

# Ökad inflyttning av barn med cerebral pares

## LIKVÄRDIG BEHANDLING HAR GETTS TILL UTRIKES OCH INRIKES FÖDDA

Ett ökat antal utrikes födda med cerebral pares (CP) har kommit till Sverige under senare år. Många kommer från länder i kris och med annorlunda hälso- och sjukvård jämfört med Sverige. Funktionsnedsättningar och kroniska sjukdomar medför stora medicinska och sociala behov, samtidigt som hälso- och sjukvårdsinsatser för nyanlända kan försvåras av språkliga barriärer och av att de måste flytta mellan olika orter i landet under de första åren.

I Sverige följs mer än 95 procent av alla barn med CP födda från och med år 2000 från alla landets lands- och regioner i det nationella kvalitetsregistret CPUP [1-3]. I CPUP finns information om barnens CP-typ och associerade tillstånd som epilepsi, nedsatt syn, hörsel och kognitiv förmåga. Genom upprepade, oftast årliga, kontroller finns rapporter om aktuell behandling, motorisk funktion och deltagande i aktiviteter.

Ett syfte med CPUP är att genom standardiserad kontinuerlig uppföljning tidigt identifiera sekundära komplikationer vid CP och därigenom tidigt kunna sätta in förebyggande behandling mot funktionsförluster på grund av till exempel smärta, muskelförkortningar och ledfelställningar.

CPUP-databasen kontrolleras årligen mot befolkningsregistret på SCB för att bland annat uppdatera information om personer som flyttat in och ut ur landet eller som avlidit. Nyanlända barn remitteras till rehabilitering och erbjuds uppföljning i CPUP snarast efter ankomsten till landet, men ingår i befolkningsregistret först efter att de fått uppehållstillstånd.

Vi har med data från CPUP jämfört CP-panoramat och några vanliga behandlingsmetoder för barn födda i Sverige och inflyttade utrikes födda. Projektet syfta-

**Lena Westbom**, docent, överläkare, barnmedicinska kliniken, Skånes universitetssjukhus

**Gunnar Hägglund**, professor, överläkare, ortopedkliniken, Skånes universitetssjukhus; båda institutionen för kliniska vetenskaper Lund, medicinska fakulteten, Lunds universitet  
 ● [gunnar.haggglund@med.lu.se](mailto:gunnar.haggglund@med.lu.se)

### FAKTA 1. Klassifikation av CP och subtyper [4].

CP = cerebral pares: bestående nedsättning av motorisk aktivitetsförmåga orsakad av icke progressiv skada/avvikelse i omogen hjärna (omogen = före 2 års ålder). Ofta finns också andra funktionsnedsättningar.

SUBTYPER EFTER DOMINERANDE NEUROLOGISKT SYMPTOM:

- **Spastisk CP** – skada på första motorneuronet
  - **Unilateral spastisk CP (USCP) = CP sp hemiplegi:** de flesta födda efter fullgången graviditet, oftast tidig skada (mediainfarkt) utan symptom neonatalt; hos prematurfödda ensidig periventrikulär skada.
  - **Bilateral spastisk CP (BSCP) = CP sp diplegi:** benen mest påverkade, periventrikulär skada vid graviditetsvecka 24–34, och **CP sp tetraplegi:** armarna mer eller lika drabbade som benen, utbredd kortikal skada, mikrocefali, genetisk eller annan skada allra första graviditetsveckorna alternativt mycket svår skada peri- eller postnatalt.
- **Dyskinetisk CP** – skada på talamus och/eller basala ganglier. Vanligaste orsak asfyxi i fullgången tid. Asfyxiens djup och duration ger olika lokalisering och grad av skada på talamus/basala ganglier och därmed dyskinetiskt symptom och utbredning. Dystoni (kallas ofta tonusväxling) och koreoatetos finns i olika grad, ofta samtidigt, och involverar vanligen hela kroppen, ibland bara delar.
- **Ataktisk CP** – skada på cerebellum. Genetisk bakgrund finns ibland med avvikelse i lillhjärnans struktur eller funktion. Uttalad balansstörning dominerar, men ataxi förekommer. Minskar/kompenseras ofta med synen i skolåldern. Kan finnas tillsammans med viss (ej dominerande) spasticitet i benen hos prematurfödda eller vid hydrocefalus.

