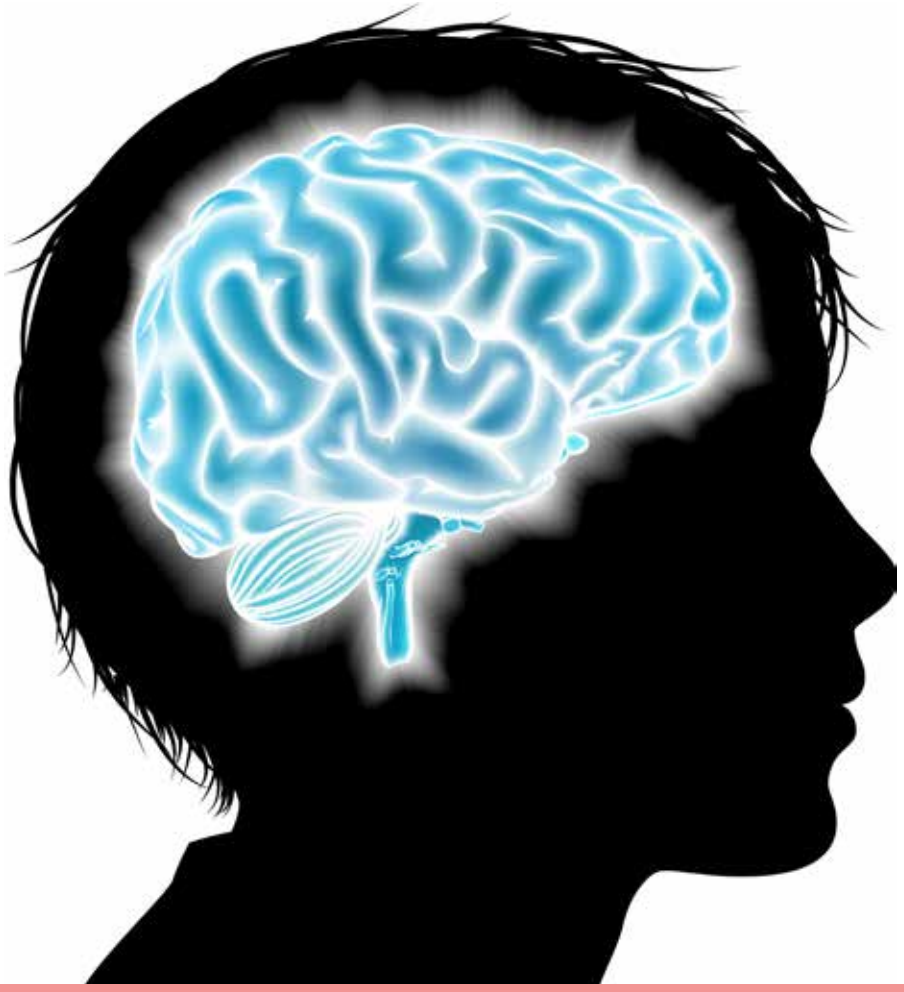
Barnläkaren

NR. 4/2018



Tema | Barn och psykofarmaka

Behandling av ätstörningar hos barn och unga

Ungdomsdepression - vad vet vi idag?

Årets Barnvecka - bildreportage

SVENSKA BARNLÄKARFÖRENINGEN
SWEDISH PAEDIATRIC SOCIETY

HIGHLIGHTS IN THIS ISSUE Anna Käll, Hugo Lagercrantz (hugo.lagercrantz@actapaediatrica.se) Acta Paediatrica, Stockholm, Sweden

Untreated constipation is common

Almost a fifth (17%) of the 310 healthy children aged 3.5–15 years who participated in an evaluation on bowel function at a tertiary children's hospital in southern Sweden suffered from constipation, according to Lindgren et al. (1). They found that 55% of the children had not taken any treatment for the condition, even though they complained of common symptoms, such as abdominal pain and foul odours. Bowel function seemed to improve during childhood, but constipation remained largely untreated.

Paediatric dog bites

Dog bites can cause significant morbidity in children. Ramgopal et al. reviewed the characteristics of 14 956 dog bites reported to the Allegehny County Health Department in the USA between 2007 and 2015 by the child's gender, age and body part and by the breed of the dog (2). They found that dog bites were more frequent in boys and in younger children, who were particular affected by head and neck injuries. Pit bull bites occurred more often in adolescents, while Shi-Tzu bites were more common in children up to the age of three.

Pacifier use did not affect breastfeeding performance

Parents are often advised not to give their newborn baby pacifiers until breastfeeding is well established. However, a study of 42 full-term mother–infant dyads by Pineda et al. found that pacifier use did not affect early breastfeeding performance (3). The authors did note that infants who were breastfed were less likely to use pacifiers, while babies from lower socio-economic families were more likely to use pacifiers in the first few days after birth.

Duration of anaemia is a risk factor for retinopathy of prematurity

The duration of anaemia during the first week of life is an independent risk factor for retinopathy of prematurity (ROP), according to a study by Lundgren et al. that evaluated 227 extremely preterm infants (4). ROP treatment was needed in 11% of the infants, and the mean number of blood transfusions and weeks with anaemia were positively associated with ROP. The authors concluded that preventing early anaemia may decrease the risk of ROP. Kirpalani and Whyte comment on the findings (5).

Is poor post-natal weight gain no longer a risk factor for retinopathy of prematurity?

Preterm infants who needed treatment for retinopathy of prematurity (ROP) in 2011–2012, when oxygen saturation (SpO_2) targets at Queen Silvia's Children's Hospital in Sweden were 88%–92%, had significantly poorer post-natal weight gain than those who did not need ROP treatment. This difference was not seen in 2015–2016, when the SpO_2 targets were 92%–95% (6). The authors concluded that poor weight gain was no longer a significant risk factor for ROP after the implementation of higher SpO_2 targets. This also meant that the ROP prediction tool, WINROP, lost its ability to predict ROP requiring treatment. Darlow and Binenbaum comment on the findings (7).

Figures 1–3: Istockphoto, 4, 5: INA Agency.

©2018 Foundation Acta Pædiatrica. Published by John Wiley & Sons Ltd 2018 **107**, pp. 728–729

Karolinska Institutet

KAROLINSKA UNIVERSITETSSJUKHUSET

INBJUDAN TILL SYMPOSIUM
Transition Medicine – from Childhood to Adulthood
23 oktober 2018
Svenska Läkaresällskapet i Stockholm Klara Östra Kyrkogata 10

Symposiet behandlar transitionen för ungdomar med kroniska sjukdomar in i vuxenvärlden. Med allt bättre barnsjukvård överlever alltfler ungdomar med allvarliga och sällsynta barnsjukdomar för vilka det tidigare inte har funnits kompetens eller vårdprogram inom vuxensjukvården. För många ungdomar och deras familjer är denna transition traumatisk i värsta fall in i en otydlig framtid med bristande sjukvård.

Syftet med symposiet är att belysa kunskapsläget idag. Hur påverkas transitions från ungdom till vuxen när man har en kronisk sjukdom? Vad finns det för barriärer för denna transition inom sjukvården och samhället i allmänhet? Vad finns det för goda internationella och nationella exempel?

Målgrupp är personal och beslutsfattare inom sjukvård som är intresserade av att utveckla en bättre transition baserat på kunskap och erfarenheter. Vi välkomnar således läkare, sjuksköterskor, psykologer, socionomer, sjukgymnaster, arbetsterapeuter samt övriga verksamma inom såväl pediatrik och ungdomsmedicin som inom vuxenmedicin.

Program

08.30-08.45	**Welcome & Introduction**
08.45-09.30	**Evidence based strategies promoting transition** *Erik W Carter, Nashville, USA*
09.30-09.50	**Mental health problems among adolescents – a trend perspective.** *Curt Hagquist, Karlstad*
09.50-10.20	**Kaffepaus**
10.20-10.50	**Late effects of childhood cancer and transition into the adult world** *Adam Glaser, Leeds, UK*
10.50-11.10	**Transition after childhood cancer in Sweden** *Marianne Jarfelt, Göteborg*
11.10-11.30	**Transition after congenital heart malformations** *Ulf Thilén, Lund*
11.30-12.00	**Transition and transfer for rare inherited disorders of metabolism.** *Elaine Murphy, Charles Dent Metabolic Unit, London*
12.00-13.00	**Lunch**
13.00-13.30	**Young adult clinic: a transition program to promote autonomy in young adults with a childhood onset disability.** *Wilma van der Slot, The Netherlands*
13.30-13.50	**Cerebral palsy in adults** *Kristina Tedroff, Stockholm*
13.50-14.10	**Transition for young people with neuromuscular disease** *Jes Rahbek, Copenhagen, Denmark*
14.10-14.30	**Transition and paediatric liver disease** *Björn Fischler, Stockholm*
14.30-15.00	**Kaffepaus**
15.00-15.20	**Example from real life transition**
15.30-16.45	**Panel discussion** *Svante Norgren, Lars Torsten Larsson, Anders Lönnberg, Stockholm*
16.45	**Sammanfattning och avslutning**

Deltagaravgift är 250 kronor och inkluderar lunch, kaffe/te.

Anmälan sker via **ts2018.axacoair.se** och måste vara oss tillhanda senast den 30 augusti. Men anmäl Dig gärna tidigt då antalet platser är begränsat till 150 deltagare.

Ett gemensamt arrangemang mellan Karolinska Institutet (KI), Karolinska Universitets Sjukhuset (KS), Stiftelsen Frimurare Barnhuset i Stockholm (SFBS) och Konung Gustaf V:s och Drottning Victorias Frimurarestiftelse (FMS). Programansvariga: Livmedikus Peter Möller (FMS), Professor Göran Karlsson (SFBS), Professor Hans Forssberg (KI), Temachef Svante Norgren (Barn- och kvinnosjukvård, KS), Docent Bo Lindquist (vetenskaplig sekreterare).

Jerringfonden

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

Fonden anslår varje år medel till:

- **Forskningsanslag och Forskningsstipendier**
  - **Sista ansökningsdag den 20 september varje år**
- **Fortbildningsstipendium för arbetslag/personalgrupper**
  - **Sista ansökningsdag den 4 oktober varje år**
- **Aktivitetsbidrag till organisationer/föreningar/ institutioner/skolor**
  - **Sista ansökningsdag den 20 oktober varje år**
- **Individuellt Fortbildningsstipendium**
  - **Sista ansökningsdag den 1 februari varje år**

Ansökningsblanketter och mera information finns att hämta på fondens hemsida, www.jerringfonden.org.

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

Jerringfonden - Box 6240 - 102 34 Stockholm
Tel: 08-91 10 01 - email: info@jerringfonden.org

HIGHLIGHTS IN THIS ISSUE Anna Käll, Hugo Lagercrantz (hugo.lagercrantz@actapaediatrica.se) Acta Paediatrica, Stockholm, Sweden

Italian adolescents frequently exceed daily caffeine recommendations

Nearly half of the 1213 adolescents who took part in an Italian school-based study exceeded the recommended upper limits for daily caffeine consumption (1). Approximately 76% consumed caffeine every day and 46% exceeded the upper limits recommended by the American Academy of Pediatrics. Coffee was the most frequently consumed caffeinated drink and the main contributor to the adolescents' daily caffeine intake.

Ballet school students showed large deficiencies in body weight and body fat

Grochowska-Niedworok et al. assessed the nutritional status and physical activity levels of 150 female students aged 10–18 from three top Polish ballet schools, where the most promising dancers go on to pursue professional ballet careers (2). The results revealed large deficiencies in the body weight and body fat of the young ballerinas. Polish centile charts showed that 18% of the girls had body mass indexes below the norm and 54% had a lower than average body fat content, with a mean of just under 16%. The findings were most pronounced in girls aged 10–15 years, and special attention should be paid to this age group.

Prenatal phthalate exposure was associated with croup in infants

Phthalates are synthetic chemicals that are widely used in consumer products, such as personal care products, flooring, packaging film, adhesives and toys. Shu et al. measured the phthalate metabolites in the urine of 1062 Swedish pregnant women (3). Any associations between prenatal phthalate exposure and croup, wheezing or otitis were analysed in their offspring until 12 months of age. The analysis suggests that exposure to butyl benzyl phthalate and bis (2-ethylhexyl) phthalate was associated with maternal reports of croup in infants up to 12 months of age.

Even low levels of early foetal alcohol exposure may cause adverse effects

This review by Sarman provides paediatricians with new insights into the effects of prenatal alcohol exposure to help them communicate key messages about avoiding alcohol during pregnancy. The author looked at studies published since 2010, which showed that even low levels of prenatal alcohol exposure could cause adverse foetal effects on the brain and other organs (4). The review concluded that it is not currently possible to determine a safe period and level when alcohol consumption would not affect the foetus.

Life-sustaining treatment, parental requests and focusing on living as well as dying

This issue contains three viewpoints about children with life-limiting conditions. Wightman et al. propose that clinicians should use a relational potential standard rather than a best interest standard when considering parental requests for life-sustaining treatment for children with severe disabilities (5). However, Carter thinks that the standard proposed by Wightman et al. is too broad to be applicable (6). Kreicbergs states that since life expectancy has become significantly longer in many children with life-limiting conditions (7), it is time to provide dying children with greater rights, by placing more emphasis on supporting living rather than dying.

©2018 Foundation Acta Pædiatrica. Published by John Wiley & Sons Ltd 2018 **107**, pp.912–913

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

Ansvarig utgivare
Anna Bärtås
E-mail: anna.k.bartas@gmail.com

Chefredaktör/Annonskontakt
Margareta Munkert Karnros
info@barnlakaren.se

Vetenskapsredaktör
Synnöve Lindemalm
synnove.lindemalm@gmail.com

Kulturredaktör:
Göran Wennergren
info@barnlakaren.se

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

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

Tryck
DanagårdLiTHO

Redaktionsråd
Catarina Almqvist Malmros
Hugo Lagercrantz
Synnöve Lindemalm
Josef Milerad
Göran Wennergren

Omslagsbild
Can Stock Photo Inc, Canada.

Innehåll

LEDARE 7

REDAKTÖRENS RUTA 8

TEMA: BARN OCH PSYKOFARMAKA
Värt att veta om ADHD-behandling *Kerstin Arnsvik-Malmberg, Linda Halldner Henriksson* 10
Tics och Tourettes syndrom *Najah Kahalifa* 12
Ungdomsdepression – vad vet vi idag? *Hannes Bohman* 14
Psykofarmakologisk behandling vid bipolär sjukdom och psykoser *Håkan Jarbin* 16
Tvångssyndrom hos barn och ungdomar – en mångfacetterad sjukdom med komplicerad samsjuklighet *Tord Ivarsson* 18
Autism – vad kan behandlas med läkemedel? *Maria Unenge Hallerbäck* 20
Ångestsyndrom hos barn och ungdomar – hur behandlas det? *Catharina Winge Westholm, Beata Bäckström* 22
Läkemedelsbehandling vid Posttraumatiskt stressyndrom *Björn Ramel* 24
Internetpsykiatri idag *Eva Serlachius, Sarah Vigerland* 26
Ätstörningar hos barn och ungdomar, begränsad roll för farmakologisk behandling *Ulf Wallin* 28

DEBATT
Replik *Ralf G Heine, Anette Järvi* 30
Svar *Göran Wennergren* för Barnläkarens redaktion 31
Svar *Magnus Wickman* 31

BARNVECKAN
Vad hände på Barnveckan? Se bildreportaget från Västerås 32

KULTUR
År 1978 - ett remarkabelt år i mänsklighetens historia då det första provrörsbarnet föds *Hugo Lagercrantz* 34
Fjäderlätt konst lämnar djupa intryck - intervju med den brittiska skulptrisen Lucy Glendinning *Margareta Munkert Karnros* 36

KALENDARIUM 38

Många frågor i en tid av skenande digital utveckling

Försommaren 2018 är enastående vacker och bjuder tidig högsommarblomning och pålitligt solsken. I skrivande stund är jag på hemväg från en guddotters examensfirande. Det blev en högtidlig stund och Lunds kvällsvarma gator fylldes av firande studenter och glada familjer. För mig är det är alltid lika givande att få ta del av ungas tankar och framtidstro; denna gång levererade av en master i management, en blivande arkeolog och en genusvetare som jag fick chans att prata lite mer med. Fantastiskt roligt och hoppfullt inför framtiden.

