

Årgång 32 nr 4/2007

BARNBLADET

Tidskriften för Sveriges Barnsjuksköterskor



Infektioner & kulturmöten

Nutramigen 2 LGG

- ett förstahandsval vid kostbehandling
av komjölksproteinallergi¹

NYHET!

**Nu
bättre
smak!**



Nutramigen 2 LGG ger fullvärdig, balanserad näring
– även under övergången till vanlig mat. Bon appetit!



Viktigt: Bröstmjolk är spädbarnets bästa föda. Om amningen avbryts kan det vara svårt att börja igen och tillägg av ersättning kan minska tillgången på bröstmjolk. Man bör tänka igenom amningens fördelar innan ersättning introduceras. Det är mycket viktigt att följa tillredningsinstruktionerna. Felaktig hantering kan påverka spädbarnets hälsa. Föräldrar skall alltid informeras av vårdpersonal. Nutramigen skall användas på inrådan av läkare eller dietist.
Referens: 1. ESPGHAN, Committee on Nutrition, J Pediatr Gastroenterol Nutr, 2006; 42:352-361.

MeadJohnson
Nutritionals
A Bristol-Myers Squibb Company
www.meadjohnson.nu

innehåll

KOMPETENSUTVECKLING PÅ EN BARNMEDICINSK VÅRDAVDELNING.....	7
BARN MED HIV BEHÖVER PSYKOSOCIALT STÖD OCH UTBILDNING OM SIN SJUKDOM.....	11
GE SMÅ BARN SKYDD MOT FARLIGA BAKTERIER!.....	13
OMHÄNDERTAGANDE AV BARN MED URINVÄGSINFEKTIONER.....	15
MÖDOSAM KAMP FÖR DE GÖMDA OCH PAPPERSLÖSA.....	16
NYTT I VÅRDEN – EXEMBEHANDLING.....	18
SKILLNADER I SYN PÅ ”SJUKT OCH FRISKT”.....	19
SJUKHUSCLOWN BELÖNAD.....	21
FINT THAILÄNDSKT SOMMARBESÖK.....	22
BARNAPOTEKET – HÅLLBARHET.....	23
AKTUELL FORSKARE – ATT VARA FÖRÄLDER TILL BARN MED FUNKTIONSNEDSÄTTNING.....	25
PLATSANNONS.....	28
KALENDARIUM.....	29
SPEAKERS CORNER.....	30
RIKSFÖRENINGEN FÖR BARNSJUKSKÖTERS KOR GRATULERAR SINA STIPENDIATER.....	30
MEDLEMSSIDOR.....	31



Etik och moral – vi behöver din hjälp!

I Barnbladet nummer 6 kommer vi att ha etik som tema. En del av detta tema är tänkt att utgöras av situationsbeskrivningar som har en etisk/moralisk koppling från er läsare. Du är välkommen att skriva om händelser i din vardag, som barnsjuksköterska eller medmänsk, där du upplevt ett etiskt dilemma eller där du känt dig

tveksam över hur du ska handla. Ibland kan man inte själv påverka situationen men känner ändå att det sätt den utvecklas på är fel. Andra gånger kommer man på bra lösningar på etiska problem som det kan vara bra att sprida till andra.

Har du erfarenheter du vill dela med dig av eller frågor du vill diskutera eller något du bara

vill berätta om som rör etik och moral, så skriv till oss! Du kan skriva kort eller långt men helst inte mer än 1–2 A4-sidor. Det är upp till dig om du vill skriva anonymt eller underteckna med ditt namn. Vi behöver din berättelse senast 15 november. *

Barnbladets redaktion



Bästa kollegor!

Sommaren närmar sig slutet även i södra Sverige (om man ska tro vädergubbarna). Kanske september blir en varm månad ändå. Det blir i så fall en glad överraskning! När Ni får #4 i Era brevlådor så har nog ändå hösten anlänt men mycket kommer att glädja oss innan mörkret faller på.

Barnbladet #4 2007 har som tema Kulturmöten/infektioner och ur innehållet kan nämnas intressanta inlägg om psykosocialt stöd vid HIV, pneumokockernas allvarliga resttillstånd, till och med en prinsessa presenteras! Vidare kan vi läsa om psykosociala effekter av att vara invandrare, svårigheter med ett utländskt språk samt ett inlägg om telefonrådgivning. Vi kan också läsa om gömda flyktingbarn och deras sjukvårdsbehov.

Riksföreningen för Barnsjuksköterskors arbete med kompetensbeskrivning- en pågår för fullt och är nu inne i sin slutfas.

Sedan hösten 2003 har man arbetat med kompetenshöjning på en barnmedicinsk vårdavdelning på Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus. Det arbetet kan vi läsa om här och också ta del av den kompetensstege de utvecklat.

Ett inlägg i Dagens Medicin och Sjuksköterskornas vetenskapliga råd, anser att "omfattande satsningar måste göras för att öka antalet specialistutbildade och disputerade lärare i den verksamhetsförlagda utbildningen". Man skriver att "förutsättningarna för kliniskt verksamma sjuksköterskor för att genomgå forskarutbildning väsentligt måste förbättras genom satsningar på klinisk omvårdnadsforskning". Sjuksköterskornas vetenskapliga råd agiterar även för att specialistsjuksköterskeutbildningar endast ska vara förlagda på universitet. Lärarkompetensen och antalet studenter som ska examineras på mastersnivå är i dagens läge ännu ganska begränsad. Vad tycker Ni?

Vi önskar inlägg i Speakers Corner som vi gärna vill ska bli ett forum för debatt!

Årets sista nummer av Barnbladets ska behandla etik och redaktionen önskar i en blänkare att få in texter som belyser etiska situationer.

Slutligen kan jag med både glädje och sorg meddela att styrelsen nu åter är fulltalig! Och att det blir en ny skåning; Catharina Bart, barnsjuksköterska på barnmottagningen i Landskrona, har sagt Ja! Därmed kan undertecknad tacka för sig och dra sig tillbaka!

Marie Edwinson Månsson
avgående vice ordförande och ansvarig utgivare för Barnbladet



BARNBLADET

Utges av Riksföreningen för
Barnsjuksköterskor

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
berit.finnstrom@hv.se

Redaktion
Berit Finnström
berit.finnstrom@hv.se
Catarina Boqvist
catarina.boqvist@bredband.net
Haide Anisian
haide.anisian@karolinska.se
Eva Gärdsmo Pettersson
eva.vesuvius@telia.com

Produktion & Annonser
JLD & Kompani
David Lennart Hammar
08-22 33 00
lennart.hammar@tele2.se

Grafisk Form
Heedåheed
helene.heed@telia.com

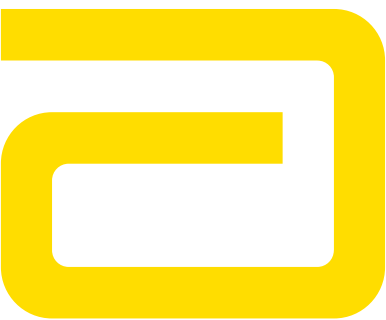
Tryckeri
Trydells Tryckeri AB
Box 68, 312 21 Laholm
Telefon: 0430-731 00

Kommande temanummer
#5 2007 Neonatologi/Psykisk ohälsa
#6 2007 Etik/Hjärta
#1 2008 Hud/Pappa
#2 2008 Nutrition/Feber

Prenumerationer
Prenumerationen på Barnbladet kostar 300 kr/6 nr. Enstaka exemplar 50 kr/st. Sätt in 300 kr på riksföreningens plusgiro 19 51 19-3 eller bankgiro 5831-6704. Ange prenumeration på Barnbladet samt texta tydligt namn och adress.

	manusstopp	utgivning
2007		
#5	7 okt	29 okt
#6	15 nov	6 dec

Omslagsbild
Foto: Helene Heed



Synagis

– ett skydd mot RS-virus



När det gäller för tidigt födda barn och barn i andra högriskgrupper, kan de som uppvisar svåra förkylningssymtom och allmänpåverkan i form av apnéer eller dålig syresättning (blå läppar) kräva sjukvård omgående.

Det finns idag ingen specifik behandling mot RS-virus, men det finns ett förebyggande läkemedel – Synagis – ett så kallat immunoprophylax, ett läkemedel som innehåller antikroppar mot viruset.

Indikationer:

Prevention av allvarliga sjukhuskrävande nedre luftvägsinfektioner orsakade av respiratoriskt syncytialvirus (RSV) hos barn som har ökad risk för RSV-sjukdom:

- Barn som är födda vecka 35 eller tidigare och yngre än 6 månader då RSV-säsongen börjar.
- Barn under 2 år som inom de senaste 6 månaderna behövt behandling för bronkopulmodell dysplasi.
- Barn under 2 år som har hemodynamiskt signifikant kongenital hjärtsjukdom.

Förpackningar: Pulver och vätska till injektionsvätska, lösning 50 mg och 100 mg.
Dosering: 15 mg/kg kroppsvikt. För ytterligare info se www.FASS.se



Pampers New Baby

- blöjan som skyddar huden -

Pampers New Baby har ett ytskikt som är speciellt anpassat till huden hos nyfödda. Ytskiktet har stora porer som släpper igenom både urin och lös avföring så att barnets känsliga hud hålls torr. Läckagebarriärerna är speciellt utvecklade för att effektivt hålla urin och avföring på plats i blöjan, samtidigt som blöjan ska vara så behaglig som möjligt för barnet. Minsta storleken av New Baby för sjukhusbruk har även en urinindikator som visar när barnets första urin kommit.

NYHET!

Pampers New Baby med superstretchiga sidor och överlappande fastsättning.



Pampers



Kompetensutveckling på en barnmedicinsk vårdavdelning

Christina Höberg

Barnsjuköterska
christina.e.bogberg@vgregion.se

Ingela Skansebo

Barnsjuköterska
ingela.skansebo@vgregion.se

Karin Falk-Almqvist

Barnsköterska
karin.falk.almqvist@vgregion.se

Ros-Marie Granqvist

Barnsköterska
rosmarie.granqvist@vgregion.se
Avdelning 324, Drottning
Silvias barn- och ungdomssjukhus,
Göteborg

Införandet av en kompetensstege på avdelning 324 på Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus i Göteborg, har lett till flera stora vinster, menar arbetsgruppen.

Bättre utnyttjande av kompetens, förbättrad effektivitet och ökad takt i avdelningens utvecklings- och kvalitetsarbetet, är några sådana. Samtidigt påpekar gruppen att det finns svårigheter och vill därför gärna ha kontakt med andra som kan bidra med erfarenheter kring arbetet med kompetensutveckling.

Sedan hösten 2003 arbetar vi med en kompetensstege på vår barnmedicinska vårdavdelning.

Som förebild hade vi en neonatalavdelning som ingått i ett projekt där man fått tid och pengar för att utveckla en modell för kompetensutveckling. Eftersom vi hade knapert med både tid och pengar beslutade vi oss ganska snabbt för att anpassa arbetet både till vår typ av avdelning samt till de resurser vi hade. Resultatet blev en praktisk variant av kompetensstege och på intet sätt något avslutat arbete. Att arbeta med kom-

petensutveckling är ju hela tiden en pågående, ibland stimulerande och ibland frustrerande, process utan varken början eller slut.

Gruppen som bildades bestod av två barnsköterskor och två sjuksköterskor. Vi ansåg att det var viktigt att kompetensarbetet drog åt samma håll för båda yrkesgrupperna. I början rådde begreppsförvirring kring ord som kompetensstege, kompetensområden, kompetenssteg och kompetensnivåer. Efter att ha definierat dessa begrepp för oss själva och våra arbetskamrater började själva arbetet. Alla arbetsuppgifter lis-



Ingela Skansebo, barnsjuksköterska och Anette Wetterstrand, vårdenhetschef.

tades och blev så småningom relaterade till ett kompetensområde (Tabell 1). De arbetsuppgifter som inte täcktes in av ett kompetensområde fick ingå i avdelningsintern upplärning/utbildning samt sjukhusets gemensamma introduktionsprogram för nya medarbetare.

Tabell 1 – Våra kompetensområden

Andning-Cirkulation

- Tracheostomi
- Övre luftvägsinfektioner
- Akut omhändertagande

Dokumentation

Elimination

- Dialys

Hud och sårvård

Hygien och smittskydd

Medicinskt teknisk utrustning

Nutrition

- Diabetes
- Nutritionsgrupp

Psykosocialt

Smärta

- Smärta
- Förberedelsegruppen
- Venflonggruppen

Transplantation

Målet är att inte ha mer än tio kompetensområden. Men eftersom vi är en bred avdelning som vårdar både akut och kroniskt sjuka barn i alla åldrar, ansåg vi att den variant av kompetensutveckling som har undergrupper, passade oss bäst. Flerfunktionshindre barn och spädbarnsvård har i dagsläget inga egna grupper. Tanken är att deras intressen skall beaktas inom ovan nämnda kompetensområden.

