



# BARNBLADET

Tidskrift för Sveriges Barnsjuksköterskor • årgång 35 # 2/2010



*tema: regnbågsfamiljer | kranio-fasciala avvikelser*

## Nyhet!

# Natusan® first touch. Utvecklad för den nyfödda hudens behov.

Forskningen visar att spädbarnshud är nästan en tredjedel tunnare än vuxen hud<sup>1</sup> och att den tappar fukt snabbare än hos vuxna.<sup>2</sup> Dessutom får 60% av småbarnen torr hud någon gång under det första året<sup>2</sup> och upp till 50% får utslag på stjärten någon gång under blöjtiden.<sup>3</sup>

Hudvårdsprodukterna i serien Natusan first touch är utvecklade specifikt för den nyfödda hudens behov och är fri från parfymer och färgämnen. Bakom Natusan ligger en omfattande dokumentation och mer än 60 års klinisk erfarenhet.



**Dokumenterad mild för huden**  
Test av ingredienserna  
Test för säkerhet och tolerans  
Dermatologiskt testad



**No More Tears - Mild mot ögat**  
Test av ingredienserna  
In vivo tester, irritation och sveda  
In vitro tester, irritation och lakrimation



Astma-Allergi  
Förbundet

Samtliga produkter  
exklusive tvättserverterna



Zink, Bath, Lotion och Schampo

<sup>1</sup>Stamatas GN et al. Infant skin microstructure assessed in vivo differs from adult skin in organization and at the cellular level. *Pediatric Dermatology*, 2009; July/Aug issue.

<sup>2</sup>Nikolovski J, et al. Barrier function and water-holding and transport properties of infant stratum corneum are different from adult and continue to develop through the first year of life. *J Invest Dermatol* 2008; 128:1728-36.

<sup>3</sup>Atherton D, Mills K. What can be done to keep babies' skin healthy? *RCM. Midwives* 2004;7:288-290.

Finns nu även på utvalda apotek!

Med omtanke för livet



# innehåll

<b>LEDARE</b> .....	4
<b>NOTERAT I DEN PEDIATRISKA VÄRLDEN</b> .....	5
<b>ANNORLUNDA MEN KANSKE INTE ALLTID BÄTTRE FÖRR - KUVÖSHISTORIA</b> .....	6
<b>TEMA REGNBÅGSFAMILJER</b>	
<b>LESBISKA BARNFAMILJERS MÖTEN MED HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN</b> .....	10
<b>REGNBÅGSFAMILJERNAS ETABLERING I SVERIGE</b> .....	12
<b>PORTRÄTTET: LARS GÅRDFELT OM ATT VARA HOMOSEXUELL FÖRÄLDER</b> .....	16
<b>GÄSTSKRIBENTEN</b>	
<b>ÅSA HEIMER: BARNHÄLSOVÅRD – MÖJLIGHETERNAS ARENA</b> .....	20
<b>TEMA KRANIOFASCIALA AVVIKELSER</b>	
<b>LÄGESBETINGAD SKALLASYMMETRI – VAD BEROR DEN PÅ OCH VAD GÖR VI?</b> .....	22
<b>ATT LEVA MED ETT ANNORLUNDA UTSEENDE</b> .....	26
<b>VÅRDTYNGDMÄTNING</b> .....	28
<b>AKTUELL FORSKARE</b>	
<b>EVA WIKSTRÖM: INFORMATIONSUTBYTE I BARNSJUKVÅRD: ATT GRADVIS NÅ SAMFÖRSTÅND</b> .....	30
<b>FRÅN SYSKONGRUPPEN FÖR CENTRUM FÖR BARNES RÄTT TILL HÄLSA: ”ÄNTAR DU UTMANINGEN?”</b> .....	32
<b>MEDLEMSSIDOR</b> .....	33-34



## BarnBladets första TS-upplaga klar: 3.500 ex

Tidskriften BarnBladet grundades för 35 år sedan, och har under decennierna utgjord Barnsjukvårdens självklara forum för de flesta ämnen som rör professionen, som exempelvis yrkeslivsfrågor, barnrelaterade diagnoser och utbildning.

För att ytterligare kvalitetssäkra BarnBladet och öka den allmänna kännedomen om tidskriften, är den sedan 2009 medlem i Sveriges Tidskrifter, en branschorganisation för seriösa facktidskrifter, och som idag ansluter ca 400 medlemstidningar.

Därtill har BarnBladet också blivit ansluten till

Tidsningsstatistik (TS). TS utför en oberoende och extern granskning av distribution och upplagesiffror. Kontroll och revision görs på årsbasis enligt mycket strikta principer för att inga felaktigheter skall kunna uppstå. Ett av de främsta skälen till TS-revision är att tidskriften skall kunna garantera annonsörerna de uppgifter man lämnar om bl a upplagestorlek. Och vi kan nu garantera våra annonsörer en TS-upplaga om 3.500 ex.



M. Forslin





## Bästa kolleger!

ledare

År är det 100 år sedan Svensk Sjuksköterskeförening (SSF) bildades och detta firades i mars med pompa och ståt. SSF är de olika riksföreningarnas moderorganisation. Mycket vatten har runnit under broarna under dessa 100 år. Under 1900-talets första hälft var sjuksköterskan framför allt läkarens underdåniga medhjälpare. Den medicinska vetenskapen gjorde stora framsteg och därmed stärktes läkarnas roll. Sjuksköterskorna kämpade med anställningar som krävde näst intill ständig tjänstgöring och att ge upp tanken på barn och familj. Under efterkrigstiden gick yrket in i en annan fas, den pragmatiska, som varade till 70-talet. Under kriget hade kvinnor visat att de kunde ro iland både försörjning och familj, trots bortavarende män, vilket spred ringar på vattnet för sjuksköterskorna. Sjuksköterskor som kunde tänka logiskt och omsätta sin kunskap i handling värderades högt. 1957 fick sjuksköterskorna sin legitimation vilket var ett stort steg mot en egen profession. Samtidigt, i de medicinsktekniska framgångarnas spår, så fjärmade sig sjuksköterskorna från patienterna och i stället kom uppgifter, diagnoser, medicinsk behandling och att vara läkarens rappa assistent i fokus. Rondsystem infördes och sjukvården organiserades enligt militära förebilder. Under 1970-talet inträdde den humanistiskt existentiella perioden. Under den pragmatiska perioden rådde en dualistisk människosyn där man skilde på kropp och själ, vilket med den humanistiska människosynens inträde blev ohållbart. Människan fria val, integritet och okränkbarhet utgjorde den humanistiska grunden. Omvårdnadsforskning och teoriutveckling, med start inom sjuksköterskeutbildningar i USA, ledde så småningom till krav på att sjuksköterskan skulle ha ett tydligare omvårdnadsansvar och vara autonom i sitt yrke.

Utredningen Vård 77 blev startskottet för den nya akademiska sjuksköterskeutbildningen. Dagens sjuksköterskeutbildningar skall svara upp mot Högskolelagens (SFS 1992:1434) mål och Högskoleförordningens (SFS 1996:117) examensordning för sjuksköterskor. Ett kritiskt tänkande och självständigt handlande, baserat på vetenskap och beprövad erfarenhet men också med utgångspunkt i ett etiskt förhållningssätt, är kännetecknen på den akademiskt utbildade sjuksköterskan. Så väldigt mycket har hänt på 100 år, fr. a från 70-talet och framåt, och inom SSF och riksföreningarna arbetas det idogt på att värna och utveckla vår profession. Och vi måste rikta blicken framåt! Barnsjuksköterskedagarna i Jönköping i april fokuserar bland annat på framtidens pediatrik. Visst låter det spännande!

Detta nummer av BarnBladet handlar bland annat om *Regnbågsfamiljer* och *Kranio-fasciala avvikelser*. Nästan alla barn går på BVC och alla familjer har rätt att ställa krav på ett kunnigt, känsligt och professionellt bemötande. Tänk så viktigt det är att på BVC mäta barnets huvudomfång och titta på huvudformen för att tidigt upptäcka avvikelser som kan åtgärdas. Men alla är inte lika positiva till kontrollerna på BVC. Under hösten publicerades en avhandling från Stockholms universitet där fyraårskontrollen på BVC kritiseras och beskrivs som en maktutövning som riskerar att resultera i exkludering och marginalisering av enskilda individer och grupper. Författaren undrar varför det är så viktigt för samhället att kontrollera barns utveckling. Avhandlingen heter: "Prima barn, helt u.a. Normalisering och utvecklingstänkande i svensk barnhälsovård 1923-2007".

Vårhälsningar

**Berit Finnström**  
Vice Ordförande

## Upprepad narkos kan påverka barns inlärningsförmåga

Det finns ett samband mellan upprepad narkos hos barn och nedsatt minnesförmåga. Men fysisk aktivitet kan bidra till ny cellbildning som förbättrar minnet. Det visar aktuell forskning från Sahlgrenska akademien. Studien är publicerad i den vetenskapliga tidskriften *Journal of Cerebral Blood Flow and Metabolism*.

– Barnnarkosläkare har länge misstänkt att barn som sövts flera gånger under några få år kan få sämre minne och inlärningsförmåga. Det finns även utländsk forskning som stöder den teorin, säger **Klas Blomgren**, professor vid Drottning Silvias Barn- och Ungdomssjukhus och forskare vid Sahlgrenska akademien.

Hans forskargrupp upptäckte av en slump kopplingen mellan utplånade stamceller och upprepad narkos i samband med en annan studie. De ville ta reda på vad som händer med stamceller i hjärnan om de utsätts för starka magnetfält, exempelvis vid en undersökning med magnetkamera. Undersökningen genomfördes via djurstudier med råttor och möss. Det visade sig att magnetfält inte hade några påtagliga effekter på djuren men att de fick biverkningar av upprepad narkos.

– Vi fann att upprepade sövningar utplånade stamceller i hippocampus. Stamceller i hippocampus kan bilda nya nervceller eller gliaceller, och nybildning av nervceller anses vara viktig för våra minnesfunktioner, säger Klas Blomgren.

Deras resultat kunde även kopplas till sämre minne hos djuren i takt med att de blev äldre. Effekten påvisades bara hos unga råttor eller möss som sövts, inte bland de vuxna djuren. Anledningen kan vara att stamcellerna är känsligare i en omogen hjärna trots att de minskar i antal med ökande ålder.

– Trots omfattande försök har vi inte lyckats förstå hur det går till i detalj när stamcellerna utplånas. Vi kunde inte se tecken på ökad celldöd, utan spekulerar att stamcellerna förlorar sin förmåga att dela sig, säger Klas Blomgren.

Ett annat exempel på behandling som utplånar stamceller i hjärnan, är strålning vid cancerbehandling. Klas Blomgren och hans forskargrupp har tidigare, genom djurstudier, visat att fysisk aktivitet efter strålning kan ge en ökad mängd nya stamceller och delvis återställa de som förlorats.

– Dessutom verkar de nybildade nervcellerna fungera bättre hos djur som motionerar. Med hjälp av denna kunskap kan vi ta fram behandlingar som förebygger eller återställer förlusten av stamceller efter upprepad narkos, säger Klas Blomgren som tror att upptäckten leder till en ökad medvetenhet om problemen och inspirerar till fortsatt forskning för att förstå orsakerna till utplåningen av stamcellerna.

Källa: Göteborgs Universitet

## Omega-3 möjligt vapen mot barncancer i nervsystemet

Svenska och amerikanska forskare visar i en ny studie hur Omega-3-fettsyrorna DHA kan fungera både som svärd och sköld vid vissa cancerformer. Den nya kunskapen om mekanismerna bakom denna dubbla effekt ger hopp om att i framtiden kunna använda DHA som komplement till cytostatika vid behandling av barn med cancer i nervsystemet. Prognosen för neuroblastom är mycket dålig och omkring 40 procent av barnen dör av sjukdomen.

Man vet sedan tidigare att Omega-3-fettsyrorna DHA kan skydda friska nervceller från celldöd och även döda vissa typer av cancerceller. I den aktuella studien var forskarna därför intresserade av att förstå mer i detalj vad som händer med DHA inuti cancercellen.

Forskarna tittade på vilka produkter som bildades vid nedbrytningen av DHA och vilka av dessa som har en dödlig effekt på cancercellen. I arbetet använde de sig av en avancerad teknik som kallas vätskekromatografi tillsammans med en form av masspektrometri. De undersökte också vilka enzymer som är inblandade i nedbrytningen av DHA.

– Vi såg då att DHA bildar både hydroperoxyfettsyror och hydroxyfettsyror inne i cancercellen. Dessa fettsyror är oxiderade med hjälp av enzym som kallas 5- och 15-lipoxygenas, men de kan också oxideras automatiskt. Fram-

för allt hydroperoxyfettsyran gör att cancercellerna genomgår programmerad celldöd, säger **Helena Gleissman**, forskare vid Karolinska Institutet och studiens huvudförfattare.

Även i friska nervceller kan DHA omvandlas till dessa celldödande oxiderade fettsyror, men de omvandlas sedan vidare till substanser som kallas resolviner och protektiner. Alltså slipper man en ansamling av oxiderade fettsyror som kan leda till celldöd. Speciellt protektiner kan skydda nervceller från celldöd, vilket ur ett framtida behandlingsperspektiv gör det extra intressant att varken resolviner eller protektiner bildas i neuroblastomceller.

– På samma gång som DHA dödar cancerceller i nervsystemet via hydroperoxyfettsyror, skyddar DHA friska nervceller från celldöd via protektiner. Om vi kan hitta ett sätt att styra denna process finns det alltså en god chans att DHA kan verka som både svärd och sköld hos neuroblastopatier och fungera som ett komplement till cytostatikabehandling, säger Helena Gleissman.

Publikation: *"Docosahexaenoic acid metabolome in neural tumors: identification of cytotoxic intermediates"*, Helena Gleissman, Rong Yang, Kimberly Martinod, Magnus Lindskog, Charles N. Serhan, John Inge Johnsen & Per Kogner, *The FASEB Journal*, print issue March 2010.

Källa: Karolinska Institutet

## För tidig födsel och hjärnskador – inflammation kan ha betydelse

Nu har forskarna kommit en bit på vägen att förklara vad som händer vid för tidig födsel och hur hjärnskador utvecklas hos för tidigt födda barn. Nya fynd visar att både inflammation i fostervattnet och i barnets hjärna spelar roll för förloppet. Det visar en avhandling från Sahlgrenska akademien. En av anledningarna till att barn föds för tidigt kan bero på en inflammation i fostervattnet eller moderkakan orsakad av bakterier. Infektionen sätter igång värbetandet långt tidigare än beräknat. I studien har forskarna tittat på olika faktorer som är förknippade med inflammation, så kallade markörer, dels i fostervattnet från 83 kvinnor med för tidig vattenavgång eller för tidiga värkar dels hos 15 kvinnor med planerade kejsarsnitt i fullgången tid.

– Vi fann att markören, galektin-3, var

mycket högre hos kvinnor med hotande för tidig förlösning och som hade tecken till infektion i fostervatten eller moderkaka. Den har tidigare inte mätts i fostervatten, säger **Christina Doverhag**, doktorand på avdelningen för fysiologi vid Sahlgrenska akademien. De ville också undersöka vilken inverkan de fria radikalerna har för utvecklingen av hjärnskador hos barn som fötts för tidigt eller haft syrebrist under förlösningen. Fria radikaler är skadliga mot kroppens celler och bildas, bland annat vid inflammationer.

– Vi studerade två markörer för inflammation, galektin-3 och enzymet NADPH-oxidas, på nyfödda möss. Via djurstudier såg vi att galektin-3 kan förvärra hjärnskadan, framför allt hos nyfödda hanar. I den andra djurstudi-

en tog man bort enzymet, NADPH-oxidas, och det ledde till förvärrade skador och en större inflammation hos en del av mössen, säger Christina Doverhag som drar slutsatsen att både inflammation och galektin-3 är en viktig del i hur hjärnskadan förvärras hos nyfödda barn. Detta innebär att vissa läkemedel som är under utveckling mot stroke och hjärnskada hos vuxna, där man bland annat vill försöka motverka frisättningen av fria radikaler och NADPH-oxidas, förmodligen inte kan användas till nyfödda barn med samma symtom. De kan tvärtom leda till större skada.

– Däremot finns det ett ämne som kan motverka galektin-3 och som nu ska testas närmare i jakten på behandling av hjärnskada hos nyfödda barn. Ämnet är laktos eller vanligt mjölk-

socker, säger Christina Doverhag. Men ytterligare forskning krävs innan det finns konkreta behandlingsmöjligheter.

– Vi behöver mer kunskap om fostervattnets innehåll och hur det påverkar för tidig födsel och även hur fostrets kön påverkar fostervattnet, säger Christina Doverhag.

Hela avhandlingen: <http://hdl.handle.net/2077/21479>

Källa: Sahlgrenska akademien vid Göteborgs universitet

### fakta

#### FÖR TIDIGT FÖDDA BARN

Barn som föds före den 37:e graviditetsveckan, räknas till kategorin för tidigt födda, eller prematura. Mellan fem till sex procent av barnen som föds varje år tillhör denna grupp.

# Annorlunda, men kanske inte alltid bättre förr

“Kuvösen har betytt mer för överlevnaden av för tidigt födda barn än allt vi sedan har lyckats åstadkomma”, skrev professor Hugo Lagercrantz i en DN-artikel den 18 maj 1980 med anledning av att det då var 100 år sedan kuvösen konstruerades och introducerades.

På medicinhistoriska museet i Falun finns tre kuvöser, en AGA-kuvös i trä, en liknande nyare modell i metall och en transportkuvös i trä. Här följer en kortare sammanfattning av kuvösens historia:

Inger Lennerthson

Pensionerad barnsjuksköterska  
Falun

UPPRINNELSEN TILL UTVECKLINGEN av kuvösen var det krig som utspelades mellan Frankrike och Tyskland 1870-1871. Då belägrades Paris, och under denna tid svalt många människor ihjäl. Samtidigt var födelsetalen låga och de styrande oroade sig för befolkningsutvecklingen i Frankrike.