En viktig framtidsfråga är hur vården ska utformas med växande behov och inte lika snabbt växande resurser. Möjlighet till läkarbesök på nätet har på några få år blivit ett etablerat komplement till fysiska möten. Visste du att den vanligaste patienten för nätläkaren är ett barn, de flesta yngre än fem år? 2017 gjordes 51 809 besök av barn under fem år hos nätläkare; 22 procent av samtliga besök.

Många inklusive jag själv oroas över att vården blir alltför efterfrågestyrd hellre än behovsstyrd med lättillgängliga och för barn kostnadsfria digitala vårdmöten. Minst lika viktigt att fundera över är hur barns behov av delaktighet tillgodoses vid besöket hos nätläkare. Ett barn har lagstadgad rätt till egen information och inflytande över sin vård. Hur tillgodoses detta i exempelvis en chat med en förälder? Enkla frågor kanske kan besvaras men var går gränsen för vad som kan hanteras av en nätläkare? Finns rutiner för hur barns skyddsbehov ska tillgodoses?

Frågorna är många och viktigt är att professionen och inte minst vi barnläkare är med i utvecklingen av tjänsterna. Den tekniska utvecklingen driver som bekant sig själv och kan inte hejdas, även om man av och till får lust att göra det och skapa rum för eftertanke. Barnläkarföreningen planerar att diskutera denna fråga mer ingående i höst. Är du barnläkare och jobbar med besök via nätet eller om du satt dig in i frågan med barnperspektiv är du varmt välkommen att höra av dig!

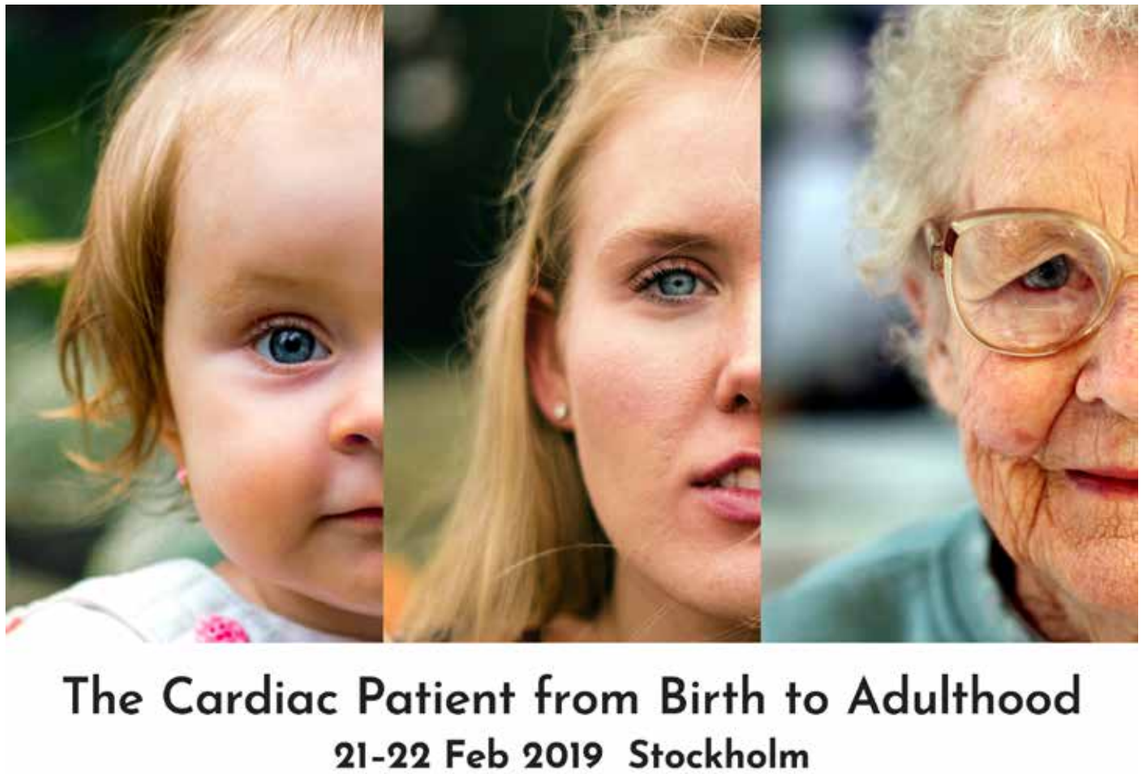
På tal om digitala möten provar just nu även redaktionen för tidningen du håller i din hand, en digital möjlighet till diskussion i frågor som rör barnsjukvården. Kika gärna på hemsidan www.barnlakaren.se under fliken Debatt. Välkommen att bidra!

Med detta sagt känns det helt rätt att även få bjuda in till Barnveckan i Örebro 1-4 april 2019 – en i allra högsta grad fysisk mötesplats för barnläkare och barnsjuksköterskor. Jag vill också passa på att avslöja att det nu är klart att Barnveckan 2020 kommer att ordnas 30 mars-2 april i Växjö.

Till slut önskar jag en härlig sommar med förhoppning om lagom många barn på barnakuten och tid för det du vill och behöver så hörs vi igen i höst med ny energi till barnsjukvården.

Detta nummer har tema barn och psykofarmaka och är ämnat att ge grundläggande psykofarmakologiska kunskaper till varje barnläkare. Samarbetet mellan barnläkare och barnpsykiater är centralt för att med helhetssyn möta upp barns behov. Redaktionen vill rikta ett varmt tack till temaredaktör Kerstin Arnsvik-Malmberg och till samtliga författare för att ni generöst bidragit.

Anna Bärtås,
ordförande Svenska Barnläkarföreningen



Redaktörens ruta

En ljuvlig bris av lindblomsdoft kom emot oss när vi slog upp fönstren på redaktionen i morse, och intill husväggen bågnar bigarråträdet av kart. Mer sommar än så här blir det helt enkelt inte. För er som inte ha möjlighet att läsa pappersversionen p g a resor etc, finns alltid www.barnlakaren.se. Roligt att hemsidan har fått så många besökare, ca 2 500 per vecka visar statistiken.

Under 2017 presenterade Socialstyrelsen en rapport av den psykiska hälsan 2006 och tio år framåt. Psykisk ohälsa hos barn i åldern 10-17 år har ökat med över 100 procent på tio år. Det är en bekymrande siffra. Positivt är dock att den utveckling som skett inom om diagnostik och psykofarmakologisk behandling, gått stadigt framåt de senaste åren

Inom ADHD finns t ex en del nya läkemedel, vilka hjälpt många barn att ta sig igenom skolåren. Tvångssyndrom är svåra tillstånd som behöver både exponering (d v s framkalla patientens problematik för att kunna behandla den), och många gånger även psykofarmaka. Relativt nytt inom barn- och ungdomspsykiatrin är en större insikt i bipolära och psykotiska tillstånd och hur dessa behandlas på bästa sätt. Internetpsykiatri har slagit igenom stort bland ungdomar, vilket kanske inte direkt är någon överraskning. Detta verktyg har dessutom visat sig fungera väl för många användare.

När det gäller ungdomsdepressioner ligger inte sällan missad diagnostik till grund för att patienten utvecklar allvarlig depression. Ibland är tillståndet så svårt att mottagligheten för samtalsterapi gått helt förlorad. I dessa fall kan psykofarmaka vara en åtgärd för att kunna komma vidare. Vid diagnoser som ätstörningar och traumatiska tillstånd, finns dock inte evidens att behandla med psykofarmaka. Här är istället andra åtgärder av större vikt. Läs mer på sidan 28-29.

Givetvis finns det många psykiska symtom som inte behöver behandlas med psykofarmaka över huvud taget, vilket vår temaredaktör Kerstin Arnsvik-Malmberg, också betonade när vi pratades vid inför planeringen av detta nummer. Många gånger kan man komma långt med enbart samtalsterapi. Även kombinationen psykofarmaka/psykoedukation (d v s att lära sig om sitt egna sjukdomstillstånd för att lättare hantera det) kan fungera tillfredsställande, för att nämna en av många behandlingsmetoder som används inom psykiatrin idag.

På kultursidan berättar Hugo Lagercrantz om ett sensationellt genombrott på 70-talet som kom att förändra livet för många barnlösa par. Vi gör också ett besök i poesins och skulpturkonstens värld, där Lucy Glendinning lämnar djupa avtryck med sin fjäderlätta konst.

Ha en fortsatt trevlig sommar!

Margareta Munkert Karnros

Temaredaktör i detta nummer: Kerstin Arnsvik-Malmberg

Kerstin Arnsvik-Malmberg är specialist i barn- och ungdomspsykiatri, överläkare på BUP Skärholmen i Stockholm och med.dr. Karolinska Institutet. Kerstin har arbetat mer än 30 år i barnpsykiatrin, hennes största intresse är utvecklingsrelaterade funktionshinder som ADHD och autism. Hon kom tidigt in på området farmakologisk behandling av ADHD; hur man behandlar och följer upp dessa läkemedel, och 2011 disputerade hon med en avhandling på ämnet ADHD och genetik. Kerstin har även bland annat varit med i arbetet att ta fram Läkemedelsverkets riktlinjer för behandling av ADHD hos barn och vuxna, Socialstyrelsens stöd och råd vid läkemedelsbehandling av ADHD, BUP Stockholms rutiner för behandling och utredning av ADHD och autism, och svenska föreningen för barn-och ungdomspsykiatri(SF-BUP)´s riktlinjer för utredning och behandling av ADHD.

Sedan 2000 har Kerstin undervisat regelbundet i psykofarmakologisk behandling av ADHD och autism. Vidare har hon både initierat och aktivt deltagit vid framtagandet av rutiner för psykofarmakologisk behandling av barn och ungdomar på BUP i Stockholm. Genom åren har hon haft glädjen att träffa och hjälpa många barn med ADHD och autism, och även handlett ett flertal ST-läkare att göra detsamma.

BRIS
BARNENS RÄTT I SAMHÄLLET

bris.se
PG 901504-1

90 KONTO SVENSK INSAMLINGS KONTROLL

Österåker vårdenhet söker

Barnläkare

till Åkersbergas barn- och ungdomsmedicinska mottagning

Vill du arbeta med engagerade medarbetare på en liten gemytlig mottagning?

Då kan vi erbjuda dig, som specialistläkare i barn- och ungdomsmedicin, en trevlig arbetsplats på BUMM i Åkersberga. Vi tillhör Stockholms läns sjukvårdsområde.

Läs mer om oss här:
www.barnlakare.sll.se/vara-mottagningar/akersberga

Varmt välkommen med Din ansökan på:
sll.se/jobb/Lediga-jobb, sök på refnr. **154608**

Stockholms läns sjukvårdsområde
STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING

ERSÄTTNINGSETABLERING

Barn och ungdomsmedicin

Vill du arbeta som privat barnläkare någonstans i Skåne? Det är ett sug efter privata barnläkare i hela Skåne utanför Malmö-Lund, finns för närvarande bara ett fåtal. Försäljningen styrs av Region Skåne i form av budgivning (under en begränsad tid).

Välkommen att kontakta mig för mer info:

Peter Hegardt
070-8236252, 070-8236262,
eller e-mail peter@skeppargarden.se

Welcome to the symposium **The Cardiac Patient from Birth to Adulthood** that will be held in Stockholm February 21-22 2019. This two-day symposium will cover several aspects on heart disease but with a focus on congenital heart disease.

The lecturers are international experts in their respective fields. There will also be clinical case presentations with discussions and possibilities to present abstracts with input from leading experts.

Areas covered are epidemiology of adult congenital heart disease, congenital heart disease and development of atherosclerosis, prematurity and later development of arterial hypertension, single ventricle physiology, exercise capacity, arrhythmia, patient reported outcomes and closure of persistent foramen ovale in cryptogenic stroke.

The meeting is arranged in collaboration between The Journal of Internal Medicine, Acta Pediatrica and The Swedish Medical Association. Please see **www.sls.se** for further information on the meeting and registration.

Svenska Läkaresällskapet
Swedish Society of Medicine
Klara Östra kyrkogata 10

www.sls.se

Svenska Läkaresällskapet

ACTA PÆDIATRICA NURTURING THE CHILD

JIM Journal of Internal Medicine Founded in 1863

I Sverige finns idag fem substanser godkända för behandling av adhd hos barn: metylfenidat (Ritalin, Concerta, Equasym, Medikinet), lisdexamfetamin (Elvanse) och dexamfetaminsulfat (Attentin), som är centralstimulerande och narkotikaklassade, samt atomoxetin (Strattera) och guanfacin (Intuniv) som inte klassas som centralstimulerande.

Värt att veta om ADHD-behandling

ADHD (attention deficit hyperactivity disorder) förkommer hos ca 5-7 procent av alla barn(1). Förstahandsbehandling har länge varit icke-farmakologiska insatser såsom psykoedukation, föräldrautbildning, föräldraträningsprogram och specialpedagogiska insatser. Farmakologisk behandling har varit indicerad först vid otillräcklig effekt av dessa insatser.

Socialstyrelsen rekommenderar (2) att alla individer med ADHD erbjuds farmakologisk behandling. Emellertid skall detta inte vara enda behandlingen vid ADHD (3). I Sverige är ADHD-läkemedel godkända för behandling av adhd från 6 års ålder. Farmakologisk behandling av barn under 6 år förekommer men är kontroversiellt. Socialstyrelsen publicerade nyligen uppgifter från Läkemedelsregistret om prevalensen ADHD-medicinering i landet (3). År 2017 medicinerade i hela riket 5,6 procent av alla pojkar och 2,6 procent av alla flickor mellan 10-17 år, vilket torde innebära att de flesta som får diagnos också erbjuds farmakologisk behandling. Stora regionala och lokala skillnader föreligger. Vissa län har en högre förskrivningsgrad än förväntad prevalens av ADHD, medan andra län har en avsevärt lägre förskrivningsgrad än riksgenomsnittet.

Läkemedel – vad används idag?

