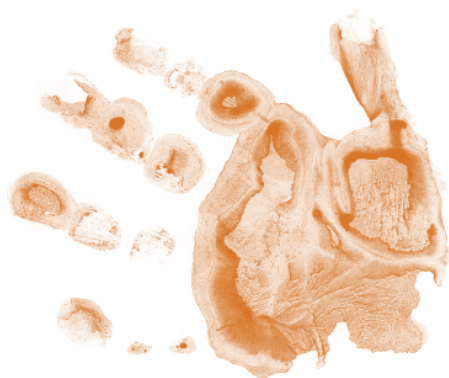


Nr.4/2006

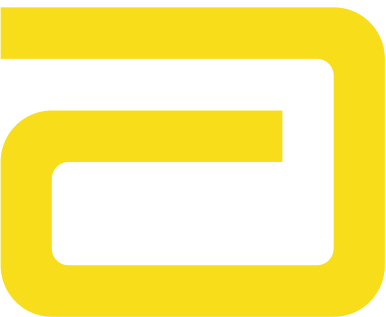
# Barnläkaren



SVENSKA BARNLÄKARFÖRENINGEN  
SWEDISH PAEDIATRIC SOCIETY



Taylor & Francis  
Taylor & Francis Group



# Synagis

– ett skydd mot RS-virus



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

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

**Indikationer:**

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

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

Förpackningar: Pulver och vätska till injektionsvätska, lösning 50 mg och 100 mg.  
Doserings: 15 mg/kg kroppsvikt. För ytterligare info se [www.FASS.se](http://www.FASS.se)

## Barnläkaren

Tidningen Barnläkaren utkommer med sex nummer årligen och är Svenska Barnläkarförningens medlemstidning.

## Ansvarig utgivare

Göran Wennergren  
goran.wennergren@pediat.gu.se

## Tillförordnad redaktör

Jonas F. Ludvigsson  
jonasludvigsson@yahoo.com

## Redaktionssekreterare

Viveca Karlsson  
Viveca.Karlsson@ki.se  
Tel: 08-517 747 43

## Redaktionsråd

Hugo Lagercrantz  
Hugo.Lagercrantz@ki.se

## Manuskript insändes per mail till:

Jonas F. Ludvigsson  
jonasludvigsson@yahoo.com

## Prenumerationsärenden och adressändringar

Sveriges Läkarförbund  
Medlemsregistret  
Box 5610  
114 86 Stockholm  
Tel: 08-790 33 00  
Fax: 08-790 33 16

## Annonsera i Barnläkaren

Taylor and Francis  
Box 3255  
103 65 Stockholm  
sales@tandf.no

## Förlag

Taylor & Francis  
Karola Ruckle  
Box 3255  
103 65 Stockholm  
Tel: 08-440 80 40  
Fax: 08-440 80 50  
karola.ruckle@se.tandf.no

## Tryck

Wallin & Dalholm Boktr., Lund

# Innehåll

## LEDARE

Barnläkekonstens fader fyller 300 år 3

## REDAKTÖRENS RUTA

4

## SPECIALISTINDELNING

Ny målbeskrivning för specialistutbildningen 6

## NYTT ONLINE

BLUs nya hemsida 9

## 300-ÅRS JUBILEUM

Nils Rosén von Rosenstein – pediatrikens fader 10

## UTBILDNING

Karolinska Universitetssjukhuset:  
Sveriges största utbildningsplats för blivande barnläkare 13

## TEMA:

### BARNVERKSAMHET & FORSKNING VID UNIVERSITETSSJUKHUS

LINKÖPING: Pediatrik Neuro-Urologi och Tarmstörningar (PNUT) 17

ÖREBRO: Dysmeli 19

LUND: Benmärgstransplantationer 21

MALMÖ: Blödnings- och koagulationssjukdomar 23

UPPSALA: Hjärtrytmrubbningar 25

Kathleen ska göra en ablation i narkos 27

STOCKHOLM: Barnets kärlträd – avtryck från fostertiden  
skvallrar om framtida hälsa 28

## KALENDARIUM

32

# LÅT LEKEN RULLA VIDARE! AERIUS – NU FRÅN 1-ÅRSDAGEN



- **För de minsta** – AERIUS lindrar symtom av allergisk rinit och kronisk idiopatisk urtikaria från första dosen.
- **Bättre start på dagen** – morgonen är den tid på dygnet då patienter med allergisk rinit upplever symtomen som värst. AERIUS gör besvärliga morgnar lättare och ger 24 timmars symtomlindring.<sup>1,2</sup>
- **Effekt som räcker** – AERIUS med dokumenterad effekt hela dygnet.
- **Praktisk dosering** – AERIUS doseras en gång per dygn och finns som tablett eller sirap.

**AERIUS**<sup>®</sup>  
desloratadin



FÖR EN AKTIV OCH LEKFULL DAG

Aerius, desloratadin är ett icke-sederande antihistamin indicerat vid allergisk rinit och kronisk idiopatisk urtikaria från ett års ålder.

Aerius finns som tablett 5 mg från 12 års ålder och som sirap 0,5 mg/ml från 1 års ålder. För mer information se [www.fass.se](http://www.fass.se).

**Referenser:** 1. Smolensky M, Reinberg A, Labrecque G. Twenty-four hour pattern in symptom intensity of viral and allergic rhinitis: treatment implications. *J Allergy Clin Immunol.* 1995;95:1084-1096. 2. Meltzer EO, Premer BM, Nayak A, and the Desloratadine Study Group. Efficacy and tolerability of once-daily 5 mg desloratadine, an H1-receptor antagonist, in patients with seasonal

allergic rhinitis: assessment during the spring and fall allergy seasons. *Clin Drug Invest.* 2001;21:25-32.

 Schering-Plough

Tel 08-522 21 500, [www.aerius.se](http://www.aerius.se), [www.allergi.nu](http://www.allergi.nu)

# Barnläkekonstens fader fyller 300 år

Kära kollegor!

I år är det som bekant 300 år sedan Nils Rosén von Rosenstein föddes. *Barnläkaren* uppmärksammar i detta nummer mannen som brukar kallas barnläkekonstens fader med en mycket läsvärd artikel av Martin Jägervall. I Uppsala har under våren hållits ett uppskattat jubileums-symposium till Rosén von Rosensteins ära och Museum Gustavianum har haft en utställning om honom. I Svenska Läkaresällskapets bibliotek pågår en utställning baserad på rara böcker ur Hagströmerbiblioteket. Själv har jag just avslutat läsningen av uppsalakollegan Iréne Sjögrens intressanta bok "Nils Rosén von Rosenstein – Mannen som förlängde människolivet" som kommit ut lagom till jubiléet (Carlsson Bokförlag, 469 s).

Rosén var ju samtida med Linné. I likhet med Linné disputerade Rosén i holländska Harderwijk. Avhandlingstiteln var "De historiis morborum rite consignandis", dvs "Om sjukhistoriens riktiga nedtecknande", förvisso viktigt än idag. År 1742 skedde det berömda professorsbytet där den kliniske läkaren Rosén åtog sig professuren i anatomi och praktisk medicin medan botanikern Linné fick professuren i medicin och botanik.

Det var år 1753 som Rosén började publicera sina artiklar om barnläkekonst i Kungliga Vetenskapsakademiens små almanackor, ett av dåtidens bästa sätt att nå ut brett i landet. Det var dessa artiklar han år 1764 samlade i vad som kallats världens första riktiga lärobok i pediatrik, "Underrättelser om Barn-Sjukdomar och deras Bote-Medel". År 1771 kom den ut utökad med nyttillkomna artiklar.

Vad var det då som gjorde Roséns insats så nydanande förutom läroboken? Ja, Iréne Sjögren pekar på hans förmåga att sätta barnet i centrum och framhåller att Rosén i en tid med mycket hög barnadödlighet visade att barn kunde vara livskraftiga om de fick rätt vård. Rosén lyfte fram amningens betydelse, han betonade vikten av sjukdomsförebyggande insatser och lanserade idén om nyttan av tidigt insatt behandling. Allt tankar som står sig än idag. Han var också förespråkare för smittkoppsympling

(variolisation eller variolation), föregångaren till vaccination mot smittkoppor, den tidens fruktade farsot.

Som akademisk lärare moderniserade Rosén undervisningen för medicinstudenterna. I sin praktiska lärargärning införde han det vi idag skulle kalla bed-side-undervisning. Hans installationsföreläsning som professor, "De apto medicinae studioso", handlade om hur de medicine studerande kunskapsmässigt och praktiskt på bästa sätt skulle utrustas för sina kommande arbetsuppgifter. Han förberedde också marken för att kirurgin skulle accepteras som akademiskt undervisningsämne.

Roséns person präglades av mildhet och vänlighet. När han år 1762 adlades med namnet von Rosenstein blev hans valspråk helt följdriktigt och något underfundigt: "Sine Spinis" (utan taggar).

Hjärtliga hälsningar

Göran Wennergren

Ordförande i Svenska Barnläkarföreningen



Göran Wennergren  
Ordförande i Svenska Barnläkarföreningen

# Redaktörens ruta



Hej!  
Välkommen till årets fjärde nummer av tidningen *Barnläkaren*!

Det här numret innehåller mycket för den historiskt intresserade barnläkaren. Martin Jägervall har skrivit en lysande redogörelse för Pediatrikens fader. Jag måste själv erkänna att det var först efter att ha läst

hans spännande artikel som jag förstår vad "den där Rosenstein" betytt. I hans anda borde BLF ställa sig bakom en egen almanacka (år 2008?) med notiser om barns hälsa och barnsjukdomar! Inkomsterna från en sådan almanacka skulle sedan kunna användas för att finansiera utbildningsaktiviteter och BLF-möten.

För precis ett år sedan arbetade jag med mitt första nummer av *Barnläkaren*. Då skildrade vi livet på öppenvårdsmottagningarna. Nu tar vi klivet in i slutenvården. I detta nummer berättar flera barnläkare från sex av Sveriges universitetssjukhus om sin verksamhet. Vi får veta mer om benmärgstransplantationer (och vad de egentligen heter), dysmeli, Barkerhypotesen, hjärtarytmier, PNUT, och koagulationsrubbningar. Mycket spännande!

Kanske vill fler barnkliniker berätta om sin verksamhet, hör då gärna av er till mig!

## PRESSLÄGGNINGSDATUM

**Nr. 5** Deadline för manus 28/8 och annonsinlämning 11/9, distribution 2/10

Jag gör nu mitt sjunde av planerade nio nummer. Att arbeta med *Barnläkaren* är oerhört stimulerande men jag känner att det är dags att lämna vidare stafettpinnen. Den som är sugen på att ta vid hör lämpligast av sig till Ordförande Göran Wennergren i Göteborg.

Dock laddar jag redan nu för spännande reportage och inslag i höstens nummer av tidningen. I dessa nummer (5+6) ska vi slutföra diskussionen om ST-läkarnas arbetssituation samt redogöra för hur svenska barnklinik-chefer ser på sitt uppdrag. Vi kommer också att diskutera om barnläkare är tillräckligt aktiva i det allmänna opinionsarbetet. Konsultfirman Hill & Knowlton Sweden AB har för *Barnläkarens* räkning gått igenom alla debattartiklar i DN, SvD, Aftonbladet och Expressen. Vi på *Barnläkaren* har kompletterat med GP:s och Sydsvenskans artiklar. Hur aktiva är barnläkare i debatten och vilka ämnen vill vi bedriva opinion för? Professor Lennart Weibull, vid SOM-institutet i Göteborg, kommer vidare att skriva om svenskarnas förtroende för läkarkåren. Hur har förtroendet utvecklats över tid? Mer om detta dock i ett kommande nummer!

Vi går spännande läsning till mötes.

Augustihälsningar från Örebro,  
Jonas

Du som vill bidra till *nästa* nummer bör inkomma med ditt bidrag **senast 28 augusti**. Jag vill också be alla skribenter att bara skicka in **slutversionen** av sina dokument. Denna version kan sedan endast i undantag ändras. Detta för att jag inte ska behöva lägga ned arbete på att ersätta redan korrekturlästa och kategoriserade bidrag.

Skriv till: [jonasludvigsson@yahoo.com](mailto:jonasludvigsson@yahoo.com)  
(obs! ingen punkt mellan för- och efternamn).

# Stor nyhet för små barn!

Singulair® 4 mg granulat  
– godkänt från  
6 månaders ålder



I spädbarnsåldern är virusinfektioner en vanlig utlösande faktor för förlorad astmakontroll<sup>1</sup>. Försvårade astmasymtom från luftvägarna upplevs ofta som frustrerande och påfrestande både för barnen som drabbas, och deras familjer.



Singulair 4 mg granulat finns nu tillgängligt och är godkänt som tilläggsbehandling från 6 månaders ålder. Granulatet doseras en gång per dygn och kan blandas i en smakportion av t.ex. frukt- eller grönsakspuré

Singulair är indicerat vid astma som tilläggsbehandling hos de patienter med mild till måttlig kronisk astma som ej uppnått fullgod kontroll vid behandling med inhalationssteroider och hos vilka "vid behovsmedicinering" med kortverkande  $\beta$ -agonister ej givit tillräcklig klinisk kontroll av astman.

Singulair är inte avsett för behandling av akuta astmaanfall

1) Carlsen HK et. al. Arch Dis Child 1984;59:310-15.

**SINGULAIR®**  
(montelukast natrium, MSD)

Singulair 4 mg granulat, 28 dospåsar/förpackning  
Singulair 4 och 5 mg, 28 och 98 st tuggtablett/förpackning  
Singulair 10 mg, 28 och 98 tablett/förpackning  
Leukotrienreceptorantagonist mot astma



Tel: 08-626 14 00

# Ny målbeskrivning för specialistutbildningen

I och med att remissen angående ny indelning av medicinska specialiteter godkändes av regeringen i december 2005 bestämdes också att alla målbeskrivningar för specialistutbildningar skulle skrivas om enligt en gemensam modell. Den nya specialistindelningen skall börja gälla fr o m 1 juli 2006 med en övergångsperiod om 5 år. Det inrättades ett rådgivande organ, det Nationella rådet för specialiseringstjänstgöringen, som är utsedd av regeringen. I Nationella rådet finns representant för Sveriges Läkarsällskap, Sveriges Läkarförbund, Sveriges kommuner och landsting, Sveriges yngre läkares förening, Universitetet m fl. Det nationella rådet har ett övergripande ansvar för målbeskrivningarna och tillsatt som sakkunnig i utbildningsfrågor är Bernhard Grewin.

