

Barnläkaren

Nr. 3/2026



TEMA | UNGDOMSMEDICIN

Ungdomars tillgång till e-journal

Tystnadsplikt i ungdomsmedicinska konsultationer

*Ramverk från WHO ger stöd i kvalitetsarbetet
för ungdomsvänlig vård*



SVENSKA BARNLÄKARFÖRENINGEN
SWEDISH PAEDIATRIC SOCIETY





ANNONS

ANNONS

Innehåll

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

Ansvarig utgivare
Thomas Abrahamsson
thomas.abrahamsson@liu.se

Chefredaktör/Annonskontakt
Margareta Munkert Karnros
info@barnlakaren.se

Vetenskapsredaktör
Helena Elding Larsson
helena.elding_larsson@med.lu.se

Kulturredaktör:
Göran Wennergren
info@barnlakaren.se

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

Prenumerationsärenden och adressändringar
Meddelas per mail till:
johanna@allaboutmeetings.se

Layout
Åsa Moréus

Tryck
Åtta45

Redaktionsråd
Thomas Abrahamsson
Hugo Lagercrantz
Josef Milerad
Anna Olivecrona
Kalliopi Sofou
Göran Wennergren

Omslagsbild
iStock

INNEHÅLL	4
LEDARE	5
REDAKTÖRENS RUTA	6
TEMA: UNGDOMSMEDICIN	
Ungdomars rätt till hälso- och sjukvård av hög kvalitet	
<i>Anna Enström</i>	8
Uppdaterat ramverk från WHO ger stöd i kvalitetsarbetet för ungdomsvänlig vård	
<i>Anna Gutniak, Malin Örn</i>	10
Tystnadspikt i ungdomsmedicinska konsultationer	
<i>Johanna Haraldsson, Anna Enström</i>	12
Framtidens vård kräver ungas röster	
<i>Villemo Henschen, Nathalie Galway</i>	14
Ungdomars tillgång till e-journal	
<i>Hanna Nielsen, Emma Johansson-Frigyesi</i>	16
Hemsjukvård för barn tillgänglig även för ungdomar	
<i>Andreas Henschen</i>	18
Våga skriva ut p-piller vid menstruella besvär	
<i>Peppi Nash</i>	20
Unga med lindrig intellektuell funktionsnedsättning behöver anpassat stöd	
<i>Karin Ahlberg, Elisabeth Fernell, Charlotte Nylander</i>	22
Intervju: Ungdomstiden hos en person med intellektuell funktionsnedsättning (IF) ur ett föräldraperspektiv	
<i>Karin Ahlberg</i>	24
Förlorad barndom – fångad i skärmens gränslösa värld	
<i>Agnes Scott</i>	26
Unga och sömn – vad vet vi idag?	
<i>Malin Jakobsson</i>	28
Hur arbetar elevhälsan främjande och förebyggande?	
<i>Nils Lundin, Anna Enström</i>	30
BARNMEDICIN	
Notiser	
BLF och den internationella kampanjen "Kloka kliniska val"	
<i>Anna Olivecrona, Lisa Sahlin Torp</i>	32
Afrikanska ST-läkare inom plastikkirurgi utbildas i Sverige	
<i>Susanne Isberg</i>	34
KULTUR	
Pediatrikern som myntade begreppet allergi	
<i>Göran Wennergren</i>	36
Bovin tuberkulos hos barn	
<i>Margareta Eriksson, Malin Ridell</i>	38
KALENDARIUM	42

Barnveckan – en fantastisk mötesplats

Nyss hemkommen från Barnveckan känner jag mig fylld av inspiration och energi av alla intressanta föreläsningar och möten med människor med intresse för barnsjukvård. Barnveckan i Jönköping hade 1300 deltagare, 350 programpunkter, 270 föreläsare och bjöd dessutom på fantastiskt fint väder! Tack till barnkliniken i Jönköping och till alla som har bidragit!

Ungdomsmedicin lyfte under veckan fram behovet av att utveckla överföringen från barn till vuxensjukvård och det var ett ämne som fanns med på flera sessioner. Det nyfödda barnets sinnesutveckling var ett intressant och spännande tema. Intresseföreningen för barn och läkemedel, Eped och Elin Kimland som leder Centrum för barn och läkemedel på Läkemedelsverket bidrog med många intressanta föreläsningar. Hemsjukvård för barn var ett viktigt och angeläget ämne.

Jag har kommit att ägna mycket energi åt BLF de senaste åren. Ni inom BLF:s del- och intresseföreningar gör ett fantastiskt arbete och det har verkligen varit inspirerande att arbeta tillsammans med er!

Utbildningsfrågorna ligger mig varmt om hjärtat liksom frågor kring barn och läkemedel och jag är glad åt vårt utökade internationella samarbete det senaste året. Det ska bli spännande att se vad det kan ge framöver.

Kloka kliniska val är nu också tydligt igång inom pediatriken och Lisa Sahlin Torp och jag skriver några ord om det i en artikel i detta nummer av Barnläkaren.

Arbetet med tidningen Barnläkaren har varit inspirerande och roligt och på önskemål så blir jag kvar i redaktionsgruppen.

Nu njuter vi av våren och blickar framåt mot sommaren.

Jag tackar för mig som ordförande i BLF och hoppas att vi ses i olika sammanhang framöver!



Anna Olivecrona

**Vi är på plats
och räddar liv
i Ukraina**

När du swisha bidrar till den uppgiften av följande kampanj. Läs hur på redaktionens webbplats.



Swisha ditt stöd till 900 80 79





Tack Anna Olivecrona för fint samarbete med Barnläkaren och roligt att vi får behålla dig i redaktionsrådet. Thomas Abrahamsson tar över rollen som ansvarig utgivare och Helena Elding Larsson blir ny vetenskapsredaktör, varmt välkommen till redaktionen. Helena är professor i autoimmuna sjukdomar vid Lunds universitet och barnläkare på Skånes universitetssjukhus.

Hennes forskning har fokus på orsaker, prediktion och försök att förhindra eller fördröja att barn drabbas av typ 1-diabetes.

Årets Barnvecka blev som vanligt ett ypperligt tillfälle för oss att träffa er läsare och alla som har del i det redaktionella arbetet på olika sätt. Idag när digitala möten är vardag blir det också extra roligt att få träffas på plats. Det hela inramades av ett soligt Jönköping i vårens vackraste tid. Tack för alla besök i vår monter och för all fin feedback som vi fick med oss hem. Följ oss gärna via facebook på <https://www.facebook.com/barnlakaren/> för att inte missa när nästa nummer publiceras på www.barnlakaren.se. Vi ser fram emot nästa års evenemang som arrangeras i Malmö. Hoppas vi ses då!

Många barnläkare möter dagligen i sitt yrkesliv, ungdomar som lever med kronisk sjukdom. Att hantera sin sjukdom under den mest sårbara tiden i livet och dessutom förväntas ta över ansvaret för sin hälsa, kan vara svårt. Övergången till en annan vårdgivare än den man vant sig vid under barnaåren, kan upplevas som ytterligare påfrestning. Men med rätt förutsättningar, vilket innebär att hälso- och sjukvården på olika sätt anpassar bemötande, vård och behandling för att motsvara ungas behov, kan man underlätta och skapa trygghet för dessa patienter.

Vi hoppas, precis som vår gästredaktör Anna Enström skriver i sin inledning, att detta nummer kan bidra till ökad kunskap om ungdomsmedicin och stärka det fortsatta arbetet med att erbjuda ungdomar hälso- och sjukvård av hög kvalitet. Läs mer i temadelen på sid 8-31.

På kultursidorna har vi en intressant historisk tillbakablick kring en av våra vanligaste kroniska sjukdomar, d v s allergier. Den som myntade begreppet allergi var den österrikiske barnläkaren Clemens von Pirquet (1874–1929). Han ansågs vara en av de mest framstående pediatrikerna i Wien vid denna tid, och är idag främst ihågkommen för sina insatser inom immunologi och bakteriologi.

Lite längre tillbaka i tiden finner vi Hermann Klenke, en tysk läkare som 1846 stod för en revolutionerande upptäckt. Genom banbrytande experiment kunde han visa på en ökad förekomst av en viss typ av TBC hos barn, efter att de hade druckit komjölk. Insikten om att människor kunde smittas via djur och att barn var speciellt utsatta, gjorde att kampen mot sjukdomen ökade. Det skulle dock ta flera decennier innan obligatorisk pastörisering av mejerimjölk infördes i Sverige.

Trevlig sommar!

Margareta Munkert Karnros



Temaredaktör i detta nummer är Anna Enström

Anna Enström är barn- och ungdomsläkare och arbetar som skolöverläkare i Karlstads kommun men har tidigare arbetat på Barn- och ungdomskliniken på Centralsjukhuset i Karlstad. Anna är ordförande i svensk förening för ungdomsmedicin som är en delförening i svenska barnläkarföreningen. Föreningen verkar för att öka kunskap om ungdomsmedicin och föreningens vision är ett samhälle där hälso- och sjukvården är beredd och kompetent att ge ungdomar möjlighet till ett bra liv utifrån deras särskilda förutsättningar, rättigheter och egna perspektiv. I sin roll i svensk förening för ungdomsmedicin och i sin yrkesverksamhet bedriver Anna påverkansarbete för att främja barns- och ungdomars hälsa.

ANNONS

Jag är så ensam här inne

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

90 SVENSK
KONTO INSAMLINGS
KONTROLL

SWISHA DIN GÅVA TILL 9015041

BRIS



Foto: iStock

Ungdomars rätt till hälso- och sjukvård av hög kvalitet

Global standards for quality health care services for adolescents från WHO som uppdaterats 2025, ger stöd när hälso- och sjukvård ska anpassas för ungdomar genom att vården bli utgående från ungas behov, rättigheter och delaktighet samt anpassas flexibelt efter ungas biologiska, psykologiska och sociala utveckling. Dokumentet kan användas som stöd på nationell nivå men även som vägledning för att stärka kvaliteten i olika verksamheter. I detta temanummer om ungdomsmedicin ges möjlighet att ta del av innehållet för att kunna utveckla och bedriva hälso- och sjukvård av hög kvalitet för unga.

I temanumret belyses flera aspekter som har stor betydelse för och påverkar de ungdomar vi möter. Ungdomars egna

röster lyfts i artikeln om framtidens vård som handlar om ungas erfarenheter av hälso- och sjukvård samt hur ungas perspektiv kan tillvaratas. I andra artiklar tydliggörs lagstiftning om tystnadsplikt i ungdomsmedicinska konsultationer samt regelverk kring ungdomars tillgång till e-journal. Vikten av att våga skriva ut p-piller till ungdomar, möjlighet för sjuka ungdomar att kunna erbjudas hemsjukvård belyses liksom de särskilda förutsättningar som gäller för ungdomar med intellektuell funktionsnedsättning och vad som krävs för att erbjuda hälso- och sjukvård av god kvalitet även för dessa ungdomar.

I en intervju delar en vårdnadshavare sina tankar om ungdomstiden hos en person med intellektuell funktionsned-

sättning. Föräldrars synpunkter lyfts också i artikeln om hur skärmtid påverkar barns- och ungas hälsa sett ur ett föräldraperspektiv. Slutligen innehåller temanumret artiklar om ungdomars sömn samt om elevhälsans främjande och förebyggande arbete som båda har stor betydelse för ungdomars hälsa.

Förhoppningsvis kan detta temanummer bidra till att stärka arbetet med att erbjuda ungdomar hälso- och sjukvård av hög kvalitet, öka kunskap om ungdomsmedicin och bidra med inspiration.

Trevlig läsning!

Anna Enström,
temaredaktör

ANNONS



Behovet av tidig upptäckt, helhetssyn och lågtröskelinsatser är stort när det gäller psykisk ohälsa hos unga. Nytt i WHO:s uppdaterade dokument är att psykisk hälsa omnämns specifikt, liksom möjligheter och risker med digitala hälsotjänster och elektronisk tillgång till hälsouppgifter. Foto: iStock

Uppdaterat ramverk från WHO ger stöd i kvalitetsarbetet för ungdomsvänlig vård

Världshälsoorganisationens (WHO) globala standarder erbjuder ett ramverk för hur kvalitet kan definieras, implementeras och följas upp. Under förra året publicerades en uppdatering av ”Global standards for quality health care services for adolescents”.

Hälso- och sjukvård av hög kvalitet för unga kan sägas vara karakteriserad av att unga är aktiva medskapare i utformning och utvärdering av vård, både på individnivå och i verksamhetsutveckling, och att unga har tillgång till korrekt, åldersanpassad och begriplig information om hälsa, rättigheter och vårdinstanser.

Denna information behöver också finnas i digitala kanaler och på sociala medier där unga söker hälsoinformation. Vi

vet att de behöver stöd i en sömlös övergång från barn- till vuxenliv, anpassat till individens kapacitet och utvecklingsnivå, och att vi ser dem som hela individer i ett sammanhang.

Det underlättar om värden är organisatoriskt och ekonomiskt tillgänglig och upplevs som trygg och respektfull. Här är öppettider, bokningssystem, fysisk miljö och bemötande viktiga kvalitetsdimensioner, men särskilt viktigt är att sekretess

och konfidentialitet säkerställs - inte bara i frågor som rör sexualitet, könsidentitet, våldsutsatthet eller riskbeteenden.

