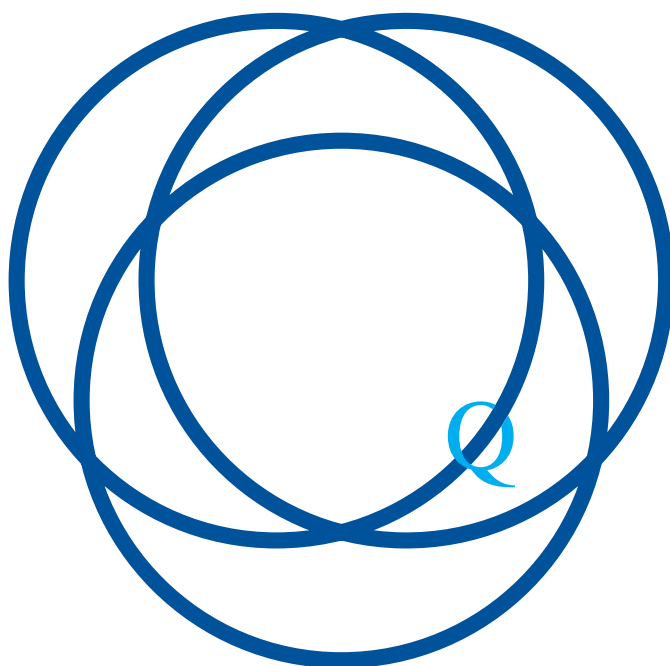


Årsrapport 2004
Medicinskt programarbete
Programområde
Barnsjukvård





Årsrapport 2004

Medicinskt programarbete

Programområde

Barnsjukvård

ISBN 91-85209-41-33

Förord

Årsrapporterna från det medicinska programarbetet

Syfte

Syftet med årsrapporten 2003 var att ge en lägesbeskrivning i termer av behov och efterfrågan i relation till dagens utbud och diskussion om morgondagens möjligheter, samt peka på viktiga utvecklingsfrågor. Årsrapporten 2004 fokuserar på vad som hänt under det gångna året och kan ses som ett komplement till förra årsrapporten. Båda årsrapporterna kan användas som underlag för diskussion och övergripande planering.

Målgrupp

Målgruppen för årsrapporten är politiker, beställartjänstemän, ägare/producenter, patientorganisationer, men även massmedia och allmänhet, som får tillgång till rapporterna via Internet

Underlag

Årsrapporterna utgör basdokument för de 17 programområdena och uppdateras årligen. Denna rapport, tillsammans med de övriga årsrapporterna från programområdena, ligger till grund för en övergripande sammanställning från Stockholms Medicinska Råd, där generella och viktiga frågeställningar lyfts fram.

Årsrapport för barnsjukvården är framtagen av programrådet under ledning av Birger Winbladh, Medicinskt Råd och programansvarig. Programrådet omfattar hälso- och sjukvårdsinsatser från kirurgi, medicin, psykiatri, neonatologi, radiologi, onkologi och habilitering.

I föreliggande årsrapport ingår också ett avsnitt om barns miljö och hälsa skrivet av professor Magnus Wickman, samt ett avsnitt om sociala skillnader i ohälsa bland barn och unga, skrivet av överläkare Sven Bremberg.

Programområdets deltagare

Birger Winbladh	Medicinskt råd, sammankallande,
Tomas Riesenfeld	Beställarläkare, BKV
Eva Olsson	SPESAK i allmänmedicin
Gunilla Hedlin	SPESAK i barn- och ungdomsmedicin
Johan Wallander	SPESAK i barn- och ungdomskirurgi
Olav Bengtsson	SPESAK i barn- och ungdomspsykiatri
Mikael Norman	SPESAK i Neonatologi
Britt-Marie Ygge	VÅRDSAK
Jan Erlandsson	Beställarsakkunnig, BKV
Monica Lindell Ohlsson	Beställarsakkunnig, BKV
Viveka Wikström	Föräldrarrepresentant
Marianne Aggestam	Programkoordinator, BKV
Birgitta Lindelius	Sakkunnig, hälso- och sjukvårdsanalytiker
Lillemor Cedergren	Sakkunnig, patientperspektivet

Maj 2005

Birger Winbladh
*Medicinskt Råd, ordförande
Barnsjukvård*

Tomas Riesenfeld
*Beställarläkare,
vice ordförande
Barnsjukvård*

Kaj Lindvall
*Chef Medicin och omvårdnad
Ordförande Stockholms
Medicinska Råd*

Innehåll

Förord	2
Innehåll	5
Vad är speciellt för barnsjukvården?	6
Sammanfattning	7
Mest angelägna förbättringar	10
Beställarplan 2004	11
Nyföddhetsvården (Neonatologin)	12
Barnmedicin	14
Organisation.....	14
Kroniskt sjuka barn.....	14
Kvalitetsarbete	15
Patientfokuserad vård	16
FoUU	16
Barnneurologi ochhabilitering (neuropediatrik)	17
Trender inom området neurologi ochhabilitering	18
Barnkirurgi	19
Vad har hänt sedan förra året?	19
Kvalitet	20
Trender inom barnkirurgin	21
Kvalitet	21
EU-perspektivet.....	22
Akutbesök i primärvården och till sjukhusens akutmottagningar	23
Barnpsykiatri	24
Omvårdnad - barnsjukvården	26
Kompetensutveckling	26
Den barnmedicinska vårdens framtida struktur	28
Akutmottagningar	28
Specialistsjukvård	28
Högspecialiserad vård.....	29
Barnhälsovården	30
Jämlikhet i barnhälsovård	30
Prevention av övervikt och fetma	31
Miljöhälsorapport 2005	32
Att minska sociala skillnader i ohälsa bland barn och unga	33
Referenser	34
Bilaga 1	35
Tabeller.....	35
Bilaga 2	37
Förteckning över rapporter från MPA	37

Vad är speciellt för barnsjukvården?

- Barn har den längsta förväntade återstående livslängden. Det betyder att försummelse i det sjukdomsförebyggande arbetet, sen upptäckt av sjukdom, suboptimal behandling och rehabilitering får stora hälsoekonomiska konsekvenser för samhället och stor påverkan på livskvalitet för den enskilda individen inklusive hela familjen.
- Hjärnan befinner sig i en snabb programmerad utveckling och en störning orsakad av till exempel sjukdom kan ge en skada som ej kan repareras. Detsamma gäller i viss mån den övriga kroppsliga utvecklingen. Ju yngre barnet är desto kortare tid behöver störningen pågå för att orsaka permanent skada.
- Sjukdomspanoramat är bredare hos barn än hos vuxna. Kronikergrupperna är många men också i många fall små vilket fordrar koncentration av resurser för att tillräcklig erfarenhet av behandlingen skall nås. Diagnosen måste dock ställas eller misstänkas redan när barnen söker, vilket fordrar hög barnkompetens i primärvården för att undvika fördröjning.
- Barns sjukdomar har ofta ett hastigt förlopp samtidigt som symptomen hos framför allt de yngsta är diffusa och svårtolkade. Det fordrar snabbt och kompetent omhändertagande.
- I genomsnitt föder en kvinna i Sverige något färre än 2 barn. Alltså är de flesta förstagångsföräldrar. Rådgivnings- och konsultationsbehovet för de yngsta barnen är i princip omätligt. ”Enkel rådgivning” är inte så enkel utan generellt kan sägas att rådgivning ofta är svår och fordrar stor barnerfarenhet och – kompetens.
- Födelsealen ökar inom SLL vilket omedelbart märks inom den medicinska barnsjukvården, eftersom de yngsta åldersgrupperna dominerar kvantitativt. Överlevnaden av svårt sjuka och mycket för tidigt födda barn ökar på ett glädjande sätt. Dessa båda förhållanden har skapat och skapar kapacitetsproblem för barnsjukvården.

Sammanfattning

- Barnantalet fortsätter att öka på grund av de glädjande höga födelse-talen, 4 % ökning från 2003 till 2004 och en ökning av gruppen barn 0-3 år med 8 %.
- Gruppen kroniskt sjuka barn ökar inte bara på grund av det ökande barn-antalet utan även incidensen (antal insjuknade barn per 1000) av till exempel astma och diabetes ökar.
- Antalet vårdtillfällen 0-17 år är väsentligen konstant men antalet vård-dagar ökar något 2001-2004.
- Situationen inom nyföddhetsvården har förbättrats tack vare utökade re-surser och antalet förlossningar och nyfödda barn som behövt hänvisas till vård utanför SLL på grund av brist på nyföddhetsvårdplatser kunde under 2004 reduceras starkt, men hänvisning inom SLL är fortfarande vanliga, ett barn varannan dag.
- Den slutna barnsjukvården har ett mycket lågt antal platser i förhållande till antalet barn, andelen elektiv vård är liten och vissa verksamheter främst av intensivvårdskaraktär är svåra att bemanna. Detta gör att plats-situationen vintertid blir ohållbar, och den elektiva vården för de ofta svårt sjuka långtidssjuka barnen blir lidande.
- Antalet barn som vårdas inom neuropediatriken ökar beroende dels på neonatalvårdens utveckling med ökad överlevnad av svårt sjuka barn, dels på att kunskapsutvecklingen inom området kognitiva funktionshin-der ökar snabbt med åtföljande krav på utredningar och behandlingsin-satser.
- Väntetiderna för vissa patientgrupper inom elektiv kirurgi har under året ökat främst av ekonomiska skäl.
- De stora omorganisationerna inom barnsjukvården med en sammanslag-ning av Astrid Lindgrens barnkliniker och Barnens Sjukhus på Huddinge samt en total omorganisation av barnpsykiatrien har under året lett till svå-righeter inom alla ovanstående specialiteter när inarbetade samarbetslin-jer bryts och nya team skall byggas upp.
- Den nedåtgående trenden i mässlingsvaccinationen har kunnat brytas och vaccinationsföljsamheten är nu ånyo över 90 %.
- Den bristfälliga samordningen mellan SLL: s och primärkommunernas resurser för barn har belysts i flera rapporter och att förbättra denna är en viktig uppgift.
- Tidigare påpekade brister i barnkompetens framförallt för skolbarnen kommer att accentueras, inte minst genom ökande pensionsavgångar, vilket fordrar kraftfulla utbildningsinsatser.