I den nya modellen för målbeskrivning finns angivet att varje specialitet övergripande skall beskriva sitt kompetensområde. Därefter har varje specialitet möjlighet att för medicinsk kompetens använda 12 delmål som kortfattat skall beskriva *vad* som skall läras, *hur* kompetensen skall inhämtas och *hur man ska mäta* kvaliteten och inhämtandet av ny kompetens. Till detta kommer 3 separata ämnen som skall gälla för samtliga specialiteter och är följande; ledarskap- och organisation, kommunikation och medicinsk vetenskap och kvalitetsarbete. I dessa områden kan också max 3 delmål uttryckas på liknande sätt som för den medicinska kompetensen. Den nya modellen finns beskriven på Socialstyrelsens hemsida med exempel från kirurgi och allmänmedicin som tillsammans med internmedicin, psykiatri och klinisk kemi var med och arbetade fram modellen. ([www.sos.se](http://www.sos.se))

Då vi i BLF's utbildningskommitté fick i uppgift att skriva om vår målbeskrivning ser vi det som synnerligen angeläget att alla barnläkare inkluderande de som är under utbildning känner sig inbjudna att delta i processen med att utforma en ny målbeskrivning. Det är viktigt att hänsyn tas till ramen för utformningen som är bestämd. Den övergripande delen ska vara kortfattad och så även den allmänna beskrivningen under delmål på medicinsk kompetens. Det man då kan arbeta vidare med är bilagor eller checklistor där mer detaljerad information kan ges. Det skall bli lättare att kunna revidera checklistor medan

den allmänna texten skall vara så utformad att den skall vara giltig under längre period.

Helt klart ser vi här betydelsen av att kunna få med de kompetensområden som vi anser vara av stor betydelse för dagens och framtidens barnläkare. I vår tidning *Barnläkaren* har trevliga artiklar presenterats i detta ämne som väl beskriver några aspekter på kompetensbredd i en barnläkares utbildningsbehov. Det som också poängteras är att det är svårt att få plats med allt inom en utbildning om ca 5 år. Det är här angeläget att påpeka att vissa utbildningsmoment väl bör påbörjas under specialistutbildningen men att ST-läkaren måste ta ett ansvar för sin utbildning i ett livslångt lärande (CPD- continuous professional development).

Vi har haft ett första möte för att påbörja arbetet med målbeskrivningen och har till utbildningskommittén adjungerat professor Karin Fälth Magnusson i Linköping och Michael Bergström projektansvarig SKL. Vi har arbetat fram en tidsplan där vi i augusti presenterar förslaget för BLF's styrelse och sedan går ut till sektioner och medlemmar genom att ha en portal på BLF's hemsida. Detta för att ha en så bra och kreativ dialog som möjligt. Vi planerar samarbeta med ansvariga för grundutbildningen för att bygga vidare på de nya pedagogiska framsteg man där infört. Allt för att specialistutbildningen skall kunna bli så optimalt utformad som är önskvärt.

Vi i utbildningskommittén vill alltså gärna ha in synpunkter från er angående det arbete vi lägger ut på portalen. Genom ett interaktivt arbete hoppas vi kunna utforma en målbeskrivning som skall ge en bra utbildning till framtidens barnläkare med alla de hänsyn som måste tas till de snabba förändringar som sker både inom medicinsk vetenskap som i samhället i stort.

## Kommentarer till ST-enkater

Den enkätundersökning om utbildningsförhållande som gjorts bland ST-läkare i pediatrik i Sverige visar på att det är flera områden som bör förbättras. Det framgår tydligt att det råder skillnader mellan olika utbildnings sjukhus, både gällande extern utbildning och regler för hur forskning kan räknas in i specialistutbildningen. Det



**Helsingborgs lasarett**  
En del av Region Skåne

*Helsingborgs lasarett är ett av Region Skånes fyra akutsjukhus. Här bedrivs kvalificerad akutsjukvård under dygnets alla timmar. Lasarettet är den största hälso- och sjukvårdsproducerande enheten i Nordvästskåne och erbjuder invånarna vård inom de flesta specialiteter.*

Sektionen för Barn- och ungdomsmedicin  
söker

## Specialistläkare/ Överläkare

Ref nr 21L/2006

Är Du sugen på något nytt?

Sällan uppstår tillfället i Helsingborg men nu söker sektionen för Barn- och ungdomsmedicin vid Lasarettet

### 2 specialistläkare/överläkare

Vi är en grupp om 27 barnläkare innefattande 6 ST-läkare, 1 BHV-öl och 1 SHV-öl. Övriga i gruppen är specialister med allmänpediatriken som bas och flera har sen olika inriktningar inom specialiteten.

Barn- och ungdomsmedicin utgör en sektion inom Barn-Familj-Kvinnosjukvård och innefattar akutmottagning dygnet-runt för Nordvästra Skåne, en vårdavdelning med 24 vårdplatser för pediatrik men även kir/ort/önh. En stor tidsbeställd mottagning samt en expanderande dagsjukvårdsenhet har fullt upp att göra. På lasarettet föddes förra året cirka 3000 barn. Nyföddhetsavdelningen har 12 vårdplatser.

Du som känner dig lockad ska ha allmänpediatriken i botten och särskilt intressant är om du har någon inriktning t ex cardiologi/ neonatologi/ endokrinologi/ nefrologi etc. Jourverksamhet ingår och i en av tjänsterna ser vi bakjourstjänst som viktigt. Stor vikt fästs vid personliga egenskaper.

Samtidigt vänder vi oss till dig som vill prova på pediatriken antingen för första gången eller på något nytt ställe. Kravet är läkarlegitimation. Nu i höst och framöver är det några yngre kollegor som går på föräldrarledighet respektive randningstjänstgöring i sin ST. Därför kan vi nu också erbjuda

## Underläkarvikariat

Ref nr 22L/2006

För mer information kontakta:

Verksamhetschef Claes Lindoff, Barn-Familj-Kvinnosjukvård, tfn 042-10 37 30 eller sektionschef Jan Neiderud, Barn- och ungdomsmedicin, tfn 042-10 19 20, mobil 070-659 19 20.

Facklig företrädare Anders Wihlborg, tfn 042-10 12 89.

Välkommen med din ansökan senast 2006-09-18.

Vi vill att du ansöker online på: [www.skane.se/platsnytt](http://www.skane.se/platsnytt)



är viktigt att arbeta för en specialistutbildning som ger en bred allmänkompetens i enlighet med den överenskommelse som gjorts inom CESP, dvs en "common trunk". SPUR inspektion som tidigt företagits inom barnläkarutbildningen har haft en viktig funktion till att förbättra utbildningen och kunna ge råd till förändringar. Det bör också vara samma regler för hela Sverige angående hur lång tid av forskning man får tillgodoräkna i specialistutbildningen. I denna fråga har BLF rekommenderat att högst 6 månader skall få räknas om målbeskrivningen i övrigt kunnat uppfyllas. Redan idag anser många ST-läkare att det är svårt att hinna få en bred utbildning under de 5 år man räknar som minimitid idag. Det är viktigt att olika pedagogiska metoder för optimal inläring görs tillgängliga och underlättar för ST-läkaren.

Det framgår också tydligt att handledarfunktionen behöver förbättras.Handledning behöver schemaläggas eller prioriteras högt. Det är annars stor risk för att klinisk verksamhet prioriteras istället. I den nya målbeskrivningen kommer handledarens betydelse för utbildningens kvalitet att ytterligare betonas. Det gäller både funktionen som mentor men också den kontrollerande delen angående kunskapsinhämtning. För att underlätta denna del kommer vi i utbildningskommitten att arbeta med check-listor och ST-läkaren kommer att behöva ha en portfölj med dokumentation på sin kompetens.

Helt klart är att det är ett genomgående problem att skapa arbetstid för teoretiska studier i den kliniska tjänstgöringen. Som tidigare förefaller det som om ansvaret för dessa studier ligger på ST-läkaren och dennes fritid. Det är önskvärt att också denna del av utbildningen kan förbättras.

Glädjande är att majoriteten är positiva till kunskapskontroll även om det påtalas att förbättring bör göras också inom detta område. Det är många intressanta uppgifter som ligger i framtiden för utbildningskommitten att arbeta med.

---

JEANETTE MARTINELL, Överläkare och studierektor,  
Drottning Silvias Barnsjukhus



# EFFEKTIVT & ENKELT

Alcon presenterar en ny möjlighet för behandling av bakteriell konjunktivit – **Tobrex Depot** (tobramycin 0,3%).

**Tobrex Depot** har en ny beredning innehållande xantangummi som ger högre koncentrationer av den aktiva substansen en längre tid på ögat. Därigenom minskas antalet doseringstillfällen till två per dag.

Detta tillsammans med en låg frekvens av obehag<sup>1</sup> vid droppningen i ögat innebär att **Tobrex Depot** är ett bekvämt alternativ för både patienten och den behandlande läkaren.

**Tobrex Depot** är godkänt för behandling av vuxna och barn från ett års ålder.



**Tobrex<sup>®</sup> Depot**  
TOBRAMYCIN 0,3%  
ÖGONDROPPAR, LÖSNING

– behandlingsalternativet  
som *inte* lämnar badrummet!

ALCON SVERIGE AB BOX 12233, 102 26 STOCKHOLM. TELEFON: 08-634 40 00. FAX: 08-80 67 17.

**Alcon<sup>®</sup>**

<sup>1</sup>Den vanligaste behandlingsrelaterade bieffekten (1,5%) var symptom liknande en allergisk ögonreaktion med pruritus, hyperemi och ökat tårflöde. (Ref:SPC) För fullständig information, se FASS.se

# BLUs nya hemsida

BLU – Nätverket för barnläkare under utbildning – har äntligen fått en ny hemsida! Efter en längre tids tröda finns på nytt ett självklart forum för landets yngre barnläkare. Hemsidans adress, [www.blu.to](http://www.blu.to), kan kräva en kort förklaring: Suffixet ".to" står för inget mindre än kungariket Tongas internetdomän. De mer välkända .se, .net, m.fl. var alla upptagna.

Hemsidan är enkelt uppbyggd med ett rättframt menysystem. Förstasidans notiser visar de mest aktuella inläggen och i högermarginalen tipsas om särskilt intressanta länkar. Längst ner i sidfoten finns en rad färgglada rektanglar som kanske förbryllar? Det är länkar till förstklassiga produkter som varit, och fortfarande är, till stor nytta i byggandet och underhållet av sajten. De är väl värda ett besök!

## BLUs länksamling

Hemsidans snabbt växande samling pediatrika länkar kommer förhoppningsvis att fungera som ett dragplåster. Länkarna är indelade i "pärmar" och "stenciler". Den första rubriken står för länkar av portalkaraktär, d.v.s. sidor som länkar vidare till barnmedicinska dokument. Utmärkta exempel är den kanadensiska barnläkarföreningens hemsida och amerikanska National Guideline Clearinghouse. "Stencilerna" är länkar direkt till information om specifika pediatrika sjukdomstillstånd. Goda exempel är stencilerna från BLFs sektion för barn- och ungdomsallergologi och artiklarna om höftledsdysplasi.

Det finns ett väl utbyggt och enkelt system för besökare att själva föreslå länkar och kommentera dem som redan finns. Ju mer läsarna själva bidrar med inlägg och länktips, desto bättre blir förstås sajten!

## Prenumerera på nyheter från BLU

Ett viktigt sätt att hålla kontakten inom nätverket är informationsbladet "Info från BLU", som kommer ut med oregelbundna intervaller. Detta är ett utmärkt sätt att sondera åsikter, synpunkter och inställningar hos landets yngre barnläkare.

Ett problem har tidigare varit att nå ut med information om exempelvis kurser. BLUs kontaktpersoner runt



om i landet är ovärderliga informatörer, men när ändå inte alltid alla berörda. Nu finns det emellertid ett enkelt sätt för alla att ta del av nyheter och länktips från BLU. Tekniken heter RSS (*Really Simple Syndication eller Rich Site Summary*) och är busenkel att använda, även för den mest uttalade IT-novis! På hemsidan finns mer information om RSS i allmänhet och BLUs nyhetsflöden i synnerhet.

## Kontakt

Adressen till BLUs hemsida är alltså [www.blu.to](http://www.blu.to). E-postadressen är [info@blu.to](mailto:info@blu.to). För att registrera eller avregistrera ditt medlemskap i BLU - mejla [register@blu.to](mailto:register@blu.to).

JENS BÄCKSTRÖM, ST-läkare, Sundsvalls sjukhus,  
Ordförande för BLU

# Nils Rosén von Rosenstein

## – pediatrikens fader



Nils Rosén von Rosenstein är framför allt ihågkommen som ”pediatrikens fader”. 2006 firar vi hans 300-års-jubileum med bland annat stort jubileums-symposium, utställningar och föreläsningar.

Nils Rosén föddes den 11 februari 1706 i Sexdrega, nära Borås, där fadern var kyrkoherde. Efter skolgång i faderns privatskola samt på gymnasium i Göteborg, flyttade han till Lund 1720 för att i enlighet med faderns önskemål påbörja studier i teologi. Nils Rosén hade dock sedan länge själv velat läsa medicin, vilket han med stöd från sina lärare började göra vid Lunds Universitet 1723. Han hade emellertid svårt att finansiera sina studier, varför han tvingades flytta till Stockholm redan 1724. Där arbetade han som lärare och översättare samtidigt som han på fritiden fortsatte sina medicinstudier.

1728 fick han, efter rekommendation och trots sin ringa ålder samt det faktum att han inte hade en fullständig utbildning, tjänsten som amanuens vid den medicinska fakulteten i Uppsala. Innan han påbörjade sitt arbete förutsattes han, i enlighet med dåtidens praxis, att göra en studieresa till ett flertal europeiska universitet och kliniker. Resan gjordes tillsammans med universitetskanslern Cronhielms styvson, baron Mauritz Posse och varade i tre år. Den avslutades med en doktorsavhandling vid universitetet i Harderwijk i Holland över ämnet ”att skriva fallbeskrivningar”.