För att erbjuda detta behövs personal som har etisk kunskap, klinisk kompetens och praktiska färdigheter i kommunikation, etik och ungdomars utvecklingspsykologi. Kontinuerlig fortbildning samt reflektion kring attityder och normer är ett sätt att säkerställa detta. I det uppdaterade dokumentet från WHO struktureras

ovanstående kring nio standarder (se faktaruta)

Det uppdaterade dokumentet innehåller kliniska exempel, processkriterier, implementeringsvägledningar, utfallsmåttförelägg och länkar till annat material, som bidrar till att öka kunskap om framgångsfaktorer och hur hälso- och sjukvård för unga kan utvecklas.

Psykisk hälsa och e-hälsa

Psykisk ohälsa är den största utmaningen för unga idag. Behovet av tidig upptäckt, helhetssyn och lågtröskelinsatser är stort. Psykisk hälsa omnämns därför specifikt i WHO:s dokument, liksom möjligheter och risker med digitala hälsotjänster och elektronisk tillgång till hälsouppgifter, vilket är nytt jämfört med föregående version från 2015.

Ytterligare en skillnad jämfört med tidigare är att ungas delaktighet betonas

som en integrerad del av god vårdkvalitet. Ungdomars erfarenheter och upplevelser lyfts fram som viktiga underlag i uppföljning och rapportering, med förslag på mätbara kriterier.

Stöd i förbättringsarbete

WHO:s globala standarder erbjuder ett lättläst, konkret ramverk för hur kvalitet kan definieras, implementeras och följas upp. Det kan användas av verksamheter som önskar stöd i att systematiskt utvecklas för att erbjuda vård som utöver att vara medicinskt korrekt också tillhandahåller vård som är tillgänglig, välkomnande och verkligt anpassad till ungas behov och livsvillkor. Det finns stora möjligheter att bättre säkerställa ungas rätt till hälsa, jämlik vård och vårdtillgång. Vi hoppas att WHO:s Global standards for quality health care services for adolescents kommer till användning både i kunskaps-

styrningen och i enskilda verksamheter. Kanske något att titta på för ett förbättringsarbete på din arbetsplats?

Referenser

1. World Health Organization. (2025).
2. Global standards for quality health care services for adolescents. World Health Organization. World Health Organization.
3. Organization & Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). (2015).
4. Global standards for quality health-care services for adolescents: A guide to implement a standards-driven approach to improve the quality of health care services for adolescents. World Health Organization.

Potentiella jävsförhållanden eller bindningar: Inga uppgivna

Ur WHO:s nya version av Global standards for quality health care services for adolescents:

- **Ungdomscentrerad vård**
Vården utgår från ungas behov, rättigheter och delaktighet.
- **Utvecklingsanpassad och lyhörd vård**
Vården anpassas flexibelt efter ungas biologiska, psykologiska och sociala utveckling.
- **Inkluderande, jämlik och säker vård**
Vården är icke-diskriminerande, trygg och av god kvalitet för alla unga.
- **Stöd från familj och närsamhälle**
Föräldrar, närstående och lokalsamhälle involveras.
- **Kompetent personal**
Personal har kunskap om ungdomars hälsa, utveckling, kommunikation och etik.
- **Heltäckande vårdutbud**
Vården för fysisk, psykisk, sexuell och reproduktiv hälsa är tillgänglig och integrerad
- **Datainformerad och ungdomsinvolverande praktik**
Vården utvecklas med stöd av data, kvalitetssystem och ungas erfarenheter.
- **Stödjande och välkomnande miljö**
Den fysiska och sociala miljön upplevs som trygg, respektfull och anpassad för unga.
- **Tillgängliga och accepterade tjänster**
Vården är lätt att nå, anpassad i tid och rum, och upplevs som relevant och förtroendeingivande.



Anna Gutniak, Specialist i allmänmedicin, Region Stockholms ungdomsmottagningar, Stockholm
E-mail: agutniak@gmail.com



Malin Örn, Specialist i barn- och ungdomsmedicin, skolläkare Karlstads kommun.
E-mail: malin.orn@karlstad.se

Tystnadsplikt i ungdoms- medicinska konsultationer

I dag har vårdnadshavaren rätt och skyldighet att bestämma i barns personliga angelägenheter. I takt med barnets stigande ålder och mognad ska dock barnets egna önskemål beaktas. Barnets läkare behöver dock i varje enskilt fall ta ställning till om t ex en förälder behöver informeras. Information, som inte behöver delas med föräldern i syfte att denne ska kunna fullgöra sina skyldigheter, kan stanna mellan läkare och ungdom. Oavsett tystnadsplikt har all hälso- och sjukvårdspersonal alltid skyldighet att anmäla till socialtjänsten vid misstanke om att ett barn far illa.

Världshälsoorganisation och amerikanska Society for Adolescent Health and Medicine rekommenderar båda att ungdomar vid läkarbesök får träffa läkaren i enrum och får tystnadsplikten förklarad för sig (1, 2). Ungdomar som får träffa läkaren i enrum samt får tystnadsplikten förklarad känner sig mer bekväma med att diskutera känsliga ämnen, svarar i högre utsträckning ärligt på frågor samt är mer positiva till att söka vård igen (1, 3, 4). Studier visar också att ungdomar undviker att söka vård i rädsla för att vårdnadshavarna ska informeras (1). För att erbjuda god ungdomsmedicinsk vård behöver vi kunna hantera tystnadsplikten i våra konsultationer med ungdomar.

Tystnadspliktens juridik

Enligt Föräldrabalken 1949:381 (6 kap 11§) har vårdnadshavare rätt och skyldighet att bestämma i barns personliga angelägenheter, men ska i takt med barnets stigande ålder och mognad ta alltmer hänsyn till barnets önskemål. Offentlighets- och sekretesslagen 2009:400 (12 kap 3§) anger att sekretess gäller för barn och unga i förhållande till vårdnadshavare med begränsningen att vårdnadshavarna ska kunna utöva sina skyldigheter enligt föräldrabalken och tillgodose barnets rätt till omvårdnad, trygghet och fostran. Dessutom får sekretess ej brytas om ungdomen riskerar att lida allvarlig psykisk eller fysisk skada om uppgiften röjs (5).

Sammantaget innebär detta att rätten att förfoga över sekretessen övergår alltmer till ungdomen i takt med stigande ålder och mognad, samtidigt som vårdnadshavarna har kvar ett lagstadgat ansvar för ungdomen. En klinisk tumregel kan vara att om ungdomen inte vill att vårdnadshavaren ska få veta och denne inte behöver informationen för att fullgöra sitt ansvar, så kan informationen stanna mellan läkaren och ungdomen. Om vårdnadshavaren behöver informationen för att ta hand om ungdomen, behöver läkare och ungdom tillsammans diskutera hur det ska gå till.

Läkaren behöver i varje enskilt fall, utifrån sin bedömning av ungdomens ålder, mognad och frågans natur, ta ställning till om vårdnadshavaren behöver informeras. Om ungdomen har tillräcklig mognad för att tillgodogöra sig relevant information och överblicka konsekvenserna av sitt beslut i en viss vårdfråga så har ungdomen i regel rätt att fatta beslut i den aktuella frågan.

Undantag från tystnadsplikten

Det viktigaste undantaget i sekretesslagstiftningen är att all hälso- och sjukvårdspersonal är skyldiga att genast anmäla till socialtjänsten om de i sin verksamhet får kännedom om eller misstänker att ett barn far illa (Socialtjänstlagen 2025:400; 19 kap. 1§).

Vårdpersonal har även rätt att bryta sekretess gentemot polis vid brott som kan

ge straff på minst sex månaders fängelse. Om brott mot ett barn misstänks kan sekretessen brytas även i andra fall.

Referenser

1. Ford CA, Millstein SG, Halpern-Felsher BL, Irwin CE, Jr. Influence of physician confidentiality assurances on adolescents' willingness to disclose information and seek future health care. A randomized controlled trial. *JAMA*. 1997;278(12):1029-34.
2. World Health Organization. *Global standards for quality health care services for adolescents*. Geneva; 2025. Licence: CC BY-NC-SA 4.0 IGO.
3. Haraldsson J, Pingel R, Nordgren L, Johnsson L, Kristiansson P, Tindberg Y. Confidentiality matters! Adolescent males' views of primary care in relation to psychosocial health: a structural equation modelling approach. *Scand J Prim Health Care*. 2022;40(4):438-49.
4. Santelli JS, Klein JD, Song X, Heitel J, Grilo S, Wang M, et al. Discussion of Potentially Sensitive Topics With Young People. *Pediatrics*. 2019;143(2):e20181403.
5. Socialstyrelsen. *Meddelandeblad. Barn som söker hälso- och sjukvård*. Socialstyrelsen 2020.

Potentiella jävsförhållanden eller bindningar: Inga uppgivna



Kliniska tips

- Gör till rutin att träffa alla ungdomar utan vårdnadshavare en del av konsultationen. Informera dem och deras vårdnadshavare om tystnadsplikten redan vid konsultationens start.
- Lägg inte beslutet att vårdnadshavaren ska gå ut från konsultationen på ungdomen.
- Stäm av vårdnadshavarens tankar, oro och önskemål innan denne lämnar rummet, så känner sig vårdnadshavaren tryggare med upplägget.
- Avsluta konsultationen tillsammans med både ungdom och vårdnadshavare, men diskutera dessförinnan med ungdomen vilken information som ska ges till vårdnadshavaren.
- Ta hjälp av kollegor i svåra situationer.



Johanna Haraldsson, Specialist i allmänmedicin, med. dr., Vårdcentralen Strängnäs, Region Sörmland samt Uppsala universitet
E-mail: johanna.haraldsson@uu.se



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

En klinisk tumregel kan vara att, om vårdnadshavaren inte behöver informationen om sitt barns hälsa för att fullgöra sitt ansvar, så kan denna stanna mellan läkare och ungdom. Foto: iStock

Ungas perspektiv inom vården är en viktig resurs för att skapa bättre vård. Foto: iStock

Framtidens vård kräver ungas röster

Ungas perspektiv inom vården är en viktig resurs för att skapa bättre vård. Det finns få grupper som är så motiverade att förbättra vården för unga som just unga med vårderfarenhet. Ett effektivt sätt att fånga upp ungdomars perspektiv är genom ungdomsråd. Nordic Youth Panel är ett ungdomsråd bestående av unga med vårderfarenhet från Norden. Inom detta nätverk arbetar unga gemensamt för att påverka vårdens utveckling.

När framtidens vård formas av unga med egenupplevda erfarenheter händer något som länge har saknats, våra röster blir en del av utvecklingen och inte bara mottagare av den. Vården präglas av strukturer och arbetssätt som ofta fungerar väl, men som ibland riskerar att fastna i gamla rutiner. De ungas röster bidrar med ett bredare perspektiv, där helheten kring patienten blir central. Det handlar inte enbart om diagnoser och behandling, utan också om livssituation, psykisk hälsa och hur vården upplevs. När patientperspektivet får större utrymme skapas bättre förutsättningar för en vård som speglar faktiska behov.

Unga kan också driva utvecklingen framåt genom att ifrågasätta etablerade arbetssätt. I mötet mellan invanda rutiner jämfört med nytänkande uppstår möjligheter att förbättra och anpassa vården. Genom samarbete mellan generationer och olika erfarenheter kan vården utvecklas på ett sätt som både är stabilt och framåtblickande. För att det ska vara möjligt är det viktigt att sjukvården håller sig ajour med samhällsutvecklingen och aktivt inkluderar unga röster.

Hur kan vi få unga att engagera sig?

Ungas perspektiv inom vården är en viktig resurs för att skapa bättre

vård. Det finns få grupper som är så motiverade att förbättra vården för unga som just unga med vårderfarenhet.

Att fånga upp ungdomars perspektiv kan vara svårt. Samtidigt finns det metoder, såsom ungdomsråd. I ungdomsråd får unga med vårderfarenhet samlas, diskutera och bidra med förslag till förbättringar. Dessa råd skapar en kanal mellan unga och vårdpersonal, där frågor kan lyftas, testas och utvecklas tillsammans.

Ungdomsråd ger unga en röst i frågor som direkt berör dem, vilket ökar kvaliteten och relevansen i vården. Ungdomsråd bidrar till en mer jämlik vård, eftersom de synliggör behov och perspektiv som annars riskerar att missas. Att involvera unga är inte bara värdefullt, det är nödvändigt för att skapa en hållbar och inkluderande vård.

Ungdomars röster kan bidra till verklig förändring

Ett exempel på ungdomsråd är Nordic Youth Panel, som består av unga med vårderfarenhet från Norden. Inom detta nätverk har engagerade unga tillsammans arbetat för att påverka vårdens utveckling. De har föreläst inför vårdpersonal, deltagit i paneldiskussioner och identifierat viktiga hälsoprioriteringar. Dessa prioriteringar har även pre-

senterats för politiker i Danmark och det nordiska ministerrådet, vilket visar hur ungdomars röster kan nå beslutsfattare och bidra till verklig förändring.