En förlossningsläkare – doktor **Tarnier** – började

intressera sig för hur man skulle kunna få för tidigt födda barn att överleva. Hans grundtanke var att man måste skydda dessa barn mot kyla – och han fann lösningen i en äggkläckningsapparat som han såg på en utställning i Paris – en couveuse. Han lät konstruera en liknande men avsikt

att ta hand om för tidigt födda barn – han skulle

ge värme, kunna övervaka dem och ge dem en skyddad miljö.

Den första kuvösen hade ett glastak. Värmen tillfördes via en varmvattenbehållare där vattnet värmdes med hjälp av en oljelampa. Luft kom in i botten av kuvösen, värmdes av det varma vattnet och kunde cirkulera så att miljön runt barnet blev varm. För att luften skulle fuktas la man in en blöt tvättsvamp i kuvösen.

I Paris inrättades den första nyföddhetsavdelningen 1893. Den ansvarige läkaren hette dr **Budin**. Bland annat introducerade han tankar om att isolera de sjuka barnen från de friska, att låta de för tidigt födda barnen vara i fred så mycket som möjligt och att iaktta en noggrann hygien för att undvika smittspridning.

Intresset för denna vård var dock tämligen svagt fram till slutet av 1800-talet då doktor Budin skickade några kuvöser till världsutställningen i Berlin. Ett par av hans medarbetare kom på att ett sätt att väcka intresse var att ha barn i kuvöserna: Kejsarinnan **Augusta Victoria** var beskyddare av ett fattighus och hon ”lånade” ut för tidigt födda barn för demonstration i kuvösvård. Med dagens ögon och värderingar tycks detta helt vansinnigt, men vi skall hålla i min-



“Agakuvös av den äldre vanligen förekommande modellen”



“Prematur-ambulans för transport av för tidigt födda barn”



**Porträttgalleri.** Personer från kuvörens historia. Fr.v: Dr. Stéphane [Étienne] Tarnier (1828-1897), Auguste Viktoria av Schleswig-Holstein-Sonderburg-Augustenburg (1858-1921) och Professeur Pierre Budin (1846-1907)

net att de demonstrerade barnen visade sig ha en hög överlevnad, vilket inte andra i motsvarande situation hade.

De viktigaste basala funktioner med vård i kuvös var:

- Möjlighet till observation av barnet
- Tillförsel av värme
- Skydd mot infektioner

Dessa betydde oerhört mycket för den tidens överlevnad av små sköra barn vilket Hugo Lagercranz påpekade i sin artikel.

Tillmatning – främst av urpumpad bröstmjolk – gjordes med olika metoder, pipetter, sked och så småningom sondmatning.

#### Svensk introduktion

När och hur barnsjukvården i Sverige introducerade kuvösvård har jag inte lyckats finna – kanske någon av läsarna vet det?

AGA började tillverka kuvöser 1934 och då bör det ha funnits efterfrågan från de barnsjukhus som fanns.



Den träkuvös som medicinhistoriska museet förvaltar är sannolikt från 1943 då barnkliniken i Falun öppnades. Modellen var i bruk till 1960-talet då den ersattes av varianten i metall. Båda kuvöserna gick att ansluta till syrgastillförsel. I den nyare modellen finns även möjligheter till befuktning av cirkulerande luft. I den gamla fick befuktningen ordnad med hjälp av blöta tvättsvampar.

Jag själv gick min barnsjukkötterskeutbildning på "Centralskolan", som vi kallade den, under år 1961-1962. På prematuravdelningen (avdelning 9 på KS) fanns kuvöser av båda typerna. De sjukaste barnen vårdades i kuvöser av nyare modell. Träkuvöser användes till barn som behövde lite extra värme och tillsyn. Under mina första år som sjuksköterska på barnkliniken i Sollefteå var dessa modeller de som användes.

#### "Lådan tar vi i bagageluckan"

Medicinhistoriska museet har även en transportkuvös av trä – för våra moderna ögon ser den mest ut som en vanlig trälåda. Dock finns även här möjlighet till tre mycket basala inslag i prematurvården: En glasruta ger möjlighet till observation av barnet, i "lådan" kan man aptera värmekrus fyllda med vatten, och man kan även kontrollera temperaturen i kuvöserna samt ansluta en lampa till ett ficklampsbatteri.

Själv har jag en alldeles sann upplevelse av en transport av ett barn i denna "trälåda": Jag var elev på "Centralskolan" på KS – nuvarande Astrid Lindgrens barnsjukhus – och fick i uppdrag att med taxi hämta ett sjukt barn från barnsjukhuset Samariten på söder i Stockholm. Allt gick bra, jag tog med barnet i transportkuvöserna och kom till taxin när chauffören sa; "lådan kan vi ta i bagageluckan"! Han såg inte vad som fanns i lådan – den fick åka med mej i kupén.

Vårt museum i Falun vårdar dessa föremål med stor kärlek och respekt för det kunnande och vårdande som de små prematura barnen åtnjutit! ✨

"Agakuvös av nyaste modell liknande den amerikanska 'Isolette'."



Bilder från det Medicinhistoriska museet i Falun

Foto: Hanna Sällén Lennethson

# Lesbiska barnfamiljers möten med hälso- och sjukvården

Leg sjuksköterska **Lena Wasshede** har i sin magisteruppsats undersökt hur lesbiska barnfamiljer beskriver sin familjebildning och sina erfarenheter av möten i hälso- och sjukvården. Studien bestod av sju intervjuer med lesbiska föräldrar som tillsammans planerat sitt föräldraskap.



**Lena Wasshede**

*Leg.sjuksköterska,  
Universitetsadjunkt  
Institutionen för  
Omvårdnad, hälsa och  
kultur  
Högskolan Väst  
lena.wasshede@hv.se*

**E**NLIGT RAPPORT FRÅN Statens folkhälsoinstitut (2005) har gruppen homosexuella en sämre hälsa än den övriga befolkningen och det gäller främst den psykiska hälsan. Resultatet visar att det heteronormativa synsättet från vårdpersonal påverkar de lesbiska föräldrarna negativt. De berättar om hur de ständigt måste förhålla sig till om de skall "komma ut" eller inte och funderar på om de orkar med den påfrestning som det innebär. I resultatet synliggörs den problematik som finns för lesbiska par, trots ett allt öppnare samhälle och lagar mot diskriminering. Att som de flesta lesbiska mödrarna i intervjuerna ständigt behöva leva med denna rädsla och oro kan innebära risker för ohälsa.

## Familj

Då de lesbiska paren ombads att beskriva hur de ser på begreppet familj och sin egen familj framkom vid flera intervjuer en ambivalens. Flera av paren berättar att de tycker att de lever som en kärnfamilj men tar samtidigt avstånd från just kärnfamiljsbegreppet och vill istället se sin familj som större och mera öppen. Detta kan förstås utifrån vad **Halldén, Hydén** och **Zetterqvist Nelson** (2003) skriver att då homosexuella familjer utformar sitt familjeliv görs det utifrån egna specifika förhållanden och samtidigt utifrån de föreställningar om familjeliv som råder. Den rådande familjekonstellationen är idag den heterosexuella kärnfamiljen som den homosexuella familjen både förhåller sig till och tar avstånd ifrån.

Att flera av de intervjuade lesbiska föräldrarna

tycker att de lever som en kärnfamilj kan bero på att det inte är någon större skillnad då homosexuella och heterosexuella föräldrar utövar familjeliv i sin vardag. Handlingar som att handla, lämna på dagis, läsa sagor eller läxor förekommer i alla familjer. Sociologerna **Stacey** och **Biblarz** (2001) anser att det är dags att kritiskt granska den forskning som framhäver likheten mellan den homosexuella och heterosexuella familjen. De menar att skillnaderna mellan familjerna riskerar att urholkas och att konsekvensen av detta är att heterosexualiteten kvarstår som normgivare och heteronormativiteten förblir orubbad. Detta är mycket tänkvärt, för det är ju precis vad som egentligen händer då t.ex. vårdpersonal möter den homosexuella familjen som vilken heterosexuell familj som helst. En sådan handling innebär ett osynliggörande av homosexualiteten och manifesterar heteronormativiteten. Här synliggörs hur viktigt det är att sjuksköterskan i varje nytt möte med människor inte förutsätter att familjen ser ut på ett visst sätt utan verkligen frågar dem hon/han möter.

## Barn

Flera av de intervjuade mödrarna angav barnlängtan som en drivande faktor att skaffa barn och i beskrivningarna kan det ses hur denna längtan efter barn stannar upp under olika lång tid i och med konflikten att ha barn som homosexuell. Här har samhället genom sina förändrade lagar och öppnare attityd gentemot homosexuella spelat en stor roll, vilket också nämns av några av kvinnorna i studien. Även vikten av förebilder för att skaffa barn och eventuellt omvärdera tankarna på att skaffa egna barn beskrevs av flera av de intervjuade föräldrarna. De intervjuade lesbiska paren som hade lite äldre barn saknade helt förebilder, medan paren med yngre barn hade tillgång till förebilder. Förebilderna, lesbiska kvinnor med barn, fanns dock sällan i deras närhet utan det förmedlades via tidskrifter och press.



**Donator eller pappa?**

Denna del handlar om hur de lesbiska paren sökte och övervägde olika alternativ för att gemensamt bli föräldrar. Gemensamt för de intervjuade är deras beskrivning av en tidslång och genomtänkt process. De lesbiska paren hade flera alternativ att ta ställning till. De kunde involvera en man eller två i processen eller vända sig till en fertilitetsklinik. Den viktiga och avgörande frågan var hur de lesbiska paren ville relatera till mannen som donerat sperma. Skulle det vara en känd pappa eller anonym donator? Hur aktiv skulle pappan vara?

Två av de lesbiska paren uttryckte att de hela tiden önskat en känd pappa, men inte för aktiv. Paren ville värna om sin relation och tyckte då att en alltför närvarande pappa kunde utgöra ett hot i deras relation och det blev ytterligare en person att involvera i familjen och i diskussioner rörande barnet.

Av de fem övriga paren var det tre som först hade tänkt ha en känd donator/pappa. Han skulle då finnas på avstånd och träffas någon gång om året. Två av dessa par som först hade tänkt ha en känd donator/pappa och som senare åkte till Danmark uppgav som skäl att de tyckte det var för svårt att lära känna personen väl och att det framförallt tog för lång tid att etablera en tillitsfull relation till den tänkta donatorn/ pappan. De avslutade då den påbörjade relationen med männen och bestämde sig för att resa till fertilitetsklinik i Danmark för att skaffa barn med anonym donator. Det tredje paret som efter flera års kontakt med tilltänkt donator/pappa blev helt enkelt inte gravid, så det blev till sist Danmark även för dem.

Av de sju lesbiska paren som ingick i studien var det två par som hade inseminerat privat med känd donator som var pappor på avstånd. Fyra par hade inseminerat på fertilitetsklinik i Danmark och ett par på fertilitetsklinik i Sverige.

**Vem skall föda barnet?**

I två av de intervjuade familjerna hade den andra parten (medmamman) inte någon önskan om att få bära eller föda ett barn. Övriga orsaker till valet av vem som skulle föda barnet var ålder och byte nästa gång. Kvinnornas ålder påverkade beslutet både vad det gällde att vara den äldre och att vara den yngre av de blivande mammorna. För de som var äldre kunde det vara sista chansen att ha möjlighet att bli gravid och föda ett barn. Den biologiska klockan tickade. Samtidigt var hög ålder också en faktor för att låta den yngre av kvin-

norna i paret försöka bli gravid, eftersom det då var större chans att bli gravid och att paret skulle få ett barn. Inför tanken att skaffa syskon planerade tre av paren att den andra parten då skall bära barnet.

**Möten i hälso- och sjukvården**

Som genomgående teman i de lesbiska parens berättelser syns heteronormativiteten och dess konsekvenser i form av att ständigt vara beredd och försvara sitt sätt att leva.

*Anna: ”Det är bara att ta det. Det är jätteviktigt... bryter man mot normen måste man alltid vara beredd att liksom, usch, begära ordet och markera och tala om, man kan aldrig flyta med eller bara slappna av eller så va, och det blir rätt tröttsamt tycker jag och inte minst ... man hamnar i nya sammanhang hela tiden i förhållande till barnen... att man hela tiden måste påtala vem man är och så.”*

Genom sjuksköterskans frågor, språkbruk, osynliggörande och i det informationsmaterial som finns tillgängligt visar sig det heteronormativa synsättet.

Ett intryck av vad de lesbiska mödrarna berättar från möten i vården är att tiden innan barnet föds, på MVC, föräldrautbildningar och profylaxkurser, har varit mer problematisk än tiden efter barnets födelse. Fler fördomar och en större okunnighet har beskrivits från dessa möten. Däremot beskrivs BVC som mer öppet och tillåtande. Här finns anledning att ställa sig frågan om barn ”neutraliserar” den lesbiska familjen. Det verkar som om barnet i sin närvaro gör att intoleransen inför det ovanliga och okända minskar. Nu är det inte det lesbiska paret som är viktigt utan det är utövandet av föräldraskapet som är i fokus.

De lesbiska föräldrarna rapporterade fler missförhållanden i olika gruppverksamheter. En aspekt är att det kanske upplevs svårare för sjuksköterskan att involvera det lesbiska paret då hon möter större grupper där flera typer av familjer är representerade än då hon har ett enskilt möte med det lesbiska paret.

I de lesbiska parens berättelser framträder också en rad olika exempel på goda möten som de lesbiska uppfattar som önskvärda och professionella. Ofta handlar det om att sjuksköterskan visar ett intresse och verkligen ser och bekräftar det lesbiska paret. Ställer de rätta frågorna och använder en korrekt språklig formulering. Som en av informan-





terna uttrycker det: ”att verkligen se, och våga se.” Detta uttalande belyser vikten av att sjuksköterskan har ett professionellt förhållningssätt. I mötet med den lesbiska familjen handlar det om att inte bara se dem som alla andra, utan som just den unika familj de är och bekräfta dem.

*Klara: Det är så himla skönt när du bara är självklar när någon tittar på en och säger: ja, här har vi två mammor och hur är det? och frågor, frågar mig, frågar mig hur det är. Och hur funkade det? Vad kallar ni henne? (medmamman)... det är underbart att få frågan. Var inte rädda, (sjuksköterskan) bara man är ärlig, uppriktig, vänlig och inte ett dugg fördomsfull (skratt) [...] Det är ordval, det är inte obetydligt... att titta på en ... det är språket, men det är också någonting att se. Att se och inte vara rädd för det.*

När sjuksköterskan utgår från ett arbets-

## Tips för sjukvårspersonal

Nedan följer några enkla strategier som kliniskt kan tillämpas av sjuksköterskor. Det är strategier som framkommit ur detta resultat och från tidigare studier.

- Utgå inte från att alla personer i vården är heterosexuella.
- Använd neutrala termer som förälder eller partner i kommunikationen.
- Våga se det lesbiska paret, involvera medmamman, bekräfta dem som lesbiska föräldrar och fråga hur deras behov ser ut.
- Skaffa kunskap om lesbiskas liv, vilket kan ske via utbildningsprogram, litteratur, diskussionsgrupper, gästföreläsare och filmer.
- Förnya informationsutbudet så att alla typer av familjer finns representerade. Det gäller blanketter, affischer, foto och liknande.
- Skapa en miljö som visar att det är tryggt att vara öppen, små saker som t.ex. en regnbågsflagga i väntrummet

sätt där alla människor behandlas lika och bemöter lesbiska familjer på samma sätt som den heterosexuella familjen medverkar hon till ett upprätthållande av heteronormativiteten i vården. Här ligger pro-

blematisken. Den lesbiska familjen är inte som alla andra och vill bli respekterad och behandlad som just den lesbiska familj de är. Det handlar om kunskap och respekt för olikheter. Kunskap som fås i självreflektion och diskussion med andra på arbetsplatsen. Ett sådant arbetssätt beskriver journalisten Roxström (2008) i septembernumret av *Vårdfacket*. Hon beskriver hur all personal på en vårdcentral har arbetat med hbt-frågor för att bli bättre i bemötandet av homosexuella personer.

### Referenser

**Halldén, G., Hydén, M. & Zetterqvist Nelson, K. I Johansson, T. och Bäck-Wiklund, M. (red) (2003).** *Nätverksfamiljen*. Stockholm: Natur och Kultur.

**Roxström, C. (2008).** Vårdens ansvar att visa respekt. *Vårdfacket* 9, 44-46.

**Stacey, J. & Biblarz, T. (2001).** (How) Does the sexual orientation of parents matter? *American Sociological Review*, 66, 159-183.