Varje kompetensområde har 4 nivåer

Inom varje kompetensområde finns 4 nivåer (Tabell 2). På dessa nivåer beskrivs arbetsuppgifter och olika utbildningar kopplade till kompetensområdet. Utbildning ges på avdelningen då det gäller de lägre nivåerna medan utbildning på de högre nivåerna utgörs av kurser på sjukhuset och vid universitetet. Målet är att minst två barnsköterskor och två sjuksköterskor ansvarar för varje kompetensområde. Samtidigt strävar vi efter att halva arbetsgruppen ska ha uppnått nivå 4 medan den andra halvan kan vara på valfri nivå. På detta sätt säkras vi återväxten och förhindrar att det plötsligt blir helt "tomt" i en grupp/kompetensom-

råde. Detta fungerar dock inte i alla tio grupper samtidigt. Hög arbetsbelastning, personalomsättning eller sparkrav kan förhindra utbildning och vidareutveckling inom de olika områdena.

Förr skedde ofta en ganska godtycklig fördelning av utbildningar och kurser. Idag vet vi hur kompetensen inom de olika områdena ser ut och kan på ett mer rättvist, och för avdelningen och verksamheten mer strategiskt sätt, arbeta med kompetensutveckling. Då personal slutar eller går på längre ledigheter är vi nu mycket snabbare med att ersätta dessa. Förr föll arbetet många gånger helt i glömska för att något eller några år senare återupptas, då oftast av nya medarbetare. Detta ledde många gånger till dubbelarbete och långsam takt i utvecklings- och kvalitetsarbetet.

Stegen – det individuella kompetensarbetet

Den individuella delen av kompetensarbetet kallas "stegen". Den består av fem steg, och ligger till grund för det årliga utvecklingssamtalet med vårdenhetschefen. De olika stegen innehåller tydliga formuleringar om vad som förväntas av

Tabell 2 – Nivåindelning för sjuksköterska inom kompetensområdet Nutrition/diabetes

Nivå 1	<p>Ha grundläggande kompetens inom området</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ansvariga i diabetesgruppen • Sköta barn med nyupptäckt diabetes enligt standardvårdplan • Kunskap om avdelningens diabeteshjälpmiddel • Teoretisk kunskap om barn och diabetes 	Hur?	Träffa ansvarig i avdelningens diabetesgrupp för att lära känna de PM som finns samt förbereda sig för att självständigt kunna ta emot ett barn med nyupptäckt diabetes
Nivå 2	<p>Ha god kompetens inom området</p> <ul style="list-style-type: none"> • Självständigt använda sig av de PM och standardvårdplaner som finns. • Utvärdera och åtgärda de kontroller man utför • Undervisa barn och familj ang. diabetes 	Hur?	Kontinuerlig utbildning av diabetesgruppen. Ytterligare återkommande utbildning
Nivå 3	<p>Ha fördjupade kunskaper inom området</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vid behov skriva IVP som tillägg till standardvårdplanen • Genomgång av penna, pump och ketonmätare. • Förstå och självständigt hantera PM angående ketoacidosis. 	Hur?	Diabetesgruppen är ansvarig
Nivå 4	<p>Vara expert inom området</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utbildning av avd. personal • Ansvara för utvecklingen och diabetesvården på avdelningen • Delta i utvecklingen av DSBUS diabetesvård 	Hur?	Diabetesgruppen Diabetesmottagningens sjuksköterskor Delta i regiondagar och dylikt.

våra nya medarbetare, samtidigt som den som arbetat länge på avdelningen kan se möjligheterna för kompetensutveckling på stegens högre steg.

Under perioder med stor personalomsättning blir fördelningen av antalet sjuksköterskor på respektive steg extra viktigt. Förr försökte vi lösa situationer med många sjuksköterskor på de lägre stegen med att den mest vana personalen tog de mest sjuka barnen. Det som då hände var att den vana personalen fort kände sig sliten och trött och den mindre erfarna personalen byggde upp en rädsla för att vårda just de mest sjuka barnen. Vi försöker nu istället snabbt lotsa in ny personal i alla patientgrupperna och samtidigt erbjuda uppbackning av mer erfaren personal. Detta är ett sätt att arbeta som inneburit stora vinster för både ny och gammal personal.

Det är viktigt att understryka att målet inte är att alla ska nå steg 5. En välfungerande verksamhet behöver ha 50 procent av sina medarbetare på steg 3, resterande 50 procent fördelas på de lägre respektive högre stegen.

Förankring av steg 4 och 5

I dagsläget arbetar vi med att förankra steg 4 och 5 i verksamheten. De olika inriktningarna för sjuksköterskorna skulle kunna vara:

- administration och säkerhet
- klinisk tillämpad omvårdnad
- forskning
- pedagogik

Vi håller i vår på att ta ställning till huruvida dessa tjänster skall vara tidsbundna och vilken procent tjänstgöringsgrad de skall ha.

Då det gäller barnsköterskorna känns det även där mycket angeläget att utforma innehållet i steg 4 och 5 för att få en möjlighet till vidareutveckling. Vilka inriktningar de kommer att få är ännu inte klart, men nedanstående är exempel på områden som skulle kunna utvecklas för barnsköterskorna:

- handledning – mentorskap,
- nutritionsbarnsköterskor med inriktning på matobservation,
- taktill massage,
- guided imagery/vägledad dagdröm.

Eftersom det barnmedicinska verksamhetsområdet och även hela barnsjukhuset saknar samordning kring arbetet med kompetensutveckling är det svårt att få till specialistsjuksköterskor med olika inriktning på den enskilda avdelningen. De återkommande sparbetingen gör inte heller det hela enklare. Det ligger en stor frustration i att man 2003 uttryckte en önskan från sjukhusledningen att alla enheter inom sjukhuset skulle arbeta med kompetensutveckling och kompetenssteg, medan det idag delvis fallit i glömska till förmån för sparbetning och omorganisationer. En person med samordnande funktion för att hjälpa igång arbetet inom respektive område är ur vårt perspektiv en kostnad som skulle kunna leda till både ekonomiska, personalutvecklande och kvalitetsmässiga vinster i vården.

Som vi skrev inledningsvis:
... arbetet blir aldrig färdigt, stundtals inspirerande, stundtals frustrerande...

Hör gärna av er till oss om ni har egna erfarenheter eller tankar kring arbetet med kompetensutveckling. ✨

Rätt molekylstorlek för sondnäring till barn med maldigestion och/eller malabsorption



- Korta peptidkedjor för optimal absorption¹
- MCT för lättare upptag av fett²⁻⁴
- Låg osmolalitet för bättre tolerans
- För barn med svårigheter att tolerera en vanlig sondnäring
- Sondnäring för barn 1-6 år eller 8-20 kg



NUTRICIA

Nutricia Nordica AB,
Tel: 08-24 15 30 • www.nutricia.se

NUTRINI[®] PEPTI

Anpassad nutrition. Förbättrad absorption



Barn med hiv behöver psykosocialt stöd och utbildning om sin sjukdom

I Sverige lever idag cirka 100 barn, kanske fler, med hiv. Som barn räknas alla under 18 år. Barn med hivinfektion lever ett nästan normalt liv i förskola, skola och gymnasium, men många lever med endast en förälder, i styvfamiljer eller är placerade hos släktingar, då föräldrarna avlidit eller lever kvar i hemlandet. Barnen lever med känslor av ensamhet. De lever med en sjukdom som inte är kommunicerbar med omgivningen. Det ställer höga krav på oss inom sjukvården att erbjuda psykosocialt stöd och utbildning.

Christina Ralsgård

*Kurator och projektledare,
Kuratorskliniken C 151,
Karolinska Universitetssjukhuset,
Huddinge*

Även om barnen lever ett nästan vanligt liv, är de beroende av livslång mediciner. De måste komma till oss i sjukvården minst fyra gånger per år för provtagning, läkarundersökning och samtal. På Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge, där jag arbetar, träffar barnet och familjen kurator vid varje inbokat läkarbesök.

Barnen kommer att växa och bli unga vuxna som ska delta i det normala livet i vårt samhälle. De kommer att studera och arbeta och kanske skaffa familj. Då är det viktigt att de känner tillit, tycker om sig själva och kan hantera sin hivinfektion och inte smitta sin framtida partner.

Hivskola – ett projekt för barn i Sverige med hivinfektion

Med detta i åtanke startade jag hösten 1999 ett projekt som kallas hivskola. Projektet har riktat sig till barn och tonåringar som har hivinfektion och som är i åldern 10–16 år. Barnen måste vara fullt informerade om sin hivinfektion av förälder och behandlande läkare. Barnen inbjuds en gång per år till en tredagars "hivskola" på en kursgård utanför Stockholm. Där erbjuds man att träffa andra barn och tonåringar i samma situation och målet är att de tillsammans ska lära sig mer om att vara ung och ha hiv.

Vi som arbetar med hivskolan är till vardags

kurator, sjuksköterska och hälsopedagog. Tanken och målet med hivskolan är att barnen och tonåringarna ska växa både kroppsligt och mentalt och att de ska kunna ta ansvar för sin hälsa och för sin sexualitet. Vi vill att de unga ska få kunskap om sin kropp, pubertet, om virus och medicinering samt förstå vad säker sex är och hur en kondom fungerar.

Vi har även tankar kring att detta är ett forum där barnen ges möjlighet att tala om sorg, ilska och rädslor. Detta i en grupp där alla har liknande erfarenheter och där alla lever med en känsla av utanförskap. Vi använder oss av Forumteater* och ambitionen är att stärka barnens självkänsla. Vid de nio tillfällen som dessa hivskolor anordnats har ett fyrtiotal barn deltagit vid ett eller flera tillfällen.

Projekt hivskola är under ständig utveckling. Nästa år kommer vi att erbjuda en hivskola för barn 10–13 år och en för 13–16-åringar. Detta för att underlaget, det vill säga antalet barn, ökar och att vi ser att vi kan erbjuda så mycket mer om åldersspannet inte behöver vara så stort i grupperna.

Psykosocialt stöd på hemmakliniken

Men det är inte så enkelt som att bara skicka ett barn med hivinfektion till en lägerverksamhet en gång per år. Barn med hiv, liksom barn med andra kroniska sjukdomar, behöver psykosocialt stöd på hemorten. De behöver en vuxen, gärna barnkurator, som finns för dem för samtal och utbildning. De barn som har en kurator eller sjuksköterska som ger sig tid och intresserat följer barnet/den unge i den spännande process som tonårstiden innebär, har större möjligheter att ta till sig livet och förstå värdet av att ta hand om sig. Vi som följt barn med hiv eller annan kronisk sjukdom vet att det ger oss vårdgivare väldigt mycket tillbaka, och vi måste inse vikten av att vi finns till för dessa barn. Barn med hiv pratar oftast inte om sin sjukdom mer än vid sina läkarbesök. De vuxna i hemmet pratar inte om hiv och visar på så sätt barnet att hiv är en icke kommunicerbar sjukdom. Detta kan bli förödande och vi i vården måste därför stå för samtal och kunskap kring sjukdomen. *

Hivskolan

Ett projekt för barn med hivinfektion, bedrivs i projektform, nu med anslag från Stockholms läns landsting. Projektmedel söks varje år och anslagsgivarna har skiftat, Folkhälsoinstitutet, Socialstyrelsen och nu Stockholms läns landsting. Hivskolan är gratis, det som kan tillkomma är resekostnad till Stockholm för barnen.

Barnen som deltar i hivskolan;

- ska vara mellan 10 och 16 år
- vara fullt informerade om att de har hiv
- barnet ska kunna delta utan förälder/vårdnadshavare.

** Forumteater är en improviserad teaterform. Skådespelarna/gruppmedlemmarna spelar upp en scen som de skrivit utifrån den information de fått av uppdragsgivaren. Sedan är det den övriga gruppes uppgift att komma med förslag till konkreta lösningar. På scenen provas förslagen. Gruppen godkänner eller förkastar. Slutligen diskuteras de olika scenerna och lösningarna.*



Vaccinet heter Prevenar®

- Till dig som vill veta mer om pneumokockvaccin för barn.

Välkommen till vår hemsida: www.Prevenar.se

Prevenar*

Konjugerat pneumokocksackarid vaccin, adsorberat

Wyeth



Ge små barn skydd mot farliga bakterier!

Max blev döv vid ett års ålder på grund av en pneumokockinfektion. Fotograf: Lasse Burell

Pneumokockbakterien kan orsaka dödlig hjärnhinneinflammation och blodförgiftning eller hörselskador med hörselimplantat (cochleaimplantat) som nödvändig åtgärd, men pneumokockvaccin ingår inte i det allmänna barnvaccinationsprogrammet i Sverige. Småbarnsföräldrar borde därför få information om att det finns ett vaccin.



