

Nr.6/2006

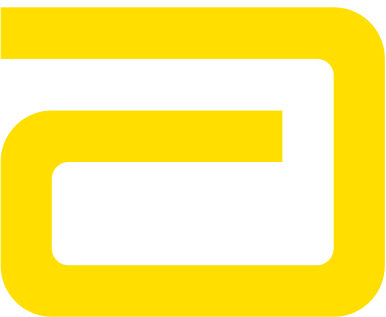
Barnläkaren



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.
Dosering: 15 mg/kg kroppsvikt. För ytterligare info se 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

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

Varmt tack, Jonas! 3

REDAKTÖRENS RUTA

4

ENKÄT

Enkät för verksamhetschefer 6

LEX MARIA

Tragiska händelser för 70 år sedan som ledde till Lex Maria 16

ALGORITM

Nya riktlinjer för HLR för nyfödda barn 21

TILLÄGG

Lund: ST-läkarna & Forskning 22

AKTUELLT

Pedofilen på nätet 23

RECENSION

Utmärkt lärobok i psykosomatik 24

KRÖNIKA

En läsvärd artikel om barnläkare 26

REMISSYTTRANDE

"Framtidens närsjukvård" 27

BARNKLINIKEN I ÖREBRO

Hälsning från barnkliniken i Örebro 28

KALENDARIUM

32

*Seretide mite till barn från 4 år som har symptom
trots behandling med inhalationssteroid¹*



Seretide mite (salmeterol/flutikason) är den enda kombinationsbehandling som har indikation från 4 år. Den finns som pulverinhalatorn Diskus och för barn som inte kan eller vill använda pulver finns också den freonfria inhalationsprayen Evohaler.

Indikation: Seretide mite är indicerad för regelbunden behandling av bronkialastma. Vid akuta besvär ska en kortverkande luftrörsvidgande medicin användas. Rekommenderad dosering Seretide Diskus mite (50/100): 1 inhalation 2 gånger dagligen. Seretide Evohaler mite (25/50): 2 inhalationer 2 gånger dagligen. För ytterligare information www.fass.se.

GlaxoSmithKline AB, Box 516, 169 29 SOLNA, 08-638 93 00, info.produkt@gsk.com
Seretide, Diskus och Evohaler är registrerade varumärken som ägs av GlaxoSmithKline.

¹Information från Läkemedelsverket 2002, Nr 2.

SERETIDE[®]
salmeterol/flutikason

Mer liv - Mindre astma

Varmt tack, Jonas!

Kära kollegor!

I samtal med barnläkarkollegorna märker jag att Barnläkaren är mycket uppskattad av BLF:s medlemmar. Jonas Ludvigsson har gjort en excellent insats som tidningens chefredaktör. Som ni vet har Jonas dock många engagemang och de behöver nu mer av hans tid. Jonas gör därför nu i princip sitt sista nummer som chefredaktör. Varmt tack, Jonas, för din insats i Barnläkaren!

Hur blir då fortsättningen? Ja, att göra Barnläkaren innebär mycket arbete. För det kommande året har vi därför vidtalat Samuel Lagercrantz att som redaktör hjälpa oss att göra tidningen. Samuel är journalist och skriver bland annat för Läkemedelsvärlden och Allt om Läkemedel. Tanken är att Samuel vid sin sida ska ha ett redaktionsråd, som ska hjälpa till att planera de nya numren. För att Barnläkaren ska kunna fortsätta att vara en bra tidning behöver vi dock ett kontinuerligt inflöde av bidrag från BLF:s medlemmar. Tveka inte att göra slag i saken! Fatta pennen, skriv den artikel eller det debattinlägg du gått och tänkt på och skicka in till Barnläkaren! Eftersom nästa nummer går i tryck innan Samuel hinner tillträda har Jonas generöst lovat hjälpa oss att ställa samman även nr 1 för år 2007.