Barnantalet fortsätter att öka på grund av de glädjande höga födelsetalen, 4 % ökning från 2003 till 2004. Detta leder dock till en snabb ökning av gruppen barn 0-3 år som svarar för den största arbetsbördan inom barnmedicin och ökningen bara under åren 2001-2003 var 8 %. För denna grupp ökar antalet vårdtillfällen långsamt från 2001 medan antalet vårddagar är oförändrat vilket betyder att räknat per 100 000 barn sjunker båda variablerna. Antalet vårdtillfällen 0-17 år är väsentligen konstant men antalet vårddagar ökar något det vill säga medelvårdtiden. Detta antyder att det är sjukare barn som läggs in. För den slutna barnmedicinska vården gäller som tidigare att SLL har ett mycket lågt antal platser i förhållande till antalet barn, andelen elektiv vård är liten och att vissa verksamheter främst av intensivvårdskarakter är svåra att bemanna. Detta gör att platssituationen vintertid blir ohållbar, och den elektiva vården för de ofta svårt sjuka långtidssjuka barnen blir lidande. Gruppen långtidssjuka barn ökar inte bara på grund av det ökande barnantalet utan även incidensen (antal insjuknade barn per 1000) av till exempel astma och diabetes ökar. Under året har detta belysts i en fokusrapport ”Fyra kronikergrupper inom barnsjukvården”(under tryck). I den lyfts det särskilt fram att när nyinsjukandet ökar kommer det att finnas fler barn med svår sjukdom och därmed ökar behovet av högspecialiserad vård. Inventeringen gäller vidare bara dessa fyra grupper, men situationen torde vara likartad för det stora antalet övriga kronikergrupper.

Situationen inom nyföddhetsvården har på ett glädjande sätt kunnat förbättras tack vare utökade resurser. Tidigare år måste ett relativt stort antal förlösningar och nyfödda barn hänvisas till vård utanför SLL på grund av brist på nyföddhetsvårdplatser, 150 patienter 2003. Detta kunde under 2004 reduceras till 6 kvinnor och 12 nyfödda men hänvisning inom SLL är fortfarande vanliga, ett barn varannan dag. En orsak till det sistnämnda är att bemanningsproblem gör att samtliga platser ej kan hållas tillgängliga.

I denna rapport finns för första gången ett speciellt avsnitt om neuropediatrik och habilitering. Anledningen till detta är att antalet barn som vårdas inom neuropediatriken ökar. Det beror dels på neonatalvårdens utveckling med ökad överlevnad av för tidigt födda barn och barn med missbildningar som får bestående handikapp, dels på att kunskapsutvecklingen inom området kognitiva funktionshinder ökar snabbt med åtföljande krav på utredningar och behandlingsinsatser.

Besparingskraven på akutsjukvården inom SLL har också påverkat barnkirurgi och barnortopedi. De tidigare problemen med långa väntetider för vissa patientgrupper (elektiv kirurgi som hypospadi, retentio testis och bråck, men också mer imperativ kirurgi för vissa patienter inom urologin) har under året förvärrats. Den välfungerande operationsverksamheten på Nacka Närsjukhus har av besparingsskäl avslutats med tydlig negativ effekt på kösituationen. Efter att under 2002-2003 haft en situation där man i stort sett kunnat hålla väntetider på tre månader för elektiv kirurgi och ortopedi, har under 2004 patientantalet på väntelistan ökat med mer än 300 till 1 031 patienter vid årsskiftet 2004-2005.

De stora omorganisationerna inom barnsjukvården med en sammanslagning av Astrid Lindgrens barnkliniker och Barnens Sjukhus på Huddinge samt en total omorganisation av barnpsykiatri har under året lett till svårigheter inom alla ovanstående specialiteter framförallt barnmedicin och neurologi rehabilitering när inarbetade samarbetslinjer bryts och nya team skall byggas upp.

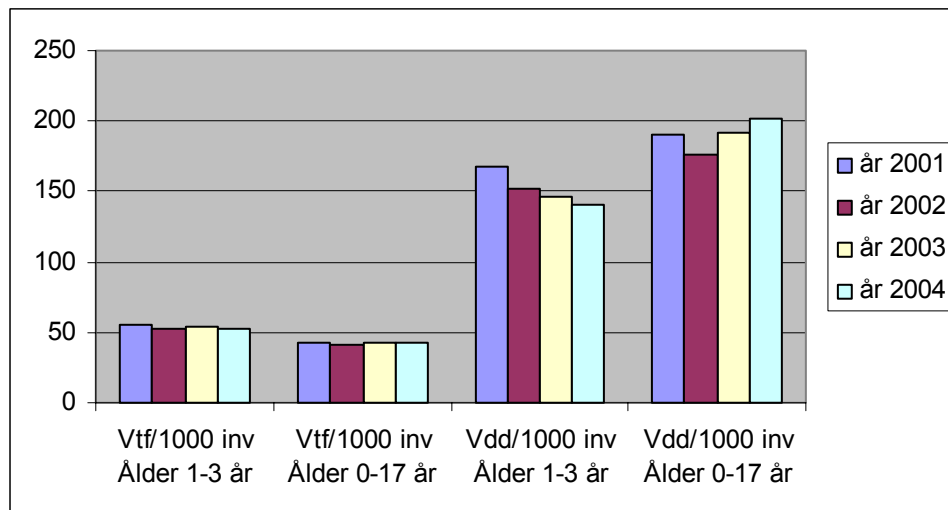
Under 2004 har fler viktiga kartläggningar av barnen situation ur olika aspekter redovisats. Korta sammanfattningar finns i årsrapporten under rubrikerna "Miljöhälsorapport 2005" samt "Att minska sociala skillnader i ohälsa bland barn och unga".

I flera av dessa rapporter belyses den bristfälliga samordningen mellan SLL:s och primärkommunernas resurser, vilket även framkom i 3S-utredningen. Att förbättra detta är en viktig uppgift.

Tobaksrökningens skadeverkningar för barn och ungdom har kartlagts ytterligare och även snus användningen har kommit i blickpunkten. Fortsatta insatser mot tobaksbruk i alla former är starkt motiverade och argumenten för detta har förstärkts.

Inom Barnhälsovården har ett intensivt upplysningsarbete beträffande vaccinationer brutit den nedåtgående trenden i mässlingsvaccinationen och vaccinationsföljsamheten är nu ånyo över 90 %, men en variation mellan olika områden är tydlig. Betydelsen av depressiva tillstånd hos nyblivna mödrar har nyligen uppmärksamats och lett till införandet av verktyg för tidig diagnostik på BVC. Det tredje området som fokuserats på BVC är det alltid aktuella om diagnostik av barnmisshandel. En arbetsgrupp av särskilt intresserade BVC - sjuksköterskor med syfte att utarbeta en modell för prevention av övervikt och fetma hos förskolebarn på BVC har även startats.

Landstinget gjorde under 2004 en satsning på implementering av Barnkonventionen, genom att samla en arbetsgrupp från olika verksamheter som barn besöker, såsom Folktandvården, barnsjukvården, BUP med mera. Arbetet har resulterat i ett förslag till broschyr som informerar om Barnkonventionen.



Figur 1. Antal vårdtillfällen respektive vårddagar/1000 invånare. Befolkningen 1-3 år respektive 0-17 år.

Mest angelägna förbättringar

1. Beställningarna måste ökas för att täcka behovet av barnsjukvård pga. på grund av det ökande antalet barn och det ökande insjuknandet i flera stora grupper av kroniskt sjuka barn.
2. Antalet slutenvårdsplatser behöver utökas av skäl som ovan anges. I nuvarande läge tvingas barnsjukvården prioritera akuta insatser på de kroniskt sjuka barnens bekostnad. Läget under vinterns infektionssäsong är ej förenligt med acceptabel sjukvårdsstandard och patientsäkerhet.
3. Strategiska grepp fordras för att förbättra utredning, behandling och samordning med primärkommunerna för barn med neuropsykiatriska diagnoser
4. En satsning på ökad barnkompetens genom ökade utbildningsinsatser behövs framförallt för barn och ungdomar i skolåldern.