Efter några framgångsrika år som amanuens fick han, i konkurrens med Carl von Linné, professuren i botanik 1740. Linné fick sedan professuren i medicin 1741. 1742 kunde Linné och Rosén byta sina professurer så att de fick den tjänst som de var bäst lämpade till.

### En ny era i den svenska medicinen

Som professor i medicin började Rosén meddela klinisk undervisning vid sjuksängen, vilket inledde en ny era i den svenska medicinen, eftersom det var först från denna tid läkare i praktiken kunde få hela sin vetenskapliga utbildning inom landet.

Dessutom inledde Rosén en upprustning av universitetssjukhuset (nosocomium). Nils Rosén blev känd som

en värtalig lärare, som stödde sin medicinska verksamhet på anatomi, fysiologi och framför allt klinisk observation och egna iakttagelser.

Rosén kvarstannade på sin professur fram till 1756, då hans uppgift som kunglig livmedikus, som han erhöll redan 1746, blev alltmer betungande. Dessutom började hälsan svikta på grund av njursten och reumatoid arthrit. 1762 adlades han under namnet von Rosenstein.

Nils Rosén var bland annat en stor förespråkare för variolation, en metod att skyddsypa med smitta från äkta smittkoppor, och utförde variolation i stor utsträckning. Metoden var inte ofarlig, vilket han själv bittert fick erfaras då både hans 3-åriga dotter samt ett fosterbarn dog efter en variolation. Trots dessa erfarenheter fortsatte han sin verksamhet och ympade bland annat hela den kungliga barnaskaran med gott resultat. Nils Rosén von Rosenstein avled 1773 och begravdes i Uppsala Domkyrka, där man kan skåda en minnestavla. Namnet Rosén von Rosenstein dog ut med sonen Nils (1752–1824), som bland annat var kulturminister och ständigt sekreterare i den Svenska Akademien och dotter-sonen Carl, bland annat ärkebiskop.

#### Nils Roséns ”storverk”:

Den svenska läkarutbildningens fader  
Nordens store Arkiater  
Malariabekämpare  
Införde smittkoppsympningen  
Den första medicinska folkbildaren  
Pediatrikens fader

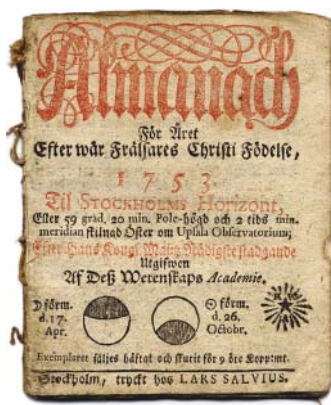
Nils Rosén var arkiater och livmedikus för tre kungar: Fredrik I, Adolf Fredrik samt Gustav III. Rosén fick som husläkare hos kungafamiljen ta hand om Fredrik

I's sista sjukdomstid med bland annat flera slaganfall. Han ansvarade för Adolf Fredriks och Lovisa Ulrikas samtliga förlossningar, däribland den förstfödde som senare blev kung Gustav III. Adolf Fredriks huvudvärk botades med brunnskur vid Loka Brunn, en insats som Lovisa Ulrika belönade en minnessten som fortfarande kan beskådas vid Loka Brunn, samt en adelstitel.

Malaria var en spridd sjukdom i 1700-talets Sverige, bland annat i Uppsalatrakten. Sjukdomen hade många namn, bland annat Fråssan eller Uppsalafeber. Linné skrev sin avhandling om sjukdomen och hävdade att sjukdomen berodde på lerhalten i dricksvattnet som varierade på olika platser och skulle därmed förklara geografiska skillnader i sjukdomsspridningen. Rosén var däremot stor förespråkare för användande av barken från ett träd i Peru, quina-quina (kinabark), som genom den aktiva komponenten kinin var toxiskt för malaria-parasiten.

Smittkoppsvirus förorsakade ständiga epidemier, i vilka vissa år 8–9000 barn avled. Rosén hävdade med rätta att kopporna var ”största skulden til vår med skjäl öfverklagade folkbrist”. Rosén blev tidigt en stor förespråkare för en metod som spreds från England, där man använde sig av levande smittkoppsvirus – variolation eller koppypning. Han skrev bland annat: ”All ting strider för koppypning – både theorie och ärfarenhet, både religion och moral”. Trots personlig tragedi, där hans dotter och ett fosterbarn dog efter koppypning, startade han en koppypningsanstalt och koppypade kungahusets hela ”barnaskara”, med Gustav III i spetsen, 1769.

## Svenska almanackan



almanackor, med uppenbara kvalitetsproblem som följd. 1749 erhöll dock Kungliga Vetenskapsakademien,

Roséns största insats för den allmänna folkhälsan var absolut hans artiklar i den svenska almanackan. Almanackan fick förfäste i Sverige från 1500-talets slut och svarade för 1/4 av tryckta titlar under 1600-talet.

Vem som helst fick ge ut



utgivare fram till så sent som 1972, då privilegiet hävdades.

Almanacksutgivningen har genom åren inneburit stora intäkter för Vetenskapsakademien, som bland annat möjliggjort verksamheter som SMHI, Etnografiska museet och Naturhistoriska Riksmuseet.

## Uppdrag från Kungliga Vetenskapsakademien

Vid 1700-talets mitt var barnadödligheten i Sverige mycket hög – 20–30% dog under det första levnadsåret, 50% dog före fem års ålder. Dessa fasansfulla siffror blev mer uppenbara för staten när tabellverket startade sin unika statistiska verksamhet 1749.

En rad åtgärder planerades för att försöka minska barnadödligheten.

Bland annat fick Nils Rosén i uppdrag av Kungliga Vetenskapsakademien att skriva artiklar om barnsjukdomar i den svenska Almanackan, som då hade en fantastisk spridning med en upplaga på över 200.000 exemplar per år och en stor genomslagskraft hos den läskunniga befolkningen. Rosén skrev 1–2 artiklar varje år och skrev den första artikeln 1753, den sista 1771. Totalt skrev han 57 artiklar, vilket motsvarade 66% av det totala antalet artiklar (i alla ämnen) mellan 1753–1771. Roséns ord fick en enorm spridning och betydelse – han måste betraktas som den största medicinska folkbildaren i Sverige någonsin.



1764 gavs de dittills publicerade artiklarna ut i bokform – ”Underrättelser om Barn-Sjukdomar och deras Botemedel”, världens första pediatriklärobok. Boken rönt stor uppmärksamhet och popularitet och har bidragit till att Nils Rosén von Rosenstein ofta kallas ”Pediatrikens fader”. Flera svenska upplagor följde liksom ett flertal utländska översättningar (se tabell 1, sid 12).

”Underrättelser om Barn-Sjukdomar och deras Botemedel” skrevs på svenska och med ett språk som gjorde den förstådd även hos den läskunniga allmänheten. Förutom ren sjukdomslära innehåller boken många

Tabell 1

Språk	Antal utgåvor	Årtal
Svenska	5 (inkl almanackserien)	1753–1851
Tyska	6	1766–1798
Holländska	2	1768–1779
Danska	1	1769
Engelska	1	1776
Franska	3	1778–1793
Italienska	4	1780–1798
Österrikiska	2	1787–1793
Ungerska	1	1794
Tjeckiska	1? (Har ej återfunnits)	

Tabell 2

Kapitel	Rubrik	Sidnr
1	Underrättelse om Ammor	1
2	Om Förstoppelse	17
3	Om Ände-tarmens Utfallande	19
4	Om Hudlöshet	20
5	Om Wäderbräck	21
6	Om Snufwa	21
7	Om Ref (=kolik)	22
8	Om Ondt för Tänder	26
9	Om Tårsken	33
10	Om Convulsioner och Hjärtsprång	39
11	Om Diarrhée hos Barn	39
12	Om Koppor	93
13	Om Koppors Ympning	150
14	Om Mässling	190
15	Om Mässlings Ympning	212
16	Om Upkastning	213
17	Om Hosta hos Barn	229
18	Om Kik-Hosta	241
19	Om Frässan eller Ältan	250
20	Om Maskar	273
21	Om Ängelska Sjukan	332
22	Om Utslag eller Skabb	355
23	Om Ohyra	363

praktiska observationer rörande allmän barnavård och hygien, uppfödning, mm. Flera av observationerna är gjorda av Rosén själv och berikas med åskådliggörande fallbeskrivningar. Dessutom hänvisar Rosén till iakttagelser och slutsatser gjorda av andra samtida läkare, vilket vittnar om ett stort nationellt och internationellt utbyte.

Innehållsförteckningen i den första bokutgåvan, som framgår av tabell 2, ger en intressant bild över 1700-talets sjukdomspanorama och genom de olika kapitlens sidantal i viss mån även en antydning om vilken hotbild de olika sjukdomarna utgjorde för barnen (tabell 2). Den snabba spridningen i Europa samt alla vitsord visar att Roséns bok var och är ett värdefullt verk inom pediatriken. För dagens läsare ger boken en unik inblick i barnets levnadssituation i 1700-talets Sverige.

Rosen skrev även en anatomilärobok, "Compendium Anatomicum", samt på drottning Lovisa Ulrikas uppmaning ett dåtida FASS, "Hus och Rese-Apotheque".

MARTIN JÄGERVALL, Överläkare, Barn- och Ungdomskliniken, Växjö

### För den som vill läsa mer:

Jägervall, Martin. Nils Rosén von Rosenstein och hans lärobok i pediatrik. Studentlitteratur, 1990.

Nilsson I, Nilsson P. Medicinsk dokumentation genom tiderna. Läkartidningen 2003;100:4304-6

Sjögren, Irene. Nils Rosén von Rosenstein – Mannen som förlängde livet. Carlssons, 2006.

### Ett måste för varje barnläkare!

Nils Rosén von Rosensteins barnlärobok från 1764 i "nytryck".

Pris: 200 kronor inkl moms och porto.

Beställes genom jagervall@home.se

# Karolinska Universitetssjukhuset: Sveriges största utbildningsplats för blivande barnläkare

Vid barndivisionen på Karolinska Universitetssjukhuset arbetar och utbildas drygt 80 underläkare och ST-läkare inom barn- och ungdomsmedicin. Det gör Karolinska Universitetssjukhus till den största utbildningsinstans av barnläkare i Sverige. Frågan är om störst också är bäst?

## Introduktion och bakgrund

Barnens Sjukhus i Huddinge (BS) fyllde 30 år i april 2004. Astrid Lindgrens Barnsjukhus, intill Karolinska i Solna (ALB), invigdes i mars 1998 (efter sammanslagning av barnkliniker från S:t Görans Sjukhus, Karolinska Sjukhus, och delar av Danderyds Sjukhus).

Under 2003, efter ett par utredningar (1,2) beslutade Stockholms läns landsting att Huddinge Universitetssjukhuset och Karolinska Sjukhuset skulle bli en gemensam organisation från den 1:a januari 2004, under namnet Karolinska Universitetssjukhuset. Visionen var att bli ledande inom vård, vetenskap och utbildning.

Sammanslagningen har gått relativt fort och idag är effekterna av omorganisationen tydliga. Fusionen har uppmärksammats i media och projektet har fått en del kritik senaste året. I december 2005 skrev sjukhusdirektören Cecilia Schelin Seidegård i personaltidningen om ”turbulenta månader på Karolinska” och om ”det stora sparbetet som ålagt oss” (3).

Ett sparpaket innebär ofta personalnedskärningar, och sedan slutet av 2003 har det t ex gått trögt med ST-tillsättningar och dispenser för anställning av vikarierande underläkare. De ST-läkare som uppnått specialistkompetens har inte heller fått nyanställning i samma utsträckning. Situationen har nu stabiliserats och börjar likna den på andra storstadssjukhus i Sverige. Under 2005 och i början på 2006 har det t ex blivit hela 19 stycken nya ST-tillsättningar.

## Ny organisation för Barndivisionen

Sammanslagningen 2004 innebar att Karolinska Universitetssjukhuset blev nordens största barnsjukhus.

Barndivisionen slogs ihop och indelades i 8 verksamhetsområden: akutvård, barnanestesi och intensivvård, barnkirurgi, barnortopedi, neonatologi, samt barnmedicin 1, 2 och 3. Några av verksamheterna ligger på enbart en geografisk enhet, medan andra ligger på tre (Solna, Danderyd, Huddinge).

Divisionens ST-läkare i pediatrik är organiserade inom Barnmedicin 1, och är indelade i 2 grupper: den ena med huvudarbetsplats i Solna och den andra i Huddinge. De står under varsin ST-chef, men har samma verksamhetschef. Nu finns det möjlighet till placeringar i Solna, Danderyd och Huddinge, och på andra platser för BUMM, BVC och BUP. Jourttjänstgöring sker däremot som tidigare på huvudarbetsplatsen. Jourlinjerna håller på att anpassas till EG:s arbetstidsdirektiv.

### BARNDIVISIONEN – FAKTARUTA

Upptagningsområde: Stor Stockholm <sup>o</sup>  
 Antal barn 0–18: 429 148 \* (2004)  
 Antal förlossningar Karolinska Neonatologi ansvarar för: 19 466 (2005)  
 Antal akutbesök (2005)  
 BS: 12 700  
 ALB, pediatrik: 21 771  
 ALB, kirurgi/ortopedi/trauma: 26 706  
 Antal slutenvårdstillfällen: 14 582 (2005)  
 Vårdplatser på hela barndivisionen: 236 (2006)  
 Antal specialister på hela barndivisionen (alla kategorier): 219 ± (2005)  
 Antal ST-läkare inom pediatrik: 74 (2006)  
 Antal vikarierande legitimerade läkare inom pediatrik: 13 (2006)  
 Samt ett antal ST-läkare inom barnkirurgi, anestesi, subspecialiteter och många randande ST-läkare

<sup>o</sup> förutom regionansvar för vissa tillstånd/sjukdomar

\* varav Sachsska Barnsjukhus ansvarar för pediatriken för 118 694 barn

± inklusive barnkirurger, ortopedier, anestesiologer, subspecialister, alla titlar (öb, böb, osv)

## ST-läkare i utvecklingsarbete

I samband med omorganisationen blev det tydligt att det fanns ett behov av samordning och samarbete inom och mellan ST-grupperna, för att undvika orättvisor och skapa möjlighet till förbättring. Genom att bevara BS's tradition med så kallade "ST-konferenser" (en sorts planeringsdag för underläkare och ST) skapades ett sådant mötesforum, och vi genomförde vår första gemensamma "ST-konferens" vintern 2004. Då kartlade vi löneläget, våra arbetsvillkor, forskningsaktiviteter och utbildningsmöjligheter. Vi gjorde också en SWOT-analys (4) som ST-grupp angående våra styrkor, svagheter, möjligheter och hot efter sammanslagningen.