Se även: [<http://cpup.se/wp-content/uploads/2013/09/Klassifikation-av-CP-och-subtyper.pdf>]

de till att undersöka om båda grupperna fick likvärdiga rehabiliterings- och sjukvårdsinsatser, med tonvikt på motorisk/ortopedisk problematik.

### METOD

En retrospektiv genomgång gjordes av samtliga barn 0-17 år i CPUP bosatta i Sverige 2017. I CPUP används validerade och reliabilitetstestade klassifikationer av såväl diagnosen cerebral pares som motoriska funktioner. Neuropediatriker bedömer och klassificerar CP och subtyper vid 4-5 års ålder enligt Surveillance of Cerebral Palsy in Europe (SCPE) [4], se Fakta 1. Grovmotorisk funktionsnivå klassificeras av fysioterapeut 1-2 gånger årligen enligt Gross motor function classification system (GMFCS) och handfunktionen av arbetsterapeut enligt Manual ability classification system (MACS) [5], vardera med en 5-gradig skala där nivå I innebär lägst och nivå V störst funktionsnedsättning, se Fakta 2 och 3.

Från CPUP hämtades uppgifter avseende födelseår, kön, född i eller utanför Sverige, datum och ålder vid inflyttning samt om CP-subtyp (t o m födda år 2012), GMFCS-nivå och MACS-nivå. Från senaste fysio- och arbetsterapeutrapporter hämtades uppgifter om några vanliga typer av behandling vid CP: behandling

### HUVUDBUDSKAP

- Ett stort antal utrikes födda personer med cerebral pares (CP) kom till Sverige under åren 2011-2016.
- CP-prevalens och grad av funktionsnedsättning var högre bland utrikes födda barn än bland barn födda i Sverige.
- Utrikes och inrikes födda barn med CP förefaller ha fått likvärdig motorisk/ortopedisk behandling.

## FAKTA 2. Klassifikation av GMFCS, grovmotorisk funktionsnivå, ålder 6–11 år [9].

- I Går utan begränsningar
- II Går med begränsningar
- III Går med hjälpmedel
- IV Begränsad självständig förflyttning, kan använda rullstol
- V Transporteras i rullstol

Vid klassifikationen måste fullständig beskrivning för respektive åldersklass följas [[http://cpup.se/wp-content/uploads/2013/07/247\\_Svensk-version-av-GMFCS-ER-slutgiltig20081002.pdf](http://cpup.se/wp-content/uploads/2013/07/247_Svensk-version-av-GMFCS-ER-slutgiltig20081002.pdf)]

## FAKTA 3. Klassifikation av MACS, manuell förmåga, nivå vid 4 års ålder eller äldre [10].

- I Hanterar föremål lätt och med gott resultat
- II Hanterar de flesta föremål men med något begränsad kvalitet och/eller snabbhet
- III Hanterar föremål med svårighet och behöver hjälp att förbereda och/eller anpassa aktiviteter
- IV Hanterar ett begränsat urval av lätthanterliga föremål i anpassade situationer
- V Hanterar inte föremål och har kraftigt begränsad förmåga att utföra även enkla handlingar. Är helt beroende av assistans

Vid klassifikationen måste fullständig beskrivning följas [<http://cpup.se/wp-content/uploads/2013/07/MACSbroshyrsve2010-1.pdf>]

med ankel-fot-ortos (AFO), behandling med ståhjälpmiddel, behandling med spinal ortos (korsett), och behandling med botulinumtoxin A i övre respektive nedre extremiteterna.

