppesen OK, Kelly AS, Mastrandrea LD, Sørrig R, Arslanian S; STEP TEENS Investigators. Once-Weekly Semaglutide in Adolescents with Obesity. *N Engl J Med.* 2022 Dec 15;387(24):2245-2257. doi: 10.1056/NEJMoa2208601. Epub 2022 Nov 2. PMID: 36322838; PMCID: PMC9997064.
- Janson A, Järholm K, Sjögren L, Dahlgren J, Beamish AJ, Gro-nowitz E, Olbers T. Metabolic and Bariatric Surgery in adolescents - for whom, when, and how? *Horm Res Paediatr.* 2022 Mar 9. doi: 10.1159/000524002. Epub ahead of print. PMID: 35263750.



Lovisa Sjögren, Vårdenhetsöverläkare Regionalt obesitascentrum barn, Drottning Silvias barnsjukhus. Ansvarig barnobesitas Region Halland, PhD knuten till Institutionen för kliniska vetenskaper, Avdelningen för Pediatrik, Göteborgs Universitet
E-mail: lovisa.sjogren@vregion.se



Terese Torstensson, Barndietist Region Halland, Digital utvecklare, doktorand, Institutionen för kliniska vetenskaper, Avdelningen för pediatrik, Göteborgs Universitet E-mail: terese.torstensson@regionhalland.se

Hur fungerar digitaliserad vård inom diabetes- och akutvården?

Rein Florell, överläkare på BUM Borås, har lång erfarenhet av både privat digital vård och digitala återbesök för kroniskt sjuka patienter på regiondriven barnmottagning. Här delar han med sig av sina åsikter om den digitaliserade delen inom diabetes- och akutvården. Vilka fördelar finns och vad kan förbättras?



*Akutsjukvården dignar under ett omätligt flöde av barnfamiljer som skulle kunna få bra hjälp via digitala plattformar och inte behöva komma in och sitta timvis på akuten, menar artikelförfattaren.
Foto: iStock*

När jag jobbar med diabetespatienter är digitaliserad vård ett bra alternativ för återbesök/uppföljning och justering utav behandling. Eftersom dessa patienter och familjer oftast har en bra digital kompetens och är uppkopplade mot digital information kan man dela resultat av deras behandling på ett pedagogiskt sätt så det blir effektivt och säkert. Många återbesök kan därför med fördel göras digitalt på distans. Pandemin har varit pådrivande för denna utveckling hos oss.

Det går enligt min erfarenhet att göra bra bedömningar av akuta medicinska tillstånd som kan visualiseras på bild/video. Allmäntillstånd, utslag m m kan bedömas bra med digitalt besök, särskilt om man har möjlighet att skicka in stillbilder i förväg. Resonemang och följdfrågor kan göras med föräldrar och ofta får man en bra uppfattning om allvarlighetsgraden av tillståndet genom denna sammanlagda information. Eftersom man möter patienten i deras hem får man också den dimensionen av information på ett sätt som man inte kan få på ett fysiskt besök på mottagningen.

Vad borde vi satsa på inom digital vård?

- Uppföljning/återbesök av patienter med kroniska sjukdomar
- Akuta bedömningar via 1177 eller på akutmottagningen. Detta för att säkra upp bedömningen och kunna ge råd för egenvård.
- Möten med många olika vårdgivare och andra, t ex skola, socialtjänst (SIP-möten m m).
- Patientkonferenser mellan kollegor borde göras oftare med digital teknik.

Begränsningar och akuta bedömningar
Alla bedömningar som kräver fysisk kontakt är givetvis en begränsning. Teknikkunskap hos vårdgivaren är en annan och här kan flera grupper i samhället vara svaga.

Här har vi ett område där vi kan utveckla tekniken och tillgängligheten betydligt. Genom att göra det möjligt med uppkopplade akuta bedömningar kan man öka säkerheten för patienten och få en bättre bedömning som gör både patienten och sjukvården en god tjänst. Den digitala plattform jag jobbar i både i offentlig sjukvård och privat digital barnsjukvård lämpar sig bra för akuta bedömningar. Dessa är ju redan säkrade med inloggningar från båda håll och behöver i vissa fall bara anpassas för akuta samtal.

Möjlighet att avlasta vården

Akutsjukvården dignar under ett omätligt flöde av oroliga barnfamiljer som skulle kunna få bra hjälp via digitala plattformar och inte behöva komma in och sitta timvis på akuten. Om man skulle göra det, tror jag också att vi kan avlasta akutsjukvården väsentligt och samtidigt ge bättre och säkrare distansvård. Många akuta tillstånd skulle kunna skötas på distans, t ex lindriga gastroenteriter, där man kan bedöma allmäntillståndet och ge handfasta råd på hur man t ex kan ge vätska.



Rein Florell, Överläkare, BUM Borås,
Knodd digital barnsjukvård
E-mail: rflorell@gmail.com



Foto: iStock

Digitalisering värdefullt komplement för unga personer med cystisk fibros

Cystisk fibros (CF) är en kronisk medfödd sjukdom som över tid orsakar problem i många organ och system i kroppen, särskilt i lungorna och matsmältningskanalen. (1) Barn och ungdomar som lever med sjukdomen CF behöver täta medicinska kontroller och sjukhusbesök för att övervaka deras tillstånd och hantera eventuella försämringar.