På konferensen 2004 bildades också olika arbetsgrupper som kunde fortsätta bedriva utvecklingsarbete inom specifika områden. Konferenserna har fortsatt en gång per termin och nya grupper har tillkommit. Följande ST-arbetsgrupper verkar idag:

- Arbetsmiljö
- Deltidsarbete
- Forskning
- Hemsida
- Karolinska 2011
- ST-mottagning
- Utbildning

Några ST-läkare har nyckeluppdrag inom FoUU, BLU och den fackliga organisationen. Vi tar därför snabbt del av olika "expertsvar", skrivelser och rekommendationer. Vi följer också upp medarbetarundersökningar, som t ex TEMO (riktad till all sjukhuspersonal), och Karolinskas ST-barometer (riktad förstas till sjukhusets ST-läkare). Dessutom, deltar minst en ST-läkare i andra utvecklingsgrupper, däribland Jourgruppen (BS), Triage på akutmottagning (ALB), Framtidens barnsjukvård i Stockholm. Det ger positiva effekter att flera ST-läkare har engagerat sig i utvecklingsarbete, och det är tillfredställande när vi påbörjar ett projekt, uppnår något delmål, eller viss förbättring.

## Om utbildning och fortbildning

På Karolinska utbildas blivande barnläkare med bred kompetens och uppfyllande av BLF:s målbeskrivning. Vår ST-utbildning baseras i stor del på kontinuerlig kunskapsinhämtning under våra kliniska placeringar. Detta kräver bra planering av tjänstgöringen på ett stort sjuk-

hus med sektoriserade verksamheter och risk för fragmentering. Det gäller att utnyttja de stora patientflödena i sitt lärande vilket inte sällan kan vara ett problem i en tidvis stressad arbetssituation. ST-läkare har möjlighet att redan under ST få spetskunskap inom de flesta av pediatrikens områden, och det finns även ST-block med fortsatt subspecialisering inom t ex neonatologi, kardiologi och neurologi. De flesta placeringarna kan upprätthålla en hög kvalitet på undervisning under morgon- och röntgenronderna, inför och efter ST-mottagningar, och inte minst, med närvaro och ofta aktivt handledning av en "bakjour" dagtid på respektive akutmottagningen.

Den interna fortbildningen är central och viktig. Här bestämmer ST-representanter innehållet i ST-föreläsningar och den så kallade regionundervisningen. Denna har vi tillsammans med ST-läkare på Sachsska Barnsjukhuset, och innebär en fördjupande genomgång av ett ämne en eftermiddag i månad cirka 8 gånger/år och två heldagar per år. Förutom ovanstående, har ST-läkare på ALB följande strukturerade utbildning ca 40 gånger per år:

- Kliniska falldragningar från olika sektioner, 1 gång/vecka;
- "ST-föreläsning", 1 timme/vecka;
- "Journal club" 45 min/vecka, presentation och diskussion kring en vetenskaplig artikel;
- Forskningsföreläsning, 1 timme/vecka.

Och ST-läkare på BS erbjuds följande:

- Kliniska falldragningar, 2 gånger/vecka;
- Klinisk konferens från olika sektioner, 1-1½ timme/vecka;
- "ST-föreläsning", 1 timme/vecka;
- Forskningskonferens, varannan vecka.

De flesta av oss har i sina ST-kontrakt skrivit in en fix tid för teoretisk inläsning på ca 2 timmar/vecka, samt 1-2 veckor betald förberedelsestid för att skriva specialistexamen. Vi uppmanas att ta examen, men den är inte obligatorisk (5). Genomgångar av tidigare specialistexamina arrangeras av ST-gruppen eller ST-chefen, och ses som en bra chans till inläsning.

Vårt dilemma är att vi inte alltid har möjlighet att lämna våra kliniska uppgifter och delta i den ovanstående planerade undervisningen, eller prioritera tid för teoretisk inläsning.

ST-läkare deltar kontinuerligt i kurser (inte bara SK-kurser) och utbildningar, samt i en mängd nationella och internationella konferenser och kongresser ofta med egna föredrag och postrar. Karolinska erbjuder dessutom en ledarskapsutbildning för alla ST-läkare (LUST), som skall följa som en strimma, med planerade utbildningstillfälle ca 20 dagar under 3 år. I LUST ingår bl a genomgångar i ekonomi, organisations och administrations kunskap, kommunikation och retorik samt deltagande i en UGL-kurs.

### Kort om forskningen

ST-läkarna erbjuds forskningsintroduktion motsvarande en vecka på BS eller sex veckors heltidstjänstgöring på ALB. Närheten till Karolinska Institutet (KI) är ett stort plus. KI har två institutioner som omfattar forskningen inom barnområdet *Kvinnors och Barns Hälsa* i Solna respektive *Klinisk Vetenskap* i Huddinge. ST-läkaren förväntas påbörja en separat forskningsutbildning (om inte den är redan påbörjad), vilket är helt i linje med Socialstyrelsens nya målbeskrivningar för läkares specialiseringstjänstgöring (6).

Närmare hälften av ST-läkarna bedriver forskningsarbete idag. Några ST-läkare på Barndivisionen är drivande inom olika forskningsprojekt med huvudansvar för forskargrupper eller projekt. Andra är forskningsaktiva nästan på heltid, och vissa är docenter. Detta medför i många fall en förlängd ST-period vilket tidigare inte återspeglat sig i lönekuvertet. Numera får man dock lönepåslag med 1500 kronor i månaden när man disputeerar och 3000 kronor i månaden när man blir docent.

### Om handledning och ledningen

Alla vikarier och ST-läkare skall ha en egen handledare (vilket uppfylls i stort utsträckning). Antal träffar per år varierar förstås. Handledaren skall i sin tur erbjudas handledarutbildning.

Två gånger per år träffas alla handledare tillsammans med ST-, sektions- och verksamhets-chefer, och diskuterar förbättringsmöjligheter. De har också diskuterat möjligheterna till ett ST-kollegium, men ramarna är inte satta än.

ST-läkaren har (som alla andra medarbetare på Karolinska) rätt till ett årligt utvecklingssamtal med ST-chefen. Det är ett ypperligt tillfälle för att summera det gångna året, kartlägga speciella önskemål och behov, och sätta nya mål.

Målet är att ST-läkaren dessutom skall ha ett samtal med placeringsansvarig i början av placeringen (för att få information om vad som väntar och förväntas av honom/henne), och ett i slutet av placeringen för att utvärdera placeringens innehåll; åstadkommen del av målbeskrivningen; samt för att evaluera ST-läkarens insats. Kopia av utvärderingen skall skickas till ST-läkarens handledare och ST-chef, och kan ligga till grund för t ex det årliga utvecklingssamtalet. I framtiden kan den nya webbaserade Kompetensportföljen (7) som tagits fram av Sveriges Läkarförbund och Svenska Läkaresällskapet vara ett användbart verktyg inför handledningen och vid utvärderingar.

Just nu är tjänsten för ST-reaktor i pediatrik vakant (många av funktionerna utförs av våra ST-chefer), och vi i ST-gruppen ser fram emot en stärkt studierektorsfunktion som blir samordnande och övergripande för oss alla.

### Slutord

Till sist vill jag understryka att ovanstående beskrivning är personligt färgad. Objektiva undersökningar finns dock, och jag kan därför rekommendera läsning av tidigare SPUR (8), på ALB 2004, och på BS 2003, i väntan på nästa; den första gemensamma, SPUR.

På det hela taget, talar mycket för att ST-utbildningen i pediatrik på Karolinska kan bli riktigt bra, om vi tar vara på synergieffekterna av sammanslagningen. Vi som har varit med under processens gång, vet att förändringsarbetet tenderar att pendla mellan ytterligheter, men potentialen finns.

Så visst kan Karolinska, som ledningen önskar, bli en av Europas bästa utbildningsplatser för blivande barnläkare!



MARA CERQUEIRO, ST-läkare, Astrid Lindgrens Barnsjukhus, Karolinska Universitetssjukhus, Solna

### Referenser

1. SNUS - RAPPORT FRÅN UTREDNINGEN OM NYTT UNIVERSITETSSJUKHUS  
<http://www.karolinska.se/upload/overgangswwebextern/imgwiz/atts/KS-2000908-1.pdf>
2. 3S-UTREDNINGEN Det nya universitetssjukhuset och den framtida akutsjukvårds strukturen  
[http://www.sll.se/docs/w\\_3s/1\\_ny\\_struktur/200404\\_delrapport\\_akutsjukvarden.pdf](http://www.sll.se/docs/w_3s/1_ny_struktur/200404_delrapport_akutsjukvarden.pdf)

3. Schelin Seidegård C. Ledningen: Turbulenta månader på Karolinska Karolina #5 2005: s. 24.
4. SWOT. [http://www.mindtools.com/pages/article/newTMC\\_05.htm](http://www.mindtools.com/pages/article/newTMC_05.htm)
5. BLU. <http://www.blu.to/BLUomspecialistexamen.htm>
6. Socialstyrelsen. Nya målbeskrivningar för läkares specialiseringsstjänstgöring – en arbetsmodell. <http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/E6786BD1-C205-4859-8B1F-28ECCF752BFE/3715/20041054.pdf>
7. Min kompetensportfölje. Ett samarbete mellan Läkarförbundet & Läkaresällskapet. <http://slf.nextlearn.com/slf>
8. SPUR. <http://www.slf.se/templates/ArticleSLF.aspx?id=2546>

**Fotnot.** Vid midsommar träffade Stockholms läkarförening ett avtal med Stockholms läns landsting (SLL) som innebär att alla ST-läkare inom SLL får fast anställning från 1 oktober 2006. Överenskommelsen gäller från den 1 oktober 2006. De ST-läkare som vid detta datum har en ST som är tidsbegränsad får denna omvandlad till fast anställning, en s k tillsvidareanställning. Från 1 oktober kan ST bara anställas på tillsvidareanställning. För de som blir klara specialister före 1 oktober skall landstinget ha en likartad tillämpning som för de ST som blir klara efter det datumet.



## STIFTELSEN SVEN JERRINGS FOND anslår 2 miljoner kronor till forskning

**ANSÖKAN SKALL VARA FONDEN TILLHANDA SENAST DEN 20 SEPTEMBER 2006**

Jerringfondens ändamål är att stödja forskning som rör barn och ungdomar med kroniska sjukdomar och funktionshinder.

Fonden tar emot ett stort antal ansökningar om forskningsanslag och forskningsstipendier varje år. År 2006 har fonden beslutat att prioritera vissa forskningsområden;

- Inom medicinsk forskning prioriteras patientnära klinisk forskning
- Inom beteendevetenskaplig forskning prioriteras social integrering av missgynnade barn

Ansökningsblanketter och mera information finns att hämta på fondens hemsida, [www.jerringfonden.org](http://www.jerringfonden.org), under rubriken **Bidrag till forskning**.

---

Jerringfonden, Box 12851, 112 98 Stockholm, tel 08-91 10 01, [www.jerringfonden.org](http://www.jerringfonden.org)

# LINKÖPING:

## Pediatrik Neuro-Urologi och Tarmstörningar (PNUT)



### Enhet med högspecialiserad vård för barn och ungdomar med blås- och tarmstörning

Verksamheten är unik i sitt slag dels då vården riktar sig till både neurogena och idiopatiska blås- och tarmstörningar hos barn och ungdomar dels då utredning, behandling och uppföljning sker på samma enhet av samma personal. Det senare ökar möjligheten för barnet att känna trygghet och att kunna medverka vilket i sin tur förbättrar bedömningsunderlaget och adekvat behandling. Verksamhetens innehåll är uppbyggt med tillämpning av egen forskning (normalt miktionsmönster hos nyfödda, köldtest, förberedelse inför och komplikationer vid katetrisering, kiss-skola, elektrisk stimulering vid överaktiv alt. underaktiv blåsa, transrektal irrigation, livskvalitet hos barn med inkontinens) och övrig forskning inom området. Innehållet i verksamheten består huvudsakligen av neurologisk bedömning, urodynamiska undersökningar och anala undersökningar samt behandling (se tabell). För närvarande är PNUT ensam i landet om att ha ambulatoriska långtidsregistreringar vid cystometri på barn som rutin vid speciella frågeställningar. Den urodynamiska verksamheten följer ICS's (International Continence Society) rekommendationer och nationella rekommendationer, ett arbete som företrädare för enheten deltagit i. Utredning och uppföljning av njurfunktionen görs utifrån nationellt vårdprogram och lokalt PM. Till enheten remitteras barn från hela landet och även enstaka barn från övriga nordiska länder.

### Förberedelse

Undersökning och behandling ställer stora krav på barnets medverkan. Det är viktigt att värna om barnets integritet och tillförlit varför stor vikt läggs på att förbereda barn och föräldrar inför såväl utredning som behandling.

