

Primärvårdsöverenskommelse Barn

Region Norrbotten inland

Version November 2019 tom December 2020

Jourfall

Självklara inläggningar och blåljusfall

Till akutmottagningen Gällivare. Långväga normalt via påtittning Kiruna, Jokkmokk, Pajala.

Barn < 1 år

Till Barnkliniken Gällivare. "Infektionsingången" om de är infekterade. Långväga primärt till distriktsläkare Pajala, Jokkmokk, i Kiruna till Hälsocentral eller Akutmottagning.

Barn med allvarliga kroniska sjukdomar, ex diabetes

Direktkontakt med Barnklinik. Långväga påtittas i Kiruna, Pajala, Jokkmokk. Enkel tillfällig åkomma som inte påverkar grundsjukdomen måste naturligtvis inte till barnklinik

Barn > 1 år med tillfälliga sjukdomstillstånd, ex förstoppning, huvudvärk, otit, tonsillit, impetigo, uvi, samt första utredning av många kroniska tillstånd, t ex allergi, eksem, astma, återkommande buksmärta

Primärt till hälsocentral

Atopisk allergi

Det är viktigt att barn med uttalad atopisk allergi fångas upp tidigt i primärvården (symptom, hereditet). Primär bedömning och behandling bör som regel ske i primärvården för såväl eksem som astma och rhinoconjunktivit.

Allergitestning

Anamnes med hereditet, elimination, provokation räcker vanligen för bedömning och behandling. Riktad RAST (är väsentligen likvärdigt med pricktest) vid behov. Om det därefter är oklart är barnet välkommet på remiss för bedömning och ställningstagande till ev ytterligare testning på barnmottagning.

Specifik immunterapi/Allergivaccinering/hyposensibilisering

Barnkliniken i Gällivare och Barnmottagningen i Kiruna utför inte hyposensibilisering. Utifrån [nationell konsensus](#) (Svensk Förening för Allergologi) kan det vara aktuellt vid svår bi/getingallergi, svår pollenallergi eller svår kattallergi. Enstaka barn kan remitteras efter utredning till barnkliniken i Sunderbyn för ställningstagande till behandling. Konsultera gärna barnläkare före ev remiss till Sunderbyn!

Atopiskt eksem

Handläggs i första hand inom BVC/distriktsvård. Förslag till [behandlingsprogram](#) från Barnallergologerna finns. Som mjukgörare/eksempförebyggande anv ex *Miniderm*, *Propyless* till små barn, ex *Canoderm* från skolåldern. Bland kortisonpreparat t ex *Hydrokortison*, *Elocon*.

Astma

Astma kan utredas och behandlas inom primärvård eller på barnklinik. Barnläkarföreningens

allergisektions[riktlinjer](#) kan vara stöd. Som spacer för mindre barn kan ex *Optichamber Diamond* skrivas ut. Barn som med behandling ej är besvärsfria och har normal lungfunktion till vardags remitteras till barnklinik.

Allergisk rhinoconjunctivit

Handläggs på Hälsocentral.

Kontaktallergi

Handläggs på Hälsocentral. Ev testning remitteras till hudklinik.

Urticaria

Behandlas symptomatiskt och tillfällig urticaria (upp till 10-12 dagar) föranleder i sig själv ingen allergiutredning, testning ger nästan aldrig resultat av kliniskt värde. Mer långvariga eller återkommande besvär kan remitteras för utredning på barnklinik. [Länk till Barnallergologernas riktlinjer](#). Från 6 mån *Aerius* 1,25-2,5 mg/d, större barn enl fass.

Urinvägsinfektioner

Säker diagnostik är viktigt eftersom en UVI hos små barn leder till omfattande uppföljning/utredning. UVI bör säkerställas med mittstråleprov (för spädbarn fångar föräldrar upp med rör som hålls i beredskap) alternativt blåspunktion på barn under 1 års ålder. Barn under 2 års ålder handläggs av eller i samråd med barnklinik/Barnmottagning.

Barn över 2 år med enstaka uvi kan behandlas på vårdcentral.

Cystit gärna med *furadantin* eller *cefadroxil* i 5 dagar. Ingen kontrollodling! Hög infektion t ex med *amoxicillin+clavulansyra* eller *trimsulfa* 10 dagar. Vid hög UVI remitteras barnet till barnkliniken för uppföljning.

Vid alla urinvägsinfektioner tages en basal anamnes för att fånga in blåsdysfunktioner som är lättare att hantera och bota ju tidigare de upptäcks;

Torr? (dag, natt, när?)

Gleskissare? (högst 3/dygn)

Frequency? (mer än 7/dygn)

Urgency?

Uppdelad miktion?