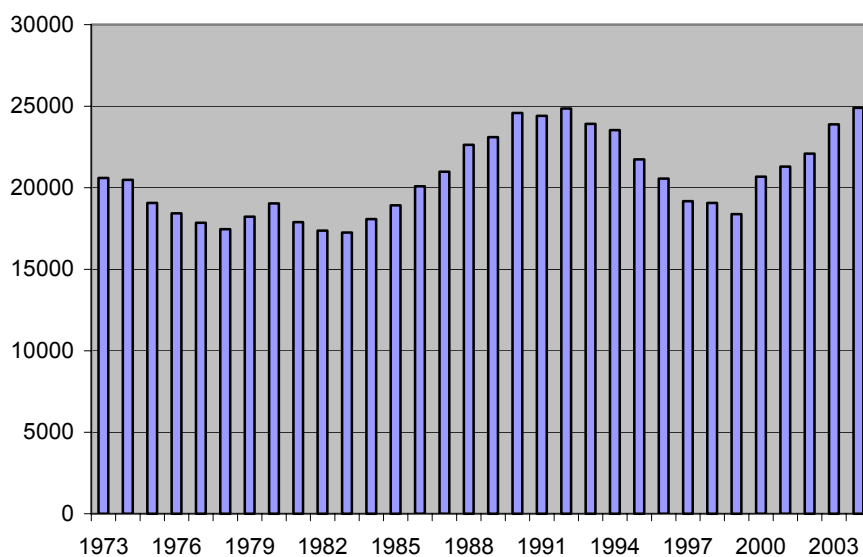
Beställarplan 2004

I beställarplanen för 2004 redovisades bland annat behov hos befolkningen av hälso- och sjukvårdsinsatser som är sämre tillgodosedda. Beträffande somatisk ohälsa och målgruppen barn- och ungdomar lyftes frågan om fel användning av tillgängliga resurser, där mindre allvarliga infektioner upplevdes ta för mycket medicinska resurser i anspråk. Här föreslogs ökad satsning på information och rådgivning för att få en bättre balans. En planering av en sådan kom även till stånd. Rådgivningen skall vara lätt att få och den skulle vara grundad på mycket goda medicinska kunskaper om barns hälsa och tecken på ohälsa. Rådgivningsfunktionen skulle också ha en bra kunskap om det sjukvårdsutbud som finns tillgängligt när egenvårdsinsatser inte bedöms som tillräckliga. Utförare av detta uppdrag blev Medhelp AB som inom ramen för Vårdguidens koncept redan ansvarar för den centrala sjukvårdsrådgivningen inom Stockholms län. Medhelp AB startade den nya verksamheten med det utökade uppdraget första vardagen 2005.

Angående psykisk ohälsa påpekades brister i tillgången till hälsofrämjande, förebyggande och behandlande insatser, även kända brister i samverkan mellan flera vårdgivare underströks. Följande överväganden skulle göras i beställningen för 2004; utveckling av samarbetet mellan olika vårdgivare och satsningar på områdena kompetens- och verksamhetsutveckling. Slutligen beskrev beställarplanen brister angående prevention och behandling av ungdomar med missbruks- och beroendeproblematik. Inom detta område skulle beställaren bland annat överväga att tillsammans med kommunerna initiera och stödja verksamheter för barn till missbrukare.

Nyföddhetsvården (Neonatologin)

I Stockholm föds 25 % av landets barn. Regionen är därför den i särklass största i Sverige när det gäller förlossnings- och neonatalvård. Barnafödandet i Stockholms län ökade under 2004 för femte året i följd. Antalet förlossningar i länet uppgick till 24 899 vilket innebär en ökning med 4 % jämfört med 2003. Eftersom ca 1 % av förlossningarna var tvillinggraviditeter översteg antalet nyfödda barn därmed 25 000, Figur 2.



Figur 2. Antal förlossningar i Stockholms län 1973 – 2004

Behovet av akutsjukvård för nyfödda barn står i direkt proportion till förlossningstalen. Sammanlagt registrerades 2 624 vårdtillfällen för nyfödda barn på länets neonatalavdelningar. Bland de vanligaste orsakerna för överföring till neonatalvården märks för tidig födelse och akuta andningsstörningar. Ytterligare 3-400 nyfödda med lättare neonatala sjukdomstillstånd kunde vårdas på BB tillsammans med modern. Medelvårdtiden på neonatalavdelning var 10,2 dygn, vilket är lägre än riksgenomsnittet, medan andelen överförda barn, 10,5 % överensstämmer med detta.

En huvudregel för barn födda i Stockholm bör vara att deras behov av slutenvård ska kunna tillgodoses inom länet. Därför har kapaciteten för neonatalvård i Stockholm byggts ut och förstärkts under 2004. Trots en ökning av födelsetalen med 4 % har hänvisningarna av gravida kvinnor och sjuka nyfödda barn utanför länet minskat dramatiskt jämfört med 2003. Under 2004 hänvisades endast 6 kvinnor och 12 nyfödda barn utomlans med hänvisning till brist på neonatalplatser inom SLL. Det ska jämföras med ca 150 utomlänshänvisningar under 2003.

Problemet med rätt dimensionering är dock inte löst. Fortfarande förflyttas ett sjukt eller för tidigt fött barn varannan dag inom Stockholms län enbart på grund av otillräckliga neonatalvårdsplatser. Personalbrist och svårigheter att rekrytera ny personal fortsätter som tidigare att vara ett stort problem.

Hemsjukvård av nyfödda barn är en uppskattad vårdform som vuxit kraftigt. Enbart på Karolinska Universitetssjukhuset, Huddinge var 139 barn inskrivna i hemsjukvård under sammanlagt 3 046 vårddygn under 2004. Hemsjukvården avlastar den slutna neonatalvården. En neddragning av hemsjukvården för nyfödda skulle innebära att flera nya slutenvårdsplatser måste inrättas.

Möjligheten att rädda de extremt för tidigt födda barnen ökar ständigt. Under 2004 presenterade Socialstyrelsen en expertrapport som visar på en starkt förbättrad överlevnad för denna patientkategori under de senaste 15 åren. I Stockholms län föds varje år ca 50 barn före den 27:e graviditetsveckan. Mot bakgrund av Socialstyrelsens rapport och den medicinska utvecklingen har professionen inom SLL under 2004 tagit ytterligare ett steg mot en mer aktiv hållning vid handläggningen av dessa graviditeter och barn. Intensivvården av extremt för tidigt födda barn är resurskrävande och bra markörer för god långtidsprognos saknas i dagsläget. Stockholmsregionen samarbetar därför sedan april 2004 med övriga delar av landet i en prospektiv inventering och uppföljning av barn födda före 27 graviditetsveckan.

Vid sidan av akutsjukvården är hälsoundersökning av alla nyfödda barn en stor och viktig uppgift. Under 2004 har en översyn av rutinerna för denna verksamhet skett. Ett nytt vårdprogram (MPA Normal graviditet och förlossning) ger riktlinjer och förslag på hur friska nyfödda bör tas om hand på BB och under första tiden hemma. En nyhet är att hörselscreening införs för alla barn födda i Stockholm.

Barnmedicin

Organisation

Sammanläggningen av Astrid Lindgrens barnsjukhus (ALB) med Barnens sjukhus på Huddinge har inneburit att 2004 i mycket hög grad ägnats åt organisatoriska frågor. Vid sammanläggningen gjordes en genomlysning av aktuell organisation och ett förslag till ny organisation utarbetades. Resultatet blev att Barndivisionen på Karolinska Universitetssjukhuset delades in i 8 verksamhetsområden varav 5 inkluderar eller är helt inriktade på barnmedicin.

Barnmedicin 1 omfattar onkologi, gastroenterologi, nefrologi, mobil hem-sjukvård, hematologi, reumatologi samt alla som genomför specialistläkarutbildning i pediatrik. Barnmedicin 2 omfattar, allergologi, lungmedicin, Stockholms CF center, kardiologi, endokrinologi, diabetes, obesitas och metabola sjukdomar samt de 12 barnläkarmottagningarna i öppen vård. Barnmedicin 3 inkluderar neurohabiliteringsverksamheten. Akutverksamheten är en organisation som omfattar både barnmedicin och barnkirurgi. På Huddinge ingår en vårdavdelning medan akutmottagningen ingår i akutdivisionen men med läkarbemanning från barndivisionen. På ALB finns en sektion för akut barnmedicin i vilken ingår barnmedicinakutmottagningen och en vårdavdelning.

Sachsska barnsjukhuset fortsätter att vara Södersjukhusets barnklinik med rent barnmedicinsk inriktning. Sachsska barnsjukhuset har idag specialiserad vård och ett mindre antal patienter som kräver högspecialiserad vård. För att höja kompetensen har en mellanjourlinje inrättats på Sachsska barnsjukhuset och läkargruppen har därför utökats. Till Sachsska hör fyra barnläkarmottagningar jämnt spridda i närområdet.

Det finns ytterligare ett antal barnläkarmottagningar i öppenvård, dels några i privat regi och dels de som tillhör Södertälje sjukhus och Norrtälje sjukhus. Det stora flertalet barn och ungdomar med akuta infektioner, enklare psykosomatik och vissa lindriga former av kronisk sjukdom sköts också på vårdcentraler av allmänläkare.

Kroniskt sjuka barn

Under året har en fokusrapport om fyra kronikergrupper skrivits och är i dagsläget under tryckning. I den redovisas sjuklighet, vårdbehov och utveckling av nyinsjuknandet för sjukdomsgrupperna astma, diabetes (typ I), inflammatorisk tarmsjukdom och onkologisk sjukdom hos barn. Sammanfattningsvis rapporteras att astma förekommer hos 8 % av alla barn och nå-

gon form av allergi hos 40 %, att nyinsjuknandet i diabetes ökat dramatiskt under senaste 5-årsperioden. Den ökade överlevnaden med följd tillstånd och de ökade kraven på högspecialiserad sjukvård för barn med tumörsjukdom har inte åtföljts av en motsvarande ökning av sjukvårdsresurser, det senare gäller också vården av barn med diabetes, inflammatorisk tarmsjukdom (IBD) och astma/allergi. Beträffande diabetes håller Stockholm ej kvalitetsmåttens beträffande antal besök och kontroll av sjukdomen skattad som HbA1c (5).

Kvalitetsarbete

Vårdprogram

Nationella, regionala och lokala vårdprogram används i behandlingsarbetet och ett fyrtiotal vårdprogram redovisas i klinikernas årsrapporter. Av särskilt intresse är MIO ett vårdprogram för misstänkta fall av barnmisshandel som utarbetats på ALB. Vårdprogrammet täcker olika former av misshandel både fysisk, sexuell och psykisk och är under spridning över hela landet samt under utveckling för att även passa inom primärvård och mödra- och barnhälsovården.