Tabell. Behandling vid blås- och tarmstörning hos barn

<p><b>Beteendeterapier:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ”kiss-skola” för barn med idiopatisk inkontinens</li> <li>• ”kiss-skola” för barn med neurogen blåsstörning med en annorlunda teknik att tömma blåsan</li> <li>• dataspel, videofilm och docka i naturlig storlek där blåsans funktion och innervation kan demonstreras har utvecklats och används som pedagogiska hjälpmedel</li> <li>• biofeedbacktekniker vid blås/tarmstörning av neurogen resp. idiopatisk genes</li> </ul>
<p><b>Övriga terapier:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bäckbottenträning</li> <li>• RIK (ren intermittent katetrisering) och självtappning</li> <li>• transrektal tarmsköljning</li> <li>• farmaka även rektal och intravesikal behandling</li> <li>• elektrisk stimulering vid blåsstörning (AGAS, IVES, tibialisstimulering),</li> <li>• utprovning/förskrivning av kontinenshjälpmedel</li> </ul>

### Neurogen blåsstörning

Största gruppen är barn med ryggmärgsbräck (90–95% har problem med blåsfunktion- och/eller tarmfunktion). Dessutom tillkommer barn med andra ryggmärgsskador såsom resttillstånd efter trauma, tumör eller andra sjukdomar i ryggmärgskanalen. Utredning och behandling startar ofta när barnet är några dagar gammalt eller kort efter skadetillfället och följs sedan enligt ett nationellt vårdprogram för barn med neurogena blås- och tarmstörningar.

## Funktionell blåsstörning

För bedömning av blåsfunktionen hos i övrigt friska barn inleds utredningen med en non-invasiv screening förutom anamnes bestående av observation i hemmiljö av miktionsmönstret och eventuella läckage, urinflödesmätningar, mätningar av resturin med ultraljud. Om behandling med blåsregim ("kiss-skola") inte botar (25 %) utreds barnet vidare med tryck/flödesmätning i första hand.

## Tarmstörning

Tarmstörning kan vara både av funktionell och neurogen karaktär alternativt av organisk orsak. Utredningen innebär bl a ofta analtryckmätning. Behandling vid neurogen tarmskada kan framför allt åstadkomma daglig tömning med tarmsköljning. Hos barn med funktionell tarmstörning gäller det att bryta felaktigt mönster t ex med biofeedback-träning, ofta i kombination med lagemangsbehandling.

## Forskning och utveckling

Ett samarbete mellan klinik och preklinik med syftet att utveckla och utvärdera utrednings- och behandlingsmetoder för barn med blås- och tarmstörningar pågår sedan 15 år. För att utvidga och utbyta kunskaper och diskutera enskilda patienter, urodynamiska undersökningar och eventuell kirurgi träffas företrädare för preklinisk verksamhet och olika kliniska verksamheter på PNUT 1-2 ggr/månad. Studier med multidisciplinär inriktning pågår bland annat kring diuresens betydelse för barn med enuresis nocturna och ett projekt (10 delprojekt) kring oberoende och inkontinens hos barn med olika funktionshinder.

GUNILLA GLAD, SVEN MATTSSON, MONICA ELD

Barnkliniken i Linköping

## NYTT ONLINE

# 99NICU

Stefan Johansson, barnläkare vid Astrid Lindgrens sjukhus, ligger bakom en nyöppnad sajt om neonatal intensivvård. Sajten är mycket lättnavigerad och består dels av ett diskussionsforum med ämnen som återupplivning, vätskebalans och nutrition, men även en mer allmänt hållen del med nyheter och en presentation av neonatologer.

På sikt kan nog 99NICU bli en välbesökt och viktig samlingsplats för neonatologer.

Adress: <http://99nicu.org/forum/>

JONAS F. LUDVIGSSON, Barnkliniken, Örebro



Topic	Status	Date
Feedback	Never	
GENERAL NEONATAL CARE		
prenatal care and fetal growth	Never	
resuscitation	Never	31st May 2006 11:07
fluid and electrolyte balance	Never	
nutrition	Never	30th May 2006 08:00
drug treatment and analgesia	Never	30th May 2006 08:00

# ÖREBRO: Dysmeli



**1. Erik Steninger är ansvarig för dysmeliverksamheten vid Örebro universitetssjukhus. Hur länge har dysmeliverksamheten existerat i Örebro? Hur började verksamheten?**

Dysmeliverksamheten i Örebro startade 1971 i Örebro. Den första myoelektriska proteserna på vuxna kom 1960, och 1971 applicerade Rolf Sörby den proteserna på ett barn i behandling av dysmeli. Sedan dess har dysmelienheten funnits. Sedan utvecklade man den första barnhanden 1976. Därefter bildades svensk dysmeliförening i Örebro 1977. Det är en mycket aktiv förening med mer än 400 aktiva medlemmar. Då låg den här enheten under neurofysiologiska kliniken. 1995 införlivades enheten med barnkliniken och då startades också ett multidisciplinärt arbete efter modell på barnhabiliteringen. Men fortfarande vid det tillfället utgjordes huvudverksamheten av dysmelier med armproteser. Sedan 1998 har vi börjat behandla hand- och bendysmelier där vi har många olika angreppspunkter inbegripet kirurgisk verksamhet och annan hjälpverksamhet. Vi är ett kunskapscentrum när det gäller armdysmelier, och då det saknas ett sådant centrum för bendysmelier har sjukhusledningen i Örebro givit oss i uppdrag att utveckla ett centrum även för bendysmeli. Som led i detta har vi under våren anordnat ett möte om benkomponenter för att samla människor som arbetar kring bendysmeli för att stimulera till samarbete och utveckling av produkter.

## 2. Vilka patientgrupper har ni?

Vi har först och främst barn med dysmeli. När barnen blir vuxna fortsätter de att gå hos oss. Vi har också många patienter med traumatisk amputation, såväl barn som vuxna. Numera har vi barn med armdysmeli från hela landet och vi försöker att utveckla bendysmeliverksamheten till att omfatta hela landet. Vi har också handdysmeli-patienter från regionen.

## 3. Varifrån kommer era patienter (kommer det några från t. ex. Danmark, Norge, Island)?

Både Norge och Danmark har väl utvecklade dysmeliverksamheter. Däremot har vi enstaka patienter från övriga Europa inklusive Baltikum. Huvuddelen av patienterna kommer dock från Sverige.

## 4. Hur går ett besök på dysmelienheten till för förstagångspatienten? Går patienterna sedan på regelbundna återbesök hos er?

Första besöket kallar vi för informationsbesök och det vill vi ha tidigt. Då kommer familjen och träffar teamet, däribland en neuropediater, en barnortoped, sjukgymnast, det kan vara kurator/psykolog och ortopedingenjör om det är aktuellt med protes. Sedan har vi information kring tillståndet, orsaker, etiologi och ärftlighet samt vilka olika behandlingsalternativ man kan tänka sig i framtiden.

Om barnet behöver en armprotes inleder vi protesutprovning vid 6 månaders ålder. Den första proteserna kallas för en "krypprotes", den är delvis passiv, den kan inte öppnas och stängas men du kan använda den i många situationer. Vid tre års ålder börjar vi med myoelektriska proteser. Den proteserna kan öppnas och stängas med hjälp av patientens egna muskler i underarmen.

Barn med behov av benprotes får en protes vid 8–9 månaders ålder, strax innan de ska börja gå och stå.

Sedan finns det väldigt många kirurgiska åtgärder man kan göra. När det gäller handdysmelier är målsättningen att åstadkomma någon form av grepp, att få dit ett finger eller fler fingrar för att få till någon typ av grepp. Då kan man ibland flytta en hel tå eller delar av tår till handen för att förbättra greppfunktionen. Det kan vara att fördjupa tumgrepp eller digitalveck eller att lösa sammanväxningar för att skapa grepp.

## 5. Vad ska man som barnläkare tänka på när ett barn föds med dysmeli?

För det första är det viktigt att känna till vad det handlar om. Den första informationen till en familj med ett barn som har en avvikelse är viktigt. Det är viktigt att inte

gömma en avvikande hand eller ben för föräldrarna. Man ska lämna den information som man kan samt möjligheten för familjen att komma till en dysmelienhet och även komma i kontakt med en dysmeliförening. En del föräldrar tror att deras barn är ensamt i världen om en sådan här förändring.

#### **6. Hur kom det sig att du började intressera dig för dysmeli?**

Jag följde med vår förre barnneurolog Jürgen Bensch, sedan har jag vuxit in i verksamheten och ju mer jag lärt mig desto roligare har det blivit. Som barnhabilite-

ringsläkare känns det naturligt att vara en del av den här verksamheten.

#### **7. Hur gör man om man vill auskultera på Örebro dysmelienhet?**

Man får gärna komma och auskultera hos oss. Vi har en egen hemsida med kontaktinformation. Den når man via svensk dysmeliförenings hemsida:

<http://www.dysmeli.se/>

(Klicka på ”vård: dysmelienheten i Örebro”).

---

INTERVJU: JONAS F. LUDVIGSSON, Barnkliniken, Örebro



## **Respiratory support options for neonates – from CPAP to ECMO**

**Astrid Lindgren Children's Hospital  
Karolinska University Hospital  
Stockholm, Sweden**

**19 – 22 November 2006**

Information: [Jessica.Schiott@karolinska.se](mailto:Jessica.Schiott@karolinska.se)

# LUND: Benmärgstransplantationer

## 1. Albert N Békássy och Jacek Toporski är ansvariga för benmärgstransplantationerna vid Lunds universitetssjukhus. Hur länge har man genomfört benmärgstransplantationer i Lund? Hur började verksamheten?

Låt oss erinra om att *benmärgstransplantation* är en gammaldags benämning på ett förfarande som numera heter hematopoetisk stamcellstransplantation (HSCT), varvid blodbildande stamceller överförs (transplanteras) från en individ till en annan. Källan för dessa stamceller kan vara benmärg, perifert blod, navelsträngsblod eller leverceller från foster.

HSCT på Barn- och UngdomsSjukhuset i Lund är en integrerad del av den barnonkologiska verksamheten på avd 64 och förfogar över 4 + 2 isoleringsrum samt optimerad sköterskebemanning. Den första HSCT:n i Lund (Läkartidningen 1982, 79:4527–28) utfördes hösten 1981. Transplantationen var av autolog typ och blev den första i Norden. Patienten, ett barn med Ewing-sarkom, var sin egen givare av blodbildande stamceller efter högdosbehandling med cytostatika. Barn med cancer och blodsjukdomar fick en egen specialavdelning för vård i det gamla Barnsjukhuset efter ombyggnaden 1982, men de bristande isoleringsmöjligheterna var ett oöverkomligt hinder för transplantationsverksamheten där. Infektionsklinikens lokaler nyttjades till en början. 1986 började högdoscytostatikabehandling med autologt stamcellsstöd – som metoden numera heter – att tillämpas på barn med leukemi. Samma år kom den första allogena HSCT:n till stånd. Förfarandet från vävnadsidentiska syskon initialt och i efterhand från obesläktade givare kom att dominera fram till slutet på 1990-talet. Man använder numera även perifert blod eller, mera sällsynt, navelsträngsblod. Vi använde 1998 för första gången i Sverige navelsträngsblod från New York Blood Bank som alternativ källa för stamceller (Läkartidningen, 1999, 96: 1437–40, 1443–4).



*Från vänster: Dr Albert Békássy, Dr Bengt Sallerfors, sjuksköterska Malin Rosengren samt patient och anhörig.*

Hematologkliniken fick sin transplantationsavdelning 1988. De 10–15 barntransplantationerna som utfördes årligen samlokaliseras med vuxna på vuxenavdelning. En expanderande vuxenhematolog- och onkologverksamhet tvingade emellertid att barn av prioriteringsskäl remitterades utanför Lund och t o m utanför landet. Verksamheten kunde återupptas i full skala först 2003, efter färdigställandet av det nya Barn- och UngdomsSjukhuset. Denna upprustning skedde tack vare universitetets Stamcellsgrupp och den translationala inriktningen av forskningen. Med en öronmärkt delad transplantations- och forskningstjänst lyckades man nyrekrytera medarbetare och tillsättning av en professor för HSCT hos barn är nu på gång.

## 2. Vilka patienter benmärgstransplanterar ni och hur många benmärgstransplanteras varje år?

Sedan mitten av 1970-talet fanns ett multidisciplinärt team med specialister i barnonkologi och hematologi som av naturliga skäl drev på transplantationsverksamheten, främst för barn med maligna tumörer och hema-

tologiska sjukdomar. Efter den initiala entusiasmen för autologa transplantationer under 1980-talet, kom under 1990-talet en period av stiltje.

Epoken med cellterapi för maligna sjukdomar introducerades kring millennieskiftet. Våren 1999 blev den första icke myeloabladerande transplantationen av i Norden (Med Sci Monit 2002; 8 [Suppl 2] 5–12) hos ett barn med hematologisk malignitet. Haploidentisk föräldragivare nyttjades hösten 2001 till ett barn med monosomi 7, som utvecklade myelofibros (Abstract, EBMT Pediatric WP meeting, Frankfurt 2002). Haplotransplantationsprojektet drivs som Lunds unika profilering i hela Norden. Utöver barn som har malign hematologisk sjukdom, inkluderas numera även solida tumörer, varav pilotprojektet med fem barn (terapiresistent – recidiverande neuroblastom) snart hunnit bli ett år gammalt. Transplantationskapaciteten beräknas till 20 barn om året.

### **3. Varifrån kommer era patienter (kommer det några från t. ex. Danmark, Norge, Island)?**

Vårt främsta mål är att kunna tillfredställa regionens transplantationsbehov, men i mån av möjlighet tar vi gärna emot patienter från övriga landet och våra nordiska och baltiska grannländer. Frågan om ett närmare samarbete med Köpenhamn är på tapeten tack vare bron över Sundet. Isländska patienter har traditionsenligt remitterats till Lund under några årtionden.

### **4. Hur går en benmärgstransplantation till?**

Själva transplantationsförfarandet är helt odramatiskt – närmast kan det betecknas som en enkel blodtransfusion som föregås av intensiv kemo-, radio- och immunoterapi. Det är sedan en annan fråga vad graftet i påsen består av (som vi säger); vad det komponeras av, vilka celler som är borttagna från ursprungsskörden, vilka som är tillagda och ibland uppodlade just för detta ändamål.

### **5. Vilka är riskerna med en benmärgstransplantation?**

Alla avancerade medicinska förfaranden medför risker och så är det även med HSCT. Avstötning i den ena extremen och transplantationssjukan GvHD i den andra är välkända komplikationer. Infektionsproblematiken under märe- och immunologiska sviktfasen av en transplantation är mycket intrikat. Den som försöker gå igenom en biologisk barriär måste kunna styra immunsystemet och reparera uppkomna skador.