Ann-Charlotte Wrennstad Gyllenram

Ordförande, Barnplantorna

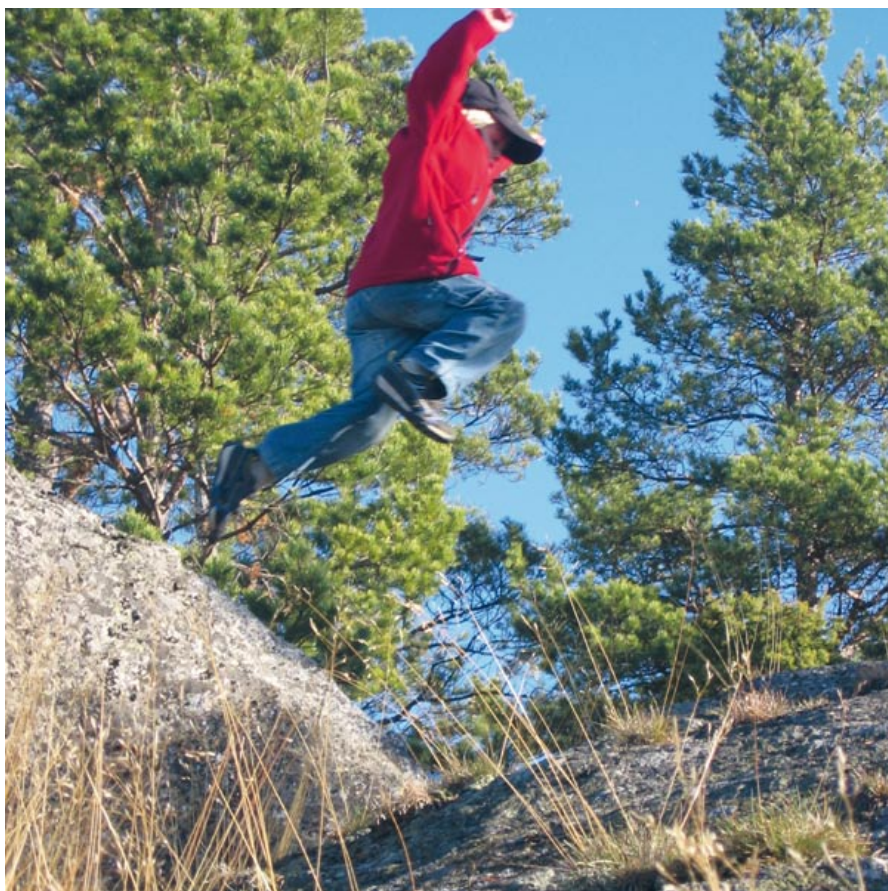
Det är svårt för ett barn att förlora hörseln. Det vet jag av egen erfarenhet eftersom äldsta dottern Madeleine som treåring drabbades av en hjärnhinneinflammation orsakad av *Haemophilus influenzae* typ b, Hib. Hon överlevde, men blev döv och fick – som det första barnet i Sverige – ett cochleaimplantat (CI), ett delvis inopererat hörhjälpmedel. Hörsel och tal utvecklades, om än långsamt. Året efter att Madeleine förlorat hörseln infördes allmän vaccination mot Hib.

Många dövfödda som CI-opereras vid 7–8 månaders ålder, och som inte har andra funktionshinder, kommer snabbt ifatt sina jämnåriga i tal- och språkförståelse och talutveckling. Barn som får cochleaimplantat senare kan genom målinriktad hörsel- och talspråksstimulans utveckla talspråk. Andra upplever det som ett stöd vid läppavläsning och några ser implantatet som ett komplement till sitt teckenspråk.

Alla dessa barn har nytta och glädje av att kunna höra vardagliga ljud. Det är en stor hjälp att veta vad som händer runt omkring. Detta är inte bara en socialt viktig funktion utan höjer också trygghetskänslan. Att höra trafik, sirener, alarm osv är en mycket viktig säkerhetsfaktor. Många användare kan även uppleva glädjen av att lyssna på musik.

Överläkare Eva Karltorp, verksamhetschef för Sektionen för Cochleaimplantat, Karolinska Universitetssjukhuset, Huddinge, menar att resultaten av tidig operation och implantat i båda öronen är att betrakta som smärre mirakel. Dessa barn skulle annars ha varit döva.

Det är fantastiskt att barn kan få god hjälp av ett cochleaimplantat, men samtidigt vore det ju så mycket bättre om de barn som nu förlorar hörseln på grund av en invasiv (allvarlig) pneumokockinfektion i stället hade vaccinerats mot pneumokocker.



Stockholm först med allmän pneumokockvaccination

Stockholm blev först i landet med att lyfta in vaccination mot pneumokocker i det allmänna barnvaccinationsprogrammet. Satsningen kommer att minska antalet svåra pneumokockinfektioner som hotar framför allt barn under två år samt gamla med svagt immunförsvar. Andra positiva bieffekter av att barn vaccineras mot pneumokocker är en minskning av antalet öroninflammationer och antalet lunginflammationer. Vaccinationen motverkar även antibiotikaresistens, som är ett problem i sig.

Antalet barn som drabbades av invasiv pneumokocksjukdom ökade med 15 procent i fjol. I åldersgruppen under fem år återfanns 98 barn. Det framgår av Smittskyddsinstitutets årsrapport. Bland barn rapporterades fem dödsfall inom fem dagar från insjuknandet; ett fall av plötslig spädbarnsdöd vid två månader, tre dödsfall i åldern från 15 till 20 månader samt ett femårigt barn.

Smittskyddsinstitutet rekommenderade redan i fjol att pneumokockvaccin ges till barn vid 3, 5 och 12 månaders ålder. Socialstyrelsen utreder sedan dess frågan. Under utredningstiden får barn illa.

Jag blir ofta kontaktad av föräldrar och mor- och farföräldrar som reagerar med

ilska och frustration när de förstår att det finns ett vaccin som hade kunnat förhindra att deras barn eller barnbarn fick ett livslångt handikapp, till exempel dövhet. Hur kan det komma sig att det finns ett godkänt vaccin som Smittskyddsinstitutets vaccinexperter förordar och som används i en rad andra länder, men som svenska småbarnsföräldrar inte ens får information om?

Kommentar till artikeln från Marianne Bergström, Vårdutvecklare BHV, Barnhälsovårdsenhet Nord, Stockholms läns landsting:

Vårdprofessionen är enig med artikel-författaren om att pneumokockvaccinationer är bra för alla späda barn med ökad risk för att drabbas av invasiv (allvarlig) pneumokocksjukdom. Referensgruppen för vaccinationer på Socialstyrelsen (Refvac) arbetar aktivt med denna fråga och utreder möjligheten att det ska ingå i det allmänna vaccinationsprogrammet. En faktor som gör att beslut ännu inte tagits, kan vara att ett nytt, bättre vaccin håller på att tas fram. Prevenar, som är det vaccin man idag kan ge till barn under två år, är dels ett dyrt vaccin, dels bygger det på endast sju av

Jag tycker att alla småbarnsföräldrar borde upplysas om att det finns ett vaccin och hur de ska bära sig åt om de vill vaccinera sina små barn. Leif Ekholm, barnhälsovårdsöverläkare i Örebro, uppmanar BVC att arbeta för att föräldrar vaccinerar sina barn mot pneumokocker. Det har resulterat i att vaccinationstäckning i länet är 46,2 procent.

Världshälsorganisationen (WHO) är tydlig i sin rekommendation när det gäller allmän pneumokockvaccination av små barn. När ska vi i Sverige se till att ge barn det vaccinskydd som många länder runt omkring oss redan har infört? Och hur ser vi gemensamt till att under tiden informera småbarnsföräldrar så att de själva, om familjeekonomin tillåter det, kan bekosta vaccinationen? *

BARNPLANTORNA är en intresseorganisation för döva barn med cochleaimplantat, CI, och barn med hörapparat. Förbundet ger ut en tidning, Barnplanta-bladet, och består av ett nätverk av föräldrar och pedagoger verksamma inom förskola, skola och habilitering av hörsel-skadade och döva barn.

www.barnplantorna.se

Cochleaimplantat är ett tekniskt avancerat hörhjälpmedel som delvis är inopererat och ger en artificiell hörsel. Vissa barn med CI har blivit döva på grund av en invasiv pneumokockinfektion. De infektioner som dessa bakterier kan ge upphov till är livshotande. Risken för hjärnhinneinflammation är störst hos små barn.

de kända pneumokockstammarna. Om något år ska det komma ett vaccin för små barn som bygger på tio pneumokockstammar. Inom vissa landsting, till exempel inom Stockholms läns landsting, erbjuds idag vaccination till alla barn födda från och med 1 juli 2007.

Dock är det relevant att notera att den 15-procentiga ökningen av barn under fem år som drabbats av invasiv pneumokocksjukdom (85 barn 2005, mot 98 barn 2006), bygger på olika stora grupper. Åldersgruppen 0-5 år var 17 350 barn större 2006 jämfört med 2005. Det kan rimligen påverka antalet barn som insjuknar varför den egentliga ökningen sannolikt är lägre.

SMIS årsrapport 2006 kan läsas på: www.smittskyddsinstitutet.se



Omhändertagande av barn med urinvägsinfektioner

Infektioner i urinvägarna är vanliga hos barn. Urinvägsinfektion ska därför alltid misstänkas vid oklar feber och/eller allmänpåverkan, särskilt hos spädbarn och små barn.

Christina Wennberg

*Barnsjuksköterska,
Barn- och ungdomsmottagningen,
Sunderby Sjukhus*

Infektioner i urinvägarna förekommer redan hos nyfödda och då något oftare hos pojkar. Efter nyföddhetsperioden drabbas däremot flickor oftare, troligen beroende på deras korta urinrör som mynnar nära ändtarmen. Urinvägsinfektioner orsakas i 90 procent av fallen av bakterier. Allra vanligast är kolibakterier (*Escherichia coli*).

Upprepade UVI kan även ha anatomiska förklaringar, såsom ett ovanligt kort urinrör eller en vesiko-ureteral reflex som kan orsaka njurbäckeninflammationer.

Det är av stor vikt hur urinprovstagningen tas:

- Blåspunktion är mest tillförlitligt och bör tas på barn som är yngre än ett år. Alla barn smärtlindras med EMLA innan provtagning.
- Kateterprov kan ibland behöva tas, särskilt när barnet är allmänpåverkat och behöver antibiotika samt att blåspunktion misslyckats.
- Mittstråleprov är relativt tillförlitligt. Den metoden används vanligtvis på större barn men är att föredra, åtminstone framför påsprov, även för yngre barn.
- Påsprov medför stor föroreningsrisk. Används metoden ändå, får påsen sitta på högst två timmar.

Inga rutinemässiga urinkontroller

Numera behöver inte urinkontroller göras rutinemässigt efter behandlingen, utan görs endast om ny UVI misstänks. Tidigare togs urinprov efter behandling samt kontrollerades ett par gånger per år. Det var jobbigt för barnet eftersom det ofta blev ett förorenat prov. Då gjordes ibland blåspunktion eller kateterprov. Dessa två meto-

der är mer tillförlitliga, men samtidigt mer traumatiska för barnet.

Efter urinprovstagning görs utredning på barnet med ultraljud på njurar, MUCG, DMSA-scint och/eller urografi, beroende på barnets ålder och om det varit en cystit eller pyelonefrit. Det är viktigt med information till barnet och föräldrarna inför de olika undersökningarna.

När MUCG ska göras måste kateter sättas och det görs på barnmottagningen. Ibland måste lugnande (*Dormicum*) ges till barnet före undersökningen. Det gäller speciellt större barn.

Barn med tex hydronefros, uretravalvel och grava refluxer, diskuteras och följs upp av barnurolog/nefrolog i Uppsala. Det kommer också en barnurolog därifrån och har specialismottagning här på Sunderby Sjukhus två gånger per år. ✨

Fakta urinvägsinfektioner

- Bakterier som orsakar urinvägsinfektion är i 90 procent av fallen kolibakterier (*Escherichia coli*).
- Vilka symtom barnet får beror på var i urinvägarna som bakterierna finns.
- Vanligast hos pojkar upp till sex månaders ålder.
- Efter sex månaders ålder vanligare hos flickor.
- Vid sju års ålder har 8 procent av flickorna i Sverige haft urinvägsinfektion. Av dem får var femte sin första infektion under första levnadsåret.
- Vid sju års ålder har 2,5 procent av pojkarna i Sverige haft urinvägsinfektion. Av dem inträffar 60 procent av alla urinvägsinfektioner under spädbarnsåret.

Källa: Growing People. www.growingpeople.se

Mödösam kamp för de gömda och papperslösa

År 2000 fick gömda barn rätt till förebyggande hälso- och sjukvård samt tandvård på samma nivå som svenska barn. Det var efter påtryckningar utifrån om barnkonventionen och mänskliga rättigheter. Vi som engagerat oss i de gömdas situation välkomnade det beslutet. Att sköta sjukvård, speciellt barnsjukvård, på ideell basis i smyg ute i förorterna är vanskligt. Situationen för gömda vuxna är dock fortfarande oroande, skriver Anne Sjögren i detta debattinlägg.

I början av 2000-talet lärde jag känna en bosnisk flyktningfamilj. Jag var skolsköterska på Bergsjöskolan i Göteborg och familjens två barn var elever på vår skola. Emin var en alldeles för smal, mycket tystlåten tioårig pojke med stora, vaksamma ögon och nervösa, spända rörelser. Han gick med lite böjt huvud, som om han inte ville synas alls. Emina var hans pinniga, blonda åttaåriga lillasyster.