För att skapa framgångsrika ungdomsråd krävs strukturer, stöd och genuin vilja att lyssna. Det handlar om att låta unga komma till tals, ta deras perspektiv på allvar och överföra deras idéer i praktiken. När det sker blir ungdomsråd en kraftfull motor för utveckling, både för dagens och framtidens vård.

Läs mer om Nordic Youth Panel: <https://dsum.dk/the-nordic-youth-panel/>

Potentiella jävsförhållanden eller bindningar: Engagemang i råd och paneler inom sjukvård.

Nathalie Galway, Sjuksköterskestudent, Linköpings universitet, svensk representant i Nordic Youth Panel
E-mail: nathalie.b.galway@gmail.com

Villemo Henschen, Studerande, svensk representant i Nordic Youth Panel
E-mail: villemo.henschen@icloud.com

Ungdomars tillgång till e-journal

Att ungdomar har tillgång till sin e-journal är en viktig del i ungdomars väg till att bli mer självständiga och ta mer ansvar i vården. Det är också en lagstadgad rättighet att ungdomar i takt med ökande ålder och mognad ska ha större självbestämmande och rätt att besluta om sin sekretess även gentemot vårdnadshavare. Detta måste både vårdnadshavare och vårdpersonal ta hänsyn till och detta behöver speglas i hur ungdomarnas tillgång till sin egen journal ser ut och vilken information vårdnadshavare ska ha automatisk tillgång till.

I dagsläget har alla som fyllt 16 år möjlighet att ta del av sin journal via 1177.se. Vårdnadshavare kan också se uppgifter om sina barn till dess att de fyller 13 år. Det går till exempel att se anteckningar från vårdbesök, information om vaccinationer, remisser, diagnoser, tandvård, läkemedel och provresultat men exakt vad man kan se varierar mellan olika regioner eftersom det är vårdgivarna som bestämmer vilken information från deras system som ska visas för invånarna. I åldersspannet 14 - 15 år kan i nuläget varken vårdnadshavare eller ungdomen själva se sin journal.

Dagens system, där vårdnadshavaren utesluts från tillgång till 1177 vid en viss ålder, har mött kritik både bland vårdnadshavare och unga. Problemet är att man upplever att vårdnadshavarna inte kan fortsätta att stötta sina ungdomar på det sätt som ofta efterfrågas. Det kan finnas stora individuella skillnader i mognad och förmåga att själv ta ansvar för sina vårdkontakter i den yngre tonåren, vilket också kan påverkas av olika funktionsvariationer eller diagnoser. Dessutom är det vanligt att ungdomar med en kronisk sjukdom har ett större behov av stöd från sina anhöriga upp i en högre ålder.

Kommande förändringar gällande åldersgränser

På grund av de brister som finns i dagens system har debatten lyfts på nytt kring möjliga förändringar som skulle under-

lätta för ungdomar och vårdnadshavare. Inera har därför tagit fram ett förslag på ändrade åldersgränser vilket varit ute på remissrunda under hösten 2025 och nu väntar på att bli godkänt i alla de olika regionerna. Förslaget har tagits fram efter en omfattande utredning och dialog med många intresseorganisationer, experter samt dialog med barn och vårdnadshavare och det har även genomförts en barnkonsekvensanalys. Förslaget syftar till att balansera tonåringars rätt till integritet med vårdnadshavares behov av insyn och administrativt stöd.

Möjlighet till fortsatt praktiskt stöd från vårdnadshavare

Förslaget på nya åldersgränser är att vårdnadshavare ska kunna läsa sina barns journaler fram tills att ungdomen fyller 15 år. På detta sätt eliminerar man det glapp i åtkomst till journalerna som tidigare fanns mellan 13 och 15 års ålder. För ungdomar 16 år och äldre gäller att de själva kan logga in med bank-id och läsa sin journal. Vårdnadshavare kommer att kunna ha tillgång till andra tjänster än journalen, såsom att boka tider eller förnya recept fram tills att ungdomen fyller 18 år. Vårdnadshavare kommer dock inte att ha tillgång till information i tjänsterna som rör sexuell hälsa. Det omfattar exempelvis bokade tider på ungdomsmottagningar, förskrivningar av preventivmedel eller anteckningar vid abort eftersom detta anses vara särskilt känslig information. Förhoppningen är att dessa föränd-

ringar ska leda till ökad tillgänglighet för både ungdomar och vårdnadshavare, och samtidigt balansera barns rätt till egen vårdinformation med vårdnadshavares insyn, särskilt med hänsyn till tonåringars integritet.

Referenser

1. *Nya åldersgränser för tjänster på 1177.se - Inera*
2. *Bedöma barns mognad för delaktighet-Kunskapsstöd för socialtjänsten, hälso- och sjukvården och tandvården, Socialstyrelsen Artikelnummer 2023-9-8763*
3. *Adolescent health (who.int) Förenta Nationerna. (1989). FN:s konvention om barnets rättigheter. <https://www.unicef.se/barnkonventionen>*

Potentiella jävsförhållanden eller bindningar: Inga uppgivna.



Foto: iStock

Faktaruta

- Barn får tillgång till tjänsten 1177 journal när de fyller 15 år.
- Barn får tillgång till övriga 1177-tjänster utan generell nedre åldersgräns.
- Vårdnadshavare får som företrädare tillgång till tjänsten 1177 journal för sitt barn tills barnet fyller 15 år. Då övergår tillgången till barnet.
- Vårdnadshavare får som företrädare tillgång till sitt barns övriga 1177-tjänster tills barnet fyller 18 år.
- Vårdnadshavare har inte tillgång till information i tjänsterna som rör sexuell hälsa. Det omfattar exempelvis bokade tider på ungdomsmottagningar, förskrivningar av preventivmedel eller anteckningar vid abort.
- Vårdpersonal kan stänga av en eller båda vårdnadshavare från tjänster om behov finns.
- Vårdpersonal kan ge både barn och vårdnadshavare utökad tillgång till tjänsten 1177 journal efter manuell bedömning.
- Vårdpersonal kan hjälpa barn som har behov av det med att begränsa information som visas för vårdnadshavare samt för barnet självt, stänga av tjänster, delar av 1177 journal eller hela barnets 1177-konto, samt med att återge barnet tillgång senare.



Hanna Broback, Läkare på Infektionskliniken Falu Lasarett
E-mail: hanna.broback@regiondalarna.se



Emma Johansson-Frigyesi, Barn- och ungdomsläkare Barn- och ungdomsmedicinska kliniken, Helsingborgs lasarett och skolläkare, Helsingborgs kommun
E-mail: emma@frigyesi.se

Hemsjukvård för barn tillgänglig även för ungdomar

Ett kriterium för att kunna vårdas inom Sjukhusbunden Avancerad Barnsjukvård i Hemmet (SABH) är att den ska kunna utföras på samma patientsäkra sätt som på sjukhuset. Fördelarna är flera. Förutom att sjukvård i hemmet kostar mindre än ordinär sjukhusvård är den unga patienten omgiven av sin egen familj i sin egen trygga miljö. Precis som för ineliggande kan t ex musikerterapi, vårdhundbesök och virtual reality (VR) erbjudas som ett komplement.

Huvuddelen av de barn som vårdas inom vår barnhemsjukvård är under 10 år. Utmaningen är att erbjuda en åldersanpassad vård för våra äldre barn och ungdomar, samt ta till vara deras rättigheter till bl a medbestämmande i vården. (1) I Stockholm har Sjukhusbunden Avancerad Barnsjukvård i Hemmet (SABH), funnits sedan 1998. Verksamheten utgår från Astrid Lindgrens Barnsjukhus (ALB) Solna och finns tillgänglig för alla barn och ungdomar som vårdas på ALB i både Huddinge och Solna såväl som Sachska Barnsjukhuset.

Vi har möjlighet att åka hem till barn i stort sett hela Region Stockholm. Från Norrtälje i norr till Nykvarn i söder, Sigtuna i väster och Nynäshamn i öster. Verksamheten är tillgänglig dygnet runt med tillgång till läkare, sjuksköterskor, barnsköterskor. Inom verksamheten finns även kurator, fysioterapeut och arbetsterapeut. Alla är tillgängliga för hembesök. Precis som för de ineliggande barnen kan vi erbjuda musikerterapi, vårdhundbesök, sjukhusclowner och framför allt till de äldre barnen och ungdomarna, VR i hemmet.

I stort sett all vård kan skötas i hemmet

Ett kriterium för att kunna vårdas av SABH är att man på ett patientsäkert sätt kan utföra samma vård som utförs på sjukhuset. Förutom den rent ekonomiska aspekten, att sjukvård i hemmet kostar

mindre, innebär den de stora vinnarna våra patienter och deras familjer. I hemmet kan vi sköta i stort sett allt som man gör ineliggande på en avdelning. Vi tar självklart prover. Vi ger blodtransfusioner i hemmet, ofta under nattetid då vi inte kan lämna transfusionen oövervakad. Självklart ger vi infusioner/injektioner av antibiotika och andra läkemedel, administrerar TPN. För längre oövervakade infusioner i hemmet krävs en CVK eller PICC-line. I ett nära samarbete med barnonkologen administrerar vi olika typer av cytostatika i hemmet. Sedan flera år sköter vi om den postoperativ vård av bland annat hypospadier vilket gör att barnen kan gå hem direkt efter operation. För barn och ungdomar med behov av långvarig parenteral nutrition hjälper vi till, i samarbete med gastro/nutritionsmottagningen, att lära sig själv sköta av och påkopplande av hem-TPN och skötsel av CVK och PICC-line.

Maktförhållanden – skillnaden mellan hemma och sjukhus

Man ska inte bortse från maktförhållanden i vården. På sjukhuset är vi i sjukvården på hemmaplan och familjen, barnet och ungdomen är gäster och får rätta sig efter oss och befinner sig därigenom i ett underläge. En stor fördel med hemsjukvård är att det är att barnet/ungdomen, omgiven av sin egen familj, är på hemmaplan och det är vi i vården som är gäs-



terna. Bara att kunna sova i sin egen säng gör att man inte känner sig lika sjuk. Och inte minst för ungdomar är autonomitet och integritet allt viktigare, med ökande ålder. Sjukdom påverkar skolgången för de sjuka unga.

Att vi då kan planera regelbundet återkommande behandlingar, läkemedelsinfusioner som t ex pamidronat och enzymsubstitution på ett sådant sätt att våra unga inte missar hela skoldagen. Ibland har vi möjlighet att ge t ex antibiotika-injektioner eller infusioner i skolan. För de kroniskt sjuka ungdomarna som har långvarig kontakt med sjukvården hjäl-

per vi, tillsammans med specialistmottagningarna, till med övergången till vuxensjukvården.

Referenser

1. Martin Price, *Ungdomar i sjukvården ur ett barnrättsligt perspektiv*, Barnbladet nr 3 2025, 20-22)

Potentiella jävsförhållanden eller bindningar: Anställd av SABH sedan 2009, varav ett antal år som sektionschef.



Andreas Henschen, Överläkare, SABH/SOL, Astrid Lindgrens Barnsjukhus Solna Karolinska Universitetssjukhuset
E-mail: andreas.henschen@regionstockholm.se

Det finns många fördelar för unga patienter att få vårdas i sin egen hemmiljö. Precis som för ineliggande barn och ungdomar, kan musikerterapi, vårdhundbesök, sjukhusclowner VR erbjudas som en del i vården. Foto: iStock



Menstruation som är så kraftig att den orsakar anemi behöver behandlas med läkemedel. Den mest effektiva metoden för att hantera besvären med blödningarna är p-piller. Foto: iStock

Våga skriva ut p-piller vid menstruella besvär

God menstruell hälsa ska vara en självklarhet och när p-piller behövs för att uppnå detta bör förskrivning ske omgående. Konsekvenser av att inte behandla kraftiga menstruella blödningar kan med tiden leda till anemi. Viktigt är då att inte bara behandla själva anemin utan att även åtgärda den återkommande blodförlusten hos patienterna.

Mensbesvär orsakar en hög grad av frånvaro från skola, arbete och fysisk aktivitet. En dryg femtedel av alla tjejer i åldersgrupp 16–19 uppgav i enkätstudien UngKAB23 att de stannat hemma från skolan vid varje mens de senaste 6 månaderna. Därtill finns det många som ibland måste avstå från skola, idrott eller andra fritidsaktiviteter på grund av sin menstruation. För en del börjar mensrelaterad skolfrånvaro redan i betydligt yngre ålder, då medelålder för menarche i Sverige är 12,5 år. Även vid närvaro kan menstruation påverka prestation och koncentration i klassrummet negativt.

Varierande mensbesvär

Det mest handikappande menstruell besvär är dysmenorré, menstruations-smärtor. Armour et al konstaterar i sin meta-analys att dysmenorré drabbar drygt 70 procent av menstruerande tjejer, och rapporterar ca 20 procent skolfrånvaro, lik UngKAB23. Nästan lika vanliga är humörförändringar, oftast i lutealfasen – dvs mellan ägglossning och menstruation. Orsaken tros vara de snabba ändringarna i hormonnivåerna som ses i ovulatoriska menstruationscykler. Om ägglossningar uteblir, uteblir även de uttalade hormonsvängningarna. I stället kan följden bli oregelbundna, ibland långdragna och/eller rikliga blödningar. Bara att blöda kan kännas jobbigt och att blöda under majoriteten av dagarna mångfaldigt så.