**Statens folkhälsoinstitut (2005).** *Homosexuellas, bisexuellas och transpersoners hälsosituation*. Rapport nr A 2005:19. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut. ✨

# Barnveckan 2010

Barnsjuksköterskedagarna 21-23 april, Elmiamässan, Jönköping

Tema: Framtidens pediatrik

Uppdaterat program och anmälan på RfB:s hemsida:

[www.barnsjukskoterska.org](http://www.barnsjukskoterska.org)

eller [www.elmia.se/sv/barnveckan/Konferensanmalan/](http://www.elmia.se/sv/barnveckan/Konferensanmalan/)

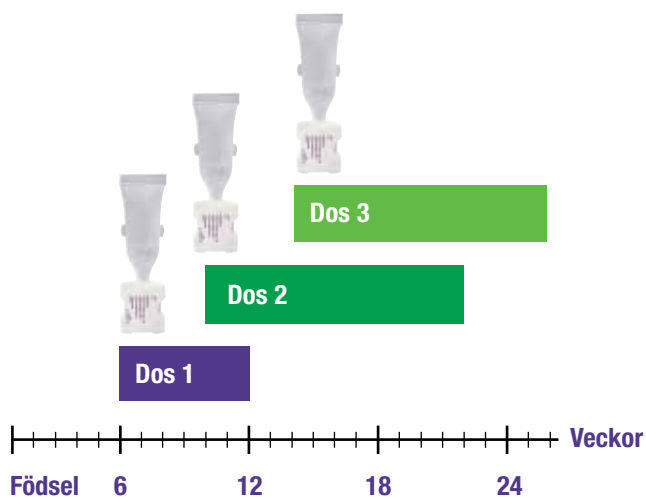


## RotaTeq® – Det pentavalenta rotavirusvaccinet

Rotavirus är den vanligaste orsaken till allvarlig gastroenterit hos barn under 5 år.<sup>2</sup> I Sverige uppskattar man att rotavirus orsakar ca 1500–2000 sjukhusinläggningar per år.<sup>1</sup>

Sedan 2006 har RotaTeq® använts i barnvaccinationsprogrammet i USA. På barnsjukhuset i Philadelphia såg man bland barn som inkom med akut gastroenterit en minskning av rotavirus med 87% redan ett år efter införandet (2007–2008 vs 2005–2006).<sup>2</sup>

RotaTeq® levereras som färdig lösning i klämtub och ges oralt i tre doser, ensamt eller tillsammans med andra barnvacciner.



**Referenser:** 1) Rinder M, et al, *A prospective hospital based surveillance to estimate disease burden caused by rotavirus infections in Swedish children 2007/2008*, Läkarstämman 2008, 23 P 2) Clark HF, Lawley D, Mallette L et al. *Decline in cases of rotavirus gastroenteritis presenting to the Children's Hospital of Philadelphia after introduction of pentavalent rotavirus vaccine*. Clin. Vaccine Immunol. 2009; 16:382–386.

**RotaTeq, R<sub>x</sub> EF.** Oral Lösning. Rotavirusvaccin. En 2 ml-dos innehåller: Rotavirus serotyper\* G1 ej mindre än 2,2 x 10<sup>6</sup> IU<sup>1,2</sup>, G2 ej mindre än 2,8 x 10<sup>6</sup> IU<sup>1,2</sup>, G3 ej mindre än 2,2 x 10<sup>6</sup> IU<sup>1,2</sup>, G4 ej mindre än 2,0 x 10<sup>6</sup> IU<sup>1,2</sup>, P1[8] ej mindre än 2,3 x 10<sup>6</sup> IU<sup>1,2</sup>. Indikation: RotaTeq är indicerat för aktiv immunisering av spädbarn från sex veckors ålder för förebyggande av gastroenterit orsakat av rotavirusinfektion. Tre doser skall ges med minst 4 veckors mellanrum före vecka 26. För fullständig information om biverkningar, varningsföreskrifter, begränsningar och pris se [www.fass.se](http://www.fass.se). Datum för översyn av produktresumén 2009-06-29. Sanofi Pasteur MSD, Hemvärnsgatan 15, 171 54 Solna.

\*Human-bovina rotavirusreassortanter producerade i Vero-celler. <sup>1</sup>Infektiösa enheter <sup>2</sup>Som lägre konfidensintervallsgräns (p= 0,95)

# Regnbågsfamiljernas etablering i Sverige



**Anna Malmquist**

*leg. psykolog, doktorand  
vid Linköpings universitet*



**Karin Zetterqvist Nelson**

*leg. psykolog, docent  
vid Linköpings universitet*

**M**arika och Anna-Karin är mammor till två busfrön i förskoleålder. De bor i ett villaområde i en sydsvensk småstad och i vardagen varvas jobb och dagishämtningar med simskola och middag hos grannfamiljen. Eftersom både Marika och Anna-Karin haft en önskan om att få vara gravida var det en självklarhet för dem att turas om i barnafödande. De har vänt sig till samma fertilitetsklänik för att få båda barnen till världen, där de också valt att använda samma spermadonator.

Peter och Janne är just hemkomna till Sverige med sina tvillingar. Barnen har burits av en surrogat, de sedvanliga nio månaderna, och togs emot av papporna direkt vid förlossningen. Efter att ha rest med sina småttingar över halva jordklotet väntar nu en helt ny fas i livet.

Lena och Eva har precis lämnat över sina två barn till barnens pappor, Mikael och Samuel, som bor i en villa några kvarter bort från Lena och Eva. Den äldsta pojken går i skolans år tre, och är så pass stor att han ibland själv tar sin cykel bort till papporna. De båda paren har känt varandra i snart femton år, varav tio år har omfattat livet som fyrklöverfamilj.

Genom två forskningsprojekt vid Linköpings universitet har vi kommit att möta en lång rad regnbågsfamiljer. De här korta presentationerna av några av dessa familjer illustrerar hur samkönade par valt helt olika vägar till ett liv med barn. I intervjuer med föräldrar som fått barn under 90- och 00-talen har vi tagit del av deras erfarenheter och upplevelser, men också av hur villkor och möjligheter förändrats över tid.

Även om det finns beskrivningar av föräldrar som levt i samkönade kärleksrelationer längre

tillbaka, var det först på 1970-talet som homoföräldrar kom att synas i en samhällsdebatt (Falk, 1989). Detta skedde i USA då tidigare heterosexuellt gifta kvinnor kom ut som lesbiska i samband med skilsmässor. Då homosexualiteten vändes mot kvinnorna i vårdnadstvister blev det också startpunkten för ett forskningsfält som sedan dess studerat levnadsvillor och erfarenheter hos HBTQ-personer och deras barn (Golombok, 2000). I USA är det dock, liksom i Sverige och övriga delar av Nordamerika och Västeuropa, först de senaste decennierna som det blivit vanligt att öppet homosexuella skaffar barn inom ramen för sina kärleks- och vänskapsrelationer. Forskning på området dominerades till en början av frågor som formulerats mot bakgrund av ett tydligt ifrågasättande som fanns i samhället gentemot homosexuella som föräldrar (Clarke, 2008). De senaste årtiondens forskning på området har emellertid gång på gång visat hur föräldraskapets kvalitet är mer avgörande än exempelvis föräldrarnas kön, sexuella orientering eller civila status (för översikter se t.ex. Anderssen et al, 2002; Zetterqvist Nelson, 2007). Frågor som rör regnbågsfamiljer har dock fortsatt att utforskas, med olika metoder och i olika nationella kontext (se t.ex. Bos, 2003, 2007, 2008; Gatrell, 2005, 2006; Golombok, 2003; Larsson & Dykes, 2008; Ryan-Flood, 2009)

## Rättsliga förändringar

I Sverige kom Partnerskapslagen år 1995 och under hela 90-talet höjdes röster med krav på en förändrad adoptionslagstiftning för att omfatta samkönade par. En statlig utredning från 2001 (SOU 2001:10) presenterade en översyn av inter-

nationell forskning kring regnbågsfamiljer, och konstaterade att det inte förelåg några skillnader mellan barn till homo- och heterosexuella, som motiverade skild lagstiftning ifråga om adoption och assisterad befruktning. År 2003 genomfördes också en lagändring som öppnade för samkönade par att prövas som adoptivföräldrar, och 2005 fick lesbiska par tillgång till assisterad befruktning inom landstingens fertilitetsprogram. De båda lagändringarna har inneburit att samkönade par fått ett rättsligt erkännande som föräldrar. Två kvinnor eller två män har i och med detta kunnat dela det juridiska föräldraskapet och vårdnaden om sina barn. Dagens regnbågsföräldrar bildar därför familj med en rättslig legitimitet som tidigare saknats. Samtidigt finns det delar av den nya lagstiftningen som antyder en önskan från statsmaktens sida att också upprätthålla en kontroll över familjbildning (se vidare Zetterqvist Nelson & Malmquist, kommande).

Sedan dörren till svenska fertilitetskliniker öppnades har över 400 lesbiska par genomgått behandling (Rozenal, kommande). För dessa par blir båda kvinnorna från början registrerade som barnets föräldrar. Samtidigt fortsätter lesbiska kvinnor att besöka grannländernas kliniker, eller att inseminera sig i hemmet med en privat donator. För att dela vårdnaden om barnet krävs i dessa fall en närståendeoption. Över 150 kvinnor har därför kommit att adoptera sin partners biologiska barn sedan möjligheten öppnades (Malmquist, kommande).

**Genusperspektiv på reproduktion och rättsligt stöd**  
Manliga par har samma juridiska möjlighet som kvinnliga till närståendeoption för att möjliggöra ett gemensamt juridiskt föräldraskap. Den könsneutrala adoptionslagstiftningen till trots innebär våra könade kroppar att män måste söka andra vägar än kvinnor, för att få barn inom sin parrelation. Med hjälp av äggdonation och surrogat kan bögpar bli pappor genom assisterad befruktning. Idag är äggdonation endast tillåtet för heterosexuella par i Sverige, och surrogatarrangemang praktiseras inte alls inom sjukvården. Genom att söka sig till kliniker i utlandet kan dock manliga par få hjälp med surrogatarrangemang, och efter födseln kan den pappa som saknar biologiska band till barnet genomföra en närståendeoption. Sedan lagändringen 2003 har också en handfull män ansökt om adoption av sin partners biologiska eller tidigare adopterade barn (Malmquist, kommande).

#### Svensk forskning om regnbågsfamiljer

1990-talet brukar ibland omnämnas som gayvärldens baby-boom, eller gaby-boom. De föräldrar som Karin Zetterqvist Nelson vid millennieskiftet mötte i sin forskning kan därför beskrivas som pionjärer (Zetterqvist Nelson, 2007). Trots normativa, social-politiska och juridiska



begränsningar såg de att tiden var mogen för att bilda regnbågsfamilj. Då fertilitetsbehandling på klinik i Sverige var förbehållet heterosexuella par sökte man andra vägar för att få barn. Lesbiska par valde ibland att vända sig till grannländer, såsom Danmark och Finland, som då kunde erbjuda insemination eller provrörsbefruktning med donerad sperma. Ett alternativ var också att söka kontakt med en man eller ett bögpar, för att bilda familj gemensamt. På så vis uppstod flerföräldrafamiljer, där mammorna och papporna lever i skilda hushåll men med gemensamma barn. Vilket sätt att bilda familj på som faktiskt var det vanligaste vet vi inte, det finns ingen statistisk forskning över detta. I de studier som gjorts av svenska regnbågsfamiljer, som fått barn på 1990-talet, är dock flerföräldrafamiljerna i majoritet. Lesbiska kvinnor framhöll också en betydelse av att deras barn fick tillgång till en närvarande pappa, och flerföräldrafamiljen tycks ha fungerat som gay-sveriges familjenorm (se vidare Ryan-Flood, 2005). Ett återkommande fynd i de berättelser som fångats in om att bilda regnbågsfamilj under 1990-talet och de första åren av 2000-talet är föräldrarnas beskrivningar av att ha lyckats med ett projekt, mot alla odds, i form av s.k. "success-stories". Det handlar inte minst om att accepteras och införlivas i den kultur som ett föräldraskap erbjuder, kring att hämta barn och lämna barn på dagis





och att gå på föräldramöten i skolan. De normer som styr föräldraskapet framstår i berättelserna som starkare än heteronormen; att vara en god förälder blir mer avgörande i mötet med samhället än att vara (eller inte vara) heterosexuell.

I ett pågående forskningsprojekt möter **Anna Malmquist** lesbiska par som fått sina barn efter att de båda lagändringarna år 2003 och 2005 skapat nya möjligheter (Malmquist, kommande). Redan nu kan några tidiga forskningsresultat presenteras. För dessa föräldrar har det, med några få undantag, varit ett självklart val att få barn inom ramen för sin relation. Att bilda familj tillsammans med en man eller ett bögpär har aldrig riktigt upplevts som ett alternativ. Istället har kvinnorna valt att ställa sig i kö för assisterad befruktning i landstinget, eller vänt sig till klinik utomlands. Även för de kvinnor som gjort heminseminationer har den man de involverat för att bli gravida i regel tillfrågats om han kan tänka sig att donera sperma, snarare än att ta en aktiv del i barnets liv som pappa. Dessa tvåföräldrafamiljer framhåller den trygghet som en gemensam vårdnad innebär som oerhört värdefull. Många kvinnor beskriver starka känslor inför att de kunnat adoptera det barn deras fru fött, där upplevelsen av legitimitet som förälder är central. Andra har istället känt sig provocerade av att de måst genomgå en adoptionsutredning, innan de förhållanden som inom familjen varit självklara från början blivit rättsligt fastlagda. För de föräldrapar som genomgått en separation har också den gemensamma vårdnaden blivit oerhört betydelsefull i det fortsatta samarbetet kring barnen.

En återkommande upplevelse som dagens lesbiska småbarnsföräldrar uttrycker är att möten med omvärlden varit genomgående positiva (Malmquist, kommande). Den närmaste omgivningens varma reaktioner på att paret väntar barn har som regel följts av en positiv nyfikenhet från arbetskamrater, grannar och andra bekanta. Även möten med mödravård, barnhälsovård och förskola beskrivs i övervägande positiva ordalag. Samtliga intervjuade är alltid, eller så gott som alltid, öppna gentemot omvärlden kring hur deras familj ser ut, något som också lyfts fram som en förklaring till andras varma bemötande.

Många av de kvinnor som intervjuats

uttrycker samtidigt själva en viss förvåning över att resan varit så enkel (Malmquist, kommande). Föräldrarna presenterar då som regel omgivningens positiva bemötande som att just deras familj enskilda som "haft tur". På så vis illustrerar de hur man som regnbågsfamilj idag trots allt lever med en beredskap på negativa reaktioner, som de räds i möten med nya människor. Att komma ut och leva öppet som homosexuell har för flera intervjupersoner varit en omtumlande resa, där reaktioner ibland varit mer negativt laddade. I kontrast till det vanligen positiva mötet med nya människor, bär nästan alla familjer dessutom på någon enstaka erfarenhet av möten med någon individ som reagerat respektlöst eller ifrågasättande. Påfallande ofta handlar dessa beskrivningar om tillfälliga kontakter med professionella, ibland i vårdsammanhang. Dessa berättel-



ser får också fäste inom deras gay-community, och föräldrarna återberättar för varandra, liksom i dessa intervjuer, om vänner och bekanta som blivit utsatta för diskriminering eller andra kränkningar. Det är just att det finns sådana erfarenheter och berättelser i bagaget som gör det lätt att förstå att alla dessa positiva möten upplevs som just "tur".

#### Implikationer för professionella

För den som i sin yrkesroll möter barnfamiljer är det viktigt att regnbågsfamiljer, liksom alla andra, tas emot utifrån sina unika förutsättningar. Genom att "göra lika för alla" kan ibland regnbågsfamiljen bli indirekt diskriminerad då en hete-

rosexuell norm döljer sig bakom ett standardupplägg (Malmquist & Zetterqvist Nelson, 2008). En blivande mamma vars partner är gravid kan exempelvis ha svårt att hitta sin plats i en föräldrautbildning där (gravida) mammor placeras i en samlingsgrupp och (icke-gravida) pappor i en annan (Malmquist, kommande). Formulär och skyltar där det antas att föräldrar är av olika kön bör självklart ändras på så vis att ord som "mamma/mor" och "pappa/far" bör ersättas med könsneutrala begrepp som "förälder" eller "vårdnadshavare".

I möten med sjukvård berättar våra intervjuade familjer att det varit oerhört värdefullt för dem att alla föräldrar blir tilltalade och inkluderade i samtal med vårdpersonal (Malmquist, kommande). Detta kan tyckas självklart, men många berättar om korta eller akuta sjukvårdsmöten där personal inte uppfattar det samkönade paret som barnets familj, utan helt enkelt tar den som håller i barnet för förälder, medan den andra lämnas utanför samtalet. Inte minst i sammanhang där oro för ett sjukt barn är i fokus, kan det kännas svårt inte bli sedd som förälder. Vid längre kontakter är det också viktigt att genom öppna frågor ta reda vilka familjen består av, och hur barnet tilltalar föräldrarna. I många regnbågsfamiljer kallas båda mammorna för mamma, eller båda papporna för pappa. I andra familjer använder man förnamn, och i en del familjer har barnen egna varianter för att skilja föräldrarna åt (såsom "mammi" eller "mamsö").

Vid besök hos barnavårdscentraler berättar flera intervjuade föräldrar hos BVC-sköterskan främst vänder sig med frågor och rådgivning till den biologiska mamman då föräldrarna kommit gemensamt. Vid dylika situationer uppstår ilska, frustration eller ledsnad, ofta hos båda föräldrarna. Att både professionella och andra nya bekanta ställer öppna frågor och låter familjen berätta och presentera sig själva är något som många av våra intervjuade föräldrar återkommer till som mycket viktigt.

\* \* \*

De referenser som används i artikeln kan erhållas från [magnus@barnbladet.se](mailto:magnus@barnbladet.se) ✨

# Ännu bättre eksembehandling

## DermaSilk och kortison ger mindre eksem än bomull och kortison

DermaSilk är ett medicinskt silke som minskar infektion och irritation i huden. DermaSilk **lindrar eksem och klåda inom en vecka** utan biverkningar. I en studie var effekten **lika god som kortisonbehandling**.

DermaSilk används tillsammans med mjukgörare och kortison.

Beställ patientbroschyrer på [www.medeca.se](http://www.medeca.se) eller 018-25 85 30.