I Sverige finns fem substanser godkända för behandling av adhd hos barn: metylfenidat (Ritalin, Concerta, Equasym, Medikinet), lisdexamfetamin (Elvanse) och dexamfetaminsulfat (Attentin), som är centralstimulerande och narkotikaklassade, samt atomoxetin (Strattera) och guanfacin (Intuniv) som inte klassas som centralstimulerande. Metylfenidat är förstahandsval vid farmakologisk behandling och finns i olika beredningsformer med olika tillslagstid, profil och duration. Detta möjliggör att styra behandlingseffekten utifrån patientens behov (3).

I korttids-studier har behandling med adhd-läkemedel effektstorlekar mellan 0.4 – 1.3. Dubbelblinda randomiserade långtidsstudier är av praktiska skäl svåra att genomföra, men det finns inget belägg för att effekten skulle avta över tid. Från prospektiva kohort-studier finns inget stöd för att behandling med adhd-läkemedel under barndomen ger bättre långtidsprognos. Dessa studier har ofta metodologiska problem som gör dem svårtolkade och det är svårt att dra generella slutsatser. I registerstudier (som även inkluderat individer under 18 år) har man dock kunnat konstatera att adhd-medicineringsperioder är associerade med lägre risk för flera negativa utfall som t ex missbruk, trafikolyckor, kriminalitet. Kunskapen om effekten av ADHD-läkemedel hos barn med samtidig annan funktionsnedsättning eller annan psykisk sjukdom är begränsad.

Risker och biverkningar

ADHD-läkemedlen har flera kända biverkningar, såsom minskad/ökad aptit, viktpåverkan, illamående, buksmärta, trötthet, pulsökning. Eventuella negativa långtidseffekter är oklara p g a avsaknad av randomiserade kontrollerade studier. Kohortstudier har ingett misstanke om minskad slutlängd på gruppnivå, men även här finns metodologiska problem som gör resultaten osäkra (bl a s k selektionsbias). Kohortstudier av kardiovaskulära negativa utfall vid långtidsbehandling har inte tydligt kunnat påvisa statistiskt signifikanta överrisker på lång sikt på i övrigt friska barn, men kan egentligen inte heller utesluta sådana eftersom kardiovaskulära negativa händelser är relativt ovanliga hos unga människor.

Med tanke på att ADHD i sig ökar risken för ett flertal negativa utfall (t ex missbruk, kriminalitet, annan psykiatrisk sjukdom) behöver eventuella risker vägas mot effekt och mot effekter av att avstå från behandling. Enligt behandlingsrekommendationer (3, 4) bör man värdera eventuell kardiovaskulär sjukdom och hereditet för hjärtkärlsjukdom före insättning av ADHD-läkemedel och sedan monitorera puls, blodtryck och hjärtstatus under behandlingen. Likaså bör man systematiskt följa upp både effekt och biverkningar med skattningsinstrument för att löpande ta ställning till fortsatt medicinering (4)

Referenser

1. *Faraone et al Nat Rev Dis Primers. 2015 Aug 6;1:15020. doi: 10.1038/nrdp.2015.20.*
2. *Socialstyrelsens läkemedelsbehandling av ADHD hos barn och vuxna. Stöd för beslut om behandling http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19805/2015-4-14.pdf*
3. *Läkemedelsverket behandlingsrekommendationer för ADHD https://lakemedelsverket.se/upload/halso-och-sjukvard/behandlingsrekommendationer/Lakemedel_%20vid_adhd_behandlingsrekommendation.pdf*
4. *Fortsatt ökad användning av adhd-läkemedel 2017 http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20910/2018-3-30.pdf.*
5. *SF BUP rekommendationer ADHD http://www.sfbup.se/wp-content/uploads/2016/11/Riktlinjer-adhdwebb-ny-logga-82-2018.pdf*

Linda Halldner Henriksson
barn- och ungdomspsykiater
BUP Umeå med.dr Karolinska institutet och Umeå universitet

Email
linda.halldner@ki.se

Kerstin Arnsvik-Malmberg barn- och ungdomspsykiater BUP Skärholmen Stockholm med.dr Karolinska institutet (bild på sidan 8) Email: kerstin.arnsvik-malmberg@sll.se

Scen ur filmen The road within från 2014, om tre ungdomar med psykisk funktionsnedsättning på rymmen, varav en Vincent (mitten), har Tourettes syndrom. Foto: Cathaykeris film

Tics och Tourettes syndrom

Tourettes syndrom (TS) är en neuropsykiatrisk funktionsnedsättning som kännetecknas av multipla motoriska och en eller flera vokala tics. I DSM-5 definieras tics som plötsliga, snabba, återkommande, icke-rytmiska, motoriska rörelser eller röstuttryck (1). Förekomsten är högre hos pojkar och uppskattas hos barn och ungdomar totalt till 6,6 procent, varav 0,5–1 procent för Tourettes syndrom, 1,0–2,0 procent för kroniska tics och cirka 5 procent för övergående tics (2).

Symtomen debuterar i barndomen, vanligen vid 4-7 års ålder. Ticsen följer oftast ett skovartat förlopp och når sin topp vid 10-12 års ålder, för att sedan gradvis minska i tonåren med påtaglig, om inte fullständig remission i unga vuxenår (2). Både ärftliga och miljömässiga faktorer är av betydelse för utveckling av tics. Forskning talar för dysfunktion i de kortikala och subkortikala regionerna, thalamus, basala ganglierna och frontalcortex, liksom i signalöverföring däremellan. Flera kliniska studier har rapporterat en hög grad (upp till 90 procent) av psykiatrisk eller utvecklingsrelaterad samsjuklighet liksom beteendeproblem vid tics. Vid diagnostisk bedömning och kartläggning av tics bör även differentialdiagnostik och samsjuklighet vägas in. Ofta behöver samsjuklighet eller tilläggsproblematik tillrättaläggas och behandlas först. Ställningstagande till behandling görs i samråd med barn och familj utifrån grad av funktionspåverkan och lidande.

Godkända läkemedel saknas

Ofta orsakar samsjuklighet eller tilläggsproblematik större bekymmer och hinder i vardagen och behöver behandlas först. Vid lindriga och icke-begränsande tics är oftast psykopedagogik och anpassning av miljön tillräckligt. Beteendeterapeutisk intervention rekommenderas vid medelsvåra tics som medför begränsningar och nedsatt livskvalitet. Habit Reversal Therapy (HRT), Exponering och Responsprevention (ER) och den mer omfattande Comprehensive Behavioral Intervention for Tics (CBIT) är behandlingar med påvisad effekt i randomiserade kontrollerade studier (3).

Inget läkemedel har idag godkänd indikation för tics hos barn och ungdom. Läkemedelsbehandling kan vara indicerad i fall med medelsvår till svår och kraftig funktionsnedsättning (9). Nyttan med läkemedelsbehandling får då vägas mot risker, och parallellt behöver psykosociala insatser och lämplig anpassning ske. Trots att det finns en bred klinisk erfarenhet av läkemedelsbehandling vid TS, är det vetenskapliga underlaget mycket begränsat, särskilt gällande barn och ungdomar. Den vanligaste orsaken till att behandla TS är samexisterande tillstånd som ADHD, depression, ångest och tvångssyndrom.

Alpha-2 adrenerga agonister prioriteras

Då sjukdomen varierar i intensitet eller går i skov måste dosanpassning göras kontinuerligt och relateras till sjukdomens svårighetsgrad och funktionspåverkan. Man bör använda lägsta effektiva dos, långsam upptrappning och strukturerad uppföljning av effekt och biverkningar. Alpha-2 adrenerga agonister (klonidin och guanfacin) bör övervägas i första hand, i synnerhet då patienten också har ADHD.

Georges Gilles de la Tourette (1857 -1904) var en fransk neurolog. Den neurologiska sjukdomen Tourettes syndrom fick sitt namn efter honom, efter att han 1884 som första läkare dokumenterat de sjukdomsspecifika symptomen hos nio av sina patienter. Ursprungligen kallade han sjukdomen för "tics-sjukan" ("maladie des tics"). Foto: Wikipedia

Detta p g a gynnsammare biverkningsprofil jämfört med de atypiska och typiska neuroleptika. Evidensen för dessa medel är dock något svagare än den för neuroleptika. Aripiprazol bör övervägas i andra hand, trots att evidensen för aripiprazol är sämre än för övriga atypiska och typiska neuroleptika, beroende på en något gynnsammare biverkningsprofil sett till effekten.

Bland atypiska neuroleptika har risperidon störst vetenskapligt underlag. Övriga neuroleptika bör prövas först om ovanstående behandling inte gett effekt. Haloperidol och pimozid rekommenderas varken som första- eller andrahandsval med hänsyn till biverkningsprofilerna. Olanzapin och quetiapin har otillräckligt vetenskapligt underlag för användning vid tics (4,5).

Referenser

1. *American Psychiatric Association: Desk reference to the Diagnostic Criteria from DSM-5. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013. Svensk ensamrätt Pilgrim Press AB. Kriterierna återges i delvis förkortad form med tillstånd av förlaget.*
2. *Khalifa N, von Knorring AL. Tourette syndrome and other tic disorders in a total population of children: clinical assessment and back- ground. Acta paediatrica. 2005;94:1608–14.*
3. *Mc Guire JF, Piacentini J, Brennan EA, Lewin AB, Murphy TK, Small BJ, et al. A meta-analysis of behavior therapy for Tourette Syndrome. J Psychiatr Res. 2014;50:106–12*
4. *Läkemedelsbehandling av depression, ångestsyndrom och tvångssyndrom hos barn och vuxna – behandlingsrekommendation. Information från Läkemedelsverket nr 6 2016 www.lakemedelsverket.se/ depression-ångest*
5. *Roessner V, Plessen K. J, Rothenberger A, Ludolph A. G, Rizzo, R, Skov L, Group E. G. (2011). European clinical guidelines for Tourette syndrome and other tic disorders. Part II: pharmacological treatment. European Child and Adolescent Psychiatry, 20(4), 173-196.*

Najah Khalifa, med.dr. överläkare, BUP-kliniken Region Gävleborg.

E-mail: najah.khalifa@gmail.com

Svenska epidemiologiska studier som långtidsuppföljt ungdomar med depression, visar vikten av att upptäcka och behandla sjukdomen tidigt. ("Den violetta hatten" av Sigrid Hjertén, 1923, pannå, 46 x 38 cm.) Foto: Bukowskis

Ungdomsdepression – vad vet vi idag?

Internationellt finns en ökad medvetenhet om att prioritera ungdomsdepression så att fler fall ska kunna upptäckas och ges effektiv behandling (1). Enligt WHO 2013 stod depression globalt för den största andelen ohälsa bland sjukdomar i åldersgruppen 10–24 år med 10 procent drabbade (2).

Den höga sjukdomsbördan mätt i DALY (Disability Adjusted Life-Years) förklarades av det ofta kroniska förloppet, den höga dödligheten för åldersgruppen (vanligen suicid) samt funktionstapp avseende skola, fritid och relationer. Samtidigt påpekades att depression och andra psykiska sjukdomar i barn- och ungdomsåren påfallande ofta är underbehandlade. Rädsla för stigmatisering angavs som trolig främsta förklaring.

I Sverige visar epidemiologiska studier som långtidsuppföljt ungdomar med depression vikten av att upptäcka och behandla sjukdomen tidigt (3,4). En populationsbaserad studie som undersökte prevalensen av depression bland 2300 sextonåringar genomfördes i Uppsala med start 1990–92. Ungdomarna följdes därefter upp till cirka fyrtio års ålder. I tonåren var ettårs-prevalensen för depressionssjukdom 7–8 procent och förekomsten var tre gånger vanligare hos flickor än pojkar.

Samsjuklighet vid depression

Studien visade att samsjuklighet var vanligt. Upp till 50 procent av ungdomar med depression led också av ångest, men även ADHD, ätstörning, tvång och uppförandestörning var vanligt förekommande.

Påfallande var att endast en minoritet av tonåringarna i studien hade sökt hjälp för sina problem. Samtidigt visade studien att de flesta av tonåringarna med depression led av episoder som översteg ett års duration vilket skilde dem från dem som insjuknade i vuxen ålder som vanligen led av kortare episoder (4).

De tonåringar som insjuknade i depression såg ut att lida av en allvarligare form av depression än de som insjuknade som vuxna, men erhöll ändå mer sällan behandling.

När tonåringar med depression följdes som vuxna upp visades att längden av depressionsepisoden i tonåren var den faktor som hade störst betydelse för den långsiktiga prognosen (4).

En lång depressionsepisod i tonåren ökade risken att återinsjukna i depression, men också ökade kraftigt risken att utveckla t ex kronisk depression, bipolär sjukdom, psykos och/eller suicidalt beteende. Resultaten från den svenska långtidsuppföljningen pekar på att det är troligt att en tidig upptäckt och behandling av depression i tonåren skulle kunnat resultera i ett betydligt friskare vuxenliv.

Tidig upptäckt och behandling

En växande medvetenhet om brister i att upptäcka och behandla ungdomar med depression finns också i Sverige, vilket resulterat i nya riktlinjer som tagits fram av Svenska Föreningen för Barn- och Ungdomspsykiatri (SFBUP). Ett omfattande utbildningspaket finns kopplat till riktlinjerna för att utbilda personal på BUP i Sverige. Då behandling med SSRI och KBT har visat sämre resultat för ungdomar än för vuxna (5), är fokus större på psykopedagogiska interventioner (PPI) hos barn och ungdomar. PPI innebär strukturerad information och bedömning av depression.

Behandlare arbetar enligt en förarbetad mall med att kartlägga och behandla faktorer som bidrar till och underhåller depression, såsom konflikter i familjen och med kamrater, problem med sömn, aptit, skola och fritidsaktiviteter. PPI erbjuds de första 4–8 veckorna vid lätt till moderat depression. Kvarstår depressionen initieras behandling med antidepressiv medicin och/eller psykoterapi. Vid djup depression med självmordstankar kan sluten psykiatrisk vård behövas.

Referenser

1. *Patel V. Why adolescent depression is a global health priority and what we should do about it. J Adolesc Health: official publication of the Society for Adolescent Medicine. 2013; 52(5):511–2.*
2. *Ferrari AJ, Charlson FJ, Norman RE, Patten SB, Freedman G, Murray CJ, et al. Burden of depressive disorders by country, sex, age, and year: findings from the global burden of disease study 2010. PLoS Med. 2013; 10(11)*
3. *Olsson G, Adolescent depression. Epidemiology, nosology, life stress and social network. Nordic journal of psychiatry, 1998 (52), 553-553*
4. *Jonsson U, Bohman H, von Knorring L, Olsson G, Paaren A, von Knorring AL: Mental health outcome of long-term and episodic adolescent depression: 15-year follow-up of a community sample. J Affect Disord 2011, 130(3):395–404*
5. *Thapar, A., Collishaw, S., Pine, D. S. & Thapar, A. K. Depression in adolescence. Lancet 379, 1056–1067 (2012).*

Hannes Bohman, Barn och Ungdomspsykiater, med. dr Bup heldygnsvården, Enheten för unga med psykos- och bipolär sjukdom Stockholm.