Kvalitetsregister

Ett stort antal register är under uppbyggnad i Sverige och de tre barnsjukhusen deltar i de flesta. I klinikernas årsrapporter återfinns ett trettio-tal, de flesta på planerad riksbasis, men flertalet är fortfarande under uppbyggnad. Förutom som kvalitetsregister kommer de även att bli värdefulla planeringsverktyg.

Avvikelsehantering

Alla verksamheter har rutiner för avvikelsehantering. Avvikelse rapporter skrivs på papper i avvaktan på datoriserad hantering. Lokala avvikelser tas upp i ledningsgrupp, samverkansgrupp och på arbetsplatsträffar för återföring.

Hjärt- lungräddningsträning (HLR-träning)

På Astrid Lindgrens Barnsjukhus och Sachsska Barnsjukhuset finns en väl fungerande HLR organisation och en stor andel av personalen utbildats i Barn-HLR under året. På Sachsska Barnsjukhuset/Södersjukhuset pågår även en teamträning i akut omhändertagande av asfyktiska nyfödda som utbildar alla berörda personalkategorier inom SLL samt för hela landet. Även instruktörsutbildning har i ökande utsträckning genomförts under 2004.

Patientrisker

Inom verksamheten för neonatologi har läkemedelshantering, nosokomiala infektioner, akut omhändertagande och intravasala katetrar identifierats som riskområden för patientsäkerheten. Nya rutiner och arbetsgrupper arbetar med att kvalitetssäkra dessa områden.

Patientfokuserad vård

Patientenkäter

Under 2004 genomfördes på alla tre klinikerna ett antal patientenkäter dels i egen dels i respektive sjukhus regi. Allmänt kan sägas att öppenvårdsverksamheterna har en telefontillgänglighet som kan förbättras. Begränsning i beställning och personalkapacitet gör att patienter inte kan erbjudas återbesökstider enligt de medicinska önskemålen som finns. Inom slutenvården är det övervägande mycket positiva omdömen, men ett antal områden som behöver utvecklas har identifierats. En fyllig beskrivning finns i respektive kliniks verksamhetsberättelse.

FoUU

Inom Karolinska Universitetssjukhuset har FoUU aktiviteten varit hög vilket illustreras av att det pågår mer än 100 patientanknutna forskningsprojekt inom divisionen. FoUU är starkt representerat i divisionens och verksamheternas ledningsgrupper och en särskilt övergripande FoUU-råd har inrättats för handläggning av FoUU-medel, strategiska satsningar och andra övergripande frågor.

FoUU finansieras genom statliga ALF-medel och landstingets riktade FoUU-medel. Forskare vid Barndivisionen har traditionellt visat en mycket hög attraktionskraft för dessa medel och har under 2004 fått det bästa utfallet någonsin. Förmågan att attrahera forskningsmedel från externa anslagskällor har varit fortsatt stark liksom framgångarna i att få särskilda forskartjänster från konkurrensutsatta källor som Vetenskapsrådet och Barncancerfonden. Även vid Sachska Barnsjukhuset pågår ett framgångsrikt forskningsarbete framförallt inom områdena allergologi och nyföddhetsvård.

Under året har 240 läkarstuderande fått sin grundutbildning i barnmedicin, barnkirurgi och barnpsykiatri vid de tre klinikerna. Vidare har sjuksköterskor under vidareutbildning till barnsjuksköterskor och sjuksköterskor under grundutbildning fått klinisk tjänstgöring vid klinikerna liksom även ett antal andra professioner i grund och vidareutbildning.

Barnneurologi och habilitering (neuropediatrik)

Neuropediatrik vård finns inom SLL på alla tre barnsjukhusen... Vården omfattar ett brett spektrum av sjukdomar och handikapp. De stora sjukdomsgrupperna är framförallt epilepsi, CP och kognitiva funktionshinder, men specialiteten rymmer också ett stort antal sjukdomar och syndrom som var och en är sällsynta, men tillsammans är många och därigenom ställer stora krav på specialkunskap. Neurologisk sjukdom leder i betydande utsträckning till handikapp. Habilitering, det vill säga en kombination av medicinska, psykologiska, pedagogiska, sociala och tekniska insatser är ett eget kunskapsområde som syftar till att ge individen bästa möjliga utveckling utifrån sina förutsättningar. Antalet barn och ungdomar som har större behov av insatser och är inskrivna vid habiliteringsorganisationen är cirka 5 400, och antalet besök till barnklinikernas specialistmottagningar är nästan 5 000 per år.

Inom neuropediatriken bedrivs såväl högspecialiserad vård (till exempel diagnostik och behandling av ämnesomsättningssjukdomar i hjärnan och nervsystemet), sällsynta syndrom och epilepsikirurgi som vård av barn med handikapp i nära samarbete med Handikapp & Habilitering och kommunerna. Antalet barn som vårdas inom neuropediatriken ökar. Det beror dels på neonatalvårdens utveckling med ökad överlevnad av för tidigt födda barn och barn med missbildningar som får bestående handikapp, dels på att kunskapsutvecklingen inom området kognitiva funktionshinder ökar snabbt med åtföljande krav på utredningar och behandlingsinsatser.

Under 2004 slogs de neuropediatrika enheterna på ALB och Huddinge ihop till ett verksamhetsområde, Barnmedicin 3, Karolinska Universitetssjukhuset. Samtidigt sker omorganisationer inom två viktiga samarbetspartners, Barnpsykiatri och Handikapp & Habilitering. Detta innebär påfrestningar på fungerande vårdrutiner. Omorganisationen av Barnpsykiatri innebär att samarbetet kring de svårast sjuka barnen som vårdas på ALB försvåras.

Två aktuella utredningar inom SLL av betydelse för neuropediatriken är ”Program för barn och ungdomar med koncentrationssvårigheter i Stockholms län” som har gjorts inom ramen för MPA och BUS samt en fördjupning inom 3S-arbetet ”Samverkan mellan kommunernas barn- och ungdomshälsovård och landstingets sjukvård” där barn med kognitiva funktionshinder särskilt lyfts fram. Båda visar att det råder brist på psykologer som kan göra kognitiva utredningar på förskolebarn, att behandlingsinsatser för barn med ADHD är otillräckliga och otydligt organiserade samt pekar på behovet av kunskapsöverföring från landstinget till kommunerna. Utredningarna visar att samhällets organisation för hälso- och sjukvård ej är anpassade till barnens och familjernas behov då det gäller dessa barngrupper. Ur patientperspektiv skulle kvaliteten öka om kompetensen inom pediatrik,

barnpsykiatri, habilitering och kommunernas stödfunktioner fördes samman under ett tak. Ett centralt kompetenscenter med uppgift att driva utvecklings- och forskningsarbete skulle också gynna barnens och föräldrarnas möjligheter att få del av aktuell evidensbaserad kunskap.

Trender inom området neurologi och habilitering

Nya utrednings- och behandlingsmetoder

Kunskapen om neurologiska sjukdomar och handikapp har ökat dramatiskt under senare år, vilket redan har givit nya möjligheter vid diagnostik och behandling. Man kan förvänta att den trenden består. Nya/förfinade undersökningsmetoder för att mäta hjärnans funktion utvecklas, liksom nya behandlingsmetoder. Under senare år har vi börjat behandla CP, muskelsjukdomar och utvecklingsneurologiska funktionshinder med farmaka. Epilepsikirurgi, enzymterapi, benmärgstransplantation är också exempel på redan etablerade behandlingsmetoder. Vi kan vänta oss att gentekniken kommer att ytterligare utveckla behandlingsmöjligheterna. Synen på handikappade barns möjligheter att leva ett liv med hög livskvalitet förändras kontinuerligt, och särskilt anpassade pedagogiska metoder är där en viktig del.

Kognitiva funktionshinder

Kunskapsutvecklingen inom detta område går fort. Inlärningssvårigheter och beteendeproblem har stor betydelse för livskvalitet och insatser här prioriteras högt av föräldrar. Vikten av tidig intensiv pedagogisk intervention har uppmärksamats framförallt för barn med autism, men gäller även andra grupper. Eftersatta områden ur denna aspekt är barn med CP, epilepsi, hydrocefalus samt benmärgstransplanterade och cytostatikabehandlade barn.

Föräldrar aktiva kunskapssökare och patienten i centrum

Föräldrar gör idag anspråk på att på ett lättillgängligt sätt få del av de senaste kunskaperna/forskningsrönen om barnets sjukdom/handikapp. Kunskapscenter med aktiviteter såsom till exempel informationsmaterial och föräldrautbildningar byggs upp utifrån enskilda diagnoser. Föräldrar har också krav på att utredning och behandling skall vara välstrukturerad och anpassad efter deras behov. Man vill ha evidensbaserade vårdprogram. Vid sjukdomar som fodrar multidisciplinära insatser vill man ha dessa samordnade till exempel vid årskontroller. Behov finns att samla kunskap, det vill säga bygga upp professionella nätverk, särskilt då det gäller tillstånd som är sällsynta/multidisciplinära. Även ett utökat samarbete med specialpedagoger enligt ovan är nödvändigt.

Det ovan diskuterade kompetenscentrumet skulle förbättra situationen ur alla de ovanstående aspekterna för föräldrarna, barnen och sjukvården. Detta gäller framförallt den stora andel av barnen som har fler än en sjukdom/handikapp.

Barnkirurgi

Vad har hänt sedan förra året?