Godkänt som fritt hjälpmedel:  
2 st DermaSilk tuber 33 cm – Vnr 210361  
2 st DermaSilk tuber 50 cm – Vnr 210362



Referenser:

- 1) Ricci G et al. British Journal of Dermatology, 2004, 150:127-131.
- 2) Koller DY et al. Pediatr Allergy Immunol. 2007;18:335-8.
- 3) Senti G et al. Dermatology, 2006, 213:228-233
- 4) Henricson K et al. Allergy, 2007; 62 (Suppl.83):322.
- 5) Arcangeli F et al. 7th Congress ESPD, Barcelona, 2002.
- 6) Stinco G et al. Dermatology 2008;217:191-5

## Porträttet: Lars Gårdfeldt om att vara homosexuell förälder

# "På det stora hela möter vi en stor glädje. Det är stort att få leva i denna tid"

Lars Gårdfeldt, präst, samhällsdebattör och namnkunnig förkämpe för HBT-gruppernas rättigheter i samhället, inte minst har han kämpat för att kyrkliga äktenskapet även skall omfatta homosexuella. Han har också varit involverad i flera projekt med den uppmärksammade konstnären och fotografen Elisabeth Wallin Ohlson. 2005 doktorerade Lars Gårdfeldt med avhandlingen "Hatar Gud bögar?", och årets dessförinnan fick han utmärkelsen Årets Kämpe på Gaygalan.

Barnbladet ber Lars Gårdfeldt att berätta om sin syn på familjebildning och vilka problem man ställs inför i ett samhälle som är anpassat för den "traditionella" kärnfamiljen.



Magnus Forslin

Barnbladet

**L**ARS GÅRDFELDT LÅTER som vilken stressad småbarnspappa som helst. Han och hans partner sedan 25 år har tvillingar tillsammans, en pojke och flicka, som fyller fyra år till sommaren.

– Det har blivit mycket pulka i vinter, berättar han, och just nu är vi igång med potträning.

Att det skulle vara någon skillnad på att vara hetero- eller HBT-förälder ställer sig Lars mycket frågande till. Han menar att det vi lärt oss att betrakta som en normal familjekonstellation, dvs en mamma och pappa med ett gemensamt biologiskt barn, är en otidsenlig, historisk parentes.

– Den föreställning speglar egentligen bara ett ideal som rådde i västvärlden under några decennier på 1900-talet. Större delen av mänsklighetens historia har vi levt i en mångfald av diversifierade familjekonstellationer. Familjestrukturer där barnet tas om hand av sina biologiska föräldrar har bara varit en av många.

Det faktum att mödrar dog i barnsäng, unga kvinnor gifte sig med äldre män, etc, har gjort att det alltid

funnits behov av styvföräldrar. Att familjer också omfattade barn som inte hade några biologiska band med fadern eller modern, var snarare regel än undantag. Vidare omhändertogs föräldralösa barn ofta av släktingar, och kom så att bli uppfostrade som övriga syskon.

– Den mer generöst tilltagna familjedefinitionen kunde till exempel även omfatta en ogift syster; tillgänglig som en extra resurs i familjen. Så det vi har vant oss vid att betrakta som den *Riktiga Familjen* utgör bara en historisk chimär, människor har i alla tider tagit hand om egen och andras avkomma.

Lars Gårdfeldt menar att vi genom liberalisering, värdeförskjutning och social nödvändighet, är på väg tillbaka till ett samhälle som är öppet för olika familjekonstellationer, och framför allt uppfattar det som något självklart och naturligt.

Men visst finns idag konservativa krafter som på olika sätt försöker att hindra denna utveckling. Lars nämner religiös fundamentalism och extremhöger som typiska exempel på åskådningar som sjunger



"En familj för mig är personer som lever tillsammans i en relation i vilken man hämtar trygghet, näring och omsorg", säger pastor Lars Gårdfeldt.

Foto: Elisabeth Ohlson Wallin





IPREN BARN - VIZEUM



kärnfamiljens allena rådande lov. Men det finns också en tredje grupp, naturfundamentalister, som tycker sig kunna hitta normativa argument utifrån hur de uppfattar att naturen är beskaffad.

– Oavsett läger, fortsätter Lars, har de alla det gemensamt att deras argument används selektivt, dvs deras åsikter gäller bara för vissa grupper. Inte för exempelvis heterosexuella par som inte kan få barn och därför adopterar.

Men etiska principer skall per definition gälla generellt. Om så inte är fallet, finns det skäl att anta att moralisterna har en dold agenda. Och i detta fall är det inte särskilt osannolikt att anta att det är de homosexuella man vill komma åt – just nu. Tidigare i historien har konservativa mörkermän t ex stigmatiserat ensamstående kvinnor.

På frågan om hur dessa kritiker skall bemötas suckar Lars och menar att känslomässigt grundade föreställningar bara kan bemötas med sakska.

– Vi kan bara konstatera att vi tidigare inte har haft något krav på en given familjeprofyl, och de allra flesta barn som vuxit upp under tidernas lopp har likaväl blivit harmoniska och ansvarsfulla människor, kärnfamilj eller inte.

När det gäller samhällets värderingar kring HBT och regnbågsfamiljer tror inte Lars att det under senare tid skett så stora värderingsförskjutningar. Däremot har öppenheten bidragit till att många inser att man har homosexuella i sin närhet, bland släkt och i vänskretsen.

– Fler vågar därför berätta och prata om det. Samhällets allmänna acceptans gör att man numera mer eller mindre obehindrat talar om sina homosexuella släktingar. Antalet kritiker är nog lika många som ti-

digare, men det är inte lika känsligt att idag ge HBT-samhället och regnbågsfamiljerna sitt stöd.

#### Präst + homosexuell = ?

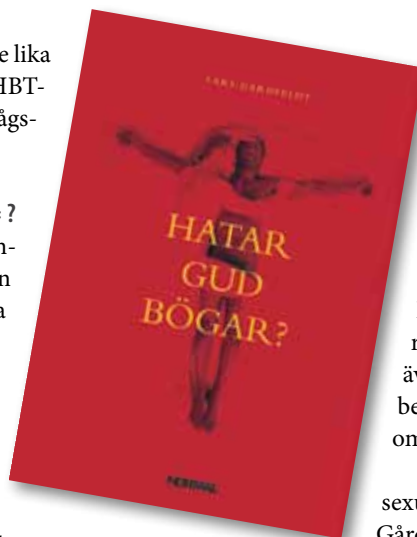
Lars Gårdfeldt är inte bara kristen, utan även präst i Svenska kyrkan. Hur får han det att gå ihop? Kyrkans syn på homosexualitet har inte varit särskilt tolerant genom tiderna, och vad säger Bibeln om detta?

– Jag finner snarare ett stöd framför ett fördömande i Bibeln, menar Lars. I texten finns det många till synes omöjliga berättelser. Jungfrufödseln för att ta ett exempel. Många tolkar den som en symbolisk framställning. Men jag har en mer bokstavlig tolkning. Om lesbiska kvinnor och homosexuella män kan ordna barn idag på egen hand, så är det väl rimligt att anta att Gud och Maria också kunde få till det...

Vidare pekar Lars på att Bibeln är full av spännande och udda familjbildningar. Något han känner glädje i att ta del av. Som exempel nämner han Ruts Bok i Gamla Testamentet där två kvinnor lever nära tillsammans, Rut och Noomi. I berättelsen föder Rut ett barn som Noomi sedan får kalla sitt.

– Om man lever i en lesbisk situation är det lätt att läsa in paralleller här. I synnerhet om man föder sin frus barn. Något som har blivit mycket vanligt i USA. Där de faktiskt har kommit betydligt längre än i Sverige när det gäller möjligheter för homosexuella.

Lars berättar att det i Sverige under



90-talet var vanligt att homosexuella män och lesbiska fick barn tillsammans. Nu är det allt ovanligare eftersom det är lätt för lesbiska par att få barn genom att åka till Danmark och bli provrörsbefruktade. (Det går även i Sverige men det är betydligt trögare och mer omständigt).

Samtidigt får homosexuella män, liksom Lars Gårdfeldt själv, barn genom surrogatmammor. På så vis

blir paret heltidsföräldrar och behöver inte dela vårdnaden med en tredje part.

– I Sverige har jag ännu inte sett att en lesbisk kvinna föder sin partners barn genom implantat av dennes provrörsbefruktade ägg. I USA är inte detta särskilt ovanligt. Innan jag bosatte mig i USA i samband med att vår surrogatmamma väntade våra barn, hade jag en föreställning om att USA var mycket mer konservativt än Sverige. Men jag har reviderat denna uppfattning. Bilden är mer komplex. I USA är polariseringen mellan det konservativa och progressiva krafterna betydligt större än i landet mellanmjolk.

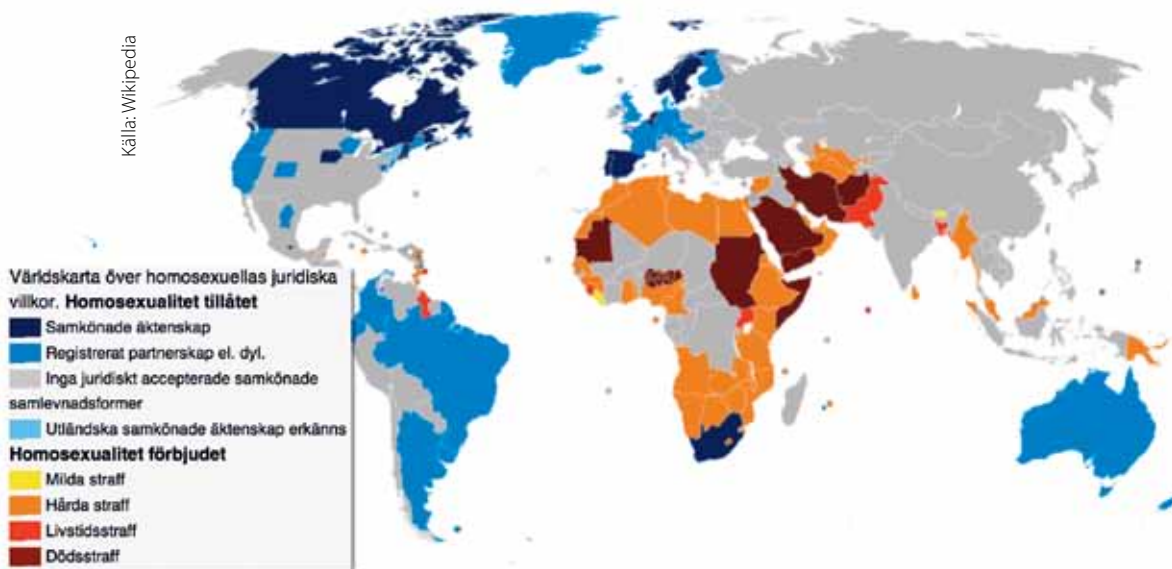
#### Regnbågsfamiljen och samhället

Ett ökat liberalt klimat till trots; det är inte helt oproblematiskt för en regnbågsfamilj att parera och fungera i det svenska regelverket och det rigida myndighetsutövanheten. Systemet är formskuret efter den heteronormala kärnfamiljen. Bara att försöka skapa en regnbågsfamilj stöter på patrull:

Lars Gårdfeldt fick flera förfrågningar från lesbiska kompisar om han kunde tänka sig att skaffa barn tillsammans med dem, men han ville ha barn på heltid och valde därför en lösning som involverade en surrogatmamma. (I Sverige är det i stort sett omöjligt för homosexuella par att adoptera barn.)

– Det som förvånade mig är hur många heterosexuella par som får barn via surrogatmödrar utomlands, menar han. Men det är inget som märks vid hemkomsten till Sverige. Paret har med sig en födelseattest där det står som

Källa: Wikipedia



föräldrar, och ingen undrar över det. Men när två killar kommer hem med ett barn...

Visserligen hade även Lars och hans man en födelseattest, men enligt svensk lag har mamman alltid vårdnaden om ett nyfött barn. En pappa har vårdnaden om och endast om han är gift med kvinnan i fråga (oavsett han är biologisk far eller inte). Är kvinnan inte gift i Sverige så har hon ensam vårdnad. Senare kan hon i samband med att faderskap skall fastställas godkänna att fadern skall ha delad vårdnad.

– Men i vårt fall hade surrogatmamman en familj, som inte ville ha ytterligare barn. Och eftersom det var frågan om en äggdonation var hon enligt amerikansk lag heller inte biologisk mamma till våra barn. I Sverige är mamma däremot detsamma som föderska, oavsett vems ägg barnet kommer ifrån.

Lars och hans man befann sig sålunda i den absurda situationen att de var i Sverige med sina barn utan att myndigheterna ville erkänna föräldraskapet, samtidigt som USA inte kunde erkänna surrogatmammans föräldraskap.

– Efter en längre tids limbo löste sig emellertid situationen, förklarar Lars, och



Foto: Ludoz/Bertron

Den vanligaste versionen av pride-flaggan innehåller sex färger. Ursprungsversionen från 1978, hade ytterligare två ränder, rosa och turkos.

nu har fler homosexuella par kommit efter oss.

– De problem som uppstår är nästa tid plötsliga och oförberedda som t ex en fredag när hämtade jag tvillingarna på dagis, och bara en vikarie var kvar. Några dagar senare, skulle min man hämta barnen. Då vägrade vikarien att lämna ut dem med motiveringen att ”du inte är barnens pappa. Jag har träffat honom”.

Det här är ett exempel på att vara ”först i ledet”. Det finns inga rutiner för sådant man inte har förutsett. Numera blir alla vikarier informerade om barnens olika familjekonstellationer för att liknande incidenter ska kunna undvikas.

– Jag skulle kunna ge tjugovis med liknande exempel från livet med barnen, just som regnsbågs pappa.

Men Lars vill hellre framhålla hur mycket som ändå fungerar, och ger som exempel MVC där Lars och hans man fick en serie samtal med en barnmorska inför förlossningen i USA. Hon ansåg inte att de passade så bra i en vanlig pappa- eller föräldragrupp, utan de tog emot dem enskilt.

– Jag tror det var bra, menar Lars, annars hade för mycket fokus hamnat på vårt annorlundaskap, istället för på väsentligheter. Barnmorskan lärde oss bl a massage och andning som kan vara bra vid förlossning. Vår ”surromamma” hade särskilt instruerat oss att hon förväntade sig denna praktiska hjälp av oss under den kommande förlossningen.

Besöken på BVC har också gått väldigt bra menar Lars och eftersom de bor i en storstad som Göteborg, är det inte unikt att också andra homofamiljer dyker upp i väntrummet.

– På det stora hela möter vi och våra barn en stor glädje, säger Lars Gårdfeldt avslutningsvis. Och det är stort att få leva i en sådan tid, och jag är tacksam. ✨

## Studera med livet i fokus:

# Barnfetma, behandling och prevention

(7.5 hp – Avancerad nivå)

Sök  
senast  
15  
april

**Syfte:** Kursen ska ge en bred kunskapsgrund kring barnfetma inkluderande det nationella kvalitetsregistret BORIS.

Kursen anordnas av Karolinska Institutet och ges som distansutbildning på halvfart veckorna 35–44, 2010. Tre 2-dagars tillfällen är obligatoriska för föreläsningar vid Karolinska Universitetssjukhuset, Huddinge. Examinationen sker skriftligt som ett extra tillfälle på samma plats.

### Upplysningar och anmälan:

[www.studera.nu](http://www.studera.nu) (anmälningskod KI-61004)

[pernilla.danielsson@karolinska.se](mailto:pernilla.danielsson@karolinska.se) eller [helen.zemack@ki.se](mailto:helen.zemack@ki.se)

BORIS

BarnObesitasRegister i Sverige

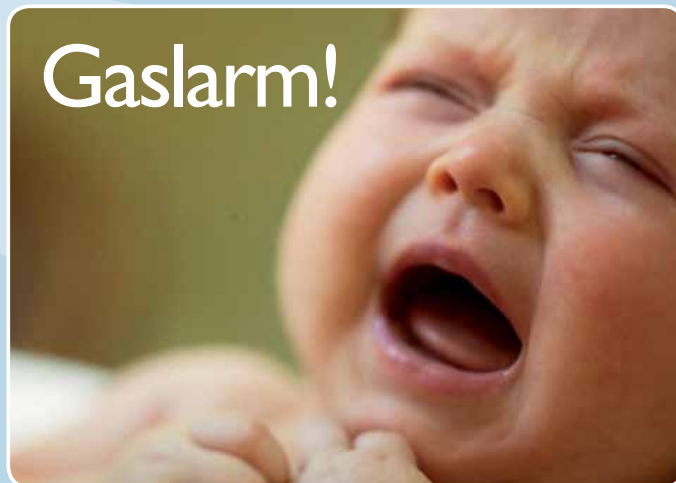
[www.e-boris.se](http://www.e-boris.se)



Karolinska  
Institutet

200  
1810 – 2010

## Gaslarm!



En del barn skriker mer än andra. Ofta beror det på att barnet har för mycket gaser i magen. Nu finns det ett enkelt sätt att hjälpa barnet. Pysventilen Windi befriar barnet från gaserna på ett enkelt, skonsamt och ofarligt sätt. Windi är godkänd av Läkemedelsverket.



**Windi**  
PYSVENTIL FÖR SMÅFISAR

Den enkla hjälpen för småbarn med kolik och andra gasrelaterade besvär.

Läs mer på [www.windi.nu](http://www.windi.nu)

# Barnhälsovård – möjligheternas arena



**Åsa Heimer**

Barnsjuköterska och  
projektledare

Delprojekt barnhälsovård  
Riskbruksprojektet  
vid Statens folkhälsoinstitut  
asa.heimer@fhi.se

**G**ENOM MITT ARBETE som projektledare i Riskbruksprojektet, Statens folkhälsoinstitut, har jag mer än någonsin tidigare förstått att barnhälsovården är en grundpelare för folkhälsan i Sverige. Är det någonstans som vi har möjlighet att komma in tidigt, så är det inom barnhälsovården.

## **BVC gör skillnad**

På BVC kan man göra skillnad för barn och föräldrar. Det är här stjärnorna ska arbeta. De som är engagerade och brinner för barn och föräldrar. De som vill arbeta förebyggande och som har bred kunskap och mycket erfarenhet. De som är öppna för människors olika sätt att leva och vågar se det starka och det sköra i familjen.