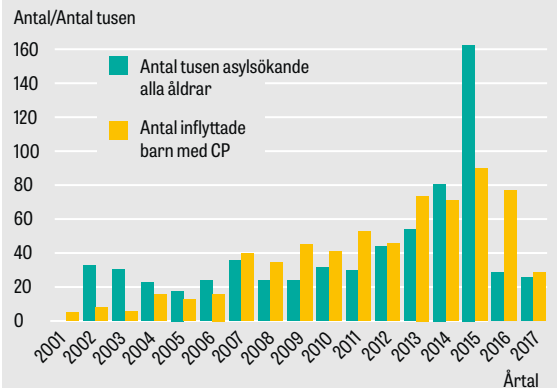
## RESULTAT

Tjugofem barn med tillfälliga personnummer var födda i Sverige enligt läkarformuläret i CPUP, och för 39 barn med tillfälliga personnummer, som enligt CPUP var bosatta i Sverige under 2017, saknades uppgift om huruvida de var födda i eller utanför landet. Dessa 64 barn, som ännu inte var folkbokförda, räknades till inrikes födda. Totalt fanns det 3 815 barn 0–17 år i CPUP 2017, varav 665 (17 procent) var utrikes födda.

Av de utrikes födda barnen kom 44 procent från de enligt SCB vanligaste ursprungsländerna för asylsökande under 2000-talet: Syrien (n = 98), Somalia (n = 63), Irak (n = 59), Kosovo/Albanien (n = 24), Eritrea (n = 20), Iran (n = 15), Afghanistan (n = 7) och Turkiet (n = 5). Vidare kom 15 procent från annat land inom Europeiska unionen (n = 92), Norge eller Island (n = 7). Resterande 41 procent var fördelade på ytterligare 62 olika länder.

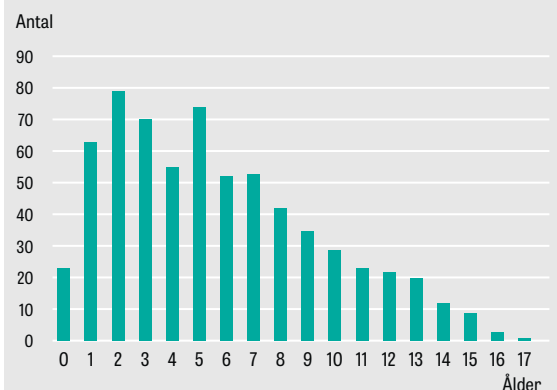
Antalet inflyttade utrikes födda barn med CP ökade från runt 10 per år i början av 2000-talet, till 40–50 per

FIGUR 1. Antal inflyttade barn med CP



► Antalet utrikes födda barn med CP, födda 2000–2017, som flyttat till Sverige per år. Där årtal för inflyttningen var okänt (n = 95) har år/ålder vid CPUP-start angivits. Antal tusen asylsökande för motsvarande år är angivet som jämförelse.

FIGUR 2. Ålder vid inflyttning hos barn med CP



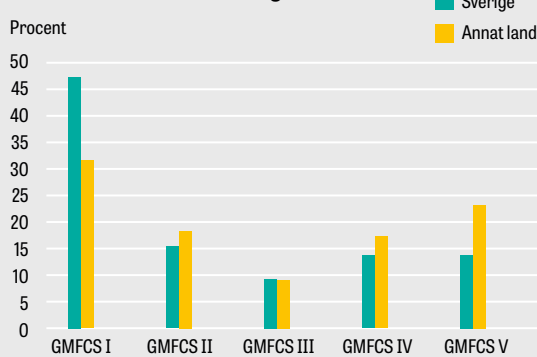
► Antalet utrikes födda barn med CP, födda 2000–2017, som flyttat till Sverige i olika åldrar, n = 665. Där årtal för inflyttningen var okänt (n = 95) har år/ålder vid CPUP-start angivits.