Blodförlust även vid en regelbunden menstruation kan vara så kraftig att den leder till anemi och genom detta till försämrad hälsa. Då räcker det inte med att behandla anemin, utan man måste även minska det fortsatta blodförlusten.

Effektivast hjälp är p-piller

Kombinerade p-piller (innehåller både

gestagen och östrogen) förhindrar ägglossning. FASS instruerar att ta hormontabletter i 21–24 dagar i följd, och därefter ha ett uppehåll (eller ta placebo-tabletter) i 4–7 dagar. Detta orsakar en sänkning av blodets gestagenhalt, vilket är en signal till endometriet att blöda ut och resulterar i en menstruationsliknande blödning.

Numera rekommenderas det dock att kombinerade p-piller tas i långcykel, vilket betyder att man helt hoppar över eventuella sockerpiller på tablettkartan och i stället tar ett hormonpiller dagligen en längre tid. Resultatet blir färre blödningsperioder och jämnare hormonnivåer över tid. Effekten blir förbättrad mensvärk, både intensitet och antal dagar, minskad blodförlust och ofta stabilisering av menstruationsrelaterade fluktuationer i måendet.

Gestagena mellanpiller är ett alternativ när kombinationspiller är kontraindicerade, vanligen pga ökad individuell risk för venös eller arteriell trombos (exempelvis förälder eller syskon som drabbats av VTE eller egen migrän med aura). Det finns dock ökad risk för oregelbundna blödningar.

Våga skriva ut det första receptet

Eftersom barnmorskor inte har rätt att förskriva p-piller annat än för förebyggande av graviditet, behöver unga tjejer med menstruationsbesvär få hjälp av en läkare. Varje läkare som träffar menstruerande tjejer bör ha beredskap att påbörja behandling av handikappande menstruationsmärtor med p-piller när behovet uppmärksammas.

Ingen menstruerande flicka är för ung för att ta p-piller när det behövs: en 10-åring bör ta p-piller mot sina anemismerande eller smärtsamma menstruationer precis som en 14-åring. Utvärdering

av insatt behandling, och preparatbyte vid besvärande biverkningar, bör ske inom några månader.

Eventuell remiss till en annan vårdgivare bör vara för uppföljning och behandlingsjusteringar, inte för det första receptet. En tidigt insatt behandling bör vara en självklarhet.

Referenser

- <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publikationer-och-material/publikationsarkiv/u/ungas-halsa-relationer-och-sexliv-resultat-fran-ungkab23/?pub=141028>
- Armour et al: *The Prevalence and Academic Impact of Dysmenorrhea in 21,573 Young Women: A Systematic Review and Meta-Analysis.* *J Womens Health (Larchmt).* 2019 Aug;28(8):1161-1171. <https://www.sfog.se/wp-content/uploads/2025/05/dysmenorre-och-endometrios-hos-ungdomar-rad-fran-tonarg.pdf> <https://barnendometrios.se/>

Potentiella jävsförhållanden eller bindningar: Inga uppgivna



Peppi Nash, MD, Mödrahälsöversör, VO Obstetrik och gynekologi, Region Norrbotten
E-mail: peppi.nash@norrbotten.se

Unga med lindrig intellektuell funktionsnedsättning behöver anpassat stöd



IF är ofta en "osynlig" funktionsnedsättning. Detta medför risk att svårigheterna inte uppmärksammas i vårdssituationer och vardagsmiljö. Foto: iStock

Ungdomar med lindrig intellektuell funktionsnedsättning (IF) genomgår liksom alla ungdomar en omfattande bio-, psyko-, social och sexuell utveckling. För att få bästa möjliga förutsättningar för vuxenlivet behöver dessa ungdomar anpassat stöd från både vården och från omgivningen i övrigt.

Lindrig intellektuell funktionsnedsättning (IF) innefattar en intelligenskvot mellan ca 50-55 och 70 (± 5), en motsvarande nedsättning av funktionsförmåga/adaptiv förmåga och att funktionsnedsättningen uppkommit under utvecklingsperioden. Prevalensen är ungefär 1,5 procent i västvärlden. Diagnosen kan vara svår att fastställa, erhålls ofta under skoltiden, ibland på högstadiet, när kraven på kognitiva funktioner ökat alltmer. Diagnosen lindrig IF kan också upplevas svår att ta till sig.

Många uppfyller samtidigt kriterier för autism eller ADHD och har särskilda svårigheter med exekutiva funktioner såsom planering, impulskontroll, tidsuppfattning, rastlöshet och att hantera frustration. Funktionsutredningen behöver kompletteras med en medicinsk bedömning med tanke på bakomliggande orsak, såsom genetiska och pre- eller perinatale förvärvade tillstånd. (1)

Utveckling hos unga med lindrig IF

Ungdomar med IF genomgår en omfattande fysisk, psykisk, social och sexuell utveckling med betydelse för hälsa och framtida livssituation, precis som sina jämnåriga. (2) Hur långt den unge når i de olika utvecklingsområdena varierar men generellt uppnår en person med lindrig IF en kognitiv utvecklingsålder på ca 12 år. Stödbehovet varierar utifrån den unges kognitiva nivå och adaptiva funktionsförmåga. Behovet av en långsammare inlärningstakt och hjälp med struktur och planering, avspeglas i att skoltiden i anpassat gymnasium är fyra i stället för tre år.

Utmaningar under ungdomsåren

Unga med IF får vanligen mindre möjlighet att som en del i identitetsutvecklingen experimentera med olika livsstilar och har ofta ett mer sparsamt umgänge med jämnåriga. Möjligheter att träna sig i socialt samspel, som är en stor del av mellanadolescensen, är därmed begränsade. Föräldrar till unga med IF blir lätt överbeskyddande eftersom självständighetsutövning sker senare än för jämnåriga när slutledningsförmåga och planeringsförmåga är nedsatt och tar längre tid.

Ungdomar med lindrig IF är samtidigt mer utsatta för hälsofarliga beteenden så-

som osäker sex och droganvändande (3) liksom för kränkningar på nätet, sexuella trakasserier och att lockas till kriminalitet. (4)

Samarbete i vården

Ofta är IF en "osynlig" funktionsnedsättning, vilket medför risk att svårigheterna inte uppmärksammas i t ex vårdssituationer. Liksom för alla unga är det viktigt med ett ungdomsvänligt bemötande med ungdomen i centrum. Vårdinstruktion eller information behöver ges i begränsad mängd och gärna förstärkas med skriftlig punktlista eller s k bildstöd. Delar av informationen kan behöva upprepas till ungdomen senare, men även ges till vårdnadshavare och stödpersoner.

Ungdomar med lindrig IF behöver också få stöd för sin sexuella hälsa. Många habiliteringsverksamheter samarbetar med ungdomsmottagningar, där unga med IF är en vanlig patientgrupp. För de som behöver är ett långverkande preventivmedel, såsom t ex p-stav, att föredra.

Inför överföring till vuxenvården är det viktigt att den unge får sin diagnos förklarad. De behöver också kännedom om svårigheter som diagnosen medför i vardagen och vilken hjälp som kan ges från samhället, såsom god man och insatser enligt LSS. (5) (Se Infoteket om funktionshinder. Region Uppsala. <https://region uppsala.se/infoteket/>.) Med rätt stöd får ungdomen med lindrig IF bästa möjliga förutsättningar för vuxenlivet.

Referenser

1. Fernell E., Lindblad I., Nordin-Olsson E., Sandberg J., Söderström AK., Tideman E, Widengren H. Lindrig intellektuell funktionsnedsättning berör många specialiteter. *Läkartidningen*. 2024;121:24071.
2. Gutniak A., Forsberg J., Nylander C. En växande patientgrupp och ett gemensamt ansvar. *Läkartidningen*. 2025;122:24126.
3. Blum RW., Kelly A., Ireland M. Health-risk behaviors and protective factors among adolescents with mobility impairments and learning and emotional disabilities. *J Adolesc Health*. 2001 Jun;28(6):481-90.

4. Latvala A., Tideman M., Söndena E., Larsson H., Butwicka A., Fazel S., Lichtenstein P. Association of intellectual disability with violent and sexual crime and victimization: a population-based cohort study. *Psychol Med*. 2023;53(9):3817-3825.
5. Nationellt system för kunskapsstyrning. *Vägledning för övergång från barn-till vuxensjukvård för unga med medfödd eller tidigt förvärvat funktionsnedsättning* (2024).

Potentiella jävsförhållanden eller bindningar: Inga uppgivna.



Karin Ahlberg, Barn- och ungdomsläkare, barnneurolog Barn- och ungdomshabiliteringen Östersund och Barn-och ungdomsmedicinska kliniken, Centralsjukhuset Karlstad
E-mail: karin.g.ahlberg@gmail.com



Elisabeth Fernell, Barnneurolog, professor i barn-och ungdomspsykiatri, Gillbergcentrum, Göteborgs universitet
E-mail: elisabeth.fernell@gnc.gu.se



Charlotte Nylander, barn- och ungdomsläkare, verksamhetschef, medicine doktor Capio Alva BUMM Södertälje, Uppsala universitet
E-mail: charlotte@nylanders.net

Ungdomstiden hos en person med intellektuell funktionsnedsättning (IF) ur ett föräldraperspektiv

Alma, 13 år, föddes med Downs syndrom. Trots den initiala sorgen och oron kring hur Alma skulle komma att utvecklas, upplevde föräldrarna till en början inte att livet skilde sig särskilt mycket från andra familjers. Med tonårstiden följde förändringar som påverkade familjen som helhet. Det var även nu tankar om framtiden började ge sig till känna. Mamma Lisa Bylander berättar om sina upplevelser som förälder till ett barn med intellektuell funktionsnedsättning (IF).



Alma 13 år. Fram till tonårstiden flöt livet på som i många andra familjer, berättar hennes mamma. Foto: Privat

När blev det konstaterat att Alma har en intellektuell funktionsnedsättning?

Lisa är först lite undrande över frågan och beskriver att föräldrarna egentligen inte pratat särskilt mycket om detta utan mest haft fokus på Downs syndrom och uppföljningen enligt vårdprogrammet med många vårdkontakter.

– Först i samband med skolstart gjordes en omfattande utredning via habiliteringen med fokus på kognitiv och språklig förmåga och Alma började i anpassad skola. Jag upplevde att det man kom fram till i utredningen väl beskrev Alma, men det var också en viss lättnad att det var en lindrig intellektuell funktionsnedsättning.

Hur fungerar det med umgänget med jämnåriga nu när Alma är 13 år?

– Fram tills att Alma var ca tio år kunde umgänget familjens vänner och deras barn på fritiden, ske på ungefär samma villkor. Därefter har skillnaderna blivit allt tydligare. Medan andra ungdomar utvecklar självständighet, sociala relationer och ett mer avancerat språk står Alma kvar på en mer grundläggande nivå i sin utveckling. Alma har inga egna kompisar utöver jämnåriga som hon träffar på skoltid och har ett begränsat ordförråd och svårt att förstå sammanhang.

Vad är den största utmaningen för er som föräldrar idag med en tonåring som har IF?

– Jag skulle säga att vårt liv som föräldrar blivit mer begränsat. Aktiviteter som tidigare fungerade, som t ex ett aktivt friluftsliv, är svårare att genomföra idag. Vardagliga situationer kräver mycket tid, struktur och tålmod. Alma behöver instruktioner i flera små steg och uppföljning av varje moment. Hon har svårt att anpassa sig till förändringar och nya situationer. Det leder ofta till konflikter, motstånd och en känsla av att behöva ”lirka” fram samarbete, vilket är energikrävande. Man skulle kunna beskriva Alma som ”oföljsam”.

Lisa beskriver även att hennes och Almas pappas oro för

framtiden blivit mer påtaglig med tiden. Dotterns begränsade kommunikationsförmåga och bristande konsekvenstänk gör frågor kring hennes framtid svåra och känslomässigt tunga. Tidigare har de kunnat skjuta denna typ av frågor framför sig.

IF-diagnosen innebär rättighet till visst stöd från samhället - har ni som familj kunnat dra nytta av det?

– Jag upplever att föräldrarollen präglas av stress och känsla av otillräcklighet. Det finns ett stort behov av återhämtning. Detta gör att stödinsatser som avlastning i hemmet och avlastningsboende blir avgörande för att få vardagen att fungera, och för oss att kunna fortsätta arbeta heltid. Att Alma ska börja högskolestudier till hösten symboliserar ytterligare en förändring, med nya miljöer, rutiner och relationer som kräver anpassning. Detta är svårt att förbereda sig på. Det blir ändå aldrig som man tänkt sig, säger Lisa.

Sammanfattningsvis innebär ungdomstiden en ny situation för föräldrarna: från en relativt väl fungerande vardag under barndomen till en mer komplex och känslomässigt krävande situation. Skillnaderna mot andra ungdomar blir tydliga, framtidsoron ökar kraven på föräldrarnas engagemang, tålmod och anpassningsförmåga intensifieras.