Alla föräldrar kommer till BVC. De besöker BVC mellan 15-25 gånger under barnets första fem år. Föräldrar är måna om sina barn och vill sina barns bästa. Det finns sannolikt ingen gång i livet som man är så förändringsbenägen som när man ska bli förälder eller har blivit förälder. Det är ett gyllene tillfälle att ändra sina levnadsvanor - sluta röka, minska sitt drickande, laga mat till familjen och gå ut i skog och mark.

## **Förhållningssätt**

Vårt förhållningssätt är otroligt viktigt i mötet med föräldrar. Föräldrar lyssnar på BVC-sjuksköterskan och har förtroende för henne. Detta är en fantastisk möjlighet men också en utmaning. Vad förmedlar vi till föräldrarna? Vilka råd

ger vi? Vad tycker och tänker vi och hur märker föräldrarna det?

I arbetet med alkoholfrågan inom barnhälsovården har det blivit mycket tydligt att personalen har olika uppfattningar. När jag medverkar i utbildningsdagar för barnhälsovården brukar jag ställa frågan – Är det okey att småbarnsföräldrar dricker alkohol? Det finns alltid ett gäng som tycker att föräldrar ska vara lika nyktra som när man kör bil och andra tycker att lite vin är okey. Kan vi säga till föräldrar att de inte ska dricka alkohol? Livsmedelsverket skriver att ett till två glas vin en till två gånger i veckan är okey när man ammar. Hur ska vi förhålla oss till det? Blir vi trovärdiga om vi trots de nya råden hävdar att alkohol går över till barnet via bröstmjölken?

I samband med utbildningar brukar jag fråga personalen - Hur blir vuxna som dricker alkohol? Högljudda, trötta, tjatiga, aggressiva, kramiga... brukar svaren bli. Hur blir det för barnen när vuxna blir annorlunda? Då lägger sig först en tystnad och därefter flödar egna reflektioner.

Jag tror att det viktigaste med alkoholsamtal inom barnhälsovården är att frågan väcks ur ett barnperspektiv. Målet är att få föräldrar att reflektera över hur deras alkoholvanor kan påverka barnet.

## **Motiverande samtal**

Motiverande samtal, MI, är en samtalsmetod som de senaste åren har spridits framförallt inom primärvården. Ett MI-samtal innehåller bland an-

nat öppna frågor, sammanfattningar och reflektioner. MI-samtalet präglas av ett patientcentrerat förhållningssätt med respekt för patientens autonomi. Man kan ha nytta och glädje av MI i föräldrasamtal inom barnhälsovården. Att tala om kostvanor med två överviktiga föräldrar kan vara en utmaning. Här kan MI vara till stor hjälp. Barnhälsovården planerar sin verksamhet efter ett basprogram. Vid olika nyckelåldrar ska specifika bedömningar göras och information som är adekvat för barnets ålder ska ges. Många BVC-sjuksköterskor använder sig av checklistor för att inte missa att ställa någon fråga eller att ge information. Det finns en risk att man 'sätter på skivan' vilket innebär att oavsett vilken förälder man har framför sig talar man om samma saker. Risken är stor att föräldrar inte lyssnar mer än i någon minut. Istället kan man använda sig av strategin för informationsutbyte i motiverande samtal. Be om lov att ta upp frågan, fråga vad föräldern känner till om saken, tillföra anpassad och saklig information och avrunda med att fråga föräldern vad de tycker om det som sagts. Genom att använda denna strategi sparar man tid och framförallt blir samtalet fokuserat på föräldrarnas behov och önskemål och inte på personalens agenda.

### Föräldrastöd i grupp

Föräldrastöd i grupp är en stor verksamhet inom barnhälsovården. Genom att bedriva riktigt bra föräldragrupsverksamhet kan de individuella besöken på BVC minskas för resursstarka föräldrar till förmån för de som verkligen behöver extra stöd.

Jag har träffat många BVC-sjuksköterskor som tycker att det är svårt att leda föräldragrupper. Flera upplever osäkerhet i rollen som gruppledare. Sjuksköterskan förväntas kunna hålla i föräldragrupper trots att ingen utbildning har erbjudits. Det är av stor vikt att BVC-sjuksköterskor får adekvat utbildning för att stärka sin roll som gruppledare.

### Hel-BVC – bäst för alla

I den bästa av världar arbetar BVC-sjuksköterskan med enbart barnhälsovård. Det är en omöjlighet att både vara expert på sårvård, diabetes, palliativ vård, KOL och dessutom bedriva barnhälsovård av god kvalitet. Alla BVC-sjuksköter-

skor har rätt till kompetenshöjande insatser. Ingen ska tvingas avstå utbildning för att vuxen hälso- och sjukvården 'skriker' efter personal. Genom att få möjlighet att fördjupa sig i arbetet med barnhälsovård blir arbetet roligare och föräldrar får träffa riktigt kunniga och trygga BVC-sjuksköterskor.

### Barnhälsovården en viktig aktör

Barnhälsovården borde vara den första aktören som myndigheter räknar med i beslut som rör insatser för barn och föräldrar. Tyvärr fungerar det inte så. Föräldrastöd i grupp är en aktuell politisk fråga. Alla föräldrar med barn 0-18 år ska erbjudas föräldrastöd. Jag kan inte tänka mig en bättre aktör för föräldrastöd än barnhälsovården. Barnhälsovården bör hålla i föräldrastödet under hela BVC-tiden. Föräldrarna har sedan föräldratillblivelsen byggt upp en trygghet med personal och andra föräldrar på BVC. En trygghet som kanske dessutom redan började på MVC under graviditeten. Det skulle vara mest naturligt att BVC fortsätter med gruppverksamheten så länge barnet är inskrivet på BVC. Istället är det på många ställen aktuellt för olika studieförbund att hålla i föräldrastödet.

### Samverkan

Vi som arbetar med barn och föräldrar måste bli bättre på samverkan. På många enheter har man ingen struktur för samverkan trots att vi har en skyldighet att samverka enligt lagen. Det krävs strukturerade arbetssätt med regelbundna möten och gemensamma utbildningar för att samverkan ska fungera. Att ha förståelse för varandras kompetens och arbetsområden och att kunna lita på varandra är viktiga förutsättningar för att få till stånd samverkan. Det finns goda exempel där mödrahälsovård, barnhälsovård, socialtjänst och öppen förskola samverkar. Respektive kompetens tillvaratas och tillsammans kan man ge ett stöd till de som verkligen behöver det. Goda exempel är viktiga som förebilder i arbetet med att utveckla samverkan mellan olika enheter.

Barnhälsovården är möjligheternas arena och en grundpelare i folkhälsan i Sverige – låt oss hjälpas åt att kvalitetsutveckla den och visa för politiker och ledning att barnhälsovården är värd att satsa på.



# Lägesbetingad skallasymmetri – vad beror den på och vad gör vi?

På sjukgymnastiken på Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus har jag genom åren träffat många barn med kongenital muskulär torticollis varav många även har haft lägesbetingad skallasymmetri. För ca tio år sedan var det relativt ovanligt att vi såg barn med skallasymmetri på sjukgymnastiken men under senare år har det tyvärr blivit mycket vanligt. Under ett antal år remitterades även barn med skeva skallar utan torticollis till sjukgymnastiken, dessa barn har gett mig erfarenhet av skeva/platta skallar.

Jag blivit ombedd att dela med mig av vad jag lärt mig kring lägesbetingad skallasymmetri, vilket jag gärna gör då jag är övertygad om att det går att förebygga i flesta fall



**Anna Öhman**

Sjukgymnast

Drottning Silvias barn och ungdomssjukhus, Göteborg

Anna.ohman@vgregion.se

**I**ARBETET MED att förebygga skallasymmetri har BVC en unik möjlighet att påverka utvecklingen. I stort sett kommer alla nyfödda barn och deras föräldrar till BVC, detta innebär möjlighet till att tidigt ge information, kunskap och stöd till familjerna. **Freda Lennartsson**, distriktsköterska inom barnhälsovården i Skaraborg har genomfört en studie som tyder på att information som ges på BVC gör stor skillnad på förekomst av skallasymmetrier samt hur påtagliga de är. Artikelken är nyligen accepterad i *Journal of Pediatric Nursing* och kommer sannolikt att publiceras under 2010.

Det är viktigt att skilja på den i dag ”mycket” vanliga lägesbetingade skallasymmetrin och synostosis som är en sällsynt form av skallasymmetri. Lägesbetingad skallasymmetri beror på att barnet ofta ligger med huvudet i samma läge vilket ger en ensidig belastning av den mjuka skallen. Likt en pumpa som ligger och växer mot marken och blir platt mot underlaget, så formas även barnets skalle vid ensidig belastning. Synostosis beror på förtidig slutning av skallens ben och det är viktigt att barnet kommer till rätt instans. När synostosis misstänks remitteras barn i Göteborg till Kraniofaciala mottagningen på Sahlgrenska Universitetssjukhus. I andra delar av landet kan det vara andra mottagningar som är aktuella t ex neurokirurgen.

## Barnets kroppsläge

Förr i tiden varierades barnets position mer; barn var på mage när de var vakna, de sov både på rygg och på sidan. ”Gamla” barnsköterskor har berättat för mig ”att man hade vändschema för att se till att barnet fick variera läge”. Från mitten av 70-talet

sov barn på mage, och barnen som sov på mage har ofta en mycket fin skullform. Tyvärr ökade även SIDS under denna period och under början av 90-talet infördes rekommendationen att spädbarn skall sova på rygg av socialstyrelsens nationella råd i Sverige. Även i många andra delar av världen rekommenderades ryggsläget för sovande spädbarn. SIDS har minskat påtagligt efter det att föräldrarna tagit till sig dessa råd och det finns ingen tvekan om att spädbarn generellt skall sova på rygg. SIDS är alla nyblivna föräldrars fasa och därför anser en del föräldrar att det är säkrast att alltid ha sitt barn på rygg, även då barnet är vaket. En amerikansk studie visade att 25% av föräldrarna aldrig placerade sitt barn på mage när det var vaket. Enligt **Mia Coull** på tidningen ”Vi Föräldrar” frågade de sina läsare ”Hur ofta ligger din bebis på mage när han/hon är vakent?” i oktober 2008. Totalt 766 personer röstade: hela tiden 8%, korta stunder men ofta 23%, någon stund varje dag 47%, nästan aldrig 18%, aldrig 4%. Många barn riskerar att tillbringa mycket tid i samma läge, har barnet dessutom en favoritsida för huvudets placering ökar risken för skallasymmetri påtagligt. Sett i backspegeln hade informationen till nyblivna föräldrar behövt vara mer tydlig. Vi kan inte förändra det som varit men vi kan dra lärdom av det och med mer/bättre information kan vi förebygga lägesbetingade skallasymmetrier. På sjukgymnastiken har jag ofta träffat föräldrar som varit frustrerade över sitt barns skallasymmetri.

I många länder har en ökning av skallasymmetrier observerats efter det att barnen började sova på rygg, det finns flera studier som bekräftar

tar ökningen, bl.a. en stor studie visade att ca 20 % av barnen hade skallasymmetri vid 7 veckors ålder. I en av mina studier hade 40 % av barnen i kontrollgruppen skallasymmetri vid två månaders ålder, de flesta endast mild. Rådgivning räckte och vid tio månaders ålder hade alla barn i kontrollgruppen fin skallform. I gruppen barn med torticollis hade 60 % skallasymmetri vid två månaders ålder och 39 % hade kvarstående asymmetri vid 10 månaders ålder. I de allra flesta fallen var det en mild skallasymmetri som troligtvis senare kommer att döljs av håret.

Det är mycket viktigt att barn sover på rygg för att minska risken för SIDS men det är också viktigt att de får tillbringa mycket tid på mage då de är vakna för att minska risken för lägesbetingad skallasymmetri samt stimulera den motorisk utveckling. Man kan något förenklat likna ett barn som alltid ligger på rygg då det är vaket med en sköldpadda som hamnat på rygg, på rygg kan man inte göra så mycket. Barn behöver möjligheter att utvecklas och att få variation och stimulans i magliggande när de är vakna.

Flera studier och även klinisk erfarenhet visar att den motoriska utvecklingen påverkas när barn tillbringar lite eller ingen tid på mage då de är vakna. Generellt när barnen de motoriska milstolparna senare än barn födda innan 90-talet. I min motorikstudie, där barn med torticollis och en kontrollgrupp som bestod av barn utan några kända åkommor deltog; visade det sig att om barn tillbringar ingen eller lite tid på mage när de var vakna uppnår de sina motoriska milstolpar senare vid två, sex och tio månaders ålder än barn som är på mage flera gånger per dag ( $\geq 3$ ). Barn med torticollis är som grupp senare i sin motoriska utveckling jämfört med kontrollgruppen vid två och sex månaders ålder. Barnen som deltog i studien är idag i 4 årsåldern och deltar nu i en ny undersökning av motoriken. Jag planerar att börja bearbeta materialet under våren.

#### Information och råd till föräldrar

Om barnet har fått en lägesbetingad skev/platt skalle är det konsekvent avlastning som behövs. Lösningen är enkel men inte alltid lika enkel att genomföra. Det är viktigt att man är tydlig gentemot föräldrarna om att det kan vara jobbigt i början men att det brukar bli lättare inom några veckor. Barnet bör vara mycket på mage då hon/han är vakna, vilket kan vara en utmaning för föräldrarna att genomföra om barnet inte är vant att vara på mage. Jag brukar rekommendera korta men många stunder i början "en minut 100 ggr om dagen", ta vara på varje litet tillfälle "lägg alltid barnet på mage en stund så fort hon/han läggs ner" även om det bara är för en kort stund. När barnet sover bör huvudet ligga så att den tillplattade delen av skallen avlastas helt från belastning. Ett sätt att uppnå effektiv avlastning är att lägga

barnet på sidan, för att barnet skall ligga kvar behövs ett stöd som hindrar att barnet från att falla över på rygg. "Baby sleep" är ett stöd som brukar fungera bra för de flesta barn som är under sex månader, med hjälp av den kan man lägga barnet i ett läge halvt sida/rygg. Viktigt är att den också hindrar barnet att falla över på mage. Att bara lägga ett stöd bakom ryggen rekommenderas inte då barnet kan falla över på mage. Om skallen är måttligt till mycket skev bör barnet undvika att ligga på rygg under en period tills skallformen blivit symmetrisk. Värt att tänka på är att även "babysitter" är ett ryggläge, ett bra alternativ är "bumbositter" som är ett mer aktivt sittande och där skallen är helt avlastad från tryck. Jag brukar säga ryggläge endast vid blöjbyte samt att i bilen måste bilstol användas. Viktigt är att inte använda bilstolen utanför bilen, stolen är hård vilket är nödvändigt vid ev. krock men onödigt belastning när barnet inte åker bil. För de lite äldre barnen dvs. över sex månaders ålder fungerar baby sleep sällan och det kan vara svårare att avlasta den skeva skallen. "Om barnet, när det börjat vända sig från rygg till mage, spontant väljer att ligga på mage när det sover ger detta en avlastning av bakhuvudet. Detta kan vara en fördel för barn med skallasymmetri. Enligt professor **Göran Wennergren** välkänd forskare på SIDS behöver man inte vara orolig över att barn äldre än 6 månader spontant väljer att sova på mage och man behöver inte vända det tillbaka till rygg. Det är viktigt att ta bort kudden om barnet valt magläge." Vi har även diskuterat "baby sleep" som Göran Wennergren är positiv till.

Här är mina förslag på hur BVC kan förebygga/hantera lägesbetingad skallasymmetri. För att upptäcka i asymmetrier i god tid, inspektera skallformen vid varje tillfälle som barnet besöker BVC. Att information och råd ges tidigt, med fördel kan informationen "lek på mage" ges till alla nyblivna föräldrar. I "lek på mage" ges information om fördelarna med att barnet får tillbringa vaken tid på mage och tips med bilder på olika sätt att vara på mage. Text och bilder har granskats av professor Göran Wennergren, Barnhälsovårdsöverläkare (Göteborg) **Thomas Arvidsson** samt barnsjuksköterskorna **Marina Melander** och **Anna Jörnvik**. "Lek på mage" finns nu på Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus externa hemsida, under "information till föräldrar" så att den som vill lätt kan skriva ut den. Det är mycket som upptar nyblivna föräldrars tid och tankar t.ex. mat/amning och sömn, övrig muntlig information kan därför lätt "glömmas" av föräldrarna. Men jag är övertygad om att de allra flesta föräldrar läser alla papper och skrifter de får. Att ge föräldrarna "lek på mage" innebär en möjlighet att nå ut med informationen tidigt och det är oftast lättare att vänja det vakna barnet vid magläge om man börjar när de är nyfödda. >>>



Vaket barn på mage



Skallasymmetri



Muskelfunktionstest



### Bedömning av barnets skullform

Viktigt att man finner ett bra sätt att inspektera skullformen då den kan se ut att vara både bättre och sämre än den är pga. att barnet inte är stilla med huvudet eller har mycket hår som kan förvirra ögat. Det sätt att undersöka skullformen som jag tycker fungerar bäst är att låta barnet sitta i förälderns knä med ansiktet mot föräldern, undersökaren håller i barnets huvud så att näsan pekar rakt framåt och observerar visuellt skullformen. Ta även dina händer till hjälp, håll fingrarna runt bakhuvud och även panna, särskilt om barnet har mycket hår är det viktigt för att upptäcka ev. asymmetrier. Iaktta hur barnets öron är placerade, om barnet är platt höger sida av bakhuvudet brukar även örat på denna sida vara tydligt framflyttat i jämförelse med örat på vänster sida. Det är viktigt att gradera skullasymmetrin för att kunna ge feedback till föräldrarna. Med hjälp av en visuell skala från Cranialtech kan man bedöma skullformen på en skala 0-3. 0=ingen asymmetri, 1=lätt, 2=måttlig och 3=stor asymmetri. Jag brukar även använda "halvsteg" ex. när jag tycker att det inte är så illa som en 2:a men inte så bra som en 1:a så skriver jag 1-2. När man blivit van att undersöka skullformen tar det bara en kort stund i anspråk, och även om det i början kan ta lite längre tid är det väl investerad tid då man slipper mycket oro och undran från föräldrarna vid senare tillfällen. En undersökning av skalans reliabilitet håller på att genomföras där ca 30 sjukgymnaster har varit med och bedömt ett antal foton på barn enligt skalan. Både intrareliabilitet (dvs. om samma person bedömer lika vid två tillfällen) och interreliabilitet (om flera olika personer bedömer lika) undersöks. Resultatet sammanställs under vintern/våren.