E-mail: Hannes.Bohman@ki.se

Schizofreni utvecklas ofta hos unga med autistiska drag eller andra utvecklingsrelaterade svårigheter och beteendeproblem. Insjuknandet sker gradvis där tankestörningar, hallucinationer och vanföreställningar debuterar efter puberteten. Bipolär sjukdom har också en mer gradvis debut än vad man tidigare trott med succesivt stegrande affektiv instabilitet, ångest, nedstämdhet och efterhand en mer episodisk bild med ökande depressioner och hypomanier. ("Figurkomposition" odaterad målning av Bengt Lindström, 53 x 64 cm) Foto: Bukowskis

Psykofarmakologisk behandling vid bipolär sjukdom och psykoser

Schizofreni och bipolär sjukdom fanns beskrivna redan i antiken. Man trodde länge att tidig debut var sällsynt. Nu vet vi att debut före 18 år sker hos ca hälften av patienter med bipolär sjukdom och uppemot en tredjedel vid schizofreni.

Tidig debut innebär oftare ett svårare sjukdomstillstånd med en sämre prognos och kognitiva störningar och särskilt vid obehandlad sjukdom. Identifiering är svårare hos barn och ungdomar under utveckling och fördröjningen med att få korrekt diagnos är större i yngre ålder. Svårigheterna med diagnostiken i ungdomsåren kompenseras delvis av att ärftlighet för psykos och affektiv sjukdom förklarar 80-90 procent av variansen och särskilt vid tidig debut.

Svårigheter vid diagnosticering

Schizofreni utvecklas ofta hos unga med autistiska drag eller andra utvecklingsrelaterade svårigheter och beteendeproblem. Insjuknandet sker gradvis där tankestörningar, hallucinationer och vanföreställningar debuterar efter puberteten.

Ett krux inom diagnostiken av schizofreni är att hallucinos är vanligt hos barn och unga, särskilt vid emotionella störningar och trauma. Bipolär sjukdom har en mer gradvis debut än vad man tidigare trott med gradvis ökande affektiv instabilitet, ångest, nedstämdhet och efterhand en mer episodisk bild med ökande depressioner, och hypomanier. Ett krux inom diagnostiken är att adhd ofta medför även en bristande reglering av affektiva funktioner och kan både likna bipolaritet fast mer reaktivt och kontinuerligt men kan även vara en samsjuklighet.

Maniska symptom lättare att behandla än depressiva

Medicinering är en hörnsten i behandlingen och ofta långvarig. Vid mani är effekten ofta snabb och stor av neuroleptika. Här finns övertygande evidens även hos ungdomar. Den depressiva sidan är betydligt mer svårbehandlad farmakologiskt. Evidens finns hos vuxna för flera preparat men för ungdomar med bipolär depression finns endast en RCT där den nya neuroleptikan lurasidon samt kombinationen fluoxetin/olanzapin visade bättre effekt än placebo. Tidigare studier på quetiapin, som har mycket god evidens bland vuxna, har fått hög placeborespons, vilket indikerar att man först bör prova psykosocial behandling. Ibland är depressioner livshotande och djupa och med psykos. ECT är då en effektiv behandling där ungdomar verkar ha minst lika god nytta som vuxna.

På sikt är stabiliserande och episodförebyggande medicinering med i första hand litium men ibland även antiepileptika angelägen. Det finns RCT med stöd för litium till ungdomar på kort sikt men den viktiga förebyggande medicineringen stöds mest bara av data från vuxna.

Vid schizofreni har läkemedel modest effekt

Vid schizofreni är effekten betydligt mer modest. Man får ofta effekt på overta psykossymptom medan effekten är blygsam på negativa symptom och nedsatt funktion. En stor andel av unga svarar otillräckligt även på nyare neuroleptika. Klozapin kan då ha en mycket bättre effekt både mot positiva och negativa symptom. Vid bristande svar på psykosmedel bör klozapin, trots riskerna, övervägas efter 4-6 månader.

Allvarliga biverkningar

Psykosmedel har en allvarlig biverkningsbild. De nyare neuroleptika medför ofta viktökning, påverkan på glukos och fettnivåer och på sikt följdsjukdomar som diabetes och metabolt syndrom. Ungdomar är mer drabbade än vuxna. Därför är olanzapin olämpligt och klozapin behöver stödjas av mycket aktiva åtgärder och ibland även metformin för att stävja viktökningen. Läkemedelsbehandling förutsätter aktiv monitorering med metabolt labstatus, längd, vikt och midjemått vid neuroleptika medan hypothyreos är en vanlig komplikation av litium(1-5).

Referenser

1. *Adler M, Häggström L, Jarbin H, Landén M, Liberg B, Mathé A, et al. Bipolär sjukdom, Kliniska riktlinjer för utredning och behandling: Svenska Psykiatriska Föreningen och Gothia Fortbildning AB; 2014.*
2. *Cleland N, Lundberg M. Neuroleptika vid bipolär sjukdom hos barn och ungdomar. Läkemedelsverket; 2016. p. 54-8.*
3. *Jarbin H, von Knorring A-L. Farmakologisk behandling av schizofreni hos barn och unga. Läkemedelsverket; 2013. p. 56-8.*
4. *McClellan J, Stock S, American Academy of C, Adolescent Psychiatry Committee on Quality I. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with schizophrenia. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2013;52(9):976-90.*
5. *Walles I, Kimland E, Lindh J, Jarbin H. Neuroleptika till barn och ungdomar - uppföljning av effekt och säkerhet. Läkemedelsverket; 2016. p. 44-52.*

Håkan Jarbin, barn- och ungdomspsykiater, med dr och öl, BUP Halland

Email hakan.jarbin@regionhalland.se

BARNDIABETESFONDEN

Foto: Cecilia Hedström

Cornelia har hittills i sitt liv blivit medvetslös och krampat 4 gånger.

Tror du att man vänjer sig vid det?

Stöd kampen mot typ 1 diabetes:

Pg 90 00 59-7
Swish 9000597

Cornelia är 4 år gammal och har haft typ 1 diabetes sedan hon var 2 år gammal.

Hittills i sitt liv har hon tagit 5 100 sprutor och 7 300 blodsockerprov.

90 KONTO SVENSK INSAMLINGSKONTROLL

Tvångssyndrom (OCD) hos barn och ungdomar – en mångfacetterad sjukdom med komplicerad samsjuklighet

Evidensen för behandling med SRI, framför allt sertralin, fluvoxamin, fluoxetin och klomipramin är god (1). Effekten är dock måttlig och svagare än den kognitiv beteendeterapi/exponering med responsprevention (ERP) har (1). Dessutom är kunskapen om långtidseffekter och risken för återfall sämre studerade än vid KBT. ”The Nordic Long-Term OCD Treatment Study” visar t ex, att både de som initialt svarar på KBT (14 veckor) och de som behövde längre behandling (24 veckor) fortsatte förbättras efter 1 år (2). Därför bör alla barn och ungdomar, oavsett OCD-sjukdomens svårighetsgrad i första hand erhålla KBT (1).

Samsjuklighet vid tvångssyndrom

Barn och ungdomar med OCD har ofta samsjuklighet (3), många med störningar som ses som störningar i utvecklingen, t ex tics/Tourette, ADHD, och autismspektrum symptom. OCD-sjukdomen har själv drag indikerande att utvecklingsproblem kan finnas.

Många har andra ångeststörningar som fobier, social fobi, separationsångest och generaliserad ångest. Dessutom har upp till var femte patient en depression. Möjligen bidrar samsjuklighet och utvecklingsproblem till att SSRI inte förstärker KBT effektstorlek jämfört med KBT enbart (1) och att många, utöver vanliga SRI-biverkningar (vilka som regel tolereras väl), får en psykiatrisk biverkning kallad ”aktivering”. Denna biverkan leder till svagt KBT-svar (4). Utan aktivering ger kombinationsbehandling bättre effekt än KBT enbart.

Behandling och medicinering

Då SRI behandling är indicerad bör doserna ligga i området 100-200 mg, och många bör ges maximal dos. Låga startdoser (25-50 mg) bör ges, med måttligt snabb dostitrering (ökning med 25-50 mg/5-7 dag) och med noggrann monitorering av biverkningar initialt varje och senare var 2-3 vecka. Särskilt måste ökad ångest under 2-3 behandlingsveckan beaktas och v b föranleda försiktigare dostitrering. Behandlingsduration är vanligen 1-3 år med reduktion till underhållsdos när patienten gått i remission.

När patienten visat sig fungera under ½-1 år utan tecken på återfall i samband med påfrestningar kan en långsam dosreduktion (2-3 månader) inför utsättning göras. Under dosreduktionen och efter utsättning behöver patienten följas upp, både vad gäller förekomst av utsättningsreaktioner och tecken på återfall.

Alternativ till KBT eller KBT plus SRI- behandling

Sammantaget bör man därför organisera vården så att god KBT baserad på ERP kan erbjudas alla och reservera SRI-behandling för de patienter som inte kan tillgodogöra sig KBT eller önskar delta i KBT. Man bör likaså beakta att samsjuklighet kan vara en väsentlig källa till lidande, bristande funktion och bristande förmåga att medverka i KBT. Man bör därför ha beredskap att även behandla samsjukligheten, ex ADHD innan KBT startar eftersom god symptomkontroll är en förutsättning för att KBT/ERP behandlingen ska fungera.

För de som inte svarar på vare sig KBT eller KBT plus SRI- behandling, kan farmakologisk förstärkning med atypiska neuroleptika prövas. De ger svårhanterliga biverkningar och tämligen måttlig effekt och bör därför enbart ges av specialist i barn-och ungdomspsykiatri och företrädesvis av OCD-specialist med fortsatt tillgång till KBT när genomförbart. Baserat på sådana riktlinjer är långtidsresultaten gynnsamma, något man kan se i en naturalistisk uppföljningsstudie (5).

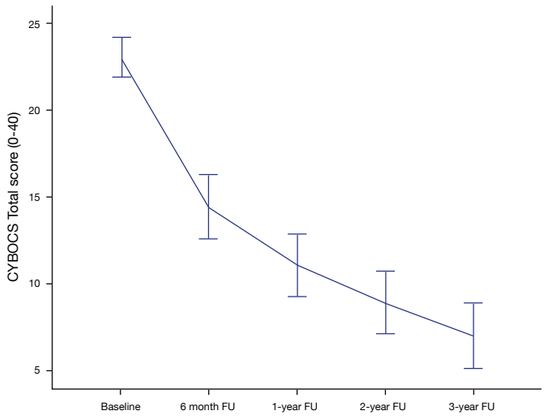
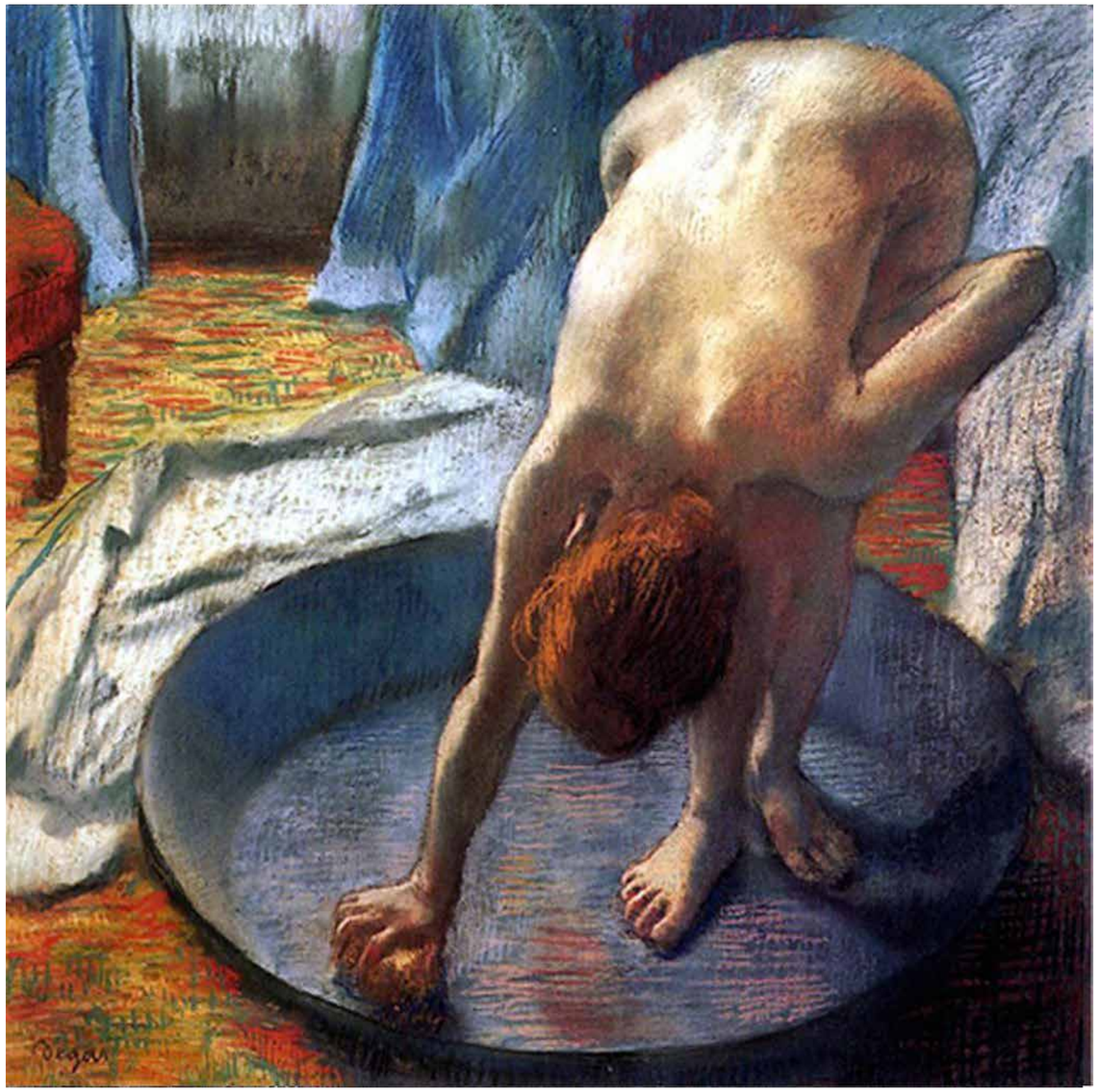


Fig. 2 Estimated Children´s Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (CY-BOCS) total scores from baseline to the 3-year follow-up, with 95% CI

Referenser

1. *Ivarsson T, Skarphedinsson G, Kornør H, Axelsdottir B, Biedilæ S, Heyman I, et al. The place of and evidence for serotonin reuptake inhibitors (SRIs) in obsessive compulsive disorder (OCD) in children and adolescents: views based on a systematic review and meta-analysis (e-pub). Psychiatry Res. 2015;227(1):93–103.*
2. *Hojgaard D, Hybel KA, Ivarsson T, Skarphedinsson G, Becker Nissen J, Weidle B, et al. One-Year Outcome for Responders of Cognitive-Behavioral Therapy for Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2017;56(11):940-7 e1.*
3. *varsson T, Melin K, Wallin L. Categorical and dimensional aspects of co-morbidity in obsessive-compulsive disorder (OCD). Eur Child Adolesc Psychiatry. 2008;17(1):20-31.*
4. *Reid AM, McNamara JP, Murphy TK, Guzick AG, Storch EA, Goodman WK, et al. Side-effects of SSRIs disrupt multimodal treatment for pediatric OCD in a randomized-controlled trial. J Psychiatr Res. 2015;71:140-7.*
5. *Melin K, Skarphedinsson G, Skarsater I, Haugland BSM, Ivarsson T. A solid majority remit following evidence-based OCD treatments: a 3-year naturalistic outcome study in pediatric OCD. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2018.*



Barn och ungdomar med OCD har ofta samsjuklighet. Många av dem med störningar som kopplas direkt till utvecklingen, t ex tics/Tourette, ADHD, och autismspektrum symptom. (Illustration: Edgar Degas, Badkaret, 1886.) Foto: Wikimedia Commons

Tord Ivarsson, barn- och ungdomspsykiater, docent, Göteborgs Universitet/Forsker I
RBUP Øst og Sør, Oslo, Norge

E-mail:
tord.ivarsson@r-bup.no

Tidigare avråddes från att ge ADHD-läkemedel till barn med autism, då det uppfattades att barnen blev försämrade i sin autism när de blev mindre överaktiva och mer upptagna av sina specialintressen. Detta synsätt har förändrats, genom att behandla ADHD förbättras barnets förutsättningar att hantera sin livssituation. Foto: InaAgency

Läkemedelsbehandling vid autism

Autism är inte ett enhetligt tillstånd med en orsak och en klinisk bild. Det finns en stor variation vad gäller grad av funktionsnedsättning. Insatser vid autism är i första hand pedagogiska, de vuxna runt barnet behöver förstå barnet och barnet behöver förstå sin omgivning. Genom att skapa en autismvänlig miljö för barnet, främjas barnets utveckling och välbefinnande.