En konsekvens av de täta sjukhusbesök är att barn och ungdomar med CF inte ges samma förutsättningar att vara delaktiga i skolan som friska personer. En högprioriterad efterfrågan från personer som lever med cystisk fibros är att modernisera vården genom digitala lösningar och skräddarsy den för varje individ.(2)

Digitala videobesök i kombination med fysiska besök på sjukhus

Vid Göteborgs pediatrika CF-center genomfördes strax innan covid-19 pandemin bröt ut, ett pilotprojekt som syftade till att undersöka om en del av de fysiska besök på sjukhus kunde ersättas med digitala videobesök. Vid ett fysiskt besök på sjukhuset ingår alltid en kontroll av patientens lungfunktion (en spirometri-undersökning), vikt och längd samt en genomgång om hur patienten mår. Deltagarna i pilotprojektet utrustades med en digital hemspirometer som kopplades till en mobilte-

lefon. Vårdgivaren gavs tillgång till resultaten från undersökningarna via en molnportal. Innan varje videobesök uppmanades deltagarna att genomföra undersökningar i hemmet och resultatet fungerade som en grund för videomötet. Resultatet från pilotstudien visade att barn med CF kan genomföra en korrekt spirometri i hemmet och att alla deltagarna och deras vårdgivare önskade att fortsätta med denna typ av vårdform även framöver.

Nödvändigt med mer tillgänglig och individanpassad vård

Våren 2020 var covid-19 pandemin ett faktum. Hos personer med en kronisk lungsjukdom fanns det en ökad motvilja att besöka sjukhuset p g a rädslan att bli smittad av covid-19. Göteborgs pediatrika CF-center startade våren 2020 en nationell studie i syfte att undersöka hur en kombination av fysiska och digitala vårdmöten påverkar CF-sjukdomen

över tid. Under covid-19 pandemin blev det allt mer tydligt att vi behöver skapa en mer tillgänglig och individanpassad vård för individer som lever med en kronisk sjukdom. Dagens sjukvårdssystem är uppbyggt av ett lapptäcke av olika system som saknar förmåga att kommunicera och fungera med varandra. Den offentliga sjukvården saknar en digital infrastruktur och erfarenheter om hur IoT (Internet of Things) ska implementeras i klinisk praxis. Studien vårdbesök på distans under covid-19 pandemin gjorde det möjligt för alla fyra pediatrika CF-center i Sverige att erbjuda sina patienter möjlighet till distansbesök när möjligheten till fysiska besök begränsades av olika orsaker.

Fördelaktigt för flera parter

Preliminära resultat från studien visade att progressen av CF-sjukdomen inte försämrades vid en kombination av fysiska och videobesök, jämfört med enbart fysiska besök. Digitala besök och möjligheten att genomföra under-

sökningar i hemmet skapade ett stort mervärde för både personer med CF, deras vårdnadshavare och vårdgivaren. Studiedeltagarna skattade möjligheten att kunna närvara mer skolan högt och vårdnadshavarna kunde delta i digitala vårdmöten utan att ta mer ledigt från sina arbeten.

Idag är videobesök och egengenererade hälsodata helt implementerade i den kliniska vardagen vid Göteborgs pediatrika CF-center. Vi har genomfört och driver flera kliniska studier inom området IoT i syfte att skapa en mer jämlik och individbaserad vård. Vinnovapjektet "Vägen framåt" som leds av VGR och syftar till att på nationell nivå att testa och utveckla flera IoT-lösningar i klinisk miljö. Huvudsyftet med projektet är att skapa en mer jämlik och tillgänglig vård för barn med kroniska sjukdomar utifrån familjens behov och ochförutsättningar med hjälp av IoT. Målet är en tillgänglig och individbaserad vårdform som är skalbar, både nationellt och internationellt.

Referenser

1. Elborn, J.S. Cystic fibrosis. *Lancet* 388, 2519-2531 (2016).
2. Rowbotham, N.J., et al. The top 10 research priorities in cystic fibrosis developed by a partnership between people with CF and healthcare providers. *Thorax* 73, 388-390 (2018).



Marcus Svedberg, Barnläkare, PhD, Drottning Silvias barnsjukhus
E-mail: marcus.svedberg@vgregion.se

Vill du arbeta i privatvård med hög kvalitet?

Moment BUMM i Vällingby förstärker nu sitt team med fler

BARNLÄKARE

Vi söker dig som är specialistläkare i barn- och ungdomsmedicin och lockas av en verksamhetskultur som kännetecknas av omtanke och kunskap.

Läs mer på jobb.momenthalsa.se

Moment

Scanna för att komma direkt till annonsen!



Karin Palmblad, sektionschef på barnreumatologen på Astrid Lindgrens barnsjukhus:

”Digital vård är ett värdefullt komplement till fysisk vård”

Vår temaredaktör Younis Khalid har intervjuat Karin Palmblad, sektionschef på barnreumatologen på Astrid Lindgrens barnsjukhus (ALB), angående hur sjukhuset har använt sig av digital sjukvård. Har denna varit till hjälp för att för att möta barnens och familjernas behov och kunna bli mer tillgängliga? ALB etablerade kontakt med ett företag som heter Doctrin, vilka hade en lösning som barnanpassades och implementerades under namnet ”ALB online”. Med detta kom möjligheten till videokontakt med patienterna och även en chattfunktion.