Skullformen kan snabbt förändras speciellt under de första månaderna i barnets liv eftersom huvudet då växer snabbt, den mjuka skallen formas på kort tid. Fördelen vid tidig upptäckt är att även de svårare asymmetrierna (3:a på Cranialtech skala) snabbt kan bli bra om konsekvent avlastning ges. Barn som är två månader eller yngre får oftast fin skullform på ca en månad om man ger konsekvent avlastning, även vid mycket påtaglig asymmetri.

I Göteborg finns ett samarbete mellan BVC och sjukgymnastiken på Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus, vi har haft en kortare utbildning med teori och praktisk träning, vilket varit givande. Vi har haft utbildningen vid 15 tillfällen, även personal från BVC i Kungsbacka och Södra Bohuslän har deltagit. Det har varit mycket positiv feedback, många har sagt att de nu fått "verktyg" att arbeta med. På sjukgymnastiken har vi senaste halvåret märkt att de barn som kommer för torticollis sällan har lika påtag-

ligt skeva skallar som tidigare. Förut träffade vi ofta föräldrar som var frustrerade över att de inte fått gehör på BVC, numera har det blivit relativt ovanligt att föräldrarna klagar över BVC när de kommer till oss. Om detta är en slump eller en konsekvens av den utbildning som varit är lite tidigt att dra några slutsatser om men det tyder ändå på en positiv utveckling.

### Kongenital torticollis

Torticollis tillhör en av riskfaktorerna för att utveckla en lägesbetingad skullasymmetri andra riskfaktorer är; att barnet har en favorit sida, är prematur, pojke, tvilling, har sen motorisk utveckling, att barnet tillbringar lite tid på mage när det är vaket.

Kongenital torticollis är den tredje vanligaste muskuloskeletala åkomman hos spädbarn, incidensen är 0,4-2,0. Torticollis innebär en felställning av huvudet, den typiska huvudställningen är att huvudet sidböjs åt ett håll och roteras åt motsatt håll. Ibland syns antingen sidböjningen eller rotationen tydligast. Orsaken har varit omtvistad, den evidens som finns tyder på att barnet legat trångt under graviditeten. Kliniskt kan man ofta se att barnets käke är mindre på samma sida som barnet sidböjer huvudet åt dvs. samma sida som har den kontraherade/kontrakta muskeln. Mammorna berättar nästan alltid att barnet legat i samma ställning eller varit fixerade länge innan förlossningen. Om barnet har torticollis behöver de ofta hjälp av sjukgymnast, det är en fördel att remittera barnet till sjukgymnast tidigt. På Drottning Silvias barn och ungdomssjukhus har vi sett en stor ökning av barn som remitteras för torticollis under de senaste 10 åren. Det kan finnas flera orsaker till detta, en kan vara att föräldrar och läkare har blivit mer observanta. Dagens föräldrar hittar information via internet och är kanske aktivare i att söka hjälp. Ytterligare en tänkbar orsak skulle kunna vara att de barn som tidigare hade lindrig torticollis, då barn tillbringade mer tid på mage, tränade sig själva och då fick en spontan förbättring.

Små barn har om de inte har torticollis en god rörlighet i nackens rotation i medel 110 grader, ingen av våra "friska" barn hade mindre än 100 grader, några hade 120 grader. Barn med lindrig torticollis har ofta en passiv rotation på max 90 grader i den affekterade sidan dvs. den sida som de tiltar huvudet, i de svårare fallen kan rotationen vara endast 30 grader. Vi rekommenderar inte tøjningsövningar över 90 grader eftersom vi inte vill riskera att påverka de stora halskärlen. Man har sett hos vuxna att det finns en påverkan vid rotation över 90 grader, visserligen generellt sett ofarlig men vissa individer påverkades mer än andra. När man lär föräldrarna tøjningsövningar måste man se att de kan utföra dem korrekt. Vi rekommenderar inte att tøjningsövningar lärs ut på BVC.

Om man på BVC är osäker på om barnet har torticollis kan man undersöka muskelfunktionen



Torticollis



Undersökning utav skalle



i nackens lateralflexorer genom att utnyttja barnets upprättningsreflex. När barnet tippas från vertikal till horisontal ställning utan stöd för huvudet, lyfter hon/han spontant huvudet för att få ögonen i horisontalläge. Barn som inte har torticollis lyfter huvudet lika högt på höger och vänster sida, barn med torticollis har ofta en påtaglig sidoskillnad. Är sidoskillnaden liten kan man rekommendera att barnet är mycket på mage när det är vaket och sen göra om testet efter några veckor. Om det är en väldigt lindrig torticollis kan detta räcka som åtgärd. Blir det ingen förbättring eller är en stor sidoskillnad bör barnet remitteras till sjukgymnast. De allra yngsta barnen orkar inte lyft huvudet vid detta test, i vår studie på friska spädbarn såg vi att vid 2 månaders ålder klarade de flesta barnen att hålla huvudet i horisontalläge.

Sjukgymnasten bedömer/undersöker huvudhållning, rörelsemönster, passivt rörelseomfång i nackens rotation och lateralflexion, muskelfunktion i nackens lateralflexorer (sidböjare) och skullform. Lär föräldrarna vilka övningar de skall göra och följ upp att det fungerar.

Ett litet antal av barnen ca 5% behöver kirurgisk åtgärd, ett fåtal barn opereras under första levnadsåret. Efter operation gäller intensiv sjukgymnastik, barnen kommer till sjukgymnastiken flera gånger per vecka. I samband med barnets skelettillväxt krävs att muskellängden ökar i motsvarande grad vilket inte alltid sker. I dagsläget sker de flesta operationerna på DSBUS på barn som är äldre än 3 år, de har då nedsatt rörelseomfång, snedhållning av huvudet och ofta en tydlig muskulär sträng. När ett barn tiltar huvudet under en längre tid påverkar detta ansiktet hos den växande individen med mer eller mindre facial asymmetri som följd. Desto tidigare barnet behandlas och uppnår en symmetrisk huvudhållning desto bättre är förutsättningarna för att minska asymmetrin. Barn under 10 årsålder anses få ett mycket gott resultat, men även äldre barn har nytta av operationen, de uppnår ett bättre rörelseomfång och den faciala asymmetrin minskar även om den fortfarande märks. Det är individuellt hur tonåringen upplever sin faciala asymmetri, för en del kan det vara en källa till stort missnöje. Vilket är helt förståeligt med tanke på utseendefixeringen i dagens samhälle.

\* \* \*

Ramberättelse till avhandlingen "Congenital muscular torticollis" finns att tillgå på <http://gupea.ub.gu.se/dspace/handle/2077/18238>. Den som önskar hela avhandlingen kan höra av sig till [anna.ohman@vregion.se](mailto:anna.ohman@vregion.se)

Jag har tio studier som på något sätt berör barn med torticollis, sex av dem är publicerade, två inskickade till tidskrift och två håller på att sammanställas. Arbena beskrivs på <http://torticollis.dinstudio.se> som är en hemsida skapad för föräldrar och kollegor. Jag delar för tillfället min arbetstid mellan sjukgymnastiken Drottning Silvias barn och ungdomssjukhus och Friskispraktiken i Göteborg där jag tar emot barn tre dagar i veckan istället för en föräldrarledig kollega. \*

obomab.com

Dr Brown's  
Natural Flow®

# NÄST BÄST EFTER MAMMAS BRÖST!

Den enda nappflaskan som garanterat eliminerar luftbubblor och vakuum i flaskan. Begränsar risken för magknip och mellanöronsinflammation. Nu i Standard och WideNeck-modell.

MEDICINSKT BEPRÖVAD  
Konstruerad av husläkare  
Dr Craig Brown.

Gold MEDICAL  
DESIGN  
EXCELLENCE  
AWARDS  
2000 WINNER

Mother  
& Baby  
AWARDS 2005  
GOLD  
MOTHER  
& BABY

BPAFREE  
No BPA, PVC, Lead  
or Phthalates



## 10-års kalas i butik.

Vi firar Dr Brown med festligheter i butik och 50% på olika start- och combopaket inkl stor flaskborste. Start 20 mars och så länge lagret räcker. Besök din babybutik.

Careb AB · [www.careb-trading.com](http://www.careb-trading.com) · [www.handi-craft.com](http://www.handi-craft.com)



# Att leva med annorlunda utseende

Om man är född med ett syndrom och ansiktsmissbildning, hur kan då livet gestalta sig?  
Vilka psykologiska aspekter kan man lägga på att leva med ett annorlunda ansikte?



Elisabet Knudsen

Psykolog  
Kraniofaciala teamet  
Sahlgrenska  
Universitetssjukhuset

**A**LLA FUNKTIONSHINDER HAR någon unik aspekt. Det unika med att leva med ett ansikte som kraftigt avviker från mängden är att man ofta möts av närgångna, nyfikna och sensations-

lystna blickar och kommentarer. Det är fritt fram för vem som helst att titta, gå ett varv, komma tillbaka och titta igen, vilket är ett kraftfullt angrepp på den personliga integriteten.

De oskrivna regler som gäller för hur länge man kan betrakta en främmande människa sätts ur spel. Patienter berättar att de kan känna sig som offentliga personer eller till och med som allmän egendom. Ofta bemöts man fördomsfullt, som om man vore förståndshandikappad, trots att man är fullständigt normalbegåvad.

Alla dessa blickar och kommentarer kan bidra till att sänka självförtroendet hos den som har en ansiktsavvikelse. Att lära sig använda olika strategier för att handskas med jobbiga situationer blir till en viktig del i livet. Strategier som hjälper en att bevara självförtroendet är till exempel, att visa ett utåtriktat beteende med en god ögonkontakt och beredskap att ge bra svar på tal. Eller att omformulera en elak kommentar till ”han förstod inte bättre” eller ”hon hade säkert en dålig dag”, kan göra att man själv mår lite bättre. Att däremot använda undvikande strategier som att helst gå ut när det är mörkt eller gömma en del av sitt ansikte bakom ett tjockt hår eller i en anorak kan fungera någon gång, men är inte någon lösning på sikt eftersom det innebär en risk för isolering. Det som upplevs som allra jobbigast av ungdomarna är att vistas en längre tid på en begränsad yta med många människor, som till exempel en skolgård, restaurang, badstrand eller på offentliga kommunikationer. Men ju fler s.k. ”frizoner” man har, där man är väl-

känd och ingen tittar, desto mer spontan och sig själv kan man vara.

*Vad bör föräldrar och skolpersonal tänka på för att underlätta för barn med en ansikts- avvikelse?*

Många unga patienter berättar att de varit utsatta för mobbning under skoltiden, speciellt i högstadiet. Gymnasietiden brukar vara lättare att hantera då man har chans att träffa kamrater som man kan dela sina intressen med. Det är också lättare för skolans personal att ha kontroll över situationen på en mindre låg- och mellanstadieskola.

Som förälder till ett barn med en ansiktsavvikelse har man ett särskilt ansvar att prata med sitt barn på ett lugnt och sakligt sätt om vad syndromet innebär, om vilka operationer som kan bli nödvändiga, och hur man kan bemöta andras nyfikenhet. Man förmedlar då den trygghet och självtillit till barnet som det behöver för att det sedan själv skall kunna berätta om sitt tillstånd för kamrater och utomstående. Om barnet är litet är det bra att låta det ha ett färdigt svar eller en enkel beskrivning till hands. Föräldrar måste också bereda marken för sitt barn genom att ge konkret information först till skolans personal och i samråd med dem till övriga barn och deras föräldrar. Frågor som uppkommer kan tas om hand av personal och barnet självt behöver inte bli så belastat. En väl anpassad och konkret information brukar kunna vända rksamheter, som bottnar i rädsla för det annorlunda, till engagemang och förståelse. Som förälder måste man alltid vara beredd på att ge information i olika sammanhang för att undvika att barnet blir mobbat. Det är förstås oerhört viktigt att skolans personal ställer upp på ett så utsatt barn och bidrar till ökad tolerans i skolan genom olika elevvårdande åtgärder.

Att ha kamrater är helt väsentligt för ett barn och

ungdomar med en ansiktsavvikelse. Kamrater fungerar som skydd, hjälper till att försvara och ge svar på tal. Att delta i en kamratgrupp tar också bort fokus från en själv, och man får känna sig normal och trygg i gruppen. Klasskamrater brukar vara till stöd när man ligger på sjukhus, de håller kontakt och bryr sig om.

*Hur påverkas personligheten av att man lever med ett annorlunda utseende?*

Det finns en risk att man utvecklar en svag självbild om man låter sig bli alltför påverkad av alla nyfikna reaktioner. Risken är särskilt stor om man är isolerad, och om man inte kan hitta bra strategier att hantera de situationer man råkar ut för.

En god självbild baseras på en trygg och tillitsfull hemmiljö och känsla av egen kompetens, dvs. att man har en viss kontroll över sin livssituation. Många av våra unga patienter säger att det är viktigt i möten med nya människor att snabbt visa fram sin personlighet, så att den andre inser att det finns en intressant person bakom det avvikande utseendet. Då tar man själv kommandot över situationen och behöver inte vara offer för den andres fördomar.

Finns således förutsättningarna i form av en god och stöttande hem- och skolmiljö och man själv kan hitta bra strategier att hantera alla blickar och kommentarer, så är möjligheterna också goda att man utvecklar en helt normal självbild. Våra unga patienter kan även berätta att de känner sig mer mogna än kamraterna och mer empatiska gentemot andra människor med funktionshinder på grund av vad de själva går igenom.

*Hur är det att vara ung med en ansiktsavvikelse? Vågar man tro på att någon kan bli kär i en?*

Under uppväxttiden är det vanligt att hysa förhoppningar om att ansiktskirurgi skall i det närmaste normalisera utseendet. När man efter sista operationen inser att vi nådde en viss bit på vägen men inte hela vägen, kan denna insikt leda till en tillfällig nedstämdhet. Nu måste man inrätta sig efter att leva sitt vuxna liv med en avvikelse som man drömt om nästan skulle ha kunnat bli bortopererat. En utomstående professionell kontakt kan vid denna tidpunkt vara gynnsam.

Att ha många goda vänner är en bra grund till att träffa någon att bli kär i. De flesta med någon form av ansiktsavvikelse har kamrater som alla andra. Är man van att umgås med jämnåriga och är omtyckt av dem så har man säkerligen också egenskaper som en kommande pojk/flickvän kan uppskatta. Det gäller att våga tro på sig själv, att man är en tilltalande person trots ett annorlunda ansikte. Att personligheten är viktigast. Men att gå in i en relation är dock inte utan komplikationer. Vid vilken tidpunkt i den nya relationen skall man berätta att man har ett öra av silikon? När skall man berätta

att man har ett syndrom som innebär att det är 50 % risk att ens barn drabbas av samma syndrom? Dessa är grannliga frågor där det inte finns några givna svar. Oftast är det en lättnad att våga ta steget att berätta och partnern brukar vara stöttande och förstående. De flesta personer med en ansiktsavvikelse lever också i relationer och vågar skaffa barn.

Ovanstående är en sammanfattning från berättelser av unga patienter som kommer till vår klinik för ansiktskirurgi.

Denna kirurgi syftar till att förbättra både funktioner och utseende. Jag brukar träffa patienterna på plastikkens mottagning före operation, samt i vissa fall ha mail kontakt med några som vill ha stöd och uppbackning inför ett kirurgiskt ingrepp. Jag kan då också vara förmedlande länk till övriga i kraniofaciala teamet om någon har medicinska frågor angående sin kommande operation. Vi träffas också vid själva operation tillfället samt vid efterföljande kontroller på mottagningen. För flera år sedan startade vår klinik en hemsida med chatt rum: [www.newfaces.nu](http://www.newfaces.nu) för unga patienter. Den är dock inte så aktiv i dagens läge, då en stor grupp ungdomar som var aktiva där, nu är färdigopererade. Sidan finns ändå kvar till nästa grupp tonåriga patienter. Man kan även gå in på [www.faceconnection.org](http://www.faceconnection.org), en hemsida, skapad av våra unga patienter själva. Jag ger också konsultationer till föräldrar som vill ha stöd när de skall informera förskola/skola. En annan viktig del i föräldraarbetet är att ge konsultationer, oftast per telefon, om individuellt anpassad operationsförberedelse för deras barn. ✨



# Vårdtyngdsmätning inom barnsjukvården

Den ekonomiska situationen ställer vårdens chefer inför allt större utmaningar. De flesta har redan fått sparbering eller befaras få det inom den närmaste framtiden. Ett sätt att klara av sparbering är att dra ner på antalet anställda, dock med samma patientunderlag och bibehållen vårdnivå. På sikt kan det komma att påverka vårdkvalité, sjukfrånvaro etc. negativt.



**Maria Vestling**

*Avdelningschef  
Neonatalavd 33  
Falun lasarett  
791 81 Falun  
maria.vestling@  
ltdalarna.se*

**E**N CHEFS STÖRSTA utmaning är att på ett tydligt sätt redovisa vart de ekonomiska resurserna går så att beslutsfattarna i landstinget har ett bra underlag när de fattar sina beslut. Kostnaderna för vården kan variera mycket från år till år beroende på vilken vårdtyngd som varit under året. Om man under ett år har ett överskott så kan det tyckas att där finns pengar att spara. Det kan i själva verket vara ett år med mycket låg vårdtyngd. Om beslut om minskad budget då skulle tas skulle det kunna medföra mycket ökade kostnader på sikt. Det blir därför allt viktigare att hitta instrument som lätt kan visa behovet av resurser i förhållande till vårdtyngd. I dagsläget saknas det möjligheter att på ett lätt sätt jämföra personalstat, vårdnivå och vårdkvalité mellan barnkliniker i landet.