Sammanläggningen av Karolinska Universitetssjukhuset och Huddinge sjukhus 2004 har för barnkirurgins del inneburit vissa organisatoriska förändringar. Den tidigare principen med blandade verksamheter (barnkirurgi-pediatrik) inom tre huvudområden har ersatts med en organisation där kirurgisk verksamhet som berör barn nu ligger inom två verksamhetsområden. Den högspecialiserade barnkirurgin ligger inom verksamhetsområdet Barnkirurgi som bland annat omfattar urologi, missbildningskirurgi, mag-tarmkirurgi, thoraxkirurgi och onkologisk kirurgi. Övrig kirurgisk verksamhet som ”allmänkirurgi på barn” och akutkirurgi ligger organisatoriskt under Akutverksamheten med ett bakjournsansvar från Barnkirurgiverksamheten. Båda verksamheterna är, som tidigare, lokaliserade till Astrid Lindgrens Barnsjukhus i Solna. Motiven bakom denna förändring har varit att ge den högspecialiserade barnkirurgin en tydligare ledningsstruktur och förbättrade möjligheter till utveckling inom klinik och FoUU.

Organisatoriska förändringar på barnoperationsverksavdelningen har genomförts under året. Dessa har, i kombination med ett förbättrat rekryteringsläge för framför allt operationssköterskor, inneburit att man på sikt ser ut att öka operationskapaciteten vid sjukhuset.

Produktionen av barnkirurgisk och barnortopedisk slutenvård och dagkirurgi vid barndivisionen har under 2004 varit god och väl i paritet med beställning. Trots detta har vi noterat en obalans mellan producerad vård och efterfrågan med följd att kösituation och väntetider haft en negativ utveckling under året. Efter att under 2002-2003 haft en situation där man i stort sett kunnat hålla väntetider på tre månader för elektiv kirurgi och ortopedi, har under 2004 patientantalet på väntelistan ökat med mer än 300 till 1031 patienter vid årsskiftet 2004-2005. Väntetiderna för medicinsk oprioriterade ingrepp som hypospadi och retentio testis har under året ökat till 12 – 18 månader. Även för mer prioriterade patientgrupper, inom framför allt urologin, har väntetiderna ökat.

Nyinförandet av vårdgarantin i november 2005 kommer att tydliggöra problemen med obalans mellan behov och beställning för de kirurgiska verksamheterna inom barnsjukvården. Konstruktiva kontakter har tagits för att bryta den negativa trenden och påbörja en minskning av köerna.

De kraftiga ekonomiska neddragningarna på Karolinska Universitetssjukhuset och Barndivisionen har inneburit att barnkirurgin av besparingsskäl tvingats avsluta en välfungerande operationsverksamhet vid Nacka Närsjukhus. Besparingar och organisationsförändringar har också inneburit ökad

press på personalen, bland annat återspeglat i ökade sjuktal och försämrade resultat i personalenkäter.

Under 2004 har ett samarbetsprojekt inom barnurologin mellan Uppsala och Stockholm initierats. Uppdraget har varit att finna samarbetsformer och arbetssätt som innebär ett bättre utnyttjande av kompetens och resurser. Liksom inom annan barnkirurgi finns också ett antal typiska urologiska ”sällandiagnoser” som rimligtvis bör handläggas centraliserat på riksnivå. Projektet bör ses som ett försök att stärka barnkirurgin i Mälardalen i ett nationellt perspektiv.

Sammanläggningen av Karolinska Universitetssjukhuset och Huddinge sjukhus 2004 har för barnkirurgins del inneburit vissa organisatoriska förändringar. Den tidigare principen med blandade verksamheter (barnkirurgi-pediatrik) inom tre huvudområden har ersatts med en organisation där kirurgisk verksamhet som berör barn nu ligger inom två verksamhetsområden. Den högspecialiserade barnkirurgin ligger inom verksamhetsområdet barnkirurgi som bland annat omfattar urologi, missbildningskirurgi, magtarmkirurgi, thoraxkirurgi och onkologisk kirurgi. Övrig kirurgisk verksamhet som ”allmänkirurgi på barn” och akutkirurgi ligger organisatoriskt under akutverksamheten med ett bakjournsansvar från Barnkirurgiverksamheten. Båda verksamheterna är, som tidigare, lokaliserade till Astrid Lindgrens Barnsjukhus i Solna. Motiven bakom denna förändring har varit att ge den högspecialiserade barnkirurgin en tydligare ledningsstruktur och förbättrade möjligheter till utveckling inom klinik och FoUU.

Kvalitet

Organisatoriska förändringar på barnoperationsverksavdelningen har genomförts under året. Dessa har, i kombination med ett förbättrat rekryteringsläge för framförallt operationssköterskor, inneburit att man på sikt ser ut att öka operationskapaciteten vid sjukhuset.

Produktionen av barnkirurgisk och barnortopedisk slutenvård och dagkirurgi vid barndivisionen har under 2004 varit god och väl i paritet med beställning. Trots detta har vi noterat en obalans mellan producerad vård och efterfrågan med följd att kösituation och väntetider haft en negativ utveckling under året. Efter att under 2002-2003 haft en situation där man i stort sett kunnat hålla väntetider på tre månader för elektiv kirurgi och ortopedi, har under 2004 patientantalet på väntelistan ökat med mer än 300 till 1111 031 patienter vid årsskiftet 2004-2005. Väntetiderna för medicinsk oprioriterade ingrepp som hypospadi och retentio testis har under året ökat till 12 – 18 månader. Även för mer prioriterade patientgrupper, inom framförallt urologin, har väntetiderna ökat.

Nyinförandet av vårdgarantin i november 2005 kommer att tydliggöra problemen med obalans mellan behov och beställning för de kirurgiska verk-

samheterna inom barnsjukvården. Konstruktiva kontakter har tagits för att bryta den negativa trenden och påbörja en minskning av köerna.

De kraftiga ekonomiska neddragningarna på Karolinska Universitetssjukhuset och Barndivisionen har inneburit att barnkirurgin av besparingsskäl tvingats avsluta en välfungerande operationsverksamhet vid Nacka Närsjukhus. Besparingar och organisationsförändringar har också inneburit ökad press på personalen, bland annat återspeglat i ökade sjuktal och försämrade resultat i personalenkäter.

Under 2004 har ett samarbetsprojekt inom barnurologin mellan Uppsala och Stockholm initierats. Uppdraget har varit att finna samarbetsformer och arbetssätt som innebär ett bättre utnyttjande av kompetens och resurser. Liksom inom annan barnkirurgi finns också ett antal typiska urologiska ”sällandiagnoser” som rimligtvis bör handläggas centraliserat på riksnivå. Projektet bör ses som ett försök att stärka barnkirurgin i Mälardalen i ett nationellt perspektiv.

Trender inom barnkirurgin

Fortsatta stigande födelsetal och inflyttning till Stockholmsregionen kommer under ett antal år framöver att innebära ytterligare ökad efterfrågan av barnkirurgisk verksamhet. En tydlig trend med ökande köer under 2004 till kirurgisk behandling berörs ovan.

Mångåriga problem med operationsresurser på ALB har fortsatt under året, vi tycker oss dock se ett trendbrott i detta avseende som inger förhoppning om ökad kapacitet inom ALB. Detta beror bland annat på ny organisation men också på ett förbättrat rekryteringsläge för operationssköterskor.

Inga tecken på ökad mortalitet i barnkirurgiska tillstånd har framkommit under året. Det har inte heller introducerats några nya behandlingsprinciper eller alternativa behandlingar som på ett påtagligt sätt påverkat behovet av kirurgi.

Kvalitet

Det spädbarnskirurgiska registrets årsrapport har ännu ej inkommit. Rapporteringen har under året varit ojämn, utvärdering och uppföljning pågår. Underlagen för kvalitetsuppföljning via register för SLL jämfört med riket är inom barnkirurgin generellt dåliga. Detta beror på barnkirurgins karaktär med handläggning av ett stort antal ”sällandiagnoser” med få patienter inom samma diagnosgrupp på fyra centra i landet. Barnkirurgiska patienter ingår i några allmänna register exempelvis gastrostomiregister och splenektomiregister.

EU-perspektivet

En aviserad anpassning av arbetstidsregler till EU-standard är sannolikt verklighet 1 januari, 2007. För barnkirurgins del kan detta innebära avsevärda förändringar i arbetssätt och rekryteringsbehov. Barnkirurgi är en liten specialitet där jourarbetet som såväl bakjourns- som primärjournsnivå fördelas på ett litet antal personer med täta jourer och långa jourpass som rutin i dag. En anpassning till EU-regler kan därför antas få särskilt kraftiga effekter för barnkirurgin och liknande specialiteter med samma förutsättningar.

Akutbesök i primärvården och till sjukhusens akutmottagningar

Som beskrivits i tidigare årsrapporter sker c:a hälften av alla öppenvårdsbesök hos husläkare i primärvården. Beträffande de *akuta* besöken förstärkt denna tendens ytterligare, där 2/3 av alla besök sker till husläkare på vårdcentraler och närakuter.

I samband med barnsjukvårdsutredningen som har en koppling till 3S har barn och ungdomars akutbesök hos läkare i öppenvård under 2004 kartlagts. Besöksunderlaget utgörs av barn och ungdomar i åldrarna 0 år - < 18 år, som under 2004 uppgick till 407 634 individer (RTK 03-12-31).

Akutbesöken genomförs till största delen i närsjukvården hos husläkare på vårdcentraler och vid jourmottagningar och närakuter. Akuta besök hos barnläkare sker främst vid akutmottagningarna på Sachsska barnsjukhuset, SÖS och vid Karolinska universitetssjukhusets mottagningar på Barnens sjukhus i Huddinge och Astrid Lindgrens barnsjukhus i Solna samt vid Barnakuten vid Danderyds sjukhus.

En tredje stor post är besöken vid sjukhusens vuxenakutmottagningar. Besöksorsak vid vuxenakuterna är främst sår och skelettskador på barn och ungdomar över 15 år.

En liten andel akutbesök genomförs även på sjukhusens externa barnläkar- och barn och ungdomsmedicinska mottagningar samt hos privata barnläkare och öron- näsa - halsläkare.