Emina slank in, satte sig nära och stannade tills jag körde ut henne. Hon pratade hela tiden, hennes vakna bruna ögon höll koll på omvärlden samtidigt som hon plockade oavbrutet med sina kläder, papperet på skrivbordet eller min hand. Vad hon pratade om? Mest var det frågor runt flyktingskapet. Varför fick de inte stanna i Sverige? Vad tror jag skulle hända om polisen hittade dem i deras gömställe? Om de skickades tillbaka till hemlandet, vad skulle hända med familjen då? Kunde hon lita på att rektorn höll sitt ord och inte angav dem för polisen? Vilka på skolan visste att de var gömda? Fanns det andra gömda barn på skolan? Skulle polisen komma och leta efter dem i skolan? Vad skulle vi göra då? Hur skulle vi göra så att de inte hittade mamma och pappa? Varför var jag skolsköterska? Var det roligt att vara sjuksköterska? Eftersom hon själv absolut skulle bli sjuksköterska, kunde hon hjälpa mig sedan då? Fick hon ge mig någon present? Skulle mamma bli bra från sin bröstcancer? Vad hände om mamma inte fick

hjälp på sjukhuset för att de var gömda? Kunde jag lova att vi i Rosengrenska skulle ge mamma vård i så fall?

Några frågor kunde jag svara på, andra inte. Det är svårt att ge allmänna svar till en åttaåring. Emin och Emina var inte de första och inte de sista gömda elever jag träffat. De flesta rektorer i Nordöstra Göteborg har satt Barnkonventionen och de mänskliga rättigheterna främst och välkomnat de gömda barnen som bor i deras område. Skolan är, näst familjen det viktigaste vi kan ge ett barn i livet. Att behandla dessa barn så "normalt" som möjligt är ibland livräddande.

Skolan har rutiner

I skolan har vi rutiner för barn som lever skyddade från hotfulla föräldrar, sekter eller kriminella organisationer. För de gömda barnen har vi ofta använt oss av samma rutiner som för skyddade elever. Det fungerar bra. Att ha med föräldrarna i planeringen är viktigt. Då blir det en bättre planering och det stärker dem i deras föräldraroll, både inför sig själva och inför deras barn. Som gömd förälder kan det vara outhärdligt svårt att leva med vetskapen att man inte kunnat ge sina barn en bättre uppväxt än en som gömd. I den situationen kan skolpersonal hjälpa eller stjälpas mer än vi själva är medvetna om.

Storebror Emin var flera gånger nära att ge upp. Han kände att samhället runt honom svik-

Anne Sjögren

*Skolsköterska och ordförande för den ideella organisationen Rosengrenska
anne@rosengrenska.org*

tade eller var hotfull, att framtiden var osäker och hans föräldrar rädda, sjuka och inte kunde skydda dem. Familjen klarade sig tack vare att andra gav dem mat och husrum. Att vara helt beroende av andra fattiga familjers givmildhet i flera år, sliter på relationer. Mamman och pappan grälade ofta. Pappans behov av att ha någon slags kontroll i livet gick mest ut över mamma.

Emin med sitt tysta sätt blev vid flera tillfällen liggande i sängen, hoprullad i fosterställning och halvvak. Han vägrade äta, ville inte prata och mötte helst inga blickar. Ingen vet vad han tänkte på, om han alls orkade tänka längre. Efter som föräldrarna hade ett gott samarbete med hans lärare kom de hem till familjens tillfälliga gömställen och satte sig på sängkanten. Varma kloka lärare, med snälla ögon och trygg röst, som med lock och pock, klappar och prat envisades och till slut fick upp honom på fötter och iväg till skolan igen.

Den ideella organisationen Rosengrenska finns i Göteborg sedan juni 1998. Vi bildades för att ge sjukvård åt gömda personer. Vi satte tre mål samma dag vi startade. Att vi skall avskaffa oss själva, är det första målet. Sjukvård är en mänsklig rättighet. I våra etiska koder som sjukvårdspersonal lär vi oss att behandla alla människor lika men det är inte en självklarhet när det gäller de gömda människorna i Sverige. Frågan om sex eller tio siffror och betalningsförmåga har blivit viktigare än sjukvårdens gamla principer sedan Hippokrates tid.

Oro för de vuxna gömdas situation

År 2000 fick gömda barn rätt till förebyggande hälso- och sjukvård samt tandvård på samma nivå som svenska barn. När det gäller sjukvård för gömda vuxna oroas vi nu år 2007 av att nya lagar kommer att skrivas, förr eller senare. Om sjukvård för de gömda/papperslösa vuxna människorna kommer att regleras som en "teknikalitet" av migrationsminister Tobias Billström blir det svårt för de gömda.

Om Göran Hägglund författar i kraft av att vara ansvarig för just hälso- och sjukvård i Sverige så verkar det se lite ljusare ut. Då kanske Rosengrenska's första mål att avskaffa sig själva går att uppfylla.

Jag skulle önska att läkare och sjuksköterskor i Sverige bevakade den här frågan och sa ifrån på allvar att sjukvården måste få sköta sitt! Polisen sköter sitt arbete, migrationsverket sitt och sjukvården sitt. Så är det i andra sammanhang

och så borde det också vara när det gäller de gömda människorna. Vi skall inte användas som ett verktyg att tvinga ut folk från Sverige.

I Rosengrenska har vi sett att folk inte åker hem om de inte får sjukvård. Inte ens obehandlad cancer får, i de flesta fall, folk att vända tillbaka hem. Sjukvård är heller inte ett skäl att lämna sitt hemland och på vinst och förlust dra iväg till

ma skall berätta om sin oro, smärta och ibland sina gynekologproblem är inte något vi skall utsätta barn för. Därför har vi startat en egen tolkcentral också med frivilligkrafter.

I Sverige finns nu fem till sex olika nätverk i olika städer för att bredvid och tillsammans med den vanliga sjukvården hjälpa de gömda.

Rosengrenska's andra mål är att sprida

”Frågan om sex eller tio siffror och betalningsförmåga har blivit viktigare än sjukvårdens gamla principer”

Sverige och leva gömd här. I andra frågor har vi sträng sekretess och eget regelverk, etiska koder och gammal kunskap att luta oss mot. Det vore förfärligt om vi skulle stryka hela den grundvalen med en ny lag för en speciell, mycket sårbar patientgrupp! Det vore inte bara förödande för den gruppen av patienter utan också för oss vårdpersonal. Att tvingas att avvisa sjuka eller att smussa för att ge sjukvård är inget modernt, civiliserat förhållningssätt.

När vi startade Rosengrenska visste vi inte mycket om vad vi gav oss in i. Nu har vi funnits i mer än nio år och vuxit från tre personer till över 1000 i nätverket. Vi har en mobiltelefon som de gömda kan ringa till och få råd. De kan bli sammanförda med någon i nätverket eller få en tid till vår hemliga mottagning. När vi har vår mottagning, ca en gång i veckan, är det med en känsla av biståndsarbete på vår egen bakgata som vi träffas och hjälps åt med våra patienter. En blandning av läkare och sjuksköterskor, unga och gamla med olika specialiteter träffas och hjälps åt, oroas, rådslår, skrattar och vändas tillsammans. Någon kväll har vi enbart fem till sex patienter men oftast är det upp till 15 personer som behöver vår hjälp.

Lärt mycket

Vi har lärt oss mycket om de gömda och om flyktingskapet. Många av våra patienter är föräldrar, med sina barn runt sig. En viktig kunskap är att vi inte låter barn tolka för sina föräldrar. Att vara förälder till sin förälder och tolka när mam-

kunskap om frågan om de gömda. Den första kunskapen är ju att de gömda/papperslösa finns till och kommer att finnas i fortsättningen. Så länge det finns konflikter, krig, mördande fattigdom eller förföljelse i världen så kommer människor att flytta på sig. I en globaliserad värld med många snabba transporter blir det lättare att röra på sig. I Sverige talar polisen nu om några tusen gömda. I Europa är det fråga om flera miljoner människor som lever i en gömd värld, mer eller mindre utan mänskliga rättigheter. De lever i de rika länderna med välfärden runt sig men inte för dem.

De flesta försöker försörja sig via svartjobb, blir utnyttjade på alla sätt och utan vetskap om hur framtiden ser ut. Mycket arbete utförs av gömda. I lantbruk, på odlingar, restauranger och byggen finns det gömda som billig arbetskraft. I sexhandeln finns de också. I flera länder är de en viktig del av ekonomin.

Rosengrenska's tredje mål är att försöka ge den sjukvård de gömda inte kan få på annat sätt. Det har under dessa nio år gett oss kunskap om den här gruppen, vilka de är, var de kommer ifrån och hur de mår. "Att leva gömd är inte att leva" uttryckte en fotograf det så passande, efter att ha följt och dokumenterat en gömd familj en längre tid.

Varför utsätter sig familjer då för denna situation?

Vi har träffat den typiske politiske flyktingen. En som fruktar förföljelse i sitt eget land, har bild på sin avrättade bror

i plånboken och själv har varit i fängelse och torterats. Han sover mycket lite, vaknar med ett skrik ur sina mardrömmar, återupplever tortyrsituationen oupphörligt, också i vaket eller halvsovande tillstånd.

Vi har träffat den våldtagna kvinnan/mamman som inte kan återvända till hemtrakten, för där finns förövarna i grannhusen eller på polisstationen. Hon ser ut som en grå, åldrad kvinna med nedslagen slocknad blick. Hon har ofta svårigheter att knyta normala modersrelationer med sina barn. Ibland har hon inte ens berättat för svenska migrationsmyndigheter om sina skäl till att inte återvända. Hon tränger undan minnena, har så svårt att prata om dem, litat inte på myndigheternas tystnad och är rädd att andra skall få vetskap om hennes öde. Vid hot om avvisning till "hemlandet" försöker hon ibland ta sitt liv. I de fall då hon kommer från hederskulturer riskerar hon allt från att bli stenad till att enbart bli förskjutet och utfryst.

Vi har också träffat dem som inte kan försörja sig i hemlandet. Där det inte är självklart med mat för dagen till barnen, utbildning eller antibiotika om de blir sjuka. Då försöker man att lämna allt som är en kärt, släkt, vänner, hela sin kultur, mat, musik och språk för en osäker tillvaro någon annan stans. Karl-Oskar och Kristinas styrka och mod i den svenska

historien är ibland föraktat och förbjudet för andra fattiga i världen. "Ekonomiska skäl" är inte godtagbara i dagens Europa.

En kall höstkväll för några år sedan när Rosengrenska hade mottagning kom Eminas mamma och Emin instormandes. Båda grät så mycket att det var svårt att förstå vad de sa. Emina var borta. Hon sågs sist i en trädunge med en kompis. Det var fem timmar sedan. Familjen hade letat överallt där de vågade leta. Deras situation blev så tydlig för oss alla på mottagningen. Man kan inte ringa polisen. Man får tänka sig så noga för innan man ringer någon över huvud taget. Det liknar det medeltida straffet att vara dömd till fredlöshet. Vem som helst kan utnyttja en sådan familj. Stjåla från, lura på arbete, utnyttja sexuellt, misshandla och tom mörda utan att det anmäls.

Det gick några timmar då vi ringde runt, var ute och letade och varskodde på litliga personer. Till slut hittade vi henne. Emina hade gjort som många små tjejer, följt med en kompis hem utan att fråga mamma först. Hon som annars alltid tänkte på familjen och kände så stort ansvar för mammas känslor, hon hade bara lekt och glömt tiden. Då grät Emin igen, en storebrors oerhörda lättnads tårar.

Verkställt utvisningsbeslut

Några månader senare, klockan sex på morgonen bröt polisen sig in i lägenhe-

ten där familjen sov. Pappa kastade sig ut från andra våningen och försvann i hopp om att man inte skulle kunna skicka iväg mamma och barn och på det viset skilja familjen åt. Det kunde man. Mamma och barn skickades alldeles vettskrämda till Tyskland utan att veta hur det gick för pappa som kastat sig ut genom fönstret. På flygplatsen i Tyskland satt de sedan länge. Ingen polis och inga tyska migrationsmyndigheter dök upp. Till slut lånade de en telefon av en städerska som varit snäll och givit dem en bit bröd. De ringde till Sverige och blev hemsmugglade igen inom något dygn.

Flera år har gått. För några dagar sedan stötte jag på Emins och Eminas pappa. Familjen har uppehållstillstånd nu. Pappa bor i Bergsjön och jobbar halvtid, mamma och barnen bor på Hisingen. Äktenskapet gick inte att rädda efter de här åren. Mamma går på kontroller för sin bröstcancer, men inte så ofta längre. Barnen går i skolan. Emin har haft en flickvän ett tag. Undrar om de kan sova gott på natten nu och undrar om Emina fortfarande vill bli sjuksköterska? ✨

Läs mer om Rosengrenska på:
<http://weblog.rosengrenska.org>
<http://www.rosengrenska.org>

Nytt i vården

Ny metod kan komplettera kortison vid eksembehandling

Underkläder i specialbehandlat natursilke har visat sig ha gynnsam effekt på barn med moderat atopiskt eksem. En schweizisk studie, publicerad i *Dermatology* i oktober, visade att silkesunderkläderna hade lika god lindrande effekt som lokal behandling med kortisonsalvor. I Sverige har en fallstudie som presenterades vid årets Läkarstämma, visat på likande resultat.