### **6. Hur kom det sig att ni började intressera er för benmärgstransplantationer?**

*ANB:* Jag har alltid känt det som en intellektuell utmaning att förstå vad som händer och att kunna ta ”steget innan” det händer. Och det händer mycket med transplanterade barn.

*JT:* Som nybliven läkare 1986 började jag direkt på transplantationsavdelningen i Wrocław. Att kunna hantera hematopoetiska stamceller blev jag då mycket fascinerad av. Detta ledde till min profilering kring haplotransplantationer och avhandling i ämnet 1995. Sedan skaffade jag mig internationell erfarenhet i Europa och USA. När Lund bjöd mig på forskningsperspektiv 2004, fann jag det spännande att kunna kombinera klinik och forskningsverksamhet.

### **7. Är det många som auskulterar på er avdelning?**

Ja, det är alltid en stor skara medarbetare med olika profiler som finns på en universitetsklinik. När det gäller barnläkare, vore det väldigt spännande om yngre kollegor skulle vilja ägna sig mer åt just denna sub- eller superspecialitet som kräver gedigen klinisk färdighet och fördjupade kunskaper i immunologi och infektionssjukdomar.

---

INTERVJU: JONAS F. LUDVIGSSON, Barnkliniken, Örebro

# MALMÖ: Blödnings- och koagulationssjukdomar

Blödnings- och koagulationssjukdomar hos barn har länge varit en viktig riksspecialitet vid Universitetssjukhuset MAS (UMAS). Barn med dessa sjukdomar utreds och behandlas numera endast vid UMAS i Malmö eller vid KS i Stockholm. Sedan ett år tillbaka finns ett samarbetsavtal mellan koagulationsenheterna i Malmö och Göteborg som innebär att patientansvaret för barnen i Västra Götalandsregionen nu ligger hos oss i Malmö. Vartannat besök för barnen i Stor-Göteborg sker i Malmö och vartannat i Göteborg, dit teamet från Malmö åker 1–2 gånger per halvår. I perioder har teamet också haft mottagning för barn med hemofili vid Rigshospitalet i Köpenhamn. Cirka 70 barn med hemofili kommer regelbundet till hemofilimottagningen, men därutöver ses också ett flertal barn med mer sällsynta blödnings- och koagulationsrubbnings. Vi har också hand om utredning och behandling av ett stigande antal barn med venös trombos eller embolism. I utvärdering av ett 5-års material av >100 barn med venös tromboembolism som utretts i Malmö, fann vi att över 60% hade påvisbar genetisk riskfaktor för trombos (vanligen APC-resistens och protrombinmutation). Över 90% hade någon påvisbar genetisk eller förvärvad faktor till trombos.

Barn- och ungdomscentrum har också ansvar för regionvården i pediatrik hematologi i södra sjukvårdsregionen. Spektrat av pediatrika hematologiska sjukdomar har förändrats kraftigt på senare år p.g.a. invandringen till vårt land. En stor andel av Malmös barn har invandrarbakgrund och bland dessa finns många med hematologiska sjukdomar såsom  $\alpha$ -thalassemia,  $\beta$ -thalassemia, sickle cell anemi, och glukos-6-fosfat dehydrogenasbrist. Att ha vårdansvar för dessa barn ger en bred erfarenhet, inte bara av de hematologiska sjukdomarna, som tidigare varit sällsynta i vårt land, utan också en fascinerande inblick i det nya mångkulturella Sverige. En aktuell kartläggning av svår transfusionskrävande thalassemi i Sverige har visat att vi har ca 35 patienter

med denna sjukdom. En viktig uppgift är att utveckla screeningprogram för bärarskap av thalassemi likt de som finns i sydeuropa. De svårt thalassemisjuka barnen och en del andra hematologiska sjukdomar kräver kronisk erytrocyttransfusion och som en följd av detta, chelatbehandling för att minimera skador av järnupplagring i kroppen. Vi har utvecklat en särskild kompetens kring problematiken kring kronisk blodtransfusion och erbjuder vårdprogram för introduktion till barn och föräldrar av chelatbehandling samt efterföljande årliga kontroller av transfusions- och chelatbehandlingens effekt och biverkningar.

Många hematologiska sjukdomar hos barn är sällsynta och fordrar centralisering för att ge tillräcklig kompetens och kvalitet i både diagnostik och vårdprogram. Sverige är ett litet land och det är viktigt för ett kompetenscentrum att ha väl utvecklade nätverk i Europa och övriga världen för att kunna diskutera och samla erfarenhet. Vi deltar på olika sätt i flera internationella nätverk och studier. Den förbättrade kommunikationen till Köpenhamn har lett till ett givande och regelbundet samarbete som i sig ofta innebär att man kan få erfarenhet av ett dubbelt så stort patientmaterial som det egna.

Utveckling och forskning inom området är nödvändigt för att upprätthålla och utveckla kompetens. Vid forskningsenheten för pediatrik hematologi vid institutionen för kliniska vetenskaper i Malmö (Med Fak, Lunds Universitet), har vi projekt inom hemofili, trombos och kronisk ITP. Varje familj med hemofili har sin egen unika mutation och i ett projekt kartläggs mutationen i alla Sveriges ca 450 familjer med hemofili. Kartlagd mutation innebär att man kan erbjuda bärar- och fosterdiagnostik inom familjen men tillför också viktig information för den kliniska behandlingen av barnen, t.ex. risken att utveckla antikroppar vid behandlingen. Vårt forskningslaboratorium är det enda i Norden som kan erbjuda alla typer av molekylärgenetisk diagnostik vid hemofili och vi utför bl.a. mycket analyser till Finland.

Ett flertal kliniska studier bedrivs, ofta i samarbete med Europeiska centra, exempelvis en kartläggning av vilka barn som utvecklar antikroppar vid substitutionsbehandling och en omfattande EU-finansierad kartläggning av ca 2000 patienter med hemofili i Europa. Inom barntrombos sker en prospektiv studie, där vi försöker få med alla fall av venös trombos/emboli hos barn i Sverige. Hittills har knappt 100 fall rapporterats. Inom kronisk ITP görs en studie av trombocytfunktionen och om den kan påverkas med farmaka, patofysiologiska studier av cytokiner och T-cellsfunktion samt en QoL undersök-

ning. Den sistnämnda undersökningen kommer också att genomföras vid några andra europeiska centra.

Det kliniska teamet består, utöver undertecknad, av överläkare Ulf Tedgård (hematologi & koagulation), specialistläkarna Olof Rask (trombos), Karin Knobe (koagulation) och Cecilia Nilsson (ITP), barnsjuksköterska Anna Hansson (hematologi) och Karin Lindvall (vid avd för koagulationssjukdomar).

---

ROLF LJUNG, Överläkare, professor, Malmö Barn och Ungdomscentrum

## 10 år och effektiv.<sup>1)</sup>

Ny rekommendation  
– DTP-booster för 10-åringar.<sup>2)</sup>

GlaxoSmithKline AB, box 516, 169 29 Solna, tel 08-638 93 00.



**DTP-vaccinet Infanrix har funnits sedan 1995 och under dessa tio år har 45 miljoner barn i 90 länder blivit vaccinerade.<sup>3)</sup>**

### Infanrix har effektivt skydd mot kikhosta.<sup>1)</sup>

Vaccin med tre eller fler pertussiskomponenter, som Infanrix, har visat sig ge bättre skydd mot kikhosta efter primär vaccination jämfört med en- eller tvåkomponentsvaccin.<sup>4)</sup> Detta är en viktig aspekt eftersom studier visat att kikhosta ökar, bland ungdomar och vuxna.<sup>5)</sup>

### Beställ Infanrix hos RixvaccinService.

RixvaccinService är vår kundservice för dig som arbetar med vacciner. Till oss ringer du när du vill beställa eller fråga om våra vacciner. Du når oss på telefon 020-714 714, fax 020-714 715 och e-mail rixvaccin.service.sweden@gsk.com.

Ref: 1) www.fass.se 2) www.sos.se 3) Data on file 4) Jefferson T, Rudin M, DiPietrantonj C, Vaccine 2003; 21: 2003-2014 5) Campins-Martí M et al, Vaccine 2002;20:641-46.  
Infanrix. Injektionsvätska, suspension. Per dos (0,5 ml): Difteritoxoid  $\geq 30$  IE, tetanustoxoid  $\geq 40$  IE, pertussistoxoid 25  $\mu$ g, filamentöst hemagglutinin 25  $\mu$ g, pertaktin 8  $\mu$ g, J07A J52.  
Indikation: Aktiv immunisering av barn mot difteri, stelkramp och kikhosta (DTP). För information om kontraindikationer, försiktighet, biverkningar och dosering se www.fass.se.



# UPPSALA: Hjärtrytmrubbningar

På Akademiska sjukhuset har sedan 1994 knappt 300 invasiva elektrofysiologiska undersökningar gjorts på barn och ungdomar, varav ca 2/3 lett till ablation. På akademiska sjukhuset ablateras för närvarande 20–30 barn och ungdomar per år. Nedan har Anders Jonzon skrivit en kort resumé av hjärtrytmrubbningar hos barn.

## Arytmier hos barn

Arytmier hos barn är vanliga och i de allra flesta fall godartade eller övergående. Under ytan finns farhågan för plötslig död eller allvarlig sjukdom. För att kunna uttala sig om ”farligheten” är det viktigt att försöka ”fånga” symptomet/händelsen med ett EKG. En grundlig anamnes kan ge stöd för hur mycket man skall satsa för att dokumentera rytmstörningen.

(1) Anamnesen bör innefatta ärftlighet – finns det i den närmare familjekretsen individer som har liknande symptom såsom svimning, palpitationer, behandlingar för rytmstörningar eller annan hjärtsjukdom? Symptom hos anhöriga som uppkommit efter ca 35 års ålder har troligen mindre relevans.

(2) När förekommer rytmstörningen – under ansträngning, efter ansträngning, under stress, i vila eller under vilken form av aktivitet händer det (t e x vid kyla, värme, i badmiljö)?

(3) När noterades symptomet första gången – fetalt, under första levnadsåret, i tidig skolålder, under tonåren?

(4) Hur ofta kommer symptomet – alltid vid en viss situation, helt oförutsägbart?

(5) Hur länge sitter symptomet i – sekunder, timmar, dygn?

(6) Hur börjar och slutar symptomet – tvärt eller smygande?

(7) Har barnet en hjärtdiagnos sedan tidigare?

## Hur skall man bedöma anamnesen?

Allvarliga symptom hos anhöriga bör åtminstone föranleda EKG-undersökning, även i avsaknad av symptom hos barnet. Hos dessa barn skall man i första hand leta efter hypertrof kardiomyopati och långt QT-syndrom.



Bägge sjukdomarna förekommer i olika varianter. Svimning utan föregående symptom och framförallt om de förekommer under fysisk och/eller psykisk stress skall utredas grundligt. Uppträder symptomen i såväl vilosituationer som i anslutning till ansträngning och är oförutsägbara är det troligen godartat (återkopplings-takykardi). Förekom det fetalt och/eller under första levnadsåret för att återkomma i förskole- och/eller skolåldern är det troligen godartat (återkopplingstakykardi). Symptom som endast uppkommer i speciell situation är troligen inte patologisk. Barn med rytm symptom som är hjärtopererade skall utredas.

## Hur skall man dokumentera en rytmstörning?

Ett vanligt EKG kan ge svar på om det föreligger en pre-excitation, vanligen associerad med WPW-syndrom och ytterligare undersökningar är i normalfallet onödiga. Ett normalt vilo-EKG utesluter dock inte WPW-syndrom. Om vilo-EKG är normalt är det av värde att försöka fånga rytmstörningen. Uppmana patienten att vid symptom

och då möjlighet finnes ta ett EKG (på vårdcentraler avvisas tyvärr ofta ungdomar med hjärtklappning med hänvisning till att man inte kan behandla dem).

Arbetsprov är mycket sällan av värde för att dokumentera patologisk hjärtklappning. 24-timmars EKG (Holter) kan ibland fånga frekventa rytmstörningar. I Uppsala har vi på en avdelning ett telemetrisystem som medger analys av rytmstörningar och som används i samband med elektrofysiologiska behandlingar och vid insättande av antiarytmika. S k "loop-monitors" finns av flera typer och kan bäras under ca en veckas tid och beroende på fabrikat kan de programmeras att reagera på vissa händelser eller aktiveras av patienten vid symptom. Dessa metoder kräver att elektroder är placerade på bröstkorgen. Under de sista två åren har en monitoringsdosa introducerats på vilken ett finger från vardera handen hålls mot elektroder som registrerar hjärtrytmen. Förutsatt att barnet har dosen med sig kan en hjärthändelse dokumenteras. EKG-remsan kan sedan läsas över telenätet läsas till företagets hemsida och blir där tillgänglig för bedömning. För sällsynta händelser, där behovet av dokumentation bedöms viktig, kan en monitoringsdosa implanteras subkutant över hjärtat. Denna kan programmeras och avläsas med en pace-makerprogrammerare.

## Vilka diagnoser kan ställas?

### (1) Supraventrikulära arytmier

Den vanligaste rytmstörningen är extrasystolier med sitt ursprung i förmaken och mer sällan i kamrarna. Dessa ger sällan symptom och försvinner vid ökande aktivitet. Supraventrikulära takykardier är också vanliga, i yngre åldrar oftast med WPW eller dolt WPW som orsak, i det äldre klientelet ökar andelen atrioventrikulära återkopplingsstykardier (AVNRT). Dessa rytmstörningar har en abrupt start och ett abrupt slut och kan ofta brytas med vasovagala manövrar. Ektopiska förmaksarytmier startar och slutar vanligen successivt. Bryts vanligen inte av vasovagal manöver. Förmaksflimmer/fladder är ovanligt hos i övrigt hjärtfriska barn. JET (junctional ectopic tachycardia) är ovanlig.

### (2) Ventrikulära arytmier

Är ovanliga, men kräver fördjupad utredning. De är oftast förekommande under fysisk ansträngning.