Karin Ahlberg, Barn- och ungdomsläkare, barnneurolog Barn- och ungdomshabiliteringen Östersund och Barn- och ungdomsmedicinska kliniken Centralsjukhuset Karlstad
E-mail: karin.g.ahlberg@gmail.com

HIGHLIGHTS FROM ACTA PAEDIATRICA JUNE 2026

Anna Käll, Hugo Lagercrantz
E-mail: anna.kall@actapaediatrica.se



Egg, Peanut, Cat and Dog Allergy Sensitisation Patterns

Early diagnosis, multiple food allergies, and high baseline specific IgE levels were strong predictors of egg allergy persistence beyond 8 years of age, according to a study by Tepe et al. <https://doi.org/10.1111/apa.70490>.

A cohort study by Särkkä et al. found that the absence of early nut introduction appeared to be a predictor of severe tree nut and peanut allergy, while parental food allergy was not <https://doi.org/10.1111/apa.70475>.

Meanwhile, Stavart et al. reported that children with suspected cat and dog allergies who were sensitised exclusively to pets were more likely to report clinically relevant symptoms than those sensitised to both pets and other aeroallergens, who were more likely to exhibit broader cross-reactivity <https://doi.org/10.1111/apa.70482>.



Let's Talk About Fetal Consciousness

A fundamental challenge in exploring the existence of fetal consciousness is distinguishing between reflexive movements and genuinely intentional actions. In her review, Reissland notes that although many fetal behaviours may appear purposeful, establishing true intentionality remains difficult. Nonetheless, emerging research on multisensory fetal experience suggests that, particularly in the late third trimester, the fetus exhibits a behavioural repertoire that is closely aligned with conscious action. Photo of Reissland with Preissl and Changeux at the Mind from Cradle to Grave symposium in Stockholm, Sweden, May 2024. <https://doi.org/10.1111/apa.70520>



A Critical Review of the 2025 ILCOR Treatment Recommendations for Resuscitating the Newly Born Infant

Since 2000, the International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR) has published consensus statements on cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care, including treatment recommendations for newborn

infants, every five years. Saugstad et al. reviewed previous versions as well as the latest update from 2025. They concluded that the current recommendations represent an improvement, although they are still based on weak evidence. This highlights that more research is still needed to establish truly evidence-based recommendations for newborn resuscitation. <https://doi.org/10.1111/apa.70485>



Improved Quality of Life in Children with Cystic Fibrosis Receiving Transmembrane Conductance Regulator Modulators

The treatment burden improved in children with cystic fibrosis (CF) who received the transmembrane conductance regulator modulator combination elexacaftor/tezacaftor/ivacaftor (ETI). This finding comes from a study by Svedberg et al., which included 62 children with CF aged 6 to 17 years who initiated ETI treatment and were followed for 12 months. The time spent daily on inhalation therapy and airway clearance decreased by 7 and 4 minutes, respectively, compared with baseline. <https://doi.org/10.1111/apa.70498>



Trends in Hospitalisations Due to Respiratory Syncytial Virus in Swedish Children

Paediatric hospitalisations due to respiratory syncytial virus (RSV) infections in Sweden between 2010 and 2022 occurred mostly in the youngest infants, most of whom were born at term, according to a study by Bolin et al. <https://doi.org/10.1111/apa.70484>. The seasonal pattern was disrupted by the COVID-19 pandemic. Gestational age at birth and age at admission were negatively related to length of hospital stay. A study by Videholm et al. found a strong association between age at RSV infection and subsequent bacterial pneumonia. Preventing RSV infections during the first 2 years of life may therefore reduce the risk of bacterial pneumonia during the first 5 years of life. <https://doi.org/10.1111/apa.70481>

Figures. 1, 3-5: istockphoto, 2: Photo credit: Annika Janson

Förlorad barndom – fångad i skärmens gränslösa värld

Under de senaste åren har oro kring skärmtidens påverkan på barns hälsa ökat markant. Med den växande digitaliseringen i samhället har föräldrarnas roll i förhållande till sina barns skärmanvändning fått allt större uppmärksamhet. Många föräldrar upplever digitala medier som en gränslös värld där möjligheten att övervaka vad deras barn utsätts för är begränsad.

En viktig faktor i sammanhanget är den senaste rapporten från Folkhälsomyndigheten som presenterar uppdaterade rekommendationer om skärmanvändning för barn (2). Därtill har Australien infört en lagstiftning som fastställer en åldersgräns på 16 år för användning av sociala medier (1), vilket speglar ett samhälle i förändring. Kan skärmanvändning komma att utgöra en av vår tids mest betydande hälsoutmaningar?

Föräldrars upplevelser om hur skärmtid påverkar barns hälsa

Föräldrar upplever att hög skärmanvändning är kopplat till både kortsiktiga och långsiktiga hälsokonsekvenser hos deras barn. Långvarig skärmanvändning kan leda till ökad trötthet, sömnproblem, ryggbesvär och huvudvärk, samt att överdriven användning av skärmar och stillasittande livsstil kan leda till försämring av motoriska färdigheter, minskad motion och ökad risk för övervikt och fetma.

Vidare upplever föräldrar att deras barn går miste om viktiga aktiviteter, såsom kontakt med vuxna, lek, rörelse, läsning och naturupplevelser, som en konsekvens av ökad skärmtid. Sömn bortprioriteras och tid framför skärmar prioriteras i stället för dagliga sysslor som läxor, påklädning och att äta regelbundet. Dock

uttrycker föräldrar att skärmtid, särskilt TV-tittande, bidrar till avkoppling och återhämtning hos deras barn. TV-tittande uppfattas som en social aktivitet som stärker familjedynamiken. Samtidigt upplevs digitala medier som distraherande och isolerande, vilket försvårar barns deltagande i verkliga aktiviteter och sociala relationer. Möjligheten att upprätthålla relationer med familj och vänner på distans genom digitala medier anses dock vara en betydande fördel.

Föräldrar upplever att barn ägnar allt för mycket tid åt digitala medier och får ett förändrat beteende när de använder digitala skärmar. Digitala medier upplevs vara beroendeframkallande och relationen till digitala medier beskrivs i liknande termer som ett alkohol- eller drogberoende. Oro över olämpligt innehåll och över innehåll som framställer världen på ett alltför optimistiskt eller pessimistiskt sätt lyfts av föräldrar. De anser att det skapar orealistiska förväntningar och snedvridna bilder av andras liv. Dessutom upplever föräldrar att det finns risker med flera spelare i onlinespel och att olämpliga vänskapsrelationer lätt kan utvecklas, då föräldrar inte alltid vet vem deras barn interagerar med. Det finns även fördelar med skärmanvändning, skärmar kan vara en källa till kunskap och lärande.

Föräldrar anser att skärmtid, när den används på ett medvetet sätt, kan bidra till deras barns kognitiva och språkliga utveckling (3).

Balans mellan digitala medier och tid bortom skärmen

Sammanfattningsvis upplever föräldrar att hur skärmtid påverkar deras barns hälsa är associerat med en balans mellan online- och offlinetid. Föräldrar upplever att det ofta saknas en jämvikt mellan olika aktiviteter i sina barns liv och att detta påverkar deras barns hälsa. Digitala medier uppfattas som en gränslös värld, där föräldrar upplever att deras möjlighet att kontrollera vad deras barn utsätts för är begränsad. Föräldrar står inför utmaningar och avvägningar med att balansera deras barns självständighet och säkerhet i det digitala rummet. Slutligen saknas det kunskap hos föräldrar om hur de ska uppnå en balans mellan digitala medier och tid bortom skärmen för att främja sina barns hälsa.

Referenser

1. eSafety Commissioner. (20 december 2024). Social media age restrictions. Australian Government. [2. Lind, J-O & Tegmark Wisell, K. \(2024\). Digitala medier och barns och ungas hälsa - En kunskapsmanställning \(24190\). Folkhälsomyndigheten. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/20a0ad3202d-54bc9be156ff3e407b55c/digitala-medier-barns-ungas-halsa-kunskapsmanstallning.pdf>
 3. Löwbeer, A & Scott, A. \(2024\). Digital barndom - En litteraturoversikt om hur skärmtid påverkar barns hälsa sett ur ett föräldraperspektiv. \[Magisteruppsats, Karolinska Institutet\]. Karolinska Institutet Open Archive.](https://www.esafety.gov.au/about-us/industry-re-

</div>
<div data-bbox=)

Potentiella jävsförhållanden eller bindningar: Inga uppgivna.



Foto: iStock



Agnes Scott, Skolsköterska, Utbildningsförvaltningen, Mariaskolan, Stockholm
E-mail: agnes.scott@edu.stockholm.se



Foto: iStock

Unga och sömn – vad vet vi idag?

“Jag vet att jag borde sova, men det går inte” är en ofta återkommande formulering i ungdomars möte med vården. Sömnproblem är vanliga hos ungdomar och påverkar hälsa, välmående och hur man fungerar i vardagen. I mötet med ungdomar som kämpar med sömnen behöver vi beakta både biologiska förutsättningar och patientens egen berättelse.

I ditt arbete möter du troligen ungdomar som sover för lite. Även när sömn inte är det primära fokuset i mötet kan den vara en viktig del av helheten. Baserat på både kvantitativa och kvalitativa data från 14–16-åriga ungdomars egna berättelser framträder en tydlig bild: många ungdomar försöker sova, men lyckas inte (1). De beskriver kvällar där kroppen inte är trött och tankarna inte tystnar. “Jag vet att jag borde sova, men det går inte” är en återkommande formulering.

I samband med puberteten sker helt naturligt en biologisk förskjutning av den cirkadiska rytmen, där melatoninfrisätt-

ningen fördröjs och sömntrycket byggs upp långsammare (2). För många ungdomar blir insomning möjlig först sent på kvällen. När detta möter skolans starttider uppstår en återkommande sömnbrist – trots att ungdomen anstränger sig för att sova.

Sömn i sitt sammanhang

Samtidigt visar ungdomarnas berättelser att sömnen påverkas av sammanhanget runt omkring. Svårigheter att somna beskrivs i relation till stress, bristande rutiner, skärmanvändning, svårigheter att varva ned samt existentiella tankar, oro

och rädsla (1).

När ungdomarna beskriver vad som främjar sömn återkommer närvarande och engagerade föräldrar som bidrar till trygghet och rutiner – utan att vara kontrollerande (1). I forskning ses samband mellan föräldrars struktur och ungdomars sömn, och även när rutiner införs eller återinförs i tonåren kan förbättringar ses (3).

Skärmanvändning beskrivs som en tydlig faktor som kan bidra till sömnsvårigheter (1.), och något ungdomar ofta behöver stöd i att balansera. Samtidigt framträder en mer nyanserad bild.

Att beakta i vården mötet med ungdomar:

- Ha sömn i åtanke – även när den inte är huvudorsaken till besöket
- Ställ öppna frågor och lyssna genuint till ungdomens berättelse
- Utgå från individen – undvik enbart generella råd
- Involvera ungdomen i att formulera problem och pröva lösningar
- Involvera föräldrar som stöd i arbetet
- Följ upp och anpassa insatser över tid

Faktorer som kan försvåra sömn:

- Förskjuten dygnsrytm i puberteten
- Bristande rutiner och föräldrastöd
- Stress, oro och kvällsgrubblande
- Svårigheter att varva ned och komma i säng
- Otrygghet eller ensamhet
- Obalanserad skärmanvändning
- Fysisk eller psykisk sjukdom, funktionsnedsättning

Faktorer som kan främja sömn:

- Regelbundenhet i lägg- och uppstigningstid
- Lugna kvällsrutiner och möjlighet till nedvarvning
- Dagsljus och fysisk aktivitet
- Svalt och mörkt sovrum
- Undvika koffein/energidryck kvällstid
- Begränsad skärmanvändning vid läggning – vid behov kan musik, ljudbok eller podd vara alternativ
- Närvarande vuxna som bidrar till trygghet och struktur
- Individuellt anpassade råd – strategier behöver vara genomförbara för ungdomen

Ungdomarna beskriver att mobilen också används för att hantera vakenhet och oro. Många uttrycker att tystnaden på kvällen kan upplevas som obekvämt och att mobilen då fungerar som en distraktion som möjliggör insomning. Detta understryker vikten av att förstå funktionen bakom beteendet.

Sambandet mellan sömn och psykisk hälsa är välkänt (4). Ungdomarna beskriver hur trötthet påverkar koncentration, känslereglering och socialt samspel. Små motgångar blir svårare att hantera, och en ond cirkel kan uppstå där sömnproblem och psykiskt mående påverkar varandra.

Strukturella faktorer, såsom skolans tider, kan spela roll och senarelagd skolstart har visat positiva effekter (2,4,5). Samtidigt är detta inte en enskild lösning. Ungdomars sömn behöver förstås i skärningspunkten mellan biologi, psykologi och social kontext (2,5).

Ungdomens ryggsäck – en klinisk utgångspunkt

I bilden här intill ses fyra ungdomar med varsin ryggsäck. Ryggsäckarna ser olika ut – precis som ungdomarnas livssituationer. Ryggsäcken kan förstås som en bild av det varje ungdom bär med sig: erfarenheter, krav, relationer, vanor, eventuella sjukdomar och biologiska förutsättningar.