Det finns inget läkemedel som botar eller minskar kärnsymtomen vid autism. Däremot är det vanligt att barn med autism har andra psykiatriska tillstånd t ex ADHD, depression, sömnstörning och tvångssyndrom som kan behöva läkemedelsbehandling.

Tidigare avråddes från att ge ADHD läkemedel till barn med autism då det uppfattades att barnen blev försämrade i sin autism när de blev mindre överaktiva och mer upptagna av sina specialintressen. Detta synsätt har förändrats, genom att behandla ADHD förbättras barnets förutsättningar att hantera sin livssituation. Det är viktigt att inte andra stödinsatser tas bort på grund av en övertro till effekten av läkemedelsbehandlingen. Barnet har mindre ADHD symtom, men behöver fortfarande en autismvänlig miljö. Dos och preparat ska anpassas individuellt efter effekt och biverkningar. Metylfenidat är förstahandsval. Lisdexamfetamin och atomoxetin är andrahandsval, men vid allvarlig sömnstörning eller stort behov av effekt hela dygnet kan atomoxetin vara förstahandsval. Guanfacin med fördröjd frisättning är tredjehandsval (1).

Diagnosticering och behandling
Att diagnostisera och behandla depression hos personer med autism kräver kunskap om båda tillstånden. Obehandlad depression ger en försämrad livskvalitet och det finns en ökad risk för självmord. Man behöver ta hänsyn till funktionsnedsättningen både när man värderar symptomen och när man tar ställning till insatser. Att se över vilka faktorer i barnets vardag som vidmakthåller depressionen är centralt. Man måste vara lyhörd och ha ett autismperspektiv när man tar reda på vilka företeelser som stressar barnet. Om läkemedelsbehandling blir aktuell följer man samma riktlinjer som för andra barn, d v s fluoxetin är förstahandsval och sertralin, citalopram eller escitalopram är andrahandsval (2). Sömnstörningar och dygnsrytmsrubbningar är vanliga vid autism. Råd kring sömnhygien är första insats. Tyngdtäcken fungerar bra för många barn och har inga biverkningar. Det utprovas av arbetsterapeut. Om läkemedelsbehandling är aktuell så är melatonin det som är praxis att använda.

När man betraktar beteendet kan det vara svårt att se skillnad på tvång som ingår i ett tvångssyndrom och vanor och ritualer som ingår i autism. Dessutom har personer med autism ofta svårt att förmedla hur de upplever och situation. Därför krävs en noggrann analys för att identifiera vad som är vad. KBT är den behandling som rekommenderas och den behöver anpassas med hänsyn till funktionsnedsättningen. Läkemedelsbehandlingen är samma som för andra barn med tvångssyndrom, sertralin är förstahandsval och fluvoxamin andrahandsval (2).

Åtgärder vid svåra symptom
Korttidsbehandling med neuroleptika, risperidon eller aripiprazol kan bli aktuellt vid svåra symtom med irritabilitet, hyperaktivitet eller repetitivt beteende när andra insatser inte är tillräckliga och man gjort en ordentlig analys av situationen. Man måste ha uteslutit andra behandlingsbara tillstånd som orsak till beteendet t ex smärta, somatiska sjukdomar eller otillräckligt behandlad epilepsi eller ADHD. Det är viktigt att vara observant på biverkningar (3).

Referenser

1. *Läkemedelsverket. Läkemedel vid adhd – behandlingsrekommendation. Information från Läkemedelsverket. 2016; 27 (2):13-55*
2. *Läkemedelsverket. Läkemedelsbehandling av depression, ångestsyndrom och tvångssyndrom hos barn och vuxna – behandlingsrekommendation. Information från Läkemedelsverket. 2016; 27(6) :26-65*
3. *Läkemedelsverket. Neuroleptika vid vissa barnpsykiatriska tillstånd hos barn och ungdomar – behandlingsrekommendation. Information från Läkemedelsverket. 2016;27 (4):19-80*

Maria Unenge Hallerbäck, med dr, överläkare, BUP, Landstinget i Värmland

E-mail: maria.unenge.hallerback@liv.se

DET ÄR INTE KONSTIGT.
VÅRA BARN VILL VARA MED.
PG 90 00 71 - 2 www.rbu.se
RBU
Riksförbundet för Rörelsehindrade Barn och Ungdomar

Ångeststörningar hos barn är vanliga. De är dock underdiagnostiserade tillstånd som vi behöver bli bättre på att upptäcka för att om möjligt förhindra negativ social utveckling och ökad risk för såväl psykiatrisk som somatisk sjukdom."Flicka med röd hatt", Mollie Faustman, pannå 64 x 49,5). Foto: Bukowskis.

Farmakologisk behandling av ångestsyndrom hos barn och ungdomar

Ångestsyndrom är de tidigaste och vanligaste psykiatriska tillstånden i barn och ungdomsåldern med prevalenssiffror på 10-20 procent. Trots detta är de underdiagnostiserade. Tidig debut av ångesttillstånd påverkar ofta den personliga och sociala utvecklingen negativt, vilket kan innebära en ökad risk för sekundär utveckling av depression, annat ångesttillstånd, missbruk, självskadebeteende och suicidalitet. Med tidig upptäckt och adekvat behandling är dock prognosen ofta god.

Barn uppvisar ofta mycket kroppsliga symtom, såsom magont och huvudvärk, vid ångest och söker många gånger först inom den somatiska vården. Irritabelt och utagerande beteende är ofta uttryck för ångestpåslag hos yngre.

Det har nyligen kommit nya nationella riktlinjer för behandling av ångestsyndrom hos barn och unga från socialstyrelsen (1), läkemedelsverket (2, 3) och svensk förening för barn och ungdomspsykiatri (4). Gemensamt för dessa riktlinjer är att man rekommenderar stegvis behandling enligt följande:

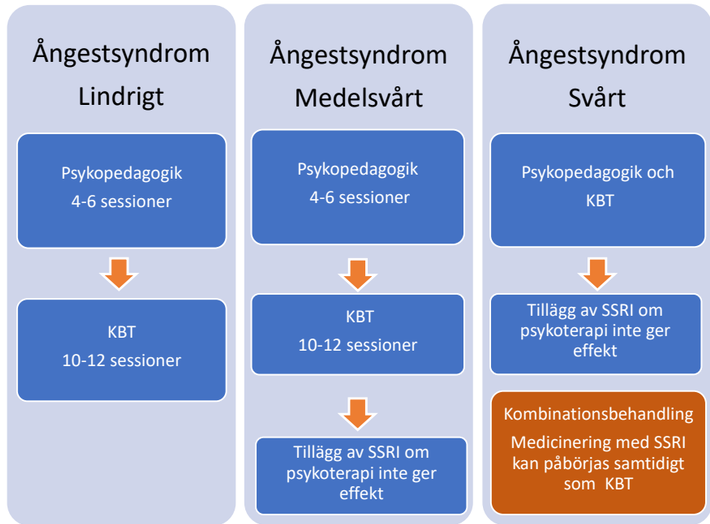
Icke farmakologisk behandling:
Det basala och primära omhändertagandet utgörs av strukturerad psykopedagogisk behandling i familjekontext. Det syftar till att ge kunskap om ångesttillståndet, ångestens funktion och vad som händer i kroppen. Familjen får hjälp att hantera aktuella stressorer och få rutiner för sömn, mat och fysisk aktivitet. Ångesthanteringstrategier lärs ut och familjen uppmuntras att själv börja testa stegvis exponering. Denna typ av behandling bör kunna ges på basnivå av personal med god kunskap om ångest men som inte nödvändigtvis har terapeutisk utbildning. Om inte basbehandling gett tillräcklig effekt rekommenderas terapeutisk behandling i form av KBT i grupp eller enskilt vilket har god evidens.

Farmakologisk behandling
Inget läkemedel har i dagsläge indikation behandling av ångesttillstånd hos barn och unga. Vid behov av läkemedelsbehandling rekommenderas remittering till BUP. SSRI-preparat (Selektiva serotonin återupptagshämmare) har i flera RCT-studier visat sig vara effektiv och säker behandling. Sertralin är det preparat som rekommenderas i första hand. Vid otillräcklig effekt kan byte till annat SSRI/SNRI prövas enligt algoritm nedan. Vid svåra ångesttillstånd bör kombinationsbehandling SSRI och KBT övervägas tidigt i förloppet.

Biverkningar
Initialt i samband med insättning kan vissa gastrointestinala biverkningar förekomma liksom viss övergående ångestförstärkning.

Aktivering, ökad irritabilitet och sämre impulskontroll ses hos ca 14% och föranleder dosreduktion eller utsättning. Ökning av suicidtankar, suicidimpulser och suicidförsök förekommer på individnivå men har i upprepade metaanalyser inte visat sig vara signifikant på gruppnivå. Noggrann information och uppföljning av suicidalitet ingår dock varje gång dessa läkemedel förskrivs.

Vid behovsmedicinering:
Vid behovsmedicinering med hydroxin (Atarax), prometazin (Lergigan) och alimemazin (Theralen) ska användas mycket restriktivt och ska aldrig ersätta aktiv behandling med KBT och/eller SSRI. Dessa mediciner har besvärande biverkningar i form av sedering. Medicinering med bensodiazepiner är kontraindicerade bl a pga. risk för beroendeutveckling!



Figur1. Behandling vid ångestsyndrom hos barn utifrån svårighetsgrad

Referenser

1. *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom-stöd för styrning och ledning (2017) ISBN 978-91-7555-436-5 http://www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjerfordepressionochangestsyndrom*
2. *Information från Läkemedelsverket nr 6 2016: Läkemedelsbehandling av depression, ångestsyndrom och tvångssyndrom hos barn och vuxna - behandlingsrekommendation. https://lakemedelsverket.se/upload/om-lakemedelsverket/publikationer/information-fran-lakemedelsverket/2016/Info%20fran%20LV%20nr%206%202016_webbpublicering.pdf*
3. *information från Läkemedelsverket nr 6 2016: Behandling av ångesttillstånd hos barn och unga- bakgrundsdokument. https://lakemedelsverket.se/upload/halso-och-sjukvard/behandlingsrekommendationer/bakg_dok/Behandling_av_angesttillstand_hos_barn_och_ungdomar.pdf*
4. *Svenska föreningen för barn och ungdomspsykiatri: Riktlinje-ångest och tvångssyndrom 2017 http://www.sfbup.se/vardprogram/sfbups-riktlinjer-for-angest-och-tvangsyndrom/*

Sammanfattning:

- Ångeststörningar hos barn är vanliga men underdiagnostiserade tillstånd som vi behöver bli bättre på att diagnostisera för att om möjligt förhindra negativ social utveckling och ökad risk för såväl psykiatrisk som somatisk sjukdom.
- Psykopedagogisk basbehandling ska kunna erbjudas som förstahandsbehandling på basnivå.
- KBT har god evidens och är förstahandsbehandling om ej psykopedagogisk basbehandling gett tillräcklig effekt.
- Undvik i görligaste mån vid behovsmedicinering av ångesttillstånd- remittera i stället för ställningstagande till specifik behandling med KBT och/eller SSRI.
- Ha kunskap om och fånga upp eventuella biverkningar om ni träffar barn som står på SSRI medicinering

Catharina Winge Westholm Barn-och ungdomspsykiater, Dr Silvias Barn och Ungdomssjukhus, Göteborg

E-mail: catharina.winge-westholm@vregion.se

Beata Bäckström, barn och ungdomspsykiater, överläkare vid mottagningen för bipolära och psykostillstånd, BUP Region Skåne

E-mail: beata.backstrom@skane.se

Trauma definieras olika, men kan beskrivas som en potentiellt livshotande eller extrem händelse som övermannar individens resurser att hantera det inträffade (konstverket Sandtroopers av Helena Blomqvist 82x110 cm, 2013) Foto Helena Blomquist©

Läkemedelsbehandling vid Posttraumatiskt stressyndrom (PTSD)

Kan pediatrisk PTSD behandlas farmakologiskt? Det korta svaret är nej. Inga läkemedel har den indikationen. Men psykofarmaka kan användas för att lindra delsymtom vid posttraumatisk stress.

Trauma- och stressrelaterade tillstånd kan vara utmanande att upptäcka. Typ av stressor, symtom och kronologi styr diagnostiken. Trauma definieras olika, men kan beskrivas som en potentiellt livshotande eller extrem händelse som övermannar individens resurser att hantera det inträffade. Reaktionerna efter stressexponering skiftar betänkligt, från övergående oro och beteendeproblematik till somatiska symtom som enures och mer genomgripande psykiatriska störningar. Depression, missbruk, psykos och ätstörningar tillhör definitionsmässigt inte trauma- och stressrelaterade syndrom men kan vara sekundära till svåra händelser.

Sertralin och paroxetin har indikation PTSD på vuxna, nyttan dock begränsad. RCT-studier av SSRI vid pediatrisk PTSD har inte påvisat effekt (1). Akuta stressreaktioner är ofta övergående och kräver sällan läkemedel. Försök att med farmaka hindra utvecklingen av PTSD hos traumatiserade barn har inte varit framgångsrika (2). Sociala och psykoterapeutiska interventioner är därför huvudfokus vid trauma- och stressrelaterade tillstånd.

Farmaka kan dock vara betydelsefullt för att lindra delsymtom – främst baserat på öppna studier och klinisk erfarenhet - och samsjuklighet. Benzodiazepiner bör undvikas.