– Tyvärr togs centralt beslut att avsluta denna plattform och vi hänvisades till Region Stockholms ”Alltid öppet”. Den vårdtjänsten innehåller liknande funktioner, men den största begränsningen rör villkoren för barn över 13 år. Vid den åldern kan vårdnadshavare inte längre sköta barnets vårdärenden, utan kommunikationen begränsas till mellan barnet och vårdgivaren, vilket ofta inte är lämpligt. Det förutsätter även att barnet har eget BankId, berättar Karin.

Hur har ni använt de digitala besöken?

– Vi ser digitala system som ett komplement. Under pandemin tvingades vi till att ersätta många fysiska besök med videobesök. Det fungerade riktigt bra så vi har fortsatt med dessa, framför allt för uppföljningar där fysiskt status inte är nödvändigt. Vi försöker även konvertera avbokade besök till videobesök.

– Den största vinsten med digitalisering har varit chattfunktionen. Den fungerar åt båda håll, d v s familjerna kan nå oss och vi kan snabbt och enkelt kontakta dem. En hel del av telefonbokningarna har ersatts av smidig och effektiv chattkontakt. Då den är asynkron så begränsas man inte tidsmässigt utan vi vårdgivare kan skicka meddelandet när vi får en

lucka, och familjen kan svara när det passar dem bäst.

– Det är också lättare än tidigare för ungdomarna att få kontakt med mig. Tidigare tog de sällan själva initiativ till kontakt, utan företräddes huvudsakligen av föräldrarna. Men ungdomar är vana att chatta och kan nu lättare själva ta kontakt via asynkron chatt, fortsätter hon.

Var du positiv till digital vård från början?

– Nej, jag var skeptisk först, framför allt för att vi befarade att vi skulle behöva ta hand om chattar ”om allt”. Men jag blev positivt överraskad. Det är en ren tidsvinst med återkoppling via chatt jämfört med att ringa upp. Vi hinner med fler kontakter på samma tid. Telefonsamtalen har minskat, så arbetsbördan har totalt sett minskat, berättar Karin.

– Även familjerna har välkomnat digitaliseringen. Tillgängligheten har ökat. Möjligheten till videokontakt uppskattas för att minska frånvaro från skola/jobb. Ibland kan en chatt räcka för uppföljning av behandling, eller för att säga att allt funkar bra. Det frigör resurser så att mottagningstiderna kan användas till dem som har behov.

– Digital vård är ett komplement och kan aldrig ersätta fysisk vård. En chattkontakt kan leda till överenskommelse om fysisk återbesökstid. Svagheten är annars som för övriga vårdformer när familjen inte kan svenska fullt ut, där kan det bli en del missförstånd. Det är viktigt att man inte tappar bort de familjer som inte är digitalt aktiva, de som inte hör av sig, men det gäller även för fysisk vård. Den största vinsten med både video och chattkontakt är att barnet inkluderas och kan direkt ta del av informationen jämfört med traditionell avstämning med en förälder via telefon.

I framtiden hoppas Karin framför allt att tillgängligheten för barn över 13 år förbättras. En barnanpassning tycker hon är ett absolut krav för att det ska fungera optimalt.

– Vi lever i en digitaliserad värld så vi har nog inget val utan behöver anpassa oss. Digital vård är ett värdefullt komplement i vård av våra patienter och underlättar uppföljning och individualiserad vård efter behov.

*Younis Khalid
E-mail: younis@knodd.se*



Vanligt med toxicitet i centrala nervsystemet vid behandling av pediatrik akut lymfatisk leukemi

Överlevnad av barn och ungdomar med akut lymfatisk leukemi (ALL) överstiger numera 90 procent i utvecklade länder. Dessvärre, kompliceras förloppet och det långsiktiga utfallet av behandlingsrelaterad toxicitet i alla kroppssystem.

Vi har kartlagt toxiciteten i det centrala nervsystemet (CNS) i fyra studier som del av en doktorsavhandling med titel "Posterior reversible encephalopathy syndrome and other severe central nervous system adverse events in the NOPHO ALL2008 protocol: clinical and radiological findings, genetic risk factors and prognosis" (försvarats november 2022) (1).

Kliniska data på barn i ålder 1 till 17,9 år med ALL diagnos i de fem skandinaviska länderna, Litauen och Estland, mellan 2008 och 2015, hämtades från databasen för behandlingsstudien NOPHO ALL2008 samt ett kompletterande frågeformulär från 22 barnonkologiska centra. Rollen av CNS-engagemang vid diagnos studerades genom att jämföra tidig CNS toxicitet med data från en studie där cerebrospinalvätskan har analyserats med flödescytometri (FCI), en känsligare metod än cytomorfolgi som ingår i NOPHO ALL2008 leukemiprotokoll. ALL2008-studien inkluderar även analys av "single nucleotide polymorphisms" (SNP). Genom-associeringsstudier (GWAS) och kandidatanalyser av SNP har genomförts för att identifiera eventuella genetiska riskfaktorer för CNS toxicitet i samarbete med Danmarks tekniska universitet.