–I vår studie kunde vi se att även barn med besvärliga eksem blev hjälpta av DermaSilk. Klådan minskade, nattsömnerna förbättrades och därmed fick huden en chans att läka, säger Sven Andrae, barnallergolog vid Barn- och Allergimottagningen i Norrköping. ✨





Somaliska mammor och barn samlade. Obs. personerna på bilden har inget med undersökningen att göra. Foto: Thore Leykauff

En grupp somaliska mammors syn på barn och barnsjukvård:

Skillnader i syn på "sjukt" och friskt"

Berit Finnström

*Universitetsadjunkt
Institutionen för
omvårdnad, hälsa och
kultur, högskolan väst
Trollbättan*

Somaliska familjer har ofta många barn vilket gör att vi allt som oftast möter dem på BVC och i barnsjukvården. Ibland upplever vi dessa familjer som främmande fåglar som vi inte vet mycket om. Deras kultur uppfattas vanligtvis som vitt skild från vår. För att få mer kunskap intervjuade jag nio somaliska mammor med fokus på deras uppfattningar om smärta och hur den skall lindras. Jag fick också ta del av deras syn på barnsjukvård i allmänhet. Den del av intervjustudien som fokuserar på smärta finns publicerad i Journal of Advanced Nursing (Finnström & Söderhamn 2006).

Vi är alla färgade av den kultur vi växer upp i. Kultur och etnicitet påverkar hur vi ser på olika företeelser, våra värderingar och hur vi beter oss (Helman 2005). Områden med en stark kulturell laddning är tex kvinnors sexualitet, frågor som rör hälsa, liv och död och barnuppfostran. Barnen är kulturbärare och skall föra våra värderingar och normer vidare. Det är kanske det som gör att de flesta av oss har uppfattningar om barnuppfostran, antingen vi har barn eller inte. Värderingar och frågor som rör vår existens, livet och döden, aktualiseras ofta i sjukvården.

Kroppens funktion – kulturellt färgad

Synen på kroppens funktion, uppbyggnad och yttre gräns kan vara kulturellt färgad. Det finns olika kroppsideal. I Latinamerika är en fyllig kropp tecken på välstånd och skönhet medan slankhet värderas högt i vår kultur. I Sverige infördes sexualundervisning i skolan redan på 50-talet och alla barn lär sig i skolan om kroppens funktion och organsystem. I många andra länder har både barn och vuxna en dunkel uppfattning om hur kroppen är uppbyggd och fungerar. Frågor som var kroppens yttre gräns går kan vara värt att diskutera även hos oss med tanke på tex provrörsbefruktningar och dialys. Hit hör också frågor som vem som bestämmer över en individs kropp.

Varför blir man sjuk?

Det finns många teorier om varför en människa blir sjuk. De medicinska förklaringsmodellerna existerar världen över men parallellt med dem finns också förklaringsmodeller med förankring i folkmedicin och kultur.

Att se hälsa som en balans mellan två lägen är vanligt. Inom kinesisk medicin är hälsa en balans mellan Yin (feminin energi) och yang (maskulin energi). I indisk ajurveda-medicin delar man in tillstånd i varma och kalla och ett varmt/kallt tillstånd skall botas med ett kallt/varmt läkemedel och tvärtom. Även vi har balans som hälsokriterium: WHO definierade redan 1948 hälsa som ett tillstånd av fysiskt, andligt, psykiskt och socialt välbefinnande.

Sjukdom ses i många kulturer som något som kommer utifrån, medan vi oftast tänker att sjukdomen börjar inne i kroppen, även om den kan vara ett resultat av att vi levt ohälsosamt. I Asien kan sjukdom/ohälsa förklaras med otur eller olyckligt öde. Ett annat sätt att förklara

sjukdom är att det är något i närmiljön som orsakar sjukdomen. Den kan vara orsakad av onda andar eller att någon satt onda ögat på den som blivit sjuk. För den som ser sjukdom som något utifrån kommande, som man inte kan påverka, kan det vara svårt att ta till sig att sjukdom/ohälsa skall förebyggas genom förändringar i livsstilen.

Onda ögat är en vanlig förklaring till sjukdom i många delar av världen, även i Somalia. Flera av de somaliska mammorna berättade om händelser där olika symptom och skador ansågs orsakade av onda ögat. Ingen av de intervjuade mammorna sade sig längre tro att sjukdom orsakades av onda ögat, utan att sjukdom och ohälsa uppstod av andra orsaker som mer överensstämmer med västerländsk medicin.

Psykosomatiska teorier är vanliga förklaringsmodeller hos oss och kanske speciellt inom barnsjukvård. Det är vanligt att barn somatiserar känslor eftersom det behövs en viss mognad för att kunna analysera och bearbeta känslor intellektuellt.

Några av de somaliska mammorna berättade att deras barn hade problem med magont och illamående. Vid ett tillfälle frågade jag en mamma om orsaken till barnets problem kunde vara att hennes barn inte trivdes på dagis eftersom "om barn inte mår bra psykiskt på grund av att det inte trivs på dagis så kan det resultera i magont". Detta ordval visade sig vara olyckligt eftersom mamman associerade ordet psyke till mental ohälsa och "galenskap", vilket är tabu i många kulturer, bl a den somaliska.

Vill man diskutera barns hälsa i psykosomatiska termer skall man hellre använda ord som känsla och stress. Flera av mammorna beskrev sina egna hälsoproblem som orsakade av stress. Använder vi orden psyke eller själ har vi gått in i ett område som är negativt laddat och behäftat med spärrar. Att erbjuda psykologhjälp kan därför vara problematiskt. En mamma berättade att hon aldrig någonsin hade sett en skylt till en psykolog i Somalia.

Den svenska sjukvården

Flera av mammorna tog upp att de ofta kände sig besvikna och inte tagna på allvar då de sökte akut vård för sina barn när de hade feber eller maginfluensa. De tyckte att läkare och sjuksköterskor i den svenska sjukvården många gånger bagatelliserade de problem de sökte för. Enligt deras uppfattning fick de oftast höra att

barnets tillstånd var gott och att de skulle åka hem igen och ge barnet febernedsättande och vatten. I Somalia kan maginfluensa eller feber leda till ett livshotande tillstånd och var därför något som oroade mödrarna.

"Om barnen kan stå på benen, är dom friska säger dom här. Min tanke blir många gånger: vad är "sjukt" och "friskt" i Sverige? Sjuk i Somalia är inte samma sak som i Sverige."

Flera av mammorna trodde att läkare och sjuksköterskor i Sverige inte kände till sådana sjukdomar som finns i Somalia och som somaliska familjer kunde drabbas av även här i Sverige.

En annan tänkbar orsak till skillnader i synen på friskt och sjukt, kan vara att i svensk sjukvård utgår vi oftast från "disease" dvs att det är symptom, diagnos och behandling av en specifik sjukdom som är det viktiga på en akutmottagning. I många kulturer, bl a den somaliska, utgår man från "illness" dvs hur man mår. Då kan det bli problem när doktorn talar om att det går bra att åka hem igen eftersom alla prover är bra och barnets tillstånd är gott (ingen "disease") medan föräldrarna oroar sig över att barnet är trött, inte vill äta, har feber och mår dåligt (illness).

De förväntningar på behandling och bemötande som flera av de somaliska mammorna hade på sjukvård stämde inte med det de upplevde i Sverige.

"I Somalia får alla patienter en riktig undersökning. Doktorn lyssnar på hjärta och lungor, tar blodprov och urinprov. Sedan får man tre eller fyra recept."

EMLA-kräm

Flera mammor menade att det är modern och inte barnet som ska bestämma om barnet skall få EMLA eller inte. Men några mödrar påpekade också att det är viktigt att respektera barnets känslor. Mammorna menade att EMLA kunde vara bra, men eftersom salvan behöver sitta på 1,5 timma för att nå full effekt så blir väntetiden för lång. Då ett blodprov inte innebär någon allvarlig smärta, så bör åtminstone större barn klara av det utan EMLA-kräm. Flera mödrar ansåg också att barn under tre år inte behövde EMLA, eftersom de ändå inte förstod vad som skulle ske och snabbt glömde smärtan efteråt. Barn över sex till åtta år, ansåg flertalet, borde kunna ta blodprov utan bedövning. De som behövde EMLA, enligt dessa mammor, var barn mellan tre och sex år som var medvetna om vad som skulle ske men för små för att kunna hantera smärtan.

När jag förklarade hur vi på sjukhuset ser på EMLA, att det är viktigt att barn inte upplever smärta, om det går att undvika med tanke på bl a framtida sjukhusbesök, så var mammorna inte svåra att övertyga. Flera berättade också att deras barn blev rädda så fort de såg en sjukhusklädd person.

Här har sjuksköterskor en pedagogisk uppgift att informera om barns smärtminne och konsekvenser av smärtsamma provtagningar för att motivera föräldrar att ta sig den tid som behövs. Alla föräldrar vill sitt barns bästa och det handlade i det här fallet mest om okunskap om barns reaktioner och konsekvenser av upplevd smärta.

Dåligt bemötande vanligt

Mammorna ansåg att den svenska sjukvården var bra, men sade samtidigt att de trodde att invandrare får sämre sjukvård än den inhemska befolkningen. Detta har också Bonham (2001) visat när det gäller behandling av smärta. Flera berättade om episoder där de tyckte sig blivit dåligt bemötta. Några menade att det finns rasister i den svenska sjukvården.

”Ibland känner jag att dom är rasister. Dom tycker inte om mig och dom tycker inte om mina barn. Då du tänker ”rasist”,

därför att du har svart hud, sjal och du är från Afrika.”

Men det största problemet var ändå språket. Det blev dessutom ännu mer stressigt om mamman bara hade högst femton minuter på sig inne hos doktorn. Då blev det extra svårt att hitta rätt ord och efteråt kände de att de inte riktigt hade fått sagt det de ville. Att få en tolk löste inte heller alltid problemet. Den somaliska gruppen i Göteborg är inte större än att de flesta känner varandra och man pratar mycket om och med varandra. Mammorna litade inte på att tolken höll på tystnadsplikten. Detta gjorde att det kunde vara känsligt att berätta om sina symtom via en tolk. Föräldrarnas förtroende för tolken kunde också bero på vilken somalisk klan tolken kom från.

Synen på barn

Mammorna berättade att det är stor skillnad i synen på barn här och i Somalia. I Somalia betraktas barn som halvt vuxna och ansvarstagande individer redan i tioårsåldern. Även här i Sverige får barnen, speciellt flickor, ta hand om mindre syskon och ansvara för olika sysslor i hemmet, medan pojkar hjälper till med manliga göromål. Det är ofta äldre syskon som tar hand om småsyskon när de slagit

sig och behövde tröstas och avledas.

”En syster som är tretton år och en mamma... dom känner sig nästan samma. Kanske mamma blåser två-tre gånger och sedan säger hon att det är färdigt nu, och då kanske man går till storasystern i stället.”

Några mammor säger att den individuella frihet, för både barn och vuxna, som finns i Sverige många gånger är svår att förstå och acceptera. Andra menar i stället att frihet att själv bestämma är bättre än de regler och måsten som de vuxit upp med i Somalia. ✨

REFERENSER

Bonham, V.L. (2001).

Race, ethnicity and pain treatment; striving to understand the causes and solutions to the disparities in pain treatment. *Journal of Law, Medicine & Ethics*. 29, 52–68

Finnström, B. & Söderhamn, O. (2006).

Conceptions of pain among Somali mothers living in Sweden. *Journal of Advanced Nursing*, 54 (4) 218–225.

Helman C.G. (2004).

Culture, Health and Illness. 4th edn. Butterworth-Heinemann Ltd, Oxford.

Sjukhusclown belönad



Cajsa Gotthold, Charlotte Sjöneby alias Dr. Lowe och Christina Molin.

Betydelsen av sjukhusclownernas arbete har anledning att uppmärksammas mer än vad som görs idag. Det är ett arbete som kräver mycket erfarenhet och känslighet och som man, i till exempel Israel, har specialiserade högskolestudier för.

Öppna Teaterns stipendium ur Elisavetas minnesfond delades ut vid invigningen av Händelseparken den 7 juni i år, vid Huddinge barnsjukhus.

Denna gång gick stipendiet till Charlotte Sjöneby, alias Dr. Lowe. Hon tilldelades detta för sitt fantastiska arbete som sjukhusclown vid Huddinge barnsjukhus. Där hon med stor känslighet och respekt för den lilla människan och med humor och värme hjälper de små patienterna och deras anhöriga genom sina många gånger svåra och långa behandlingar.

Öppna Teatern har sedan starten förutom föreställningar vid den fasta scenen, varit inriktad på uppsökande verksamhet inklusive riksturnéer. Om inte publiken kan ta sig till scenen, tar sig scenen till publiken.

Repertoaren innefattar både vuxen- och barnföreställningar. Under åren har ensemblen även arbetat med uppdrag för Kultur i Vården och där kommit i kontakt med många artister som med små medel gör stora och viktiga uppgifter, utan att för den skull bli kända i radio och TV. Dessa arbeten bör uppmärksammas mer, även ur medicinsk synvinkel. ✨

Cajsa Gotthold
Ordförande Östra Teatern

Fint thailändskt sommar- besök



Den 3–6 juli arrangerade Statens Folkhälsoinstitut och Socialstyrelsen ett studiebesök för den thailändska organisationen Thai Breastfeeding Center (TBC). Riksföreningens Marianne Bergström var en av föredragshållarna under den första dagen.

TBC är en icke statlig organisation som arbetar för att förbättra den låga amningsfrekvensen bland thailändska mödrar och ser här Sverige som ett föregångsland. Thailand är, liksom många andra utvecklingsländer, påverkade av den intensiva marknadsföring som görs för modersmjölksersättning. Det anger organisationen som ett av de främsta skälen till den låga amningsfrekvensen.