Sömn:

Sömnsvårigheter är vanligt. Utdragen insomning och uppvaknanden p g a mardrömmar är karaktäristiskt, sömngång och sömnparalys förekommer. Då sömnbrist kan påverka förlopp och prognos är interventioner angeläget. Det vetenskapliga underlaget för sömnmedicinering på barn är generellt magert (3). Vid otillräcklig effekt av psykoterapi, trygghetsskapande och sömnhygieniska åtgärder övervägs läkemedel, eller tidigare om sömnstörningen är allvarlig.

1. Kort- eller långverkande melatonin 1–10 mg. Långverkande övervägs framför allt vid flera uppvaknanden.
2. Prometazin 25 mg. Kortvarigt p g a långvarig sedering och säkerhetsrisker, bl a förlängd QT. För yngre barn.
3. Mirtazapin 7,5–15 mg. Ett tetracykliskt antidepressivum med sederande effekt. Risk för viktuppgång och sedering dagtid. För äldre barn.
4. Propiomazin till äldre barn, 25–50 mg. Vid långvarig insomni. Risk för motoriska biverkningar och sedering dagtid.
5. Prazosin är en centralt verkande antiadrenerg substans framtagen mot högt blodtryck. Erfarenhet och vissa studier har visat effekt även på mardrömmar (4). Kräver licensförfarande. Förskrivs ej utanför barn- och ungdomspsykiatrin.

Ångestsymtom:

Antihistaminer som hydroxizin kan lindra tillfällig ångest, exempelvis vid akuta kriser. P g a risk för förstärkning av undvikande beteende och biverkningar bör preparaten användas restriktivt och kortvarigt.

Samsjuklighet:

Depression och ångestsyndrom är vanlig komorbiditet och i regel sekundär till PTSD. Eftersom traumafokuserad psykoterapi, däribland TF-KBT, reducerar symtom på depression och ångest blir SSRI ofta först aktuellt om psykoterapi inte fungerat. Vid allvarlig problematik kan SSRI behöva inledas tidigare.

Utagerande eller dissociativa symtom:

Självdestruktivitet och utagerande beteende kan förstärkas av okänsligt eller oförstående bemötande. Vid allvarlig problematik, när annan bakomliggande genes än trauma uteslutits och andra interventioner inte förslagit kan atypiska neuroleptika övervägas med hänsyn till risk/nytta-kalkyl.

Rösthallucinos förekommer vid svår eller komplex PTSD och är ofta av dissociativ natur. Inte sällan kommer det kvälls- eller nattetid och påverkar även sömnen. Om inget annat hjälpt kan neuroleptika i låg dos, företrädesvis risperidon eller seroquel, undantagsvis provas. P g a risk för allvarliga metabola och neurologiska biverkningar krävs kontroller före och efter insättning (5).

Referenser

1. *Keeshin B & Strawn J Psychological and Pharmacologic Treatment of Youth with Posttraumatic Stress Disorder: An Evidence-based Review. Child Adolesc Psychiatric Clin N Am 23 (2014) 399–411*
2. *Marsac M, Donlon K, Berkowitz S. Indicated and selective preventive interventions. Child Adolesc Psychiatric Clin N Am 23 (2014) 383-97*
3. *Information från Läkemedelsverket, 2:2015, 12-63*
4. *Akinsanya A, Marwaha R, Tampi R. Prazosin in Children and Adolescents With Posttraumatic Stress Disorder Who Have Nightmares: A Systematic Review. J Clin Psychofarmacol. 2017 Feb;37(1):84-88*
5. *Information från Läkemedelsverket 4: 2016, 19-79*

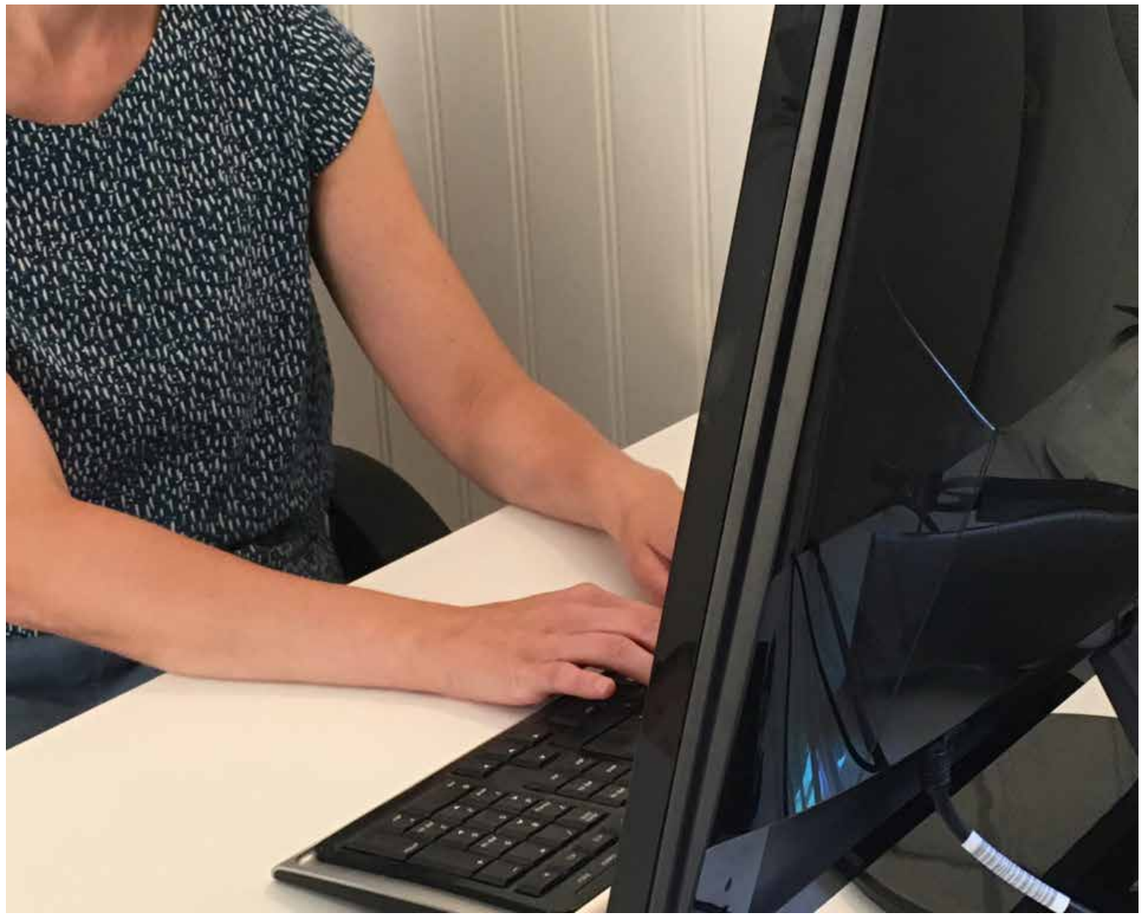
Björn Ramel, specialist i barn- och ungdomspsykiatri och överläkare vid Teamet för krigs- och tortyrskadade, Malmö, VO BUP Regional heldygnsvård och specialteam.

E-mail: bjorn.ramel@skane.se

För 700 spädbarn
går solen ned
alldeles för tidigt.

www.solvanda.nu
Plusgiro: 90 02 12 - 2

SPÄDBARNSFONDENS
solvända



Resultaten av internetförmedlad kognitiv beteendeterapi (IKBT) har visat sig lovande för de tillstånd som utvärderats för barn och unga. Framförallt gäller det ångeststörningar, där flest studier genomförts, men även tvångssyndrom, funktionella magsmärtor, smärta och sömnbesvär. Foto: Barnläkaren

Internetpsykiatri idag

I takt med att tekniken utvecklats och blivit en del av vår vardag, så har olika former av teknikförmedlad behandling vuxit fram. Ett sådant exempel är internetförmedlad kognitiv beteendeterapi (IKBT), som kan liknas vid en självhjälpsbok på nätet med inbyggt behandlarstöd. IKBT har visat sig vara en effektiv metod för psykisk hälsa (t ex depression och ångest).

Psykisk ohälsa bland barn och unga är vanligt förekommande och innebär ökad risk för framtida psykisk ohälsa, missbruk och psykosociala problem. Trots att det finns evidensbaserade psykologiska behandlingar som rekommenderas för en rad tillstånd (t ex ångeststörningar, trotssyndrom, tvångssyndrom), är det långt ifrån alla drabbade barn som erbjuds dessa.

Att det förhåller sig så, att få barn erbjuds dessa behandlingsmöjligheter, kan bero på flera saker, t ex geografiska avstånd eller brist på resurser och personal med rätt kompetens (1). Det finns alltså all anledning att försöka öka tillgängligheten till evidensbaserad behandling.

I takt med att tekniken utvecklats och blivit en del av vår vardag så har olika former av teknikförmedlad behandling vuxit fram. Ett sådant exempel är internetförmedlad kognitiv beteendeterapi (IKBT), som kan liknas vid en självhjälpsbok på nätet med inbyggt behandlarstöd.

Ett vanligt upplägg är att patienten och hens föräldrar jobbar med ett kapitel i veckan och har kontakt med en behandlare genom den tekniska plattformen.

Lovande resultat med IKBT

IKBT har visat sig vara en effektiv metod vid psykisk ohälsa (t ex depression och ångest) och funktionella somatiska tillstånd (t ex kronisk smärta, irritabel tarmsyndrom) hos vuxna och verkar vara ett kostnadseffektivt alternativ till traditionell KBT ansikte mot ansikte (2). IKBT har potential att övervinna olika hinder för behandling, t ex geografiska avstånd och brist på utbildade terapeuter.

Familjer kan också själva välja när de vill ta del av materialet (t ex på kvällar eller helger) och har möjlighet att repetera materialet när som helst.

Paradoxalt nog har få studier genomförts på IKBT för barn och ungdomar med psykisk ohälsa, trots att barn och ungdomar är den mest aktiva gruppen på Internet. Den forskning som publicerats hittills kommer framförallt från Sverige och Australien och i dagsläget är det framförallt behandling för barn och ungdomar med ångeststörningar som utvärderats.

Resultaten är lovande för de tillstånd IKBT utvärderats för barn och unga, framförallt för ångeststörningar, där flest studier genomförts, men även för tvångssyndrom, funktionella magsmärtor, smärta och sömnbesvär (3).

Mer än bara ett behandlingsprogram

På flera ställen i landet erbjuds nu IKBT för ungdomar med vissa tillstånd (t ex i Västra Götaland och i Uppsala). Vid Barn- och ungdomspsykiatriskt forskningscentrum i Stockholm pågår omfattande forskning kring IKBT för barn och ungdomar med en rad olika tillstånd, t ex ångeststörningar, depression, tvångssyndrom, funktionell magsmärta, självskada, insomni och tics (4).

Resultaten är lovande och det pågår diskussioner hur de program som visar sig vara effektiva, ska kunna implementeras inom reguljär vård och spridas nationellt. Forskning pågår även vid Linköpings Universitet, bland annat kring behandling av ungdomar med ångest och behandling av ungdomar med depression med utökat chattstöd.

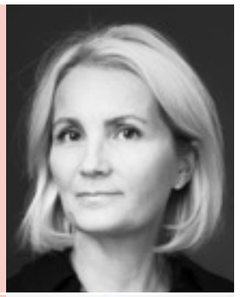
Slutligen vill vi poängtera att IKBT är mer än bara ett behandlingsprogram. Behandlingen ska passa in i en vårdprocess och rutiner kring bedömning, uppföljning och behandlarens roll är avgörande. Trots att metoden har fått mycket uppmärksamhet och väckt stort intresse hos både politiker, verksamheter och enskilda behandlare är det viktigt att behandlingsprogrammet, och rutinerna kring det, utvärderas samt att resultaten fortsatt följs upp efter implementering.

Referenser

1. *Kazdin, A. E. (2017). Addressing the treatment gap: A key challenge for extending evidence-based psychosocial interventions. Behaviour research and therapy, 88, 7-18.*
2. *Hedman, E., Ljótsson, B., & Lindefors, N. (2012). Cognitive behavior therapy via the Internet: a systematic review of applications, clinical efficacy and cost–effectiveness. Expert review of pharmacoeconomics & outcomes research, 12(6), 745-764.*
3. *Vigerland, S., Lenhard, F., Bonnert, M., Lalouni, M., Hedman, E., Ahlen, J., ... & Ljótsson, B. (2016). Internet-delivered cognitive behavior therapy for children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. Clinical psychology review, 50, 1-10.*
4. *Se t.ex. www.bup.se/bip*

Eva Serlachius, barn-och ungdomspsykiater, docent, Centrum för psykiatriforskning, Stockholms Läns Landsting och Karolinska Institutet

E-mail eva.serlachius@ki.se



Sarah Vigerland, leg psykolog, med.dr., Centrum för psykiatriforskning, Stockholms Läns Landsting och Karolinska Institutet

E-mail sarah.vigerland@ki.se

Följ oss på Twitter

Svenska Barnläkarföreningens medlemstidning Barnläkaren

Se de senaste inläggen: https://twitter.com/barnlakaren?lang=sv

Filmscen ur ”Min lilla syster”(2015), en film om två systrar och hur de och deras föräldrar till en början själva försöker hantera den äldsta systerns ätstörningar, något som visar sig vara övermäktigt. Foto: YouTube

Ätstörningar hos barn och ungdomar – begränsad roll för farmakologisk behandling

Det finns idag inga evidensbaserade farmakologiska behandlingsmetoder vid ätstörningar hos barn och ungdomar. Framförallt anorexia nervosa kan vara ett mycket allvarligt tillstånd, där vi inte har tillgång till så effektiva andra behandlingsmetoder, vilket kan innebära att patienterna ibland behandlas med farmaka som saknar empiriskt stöd. Samsjuklighet vid ätstörning är vanligt, och farmakologisk behandling av ångesttillstånd och depression kan då vara en adekvat insats. Vid svält försämras dock effekten av läkemedlet.

De fyra vanligaste ätstörningarna är två restriktiva ätstörningar, anorexia nervosa och ARFID (undvikande restriktiv ätstörning), och två ätstörningar med hetsätning som centralt symtom, bulimia nervosa och hetsätningsstörning. Bland barn och ungdomar är de restriktiva ätstörningarna vanligast.

Anorexia nervosa är ett allvarligt och ibland livshotande tillstånd som föranleder intensiva behandlingsinsatser. Familjeterapi är den behandling som har empiriskt stöd i forskningen, medan någon farmakologisk behandling inte har det.

Åtgärder då svält hindrar läkemedelsbehandlingen

Det är inte ovanligt att patienter med anorexia nervosa behandlas med flera olika läkemedel i hopp om att åstadkomma en förbättring. Detta förekommer vanligen när patienten är i svält då kroppen inte kan använda sig av de läkemedel vi ger. Det har blivit vanligt att atypiska neuroleptika, främst olanzapin, används vid behandling av anorexia nervosa. Det finns idag inget stöd i randomiserade kontrollerade behandlingsstudier (RCT) för att använda atypiska neuroleptika. I de två RCT studier på ungdomar som hittills är publicerade rapporteras utebliven effekt, men dessutom högre nivåer av biverkningar vid jämförelse med studier på vuxna (1).

ARFID är en förhållandevis ny diagnos, och det finns inte några behandlingsstudier publicerade än. De svårast sjuka med ARFID är ofta i en uttalad svält, precis som patienter med anorexia nervosa, vilket innebär att man då har en påtagligt begränsad nytta av läkemedel.