Äldre barn visade sig ha högre risk för CNS toxicitet

Av totalt 1464 behandlade barn med ALL, 135 (9 procent) drabbades av allvarlig akut CNS toxicitet. Krampanfall var det vanligaste symptomet (82/135). Äldre barn (>10 år) hade högre risk för CNS toxicitet. I vår kohort var posterior reversible encephalopathy syndrome (PRES) den vanligaste (52/135) toxiciteten.

Barn med T-cell ALL hade högre risk

för PRES. CNS leukemi vid diagnos var associerad med PRES under induktion, och högriskbehandling var associerad med PRES efter induktion.

Minimal CNS leukemi vid leukemi-diagnos, detekterad enbart via FCI, var signifikant riskfaktor för PRES och krampanfall. GWAS visade inga signifikanta fynd relaterade till CNS toxicitet. Vid SNP kandidatanalyser ATXN1rs68082256 SNP, relaterad till epilepsi, var associerad med krampanfall hos yngre barn (<10 år). Betydelsen av ATXN1rs68082256 replikerades i en oberoende australiensisk kohort av barn med ALL och olika CNS toxiciteter. Bland ALL överlevare med CNS toxicitet hade 12 procent haft epilepsi och 11 procent hade misstänkt neurokognitiv funktionsnedsättning, men neuropsykiatrisk testning utfördes endast i två fall (2-5).

Posterior reversible encephalopathy syndrome (PRES) vanligast

Sammanfattningsvis, CNS toxicitet var vanlig hos barn under leukemibehandling och PRES var den vanligaste CNS toxiciteten, vilket kliniker som träffar dessa barn på akuten behöver vara medvetna om som en del av differential diagnostik. Äldre barn hade en större risk för CNS toxicitet såväl som patienter med CNS leukemi. Rollen av ATXN1rs68082256 SNP i CNS toxicitet, och i synnerhet krampanfall, motiverar ytterligare studier. Långtidseffekter är vanliga efter leukemibehandling hos barn som haft CNS toxicitet. Under ALL behandling exponeras patienterna till flera neurotoxiska läkemedel, vilket motiverar neurokognitiv evaluering efter behandlingsavslut, speciellt hos barn som har haft CNS toxicitet.

Referenser

1. Posterior reversible encephalopathy syndrome and other severe central nervous system adverse events in the NOPHO ALL2008 protocol: clinical and radiological findings, genetic risk factors and prognosis. (KI Oppen Archive Home, <https://openarchive.ki.se/xmlui/handle/10616/48212>, 2022).
2. Anastasopoulou, S., et al. Acute central nervous system toxicity

during treatment of pediatric acute lymphoblastic leukemia: phenotypes, risk factors and genotypes. *Haematologica* 107, 2318-2328 (2022).

3. Anastasopoulou, S., et al. Does minimal central nervous system involvement in childhood acute lymphoblastic leukemia increase the risk for central nervous system toxicity? *Pediatr Blood Cancer* 69, e29745 (2022).

4. Anastasopoulou, S., et al. Posterior reversible encephalopathy syndrome in children with acute lymphoblastic leukemia: Clinical characteristics, risk factors, course, and outcome of disease. *Pediatr Blood Cancer* 66, e27594 (2019).
5. Anastasopoulou, S., et al. Seizures during treatment of childhood acute lymphoblastic leukemia: A population-based cohort study. *Eur J Paediatr Neurol* 27, 72-77 (2020).



Stavroula Anastasopoulou, Barnneurolog, Biträdande Överläkare, PhD, Astrid Lindgrens Barnsjukhus
E-mail: stavroula.anastasopoulou@ki.se



Foto: iStock

Bokrecension:

Oxygen – kampen om luft

Författare: Ola Didrik Saugstad

Antal sidor: 260

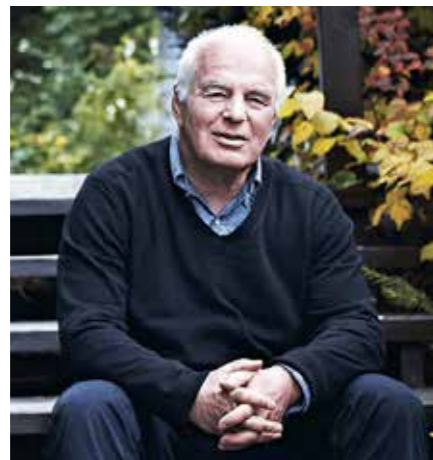
Förlag: Cayenne förlag

Utgivning: 2023

ISBN: 978-91-987306-1-6

År 2019 publicerades boken Kampen om OKSYGENET – mitt engagemang för de minste (Lunde förlag, Oslo) av Ola Didrik Saugstad. Nu föreligger den i en svensk upplaga (Cayenne förlag, 2023). Jag har läst och jämfört båda versionerna. Min uppgift är inte att recensera Saugstads bidrag till den medicinska forskningen, och hans berömvärda kamp för marginaliserade grupper. Det kan man läsa om i vetenskapliga publikationer, medicinska tidskrifter och löpande kunnat följa i den norska pressen. Jag har fokuserat på att bedöma hur stort intresset är för svenska läsare att ta del av denna självbiografi. Min uppfattning är att det är begränsat jämfört med norska målgruppen, i vilken Saugstad ju är en välkänd person.