TBC har fått välkommen draghjälp av den, i sitt hemland, oerhört populära Prinsessan Srirasmi. Hon har engagerat sig mycket i frågan och ammade själv den nu tvååriga prinsen under hans sju första levnadsmånader. Den thailändska prinsessan deltog också under delar av studiebesöket i Sverige.

Programmet var digert för de långväga gästerna och omfattade besök i såväl Stockholm som Östersund, Sollefteå och Uppsala.

Program i Stockholm första dagen

Den första dagens program hölls i, ett för dagen soligt men lite svalt, Stockholm. Ass. professor Sven Bremberg på Statens folkhälsoinstitut, talade om svensk barnhälso-policy, med den svenska mödra- och barnhälsovården samt skolhälsovården som en grund. Därefter berättade barnmorskan Eva-Karin Envall om det förebyggande "Riskbruksprojektet" som idag används på de flesta mödrahälsovårdsmottagningar för att minska alkoholkonsumtionen bland blivande

de mammor. Bakgrunden till det projektet är de senaste tio årens ändrade och ökade alkoholkonsumtionsvanor. Marianne Bergström, som är vårdutvecklare inom BHV på Barnhälsovårdsenhet Nord i Stockholm, berättade om Svenska amningskommittén och våra system för rapportering och övervakning av amningsförekomsten. Marianne Bergström berättade att Epidemiologiskt centrum, EpC, hanterar insamlandet av information i en fast årscykel, med förberedda Excelformulär som skickas ut till och samlas in från samtliga 2000 barnvårdscentraler i landet. EpC bearbetar sedan datainformation och presenterar all amningsstatistik i en årlig rapport i oktober/november varje år.

Dagen i Stockholm avslutades med ett uppskattat nedslag på ett svenskt dagis, Mosebacke förskolor på Söder, innan färden fortsatte norrut. Där stod besök på Kung Chulalongkorns tempel i Ragunda på programmet, liksom presentation på plats av mamma-barn aktiviteterna på såväl Sollefteå sjukhus som Östersunds sjukhus. Frösö Familjecentral och Statens folkhälsoinstitut stod också på programmet. Thai Breastfeeding Centers studieresa avslutades med ett studiebesök på Uppsala Universitetssjukhus och då även i sällskap av Prinsessan Srirasmi.

Läs mer om Svenska amningskommittén på Livsmedelsverkets hemsida: www.slv.se ✨

Eva Gärdsmo Pettersson

Hållbarhet

Hållbarhetsfrågor är frekventa på barnavdelningar. Då små mängder används är det intressant att spara på exempelvis dyra, beredningstekniskt svårhanterliga och icke miljövänliga läkemedel. Dessutom finns det arbetstid som kan sparas om läkemedlet är redo för användning. Ur ett patientsäkerhetsperspektiv finns däremot mycket att vinna på att ha tillgång till lösningar där stamlösningar inte behöver sparas. Då dessa kan bidra till förväxlingsrisker, speciellt om märkningen är bristande. Denna artikel är tänkt att visa på terminologin och ge exempel på delar som rekommenderas via Svensk läkemedelsstandard (1).

Per Nydert

Leg. apotekare,
Apoteket Karolinska
Universitetssjukhuset
Huddinge
per.nydert@apoteket.se

Olika typer av hållbarhet

Den vanliga hållbarheten rör hur länge du kan förvara ett läkemedel på "hyllan" innan originalförpackningen bryts. Den hållbarheten kallas *lagringstid*. Datum när lagringstiden går ut ska finnas angivet på alla läkemedelsförpackningar. Efter detta datum ska läkemedlet och förpackningen kasseras.

När väl originalförpackningen används för första gången övergår lagringstiden till *användningstid* och markerar hur länge originalförpackningen kan användas efter första dosuttag tills hela dosen administrerats.

Användningstiden kommer bero på i vilka lokaler och med vilka rutiner/arbetsmetodik *iordningsställandet* respektive *beredningen* sker. Iordningsställande av läkemedel är terminologin som ofta hänför läkemedel som färdigställs på avdelning. Beredning benämns ofta produkter beredda på sterila enheter (tex beredningslokal på apotek). En beredning får inte bara en användningstid utan också en lagringstid till första uttag.

Iordningsställande / beredning

Generellt kan sägas att beredning görs på enheter med tillverkningstillstånd av läkemedelsverket. En läkemedelsberedning görs av en farmaceut med beredningskompetens. Arbetet vägleds av rekommendationer från Pharmaceutical Inspection Co-operation Scheme via läkemedelsverket.

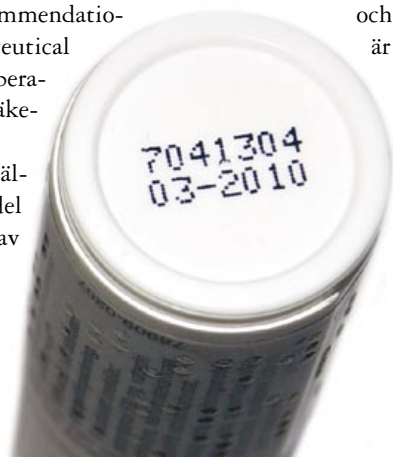
För iordningsställande av läkemedel så genomförs de av farmaceut eller

sjuksköterska. Lokalens validering och rutiner kring beredningen sätter riktlinjer för hur lång mikrobiologisk hållbarhet som kan sättas på ett iordningsställt läkemedel. Iordningsställande ska alltid ske till namngiven patient. Socialstyrelsen och sjukhusets hygienansvariga ger rekommendationer för denna verksamhet.

Kemisk / Mikrobiologisk hållbarhet

När det sker en förlust av den aktiva substansen, eller läkemedlets egenskaper, genom nedbrytning kommer vi att få en förkortad hållbarhet som benämns *kemisk hållbarhet*. Nedbrytningen kan vara beroende av exempelvis ljus, pH på lösningsmedlet, oxidation m m. Detta förutsätter alltså att läkemedlet förvaras på föreskrivet sätt. De hållbarhetstider som finns angivna i FASS är angivna av företaget och baseras på deras egna hållbarhetsstudier. Det kan ge en del intressanta skillnader som att t ex preparat som innehåller samma kompositioner kan ges olika hållbarhetstider. Ett exempel är cefotaxim i natriumklorid 9 mg/ml, där Claforan uppges ha en användningstid på 12 h i rumstemperatur och 24 i kyl, medan överbliven lösning av Cefotaxim Stragen ska kasseras. Detta beror alltså på olika slutsatser av företagen på deras hållbarhetsstudier.

Den *mikrobiologiska hållbarheten* bestäms av risken för kontamination av mikroorganismer och gäller endast om den kemiska hållbarheten är längre än den mikrobiologiska hållbarheten, och vice versa. Den mikrobiologiska hållbarheten brukar generellt sättas till 12 timmar för iordningsställande av läkemedel på avdelning (1). Observera att dessa generella rekommendationer inte ska gälla vid ett oaktamt handhavande vid iordningsställandet, liksom att ett väl validerat arbets-



sätt och lokal kan ges längre hållbarhetstider (t ex sjukhusapotekens arbete i rena rum).

Konserverad / okonserverad

Okonserverade lösningar är fria från konserveringsmedel och kommer därmed uppvisa kortare användningstider jämfört med konserverade lösningar efter första dos tagits ur läkemedelsförpackningen. Är okonserverade och konserverade lösningar tillverkade sterilt uppvisar de samma lagringstid. Användningstiden blir dock annorlunda, se nedan för flytande orala läkemedel.

Orala flytande läkemedel

Att en lösning är konserverad betyder inte att en viss mikrobiologisk användningstid kan förutsättas. Exempelvis Trimetoprim oral suspension innehåller konserveringsmedel och har en lagringstid på tre år. Detta blir också användningstiden om en konserverad lösning hanteras på ett varsamt sätt. För att vara på den säkra sidan rekommenderar SLS att flytande vattenhaltiga läkemedel som är konserverade används inom sex månader (1). För prematurt födda barn rekommenderas dessutom en gräns på en månad. För okonserverade lösningar gäller en mikrobiologisk hållbarhet som är en vecka om de klarar av att förvaras i kyl utan tex utfällning.

För orala lösningar gäller i många fall kemiska hållbarheter. Exempelvis Penicillin V (Kävepenin) bryts lätt ner i vattenlösning och en begränsad hållbarhet på 14 dagar ges.

Det finns en viss biverkningsrisk associerad med konserverade lösningar till framförallt neonataler och barn med viss överkänslighet, se mer under rubriken konserveringsmedel till nyfödda.

För de torra beredningsformerna (tabletter/kapslar) gäller nästan uteslutande de lagringstider som är angivna på förpackningen, även efter första uttag. Vissa undantag finns och anges då i produktens bipacksedel.

Injektionsampull/Injektionsflaska/ Infusionslösning

Ampuller som måste brytas för att öppnas kommer snabbt exponeras för miljon runt ampullen. Överbliven lösning från en brytampull ska alltid kasseras. En injektionsflaska med gummimembran kan innehålla konserveringsmedel eller vara okonserverad, vilket styr hållbarheten. Hållbarhetstiden styrs också av

hur många gånger ett gummimembran penetreras, detta är framförallt beroende av hur arbetsmetodiken och lokalen ser ut där iordningsställandet/beredningen sker.

Påverkan av yttre omständigheter

Den fysiokemiska hållbarheten kan påverkas av yttre processer som ljus/värme/pH-förändringar. Därför ska alltid förvaringsrekommendationerna följas för originalförpackningarna. Har läkemedlet förvarats på ett icke rekommenderat sätt kan kontakt tas med en farmaceut för att få en bedömning om läkemedlet fortfarande kan användas.

Vikten av god märkning

Att spara ett preparat kan ge ödesdigra konsekvenser om det inte märks upp ordentligt. Ett patientsäkerhetsperspektiv måste alltid gå före ett ekonomiskt intresse att få ut så många doser som möjligt ur en läkemedelsförpackning. Vid iordningsställande eller beredning av läkemedel är det viktigt att läkemedlet märks upp ordentligt. Enligt SOSFS 2000:1 ska märkningen ske enligt följande. "7 § Ett iordningställt läkemedel skall på förpackningen eller behållaren vara märkt med uppgifter om patientens identitet och läkemedlets namn, styrka och dos samt de övriga uppgifter som behövs för en säker hantering. Direktiv om märkning skall finnas i den lokala instruktionen för läkemedelshantering."

Observera att dubbelspädningar av exempelvis vancomycin har lett till att den icke-spädda stamlösningen har misstagits för den färdigspädda infusionslösningen och administreras med tio gånger så hög koncentration. För att undvika dessa problem finns möjligheten att beställa dessa lösningar färdigspädda som extemporeläkemedel (tex vancomycin 5 mg/ml).

Att skilja orala sprutor från intravenösa sprutor är också av största vikt. Bärnstensfärgade/färgade sprutor men tipp som inte passar för en luer-lock ska användas för oralt bruk.

Konserveringsmedel till nyfödda

1937 skedde den sk sulfanilamid-katastrofen i USA där en oral lösning av sulfanilamid producerades för att möta behovet av behandling av framförallt barn. Till lösningsmedel användes dietyl-glykol, vilket är mer känt idag som kylarvätska. Efter lanseringen började de första dödsfallen rapporteras och det tog ett tag innan de relaterades till läkemedlet och

spädningsvätskan. Då det saknades lagar som krävde toxikologiska tester på läkemedel lanserade USA kort därefter FDA's "Federal food, drug and cosmetic act".

Under början på 80-talet skedde den sk bensylalkohol katastrofen när i.v.-spolvätska som innehöll konserveringsmedel bensylalkohol användes till neonataler. Då infusionen av spolvätskan gjorde att neonatalerna fick i sig stora mängder, och då deras omogna system för metabolism inte kunde ta hand om bensylalkoholen, lagrades den upp i kroppen och ledde till andningspåverkan och död. Idag finns bensylalkohol som konserveringsmedel i vissa läkemedel. Det är lämpligt att undvika dessa till de minsta barnen. De används dock till prematurer, och kan användas, om man har god kontroll på vilka mängder som ges.

Det vanligaste konserveringsmedel idag är metagin (metylparaben) som finns i de flesta orala lösningar som produceras av bla Apoteket. Metagin är en släkting till bensylalkohol, men är en mer vattenlöslig sådan, vilket förhindrar upplagring och behov av metabolism för att utsöndras. Följer man WHO's rekommendationer för metagin, ska inte mer än totalt 10 mg/kg ges till barn av metagininnehållande läkemedel (vilket betyder 10 ml/kg totalt för alla lösningar konserverade med 0,1 procent metagin).

Alla barn som går hem från sjukhus ska förskrivas konserverade orala lösningar för att undvika växt i läkemedel som ges i flytande form. Däremot kan icke konserverade lösningar rekommenderas till patientgrupper som är ineliggande på sjukhus och får i sig mängder metagin som kan tänkas överskrida ovan rekommenderade nivåer.

Hur kan hållbarhet anges på t ex läkemedels- och spädningslistor?