Tabell 1. Akutbesök 2004

Vårdgivare	Antal akutbesök	%
Husläkare	196 892	47
Jour/närukutmottagningar	74 534	18
Barnakutmottagningar	88 627	21
Vuxenakutmottagningar	11 382	3
Övriga läkarmottagningar	48 275	11
Totalt	419 710	100

Barnpsykiatri

År 2000 samlades barn- och ungdomspsykiatri (BUP) i en organisation med ny inriktning och nytt uppdrag. För att kunna genomföra det nya uppdraget behövde BUP:s struktur, organisation och arbetssätt förändras och anpassas. Ett brett arbete har pågått sedan början av 2003 för att åstadkomma omläggningen och inriktningen som beräknas vara slutförd till årsskiftet 2005/2006.

Divisionen har delats in i fyra geografiska verksamhetsområden, vart och ett med en mellanvårds - enhet och 4-5 stora öppenvårdsmottagningar. Slutenvården som flyttar in i Sachsska huset sommaren 2005, har byggts så att vårdkedjan slutenvård - mellanvård - öppenvård och samarbetsförutsättningarna med öppenvården skall vara optimala. Ytterligare ett verksamhetsområde bildades med länsövergripande och specialiserad vård och ett särskilt utvecklingsuppdrag. Den nya organisatoriska indelningen förutsatte färre chefer och ett rekryterings- och anställningsarbete av verksamhetschefer genomfördes.

2004 är första året sedan många år tillbaka som tillströmningsökningen till BUP planat ut vilket innebär att vi år 2004 registrerade i stort lika många nya patienter som året innan, cirka 12 700. Under året har en ny krävande grupp identifierats – asylbarn med symptom på uppgivenhet. Tillståndet klassificeras i 3 allvarlighetsgrader och exakt uppgift på antalet barn i var grupp saknas.

Vårt vårdregister Pastill är ett register som matas med uppgifter om våra patienter och den bedömning och insats som görs och kan tillföras ytterligare information om och när vi så beslutar.

BUP:s nya organisation innebär färre öppenvårdsmottagningar när lokalfrågorna för de nya större enheterna lösts. Det uppfattas av några som en försämring men skall dock uppvägas av det bättre och flexibla utbud av insatser, som kommer att finnas i form av generella insatser samt en högre grad av specialisering mot särskilda tillstånd. Ett förbättrat stöd i akuta situationen, på närmare håll än slutenvårdens akutenhet, kommer de nya mellanvårdsenheterna att kunna erbjuda. Handikapporganisationerna har tydligt sagt att man värdesätter ökat utbud och större specialisering högre än geografisk närhet.

En översyn har visat att BUP:s resurser är ojämnt fördelade över länet. Norra Stockholm och sydvästra länsdelen har en lägre ersättning för lokal BUP-verksamhet än övriga delar av länet. Resursen i kr/barn varierar mellan som mest 912 kr och som lägst 673 kr / barn 0-17 år i befolkningen mellan de olika kommunerna, och det finns indicier att den psykiska ohälsan som regel är störst i kommunerna med de minsta resurserna. Ambitionen för de kom-

mande åren är att förstärka de områden som har de lägsta ersättningsnivåerna.

Som tidigare år är andelen patienter 2004 jämnt fördelad mellan könen med en övervikt för pojkar under låg- och mellanstadieåldern och för flickor under tonåren.

Den generella strukturen för landstingets hanterande av psykisk ohälsa för barn och ungdomar är otillfredsställande. Barn och ungdomspsykiatri har ansvar för den specialiserade vården, men det finns i praktiken ingen fungerande vård på lägre nivå efter BVC-åldern. Av BUP: s remisser kommer mindre än 2 % från primärvården.

Omvårdnad - barnsjukvården

Kompetensutveckling

En viktig del av omvårdnadsarbetet inom barnsjukvården är kompetensutveckling av sjuksköterskor samt barn- och undersköterskor.

Sjuksköterskor

Grundutbildade sjuksköterskor har ingen eller mycket liten kunskap om sjuka barn och deras behov, då utbildningen saknar detta innehåll. På flera andra orter i landet har man ändrat på utbildningsinnehållet men inte på de utbildningsenheter som finns i Stockholm. Det är enbart Röda Korsets Högskola som har två veckors praktik inom barnsjukvård, vilket även detta är en försumbar del, med tanke på att utbildningen är på tre år. Givetvis har den nyexaminerade sjuksköterskan kunskapsbrister vid arbete inom barnsjukvård.

Detta medför att arbetsgivaren måste åstadkomma en strukturerad inskolning för alla grundutbildade sjuksköterskor som börjar arbeta inom barnsjukvården. Barnsjukvården idag är till stor del en högspecialiserad verksamhet och utan kunskap om sjuka barn är det nästan orimligt att klara av arbetet som sjuksköterska.

En översyn av andelen sjuksköterskor med specialistutbildning jämfört med det totala antalet sjuksköterskor visar att inom Barndivisionen på Karolinska Universitetssjukhuset, är andelen specialistutbildade 49 % på slutenvårdsavdelningar och 82 % på mottagningar och dagvård. På Sachsska barnsjukhuset är andelen specialistutbildade 63 % på slutenvårdsavdelningar och 99 % på mottagningarna. Med tanke på den högspecialiserade vård som bedrivs inom barnsjukvården och de krav som ställs på vårdpersonalen i fråga om kompetens är detta en anmärkningsvärt låg andel specialist utbildade sjuksköterskor på avdelningar som bedriver en avancerad vård.

Till det positiva inom området kompetensutveckling under 2004 så startade en magisterutbildning i ämnet barn och ungdomars hälsa på institutionen för kvinnor och barns hälsa, Karolinska Institutet. Planeringen av utbildningen har skett i nära samverkan med sjukvården och de olika kursavsnitten är klinisk inriktade, som exempel ges delkurser i neonatal intensivvård, neuropediatrik och kirurgi på barn, alla på 10 poäng var. Utbildningen är den första i Sverige med inriktning mot barn hälso- och sjukvård.

Tre sjuksköterskor inom barnsjukvården disputerade under året, de första som disputerat inom barnsjukvården i Stockholm.

Barn- och undersköterskor

För barn- och undersköterskor inom barnsjukvården fanns tidigare kompletteringsutbildningar som bedrevs av landstinget centralt. Dessa utbildningar upphörde för ungefär tio år sedan och har inte ersatts. År 2003 gick Astrid Lindgrens Barnsjukhus, Barnens sjukhus och Sachsska barnsjukhuset gemensamt ihop och startade en kompletteringsutbildning för barn- och undersköterskor med bidrag från Landstingskontoret. Under 2004 genomfördes två utbildningar, varav en fick ekonomiskt stöd av Landstingskontoret. Kompletteringsutbildningen omfattar 30 studiedagar, indelade i tre delmoment. Syftet med utbildningen är att komplettera och fördjupa barnsköterskor och undersköterskors grundutbildning inom teoretiska och praktiska kunskaper om sjuka barn, ungdomar och deras familjers behov, omvårdnad, organisation och kvalitetsutveckling.

I den första utbildningen 2003, deltog 20 stycken barnsköterskor och undersköterskor. År 2004 erbjöds två utbildningstillfällen, ett på våren och ett på hösten, 20 respektive 27 personer deltog i dessa utbildningar. Två tredjedelar av dem kom från Astrid Lindgrens Barnsjukhus och Barnens sjukhus och övriga kom från Sascha barnsjukhuset och Akademiska Barnsjukhuset i Uppsala. Till kursen hösten 2004 var det ca 60 personer som sökte utbildningen. Några av de sökande var dock inte behöriga på grund av att de arbetade inom kommunens barnomsorg. Kursen genomfördes under 20 veckor, 2 dagar varannan vecka under våren 2003. Våren och hösten 2004 pågick den 2 dagar i veckan i tio veckor. Totalt var det 20 utbildningsdagar per kurs. Den pedagogiska metod som använts är PBL (problembaserat lärande) och de examinationer som utförts har varit både individuella och i grupp. De utvärderingar som genomfördes löpande under utbildningen och som avslutning visade att deltagarna var nöjda med utbildningen och kände sig stärkta i sin yrkesroll. Det visade att syftet med utbildningen uppnåtts.

Hösten 2005 kommer en omarbetad modell av utbildningen att starta där det finns möjlighet att välja att gå delar av eller hela utbildningen. Det kommer också att genomföras en uppföljande enkätundersökning om deltagarna i utbildningen känner att de ett år efter avslutningen haft användning för sina nya kunskaper i sin verksamhet.

Den barnmedicinska vårdens framtida struktur

En sammanfattande lägesbeskrivning av den barnmedicinska vården i SLL och en beskrivning av vårdnivåer och vårdgivare har gjorts och presenterats i två dokument; ”Samlad barnsjukvård” samt ”Samverkan i barnsjukvården i SLL”. Båda dokumenten är framtagna i diskussion mellan Karolinska och Sachsska arbetande läkare och sjuksköterskor och utgör delar av 3S initierad utredning om sjukvården inför 2011 inom SLL. Nedanstående är en sammanfattning av dessa dokument.

Akutmottagningar

Barnmedicinakuten på Astrid Lindgrens barnsjukhus skulle kunna reducera patientantalet med 10 %, vilka hänvisas till närsjukvården. Patienter hänvisas till ALB vid akut svår sjukdom som kan kräva intensivvård, vid känd kronisk sjukdom, och efter hänvisning från annan läkare eller sjukvårdsrådgivning. För barn < 2 år skall det vara möjligt att söka närmaste akutmottagning utan remiss eller hänvisning. De övriga tre akutmottagningarna struktureras som tidigare, även om en viss avlastning från närakuterna synes trolig.