Sidantalet i den svenska upplagan har ökat från 202 till 248 beroende på en luftigare layout. Att titeln på den svenska upplagan är ändrad till OXYGEN – kampen om luft förbryllar. Saugstads banbrytande forskning om att återuppliva nyfödda med luft, i stället för med olika höga koncentrationer av syrgas (oxygen) är bara ett av flera bärande temata i boken. Ska läsaren tolka titeln Kampen om luft (inte för luft) i överförd bemärkelse, alltså som en kamp om ett lufrum även i andra frågor än de som hör till återupplivning av asfyktiska nyfödda eller koncentrationen av syrgas i kuvösen?



Barnläkaren Ola Didrik Saugstad, författaren till boken

En stor del av boken berör ju, frånsett personliga reflektioner om de stora livsfrågorna, Saugstads arbete för grupper som, enligt hans mening, inte har givits tillräckligt mycket utrymme eller lufrum i den medicinska diskursen. De som i den norska upplagans undertitel definierats som ”de minste”. Med dessa avser Saugstad, vad jag förstår, inte bara de till storleken minsta, utan de vars röst inte beaktats i tillräcklig grad. Det kan gälla de som vill diskutera abortfrågan på ett djupare plan än ett rent instrumentellt. Men det handlar också om frågor som informerat samtycke inför vaccinationer eller medicinska undersökningar, liksom gränsen för behandling av extremt prematurfödda barn. Ytterligare en grupp är barn och vuxna med det tillstånd som Saugstad anger som postviralt trötthetssyndrom, alltså det vi idag kallar ME.

Saugstad beskriver hur hans forskning har bemötts med misstro i hans hemland. ”Jag tänkte i mörka stunder att i Norge passade slagordet publish and perish bättre än publish or perish”. Han beskriver också hur han hanterat vissa fall av forskningskonflikter och medikotiskt tveksamma undersökningar.



I efterordet till den svenska upplagan skriver Saugstad: ”Kari Sandum har med ilfart översatt från norska till svenska”. Det hade varit en fördel om tempot varit lugnare. En mängd norska ord och syntaktiska konstruktioner är med varierande framgång försvenskade. Resultatet blir stundom förvirrande och stör dessutom textflytet. Ibland blir det helt fel som när ”Noen har skrudd på respiratoren”, det vill säga ändrat respiratorinställningarna, vilket framgår senare i texten, översätts till ”Någon har satt på respiratorn”.

Ola Didrik Saugstads internationellt erkända forskning och engagemang i specifika frågor är i hög grad berömvärd och alla hans utmärkelser och hederstitlar är välförtjänta. Det är synd att detta inte har presenterats i en bättre språkdräkt.



Carl Lindgren, barnläkare och författare
E-mail: carl.lindgren.jr@gmail.com

Autism hos barn

Delade meningar om vem som diagnosticerades först

Det råder oklarheter om vem som faktiskt var den första patienten i världen med diagnosen autism. Vissa vill lyfta fram amerikanen Donald Triplett som diagnosticerades av den kände barnpsykiatern Leo Kanner. Andra anser att en österrikisk pojke var det första kända fallet. En teori är att nyheten om den österrikiske pojken tystades ner av Kanner, då han inte kunde stå ut med att Asperger kopplades till den första upptäckten. Anledningen var att Kanner ansåg att Asperger var nazist.

Den första personen, som diagnosticerats med autism dog i juni i år vid 89 års ålder. Hans namn var Donald Triplett och tillägnades minnesord i Economist (8/7), som annars mest tar upp berömda politiker och andra celebriteter. Donald hade en enastående förmåga att räkna och komma ihåg texter utantill. När han sa du menade han jag. Han hade flera idiosynkrasier såsom att skaka på huvudet och tala om andra människor som nummer i stället för namn. Han fick ofta vredesutbrott och betraktades som imbecill, varvid han placerades på en institution i Mississippi.

Beskrev tio fall av ny sjukdom

Donalds mamma var förtvivlad, varför hon tog med sig honom till Baltimore och uppsökte Leo Kanner, som ansågs vara den tidens bästa barnpsykiatriker i USA (Bild). Kanner (född 1896) hade växt upp i ett judiskt religiöst hem i Ukraina och utbildat sig till läkare. Han tjänstgjorde först i Berlin, men åkte över till USA under hyperinflationen i Tyskland omkring år 1923. I USA fick han så småningom tjänst vid Johns Hopkins-sjukhuset i Baltimore. Där diagnosticerade han och beskrev tio fall av en ny sjukdom, som han kallade för autism efter det grekiska ordet auto som betyder själv. Donald var Case I. Det mest typiska för dessa barn var att de hade en oförmåga relatera till andra människor.