Behandling med farmaka är en etablerad behandlingsmetod vid behandling bulimia nervosa och hetsätningsstörning, men alla studier vid dessa tillstånd är gjorde på vuxna (2, 3). Det rör sig främst om SSRI preparat, och då det inte finns några studier på tonåringar vet vi inte om den effekten som vi ser hos vuxna kan översättas till tonåringar.

Hög samsjuklighet som depression och ångesttillstånd vid svält

Vid restriktiv ätstörning är patienten ofta i svält, och svälten försvårar kroppens möjligheter att använda sig av de läkemedel vi ger. Samsjukligheten med depression och ångesttillstånd är hög, och kan kräva farmakologisk behandling, vanligen behandling med något SSRI preparat. När patienten är i svält får man ingen effekt av SSRI-preparat utan det är först när patienten har kommit ur svälten som preparatet fungerar.

Behandlingsrekommendationer från läkemedelsverket

Läkemedelsverket tar i samråd med medicinska experter fram behandlingsrekommendationer som är evidens- och erfarenhetsbaserade. Här kan du läsa mer om ”Neuroleptikabehandling vid vissa psykiatriska tillstånd hos barn och ungdomar”:

https://lakemedelsverket.se/malgrupp/Halso---sjukvard/Behandlings--rekommendationer/Behandlingsrekommendation---listan/Neuroleptika-vid-vissa-barnpsykiatriska-tillstand-hos-barn-och-ungdomar/.

Referenser:

1. *Wallin Ulf. Neuroleptika vid anorexia nervosa hos barn och ungdomar. Information från Läkemedelsverket 2016; 4: 79-80.*
2. *Davis H and Attia E. Pharmacotherapy of eating disorders. Curr Opin Psychiatry 2017 30:452–457.*
3. *Wallin U, af Sandeberg AM, Nilsson K et al. Ätstörningar: Kliniska riktlinjer för utredning och behandling. Svensk Psykiatri 13. Stockholm, Gothia, 2015.*

Ulf Wallin,barn-och ungdomspsykiater med.dr Forsknings och utvecklingsledare KompetensCentrum Ätstörningar SydDivision Psykiatri, Skånevård Sund

E-mail ulf.wallin@skane.se

REPLIK

Barnläkaren nr 3/2018 (22 maj) ”Mjölkallergiska spädbarn – är någon mjölkersättning att föredra?”

I senaste numret av Barnläkaren (nr 3/2018) gav professor Magnus Wickman sin syn på den mest gynnsamma modersmjölksersättningsprodukten för komjölksallergiska spädbarn med avseende på klinisk effekt, förmåga att inducera tolerans och potential för att förhindra allergiska manifestationer senare i livet. Hans åsikt är att en kaseinbaserad, extensivt hydrolyserad modersmjölksersättning med *Lactobacillus* GG (Nutramigen LGG, Mead Johnson Nutrition/Abigo Medical AB) är att föredra framför två andra extensivt hydrolyserade produkter på den svenska marknaden.

Enligt vår åsikt är det ovanligt att expertrekommendationer för specifika namngivna produkter presenteras i en oberoende pediatrisk tidskrift. Vanligtvis kommer denna typ av rekommendation från expertgrupper eller organisationer och specifika produktnamn nämns bara såvida de ingår i en noggrann systematisk översikt. Det är oklart varför artikeln publicerades nu och om den är en del av en marknadsföringsaktivitet. Författaren har heller inte deklarerat potentiella bindningar eller jävsförhållanden. Värt att nämna är att Mead Johnson Nutrition/Abigo Medical AB har sänt artikeln till barnhälsovårdspersonal i Sverige vilket illustrerar att produktspecifika expertutlåtanden lätt kan utnyttjas för marknadsföring.

Debattartikeln och sammanställningen av det vetenskapliga underlaget saknar en balanserad presentation av publicerade studier och riktlinjer. Artikelns slutsatser bygger huvudsakligen på publikationer av Berni Canani et al (1-3). Dessa visar en tidigare tolerans av komjölk efter behandling med Nutramigen innehållande *Lactobacillus* GG (LGG), jämfört med Nutramigen utan probiotika. Trots att studierna har publicerats i expertgranskade vetenskapliga tidskrifter (1-3) är evidensen kontroversiell med betydande brister i studiernas design. Detta är sannolikt en orsak till att ingen av de internationella expertgrupperna i dagsläget rekommenderar probiotika för behandling av mjölkallergi hos spädbarn. World Allergy Organization (WAO) rekommenderar probiotika bara för allergiprevention och bedömer evidensen för användning av probiotika i behandlingen av komjölkallergi hos spädbarn som otillräcklig (4)

Den främsta begränsningen i studiernas design är att de genomfördes som ’open-label’ behandling (1-3). Det är också oklart om allergiprovokationerna som användes för att bedöma toleransutveckling var tillräckligt blindade med hänsyn till smakskillnaden mellan vanlig komjölk och aminosyrabaserad formula (1-3). Båda faktorerna har med stor sannolikhet introducerat en placeboeffekt vilket kan ha lett till en överskattning av den diskuterade tolerogena effekten av Nutramigen LGG. Andra väldesignade behandlingsstudier med modersmjölksersättning innehållande probiotika har varit negativa, bland annat en nederländsk randomiserad klinisk studie av en annan kaseinbaserad extensivt hydrolyserad specialnäring med två typer av probiotika (*Lactobacillus* casei och *Bifidobacterium lactis*). Denna studie kunde inte påvisa någon effekt avseende toleransutveckling (5). Dessa fakta är viktiga argument som borde ha diskuterats för att ge Barnläkarens läsare en fullständig och mer nyanserad översikt.

Sammanfattningsvis saknas robust evidens avseende effekten av probiotika, inkluderande LGG, på toleransutveckling hos komjölksallergiska spädbarn. Väl utformade, noggrant blindade och oberoende multicenterstudier är nödvändiga för att klargöra om probiotika har en toleransinducerande effekt. Framtida studier bör utvärdera effekten av vassle- och kaseinbaserade extensivt hydrolyserade modermjölksersättningar, i kombination med probiotika eller andra ’mikrobiom-modifierande’ ingredienser (laktos, prebiotika och oligosackarider förekommande i bröstmjölk). Innan sådan evidens är tillgänglig är det osannolikt att probiotika kommer att rekommenderas i kliniska riktlinjer för behandlingen av komjölksallergi hos spädbarn.

DEBATT

Mjölkallergiska spädbarn
- är någon mjölkersättning att föredra?

Magnus Wickman,
prof emeritus, Barnmiljömedicin,
Lindholmen Sörmland

Trevlig sommar!

Barnläkaren nr 3/2018 (22 maj)

Ralf G. Heine MD, FRACP,
Pediatrisk gastroenterolog & allergolog
Global Medical Director – Pediatric Care
Nestlé Health Science, Switzerland

Anette Järvi RD, PhD,
Global Medical Affairs Manager – Pediatric Care
Nestlé Health Science, Switzerland

Referenser:

1. *Berni Canani R, Nocerino R, Terrin G, et al. Effect of Lactobacillus GG on tolerance acquisition in infants with cow's milk allergy: a randomized trial. J Allergy Clin Immunol 2012;129:580-2.*
2. *Berni Canani R, Nocerino R, Terrin G, et al. Formula selection for management of children with cow's milk allergy influences the rate of acquisition of tolerance: a prospective multicenter study. J Pediatr 2013;163:771-7 e1.*
3. *Berni Canani R, Di Costanzo M, Bedogni G, et al. Extensively hydrolyzed casein formula containing Lactobacillus rhamnosus GG reduces the occurrence of other allergic manifestations in children with cow's milk allergy: 3-year randomized controlled trial. J Allergy Clin Immunol 2017;139:1906-13 e4.*
4. *Fiocchi A, Burks W, Bahna SL, et al. Clinical Use of Probiotics in Pediatric Allergy (CUPPA): A World Allergy Organization Position Paper. World Allergy Organ J 2012;5:148-67.*
5. *Hol J, van Leer EH, Elink Schuurman BE, et al. The acquisition of tolerance toward cow's milk through probiotic supplementation: a randomized, controlled trial. J Allergy Clin Immunol 2008;121:1448-54.*

Barnläkarens redaktion svarar på Ralf G Heines och Anette Järvis bemötande av debattartikeln i nr 3/2018

Med anledning av Ralf G Heines och Anette Järvis bemötande av Magnus Wickmans debattartikel Mjölkallergiska spädbarn – är någon mjölkersättning att föredra? som publicerades i Barnläkaren nr 3, 2018, önskar redaktionen påpeka att Wickmans inlägg var just en debattartikel. Detta framgår tydligt och den publicerades under rubriken Debatt. På sedvanligt sätt är innehållet och åsikterna i ett debattinlägg artikelförfattarens. Tidskriften är inte ansvarig för åsikter som förs fram i debattinlägg. En debattartikels författare svarar för att eventuella jävsförhållanden framgår.

Den diskussion som följt efter den aktuella debattartikeln har gjort att vi nu inför en jävsdeklaration som ska följa med debattartiklar. Redaktionen vill också nämna att det inte var bekant för oss, att författaren till inlägget medverkat som föreläsare vid utbildningstillfällen ordnade av det företag som marknadsför Nutramigen.

Göran Wennergren
för Barnläkarens redaktion

Magnus Wickman svarar på Ralf G Heines och Anette Järvis bemötande av debattartikeln i nr 3/2018

Angående jävsfrågan som tas upp av Heine och Järvi: jag har på eget initiativ och utan ersättning gjort en granskning av befintligt vetenskapligt material, som de tre företag som säljer komjölkshydrolysat i Sverige hänvisar till i sin marknadsföring. Jag ville gå igenom detta då representanter för några av företagen kommit med påståenden som enligt mitt tycke var tveksamma. Min genomgång och debattartikel har således inte tillkommit som ett led i en marknadsföringskampanj utan som ett svar på osaklig marknadsföring enligt mitt sätt att se det.

Det är intressant att Heine och Järvi kritiserar de artiklar om Nutramigen LGG som jag refererar till, utan att istället lyfta fram företagets eget hydrolysats fördelar vid sekundär- eller tertiärprevention av mjölkallergi. Varför? Jo, för att det inte finns någon vetenskap avseende detta vad gäller Nestlés hydrolysat. Cananis artikel, Journal of Allergy and Clinical Immunology 2017, som man särskilt kritiserar är publicerad i världens främsta allergitidskrift. Att bli publicerad med en fullängdsartikel i denna tidskrift är inte möjligt om inte artikeln anses ha tillräckligt hög kvalitet. Brevskrivarna hänvisar till en randomiserad studie med kaseinhydrolysat och probiotika, som inte haft någon effekt mot toleransutveckling vid mjölkallergi. Dock innehöll hydrolysatet inte Lactobacillus rhamnosus (LGG). Kanske är just LGG ett betydelsefullt probiotikum. I sammanhanget bör därför Tangs mycket välgjorda studie nämnas (Lancet Child & Adolescent Health 2017). Man fann att vid oral immunterapi vid jordnötsallergi blev effekten kvarstående, om försökspersonerna samtidigt fick LGG. I WAO-artikeln (2012) som Heine och Järvi refererar har författarna inte berört LGGs användning med hydrolysat för att skynda på toleransutvecklingen mot mjölk. WAO-artikeln tillkom dessutom innan Cananis artikel 2017.

Av de tre hydrolysaten sticker därför Nutramigen LGG ut. Här finns det ett visst vetenskapligt stöd att toleransutvecklingen vid mjölkallergi påskyndas och att risken för den allergiska marschen, dvs att utveckla andra allergisjukdomar framöver bromsas. Detta saknas för de övriga två.

Magnus Wickman

På ett dygn stoppas upp till 50 000 försök att nå sajter med övergreppsbilder.

Ecpat är en barnrättsorganisation som arbetar med att stoppa den kommersiella barnpornografin. Du kan också påverka. Läs hur på ecpat.se

ecpat
MOT BARNSEXHANDEL

Drygt 1000 deltagare till Västerås för mässa med barnets bästa i fokus

I april var det dags igen för årets Barnvecka, över 1000 barnläkare, barnsjuksköterskor och andra intresserade av barn och hälsa, samlades för att lyssna på föreläsningar, delta i kurser, hylla pristagare och utbyta kunskap och erfarenheter. På kvällskvisten bjöds det på både uppträdande, sång och dans så att golvet gungade. Arrangörer var Peter Jotorp, Åsa Hedblom, Annika Gunnarsson, Ulrika Lorentzon-Fagerberg och Henrik Hill från barnkliniken på Centrallasarettet i Västerås.

Foto: Magnus Forslin

Mässhallen fylldes snabbt med deltagare i pauserna mellan föreläsningarna. Foto: Magnus Forslin

Helena Wigert, ordförande i Barnsjuksköterskeföreningen tillsammans med Anna Bärtås, ordförande i BLF, träffades vid Barnbladets monter. Foto: Magnus Forslin

Utdelning av Young Investigator Award. Grattis till Lina Schollin Ask och Frida Strömberg Celind för bästa artiklar publicerade i Acta Paediatrica, 2017. Foto: Barnläkaren

Grattis till vinnaren av Rolf Zetterström-priset för årets bästa avhandling i pediatriks vetenskap Johan Wrammert, Uppsala Universitet. Priset utdelades efter en final med högkvalitativa presentationer av de fyra finalisterna. Övriga finalister var Maria Mossberg, Lunds Universitet, Samuel Rhedin, Karolinska Institutet, och Elena Lundberg, Umeå Universitet.

Här i entrén på mässhallen, träffade vi på Ann Edner, barnläkare på Akademiska Barnsjukhuset i Uppsala med sina ögonstenar, sjukhushundarna Livia och hennes barnbarn(!) Luna. Hundarna är mycket uppskattade bland barn på sjukhus, de ger tröst och bidrar till att tunga sjukhusvistelser upplevs ljusare. Foto: Barnläkaren

När alla mässbesökare var på väg in till föreläsningssalarna igen, fanns chans till en liten paus. Det blev långa men roliga och givande dagar för Acta Paediatrica och Barnläkaren. Till vänster Actas Managing editor Anna Käll. Foto: Barnläkaren

Birgitta Kjersti, Riksförbundet för barnsjuksköterskors representant för Barnveckan, tog del av posterutställningen.

Acta Paediatrica föreläsning, Pain in very preterm neonates: Long term effects on child brain, behaviour and development. Föreläsare var professor Ruth Grunau, University of British Coulumbia, Vancouver, Canada. Moderator var Professor Hugo Lagercrantz. Foto: Barnläkaren

På språng. Peter Jotorp, en av arrangörerna för årets Barnvecka, hann få i sig en kopp kaffe innan han gick vidare till någon av föreläsningssalarna. Foto: Magnus Forslin

Överlämning av stafettpinne till Örebro Barnklinik och tack till Västerås Barnklinik för väl genomförd Barnvecka. Detta skedde på Konserthuset i Västerås. Foto: Peter Jotorp

Mingel och middag på Steam Hotel. En av kvällarna samlades deltagarna i lobbyn på Steam Hotel, ett gammalt ångkraftverk vid Västerås hamn, som räddats från rivning och istället byggts om till hotell med kul och unik miljö. Foto: Kristoffer Lindblad

Henrik Widegren, läkare, låtskrivare och artist uppträdde under middagen på Steam Hotel. Det blev ett härligt humoristiskt och musikaliskt inslag som lockade till många skratt. Henrik skriver även krönikor i Dagens Medicin. Foto: Kristoffer Lindblad

Ca 300 gäster samlades för middag tillsammans på Steam Hotel. Foto: Peter Jotorp

Redaktör: Göran Wennergren

År 1978 - ett remarkabelt år i mänsklighetens historia då det första provrörs-barnet föds

Födelsen av det första provrörsbarnet var en världsnyhet.
Foto: Acta Paediatricas omslagsbild, dec 2010.