Många landsting lämnar idag in uppgifter till NYSAM, Nyckeltalssamverkan. Tolkningen av dessa siffror är inte lätt att göra eftersom siffrorna inte visar vilken vårdnivå och vilken typ av verksamhet som bedrivs på kliniken. I dagsläget framgår det t.ex. inte om aktuell enhet har intensivvård, vilket har stor betydelse för jämförelsetal av t.ex. personaltäthet. NYSAM-siffrorna används idag vid ekonomiska diskussioner på landstingsledningsnivå och kan få stora negativa konsekvenser om de tolkas felaktigt. Tillsammans med ett gemensamt vårdtyngdsmätningssinstrument inom barnsjukvården skulle NYSAM-siffrorna komma till sin rätt eftersom det då skulle vara lätt att göra relevanta jämförelser mellan likvärdiga enheter.

Ytterligare ett problem vid jämförelsetal är att den som inte är helt insatt i siffrorna börjar jämföra siffror från vuxenvården med barnsjukvården. Om man fick önska så skulle det optimala vara ett vårdtyngdsmätningssinstrument som mäter tidsåtgång i direkt och indirekt omvårdnad inom alla verksamheter i sjukvården. Då först skulle det vara möjligt att jämföra resurser mellan olika verksamheter. Det görs redan nu många jämförelser inom landet, men dessa blir

oftast missvisande om man inte har all bakgrundsfakta och kan tolka siffrorna på ett relevant sätt.

## Specialistrådet för barn- och ungdomsmedicin

I Uppsala/Örebroregionen träffas specialistrådet för barn- och ungdomsmedicin en gång per termin. Vid dessa träffar deltar verksamhetschefer, avdelningschefer och vårdutvecklare från barnklinikerna i regionen. Specialistrådet arbetar på uppdrag av beredningsgruppen för Samverkansnämnden i Uppsala/Örebroregionen. Uppdraget för specialistrådet är bl.a. att ansvara för kvalitets- och resultatuppföljning, stödja implementering av nationella riktlinjer, följa upp det regionala samarbete och tillsätta arbetsgrupper för att bearbeta aktuella frågeställningar.

Under det senaste året har avdelningscheferna och vårdutvecklarna arbetat med flera olika uppdrag. En grupp har arbetat med att ta fram en gemensam enkät för att mäta barn och föräldrars uppfattning av vårdkvalité. Enkäten kommer att användas på samtliga barnkliniker i regionen. En annan grupp arbetar med att ta fram arbetsbeskrivningar bl a för lekterapeut, psykolog och kurator.

I november 2008 beslutades att en grupp skulle se över om det fanns möjlighet att ha ett gemensamt vårdtyngdsmätningssinstrument inom regionen. Gruppen bestod av sju personer där både avdelningschefer och vårdutvecklare var representerade. Vid första träffen i januari 2009 diskuterade vi om och varför man ska ha vårdtyngdsmätning. Vi kom ganska snart fram till att i tider av ekonomiska sparkrav är vårdtyngdsmätning ett viktigt instrument att använda sig av. Gruppens målsättning blev att se om det finns något befintligt vårdtyngdsmätningssinstrument på marknaden som skulle kunna användas på både neonatalavdelning och storbarnsavdelning.

Arbetet påbörjades med att inventera gruppens erfarenheter av vårdtyngdsmätning. Någon enhet hade ingen erfarenhet av att mäta vårdtyngd medan andra



Med vårdtyngdsmätning kan man på ett enkelt sätt bli a visa "konsekvenser vid nedskärning av personaltäthet".

hade prövat flera olika instrument. De instrument som användes varierade från att vara pappersbaserade och utformade på den egna enheten till att vara inköpta databaserade system.

Neonatalavdelningen i Falun är den enhet som använt samma Vårdtyngdsmätning sinstrument under längst tid. De har sedan 1991 haft ett eget utarbetat, pappersbaserat vårdtyngdsinstrument som baserats på tidsåtgång av vårdåtgärder. Under de senaste åren har statistiken från instrumentet varit mycket värdefullt vid de ekonomiska diskussionerna med landstingsledningen. Det har varit lätt att på ett tydligt sätt redovisa kostnader för ledningen och på så sätt få en förståelse och ett bra stöd för den fortsatta verksamheten.

#### Fördelar med vårdtyngdsmätning

En grupp vid Västerås barnklinik har fått ekonomiska medel från landstinget för att ta fram ett vårdtyngdsmätning sinstrument.

Fördelar med vårdtyngdsmätning som gruppen kom fram till var bl a att:

- man lätt kan redovisa vilket arbete som utförs
- visa hur mycket tid som den indirekta och direkta omvårdnaden tar
- behovet av bemanning kan påvisas och ev. kunna påvisa behovet av personalfördelning under veckan.
- visa vilken typ av vård/vårdnivå som bedrivs
- kunna göra ordentliga ekonomiska analyser, som på ett tydligt sätt kan presenteras för personer som inte är insatta i den direkta vården.
- på ett enkelt sätt kunna visa konsekvenser vid nedskärning av personaltäthet.
- omvårdnadskostnader kan beräknas.
- underlätta tolkningen av NYSAM-siffrorna.

Om alla enheter inom barn- och ungdomsmedicin skulle använda sig av samma vårdtyngdsmätning sinstrument skulle man kunna göra jämförelser mellan olika enheter/kliniker.

Ett bra vårdtyngdsmätning sinstrument ska vara:

- begripligt för lekman.
- databaserat
- användarvänligt
- snabbt att registrera

Det är en fördel om det kan kopplas till DRG, diagnos relaterat register.

#### Inventering av vårdtyngdsinstrument

Inför andra tillfället som specialrådet för barn- och ungdomsmedicin skulle träffas fick alla deltagare i arbetsgruppen i uppdrag att inventera vilka instrument som fanns på marknaden och som kunde vara tillämpliga inom barn – och ungdomssjukvård. Resultatet presenterades sedan vid den kommande träffen i april 2009.

Vi tittade närmare på 9 olika instrument, varav 3 var mer intressanta efter en första granskning. En del togs bort för att de var tidsödande, enbart anpassade för vuxna eller saknade datastöd.

Eftersom Västerås har fått ekonomiska medel för att gå vidare med att implementera vårdtyngdsinstrumentet Classica inväntar gruppen nu att få ta del av deras erfarenheter och se om instrumentet kan vara tillämpligt för hela regionen.

Det optimala vore om en nationell grupp kunde se över om det vore möjligt att ha ett enhetligt instrument över hela landet.

Det är mycket troligt att önskemål av parametrar kan komma att variera mellan olika landsting. Det vore dock mycket vunnit om man kunde enas om en gemensam grund som skulle göra det möjligt att göra jämförelser nationellt och som kunde användas tillsammans med NYSAM-siffrorna. Det vore bra om det instrument man enas om ger utrymme att lägga in egna parametrar, för att så många som möjligt motiveras att använda samma instrument. ✨



# Informationsutbyte i barnsjukvård Att gradvis nå samförstånd



Eva Wikström

Barnsjuksköterska  
Barnintensiven/BUVA  
vid Astrid Lindgrens  
Barnsjukhus i Stockholm.

**E**N VACKER VÅRDAG, den 15 maj 2009, försvarade jag min doktorsavhandling "Information exchange in paediatric care" vid Länsjukhuset Ryhov i Jönköping.

Under alla de år, i nuläget 35 år, som jag arbetat inom sjukvården har jag ofta funderat över "den lilla människan i den stora vårdapparaten". Vem är till för vem, den som vårdar eller den som vårdas? Och vad händer i mötet mellan den som vårdar och den som vårdas? På vägen till mina doktorandstudier lades grunden till mina forskningsfrågor under min C-uppsats, där jag gjorde en intervjustudie av barnsjuksköterskors uppfattning om bemötande av barns behov på sjukhus. Resultatet gav tre inriktningar av bemötande; medicinskt inriktat, familjefokuserat och barncentrerat bemötande, allt beroende på de egna värderingarna. Nästa steg på vägen var D-uppsatsen där barns förmåga att fatta beslut granskades i en litteraturstudie. För att kunna fatta ett beslut så måste information utbytas och där fanns nu forskningsområdet – informationsutbyte i barnsjukvård. Doktorandstudierna möjliggjordes genom en doktorandtjänst på halvtid hos Futurum, Jönköpings Läns Landsting, under 5 års tid. Jag antogs som doktorand sommaren 2004 på avdelning för Omvårdnad, Institutionen för Medicin och Hälsa, Hälsouniversitet i Linköping.

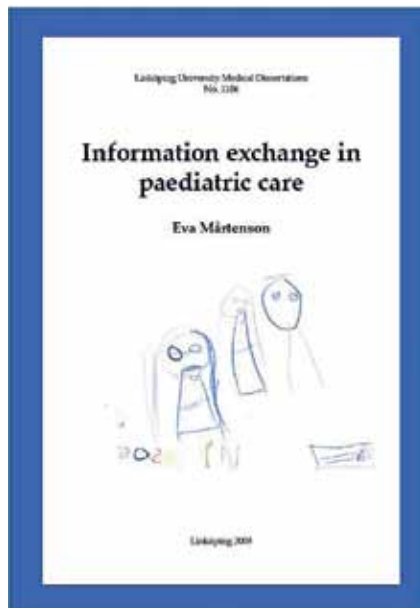
Informationsutbyte är en viktig del av barnsjuk-

vården, precis som i all sjukvård. Informationsutbyte innebär att söka information genom att fråga, lämna information genom att svara och bekräfta att informationen är förstådd. Vad jag har insett av min forskning så är själva nyckeln till informationsutbytet kopplat till just bekräftandet att informationen är förstådd.

Det är där möjligheterna och svårigheterna finns, förhandlingar och kompromisser sker, det är där samförstånd och förståelse ska nås. Inom barnsjukvården har tidigare forskning till största delen handlat om de vuxnas informationsutbyte och barnets roll i sin egen vård har inte fått särskilt stort utrymme. Dessutom har tyngdpunkten legat på den information som personalen inom barnsjukvården ansett vara viktig att ge och mottagarens perspektiv har inte beaktats tillräckligt.

En mänsklig rättighet syftar till att människor ska få ett bra liv och inkluderar därför olika regler. Det är en rättighet för barn och förälder att få

information och det regleras i hälso- och sjukvårdslagen (HSL). Som ett överstatligt styrdokument har vi även Barnkonventionen. Anledningen till att vi har ett barnrättsperspektiv är för att vi lever i en demokrati där grundstenen är jämlikhet. HSL ska ses som en skyldighetslag, den reglerar främst landstingens och kommunernas skyldighet att tillhandahålla en god hälso- och sjukvård och inte patientens rättighet. I HSL förekommer ordet barn endast två gånger, den ena gången gäller det barn som far illa och i andra fal-



let rör det avgiftsbefrielse. Barnen är ändå en femtedel av Sveriges befolkning, nästan 2 miljoner personer. Dessutom innebär bristande information och dokumentation en betydande risk för patientens säkerhet.

**Ontologiskt bygger avhandlingen** på logisk empiri, kunskap nås genom både metodologisk forskning och teoriutveckling och epistemologiskt på att människor alltid samspelar med varandra och att just detta samspel gör oss sårbara. Denna sårbarhet hanteras genom att använda Lögstrups (dansk filosof) etiska krav, att ta hand om en annan människa utan att förvänta sig något tillbaka.

Det fanns två övergripande syften med min avhandling och det första var att identifiera, beskriva och begreppsliggöra informationsutbytet i pediatrika vård-situationer mellan minderåriga, föräldrar/vårdnadshavare och hälso- och sjukvårdspersonal. Det andra syftet var att formulera en teoretisk konstruktion, en teori, av fenomenet informationsutbyte i pediatrika vård-situationer.

I avhandlingen ingår fyra delarbeten, där informationsutbyte identifieras, beskrivs och synliggörs i barnsjukvård från tre olika perspektiv. Delstudie I fokuseras på minderårigas perspektiv, i delstudie II på förälders/vårdnadshavares perspektiv och i delstudie III på vårdpersonalens perspektiv. I delstudie IV fokuseras på ett sammantaget perspektiv, alltså fynden från delstudie I, II och III, och ur ett etiskt perspektiv, Lögstrups etiska krav.

**Metoden som används** i delstudie I, II och III är grounded theory enligt Glaser. Analysmetoden som används vid grounded theory är constant comparative analysis. Datainsamling och analys sker parallellt, all data jämförs med varandra under hela datainsamlingstiden. Constant comparative analysis innebär samma tillvägagångssätt som vid kvantitativ forskning, där olika siffervärden jämförs med varandra på ett strukturerat sätt. I denna avhandling är det olika händelser som jämförs med varandra i stället för siffror.

Datainsamlingen i delstudie I, II och III har skett genom observationer och genom textanalys av journalanteckningar som tillhör den observerade. I delstudie III, vårdpersonalstudien, gjordes uppföljande intervjuer. Anledningen till att det inte gjordes några uppföljande intervjuer i delstudie I och II var att barn och föräldrar helt enkelt inte hade tid. De kom sent pga.

svårigheter med att hitta parkeringsplats, det observerade besöket tog längre tid än förväntat, de hade avtalade tider på andra mottagningar eller så hade de planerat in olika aktiviteter efter besöket. All datainsamling ägde rum på de tre specialistmottagningarna för barn, Dagvården, PNUT (Enheten för Pediatrik Neuro-Urologi och Tarmstörningar) och Diabetesmottagningen under åren 2005-2007. Etiskt tillstånd erhöles till samtliga studier av regionala etikprövningsnämnden. Alla som deltog i studierna lämnade samtycke.

**I delstudie I** deltog 28 minderåriga, som var mellan 10-17 år. Det gjordes 76 observationer och inkluderades 20 journalanteckningar. Anledningen till att det bara är 20 journalanteckningar och 28 minderåriga som observerades vid ett besök är att journalanteckningen måste beröra syftet, vad händer i informationsutbytet. Fynden visade att den minderårige hanterade informationsutbytet genom att balansera omständigheterna. Detta gjorde de genom: Att skaffa sig kunskap, att medverka, att vara tillsammans, att visa ömsesidighet, att visa tillit och genom att hantera familjens påverkan.

I delstudierna beskrivs de olika fynden genom att skriva en händelse, ett citat som exempel.

**I delstudie II** deltog 24 föräldrar/vårdnadshavare. Det gjordes 37 observationer och inkluderades 5 journalanteckningar. Fynden visade att föräldern/vårdnadshavaren hanterade informationsutbytet genom ett handfast manövrerande. Detta skedde genom: att samarbeta, dela mål, vara stödjande resurs, att vara ställföreträdare men även genom att prata förbi den minderårige och odla egna vuxenkontakter.


**I delstudie III** deltog 15 vårdpersonal. Det gjordes 25 observationer och 10 journalanteckningar inkluderades. Det var den enda delstudien där det gjordes uppföljande intervjuer, och all deltagande vårdpersonal intervjuades. Fynden visar att vårdpersonalen hanterade informationsutbytet genom att dela och fördela ansvaret. Detta skedde genom: att utbyta kunskap, relationsskapande samtal, kalkylerat bekräftande (handlar om professionalism), att uppmuntra, fråga/svar och det som hände berodde på aktuell situation.

Det etiska kravet handlar om att den ena människan är inblandad i den andra människans liv. För att kunna använda det etiska kravet i den samtidiga begreppsanalysen i delstudie IV gjordes en kvalitativ innehållsanalys. Den gav fynden förmedlingen och

den sociala normen. Förmedlingen handlar om det som finns mellan oss, mellanrummet mellan oss, vårt levnadsutrymme, vår interaktion. Den sociala normen handlar om inblandningen i varandras liv, hur vi tar vara på varandra, regelverket oss emellan.

**I delstudie IV** gjordes en samtidig begreppsanalys av fynden från delstudie I, II och III och resultatet från den kvalitativa innehållsanalysen av det etiska kravet, förmedlingen och den sociala normen. Resultatet från hela avhandlingsarbetet var att informationsutbytet i barnsjukvård handlade om: Att vara sammanlänkade, Att handla enligt gängse regler, Bevara en helhet, Ömsesidigt beroende, Socialt samspel. Att vara sammanlänkade är en förutsättning för att de andra begreppen ska existera. Detta gav den teoretiska konstruktionen: Att gradvis nå samförstånd, vilket innebär att komma överens med varandra, steg för steg, genom en serie av kompromisser. Resultatet ger följande implikationer för barnsjukvården:

- Barn har rätt att uttrycka sina tankar, behov och önskningar
- Barn har rätt att få veta och rätt att lära sig att fatta beslut
- Barn bör få tillgång till att kommunicera i anslutning till sin journal.
- Föräldrar behöver eget stöd för att kunna stötta sina barn.
- Vårdpersonal behöver kunskap och förståelse om vad barn och föräldrar behöver veta för att gradvis nå samförstånd och komma överens med dem.
- Det bör utvecklas information, skriftlig och databaserad, så när barn och föräldrar kommer på besök i vården så ska de informeras om hur vårdpersonalen vid just den mottagningen beaktar deras rättigheter. Arbetet att ta fram denna information gör att även vårdpersonalen får kunskap om rättigheter.
- Vårdpersonalen behöver utbildning och träningsseminarier i informationsutbyte. Det bör vara lika obligatoriskt som t ex HLR, för även informationsutbyte kan rädda liv.
- Barnkonventionen bör implementeras rent praktiskt i den dagliga pediatrika vården. Där finns de fyra vägledande artiklarna, artikel 2, 3, 6 och 12, som kan användas t ex vid faldiskussioner för att medvetandegöra vårdpersonalen.