Ville inte erkänna att Asperger kan ha upptäckt det första fallet

Men Donald var faktiskt inte det första fallet, utan det var en gosse vid namn Gottfried i Wien, som beskrevs av den kände barnläkaren Hans Asperger. (1) Men egentligen var det inte säkert att det ens var han som upptäckte att pojken hade typiska autistiska symtom utan ett par judiska medarbetare, som flytt till USA när Österrike anslöts till Nazi-Tyskland. De hamnade hos Leo Kanner och berättade om Gottfried. Men Kanner ville inte erkänna att Asperger kanske var först med att beskriva autism, då han ansåg att denne var nazist. Kanner hade dessutom förlorat en stor del av sin släkt under Förintelsen. Förvisso anpassade sig Asperger lojalt till Naziregimen, men han var katolik och aldrig partimedlem. Han identifierade några pojkar med det som senare kom att kallas för Aspergers syndrom eller numera högfunktionell autism. De ansågs så smarta att han kallade dem för sina professorer och menade att de skulle kunna knäcka de allierades hemliga koder, varför de inte skickades till mentalsjukhuset Spiegelgrund för avlivning. Huruvida Asperger skickade andra handikappade barn för avlivning ifrågasätts i Acta Paediatrica (2), medan en medicinhistoriker (3) menar att Asperger också var delvis skyldig till denna form av ”eutansi”.

Men hur gick det för Donald? Han gick



Barnpsykiatrikern Leo Kanner (1896–1981) vid ungefär 60 års ålder. Foto: Johns Hopkins University. Wikipedia Commons

igenom highschool och fick ett jobb på en bank eftersom han kunde räkna fortare än en räknemaskin. Han fortsatte med att benämna alla sina bekanta med nummer och besköt dem då och då med slangbollar.

Referenser

1. Silberman S: ”Neurotribes” Al-len&Unwin 2015
2. Tatzert E, Maleczek W, Waldhauser F: An assessment of what Hans Asperger knew about child euthanasia in Vienna during the Nazi occupation. Acta Paediatr. 2023; 112 (5): 1109-1119.
3. Czech H. Response to Tatzert et al: Their paper on what Asperger knew about Nazi 'child euthanasia' does not provide a rigorous assessment of the available evidence. Acta Paediatr. 2023; 112 (5): 1120-1121.



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



Bild 1. Hjalmar Gullberg (1898–1961).
Foto: Karl Sandels/IBL, TT Nyhetsbyrån



Bild 2. Gamla öronkliniken, Malmö Allmänna Sjukhus, där Hjalmar Gullberg skrev sin kända dikt. Foto: Göran Wennnergren



Bild 3. Näktergal, *Luscinia luscinia*.
Foto: Victor Tyakht/iStock

Till en näktergal i Lund

En sen kväll i maj promenerade jag från Stångby, strax norr om Lund, till Annehem vid den skånska universitetsstadens norra gräns. Kvällsvandringen blev magiskt vacker för i lundarna mellan de gula rapsfälten sjöng näktergalarna för fullt. Mina tankar gick ofrånkomligen till Hjalmar Gullbergs berömda dikt "Till en näktergal i Malmö". Dikten skrev han en natt i slutet av maj 1942 i ett sjukrum på öronkliniken på Malmö Allmänna Sjukhus.

Hjalmar Gullbergs dikt kom till när han 44 år gammal var inlagd på öronkliniken i slutet av maj 1942 (Bild 1 och 2). På nätterna sjöng näktergalarna så intensivt i sjukhusparken att patienterna ska ha haft svårt att sova. Egentligen hade Gullberg inte någon öron- eller halsåkomma utan det han plågades av var svår migrän. Gullbergs gode vän professor Sture Berggren, som var överläkare och chef på öronkliniken, ordnade dock inläggning där för lugn och ro och provtagningar.

Född i skymundan i näktergalens månad
Maj är näktergalens månad och maj var Gullbergs födelsemånad (Bild 3). I dikten väver Gullberg samman näktergalens underbart klara sång från ett undanskymt snår med sin egen födelse, som ägde rum i skymundan på en barnmorskemottagning nära Triangeln i Malmö den 30 maj 1898.

Som diktare ville Gullberg efterlikna näktergalen, en stor sångare med ett anspråkslöst yttre. "Till en näktergal i Malmö" publicerades som sista dikt i "Fem kornbröd och två fiskar" som kom ut på Norstedts hösten 1942, se textruta (1).

Gullbergs mor var kontorist på barnafaderns kontor. Den nyfödde gossen lämnades bort till fosterföräldrar (2–4). Trots att de biologiska föräldrarna gifte sig två år senare tog de inte hem sin son. I stället blev det fosterföräldrarna Elsa och Bengt Gullberg som gav Hjalmar en uppväxt med omtanke och kärlek. Den begåvade pojken blev stora A-student på Malmö latinskola, en framträdande gestalt i bildningens Lund, uppburan diktare, chef för Radioteatern och medlem av Svenska Akademien.

Myastenia gravis och slutet
Under en vistelse på Sicilien i maj 1958 till-

sammans med Greta Thott, som hade blivit Hjalmar Gullbergs livsledsagarinna sedan hon själv hade blivit änka, insjuknade Gullberg med neuromuskulära symtom. Han blev svag i armar och ben, fick dubbelseende, svårigheter att tugga och svälja samt hade svårt att hålla huvudet upprätt. Efter hemkomsten till Sverige ställdes så småningom diagnosen myastenia gravis.