## Hur skall man behandla?

På akutmottagningen skall man koppla ett EKG omedelbart (missa inte chansen att dokumentera arytmin). Om takykardi föreligger, förbered för en bolusdos (skall ges som ett "kanonskott", d v s snabbt och utan tvekan) med adenosin och försök med vagala manövrar medan nål sättes. Låt EKG-maskinen rulla på så att ett eventuellt omslag till sinusrytm dokumenteras.

Om det finns behov av arytmiprofylax vid supraventrikulära återkopplingsstykardier använder vi oftast Sotalol (1–4mg/kg X 2) eller Flecainid (2–3mg/kg X 2). Var försiktig med Sotalol om patienten är i svikt, vilket de kan vara om takykardin pågått under lång tid. Amiodarone är ett mycket effektivt antiarytmicum, men vi har i Sverige varit lite restriktiva med användandet då halveringstiden för detta preparat är lång (månader) och biverkningar kan vara allvarliga. Helst görs insättningen inneliggande under telemetriövervakning för att observera att preparatet inte inducerar annan arythmi eller repolarisationsförändringar. Behandlingen kan oftast seponeras vid 1/2–1 års ålder då risken för att takykardi utlöses under småbarnsåren oftast är liten.

*Botande behandling* (kateterburen ablation) kan erbjudas de flesta och är i allmänhet förenat med liten risk för komplikation. Om substratet för rytmstörningen ligger i närhet av AV-noden finns en liten risk för AV-nodskada. Det är ofta av värde att ha provat antiarytmisk behandling innan man beslutar om botande behandling. Det kan då vara lättare för patienten att ta ställning till om man skall ablatera även vid AV-nod nära arytmisubstrat. Indikation för botande behandling kan variera och patientens egen önskan är styrande. Sannolikt bör de flesta WPW-patienter erbjudas botande behandling, då denna patientgrupp löper en ökad risk för allvarligare arytmier.

Ablation kan göras på mycket små barn om medicinsk behandling sviktat eller om biverkningarna är stora. I de flesta fall kan en säker ablation erbjudas från 5 års ålder.

---

ANDERS JONZON, Akademiska Barnsjukhuset, Uppsala,  
Astrid Lindgrens Barnsjukhus, Solna

# Kathleen ska göra en ablation i narkos

Nu är dagen här för Kathleen, 6 år, att läggas in på 95E för att göra en ablation i narkos. Utredning på Kathleen är genomförd tidigare. Innan inläggningen har personal genom telefonsamtal pratat med Kathleens mamma och berättat vad som kommer att hända under sjukhusvistelsen och för att höra om de har några ytterligare frågor.

## Dag 1

Klockan 12.30 dyker Kathleen upp tillsammans med sin mamma. De möts av barnsjuksköterska Karin som är ansvarig för att ta hand om henne. De blir visade till rummet som de skall få bo i. Innan de går till hjärtmottagningen för att bli inskrivna tas en längd och vikt på Kathleen. På hjärtmottagningen får hon sedan träffa sjuksköterska Aggi som tar ett EKG och doktor Anders som gör ett ultraljud, samt ger en mera medicinsk information om vad som kommer att hända.

När Kathleen kommer åter till avdelningen så kopplas 5 telemetrielektroder på, för att kunna registrera hjärtrytmen under hela inläggningen. Kathleen får även emla plåster inför venflon sättning och provtagning. Övrig information om vad som kommer att hända under kvällen och morgondagen ges.

Narkosläkaren dyker upp vid 16 tiden för att informera Kathleen om sövningen och när hon inte får äta och dricka mer. På kvällen innan läggdags skall Kathleen duscha med en speciell tvål, descutan svamp.

## Dag 2

Tidig väckning vid 06.00, detta för att Kathleen åter en gång skall in i duschen. När hon är klar från det så blir hon emlad i ljumskarna och vänster armveck. Det är inför lokalbedövningssticken.

Strax innan 08.00 går Karin iväg med Kathleen till Arytmilab där ablationen utförs. Mamma följer med och får vara hos Kathleen tills hon somnar av sövningen. Sedan går mamma åter till avdelningen för att där invänta att Kathleen kommer till uppvaket. Detta är jobbigt för föräldrar att vänta eftersom en ablation kan ta allt från 2–8 timmar. Det är mycket svårt att veta i förväg hur lång tid som ablationen tar.



Vid klockan 15.30 är Kathleen åter från uppvaket. Hon har blivit stucken arteriellt i bägge ljumskarna, samt på halsen och kommer därför att ha sängläge i 6 timmar. Nu har kvällspersonalen kommit och det är barnsjuksköterska Anita som träffar Kathleen. Täta kontroller av blodtryck, puls, saturation och insticksställen. Allt ser fint ut. Kathleen är lite stel i benen som man har stuckit i men har inte speciellt ont. Det räcker med supp Alvedon.

Telemetri elektroderna kopplas återigen på för att få registrering till nästa dygn. Kathleen och hennes mamma stannar på avdelningen resten av kvällen.

## Dag 3

Under morgontimmarna träffar Kathleen doktor Anders som har ett utskrivningssamtal, bedömer telemetriregistreringen och gör ett nytt ultraljud. Aggi informerar om att ett EKG skall tas efter 3 månader, samt att de kommer att få ett frågeformulär hemskickat efter 6 månader för att ta reda på hur Kathleen mår just nu.

Därefter åker Kathleen hem, nöjd och glad över att allt har gått så bra.

### Så här går en ablation till

- Eventuell hjärtmedicin som påverkar hjärtrytmen utsätts i regel 3 dygn innan.
- Barn och ungdomar under 15 år sövs vilket sker i samråd med barnet/ungdomen och förälder.
- EKG kopplas och undersökningen görs med röntgenomlysning.
- Efter lokalbedövning förs 3–4 tunna katetrar in via ljumsk- och hals- eller vänster arms vener/artärer.

- Stimulering görs av hjärtrytmen för att i detalj diagnostisera hjärtarytmens mekanism och därefter kan eventuellt en bränning = ablation göras. Eventuellt ges läkemedel för att få igång en takykardi för att på så vis se var den felaktiga retledningsbanan sitter.

---

PETRA LINDHOLM, Barnsjuksköterska,  
Akademiska barnsjukhuset, Uppsala

## TEMA

BARNVERKSAMHET & FORSKNING VID UNIVERSITETSSJUKHUS

# STOCKHOLM: Barnets kärlträd – avtryck från fostertiden skvallrar om framtida hälsa

Senare års epidemiologiska upptäckter har placerat svag fostertillväxt och för tidig födelse på listan av riskfaktorer för hjärtkärlsjukdom. I och med detta har intresset ökat för studier av barn med varierande exponeringar tidigt i livet. Dessa studier syftar till att klarlägga perinatale bidrag till hypertoni och ateroskleros. En särskild prioritet är att ta reda på om och i så fall hur potentiellt modifierbara faktorer är verksamma under graviditet och nyföddhetsperiod. Här presenteras pågående forskning inom Neonatalverksamheten vid Karolinska.

### Hjärtinfarkt – vår tids största folksjukdom

Varje år dör miljontals människor i hjärtkärlsjukdom, varav många före 65 års ålder. Både utvecklade och utvecklingsländer är drabbade. En ökad förekomst av typ 2 diabetes, övervikt och hypertoni bidrar starkt till denna utveckling.

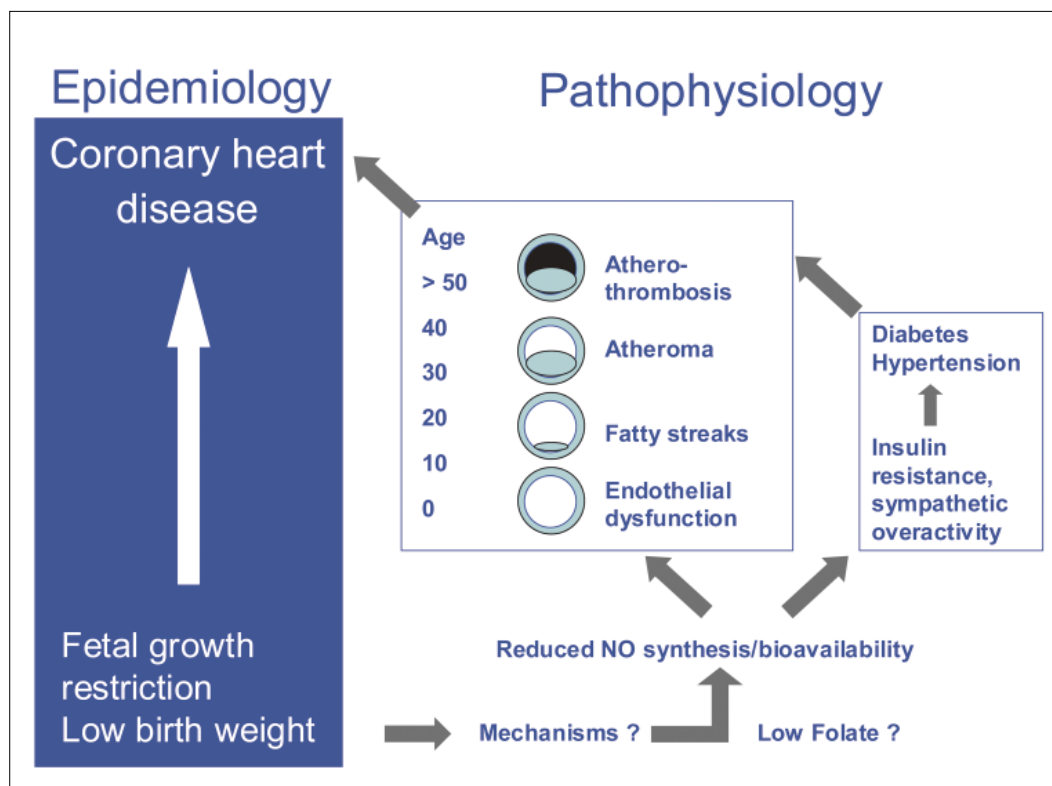
Epidemiologins upptäckter av perinatale bidrag till hjärtinfarkt och stroke har inneburit ett skifte i synen på människans konstruktion och tidiga design. Numera finns en förhoppning om att hjärtkärlsjukdomar (liksom andra

vuxensjukdomar) ska kunna reduceras genom identifiering, upptäckt och modifiering av olika predisponerande faktorer redan i fosterlivet och under barneåren.

### Endotelskada predisponerar för kärlsjukdom

Den interaktiva tapet – endotelet – som klär kärlträdets insida har normalt många viktiga funktioner: reglering av kärntonus, permeabilitet & kärlltillväxt liksom intiering av inflammation och trombos. Bortfall av en eller flera av dessa funktioner – endoteldysfunktion – föregår bildning

Figur 1.  
Endotelskada – ett perinatalt bidrag till hjärtsjukdom



av ateromatösa plaque och är associerat till metabol och autonom dysregulation. Graden av endoteldysfunktion korrelerar till svårighetsgrad och prognos vid manifest koronarkärlssjukdom.

Vi har kunnat visa att endotelskada förekommer redan vid födelsen hos fullgångna barn med låg födelsevikt, särskilt bland de som föddes magra med normal kroppslängd. Sambandet finns kvar under barnaåren upp i vuxen ålder. Effekten av låg födelsevikt på endotelfunktion är betydande – den kan jämföras med de kärleffekter som orsakas av rökning i vuxen ålder.

Förekomsten av endoteldysfunktion bland nyfödda signalerar en mycket tidig predisposition som är viktig för att förstå kopplingen mellan låg födelsevikt och koronarkärlssjukdom. Våra studier av enäggstvillingar med diskordanta födelsevikter och av underburna talar för att endoteldysfunktion ”programmeras” under senare delen av graviditeten.

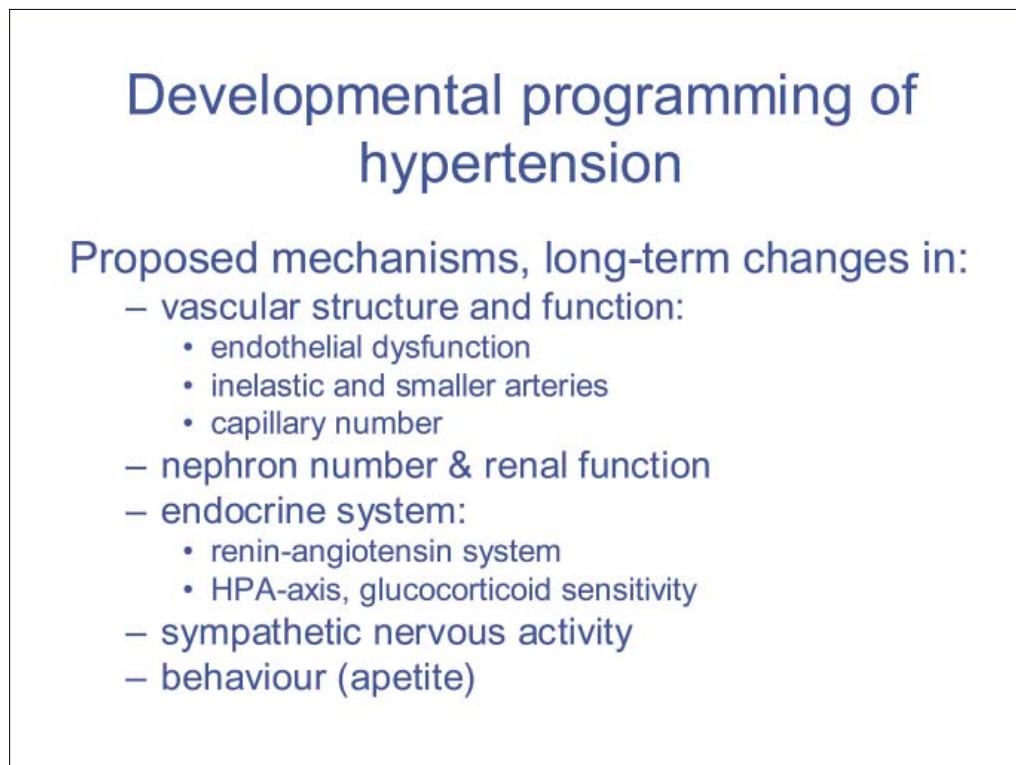
Det finns idag starkt djurexperimentellt stöd för att olika typer av nutritiv imbalans under graviditet predis-

ponerar för endoteldysfunktion och metabolt syndrom (högt blodtryck, glukosintolerans, övervikt, höga blodfetter) hos avkomman. Ett mycket intressant fynd på råttor är att dessa effekter kan mildras om folsyra tillsätts dieten under graviditeten. Vår forskning har därför på senare tid fokuserat på att klarlägga eventuella samband mellan maternella folatnivåer i sen graviditet och fostrets/den nyföddes endotelfunktion.