Genomgående i forskning uttrycker ungdomar en önskan om att bli bemötta

som individer (1). De efterfrågar kunskap och stöd som utgår från deras egen situation, snarare än generella råd. För detta krävs att vi som professionella lyssnar genuint, öppet och lyhört till ungdomens berättelse – och att vi tillsammans med den enskilda ungdomen utforskar möjliga strategier att pröva och följa upp.

Referenser

1. Jakobsson M. Jag vill sova, men kan inte: Ungdomars perspektiv på faktorer som försvårar och främjar deras sömn. May 2022. <https://hb.diva-portal.org/smash/get/diva2:1639287/FULLTEXT01.pdf>
2. Crowley SJ, Wolfson AR, Tarokh L, Carskadon MA. An update on adolescent sleep: New evidence informing the perfect storm model. *Journal of adolescence* (London, England). August 2018;67:55–65. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1016/j.adolescence.2018.06.001>
3. Bauducco SV, Gardner LA, Champion K, Newton N, Gradisar M. It's past your bedtime, but does it matter anymore? How longitudinal changes in bedtime rules relate to adolescents' sleep. *Journal of sleep research*. April 2024;33(2):e13940-n/a. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jsr.13940>
4. Reynolds AM, Spaeth AM, Hale

L, Williamson AA, LeBourgeois MK, Wong SD, et al. *Pediatric sleep: current knowledge, gaps, and opportunities for the future*. *SLEEP*. July 11, 2023;46(7):1. <https://academic.oup.com/sleep/article/46/7/zsad060/7070629>

5. Dautovich ND, Gunn HE, Dzierzewski JM, Hale L, Hasler B, Saletin JM, et al. *Adolescent sleep health: Recommendations from the National Sleep Foundation*. *Sleep health*. February 21, 2026; <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352721826000021>

Potentiella jävsförhållanden eller bindningar: Inga uppgivna



Malin Jakobsson, PhD, Universitetslektor vid Hälsohögskolan, Jönköping University. Forskar om ungdomar och sömn. E-mail: malin.jakobsson@ju.se

Hur arbetar elevhälsan främjande och förebyggande?

Elevhälsan arbetar nära eleverna. Skolsköterskan möter, som enda yrkeskategori inom elevhälsan, samtliga elever enskilt vid upprepade tillfällen under deras skoltid. Utifrån detta har elevhälsan en unik möjlighet att arbeta främjande och förebyggande.



Elever erbjuds hälsobesök hos skolsköterskan från förskoleklass till åk 1 på gymnasiet. Vid hälsobesöken undersöks t ex längd, vikt, syn och hörsel. Hälsobesöket är en viktig och hälsofrämjande insats där hälsosamma levnadsvanor diskuteras och eleven får möjlighet att reflektera kring sin situation vilket kan främja elevens hälsa både nu och i framtiden. Foto: iStock

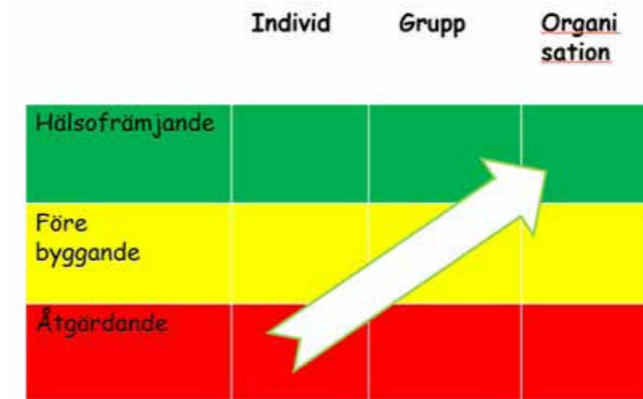


Fig 1. EMI har möjlighet att arbeta hälsofrämjande och förebyggande i stället för åtgärdande på flera nivåer. Illustration: Artikel författarna



Fig 2. Med mer fokus på hälsofrämjande och förebyggande insatser behövs färre åtgärdande insatser. Illustration: Artikel författarna

Elevhälsans medicinska insatser, EMI (tidigare "Skolhälsovård"), har en tydlig plats i skolans organisation. Skolsköterskan och skolläkaren, vilka utgör EMI, är en viktig del i elevhälsoteamet.

I det ingår dessutom kurator, psykolog och specialpedagogisk kompetens liksom rektor som leder arbetet. Insatser görs inte bara på individnivå utan även på grupp- och organisationsnivå (se fig 1).

Alla elever erbjuds hälsobesök hos skolsköterskan i förskoleklass, åk 4, åk 7 eller 8 samt åk 1 på gymnasiet. Vid hälsobesöken undersöks t ex längd, vikt, syn och hörsel. Hälsobesöket är en viktig och hälsofrämjande insats där hälsosamma levnadsvanor diskuteras och eleven får möjlighet att reflektera kring sin situation vilket kan främja elevens hälsa både nu och i framtiden.

EMI har sekretess och lyder under samma lagstiftning som övrig hälso- och sjukvård. Den information som skolsköterskan inhämtar vid enskilda besök kan också avidentifierad användas på grupp-nivå. Denna information kan vara ett underlag till skolans systematiska kvalitetsarbete i ett hälsofrämjande syfte på både grupp- och organisationsnivå och få positiva effekter för många. Elevhälsan är lättillgänglig för barn och unga i större utsträckning än vården i övrigt. Elever kan själva kontakta elevhälsans professioner vilket också är hälsofrämjande.

Hälsofrämjande och förebyggande insatser

Ofta samskrivs åtgärderna hälsofrämjande/förebyggande som om de var av

liknande entitet, men vad innebär då respektive begrepp? Hälsofrämjande insatser ger förutsättningar för elever att må bra och få stöd i sin utveckling mot utbildningens mål. Att gå ut grundskolan med fullständiga betyg är en av de starkaste skyddsfaktorerna för framtida fysisk och psykisk hälsa. Det hälsofrämjande arbetet fokuserar på ett salutogent förhållningssätt, d v s att bevara det som är gott och stärka skyddsfaktorer. Fokus läggs också på att stärka elevers delaktighet och tilltro till sin egen förmåga, s k empowerment. Förebyggande insatser vårdar elevernas miljö och arbetet riktas mot riskgrupper och riskbeteenden. När risker identifieras finns reaktiva signal-system för att kunna agera enligt skolans rutiner och handlingsplaner. På detta sätt kan riskfaktors påverkan på elever och risk för framtida ohälsa minska.

Med främjande och förebyggande insatser kan åtgärdande insatser begränsas (Fig 2). EMI har dock utmaningar med att fokusera på grupp- respektive organisationsnivå eftersom EMI ofta hamnar i åtgärdande elevinsatser. Detta försvårar utvecklings- och påverkansarbetet i skolan som organisation.

Den statliga utredningen "En förbättrad elevhälsa" poängterar de systematiska hälsobesöken som en viktig grund i det främjande och förebyggande arbetet och föreslår en utökning av insatsen. Detta kan ha en positiv effekt på elevers hälsa då det är gynnsamt med tidiga insatser för att förhindra pågående och senare negativa hälsoutfall.

Referenser

- Skollag (2010:800), 2010.
- Evidensbaserad elevhälsa. (Tredje upplagan). (2024). Lund: Studentlitteratur.
- Utredningen om en förbättrad elevhälsa. (SOU 2025:113).
- Antonovsky, A. (2005). Hälsans mysterium. (2. utg.). Stockholm: Natur och kultur.

Potentiella jävsförhållanden eller bindningar: Inga uppgivna



Nils Lundin, Barn- och ungdomsläkare, skolläkare. E-mail: nils.lundin@skane.se



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

Fortbildningsanslag till delföreningar inom BLF

I syfte att stödja fortbildning delar BLF årligen ut tre fortbildningsanslag om 50 000 kronor till BLF:s delföreningar, för anordnande av fortbildningsinsats. I hård konkurrens bland de ansökningar som inkommit från delföreningarna, har styrelsen valt ut tre som denna gång får bidrag. Dessa är Svensk Neuropediatrik förening, Svensk Barninfektionsförening och Vårdplaneringsgruppen för pediatrik hematologi (VHP) och BLF:s delförening för pediatrik hematologi och onkologi (PHO)

BLF och den internationella kampanjen ”Kloka kliniska val”

”Kloka Kliniska Val” (KKV) är en svensk benämning på ”Choosing Wisely” vilket är en internationell kampanj som syftar till att identifiera åtgärder i sjukvården som saknar patientnytta och underlätta utmönstringen av dem. Kampanjen lanserades av American Board of Internal Medicine, 2012 och är i dag spridd till runt 30 länder.

De bärande principerna för ”Kloka kliniska val”, som delas av alla nationer i det internationella Choosing Wisely-samfundet, är att det är läkarlett, patientcentrerat, multiprofessionellt, evidensbaserat och transparent. Arbetet vilar på att läkarprofessionens specialitetsföreningar identifierar åtgärder att utmönstra inom sin specialitet.

Vad är lågvärdevård?

Minst 20 procent av resurserna avsatta för sjukvård beräknas gå till spillo. Det sker genom användning av tester, undersökningar och behandlingar som inte är av värde för patienterna, så kallad lågvärdevård.

Lågvärdevård omfattar åtgärder som:

- saknar relevant effekt,
- innebär större risk än nytta,
- har sämre effekt än andra tillgängliga behandlingsalternativ,
- ger liten nytta i förhållande till kostnad, risk eller resursåtgång.

Det kan också handla om åtgärder som i vissa fall är nödvändiga men som används

slentrianmässigt – till exempel vissa laborietester eller röntgenundersökningar som inte tillför värde i patientens utredning eller behandling.

Choosing Wisely inom European Academy of Paediatrics (EAP)

Inom EAP har man arbetat med Choosing Wisely (CW) i flera år och man har tagit fram 10 gemensamma europeiska råd till barnläkare och till föräldrar. Råden från EAP och mer om Choosing Wisely inom EAP hittar du här: [Choosing Wisely - European Academy of Paediatrics](https://forening.sls.se/kkv) -

Svensk kontaktperson för Choosing Wisely inom EAP är Anna Olivecrona, anna.olivecrona@regionstockholm.se

Hur arbetar BLF med ”Kloka Kliniska Val”?

Inom BLF arbetar varje delförening med att ta fram 1–3 rekommendationer var. Framtagandet av rekommendationerna ska följa SLS mall där det ingår både intern och extern granskning. I tillägg sker det arbete lokalt på flera barnkliniker runt om i landet. Det finns en intressegrupp för KKV inom BLF som har som syfte att

ta fram mer konkreta steg för att arbeta systematiskt och tvärprofessionellt med KKV.

Vill du veta mer om KKV rekommenderar vi att läsa här: <https://forening.sls.se/kkv>
Källor: Socialstyrelsen, Svenska Läkarsällskapet

Arbetet med ”Kloka Kliniska Val” har äntligen fått mer fart inom BLF och det är vi glada för!

Tveka inte höra av er vid intresse eller frågor!

Potentiella jävsförhållanden eller bindningar: Inga uppgivna



Foto: iStock



Anna Olivecrona, Barnläkare, Sektionen för barnendokrinologi och metabola sjukdomar, Karolinska Universitetssjukhuset, Stockholm.
E-mail: anna.olivecrona@regionstockholm.se



Lisa Sahlin Torp, Barnläkare, Barn- och Ungdomsmedicin, Östersunds Sjukhus ST-läkare Socialmedicin och Folkhälsa, Uppsala Universitet
E-mail: sahlintorp@gmail.com



Sylvie i Rwanda är ett av alla barn som Vicky varit med och opererat under sin ST-utbildning. När hon var ett år föll en oljelampa ner i hennes säng. Madrassen fattade eld och Sylvie brännskadades svårt. Skadorna fick självläka, vilket gav svåra komplikationer; huden torkade och lemmarna drogs ihop. Sedan den olyckliga dagen tvingas Sylvie hoppa på ett ben för att ta sig fram och hon kan heller inte använda sin ena arm. Foto: Jörgen Hildebrandt

Fakta

Operation Smile är en internationell medicinsk hjälporganisation som hjälper barn och vuxna med bl a läpp-käk-gomspalt. Största delen av intäkterna kommer från privatpersoner och Postkodlotteriet.

Afrikanska ST-läkare inom plastikkirurgi utbildas i Sverige

Vid två tillfällen under året gästades Sahlgrenska i Göteborg och Akademiska i Uppsala av totalt fem ST-läkare från Rwanda och en från Liberia. Läkarna ingår i ett utbildningsprogram som Operation Smile initierat.

I första gruppen fanns Victoire "Vicky" Mukamitari, Emmanuel Tuyisenge, Eugene Sindikubwabo och i den andra Thierry Cyuzuzo, Jean Luc Niyonsaba samt Decontee Wonokay. Alla går sista året på sin specialisttjänstgöring inom plastikkirurgi vid University Teaching Hospital of Kigali (CHUK). Rwandierna blir, vid examen i december 2026, sitt lands plastikkirurger nummer 6–10 i ordningen – och Vicky den andra kvinnliga någonsin. Decontee blir Liberias första plastikkirurg! Att hon därtill är kvinna är en extra fjäder i hatten.