Insatta mediciner hade till en början god effekt men i början av 1959 inträdde en allvarlig försämring som ledde till trakeotomi och respiratorvård på Södersjukhuset (3). Upprepade trakeotomier och vårdtillfällen i respirator blev ytterligt plågsamma för Gullberg.

Behandling med ACTH gav en ny period av respit men sommaren 1961 återkom symtomen av myastenia gravis (3). Gullberg ville absolut inte uppleva en ny period i respirator. I juli vistades han och Greta Thott på herrgården Bökebergsslätt, som ligger naturskönt vid sjön Yddingen. Den 19 juli, en strålände högsommardag, gick Gullberg ner till sjön för att aldrig mer återvända (3,4). Lennart Moberg har i Läkartidningen berättat att Gullberg på Gretas nattduksbord hade lagt ett brev med citat ur en dikt som han hade skrivit vid ett av sina första besök vid Yddingen: *Det finns en sjö och sedan aldrig mer*.

Hjalmar Gullberg vilar på S:t Pauli mellersta kyrkogård i Malmö tillsammans med Greta Thott. På samma gravplats vilar fosterföräldrarna Bengt och Elsa samt fostersystern Elisabeth, som alltid kallades syster (Bild 4).

Referenser

1. Gullberg H. *Fem kornbröd och två fiskar*. P. A. Norstedt & Söners Förlag. Stockholm, 1942. Även tillgänglig via Litteraturbanken: <https://litteraturbanken.se/f%C3%B6rfattare/GullbergHj/titlar/FemKornbr%C3%B6dOchTv%C3%A5Fiskar/sida/126/etext?om-boken>
2. Fehrman C. Hjalmar R Gullberg, urn:sbl:13291, Svenskt biografiskt lexikon, Riksarkivet. <https://sok.riksarkivet.se/sbl/mobil/Artikel/13291>
3. Moberg L. Hjalmar Gullbergs lidelse och lidande. "Det finns en sjö och sedan aldrig mer". *Läkartidningen*. 1998; 95 (51-52): 5871-5877.
4. Olofsson T. "Det finns en sjö och sedan aldrig mer". *Svenska Dagbladet*. 2011-07-15. <https://www.svd.se/a/8bd4f71c-4d0f-34c2-a131-ad421079738d/det-finns-en-sjo-och-sedan-aldrig-mer>



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



Ur: *Till en näktergal i Malmö*

...
I sjukhusparken hänger månens lykta;
det glittrar genom rullgardinens dok.
Nu lyssnar alla sorgsna och betryckta
till Höga visan ur naturens bok.
Den störste sångaren på denna jorden
har kommit för att skingra våra kval.
Jag hör musik och letar efter orden.
Sjung näktergal, min hemstaads näktergal!

Från vilket paradiset stämman lånad,
som tränger in i rummet där jag bor?
Så sjöng du, när jag föddes i din månad,
för en förtvivlad kvinna som blev mor.
En majnatt hände det som ingen visste;
vår stora hemlighet kom ingen åt.
Den som försökte spåra oss, tog miste:
i toner dränkte du min första gråt.

...
Från Fem kornbröd och två fiskar, 1942
Verket är upphovsrättsskyddat.



Bild 4. Gravplatsen på S:t Pauli mellersta kyrkogård i Malmö.
Foto: Göran Wennnergren

ISSUE HIGHLIGHTS

**PHYSICAL AND MENTAL HEALTH CHANGED
IN SWEDISH SCHOOLCHILDREN FROM
2011 TO 2020**



Swedish schoolchildren aged 10–11 years reported significantly more sleeping difficulties, tiredness, dissatisfaction with their lives and academic abilities and not wanting to go to school in 2020 than 2011.

They also spent more time on social media and were less interested in sports. These findings come from a questionnaire-based study by Mossberg and Möllborg, who also surveyed children aged 15–16 in the same years.¹ The older children reported a high frequency of physical and mental health symptoms in 2011 and 2020. Both age groups reported increased anger and unhappiness and less time with their families. The authors suggest that possible explanation may be that digital habits have increased.

**COELIAC EPIDEMIC IN THE 1990s DID NOT
SIGNIFICANTLY INCREASE LINKS WITH
TYPE 1 DIABETES**



The prevalence of having both coeliac disease and type 1 diabetes was not significantly higher in children born during the Swedish coeliac epidemic in 1992–1993, than in the 1997–1998 post-epidemic period. This finding, by Bybrant

et al.,² may support a stronger genetic disposition in children who develop both conditions. There was a more even sex distribution among children with both conditions, unlike the general population, where more girls than boys had coeliac disease. Knip³ comments on the findings and explains the similarities and dissimilarities between type 1 diabetes and coeliac disease.