Obstipation, enkopres?

Etablerad strategi? (viljemässig störning)

Om anamnesen tyder på störningar i blåsfunktionen remitteras barnet till barnklinik för uppföljning.

Förstoppning

Är alltför vanligt. Barnhälsovård, vårdcentraler och barnkliniker måste hjälpas åt att förebygga allvarliga tarmstörningar. Bara terapiresistenta och de som debuterar tidigt under spädbarnsåret remitteras till barnklinik.

Vardagsåtgärder:

Minska mjölk/produkter/ till max ½ liter/dag, Minimera söta drycker. Öka kostfiberintag.

Behandling:

1-6 mån ålder

Laktulos 1-3 ml/kg och dag

Från 6 mån

Forlax 1x2 eller Movicol junior 1x1-1x2

Dosen halveras/dubbleras efter behov.

Enstaka större barn kan behöva 40g macrogol/d motsv 3 Movicol

(6 Movicol junior)

Akuta besvär eller långvarig förstoppning erfordrar tömningshjälp:

Spädbarn **Resulax**,

från 1 år ½ **Klyx** à 120 ml,

från 2 år helt **Klyx** à 120 ml – 240 ml.

Flera tömningar med ett dygns intervall kan erfordras som småningom glesas ut till var 3:e dag om barnet ej tömt spontant.

Informationsmaterial [Förstoppning](#) samt [Kronisk förstoppning](#)

Laktosintolerans

Barn som växer normalt och mår bra fränsett att de får magknip och diarré av rikligt mjölkintag från ca 5-6 års ålder bör enbart ha kostråd. Information om laktosinnehåll i livsmedel kan t ex hämtas från [Livsmedelsverket](#). Vi gör inte laktosbelastning och inte heller genetisk testning.

Spädbarn söker ofta på misstanke om laktosintolerans med en lindrig övergående komjölksproteinintolerans. Celiaci skall alltid övervägas vid laktosintolerans, screeningblodprov bör tagas på svag misstanke (Blodprov < 2 år: till Umeå Klin Immunol "Screening glutenintolerans", >2 år Klin Kem Sunderbyn IgA och transglutaminas).

Övervikt

Uppmärksamma övervikt i primärvården! Ju tidigare uppmärksamhet desto större chans att förhindra fetma hos äldre barn och vuxna. Ge enkla råd och länkar, ex utifrån [Barnhälsovårdens Rikshandbok](#) ("Grunda Sunda vanor" etc), [livsmedelsverket](#) (matvanekollen etc). Se till att barnet följs upp regelbundet! Barn som har normal längdtillväxt utreds inte endokrint. Barnkliniken tar emot barn med fetma *där familjen är motiverad* till gruppomtagning med regelbundna träffar.

Primär nocturn enures

Behandling kan övervägas från ca 4 års ålder om primärutredning;

urinstatus och -odling är OK

allvarlig förstoppning uteslutits

normal motorik i nedre extremiteter

normal blåsfunktion dagtid

OM BARNET SJÄLVT ÄR MOTIVERAT för larmbehandling (ej övertalat av föräldrar)

vilket inträffar vid mycket varierande ålder hos olika barn (sällan före skolåldern) är det en bra, effektiv och billig behandling som kan ges vid Barnkliniken.

Minirin kan ges tillfälligt eller i 3-månadersperioder.

Remiss till Barnkliniken vid avvikande primär utredning (utom förstoppning), terapisivikt på Minirin (240 mikrog), barn som är motiverade för larmbehandling.

Retentio testis

Efter 2 kliniska undersökningar från 6 månaders ålder skall frågan om operation aktualiseras enligt nordisk consensus. Remiss till kirurgkliniken! Retrakta testiklar skall följas enligt Rikshandboken Barnhälsovård.

Sjukgymnastik, hjälpmedel, arbetsterapi

Sjukgymnastik, hjälpmedelshantering i samband med enklare ortopedi, barnrheumatism, kroniska tillstånd som kräver enkel eller tät upprepad sjukgymnastik ges vanligen via vårdcentral. Barnkliniken/habiliteringens sjukgymnast deltar för barn som behöver samlad rehabilitering, barn med speciella ovanliga behandlingsbehov, initierar sjukgymnastik för inlagda, fungerar som specialresurs vb för vårdcentralernas sjukgymnaster. Arbetsterapeuten initierar akuta hjälpmedel vb förutom arbetet med rehabiliteringspatienter.

Stomihjälpmedel

Förmedlas via vårdcentral. Barnklinik/uroterapeut resurs vid påbörjad behandling och vid komplikationer.

- Verksamhetschef: Karin Martinsson-Heikkilä
- MLA: Per Friskopp