**»Barnen som är födda utrikes hade oftare en svårare funktionsnedsättning både vad gäller grovmotorisk och manuell funktion.«**

år under 2007–2012, och därefter 70–90 per år fram till och med 2016 (Figur 1). Det jämförelsevis låga antalet inflyttade utrikes födda med CP under 2017 speglar det minskade flyktingmottagandet, men troligen kom det barn med CP som inte hann inkluderas i CPUP före årets slut.

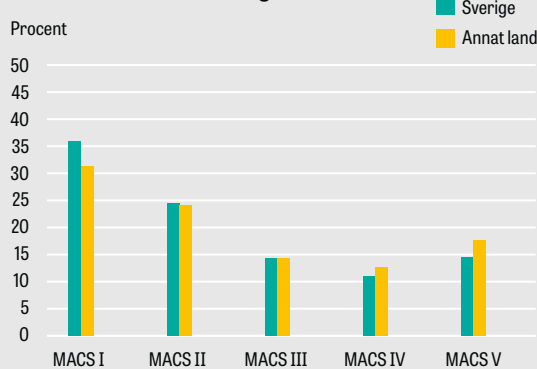
De flesta var i småbarnsåldern då de kom till Sverige (Figur 2). Prevalensen CP vid årsskiftet 2017/2018 var bland barn 5–16 år födda utrikes 3,4/1 000 (95 procents konfidensintervall [95KI] 3,10–3,70/1 000), att jämföra med 1,99/1 000 (95 KI 1,91–2,07) för barn födda i Sverige.

**FIGUR 3. GMFCS-fördelning**



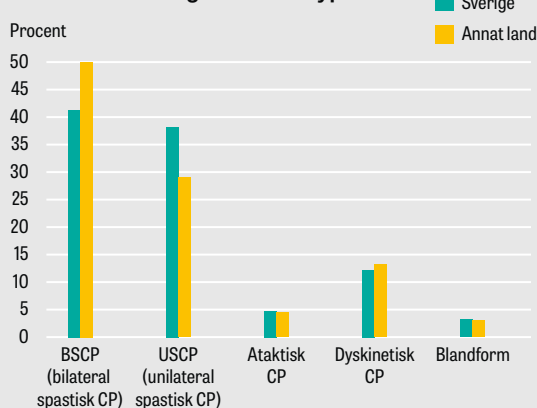
► Fördelningen av barn födda i Sverige respektive annat land relaterat till grovmotorisk funktion, GMFCS-nivå (0–16 år; 3 185 inrikes och 665 utrikes födda).

**FIGUR 4. MACS-fördelning**



► Fördelningen av barn födda i Sverige respektive annat land relaterat till manuell funktion, MACS-nivå (4–16 år; 3 061 inrikes och 636 utrikes födda).

**FIGUR 5. Fördelning av CP-subtyper**



► Fördelningen av barn födda i Sverige respektive annat land relaterat till CP-subtyp (5–16 år; 2 129 inrikes och 457 utrikes födda).

Barnen som är födda utrikes hade oftare en svårare funktionsnedsättning både vad gäller grovmotorisk och manuell funktion (GMFCS- och MACS-nivå: Figur 3–4). Andelen personer med bilateral spastisk CP (di- och tetraplegi) var högre och andelen med unilateral spastisk CP (hemiplegi) lägre bland de utrikes födda

**TABELL 1. Behandling med underbensortos, ståhjälpmedel och korsett bland barn med CP födda i Sverige respektive utomlands relaterat GMFCS-nivå (procent).**



	GMFCS I	GMFCS II	GMFCS III	GMFCS IV	GMFCS V
<b>Underbensortos</b>					
● Svenskfödda	35	53	65	78	75
● Utlandsfödda	38	47	61	80	69
<b>Ståhjälpmedel</b>					
● Svenskfödda	1	5	37	83	79
● Utlandsfödda	2	1	26	80	71
<b>Korsett</b>					
● Svenskfödda	0	0	2	19	39
● Utlandsfödda	1	0	3	15	38

Teckningarna publiceras med tillstånd av professor Kerr Graham, The Royal Childrens' Hospital, Melbourne.