**SHARP FALL IN GLOBAL IMMUNISATION
HAS LEFT A FIFTH OF CHILDREN
UNPROTECTED**



The number of children worldwide who are under-immunised or unimmunised had increased to approximately 18.2 million in 2021, according to an April 2023 UNICEF report on the global

state of children's health. This meant that routine vaccinations had declined to 2008 levels, with about a fifth of children missing out on all, or part of, their essential immunisation schedules. This perspective by Umar et al describes factors that reduced vaccination coverage, including more restricted access to healthcare facilities during the COVID-19 pandemic and widespread global vaccine reluctance.⁴ The authors also discuss the way forward.

**PAID PARENTAL LEAVE CAN IMPROVE THE
WELL-BEING AND PROSPERITY OF SOCIETY**



A mini-review by Malamitsi-Puchner, and a multi-national team of authors, states that paid leave to support parenting is a neglected tool that may improve societal well-being and prosperity.⁵ The team's international comparison fo-

ocused on national policies and concluded that universally accessible and equitable maternity and paternity leave, at full or near full pay, would benefit both families and national prosperity.

**THE HISTORY OF MUNCHAUSEN
SYNDROME BY PROXY**



Strehle recounts the history of Munchausen syndrome by proxy. This can be described as a parent or carer presenting a healthy child as ill or disabled or exaggerating the problems experienced by a child who is actually ill or disabled.⁶ He also tells the story

of Baron Munchausen, who is seen riding a cannonball in the figure, and asks "what's in a name?", as the syndrome has been re-named and described differently over the years. The latest definition "factitious disorder imposed on another" dates back to 2019.

Figures: Istockphoto

**EN KATASTROF
SKER PÅ EN SEKUND.
VI KAN SKICKA EN
OPERATIONSSAL INOM
NÅGRA TIMMAR.**



I katastrofsituationer hänger allt på att agera snabbt.

Hjälp oss att vara i ständig beredskap så att vi kan rädda fler liv. Sms:a **LÄKARE** till **72970** så skänker du 50 kr eller gå in på **lakareutangranser.se** för att ge din gåva. Tack.



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/

16/10 Årsmöte Svensk förening för pediatrik palliativ vård
Info: <https://sfppv.barnlakarforeningen.se/kalender/arsmote-svensk-forening-for-pediatrik-palliativ-varld/>

7/11 BLF Webinarium Tid: 12.15-12.00
Info: <https://www.barnlakarforeningen.se/kalender/blf-webinarium-7/>

18-19/10 Bosön 2023Svensk Barnnefrologisk förening
Info: <https://nefro.barnlakarforeningen.se/kalender/boson-2023-18-19-oktober/>

9/11 Global neonatologi –seminarium
Info: <https://www.barnlakarforeningen.se/kalender/seminarium-om-global-neonatologi/>

23-24/10 Epilepsidagar i SolnaSvensk Neuropediatrik Förening
Info: <https://snpf.barnlakarforeningen.se/kalender/epilepsidagar-i-solna/>

10/11 Svenska Enuresakademien; Enures, urininkontinens och tarmstörningar, Göteborg
Info: <https://nefro.barnlakarforeningen.se/kalender/>

26-27/10 Perinataldagarna 2023
Info: <https://neo.barnlakarforeningen.se/kalender/perinataldagarna-2023/>

13-17/11 SK-kurs: Cancer och blodsjukdomar hos barn och ungdomar
Info: <https://blu.barnlakarforeningen.se/kalender/sk-kurs-cancer-och-blodsjukdomar-hos-barn-och-ungdomar/>

6-9/10 SK-kurs Astma och övre luftvägar från barn till vuxen
Info: <https://aol.barnlakarforeningen.se/kalender/sk-kurs-astma-och-ovre-luftvagar-fran-barn-till-vuxen-3/>

NÄSTA NUMMER

Nästa nummer har temat **Barnläkarutbildningen nu och i framtiden** och utkommer den 10 december. 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



Teman i Barnläkaren 2024

	Utgivning:	Materialdag (annons):
1. Barnreumatologi	28 jan	14 dec
2. Barns utveckling i en digital värld	28 mars	10 feb
3. Framtidens pediatrik	25 maj	20 april
4. Hjärtebarn – hur går det sedan?	22 juli	5 juni
5. Ovanliga sjukdomar och nya läkemedel	8 okt	23 aug
6. Barnnefrologi	10 dec	21 okt

NUTRICIA

AMINOSYRABASERAD SPECIALNÄRING MED SYNBIOTIKA

Aminosyrabaserad modersmjölksersättning med synbiotika har visat ge kliniskt hälsofrämjande fördelar, utöver effektiv symtomlindring vid mjölkproteinallergi.

NEOCATE SYNEO™ GER:¹⁻⁴

- ✓ Färre infektioner och sjukhusinläggningar
- ✓ Minskad läkemedelsanvändning inkl. antibiotika
- ✓ Återbalanserad tarmflora



0-12 mån

STARK, STARKARE, SYNEO™

BESÖK NUTRICIA.SE/SYNEO FÖR ATT TA DEL AV EVIDENSEN BAKOM NEOCATE SYNEO.

1. Sorensen K, et al. Nutrients. 2021;13(3):935 2. Burks AW et al. Pediatr Allergy Immunol. 2015;26(4):316-322 3. Candy DCA et al. Pediatric research. 2018;83(3):677-686 4. Fox AT et al. Clin Transl Allergy. 2019;9(1):5

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





ANNONS