Har ni en spädningslista på sjukhuset kan ni gärna ta kontakt med ert sjukhusapotek och be en apotekar se över de hållbarhetstider som finns angivna på era lokala spädnings scheman och PM. ★

REFERENSER

1. Svenska farmakopékommittén, Svensk läkemedelsstandard (SLS), Läkemedelsverket, 2006, s 305-310.



Omslagsbilden till min avhandling är gjord av min arbetskamrat Ingela Rydström. Den symboliserar stödets betydelse för föräldrar som har barn med funktionsnedsättning. Det ljus som faller på skogsstigen gör den lättare att vandra. Detsamma är det med professionellt och informellt stöd som har sin utgångspunkt i familjens aktuella situation, med respekt för barnet och föräldrarna som personer.

Att vara förälder till barn med funktionsnedsättning,

erfarenheter av stöd och av att vara professionell stödjare.

Den 13 januari 2006 försvarade jag min avhandling med titeln; "Att vara förälder till barn med funktionsnedsättning, erfarenheter av stöd och av att vara professionell stödjare". Det skedde på institutionen för omvårdnadsforskning vid Umeå universitet. Fakultetsopponent var docent Venke Sørлие Institutionen för Sykepleievitenskap vid Oslo universitet. Huvudhandledare har varit professor Per-Olov Sandman och bihandledare docent Birgit Holritz Rasmussen.



Britt-Marie Lindblad

Lektor vid Högskolan i Borås,
Institutionen för vårdvetenskap
britt-marie.lindblad@bb.se

I mitt arbete som barn- och distriktssjuksköterska har jag mött många familjer som har barn med funktionsnedsättning. En del av den förståelse jag hade om att vara förälder till ett barn med funktionsnedsättning, grundade sig på de kunskaper jag hade tagit del av under barn- och distriktssköterskeutbildningen på 1970-talet.

Den vetenskapliga kunskap som då fanns, om att vara förälder till barn med funktionsnedsättning, baserades ofta på psykologiska och sociologiska teorier, där föräldraperspektivet var ytterst sällsynt. Det gav en bild av detta föräldraskap som en livslång och förbjuden sorg, en tragedi och en börda. I mina möten med familjerna undrade jag ofta hur föräldrarna orkade med att ge så mycket av tid och kärleksfull omsorg till sina barn, om detta föräldraskap enbart var så betungande och sorgligt. Hur föräldrarna själva såg på sitt föräldraskap och sin situation var därför något som jag ville få kunskap om. Vad föräldrar själva lägger för betydelse i stöd, informellt såväl som professionellt, var därför något jag också kände att jag ville få kunskap om.

Metoden

Datinsamling har skett i form av berättande

intervjuer med 39 föräldrar (23 mödrar och 16 fäder) och nio professionella (sju kvinnor, två män) från olika verksamheter. Antalet barn med funktionsnedsättning var 27 stycken i åldrarna mellan ett och ett halvt och 16 år. Vid tidpunkten för intervjuerna var inte något barns funktionsnedsättning nyupptäckt och inget barns hälsotillstånd var livshotande. De bakomliggande orsakerna till barnens funktionsnedsättning har varit medfödda sjukdomar, kromosomrubbingar och komplikationer i samband med födelsen. För några av barnen har orsaken inte gått att fastställa. I studien om erfarenheter av att vara professionell stödjare (studie III) hade urvalet gjorts av föräldrarna som deltagit i studie II. Kriteriet för detta urval var att föräldrarna skulle ha erfarenhet av dessa som goda stödjare.

Förälder till barn med funktionsnedsättning

I studie I var syftet att belysa innebörder i den levda erfarenheten av att vara förälder till barn med funktionsnedsättning. Resultatet visar att erfarenheter av risken att förlora barnet i samband med upptäckten av barnets funktionsnedsättning, var en omtumlande livshändelse. Den medförde en ny medvetenhet om viktiga värden i livet och en omvärdering av föräldraskapet.

Här uttrycks en tacksamhet över att ha fått behålla sitt barn som beskrivs ha en unik personlighet och med ett inneboende värde.

I strävan att möjliggöra ett gott liv för sitt barn ingår att konfrontera den oro, osäkerhet och rädsla i nuet och för framtiden som är relaterad till barnets funktionsnedsättning och vård. Egna och syskonens behov anpassas efter de behov som barnet med funktionsnedsättning har. Att konfrontera andra personers syn på barnet som mindre värt än ett friskt barn beskrivs som betungande. Andra personer som föräldrarna upplever uppskattar och värderar deras barn som ett barn med ett inneboende värde, ger en styrka i strävan att möjliggöra ett gott liv för barnet.

Upplevt stöd av professionella

I studie II var syftet att belysa innebörder i den levda erfarenheten av att som förälder till barn med funktionsnedsättning få stöd av professionella. Föräldrarnas berättelser innehöll erfarenheter av stöd, men betydligt fler erfarenheter av brist på stöd. När föräldrarna erfar, att de professionella ser dem och barnet, där funktionsnedsättningen är sekundär, som värdefulla personer får de tillit till de professionella. Att bli erkänd som barnets vårdare bygger på erfarenheter av att bli tagen på allvar när det gäller ens kunskaper och iakttagelser om barnet. Att få hjälp att se barnets potential, genom att få handfasta konkreta råd när det gäller barnets utveckling, träning och träning, beskrivs som att få ett hopp för barnets framtid och som ett mycket värdefullt professionellt stöd.

När barnets unika behov blir uppmärksammade och de professionella engagerar sig för att hjälpa barnet upplever föräldrarna att de professionella ser barnet som värdefullt. Erfarenheter av att bli igno-

rerad som barnets vårdare, brist på uppmärksamhet och engagemang för barnets unika behov och för barnet som person, lägger grunden för misstro mot de professionella. Det ger upphov till en kamp. Föräldrarna skyddar barnet och sig själva mot kränkande bemötande och de kämpar mot de professionella för att få det stöd som föräldrarna anser att de behöver och har rätt till. Ett bra professionellt stöd uppfattades ge styrka och kraft i föräldraskapet, medan brist på stöd på motsvarande sätt ansågs förödande för hela familjens välbefinnande

Att vara professionell stödjare

I studie III var syftet att belysa innebörder i den levda erfarenheten av att vara professionell stödjare till föräldrar som har barn med funktionsnedsättning. Vad är en bra professionell stödjare? Att ha en personlig filosofi som innebär att bemöta barn och föräldrar som man själv vill bli bemött, angavs av många. Hoppet om att det alltid går att göra något för att hjälpa, genom att söka unika lösningar i den aktuella situationen, är ett annat exempel. Att ha tillit till föräldrar som partners, samt bidra till deras ökade kompetens och trygghet i vården av deras barn, är andra innebörder. Ödmjukhet för föräldrarnas kunskap och erfarenheter, ses som en del i den professionella uppgiften. Utan ett samarbete med föräldrarna går det inte att göra något bra för vare sig barn eller föräldrar. Lyhördhet för föräldrars känslor och sårbarhet, inte minst i samband med att svåra besked ges och när barnets hälsa försämras, beskrivs som ytterligare ett sätt att få föräldrars tillit. När det går bra för familjen beskrivs glädje och tillfredsställelse, när det inte fungerar uppstår känslor av otillräcklighet och besvikelse, men då finns det alltid andra lösningar att pröva.

Betydelsen av informellt stöd

I studie IV var syftet att belysa innebörder i den levda erfarenheten av att som förälder till barn med funktionsnedsättning få informellt stöd. Att barnet har en naturlig plats i relationer med andra personer utanför den närmsta familjen beskrivs som ett viktigt informellt stöd. Far- och morföräldrars engagemang i barnet, i likhet med barnets syskon, förstås av föräldrarna som att det har stärkt banden mellan generationerna. Barnets relationer med kamrater i skola och på fritid samt med grannar beskrivs som viktiga för en rolig barndom.

Att öppet dela sina erfarenheter av oro, bekymmer och andra betungande känslor med andra personer, liksom att kunna ha roligt tillsammans, beskrivs som en viktig del av det informella stödet. Att få ett barn med funktionsnedsättning beskrivs som ett prov på vänskap och trofasthet. Sådan hjälp går inte att kräva. Det informella stödet underlättar det dagliga livet genom att få hjälp med praktiska saker. Det möjliggör att leva ett någorlunda spontant dagligt liv, i motsats till det professionella stödet, vilket beskrivs som långt i förväg planerat. Föräldrarna delade även erfarenheter av brist på informellt stöd. Det är inte bara barnet med funktionsnedsättning som är ensamt och isolerat, utan hela familjen. Utan informellt stöd erfor många familjer att de levde i ett utanförskap på grund av omgivningens negativa attityder och avståndstagande.

Slutsats

I avhandlingens resultat framgår att föräldrarna strävar efter att ge sitt barn med funktionsnedsättning ett så gott liv som det är möjligt. För att kunna göra det behöver de professionellt och informellt stöd. Stödet erfars i relation till andra människor där synen på människan och hennes värde är centralt. Hur det tar sig uttryck i förhållningssätt och handlingar kan ses som av avgörande betydelse för föräldrarnas erfarenheter av stöd eller brist på stöd. I avhandlingens resultat framgår, att föräldrarna beskriver erfarenheter av andras nedvärdering av barnet och bristen på professionellt och informellt stöd som betungande. Dessutom beskrivs en tids- och energikrävande kamp mot de professionella. I föreliggande studier finns det ingenting som tyder på att barnets funktionsnedsättning i sig utgör det svåra för föräldrarna. *

REFERENSER

- Lindblad, B-M. & Norberg, A.** Striving to enable the child a good life: Meanings of being a parent of a child affected by disability. Submitted
- Lindblad, B-M., Rasmussen, B. & Sandman, PO. (2005).** Being invigorated in parenthood: Parents' experiences of being supported by professionals when having a disabled child. *Journal of Pediatric Nursing*, 20(4), 288–297.
- Lindblad, B-M., Rasmussen, B. & Sandman, PO. (2005).** Being in tune with oneself, children and parents: Meanings of being a supporter to families who have children with disabilities as narrated by parent-selected professionals. *Journal of Pediatric Nursing*, 20(3), 214–223.
- Lindblad, B-M., Rasmussen, B. & Sandman, PO.** A life enriching togetherness: Meanings of informal support when being a parent of a child with disability. Accepted for publication.



Mage i balans

Semper lanserar en innovativ nyhet – gröt och välling med tillsats av probiotiska laktobaciller.

Laktobaciller är vänliga bakterier. De hjälper till att upprätthålla en balanserad mikroflora i matsmältningskanalen genom att hindra andra skadliga mikroorganismer att föröka sig.

Studier har visat att tillförsel av laktobaciller kan innebära:

- Minskad risk för infektioner
- Minskad användning av antibiotika
- Positiv effekt vid infektiös diarré
- Positiv effekt med färre frånvarodagar på dagis

De aktuella produkterna är:

Semper Äpple-Pärrgröt med aktiv bakteriekultur, från 6 månader. Berikad med *Lactobacillus casei* F19.

Semper Fullkornsvälling banan plommon med aktiv bakteriekultur, en helt ny välling från 1 1/2 år. Berikad med *Lactobacillus reuteri*.

Varje portion gröt eller välling innehåller 100 miljoner levande bakterier.



Semper

Konsumentkontakt 020-62 20 00. www.semper.se



Hälso- och sjukvården. Barn- och Ungdomsmedicin Dalarna.

Vi förstärker vår neonatalavdelning, avd 33 vid Barn- och ungdomskliniken, Falu lasarett med

Sjuksköterskor

Tillsvidareanställning/vikariat med tillträde efter överenskommelse, dag, natt eller dag/natt sysselsättningsgrad kan diskuteras. Anställning sker fortlöpande.

Vid avdelningen vårdas för tidigt födda och sjuka nyfödda barn i vårdnivåer från lättvård till avancerad intensivvård. Sjuksköterskan arbetar i vårdlag med barnsköterska.

Arbetet är varierande och kräver god anpassningsförmåga. Du erbjuds anpassad inskolning samt fortlöpande kompetensutveckling. Vi arbetar sedan många år enligt den familjestödjande omvårdnadsmodellen NIDCAP®.

Vi tillämpar individuellt schema enligt "Frida" där Du till stor del själv kan bestämma dina arbetstider. Du ska kunna arbeta dag, kväll, natt och helg efter verksamhetens behov.

Kvalifikationer

- Du har minst 1 års yrkeserfarenhet som sjuksköterska.
- För tillsvidareanställning krävs att Du är leg sjuksköterska med specialistutbildning hälso- och sjukvård för barn och ungdom, intensivvård eller barnmorska.
- Tidigare erfarenhet av barnsjukvård är meriterande.

Personliga egenskaper

- Du har en stabilitet och mogenhet som gör att Du kan arbeta i stressiga och akuta situationer och kan möta föräldrar i kris.
- Du är flexibel, noggrann och har en god social förmåga.
- Du har även intresse och förmåga att hantera medicinteknisk utrustning.

Upplysningar

Avdelningschef Ulrika Nygren, telefon 023-49 22 52 eller avdelningschef Maria Vestling, telefon 023-49 24 54.

Fackliga upplysningar

Vårdförbundet, Ulrika Lundkvist, telefon 023-49 20 32.

Välkommen med ansökan till Hälso- och sjukvården Dalarna, Personalenheten, 791 82 FALUN eller e-post: platsansokan.falu-lasarett@ldalarna.se

Märk Din ansökan med ref nr 266/07

OBS! Endast ansökningar med meritförteckning och betyg/intyg behandlas.