Specialistsjukvård

Specialistsjukvård behöver i viss utsträckning finnas på alla barnkliniker och karaktäriseras av relativt stora volymer, akutsjukvård med krav på omedelbart omhändertagande och oklar diagnos med mera. Detta kan exemplifieras med diabetes, epilepsi, pyelonefrit, astma, cerebral pares, svåra infektionssjukdomar, okomplicerade nefrit och nefros, allmän kirurgi på barn, övergående nyföddhetssjukdomar hos fullgångna och måttligt prematura barn med mera. Vården behövs även på universitetssjukhuset för att upprätthålla underlag för forskning, utbildning och personalens kompetensbevarande. Förhållandena i Stockholm – relativt korta resvägar och en förhållandevis väl utbyggd specialistsjukvård vid BUMM - gör att centralisering och fördelning mellan universitetssjukvård, specialistsjukvård och bassjukvård kan drivas längre än i andra delar av landet. Detta till skillnad från många andra landsting som saknar eller har mycket få barnläkarmottagningar i öppenvård.

Barn som har de vanligaste kroniska sjukdomarna såsom diabetes och astma/allergi kan under uppväxten ha varierande svårighetsgrad och därför behöva både barnspecialist och subspecialist i olika perioder. Det är därför viktigt att både barnsjukhuset och Universitetssjukhuset deltar i vården av barn med dessa diagnoser och att en viss fördelning sker utifrån aktuell svårighetsgrad.

Högspecialiserad vård

Patienter med ovanliga diagnoser, svår sjukdom och komplicerad sjukdom skall i första hand erbjudas vård på Karolinska hos de team som har stor erfarenhet och kompetens. Om patienten hör hemma i Sachsskas område kan vården av patienten ske i partnerskap mellan Sachsska och Karolinska på sådant sätt att läkare från Sachsska deltar i vården även om den i huvudsak är förlagd till universitetssjukhuset. Ett sådant partnerskap är också en grund för gemensamma forskningsprojekt med patientunderlag från hela Stockholm.

Den grupp som av regeringen tillsattes att utreda den högspecialiserade vården i Sverige och underlaget för riksspecialiteter och regionsjukvård har använt följande definition: *Högspecialiserad vård* är vård som med hänsyn till volymer, investeringsbehov, kompetenskrav eller av forskningsskäl behöver samordnas mellan två eller flera landsting. *Rikssjukvård* är högspecialiserad vård med hela riket som upptagningsområde. *Regionsjukvård* är högspecialiserad vård med en region som upptagningsområde.

Stockholm har med sitt stora befolkningsunderlag ett betydande antal patienter med sjukdomar som kräver rikssjukvård och regionvård, men som på grund av sin bostadsort (SLL) inte klassificeras som ”utomlänspatienter”. Utan den väl utbyggda och resurskrävande utomlänsvården på Karolinska skulle dessa patienter behöva skickas till andra Universitetssjukhus i landet.

Även om man kan indela barnsjukvården i sjukdomsgrupper och vårdnivåer måste vårdgivaren bestämmas av sjukdomens svårighetsgrad och grad av komplikationer. Sjukdom som klassificeras som tillhörande en annan vårdnivå kan i det enskilda fallet vara så komplicerad att den kräver kompetens som bara finns inom universitetssjukhuset. Indelningen i sjukdomsgrupper är därför ungefärlig och vårdnivån för det enskilda fallet kan bara avgöras efter individuell bedömning.

Barnhälsovården

Barnhälsovården är den största rådgivaren när det gäller småbarnens hälsa, men sannolikt även när det gäller enklare sjukdomsfall och åkommor. Under året har 721 273 besök gjorts hos sjuksköterskan, och 92 979 till hos läkaren på SLL: s barnavårdscentraler (BVC), som har 137 000 barn inskrivna. Även telefonrådgivningen är omfattande, ca 210 000 telefonsamtal besvaras av BVC per år, vilket gör dem till en av SLL: s största rådgivare. I områden med många invandrare med språksvårigheter är telefonrådgivningen lägre, men antalet BVC-besök högre.

Inom barnhälsovården har ett intensivt upplysningsarbete beträffande vaccinationer brutit den nedåtgående trenden i mässlingsvaccinationen och vaccinationsföljsamheten är nu ånyo över 90 %, men en variation mellan olika områden är tydlig. Betydelsen av depressiva tillstånd hos nyblivna mödrar har nyligen uppmärksammats och lett till införandet av verktyg för tidigdiagnostik på BVC. Det tredje området som fokuserats på BVC är det alltid aktuella om diagnostik av barnmisshandel. En arbetsgrupp av särskilt intresserade BVC - sjuksköterskor med syfte att utarbeta en modell för prevention av övervikt och fetma hos förskolebarn på BVC har även startats.

BHV - enheterna har fortsatt arbetet med att upprätta och bibehålla fungerande vårdkedjor runt situationer i livet som kan vara svåra för barnfamiljer, till exempel graviditet, förlossning och den närmaste tiden efter. Under året har barn med misstänkt utvecklingsavvikelse och barn till svagbegåvade föräldrar samt psykiskt sjuka föräldrar särskilt uppmärksammats. BHV-enheterna har deltagit i, och i vissa fall ansvarat för, ett flertal länsövergripande utredningar, forskningsprojekt samt utveckling av vårdprogram och instruktioner.

Jämlikhet i barnhälsovård

I förhållande till barnunderlaget har BVH norr för lite läkartid för att det ska vara möjligt att upprätthålla en kontinuerlig fortbildning för läkarna i primärvården. När det gäller BHV samordnare är förhållandet det motsatta, södra delen av SLL behöver en förstärkning med 0,5 sjuksköterska för SV och 1,0 för BHV Sachsska. Det kan inte nog betonas hur viktig denna fortbildning är för kvaliteten i BVC verksamheten, (se tabell 3a och 3b i bilaga 1).

Prevention av övervikt och fetma

Under våren 2004 tog BHV-överläkare Eva Lannerö initiativet till en arbetsgrupp av särskilt intresserade BVC- sjuksköterskor med syfte att utarbeta en modell för prevention av övervikt och fetma hos förskolebarn på BVC. Gruppen utökades under året och består nu av 16 BVC- sjuksköterskor och två vårdutvecklare som representerar hela SLL. Projektgruppen inledde sitt arbete med ett seminarium där erfarenheter av vårdprogrammet under testperioden redovisades. Målet är att en preliminär modell ska utarbetas och testas av projektmedlemmarna under hösten 2005 för att sedan efter fortbildning föras ut till medarbetarna på BVC under år 2006.

Miljöhälsorapport 2005

Magnus Wickman, professor

Hur barns hälsa kan påverkas av miljöfaktorer är dåligt belyst. Under 2003 och början av 2004 skickades en riksomfattande enkät ut till 40 000 barn i åldrarna 8 månader, 4, 8 och 12 år. I rapporten beskrivs i första hand effekter som uppkommer under barndomen.

Barns hälsa i Sverige är generellt sett god. Allergisjukdomar, (till exempel astma), diabetes, fetma och psykisk ohälsa är dock betydande och ökande problem. Vissa hälsoeffekter kan kopplas till barns uppväxtmiljö. Barn med allergisjukdomar i luftvägarna utgör en särskilt känslig grupp. Enbart föräldrars rökning beräknas medföra mer än 500 fall per år med småbarnsastma. Även andra faktorer i inomhusmiljön, ofta relaterade till fuktproblem i bostaden, har betydelse för symtom från luftvägarna. Mer än 1 000 barn per år i åldrarna upp till 4 år beräknas få astmasymtom som följd av fukt/mögel-skador och/eller mögellukt i bostäder. Luftföroreningar i den yttre miljön kan ge luftvägssymtom hos barn och öka risken för sänkt lungfunktion. Exponering för vissa metaller och svårnedbryta organiska ämnen som ansamlas i miljön ligger nära de nivåer som kan påverka barns och främst fostrets utveckling. Det kanske mest utbredda miljöproblemet för barn är bullerstörningar. Där anger barnen själva att de störs av mest från ljud av andra barn och hög musik. Nedsatt hörsel, öronsus (tinnitus), sömnstörningar och minskad koncentrationsförmåga är allvarliga effekter av buller i barnens, hem, förskola, skola och fritidsmiljöer.

Miljöhälsorapport 2005 är den första rapporten om barns miljö och hälsa i Sverige. Den har tagits fram av Arbets- och Miljömedicin vid Stockholms läns landsting tillsammans med Institutet för Miljömedicin, Karolinska Institutet på uppdrag av Socialstyrelsen. Rapporten är tänkt att utgöra ett viktigt underlag i utvärdering och uppföljning av de nationella miljömålen och folkhälsomålen.

Att minska sociala skillnader i ohälsa bland barn och unga

Sven Bremberg, Överläkare

Om alla barn växte upp under samma villkor som barn i de bäst ställda familjerna skulle ohälsan minska med 20-40 % (1). En viktig förklaring till skillnaderna förfaller vara att barn utvecklar kompetenser i varierande omfattning (2). En möjlighet är därför att främja utvecklingen av barns intellektuella, sociala, emotionella, och kulturella förmågor. Det finns några arenor för detta som är centrala och som är möjliga att påverka: familjens ekonomi, samspelet mellan barn och föräldrar, förskolan, skolan samt fritidsverksamheter.

Familjernas *ekonomi* hänger nära samman med arbetsmarknaden och utformningen av transfereringssystem (barnbidrag, familjepening etc). Regional utvecklingspolitik, som främjar ett vitalt näringsliv, har därför betydelse.