Jag planerar att skriva fler artiklar utifrån forskningsområdet och då med det etiska kravet som grund. Dessutom skissar jag på ett nytt projekt med aktionsforskning som metod. *Länk till avhandlingen:* <http://liu.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2:213972> 

# Antar du utmaningen?



**Margaretha Nolbris**

Barnsjuksköterska, fil. dr.  
Centrum för barns rätt till hälsa  
Drottning Silvias Barn- och  
ungdomssjukhus  
SU/Östra  
margaretha.nolbris@vgregion.se

**S**YSKONGRUPPEN FÖR CENTRUM för barns rätt till hälsa med personal från olika verksamheter på Drottning Silvias barn och ungdomssjukhus arrangerade en "syskoneftermiddag" den 20 november. 27 syskon i åldrarna 1-19 år deltog i denna eftermiddag. I den muntliga utvärderingen som gjordes med syskon, föräldrar och personal, var utlåtandet "att de var mycket nöjda och önskade flera aktiviteter som denna syskoneftermiddag".

Centrum för barns rätt till hälsas syskongrupp vill nu utmana alla verksamheter med barn och ungdomar som har syskon att den 10 november 2010 ha en gemensam nationell syskoneftermiddag.

Centrum för barns rätt till hälsa på Drottning Silvias barn och ungdomssjukhus arbetar efter FN:s barnkonvention. Barnets Rättigheter gäller såväl för våra patienter som för syskonen. När ett barn drabbas av allvarlig sjukdom eller funktionsnedsättning har även syskonen rätt till stöd,


information och delaktighet.

Tre broschyrer med syskonperspektiv har även sammanställts av denna syskongrupp på Centrum och är fria att ladda ner och använda i sitt ursprungsskick:

**Information till syskon** - till dig som har en syster eller bror med en allvarlig sjukdom eller funktionsnedsättning

**Information till föräldrar** och andra vuxna - att tänka på när ett barn eller en tonåring har ett syskon med allvarlig sjukdom eller funktionshinder

**Information till personal** - när ett syskon har en syster eller bror med allvarlig sjukdom eller funktionsnedsättning

Mer information finns på: [www.sahlgrenska.se/SU/1/Drottning-Silvias-barn--och-ungdomssjukhus/Centrum-for-barns-ratt-till-halsa2/](http://www.sahlgrenska.se/SU/1/Drottning-Silvias-barn--och-ungdomssjukhus/Centrum-for-barns-ratt-till-halsa2/) 

## Programmet

### för syskoneftermiddagen

- Vi bjuder på popcorn, dricka & glass
- Film för olika åldrar
- Besök av brandbil
- Mys i biblioteket, lyssna på en saga eller låna något du gillar
- Slöjda med Anders
- Träffa syskonstödjare
- Hunden Vera
- Prova handmassage
- Prata med en barnsjuksköterska, kurator, präst eller psykolog
- Spela in en egen CD med Olli

Utanför lekterapin hittar du:

- Hunden Vera
- En riktig brandbil

Välkommen önskar Syskongruppen för  
centrum för barns rätt till hälsa





# Information om Riksföreningen för Barnsjuksköterskor

RIKSFÖRENINGEN ÄR ÖPPEN för sjuksköterskor vilka arbetar med eller är intresserade av hälso- och sjukvård för barn och ungdom. Föreningen har funnits sedan 1975 och arbetar bland annat för:

- att sprida kunskap om barnsjuksköterskans utbildning, kompetens och arbetsområden
- att värna om barns rättigheter till kompetent barnutbildad personal, barnvänlig miljö etc
- att främja utveckling och forskning inom medlemmarnas funktionsområden

Riksföreningens styrelse består av nio medlemmar, vilka är bosatta på geografiskt spridda orter och arbetar inom olika pediatrika områden. Styrelsen sammanträder 8–10 gånger/år och agerar i aktuella frågor, svarar på remisser, planerar verksamheten mm. En eller flera länsrepresentanter är verksamma inom varje landsting. Dessa personer står till tjänst med information om medlemskap, arrangerar lo-

kala träffar, bevakar lokala händelser m.m.

Föreningens högsta beslutande organ är årsmötet vilket hålls före maj månadsutgång.

Kongress arrangeras en gång/år. Dessa dagar erbjuder föreläsningar om aktuella ämnen samt möjligheter att träffa kollegor från hela landet.

”Barnbladet”, vår tidning, utkommer med sex nummer varje år och innehåller artiklar om pediatrik omvårdnad och hälsovård. Barnbladet är ett utmärkt organ att använda vid spridning av nyheter mellan kollegor runt om i landet och även från våra nordiska grannländer.

Tidningen ingår i medlemsavgiften.

Medlemsavgiften är 300 kr/år, pensionär 200 kr/år. Sjuksköterska som är medlem i annan riksförening 250 kr/år. Prenumeration av Barnbladet 350:-/år. Medlemskap i Vårdförbundet eller SSF berättigar inte till reducerad avgift.

Medlem blir Du genom att betala in medlemsavgiften på riksföreningens pg

19 51 19-3 eller bg 5831-6704. Ange namn, adress och personnummer samt eventuell annan riksförening på inbetalningskortet.

Anmälan om medlemskap eller adressändring kan göras på [www.barnsjukskoterska.com](http://www.barnsjukskoterska.com) eller skickas per post/email till:

Riksföreningen för Barnsjuksköterskor

Catrin Jonson

Löjtnantsgatan 8, 852 38 Sundsvall

e-post: [medl@barnsjukskoterska.com](mailto:medl@barnsjukskoterska.com)

## Bli medlem i Riksföreningen för barnsjuksköterskor!

Alla sjuksköterskor som arbetar med eller är intresserade av hälso- och sjukvård för barn och ungdomar kan bli medlemmar. Du söker medlemskap på [www.barnsjukskoterska.com](http://www.barnsjukskoterska.com), eller genom att maila till [Catrin.Jonson@barnsjukskoterska.com](mailto:Catrin.Jonson@barnsjukskoterska.com) som är ansvarig för medlemsregistret [medl@barnsjukskoterska.com](mailto:medl@barnsjukskoterska.com)

Medlemskapet kostar 300 kr/år. I medlemskapet ingår bl a att du får Barnbladet 6 ggr/år, rätt att söka våra stipendier och att du kan delta i våra utbildningsdagar till medlemspris

## PAMPERS STIPENDIUM 2011



Procter & Gamble har nöjet att inbjuda dig som är sjuksköterska och som arbetar inom barnhälsovård eller barnsjukvård till att söka PAMPERS stipendium som uppgår till 25.000 kronor. Syftet med stipendiet är att stimulera till utveckling och kunskapsspridning inom områdena barnhälsovård och barnsjukvård. Behörig att söka stipendiet är medlem i Riksföreningen för Barnsjuksköterskor.

**Ansökan skall innehålla** en beskrivning av projektets målsättning samt en uppskattning av projektets betydelse för utvecklingen inom barnområdet. Stipendiaten skall inom tre månader efter avslutat projekt inkomma med en skriftlig rapport. Vid längre projekt skall arbetet redovisas via delrapporter. Bedömning av inkomna ansökningar görs av

Riksföreningens styrelse.

**Stipendiet kan utdelas** till en eller flera personer inom ramen för beloppet 25.000 kr. OBS! Förtroendevalda i föreningen får ej söka detta stipendium. Om ej lämpliga projekt finnes kan beslut fattas om att ej utdela stipendiet. Beslut om PAMPERS stipendiet meddelas i samband med Riksföreningens kongress under våren. Läs mer om stipendiet på hemsidan [www.barnnurse.se](http://www.barnnurse.se) Sänd gärna din ansökan via nätet. Det är viktigt att ansökan är korrekt ifylld för att kunna beaktas.

**Sista ansökningsdag** är den 15 januari 2011. Ansökan skall mejlas till Rose-Marie Strandberg: [r-m.strandberg@hotmail.com](mailto:r-m.strandberg@hotmail.com)

## Stipendium

### Riksföreningen för Barnsjuksköterskor

**D**u som är registrerad medlem i Riksföreningen för Barnsjuksköterskor erbjuds att söka stipendium två gånger per år. Din ansökan skall vara styrelsens tillhanda senast **15 april eller 15 oktober**.

Beslut avseende stipendiefördelning lämnas den 15 juni respektive 15 december.

**Syftet med stipendiet är:**

- att stimulera till utvecklings- och projektarbete, uppsatser på C- och D-nivå samt viss fortbildning
- att möjliggöra deltagande i studieresor och konferenser

Egna projektarbeten prioriteras. Medel utgår ej till grund eller påbyggnadsutbildningar eller praktikplacering för behörighet till yrket. Stipendiaten ska inom 3 månader efter avslutat projekt inkomma med skriftlig rapport. Resultatet delges genom publicering i Barnbladet. OBS! Förtroendevalda i riksföreningen får ej söka stipendiet.

Tag gärna kontakt med Rose-Marie Strandberg, Høststigen 4, 961 32 Boden, telefon 0921-164 39 (bost.) [r-m.strandberg@hotmail.com](mailto:r-m.strandberg@hotmail.com)

Välkommen med din ansökan



## Värva en medlem och få en snygg bssk t-shirt...

Om du värvar en ny medlem till Riksföreningen för Barnsjuksköterskor får du en bssk t-shirt som tack för hjälpen! Så fort den nya medlemmen har betalat in medlemsavgiften kommer t-shirten på posten.

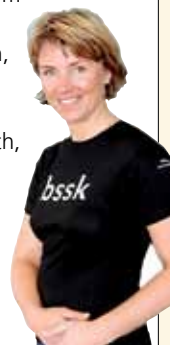
Maila medlemmens namn och adress samt vilken färg (vit eller svart) och storlek du vill ha på t-shirten till Catarina Barth, [cbcbj@telia.com](mailto:cbcbj@telia.com)



## ...eller köp en bssk t-shirt

Beställ din t-shirt genom att skicka en beställning till Catarina Barth, via mail: [cbcbj@telia.com](mailto:cbcbj@telia.com) eller genom att skriva till Catarina Barth, Rörögatan 5, 257 30 Rydebäck.

Ange önskemål om storlek (S, M, L, XL) och om du vill ha vit eller svart t-shirt. pris: 125 kr inkl. porto



Medlemsidor



Stipendier



### Ny kompetensbeskrivning för barnsjuksköterska

- Vad är en barnsjuksköterska?
- Vad ska en barnsjuksköterska kunna?
- Var kan en barnsjuksköterska arbeta?
- Vad ska ingå i utbildningen?

Nu finns den nya Kompetensbeskrivningen för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot hälso- och sjukvård för barn och ungdomar att tillgå. Ladda hem kompetensbeskrivningen på [www.barnsjukskoterska.com](http://www.barnsjukskoterska.com).

## Styrelsen för Riksföreningen för Barnsjuksköterskor 2009

### Evalotte Mörelius

Ordförande  
ordf@barnsjukskoterska.com

### Berit Finnström

Vice ordförande & ansvarig utgivare Barnbladet  
v.ordf@barnsjukskoterska.com

### Catarina Barth

Kassör  
kassor@barnsjukskoterska.com

### Berit Gustafsson

Sekreterare  
sekr@barnsjukskoterska.com

### Haide Anisian

Ansvarig kongress/utställare  
utst@barnsjukskoterska.com

### Birgitta Glännman

Ansvarig länsrepresentanter  
lanrep@barnsjukskoterska.com

### Catrin Jonson

Ansvarig medlemsregister  
medl@barnsjukskoterska.com

### Rose-Marie Strandberg

Ansvarig stipendier  
stip@barnsjukskoterska.com

### Maria Forsner

Forsknings- & Utbildn. ansvarig  
utb@barnsjukskoterska.com



## BARNBLADET

Utges av Riksföreningen för  
Barnsjuksköterskor  
[www.barnsjukskoterska.com](http://www.barnsjukskoterska.com)

ISSN 0349-1994  
Upplaga: 3.500 ex

### POSTADRESS

Stensjöberg 15  
431 36 Mölndal

### TELEFON

+ 46 (0) 31 27 39 27

### Ansvarig utgivare/Chefredaktör

Berit Finnström  
v.ordf@barnsjukskoterska.com

### Redaktion

Berit Finnström  
berit.finnstrom@hv.se

Ewa-Lena Bratt  
ewa-lena.bratt@vregion.se

Lisa Ernstsson  
lisa.ernstsson@amadeushk.se  
asil@globalnet.net

Magnus Forslin  
magnus@barnbladet.org  
042-70 250  
0733-854486

### Annonser

Linda Larsson Levin  
linda@businessfactory.se  
08-653 60 48  
0733-940571  
[www.businessfactory.se](http://www.businessfactory.se)

### Grafisk Form

STODAB  
info@barnbladet.org  
042-70 250

### Tryckeri

Trydells Tryckeri AB  
Box 68, 312 21 Laholm  
Telefon: 0430-731 00

### Kommande temanummer 2010

- # 3 Föräldrastöd/Pedodonti
- # 4 Dermatologi/Antibiotika
- # 5 Reumatologi/Plastikkirurgi

### Fastställd TS-upplaga 2009:

3.500 ex



Medlem av



### Prenumerationer

Prenumerationen på Barnbladet kostar 350 kr/6 nr. Enstaka exemplar 50 kr/st. Sätt in 350 kr på riksföreningens plusgiro 19 51 19-3 eller bankgiro 5831-6704. Ange prenumeration på Barnbladet samt texta tydligt namn och adress

## Kalendarium 2010

### 12-14 april

Trender i barn och ungdomars psykiska hälsa, med fokus på frågeställningen "Har barns och ungdomars psykiska hälsa förändrats över tid i Sverige?".

Kungliga vetenskapsakademins hälsoutskott.  
[www.buph.se](http://www.buph.se) eller [www.kva.se](http://www.kva.se)

### 15-16 april

Vårmöte i Perinatologi  
Trollhättan  
[www.trollhattan2010.se/](http://www.trollhattan2010.se/)

### 15-16 april

Svensk Barnsmärtförenings vårmöte,  
Smärta hos barn med särskilda behov.  
Göteborg  
För mer info: [Stefan.r.nilsson@vregion.se](mailto:Stefan.r.nilsson@vregion.se)

### 19-23 april

Barnsjuksköterskedagarna  
Jönköping. [www.barnsjukskoterska.com](http://www.barnsjukskoterska.com)

### 26-28 april

Skola, lärande och psykisk hälsa, med fokus på frågeställningen "Vilka är de ömsesidiga kausala relationerna mellan skolprestation och psykisk hälsa?".

Kungliga vetenskapsakademins hälsoutskott.  
[www.buph.se](http://www.buph.se) och [www.kva.se](http://www.kva.se)

### 26-27 april

Flyktingskapets livsvillkor – möte i vård och tandvård med barn, föräldrar och andra vuxna.  
Transkulturellt Centrum, St Göransgatan 126,  
Stockholm.  
[tc@sl.se](mailto:tc@sl.se) [www.slso.sl.se/tc](http://www.slso.sl.se/tc)

Kontakta gärna redaktionen, [ewa-lena.bratt@vregion.se](mailto:ewa-lena.bratt@vregion.se) om du känner till något möte, konferens eller utbildning som bör finnas med i kalendariet

### 17 maj

Omvårdnadens språk - användning av standardiserade termer i praktiken.

Rolf Luft Auditorium, Karolinska Universitets-sjukhus i Solna, Stockholm Info: [eva.carlsson2@orebroll.se](mailto:eva.carlsson2@orebroll.se), [helena.nilsson@karolinska.se](mailto:helena.nilsson@karolinska.se).  
[www.omvardnadsinformatik.se](http://www.omvardnadsinformatik.se)

### 26 maj

Policyorienterad konferens där implikationerna av de resultat som redovisats på två "state of the science" konferenserna diskuteras.  
Kungliga vetenskapsakademins hälsoutskott.  
[www.buph.se](http://www.buph.se) eller [www.kva.se](http://www.kva.se)

### 4-9 aug

The 26th International Paediatric Association  
Congress of Pediatrics 2010 (IPA)  
Johannesburg, Sydafrika  
<http://www2.kenes.com/IPA/Pages/home.aspx>

### 16-17 sept

Habiliteringssjuksköterskedagarna  
Hotell Ekoxen. Linköping. Info: [Ragni.Gunnarsson@lio.se](mailto:Ragni.Gunnarsson@lio.se), tel: 013-224540, [Christina.I.Larsson@lio.se](mailto:Christina.I.Larsson@lio.se), tel: 0702-747577.

### 22-23 sept

Den tredje Nordiska konferensen om familjefokuserad omvårdnad  
Linnéuniversitetet, Kalmar. [www.lnu.se](http://www.lnu.se)

### 24-27 okt

7th International Conference of Neonatal Nursing  
Durban, Sydafrika <http://nnasa.org.za/2010/>

# Nutramigen visar vägen



Nutramigen förser dig med ett komplett sortiment vid diagnostisering och behandling av komjölkproteinallergi



- *Omfattande dokumentation och mer än 65 år av klinisk erfarenhet*
- *Säkra och effektiva – kliniskt bevisat*
- *Anpassad näringsprofil skräddarsydd efter barnets behov*

Mead Johnson Nutrition stöder WHO:s rekommendation att bröstmjolk är spädbarnets bästa föda.



Våra produkter förskrivs på livsmedelsanvisning eller köps receptfritt på Apotek. Läs mer på: [www.meadjohnson.se](http://www.meadjohnson.se)

**MeadJohnson**  
Nutrition

Box 15200, 167 15 Bromma  
Tel 08-704 71 00, Fax 08-704 89 50  
[www.meadjohnson.se](http://www.meadjohnson.se)

POSTTIDNING B

RETURADRESS:  
BARNBLADET, Box 48, 267 21 BJUV, SWEDEN

SCA Products AB Fortman & Bodanfors



**ÄNTLIGEN. LIBERO MED SVANENMÄRKNING  
FÖR DE ALLRA MINSTA.**

SVANEN FINNS PÅ STORLEKARNA 1, 2 OCH 3. LÄS MER PÅ LIBERO.SE

**Libero**