Sista ansökningsdag 2007-10-14

Landstinget Dalarna verkar för en drogfri arbetsmiljö och tillämpar därför bland annat obligatorisk drogtest vid nyanställning av personal.

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 lokala träffar, bevakar lokala händelser m.m.

Föreningens högsta beslutande organ är årsmötet vilket hålls före maj månads utgång.

Kongress arrangeras en gång/år. Dessa dagar erbjuds 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 275 kr/år, pensionär 175 kr/år. Vid medlemskap i annan riksförening, t.ex. Riksföreningen för skolsköterskor eller distriktssköterskor, är medlemsavgiften reducerad till 200 kr/år. Medlemskap i Vårdförbundet eller SSF berättigar inte till reducerad avgift.

Medlem blir Du genom att betala in medlemsavgiften på riksföreningens plusgiro 1951 19-3 eller bankgiro 5831-6704. Ange namn, adress och personnummer samt eventuell annan riksförening på inbetalningskortet.

Anmälan om medlemskap och adressändring sändes till:

Riksföreningen för Barnsjuksköterskor
Gunborg Nordlander
Haparandavägen 43, 857 31 Sundsvall
Tel: 060-50 25 33
e-post: gunborg.n@comhem.se

Barnbladet i brevlådan

Alla sjuksköterskor som arbetar inom hälso- och sjukvård för barn och ungdomar är välkomna som medlemmar i Riksföreningen för Barnsjuksköterskor.

Som medlem får du tidningen hem i brevlådan, sex nummer per år.

Vi hoppas att du finner tidningen läsvärd och vill fortsätta att ta del av artiklar, reportage och aktuell information som rör barn.

Skicka ett mail med namn och adress till gunborg.n@comhem.se



Kalendarium

Höstens utbildningar i Rädna Barnens regi.

www.rb.se/sv/Aktuellt/KurserSeminarier/

3 oktober 2007

Tvärfaglig konferens om patient- & familjecentrerad pleje & behandling
Rigshospitalet, Köpenhamn
www.patientogfamilie.dk

11 oktober

Barns inflytande i vården
Föreläsning med Gill Brooks
www.bo.se

17 oktober

Barndagen
Rädna barnens Malmöförbund
www.rb.se

18–19 oktober

XV:e Medicinrättsliga Seminariedagarna
Stockholms konserthus
www.imrab.se

Konferenser om överviktiga barn och ungdomar

Stockholm, Göteborg, Umeå
www.sifu.se

25–26 oktober

Tjugosjunde Svenska Perinatalmötet
Svensk Förening för Perinatalmedicin
Svenska Läkaresällskapet, Klara Östra
Kyrkogata 10, Stockholm
www.blf.net

7–8 november

Morgondagens vård och omsorgsforskning
www.hcsconference2007.ki.se

13–15 november

SIBO-möte i Bålsta
Benmargstransplantation och strålbehandling
www.sibo.se

20–21 november

Verksamhetsförlagd utbildning i högskolans vårdutbildningar
Elmia i Jönköping.
Program finns på Swenurse.se
www.swenurse.se

Kontakta gärna redaktionen om du känner till något möte, konferens eller utbildning som bör finnas med i kalendariet!

Internationellt adopterade barn – konferens om risk- och skyddsfaktorer

19 november ordnar IMS en heldagskonferens i Stockholm med temat *Risk- och skyddsfaktorer för internationellt adopterade barn – vad säger forskningen?*

Konferensen vänder sig i första hand till dem som i sin yrkesverksamhet möter internationellt adopterade. Läs mer på: www.socialstyrelsen.se/Om_Sos/Konferenser

ims.

INSTITUTET FÖR UTVECKLING AV
METODER I SOCIALT ARBETE
Socialstyrelsen

Dela med dig till dina kollegor här i Barnbladet!

Du är mycket välkommen att skicka in din artikel, ditt debattinlägg eller rapport till redaktören för Barnbladet. Kontaktuppgifter hittar du i redaktionsrutan.

- Skicka helst din text via e-mail med bifogad fil (Word).
- Vi vill alltid ha porträttbild av dig som författare. Skicka gärna även andra foton, teckningar, diagram, tabeller etc. som kan illustrerar ditt bidrag. Skicka helst digitalt. Om icke-digitalt material önskas i retur, bifoga namn, adress och ett frankerat kuvert.
- Ange ditt namn, yrke/titel, tjänsteställe och kontaktuppgifter.
- För vår planering, meddela oss om möjligt i god tid före manusstopp att bidrag kommer.
- Vi förbehåller oss rätten att redigera och korta bidragen vid behov.

Tack på förhand.



Livsavgörande telefonsamtal...

Förutsättningarna är de ultimata; en patient, en läkare, ett behandlingsrum och 20 minuter avsatta endast för patienten. Detta till trots är det många patienter som finner det svårt att förmedla vad de känner och vad det faktiskt är som är fel. Tänk då att sitta som sjuksköterska och besvara dessa patienters telefonsamtal, försöka förstå dem att berätta vad som inte stämmer, komma fram till någon form av anamnes och sedan hjälpa dem med vad som benämns med "telefonrådgivning". Lägg till att alla har olika kropps- och hälsouppfattning och vissa inte har svenska som modersmål. Frustration och ständiga dilemman är ord som beskriver dessa samtal väl, speciellt då det handlar om föräldrar som ringer angående sina sjuka barn. Känslan förstärks ytterligare när det handlar om föräldrar med annan kulturell bakgrund.

Dessa är i första hand inte ute efter rådgivning utan att få en läkartid, det enda som är gott nog i många kulturer. Svenska vårdsystemet bygger på egenvård, man ska börja med febernedsättande och näs-

droppar och avvakta. Då det inte ser likadant ut i hela världen kan det vara svårt att ta till sig av den informationen. Man vill träffa läkaren och många har lärt sig att standardsvar så som feber i tre till fyra dagar, andningsproblem och ont i örat leder till läkartider.

Dilemmat uppstår då många års telefonrådgivning gett erfarenheten att "hög feber i flera dagar" i mellanöstern ungefär motsvarar temp på 37,5 grader i Sverige. Vidare hörs ofta från mammor från sydligare breddgrader att "mitt barn har inte andats på flera dagar", spontant undrar man om barnet övergått i en blåare nyans i ansiktsfärgen men snart lär man sig att det ungefär innebär förkylning med nästäppa.

Trots dessa vetskaper är det frustrerande varje gång, tänk om den här mamman verkligen hade ett riktigt sjukt barn, ett barn som haft hög feber i flera dagar och faktiskt behövde läkarvård och inte bara information om vätskeersättning vid kräkningar. Men det är väl som med allt

annat i samhället; överdrifter (och även underdrifter för det förekommer också) och bristande kunskap, leder till svårare bedömningar och alltid den där gnagande känslan, gör jag rätt nu? Har patienten lyckats framföra det den ville? Tar jag symptomen på mindre allvar trots att de fyra senaste barnen med hög feber i själva verket inte alls hade det? Har patienten tagit sina symptom på allvar och verkligen uttryckt allt som behövs?

Problemet kan dock ses från båda håll då kommunikationen brister. Det uppstår en konflikt i och med att patienten blir frustrerad då de anser att sjuksköterskorna inte är benägna att hjälpa dem då rådgivning per telefon inte väger upp att få komma in och få en bedömning av läkare.

Generellt går det att sammanfatta en dagsskörd akutbesök med att sju av tio hade kunnat stanna hemma och fått hjälp och rådgivning per telefon. Det vill säga om de lyckats precisera vad problemet verkligen var. ✨

Haide Anisian

RÄTTELSE

AD-vitaminer. På sidan 26 i Barnbladet nr 3 fanns en uppgift om att AD-vitamin ges från 2 veckors ålder. Enligt Livsmedelsverkets rekommendation skall AD-vitamin ges från ca 4 veckors ålder.

Redaktionen

Riksföreningen för barnsjuksköterskor gratulerar sina stipendiater

Stefan Nilsson, Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus. Beviljades 8000 kr för att presentera resultat från en studie med en poster vid 3rd International Congress on Pediatric Nursing, Aten, 24–25 augusti 2007.

Syftet med studien var att utvärdera barn och ungdomars upplevelser av att vakna till musik efter kirurgi på en dagkirurgisk avdelning.

Åsa Lindblad, Astrid Lindgrens Barnsjukhus, Karolinska Universitetssjukhuset,

Solna. Beviljades 4000 kr för "Att konstruera ett program för Internetbaserad självrapportering av subjektiva och objektiva fynd på sjukdomsaktivitet vid IBD". Studien syftar till:

- Att utvärdera reliabiliteten i ett poängsystem för ungdomar och vuxna med IBD.
- Att validera poängsystemet som används i detta verktyg genom att jämföra resultatet med resultat av analysen fekalt calprotectin hos ungdomar med IBD.
- Att utvärdera användarvänligheten hos verktyget för Internetbaserad själv-

rapportering av subjektiva och objektiva fynd på sjukdomsaktivitet vid IBD".

Astrid Fägerskiöld, Hälsouniversitetet, Linköping. Beviljades 8000 kr för "Deltagande med presentation vid the 18th International Nursing Research Congress Focusing on Evidence-Based Practice 11–14 juli 2007 i Wien".

Syftet med presentationen var att visa den reflektion över likheter och skillnader i erfarenheter som mödrar och fäder till spädbarn har till BVC-sjuksköterskan. ✨

Stipendium

Riksföreningen för Barnsjuksköterskor

Du som är registrerad medlem i Riksföreningen för Barnsjuksköterskor erbjuds att söka stipendium två gånger per år. Din ansökan skall vara styrelsen tillhanda senast den 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 grundeller 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
Höststigen 4, 961 32 Boden, telefon 0921-164 39 (bost.)
r-m.strandberg@hotmail.com

Välkommen med din ansökan!

Läs mer om stipendiet på hemsidan www.barnnurse.se
Sänd gärna din ansökan via nätet.

Det är viktigt att ansökan är korrekt ifylld för att kunna beaktas.



Stipendium

Stiftelsen Maria Husmodersskolas Fond

Stiftelsen Maria Husmodersskolas fond delar ut stipendium för pågående eller planerad utbildning utöver grundskolenivå inom bl.a. barnsjukvård.

Stipendiet kan också sökas av den som önskar höja sin kompetens på detta område genom forskning, studiebesök eller deltagande i utbildningskonferens i Sverige eller i övriga Europa.

Ansökan ska innehålla uppgifter om sökandes person, utbildning, planer och eventuella anställning. Ansökan kan skrivas i fri text men intyg om uppgiven utbildning och antagning till sådan bör bifogas.

Behörig att söka stipendium är medlem i Riksföreningen för barnsjuksköterskor som studerar till barnsjuksköterska vid Karolinska Institutet i Stockholm eller därefter bedriver fortsatta studier.

Stiftelsen delar ut stipendier två gånger per år. Ansökan om stipendium ska inför stiftelsestyrelsens höstsammanträde ha inkommit senast den 15 september och inför vårsammanträdet senast den 15 januari och ska skickas till styrelsens sekreterare.

Ulla Björkström
Högmoravägen 5A, 14137 Huddinge



Välkommen till Sibomöte i Bålsta 13–15 november 2007

Tema: Benmargstransplantation och Strålbehandling

Mer information om mötet kommer framöver.

Besök gärna vår hemsida: www.sibo.se

Det finns möjlighet att publicera material på vår hemsida, har Du något att dela med dig, eller har Du några frågor?

Riksföreningens styrelse



Britt-Marie Ygge
Ordförande

Tel arb 08-517 755 74, Mobil 073-978 9139
britt-marie.ygge@karolinska.se

Marianne Bergström

Kassör, webbredaktör

Ansv. BHV-frågor

Tel arb 08-618 63 81, Mobil 070-484 61 38
marianne.bergstrom@karolinska.se

Rose-Marie Strandberg

Ansvarig stipendierna

Tel arb 0920-28 24 84, Mobil 073-076 25 51
rose-marie.strandberg@nll.se

Evalotte Mörelius

Ansvarig utbildningsfrågor

Tel arb 013-22 13 78, Mobil 070-623 41 10
evalotte.morelius@lio.se

Gunborg Nordlander

Ansvarig medlemsregistret

Tel arb 060-18 12 37, Mobil 070-520 93 77
gunborg.n@comhem.se

Berit Finnström

Redaktör Barnbladet

Tel arb 0520-22 39 16, Mobil 0708-15 52 63
berit.fi.nnstrom@hv.se

Catarina Barth

Tel arb 0418-45 44 34, Mobil 0709-9921 01

catarina.barth@skane.se

cbcb@telia.com

Berit Gustafsson

Tel arb 0383-831 13, Mobil 070-280 88 67

berit.gustafsson@vetlanda.se

Maria Forsner

Sekreterare

Tel arb 070-58487 59, Mobil 090-785 21 11
maria.forsner@vll.se



Vi tänkte på dig
som tycker att ren luft är himmelskt.



Oxy³system lämnar både rena golv och ren luft efter sig. Den har starkare motor, förbättrad dammupptagning och dubbla HEPA-filtrer som fångar in och behåller minsta partikel. Ren luft hemma ska ju vara mer än en from förhoppning.



oxy³system™

www.electrolux.se Konsumentkontakt 0771-11 44 77.

Thinking of you

Electrolux