(Figur 5). Andelen barn med känd nedsatt syn eller hörsel skilde dock inte mellan inrikes och utrikes födda, medan epilepsi fanns hos 36 inrikes respektive 42 procent utrikes födda barn.

Av barn födda i Sverige hade 0,6 procent höftluxation jämfört med 2,9 procent av de utrikes födda.

Behandling med AFO, ståhjälpmedel samt spinal ortos relaterat till GMFCS-nivå visade en mycket liten skillnad mellan inrikes och utrikes födda (Tabell 1). Även behandling med botulinumtoxin visade stor likhet. Botulinumtoxin i armar och händer gavs till 9,1 procent i båda grupperna, behandling i benen gavs till 19,8 respektive 19,6 procent av inrikes och utrikes födda.

## DISKUSSION

Utrikes och inrikes födda i denna studie utgår från den kliniska situationen. Vi har räknat barn födda i Sverige som inrikes födda även om modern och den nyfödda ännu inte hade uppehållstillstånd och var folkbokförda. Nyanlända barn med CP remitteras vanligen snabbt till närmaste habiliteringsverksamhet, och de allra flesta accepterar erbjudande om uppföljning enligt CPUP. Vi bedömer att täckningsgraden i CPUP för utrikes födda är ungefär densamma som för inrikes födda barn.

Vi har under lång tid haft en relativt konstant prevalens av CP i Sverige på drygt 2/1 000 födda i landet, vilket motsvarar cirka 200 nya barn med CP per år [6]. På senare år har CP-prevalensen sjunkit bland barn födda i Sverige, liksom i övriga Europa [6,7]. Sedan millennieskiftet har antalet inflyttade utrikes födda barn med CP ökat. Prevalensen av CP var statistiskt signifikant högre bland utrikes födda, vilket medför att den totala prevalensen av CP bland barn bosatta i Sverige är ungefär oförändrad. Orsaken till den högre CP-prevalensen bland inflyttade utrikes födda kan vara att en del kommer från länder med en högre CP-prevalens. Detta och den fördelning av CP-subtyper som sågs hos utrikes födda stämmer överens med fördelningen vi såg i Sverige för ett par decennier sedan. På senare år har andelen prematurfödda barn i Sverige

med bilateral spastisk CP (BSCP) minskat, och vi har gått mot en större andel fullgångna barn med unilateral spastisk CP (USCP) [8]. Samtidigt har andelen barn med svåra motoriska funktionsnedsättningar minskat successivt bland barn födda i Sverige [6, 8]. Man kan tänka sig att denna utveckling mot lägre CP-förekomst och bättre funktion vid CP kommer något senare i de länder de utrikes födda barnen oftast kommer ifrån än i Sverige. Sedan höftscreeningprogrammet i

**»... den fördelning av CP-subtyper som sågs hos utrikes födda stämmer överens med fördelningen vi såg i Sverige för ett par decennier sedan.«**

CPUP införts har andelen barn som utvecklar höftluxation minskat från 10 till 0,6 procent i Sverige [2]. Den högre andelen höftluxation (2,9 procent) bland utrikes födda beror på att en del redan har en manifest luxation som inte kan hävas då de kommer till Sverige. Det är dock en stor andel av de inflyttade utrikes

födda som kommer in i CPUP så att förebyggande behandling mot höftluxation kan ges.

De behandlingsmetoder som studerats ska ges kontinuerligt till de barn med CP som behöver dem, vilket huvudsakligen följer motorisk funktion (GMFCS-nivå), och visade samtliga en stor likhet mellan inrikes och utrikes födda med samma funktion. Trots att flertalet nyanlända har behov av tolk och trots att många flyttat runt, vilket orsakat kontaktsvårigheter, ser vi att utrikes födda barn verkar få samma hjälp och behandling som inrikes födda. Så vitt vi vet har detta resultat nåtts utan att ökade resurser tillförts habiliteringsorganisationerna eller sjukvården. Detta är ett mycket gott betyg till alla inblandade.