Barn och vuxna med svåra skador får vänta förgäves

Afrika bär 25 procent av den globala sjukdomsördan, men har endast två procent av världens sjukvårdsarbetare. Här råder akut brist på vårdpersonal. I just Rwanda har det hittills endast funnits två verkamma plastikkirurger för landets befolkning på 14 miljoner. Motsvarande siffra för Sverige är 250 plastikkirurger för 10,5

miljoner människor. Bristen på plastikkirurger innebär att barn och vuxna med bränn- och traumaskador, tumörer och läpp-käk-gomspalt (LKG) tvingas vänta i årtal på en operation, ofta förgäves.

För att hjälpa Rwanda att på sikt bli självförsörjande inom plastikkirurgi, inleddes 2019 ett utbildningsprojekt. Operation Smiles volontärer har varit med sedan starten och utbildat nästa generations plastikkirurger. Den första milstolpen nåddes 2022, då de tre första plastikkirurgerna utexaminerades. Utbildningen löper på, inom ramarna för COSECSA*.

Studie för att se om tal hos LKG-patienter förbättrats

Vicky, Rwandas andra blivande kvinnliga plastikkirurg, kommer i oktober att synas i en SVT-dokumentär som en av tre huvudkaraktärer. Under sin ST-utbildning forskar hon inom logopedi. Hennes mentor är Christina Persson, professor inom logopedi, vid Göteborgs universitet, som

även kommer att vara medförfattare till Vickys forskningsstudie. En vecka av tiden i Sverige lade Vicky därför på just detta arbete.

Mycket förenklat syftar studien till att följa upp LKG-patienter som har genomgått kirurgi, för att utvärdera om talet har förbättrats. Studien mäter två huvudområden: artikulation och gomfunktion. Detta genom att Vicky samlar in ljudinspelningar med hjälp av ett standardiserat talmaterial framtaget på lokalt språk. Christina kommer därefter att stötta Vicky genom att lyssna och bedöma inspelningarna.

*COSECSA: College of Surgeons of East, Central and Southern Africa, en oberoende, icke-vinstdrivande organisation som främjar specialistutbildning inom kirurgi i östra, centrala och södra Afrika

Susanne Isberg, pressansvarig, Operation Smile, Sverige

Välkommen till BLU-konferensen 2026!

2-3 november 2026

📍 Oterdahlska huset, Göteborg



Teman i Barnläkaren 2026

	Utgivn:	Materialdag (annons):
1. Barn och läsning	9 feb	15 dec
2. Dermatologi	28 mars	12 feb
3. Ungdomsmedicin	25 maj	22 apr
4. Onkologi	22 juli	5 jun
5. Gastroenterologi	8 okt	26 aug
6. Barn och infektioner	10 dec	22 okt

www.barnlakaren.se

Pediatrikern som myntade begreppet allergi

Under slutet av 1800-talet och början av 1900-talet var Wien ett välkänt barnmedicinskt centrum. En av de framstående pediatrikerna där var Clemens von Pirquet (1874–1929) med forskning inom immunologi och bakteriologi. Han var den som år 1906 införde begreppet allergi med vilket han avsåg förändrad reaktionsförmåga hos kroppen vid upprepade kontakt med ett antigen (allergen).

Clemens Freiherr von Pirquet föddes 1874 i en adlig familj i Hirschstetten, nu en stadsdel i nordöstra Wien. Fadern var politiker och satt i österrikiska parlamentet, modern kom från en judisk bankirfamilj i Wien (1–3). Efter gymnasiet studerade von Pirquet först teologi i Innsbruck följt av filosofistudier i Leuven i Belgien. År 1895 växlade han över till medicinstudier, först i Wien, därefter i Königsberg, och slutligen i Graz där han 1900 blev medicine doktor. I Graz var då Theodor Escherich professor i pediatrik (1). Escherich är ihågkommen i namnet på den tarmbakterie som han, i sin avhandling, beskrev hos spädbarn (4).

Efter sin examen sökte sig von Pirquet först till barnkliniken vid Charité i Berlin där den kände pediatrikern Otto Heubner var professor. År 1901 flyttade von Pirquet till Wien och blev assistent till Escherich som nu hade blivit professor där. År 1909 fick von Pirquet en professur i barnmedicin vid Johns Hopkins-universitetet i Baltimore. Han kom dock snart tillbaka till Europa. Efter en kort tid som professor i Breslau återvände han till Wien 1911 för att efterträda Escherich som hade gått bort i hjärnblödning.

Serumsjuka och allergi

Pirquet och hans medarbetare Bela Schick lade märke till att barn som behandlades för scharlakansfeber eller difteri med antiserum, som framställdes i hästar, kunde reagera med nässelutslag, feber och ödem. Reaktionen kom efter 7 dagar, men redan efter 8 timmar vid en upprepade injektion. Pirquet kallade detta Serumkrankheit, serumsjuka (5).

Vid revaccination med kokoppsvaccin såg Pirquet en snabb lokal reaktion medan reaktionen kom senare hos den tidigare vaccinerade (5). Kroppens ändrade reaktion (verändrade Reaktionsfähigkeit) vid upprepade kontakt med vissa antigener (allergener) benämnde von Pirquet Allergie, allergi, av g. allos, annan + er-

gon, verkan, Bild 1 (5).

När vi idag talar om allergi tänker vi oftast på allergi mot pollen, pälsdjur eller födoämnen, men principen med förändrad reaktion på ett främmande ämne är likartad med von Pirquets tankar. Att von Pirquet var väl bekant också med pollenallergi framgår av hans beskrivning av Heufieber, hösnuva. Han redogör detaljerat för konjunktivalprovokation med gräspollen som även vintertid utlöser symtom hos hösnuvepatienten, men inga symtom hos dem utan hösnuva (5). Kroppens reaktionssätt har förändrats hos patienten med hösnuva, det vill säga allergi.

Idag menar vi med allergi en reaktion som oftast förmedlas via IgE-antikroppar. Det skulle dock dröja sextio år innan IgE-antikropparna upptäcktes av Gunnar Johansson och Hans Bennich i Uppsala respektive Kimishige och Teruko Ishizaka i Denver.

Kampen mot tuberkulos

Pirquet var engagerad i kampen mot tuberkulos hos barn. Redan Robert Koch hade beskrivit att vid subkutan injektion av tuberkulin uppstod en lokal reaktion med rodnad och svullnad hos personer med tuberkulos. Tuberkulin var ett glycerinextrakt som Koch hade framställt från avdödade tuberkulosbaciller.

Med syfte att tidigt upptäcka tuberkulos hos barn utvecklade Pirquet 1907 ett test som innebar att man applicerade en droppe tuberkulin på barnets underarm (Bild 2). Genom att rispa eller skrapa huden kunde tuberkulinet tränga in i huden. Vid positivt resultat uppstod en lokal förhårdnad vilket tydde på att barnet hade exponerats för tuberkulosbakterier och utvecklade ett immunsvär.

Vid tiden för sin tillkomst var Pirquet-testet en pionjärinsats, men metoden kom att ersättas av de mer exakta Mantoux- och PPD-testen där en liten mängd tuberkulin eller, senare, PPD (purified



Bild 1. Förstasidan till monografien *Allergie* (ref. 5). Foto: Wellcome Collection, CC BY 4.0

protein derivate) injiceras intrakutant på underarmen. Eventuell reaktion i form av förhårdnad mäts efter 48–72 timmar. Reaktionen visar att immunsystemet har känt igen tuberkulosbakterier. Vi är idag medvetna om att en reaktion kan ha olika orsaker, inte bara en sann tuberkulosinfektion, utan till exempel en tidigare BCG-vaccination.

Bredd som barnmedicinare

Även om Pirquet idag är ihågkommen för sina insatser inom immunologi och bakteriologi hade han ett brett forskningsfält och han var även kliniker. Exempelvis intresserade han sig för spädbarnsuppfödning, använde tillväxtkurvor och ledde fördelningen av amerikansk humanitär hjälp till de österrikiska barnen efter För-



Bild 2. Clemens von Pirquet utför Pirquet-test på en ung patient. Fotot något beskuret. Foto: Wellcome Collection, CC BY 4.0

sta världskriget (1). Det berättas att han läste barnböcker och berättade sagor för sina patienter.

Pirquet nominerades fem gånger till Nobelpriset, men fick det aldrig. Själv nominerade han pacifisten Bertha von Suttner till Nobels fredspris vilket hon fick 1905. Pirquets liv slutade tragiskt. Hans hustru hade psykiska problem och utvecklade ett barbituratmissbruk. Tillsammans tog makarna sina liv i februari 1929.

Referenser

1. Shulman ST. Clemens von Pirquet: A Remarkable Life and Career. *J Pediatric Infect Dis Soc.* 2017; 6 (4): 376-379.
2. Angetter D, Hansson N. Clemens

Freiherr von Pirquet – Warum der „Allround“-Mediziner am Nobelpreis scheiterte. *Gesellschaft der Ärzte in Wien, Billrothhaus.* 2021; https://www.billrothhaus.at/images/Angetter_Verhinderte-Nobelpreistraeger_Teil-4_Pirquet.pdf

3. Hansson N, Angetter-Pfeiffer D. Remembering innovative paediatrician Clemens von Pirquet on the 150th anniversary of his birth. *Acta Paediatr.* 2024; 113 (8): 1778-1780.
4. Wennergren G. Om E:et i E. coli. *Barnläkaren.* 2024; (5): 34-35.
5. von Pirquet C. *Allergie.* Berlin: Julius Springer, 1910. 96 sid. Wellcome Collection. <https://wellcomecollection.org/works/hce5rq4y>



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

Bovin tuberkulos hos barn

Tuberkulos (TBC) var på 1800-talet en vanlig sjukdom hos människor och nötkreatur. År 1846 visade den tyske läkaren Hermann Klenke en ökad förekomst av TBC-skrofler hos barn efter intag av mjölk från sjuka kor. Nötkreaturens TBC-bakterie visades skilja sig från den som förekom hos människor och kallades *Mycobacterium bovis*. På 1920-talet blev det klart att *M. bovis* var humanpatogen. Särskilt barn smittades via komjolk.

Tuberkelbakterien påvisades av Robert Koch 1882 och fick namnet *Mycobacterium tuberculosis*. 1898 visade Theodor Smith att nötkreaturens TBC-bakterie skilde sig från den som förekom hos människor och gav den namnet *Mycobacterium bovis* (bovis är genitivformen av latinets bos, nötkreatur, ox). Senare visade det sig att *M. bovis* förekommer hos flera djurarter. Båda typerna av bakterier har med modern teknik påvisats i flera tusen år gamla skelett från djur och människor (1).

Barnen smittades via komjolk

Till en början uppfattades TBC hos kor som ett veterinärmedicinskt problem, men på 1920-talet blev det allmänt accepterat att *M. bovis* var en viktig humanpatogen. I synnerhet barn smittades via mjölk.

I mitten av 1930-talet inträffade ett utbrott av TBC i byn Horred i södra Västergötland. Provinsialläkaren Simon Ståhl fann hösten 1936 att flera barn hade insjuknat. Han misstänkte TBC och att smittkällan kunde vara komjolk. Totalt blev 32 barn sjuka, de flesta med långvarig feber, förhöjd sänka, förstörade lymfkörtlar, vanligtvis på halsen, och/eller erythema nodosum. Två av barnen hade buktuberkulos. Ståhl utförde en omfattande epidemiologisk kartläggning genom tuberkulintestning. Femtio barn testade positivt, varav 32 insjuknade med symtom. De flesta av dessa barn hade tidigare testat negativt. Alla de sjuka barnen hade druckit mjölk från mejeriet.

God omvårdnad och näringsrik mat som enda behandling

All mjölk från mejeriet borde ha varit pastöriserad, men man sålde opastöriserad mjölk då många tyckte att den pastöriserade smakade kokt. På en gård som levererade mjölk till mejeriet hade de 22 korna undersökts såväl i maj som i



Mycobacterium bovis Foto: Shutterstock/Kateryna Kon

september 1936 och befunnits friska. Nu undersöktes djuren igen. En ko visade sig ha juverinfektion och mikroskopering visade förekomst av syrafasta stavar. Sex av barnen fick vistas på sanatorium. Vid denna tid fanns ingen annan behandling än god omvårdnad och näringsrik mat. Alla de TBC-sjuka barnen tillfrisknade och följdes i två år med tanke på senare manifestationer som kan förekomma vid såväl human som bovin TBC, till exempel i skelettet. Ståhl skrev om detta utbrott i en artikel som publicerades år 1939 i *British Journal of Children's Diseases* (2).

I Läkartidningen presenterade Erik Hedvall vid Lungkliniken i Lund år 1958 flera utbrott av bovin TBC, bland annat på feriekolonier (3). Barnen hade smittats via mjölk från kor med juver-TBC. Hedvall skriver i sin artikel från 1958 att segern över kreaturstuberkulosen nu var i det närmaste vunnen, och bovin tuberkulos därmed försvunnen. Idag utgör infektioner orsakade av *M. bovis* inget stort problem i Norden (4). Fortsatt vaksamhet är dock viktig då bovin TBC finns i andra delar av världen.

BCG-vaccinet bygger på Mycobacterium bovis

Det vaccin som idag används mot TBC är levande celler av *M. bovis* som försvagats genom att omodlas 239 gånger under perioden 1908–1921. Vaccinet betecknas Bacille Calmette Guerin (BCG) efter de två forskare som utvecklade det.