Kunskaperna om vilket stöd barn och föräldrar kan ha nytta av är idag avsevärt bättre än för bara 15 år sedan. Det går att erbjuda föräldrar nya effektiva program inom BVC, under förskoleåren och under skolåren som främjar *samspel mellan föräldrar och barn* [3]. De nya metoderna lägger tonvikt vid att låta föräldrar praktiskt öva samspel med barn. En stor del av alla program utgår från korta videosekvenser av vardagliga situationer. En scen kan exempelvis vara treåringen som lägger sig på golvet vid snabbköpskassan och skriker att han vill ha godis. Föräldragruppen tar gemensamt fram förslag på lämpliga sätt att bemöta barnet i de olika konkreta situationerna. Därpå övar de metoderna praktiskt, först i rollspel med varandra i gruppen och sedan hemma med det egna barnet.

Förskolan och *skolan* har också stora möjligheter att främja barns kompetenser på ett sätt som leder till att sociala skillnader minskar. Det finns idag kunskap om ett flertal olika metoder, utöver de traditionella skolämnena. Exempelvis kan barn erbjudas program som utvecklar deras sociala och emotionella förmåga, genom att utforma skolan som en god arbetsplats med tydliga mål och kommunikation mellan lärare och elever, och genom att ge föräldrar inflytande i förskola och skola.

En viktig fråga är hur hälsosektorn kan stödja skolan så att lärande och hälsa främjas. Skolsköterskan träffar alla elever vid en skola. Skolsköterskans samtal med enskilda elever utgör en unik källa till kännedom hur en skola fungerar, sett från ett elevernas perspektiv. Försök pågår på flera ställen i landet där information om elevernas hälsa, hälsovanor och deras upplevelse

av skolmiljön återförs till en lokal arbetsmiljögrupp som kan fatta beslut om åtgärder. I en arbetsmiljögrupp kan rektorn ingå som ordförande, skolsköterskan som sammankallade, 1-2 elevrepresentanter samt 1-2 lärare. En förutsättning för denna modell, och andra insatser från skolhälsovårdens sida, är tillgång till resurser. Variationerna kommunerna emellan inom Stockholms län är dock anmärkningsvärt stora.

Att minska sociala skillnader i hälsa är i första hand motiverat från ett barnperspektiv. I en globaliserade konkurrensutsatt värld är befolkningens kompetenser och hälsa också avgörande för den ekonomiska utvecklingen inom regionen och därigenom för en hållbar välfärd.

Referenser

1. Bremberg S. Sociala skillnader i ohälsa bland barn i Sverige - en litteraturöversikt. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2002.
2. Bremberg S. Att minska sociala skillnader i hälsa bland barn- och unga - underlag till en nationell strategi. Socialmedicinsk Tidskrift 2002;79(5):9-16.
3. Bremberg S, red. Nya verktyg för föräldrar. Förslag till nya former av föräldrastöd. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2004.
4. Miljöhälso rapport Socialdepartementet 2005.
5. Fokusrapport Fyra kronikergrupper inom barnsjukvården; Medicinskt programarbete i SLL (under tryck).

Bilaga 1

Tabeller

Tabell 1 Antalet barn i olika åldergrupper 0-3 år

	0 år	1 år	2 år	3 år	1-3 år
År 2001	22507	21744	20677	20621	63042
år 2002	23908	22439	21557	20535	64531
År 2003	24832	23837	22251	21371	67459
År 2010	26573	26314	25999	25706	78019

Tabell 2 Vårdtillfällen 0-17 år sammanlagt inom alla specialiteter

	Vårdtillfällen	Vårddagar
0-17 år		
år 2001	16796	75732
år 2002	16481	71051
år 2003	17306	78349
år 2004	17458	83084

Tabell 3a Fördelning av tjänster vid BHV enheterna relaterat till antal BVC och barn i upptagningsområdet.

	Antal läkar- veckotimmar	Antal BVC - Sjuk sköt	Antal BVC/läkartimme	Antal barn	Antal barn/läkar timme
BHV Nord	40	225	5.5	68 593	1 715
BHV SV	28	93	3.3	28 644	1 023
BHV Sachsska	40	110 / 121	2.8 / 3.0	36 580	915

Tabell 3b

	Antal vårdut- vecklare veckotimmar	Antal BVC Sjuk sköt	Antal BVC/Vårdut- vecklar vecko- timmar	Antal barn	Antal barn/vård- utvecklartimme
BHV Nord	120 (som de arbe- tar nu)	225	1.9	68 593	572
BHV SV	40	93	2.3	28 644	716
BHV Sachsska (+ 0.75 admin.)	40	110 121	2.8 / 3.0	36 580	915

Bilaga 2

Förteckning över rapporter från MPA

Årsrapport från Stockholms Medicinska Råd

- Programområdenas Årsrapporter från MPA 2000
- Programområdenas Årsrapporter från MPA 2001
- Programområdenas Årsrapporter från MPA 2002
- Programområdenas Årsrapporter från MPA 2003
- Programområdenas Årsrapporter från MPA 2004

Årligen publiceras årsrapport från respektive programområde enligt nedan:

- Akut omhändertagande
- Barnsjukvård
- Hjärt-, Kärl- och Lungsjukvård
- Kvalitetsutveckling
- Kvinnosjukvård
- Medicin – Kirurgi 1
- Medicin – Kirurgi 2
- Medicinsk Service
- Nervsystemets sjukdomar
- Omvårdnad
- Onkologi – Hematologi
- Primärvård
- Psykiatrisk vård
- Rörelseorganens sjukdomar
- Tvärprofessionella rådet
- Äldrevård

Fokusrapporter

- Akut omhändertagande av misshandlade kvinnor och deras barn, ISBN 91-85209-18-X
- Akut omhändertagande av äldre multisjuka steg 1-steg 2, MPA 1/02, MPA 2/02
- Assisterad befruktning, ISBN 91-85209-09-0
- Assessing Organisational Quality, ISBN 91-85209-41-10
- Behandling av personer med komplexa vårdbehov p g a psykisk störning och missbruk, ISBN 91-85209-41-8
- Bedömning, prioritering och omhändertagande vid symptomet bröstsmärta, ISBN 91-85209-41-13
- Ekokardiografi i SLL, ISBN 91-85209-41-6
- Intensivvård, ISBN 91-85209-04-X
- Förslag till ny beräkningsmetod för ersättning av sluten vård och rehabilitering (höftplastik), ISBN 91-85209-41-17

- Kataraktoperationer i SLL, ISBN 91-85209-01-5
- Kejsarsnitt, ISBN 91-85209-41-12
- Kontaktorsaker hos läkare i Primärvården, ISBN91-85209-41-20
- Kvalitetskostnader, ISBN 91-85209-41-11
- Kvalitetsparagraf i akutsjukhusavtalen 2003, ISBN 91-85209-03-X
- MR-utredningen, MPA 3/02 OBS! Finns endast i e-form på:
www.hsn.sll.se/mpa
- Patientens lärande, ISBN 91-85209-12-0
- Patiensäkerhetsstrategi för hälso- och sjukvården i SLL, ISBN91-85209-41-22
- Rehabilitering för personer med neurologisk sjukdom, ISBN 91-85209-41-21
- Riktlinjer för remittering till bildiagnostik (MR), MPA 4/02 OBS! Finns endast i e-form på: www.hsn.sll.se/mpa
- Sex prioriterade förbättringsområden för Stroke i Stockholm, ISBN 91-85209-41-5
- Tillgängligheten inom barnsjukvård i SLL - ett föräldraperspektiv, ISBN 91-85209-41-9
- Ungdomsmottagningar i SLL, ISBN 91-85209-05-8
- Äldrepsykiatri i SLL, ISBN 91-85209-41-16
- Måluppfyllelsemätning vid rehabilitering i primärvården, ISBN91-85209-41-29

Regionala vårdprogram

- Abort, ISBN 91-85209-11-2
- Alkoholproblem, ISBN 91-85209-15-5
- Astma hos vuxna, ISBN 91-85209-41-7
- Blödningssjukdomar, ISBN 91-85209-08-2
- Behandling av klimakteriella symtom, ISBN 91-85209-41-4
- Bröstkomplikationer i samband med amning, MPA 6/03
- Depressionssjukdomar inkl mano-depressiv sjukdom, ISBN 91-85209-14-7
- Diskbräck i ländryggen, ISBN 91-85209-41-14
- Normal graviditet, förlossning och eftervård, MPA 1/02
- Kvinnlig urininkontinens, ISBN 91-8520910-4
- Ledplastik vid höftarthros, ISBN 91-85209-41-15
- Läkemedelsberoende, ISBN 91-85209-21-X
- Patienter med psykos speciellt schizofreni, ISBN 91- 85209-17-1
- Reumatoid artrit, ISBN91-85209-16-03
- Respiratorisk insufficiens, ISBN 95-85209-38-4
- STI/hiv- prevention, ISBN 91-85209-21-X
- Stroke, ISBN 985209-40-6
- Trycksår – Prevention och behandling, ISBN 91-85209-02-3
- Vård av suicidnära patienter, ISBN 91-85209-19-8
- Ångestsjukdomar, ISBN 91-85209-13-9
- Kronisk extremitetsischemi, ISBN 91-85209-41-30

Rapporter från ett förbättringsarbete

- Pilotprojekt för implementering av vårdprogram i psykiatri,
ISBN91-85209-41-27

Samtliga rapporter är publicerade på MPAs hemsida www.hsn.sll.se/mpa

Beställning

Kontorsservice

Tel: 08-737 49 57; Fax: 08-737 49 59

E-post: informationsmaterial.lsf@sll.se

Postadress: Box 6401, 113 82 Stockholm

Besöksadress: Olivecronas väg 7, bv, Sabbatsbergs sjukhus

Rapporter från Medicinskt programarbete är publicerade på:
www.hsn.sll.se/mpa



Stockholms läns landsting

FORUM för Kunskap och gemensam Utveckling

Box 6909, 102 39 Stockholm

Telefon 08-737 30 00. Fax 08-737 48 00