### SAMMANFATTNING

Antalet inflyttade utrikes födda barn med CP i Sverige har sedan början av 2000-talet ökat från under 10 till 70-90 per år. Barn med CP födda utrikes har som grupp större funktionsnedsättning. Baserat på information i CPUP har vi trots oförändrade resurser lyckats ta omhand en relativt stor nyinflyttad grupp barn med CP, och vi har lyckats ge dem likvärdig behandling jämfört med barn födda i Sverige. ○

- Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.
- Gunnar Häggglund är registerhållare för CPUP, som båda författarna var med och startade.

Citera som: *Läkartidningen*. 2019;116:FL9L

### REFERENSER

1. Alriksson-Schmidt A, Arner M, Westbom L, et al. A combined surveillance program and quality register improves management of childhood disability. *Disabil Rehabil*. 2017;39(8):830-6.
2. Häggglund G, Alriksson-Schmidt A, Laugesen H, et al. Prevention of dislocation of the hip in children with cerebral palsy: 20-year result of a population-based prevention programme. *Bone Joint J*. 2014;96-B(11):1546-52.
3. Westbom L, Häggglund G, Nordmark E. Cerebral palsy in a total population 4-11 year olds in southern Sweden. Prevalence and distribution according to different CP classification systems. *BMC Pediatr*. 2007;7:41.
4. Surveillance of Cerebral Palsy in Europe. Surveillance of cerebral palsy in Europe: a collaboration of cerebral palsy surveys and registers. *Dev Med Child Neurol*. 2000;42(12):816-24.
5. Rosenbaum P, Eliasson AC, Hidecker MJ, et al. Classification in childhood disability: focusing on function in the 21st century. *J Child Neurol*. 2014;29(8):1036-45.
6. Himmelmann K, Uvebrant P. The panorama of cerebral palsy in Sweden part XII shows that patterns changed in the birth years 2007-2010. *Acta Paediatr*. 2018;107(3):462-8.
7. Sellier E, Platt MJ, Andersen GL, et al. Surveillance of Cerebral Palsy Network. Decreasing prevalence in cerebral palsy: a multi-site European population-based study, 1980 to 2003. *Dev Med Child Neurol*. 2016;58(1):85-92.
8. Himmelmann K, Uvebrant P. The panorama of cerebral palsy in Sweden. XI. Changing patterns in the birth-year period 2003-2006. *Acta Paediatr*. 2014;103(6):618-24.
9. Palisano R, Rosenbaum P, Bartlett D, et al. Content validity of the expanded and revised Gross Motor Function Classification System. *Dev Med Child Neurol*. 2008;50(10):744-50.
10. Eliasson AC, Kruminde-Sundholm L, Rosblad B, et al. The Manual Ability Classification System (MACS) for children with cerebral palsy: scale development and evidence of validity and reliability. *Dev Med Child Neurol*. 2006;48(7):549-54.

### SUMMARY

#### Refugee/immigrant children with cerebral palsy in the Swedish health care organization

Cerebral palsy (CP) is present in about 200 children per birth-year cohort in Sweden. From 2001 to 2016, the annual number of immigrants to Sweden with CP enrolled at the (re)habilitation services increased from less than ten to 40-90 individuals per year; about 70 % came to Sweden as refugees. At a group level, children with CP born abroad had greater functional impairment than children born in Sweden, based on information in the Swedish national surveillance program and health care quality register for CP (CPUP). There was a significantly higher prevalence of CP, a greater proportion of children with bilateral spastic CP, and a lower proportion with unilateral spastic CP among the immigrants. The proportion of children in each gross motor function level treated with orthoses, standing frames, spinal brace or botulinum toxin was the same regardless of whether the child was born in Sweden or abroad. In summary, the (re)habilitation services and orthopedics have managed to provide a relatively large group of immigrants/refugees with CP with equal treatment compared to children born in Sweden.