### Stroke – priset för fetal brain sparing?

Bland friska skolbarn har vi funnit stela halspulsådror hos dem som uppvisat tecken på intrauterin tillväxthämning. En intressant förklaring till detta fynd är att den redistribution av blodflöde och förändring av blodflödeshastigheter till fostrets hjärna som sker vid intrauterin tillväxthämning skulle selektivt kunna bidra till acceleration av degenerativa processer i carotiskärlen. Tidig förlust av elasticitet i hjärnans tillförande artärer predisponerar för stenosering, tromboembolisering och i slutändan stroke.

Figur 2.



### **Extrem underburenhet**

#### **– största perinatale riskfaktorn för hypertoni**

En viktig fråga att belysa är också perinatale bidrag till hypertoni. Metaanalyser visar att den genomsnittliga effekten av 1 kg högre födelsevikt motsvarar 4 mm Hg lägre blodtryck. Detta kan tyckas som en marginell effekt för individen men i populationssammanhang är den mycket viktig: en sänkning av blodtrycket i populationen med 5 mmHg beräknas minska dödligheten i hjärtsjukdom med 21 % och i stroke med 34 %.

Från en ursprunglig orientering mot fetala riskfaktorer har vi på senare tid ändrat inriktning till att i första hand studera betydelsen av underburenhet. I en stor populationsbaserad undersökning har vi funnit att uttalad underburenhet är en större riskfaktor för högt blodtryck hos unga vuxna män än intrauterin tillväxthämning. Orsakerna är fortfarande mycket lite kända men vi arbetar brett utifrån olika förslag: hämrad tillväxt och utveckling av kärlträdet (aorta respektive perifer kapillärtäthet), mindre njurar (färre nefroner) och ökad stresskänslighet (sympaticusaktivitet, HPA-axeln) är några kandidatmekanismer som kartläggs, se Figur 2.

### **Framtidsperspektiv**

Inom en 5 årsperiod bör modifierbara riskfaktorer vara identifierade och uppföljningsprogram för barn och ungdomar med perinatal belastning startade (inkl. blodtryck, BMI, metabol profil). Om 10 år är vår målsättning att nya preventiva åtgärder, före och efter födelsen, har börjat tas i bruk. Redan idag finns evidens för den tidiga nutritionens betydelse: bröstmjölk till för tidigt födda har i randomiserade studier visats ge lägre blodtryck i tonåren jämfört med formulauppfödning.

---

MIKAEL NORMAN, Docent, sektionschef, Neonatalsektionen, Karolinska Universitetssjukhuset, Huddinge

### **Läsa mer**

1. Barker DJP. Mothers, babies and health in later life. London 1998, Churchill & Livingstone, second edition.
2. Gluckman PD and Hanson MA. Living with the past: evolution, development, and patterns of disease. Science 2004; 305: 1733-36.
3. Gluckman P and Hanson M: The fetal matrix: evolution, development and disease. Cambridge University Press 2004. ISBN-13: 978052154235.

4. Armitage J, Khan IY, Taylor PD, Nathanielsz PW, Poston L. Developmental programming of the metabolic syndrome by maternal nutrition imbalance: how strong is the evidence from experimental models in mammals? *J Physiol* 2004; 561(Pt 2): 355-377.
5. Caballero AE. Endothelial dysfunction in obesity and insulin resistance: a road to diabetes and heart disease. *Obes Res* 2003; 11: 1278-1289.
6. Green LR and Hansson MA. Programming the fetal circulation. In: *Fetal and Neonatal Physiology*, volume 1. Third Edition. Philadelphia: WB Saunders 2004: 727-32.
7. Singhal A, Cole TJ, Lucas A. Early nutrition in preterm infants and later blood pressure: two cohorts after randomised trials. *Lancet* 2001; 357: 413-9.

#### Utvalda egna bidrag

8. Martin H, Gazelius B, Norman M. Impaired acetylcholine-induced vasodilation in newborn infants small for gestational age – implications for adult hypertension? *Pediatric Research* 2000; 47: 457-462.
9. Martin, H., Hu, J., Gennser, G, Norman, M. Impaired endothelial function and increased carotid stiffness in 9-year-old children with low birthweight. *Circulation* 2000, 102: 2739- 2744.
10. Kistner A, Celsi G, Vanpée M, Jacobson SH. Renal function and blood pressure control in adult women born preterm or

small for gestational age. *Pediatr Nephrol* 2000;15:215-20.

11. Norman M and Martin H. Preterm birth attenuates association between low birth weight and endothelial dysfunction. *Circulation* 2003; 108: 996-1001.
12. Kistner A, Celsi G, Vanpée M, Jacobson SH. Increased systolic daily ambulatory blood pressure in adult women born preterm. *Pediatr Nephrol* 2005;20:232-3.
13. Edstedt Bonamy AK, Bendito A, Martin H, Andolf E, Sedin G, Norman M. Preterm birth contributes to increased vascular resistance and high blood pressure in adolescent girls. *Pediatric Research* 2005; 58, 845-849.
14. Johansson S, Iliadou A, Bergvall N, Tuvemo T, Norman M, Cnattingius S. Risk of high systolic blood pressure among young men increases with degree of immaturity at birth. *Circulation* 2005; 112: 3430-3436.
15. Pegelow C, Andolf E, Hu J, Pilo C, Winbladh B, Norman M. Discordant twin growth in utero and differences in blood pressure and endothelial function at 8 years of age. *Journal of Internal Medicine* 2006; 259: 155-163.

*Fotnot. Försteförfattaren i referens 14, barnläkare Stefan Johansson (Astrid Lindgrens sjukhus), erhöill 2004 BLF-epidemiologiarbetsgruppens stipendium om 25000 kr.*

#### Berzeliussymposium

**Svenska Läkaresällskapet i Stockholm den 20–22 september 2006:**

**"Developmental origins of adult disease"**

Sista dag för registrering 1 september 2006. Ytterligare information: [www.sls.se](http://www.sls.se),  
Agneta Ohlson tel 08-440 8875.

#### Workshop arrangerad av Neonatalsektionen av BLF:

**"Persisterande Ductus Arteriosus hos Underburna Barn – Diagnostik och Behandling"**

**Svenska Läkaresällskapet i Stockholm den 8 september 2006.**

Ingen avgift. För ytterligare information: Neonatalsektionens hemsida:  
<http://www.blf.net/neonatotol/index.htm>, anmälan till [mikael.norman@ki.se](mailto:mikael.norman@ki.se).

OBS! under kalendarier i tidningen Barnläkaren publiceras enbart kalendariepunkter som registrerats på BLF:s hemsida. Registrera därför din kurs/fortbildning på BLF:s hemsida.

## SEPTEMBER 2006

3-6/9 York/UK. ISPCAN Int Congress on Child Abuse and Neglect. [www.ispcan.org/congress2006](http://www.ispcan.org/congress2006)

10-13/9 Trollaregårdens kursgård/Båstad.  
Det professionella mötet med ungdomar i vår medicinska vardag.  
Info: [t.melin@swipnet.se](mailto:t.melin@swipnet.se)

14-16/9 Uppsala, Sweden. Genetics of Congenital Malformations. 2nd Scientific Symposium and Annual Meeting of ICBDSR.

21-23/9 Aten. 12th Eur Meeting of the Int Assoc for Adolescent Health (IAAH). Obesity and eating disorders. Bio-psycho-social approaches.  
Info: [t.melin@swipnet.se](mailto:t.melin@swipnet.se)

## OKTOBER 2006

7-10/10 Barcelona/Spanien. Europaediatrics 2006.

16-20/10 Halmstad. Basal neonatologi - en kurs för blivande barnläkare.

## NOVEMBER 2006

13-17/11 Göteborg. iPuls-Kurs i Barn- och ungdomsneurologi med rehabilitering.

19-22/11 ALB/Stockholm. Respiratory support options for neonates - from CPAP to ECMO.  
Info: [Jessica.Schiott@karolinska.se](mailto:Jessica.Schiott@karolinska.se). Anmälan senast den 31/7 -06. Information!

23-25/11 Rom. First European Symposium on Pediatric Inflammatory Bowel Disease.

## MAJ 2007

5-8/5 Toronto. Pediatric Academic Societies' Annual Meeting, [www.pas-meeting.org](http://www.pas-meeting.org), [info@pas-meeting.org](mailto:info@pas-meeting.org)

## MAJ 2008

3-6/5 Honolulu. Pediatric Academic Societies' Annual Meeting, [www.pas-meeting.org](http://www.pas-meeting.org), [info@pas-meeting.org](mailto:info@pas-meeting.org)

## MAJ 2009

2-5/5 Baltimore. Pediatric Academic Societies' Annual Meeting, [www.pas-meeting.org](http://www.pas-meeting.org), [info@pas-meeting.org](mailto:info@pas-meeting.org)

På [www.blf.net](http://www.blf.net) kan du även läsa om fler kurser/kongresser från år 2007 och framåt.

## Efterträdare till Jonas?

Barnläkaren är mycket uppskattad av BLF:s medlemmar. Jonas Ludvigsson har gjort och gör en excellent insats som tidningens chefredaktör. Nu har Jonas emellertid signalerat att han i och med årsskiftet önskar lämna uppdraget vidare till någon annan. Vi har inte lyckats i våra försök att övertala Jonas att fortsätta. Därför behöver vi en ersättare till Jonas.

Vi söker en färdig eller blivande barnspecialist som är road av att skriva och att få andra att skriva. Uppdraget innebär många kontakter med det barnmedicinska Sverige och en möjlighet att vara med och påverka. Om du själv är intresserad eller bland dina kollegor har en person som du tror skulle passa för uppdraget och som är intresserad, så hör av dig till oss. Jonas själv lämnar också gärna ytterligare information ([jonasludvigsson@yahoo.com](mailto:jonasludvigsson@yahoo.com)).

Med vänliga hälsningar

Göran Wennergren, Ordförande i BLF  
[goran.wennergren@pediat.gu.se](mailto:goran.wennergren@pediat.gu.se)

Margareta Blennow, Vice ordförande i BLF  
[margareta.blennow@sodersjukhuset.se](mailto:margareta.blennow@sodersjukhuset.se)

# Komjölksproteinallergi?

Reflux Atopisk dermatit

Rhinoconjunctivit

Kolik

Kräkningar

Urtikaria

Magsmärtor

Diarré

Astma/wheezing

Matvägran

Otitis media

Tidig mättnad

Kolit

Obstipation

"Failure to Thrive"



Ett eller flera av ovanstående symptom kan tyda på komjölksproteinallergi. Nutramigen är en säker\* och näringsmässigt komplett mjölkersättning som kan användas redan från första levnadsdagen.

För mer information om Nutramigen, besök [www.meadjohnson.nu](http://www.meadjohnson.nu).

**Nutramigen – förstahandsvalet vid diagnostik (eliminationsdiet) och behandling av komjölksproteinallergi.**

Ref: "Determination of allergenicity to three cow's milk hydrolysates and an amino acid derived formula in children with cow's milk allergy" C. Caffarelli et al., Clin exp all 2002;32:74-79.

Mead Johnson Nutritionals stöder WHO:s rekommendationer att bröstmjolk är barnets bästa föda.

Mead Johnson Nutritionals  
Box 15200  
167 15 Bromma  
Telefon 08-704 71 00  
[www.meadjohnson.nu](http://www.meadjohnson.nu)  
A Bristol-Myers Squibb Company

**MeadJohnson**<sup>TM</sup>  
Nutritionals

# B



Taylor & Francis  
Box 3255  
103 65 STOCKHOLM

Vänta inte tills  
problemet har  
blivit större  
än lösningen



**Symbicort® variabel dosering™ tar tidigt hand om  
astmasymtomen och inflammationen.**

**Ger 40% färre exacerbationer än Seretide® enligt SUND!\***



**Förhindra exacerbationer innan de uppstår.**

Genom att behandla en variabel sjukdom som astma med en variabel dosering minskar risken för exacerbationer. Symbicort är den enda kombinationsbehandlingen som, med en och samma inhalator,\*\* ger patienten möjlighet att anpassa medicineringen efter sjukdomens variationer.

Detta har i studier visat sig resultera i betydligt färre exacerbationer, jämfört med Seretide eller Symbicort i fast dosering.<sup>1-5</sup>

\* I primärvariabeln (WCAW) sågs ingen skillnad mellan behandlingarna.

\*\* Vid anfallsakupering ska en snabbverkande luftrörsvidgare användas.

**Indikation:** För regelbunden behandling av bronkialastma. Symtomatisk behandling av patienter med svår KOL (FEV<sub>1</sub> <50% av förväntat normal) och tidigare upprepade exacerbationer och som har signifikanta symtom trots regelbunden behandling med långverkande bronkdilaterare. Symbicort innehåller inhalationssteroiden budesonid (160µg) och beta<sub>2</sub>-agonisten formoterol (4,5µg), den långverkande bronkdilateraren som ger effekt inom tre minuter.<sup>6</sup> För vidare information se [www.fass.se](http://www.fass.se). **Referenser:** 1. Aalbers et al, Current Medical Research and Opinion, 2004; 20:225-240. 2. Ställberg et al, International Journal of Clinical Practice, 2003;57:656-661. 3. FitzGerald et al, Canadian Respiratory Journal, 2003; 10:427-434. 4. Kardos et al, Pneumologie 2001;55(5):253-257. 5. Leuppi et al, Swiss Medical Weekly 2003;133:302-309. 6. Palmqvist et al. Pulmonary Pharmacology & Therapeutics (2001) 14:29-34.



**SYMBICORT®**  
budesonide/formoterol

**Rätt dos vid rätt tillfälle**