Avelsdjur bar på bovin tuberkulos

En anledning till den bovina tuberkulosens spridning och omfattning var att man, i avsikt att förhindra inavel och öka djurens mjölkproduktion, köpte avelsdjur och även hela besättningar från andra länder (Bild 2).

TBC hos nötkreatur utgjorde ett stort jordbruksekonomiskt problem. Veterinärerna började undersöka nötkreatur med symtom och ansåg att sjuka djur borde slaktas. Man använde sig av kliniska undersökningar och tuberkulintestning av djuren (4). Lantbruksstyrelsen fick kritik från veterinärkåren för att inte vilja införa regler som skulle störa jordbruksdriften.



Under 1800-talet importerades nötkreatur från den rödvita Ayrshire-stammen. En del av djuren visade sig vara infekterade med *Mycobacterium bovis*. Detta var en orsak till att bakterien började spridas via opastöriserad mjölk. Foto: iStock

Kampen mot kreaturstuberkulos

Den ökade insikten att också människor kunde drabbas av bovin TBC gjorde att kampen mot sjukdomen ökade. Redan 1925 föreslogs att all mjölk på mejerierna skulle pastöriseras (5), men man kunde fortfarande köpa opastöriserad mjölk direkt från gårdarna. Många tyckte att den pastöriserade mjölken smakade sämre, men pastöriseringstekniken förbättrades. Obligatorisk pastörisering av mejerimjölk infördes 1939 (5).

En ny epizooti-lag tillkom 1934 som även omfattade TBC. En epizooti-sjukdom är en allvarlig smittsam djursjukdom som kan utgöra ett hot mot människors eller djurs hälsa, eller få stora ekonomiska konsekvenser.

Tuberkulintestning kom att bli en vanlig metod även för kor. Under det sena 1930-talet utfördes varje år i Sverige närmare en miljon tuberkulintester på nötkreatur. Många djur slaktades. Veterinärerna i vårt land förtjänar all beundran för den kamp som de har fört mot kreaturstuber-

kulosen. År 1958 förklarades Sverige fritt från TBC hos nötkreatur.

Referenser

1. Ridell M, Eriksson M. Tuberkulos och lepra i forna tider. *Svensk Medicinhistorisk Tidskrift*. 2023; 27 (1): 125–132.
2. Ståhl S. A tuberculosis epidemic caused by milk-borne infection. *British Journal of Children's Diseases*. 1939; (April–June): 83–99.
3. Hedvall E. Bovin tuberkulos hos människa och kreatur samt bekämpande i Sverige. *Läkartidningen*. 1958; 58: 538–542.
4. Eriksson M, Larsson LO, Ridell M. Bovin tuberkulos hos djur och människor. *Svensk Medicinhistorisk Tidskrift*. 2024; 28 (1): 63–70.
5. Eriksson M, Ridell M. Säker mjölk till barnen med pastörisering. *Svensk Medicinhistorisk Tidskrift*. 2025; 29 (1): 29–35.



Margareta Eriksson, Docent, Astrid Lindgrens barnsjukhus, Karolinska Universitetssjukhuset
E-mail: margareta.2.eriksson@regionstockholm.se



Malin Ridell, Professor emerita, Institutionen för biomedicin, Avdelningen för mikrobiologi och immunologi, Göteborgs universitet
E-mail: malin.ridell@gmail.com

HIGHLIGHTS FROM ACTA PAEDIATRICA MAY 2026

Anna Käll, Hugo Lagercrantz
E-mail: anna.kall@actapaediatrica.se



Rooting reflex study showed that preterm infants preferred self-stimulation

Preterm infants demonstrated tactile discrimination and preferred self-stimulation, according to a study by Touraton et al. The authors analysed behavioural responses to the rooting reflex in 27 infants born between 24 and 37 weeks of gestation. Video recordings showed that mouth opening and/or tongue protrusion without head movement was significantly more frequent during self-stimulation than external stimulation. The findings suggest an early ability to distinguish self from non-self and support the idea that the rooting reflex reflects implicit sensory self-awareness.

<https://doi.org/10.1111/apa.70453>



When social media becomes the paediatrician

Many parents turn to social media for advice on various problems with their infants, including cry-fuss and sleep issues. A perspective by Immeli et al describes how this may encourage both medicalisation, which is treating normal developmental variations as medical problems, and paramedicalisation, which uses therapies that are not evidence based. Khoo expands the discussion by highlighting that health misinformation on social media may also increase the potentially harmful risks of avoiding evidence-based care.

<https://doi.org/10.1111/apa.70468>

<https://doi.org/10.1111/apa.70494>

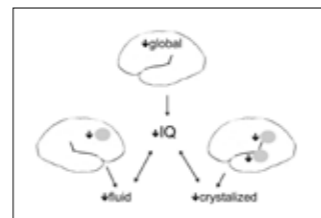


Swedish neonatal units showed wide variations when handling breast milk

A Swedish survey by Blomqvist et al found wide variations in how breast milk was handled in neonatal units, despite national guidelines. Some prioritised fresh mother's milk, while others mixed fresh and frozen milk or used the milk in the order it was frozen. Donor milk was mainly given to infants

<34–35 weeks or after surgery, but the criteria varied. Some also provided it for hypoglycaemia, growth restriction or cooling treatment. The authors concluded that national guidelines need to be clarified and updated and milk banking improved.

<https://doi.org/10.1111/apa.70448>



Fluid intelligence deficits were not linked to volume and diffusivity in very preterm brains

Individuals born very preterm often have deficits in their fluid domain of intelligence, which includes the ability to solve reasoning problems using logical and abstract thinking. A systematic review by Wulff et al found that these deficits were not linked to changes in brain volume and diffusivity. The review comprised 1576 individuals born very preterm and 754 born at term, when they reached 4–30 years of age. There was strong evidence of associations between general intelligence and brain volume and diffusivity, but no specific associations with fluid intelligence. The authors suggest that disorganization of the neural networks might be more important in explaining reduced fluid intelligence.

<https://doi.org/10.1111/apa.70446>



Risk of misdiagnosing long QT syndrome as breath-holding spells was low

A population-based study of 16 Swedish children with long QT syndrome found that the risk of misdiagnosing long QT as breath-holding spells was low. Hellström Schmidt et al concluded that the routine advice to carry out electrocardiograms on children with breath-holding spells to rule out long QT syndrome may not be warranted in all cases. However, the authors suggest that it is advisable for children under three months old to undergo an electrocardiogram.

<https://doi.org/10.1111/apa.70460>

Figures: 1–3, 5: istockphoto, 4: Wulff et al.

Hjälp människor på flykt!

Just nu är 60 miljoner människor på flykt undan krig och förföljelse i världen. Din hjälp behövs.

SMS:a FLYKT150 till 72980 och ge 150 kronor.
Eller swisha valfritt belopp till 123 90 01 645.
Tack!

90 SVENSK INSAMLINGSKONTROLL

Foto: UNHCR/Andrew McConnell

Sverige för UNHCR FN:s flyktingorgan

Teman i Barnläkaren 2027

	Utgivn:	Materialdag (annons):
1. Barn och smärta	9 feb	14 dec
2. Diabetes	28 mars	12 feb
3. Övergång från barn till vuxen	25 maj	22 apr
4. Praktisk akutsjukvård	22 juli	5 jun
5. Neonatologi	8 okt	26 aug
6. Genetik	10 dec	22 okt

www.barnlakaren.se

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

Info om BLF Lunchwebinar 2026

Som vanligt gäller första tisdagen i varje månad kl 12.15-13.00 i samarbete med Svenska Läkaresällskapet
Info: <https://www.barnlakarforeningen.se/kalender/>

12/6-15/6 EAACI Congress 2026, Istanbul. BLF:S delförening för allergi och lungmedicin
Info: <https://aol.barnlakarforeningen.se/kalender/eaaci-congress-12-15-juni-2026-i-istanbul/>

15/6-17/6 Uppsala Symposium on the Care of Tiny Babies
Info: <https://neo.barnlakarforeningen.se/kalender/uppsala-symposium-on-the-care-of-tiny-babies/>

23/6-25/6 Hot topics in Infection and Immunity in Children, The ESPID-Oxford Course, Oxford
Info: <https://www.ovg.ox.ac.uk/iic>

7/9-11/9 SK-kurs: Cerebral pares hos barn och ungdomar
Info: <https://blu.barnlakarforeningen.se/kalender/sk-kurs-cerebral-pares-hos-barn-och-ungdomar/>

29/9-2/10 SK-kurs Missbildningar hos nyfödda
Info: <https://blu.barnlakarforeningen.se/kalender/sk-kurs-missbildningar-hos-nyfodda/>

“Som barnläkare hos Capio Alva BUMM jobbar du i en vardag som aldrig står still – du möter olika typer av patienter och utvecklas hela tiden i din roll.”

*Emmeli Segerberg
Barnläkare Capio Alva BUMM*

Capio Alva BUMM är en väletablerad verksamhet med erfarna barnläkare, barnpsykiatriker, barnpsykologer och barnsjuksköterskor. Nu söker vi fler barnläkare och andra professioner till våra mottagningar i Stockholmsregionen.



Lotte Thorblad, Emmeli Segerberg och Ewa Widinghoff.

Vi söker barnläkare som vill vårda livet

På Capio Alva BUMM får du arbeta med hela bredden inom pediatrik – från att möta barn och ungdomar med akuta sökorsaker till att följa patienter med kroniska tillstånd över tid. Du kommer att utreda, behandla och följa upp barn i olika åldrar och får möjlighet att kombinera kliniskt arbete med utveckling av nya arbetssätt. Ledarskapet är närvarande och beslutsvägarna korta.

”Vi är en fristående enhet, vilket betyder att vi kan fatta beslut snabbt och få saker att hända. Samtidigt har vi en varm, positiv stämning där man verkligen känner sig som en del av teamet.”

Kunskapsutbyte och utveckling i fokus

Vi arbetar aktivt både med medicinska frågeställningar och barnrättsfrågor som en del av vårt kvalitets- och utvecklingsarbete. Digitala och AI-baserade lösningar är redan en del av vår verksamhet, vilket gör oss flexibla och väl rustade inför framtiden.

”Med arbete på dagtid, inga jourer och möjlighet att påverka ditt schema finns utrymme för livet utanför jobbet också.”

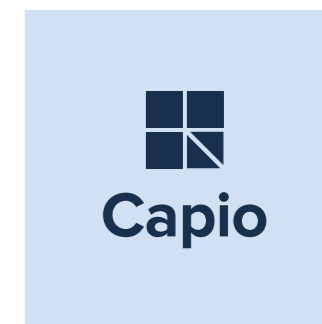
Flexibilitet och stor arbetsglädje

Hos oss får du ett arbete där du kan vara med och påverka. Vi värdesätter alla medarbetares engagemang i att utveckla både verksamheten och arbetsmiljön.

Vill du arbeta i ett team med hög kompetens, starkt engagemang och barnets bästa i centrum? Då ser vi fram emot din ansökan!



Skanna koden för att komma till våra lediga tjänster.



NÄSTA NUMMER

Nästa nummer har temat **Onkologi** och utkommer den 22 juli.

Det kommer dock att finnas tillgängligt på Barnläkarens hemsida: www.barnlakaren.se tidigare.

Via vårt nyhetsbrev, Facebook och Twitter får du information om när detta sker.

Tipsa gärna om nyheter: info@barnlakaren.se



Vi är på plats och räddar liv i Ukraina

Här är vi och räddar liv i Ukraina. Vi är på plats och räddar liv i Ukraina. Vi är på plats och räddar liv i Ukraina.

Swisha ditt stöd till 900 80 79







Bli en del av teamet på Barnsjukhuset Martina

BARNSJUKHUSET MARTINA är den största vårdgivaren för barn- och ungdomsmedicinsk öppenvård i Stockholm, med över 250 medarbetare på många platser i Stockholm.

Den huvudsakliga inriktningen är BUMM via regionsavtal inklusive neuropsykiatri. Vår största enhet ligger på Sophiahemmet. Martina har i dagsläget tre BVC mottagningar och även avtal för barnlogopedi och ortopedi.

Martina har många olika subspecialister men grunden i verksamheten utgörs av allmänpediatriker. Givetvis understödda av kunniga barnsjuksköterskor inom många områden (ADHD, astma och allergi, gastro, obesitas och uroterapi) samt dietistverksamhet.

Se lediga tjänster och läs mer om oss som arbetsgivare



Vi har lång erfarenhet av att ta emot ST-läkare och värnar om en akademisk miljö med kunskapsdelning, kompetensutveckling och handledning som en naturlig del av vardagen. Här får du arbeta i en trygg och utvecklande miljö med god gemenskap och arbetsglädje.

Som arbetsgivare lägger vi stor vikt vid flexibilitet och strävar efter att skraddarsy anställningar som fungerar både för medarbetarens privatliv och verksamhetens behov.



BARNSJUKHUSET MARTINA finns på följande platser i Stockholm:

- ▶ Sophiahemmet
- ▶ Globen
- ▶ Järvastaden
- ▶ Norra Djurgårdsstaden
- ▶ Sollentuna
- ▶ Nacka Strand
- ▶ Huddinge
- ▶ Bromma
- ▶ Lidingö