En tidig oktobermorgon år 2010 blev jag chockad när jag slog upp morgontidningen. Hela förstasidan i Svenska Dagbladet dominerades av att tidningen i förväg hade avslöjat att Robert Edwards skulle belönas med Nobelpriset i fysiologi eller medicin för upptäckten att han lyckats få fram det första provrörsbarnet.

I flera veckor hade jag varit med i Nobelkommitténs lilla grupp för att ta fram ett pressmeddelande och göra en plansch om upptäckten att distribueras till skolor med mera. Varje gång vi sågs upprepade sekreteraren nödvändigheten av att prisvalet inte skulle läcka. Så den här morgonen ringde jag i panik ordföranden och sekreteraren i Nobelkommittén och ett krismöte ordnades. Hur kunde nyheten ha läckt ut? Det måste ha skett minst en vecka tidigare, då man hade lyckats få fram mycket dokumentation och hade gjort omfattande grafik för att presentera upptäckten.

Började med att befrukta kaninägg

I år är det 40 år sedan det första provrörsbarnet Louise föddes i juli 1978. Men det var en sällsynt krokig och guppig väg innan Robert Edwards kom till mål, som han själv beskrev det. Som zoolog intresserade han sig för fortplantning i Cambridge i England under 1960-talet och började med att befrukta kaninägg. Så småningom fick han tillgång till ägg från kvinnor, som hade opererats av olika anledningar, som han befruktade med spermier i provrör. Men hur han än mixtrade med olika näringslösningar gick det inte särskilt bra. Efter många försök fick han fram ett befruktat ägg som delade sig, men något riktigt embryo blev det aldrig.

Robert Edwards hade svårt att få tag i fler mänskliga äggceller, eftersom han inte var läkare. Men så en dag hörde han ett föredrag om laparoskopi i London. Det var gynekologen Patrick Steptoe som presenterade den nya tekniken. Edwards insåg snabbt att de borde kunna samarbeta och tillsammans började de befrukta äggceller med spermier i provrör för att få fram embryon att föras in i livmodern. Men forskning om konstgjord befruktning ifrågasattes. Kollegerna var negativa till att försöka göra provrörsbarn, varför Edwards och Steptoe nästan inte fick några forskningsanslag. De beslöt sig därför att göra sina experiment på ett litet landsortssjukhus tiotals mil från Cambridge. Det betalades av många barnlösa par, som till varje pris ville få barn.

Kritik p g a rädsla för missbildningar

Där kunde de ostört göra sina försök. Patrick Steptoe plockade ut ägg efter ägg från de barnlösa kvinnorna som sökt sig till det lilla sjukhuset. Edwards sprutade in spermier från maken i en liten glasskål med ägg och lyckades ibland åstadkomma en befruktning, så att det bildades en zygot. Men zygoten delade sig bara några gånger och det verkade nästan omöjligt att få dem att utvecklas till ett riktiga embryon Hundratals försök gjordes, men alla misslyckades och de hoppfulla försökspersonerna som längtade efter barn blev besvikna. Dessutom ökade kritiken då man var rädd för att de barn som kunde födas skulle bli missbildade. Påven, den brittiske ärkebiskopen och andra präster fördömde också denna forskning, då de menade att det bara är Gud som kan bestämma om det skall bli ett barn eller inte.

Första lyckade försöket – en världsnyhet

Till slut, år 1976, lyckades de göra en kvinna gravid. Det gick bra till en början, men sedan upptäckte de att det var en extrauterin graviditet, varför det måste aborteras. Men drygt ett år senare kom ett par som hade försökt få barn i nio år varvid man lyckades göra kvinnan gravid direkt. Hon mådde mycket dåligt under graviditeten. Men efter nio månader kunde det första provrörsbarnet förlösas med kejsarsnitt. Barnet var helt normalt och döptes till Louise. Fotot av henne kom med på förstasidorna i alla världens tidningar.

I en intervju citerade Patrick Steptoe Nobelpristagaren Winston Churchill: ”Det här är inte början på slutet, utan bara slutet på början”. År 1979 föddes den första pojken efter provrörsbefruktning. Han fick namnet Alistair och var också välskapt. I Sverige föddes det första barnet efter konstgjord befruktning i Göteborg, fyra år senare. Sedan dess har miljontals barn blivit till med IVF världen över.

Bild 2. Ägg från den blivande mamman läggs i en liten glasskål tillsammans med spermier från den blivande pappan.
Illustration: Rebecka Lagercrantz

Bild 3. Från det befruktade ägget utvecklas först ett embryo och sedan ett foster, som slutligen blir ett barn som föds.
Illustration: Rebecka Lagercrantz

Belönades för sin banbrytande insats

Det tog 32 år innan upptäckten av konstgjord befruktning belönades med Nobelpris till Robert Edwards år 2010 ”för utveckling av in vitro fertilisering...”. Gynekologen Steptoe hade hunnit dö. Louise, det första provrörsbarnet, har själv fått barn, fast utan IVF. När Nobelförsamlingen äntligen bestämde sig för att ge Nobelpriset till Robert Edwards var han så gammal och slagrörd att han inte kunde prata längre. Det beslutades att han ändå skulle belönas för sin banbrytande insats. När han fick reda på det såg han mycket glad ut, men han kunde inte åka till Stockholm. I stället fick hans fru som forskat tillsammans med honom ta emot priset.

Och hur kom det sig att valet av Edwards hade läckt ut? Nobelförsamlingen har 50 ledamöter, som visste att Edwards var en het kandidat redan före sommaren. Det brukar inte läcka från denna församling som vid varje möte påminns om sekretessreglerna. Det visade sig dock att en väska med utredningsprotokollen stulits från en bil som tillhörde Nobelkommitténs ordförande. Tjuven torde ha blivit besviken. Jag har dock svårt att tänka mig att Svenska Dagbladet fick kontakt med tjuven och köpte protokollen. Läckan är fortfarande en gåta.

Hugo Lagercrantz, seniorprofessor, chefredaktör Acta Paediatrica,
Institutionen för kvinnors och barns hälsa, Karolinska Institutet, Stockholm

E-mail:
hugo.lagercrantz@ki.se

Fjäderlätt konst lämnar djupa intryck

Den brittiska skulptrisen, poeten och installationskonstnären Lucy Glendinning lämnar ingen oberörd. Hennes sköra, fjäderklädda varelser drar blickarna till sig, väcker vår drivkraft att beskydda, men även vår vaksamhet inför det främmande och udda. Utställningen Only Human är som ett varsamt wake-up call i en värld där självupptagenhet tycks ta allt större utrymme.

Lucy Glendinning. Foto: Galerie Da-End, Paris

Only human, Galerie Da-End , Paris (12 maj-23 juni)

Lucy Glendinning är läkardottern från Somerset i England, vars konstintresse väcktes då hon som liten bläddrade i föräldrarnas studielitteratur i medicin med illustrationer av människokroppen. När vi kontaktar Lucy för att få utbyta några ord med henne, är hon i full fart med att städa. Ateljén i London ska röjas ur, en ambition hon har varje år.

-Jag försöker få detta gjort, eftersom jag är en så stökig konstnär. Det är försenad vårstädning kan man säga, berättar hon. Men snart är jag redo att sätta igång nya projekt. Jag har börjat jobba med nya skisser och idéer som ska bli till nya verk, fortsätter hon.

Samtidigt i Paris, tjugo minuters promenad från Centre Georges Pompidou, pågår hennes utställning Only human, en utställning där spotlightsen riktats mot människokroppen och dess sårbarhet. Lucy berättar om sina tankar kring den.

- Med den här utställningen vill jag utforska vad det innebär att utmana vårt allra mänskligaste innersta. Evolutionen har gett oss två händer och en hjärna, men våra handlingar och känslor motsvarar inte riktigt vad vi skulle kunna förvänta oss. Jag har utforskat ”djuret” inom oss och hur detta påverkar vårt beslutsfattande i ljuset av dagens politiska klimat; hur vi aldrig får glömma att vi är just djur. Naturen i sig själv kan uppfattas som grym, likaså mänskliga handlingar.

Hon fortsätter:

- Jag börjar ofta den kreativa processen med en kort dikt eller prosa, denna ligger till grund för den nu pågående utställningen i Paris:

Animal

Inside the animal stirs
stretching limb and pulling flesh
amongst the twisted guts
and unchewed food.
The creature grows in skin and bone
from skull to toes it pulls me in.
With the slow pulse of red flows
it pumps itself to every limb.
I wrestle logic against its grip
argue fact to stop its fix.
but each time it comes and goes
part of me wishes it was always here

Djur som antar mänskliga uttryck och tvärtom är ingen sensation. Detta har vi hört om i sagorna sedan barndomen. I Lucy Glendinnings konst lyfts dock sagofigurerna ur sitt sammanhang och blir en del av vår verklighet. Varelserna uttrycker ingen vädjan till oss, men enkla associationer till t ex en bräcklig liten fågelunge som ramlat ur sitt bo eller något annat som behöver omsorg, får oss att stanna upp. Utan att se något fysiskt hot, vet vi instinktivt att faran kan vara bara ett ögonblick bort.

- Det var när jag arbetade med skulpturer av barn, som jag började utveckla idéerna kring ”fjäderbarns-serien”, själva grundtanken är att ge dem sårbarhet. Detta för att försöka nå fram till en öppning till vår förmåga att känna omsorg, att väcka en beskyddarinstinkt för det sköra, berättar Lucy.

Foto: Galerie Da-End, Paris

Feather Child 4 (2010-2012)
Foto: Galerie Da-End, Paris

En förebild som spelat stor roll för utvecklingen av Lucys konstintresse, är hennes mormor. Hennes skulpturer fanns överallt i barndomshemmet och inte sällan fick både Lucy och andra familjemedlemmar sitta modell.

Men det var inte den enda inspirationskällan under uppväxten. Båda Lucys föräldrar arbetade som läkare på en husläkarmottagning som låg vägg i vägg med deras hem. Läkarbesök med patienter som kom och knackade på med olika besvär, blev en del av vardagen. I hyllorna i vardagsrummet fanns hyllmeter med böcker och Lucy intresserade sig för tidigt för dessa.

- Vi hade mycket medicinsk litteratur i hemmet och jag spenderade en hel del tid med att studera medicinska anatomiböcker. Jag kan fortfarande än idag finna diagram och illustrationer fascinerande. Det är ur detta som jag utvecklat ett specialintresse för att arbeta med den mänskliga kroppen i min konst.

Under sommaren kommer Lucy att vara fullt upptagen i sin ateljé i London och fortsätta utforska sambandet mellan människan och djuret. Hon har ständigt nya idéer på gång och skulle gärna vilja pröva att använda nya material, t ex återvunnen plast. Dessutom har hon ett nytt projekt i tanken där fokus ligger på det mänskliga psyket.

- Det är intressant att pröva olika material för olika verk, menar hon. - Ett av mina kommande projekt, är att visualisera psykisk sjukdom. Det gäller speciellt depression och hur den påverkar kroppen fysiskt. Jag har redan börjat med en del intervjuer och samtalar med personer om sjukdomen. De har låtit mig studera hur de rör sig, deras hållning och hur de upplever att kroppen förändras i olika faser av sjukdomen.

Lucy Glendinnings skulpturer berör onekligen. På frågan om vilka kommentarer hon fått under den aktuella utställningen svarar hon utan att tänka efter.

- Olika, men ofta är reaktionerna viscerala, många vuxna reagerar med omsorg. Även om de finner dem som märkliga, så dras de till dem. Barn fascineras av dem, jag minns att jag nyligen hörde en liten flicka fråga sin mamma om inte hon också skulle kunna få ha fjädrar.

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

Fakta: Lucy Glendinning

Född 1964 i Somerset, England
Brittisk skulptör, poet och installationskonstnär
Aktuell 2018 med Only Human på galleri Da-End i Paris
Finns representerad på Galleri Andersson-Sandström, Stockholm

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

SEPTEMBER
4-7/9 SSIEM Symposium – old roads, new connections, Athen
Info: http://www.ssiem.org/events/events.asp?eid=1096

27-28/9 Barnallergisektionens höstmöte, Umeå
Info: www.barnallergisektionen.se

ISSOP´s, Bonn
27-29/9 Info: https://www.issop.org/

NOVEMBER
17-18/11 The 2nd Southern African Congress of Integrative Medicine, Kapstaden
Info: http://www.integrativemedcongress.com/

2019

MARS
17-21/3 Partnerships för children, Panama City
Info: http://www.ipa2019congress.com/

APRIL
1-4/4 Barnveckan 2019, Örebro
Info: www.barnlakarforeningen.se

Nästa nummer...

Nästa nummer har temat Neonatologi- nya patientgrupper och utkommer den 22 september.
Det kommer dock att finnas tillgängligt på Barnläkarens hemsida www.barnlakaren.se tidigare.

Varmt välkomna att medverka i tidningen. Glöm inte att skicka med ett högupplöst porträttfoto av er själva och att skriva under med namn, titel och arbetsplats och e-mail (exempel: anders andersson, barnläkare, barnkliniken, anders.andersson@hotmail.com).

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

90 KONTO | SVENSK INSAMLINGSKONTROLL

HJÄLP BARNEN SOM FLYR!

Just nu har vi akuta insatser i bland annat Syrien, Grekland, Italien, Serbien och här hemma i Sverige. Men det räcker inte. Vi behöver din hjälp. Vi behöver bli fler. **Bli Barnrättskämpe på räddabarnen.se**

Vår verksamhet kontrolleras av Svensk Insamlingskontroll. Vårt 90-konto garanterar att dina pengar används så effektivt och ansvarsfullt som möjligt.

Rädda Barnen

Hur kan onlinebesök fungera för en Barn- och ungdomsmedicinsk mottagning?

För råd, besök och återbesök? Av nyfikenhet vill vi ta reda på det genom att prova. Planerad start i september. Vi kommer att behöva förstärkning av barnläkare i den verksamheten. När vi kommit igång kan det också ske med laptop i hemmet eller på annan plats.

INTRESSEANMÄLAN *katrin.wannelof@alvabarnklinik.se*

Alva DIREKT

Nu har vi lite större utrymme på våra mottagningar och har plats att anställa ytterligare 1-2 barnläkare. Du kan vara bred, smal eller bådadera.
Hör av dig till *anders@alvabarnklinik.se*
Medborgarplatsen och Sabbatsbergssjukhus Stockholm
Besök vår hemsida **ALVABARNKLINIK.SE**

Alva BARNKLINIK · Alva BVC · Alva PSYKOLOGI