I en artikel på annan plats i numret skriver jag om de händelser som ledde fram till Lex Maria. Det är i år exakt 70 år sedan de inträffade. Egentligen var det ett par olika orsaker till att jag blev intresserad av historiken bakom Lex Maria. På Svenska Läkaresällskapet finns ett fint porträtt som jag lagt märke till. Porträttet avbildar kirurgprofessorn Einar Key. Dåvarande BLF-ordföranden Ragnar Olegård berättade en gång när BLF-styrelsen hade sammanträde på Läkaresällskapet, att Key hade varit involverad i händelserna bakom Lex Maria. Hur var jag dock osäker på. Den andra orsaken var att jag för Socialstyrelsen blev engagerad i sakkunnigutlåtanden i Lex Maria-ärenden. Läsandet om historien kring Lex Maria ledde till ett par artiklar i Läkartidningen. De är utgångspunkt för artikeln i Barnläkaren.

När Lex Maria kom till var den så kallade disciplin-tillsynen av anställda inom vården ett viktigt syfte med lagen. Idag är den aspekten på väg att tonas ned. I stället är det viktigaste att se Lex Maria som ett instrument för att skapa säkra sjukvårdsrutiner.

Som ni vet har Socialstyrelsen i år lämnat förslag på ytterligare ändringar i lagstiftningen för att få en öppnare rapportering av avvikelser. Jag tror att många i professionen, precis som jag, välkomnar den utvecklingen. Fokus ska vara på hur vi kan lära av misstag. Då kan vi bäst minimera risken att de upprepas.

Hjärtliga hälsningar

Göran Wennergren

Ordförande i Svenska Barnläkarföreningen



Göran Wennergren
Ordförande i Svenska Barnläkarföreningen

Redaktörens ruta



Hej!
Välkommen till årets
sjätte nummer av tidningen
Barnläkaren!

I det här numret tar vi oss
an klinikchefernas situa-
tion. Klinikchefer/verk-
samshetschefer på svenska
barnkliniker drar ett jätte-

lass. Vi har frågat dem kring deras syn på forskning, jäm-
ställdhet, specialistskrivningen och läkarbemanningen.
Håller du med? Skriv gärna till oss och kommentera!

Detta nummer innehåller också en artikel om Lex Maria
av Göran Wennergren. Här finns plats för en bokrecen-

sion men också för ett remissyttrande som rör framtidens
närsvård (Gudmund Stintzing). Missa inte heller
kalendariet och boka redan nu in vecka 17 år 2007 då det
blir Barnvecka i Linköping.

Väl mött där.

Eftersom min tid som chefredaktör närmar sig slutet
vill jag i mitt näst sista nummer passa på att skicka en
hälsning från min hemmaklinik Örebro. På sidan 28–30
hittar du ett potpurri av barnverksamhet från universi-
tetsjukhuset i Örebro. Njut och inspireras:-)

Novemberhälsningar från Örebro,
Jonas

Du som vill bidra till *nästa* nummer bör inkomma med ditt bidrag senast **15 november**. 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. Det är också viktigt att ni skriver under ert bidrag med namn, titel och arbetsplats (t. ex. "Anders Andersson, Barnläkare, Malmö").

För dig som vill ha med ett evenemang i Barnläkarens kalendarium; se till att få det infört på BLF:s hemsida, då hamnar det också i tidningen Barnläkaren.

Och slutligen, litet reklam för vår näste chefredaktör(!), Samuel Lagercrantz. Samuel är journalist och kommer att sköta det löpande arbetet med tidningen Barnläkaren från och med december månad. Skriv gärna till honom! Alla bidrag är välkomna. Ni når honom via epost: samuellagercrantz@hotmail.com

Stor nyhet för små barn!

Singulair® 4 mg granulat
– godkänt från
6 månaders ålder



I spädbarnsåldern är virusinfektioner en vanlig utlösande faktor för förlorad astmakontroll¹. 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 β -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 tuggtabletter/förpackning
Singulair 10 mg, 28 och 98 tabletter/ förpackning
Leukotrienreceptorantagonist mot astma

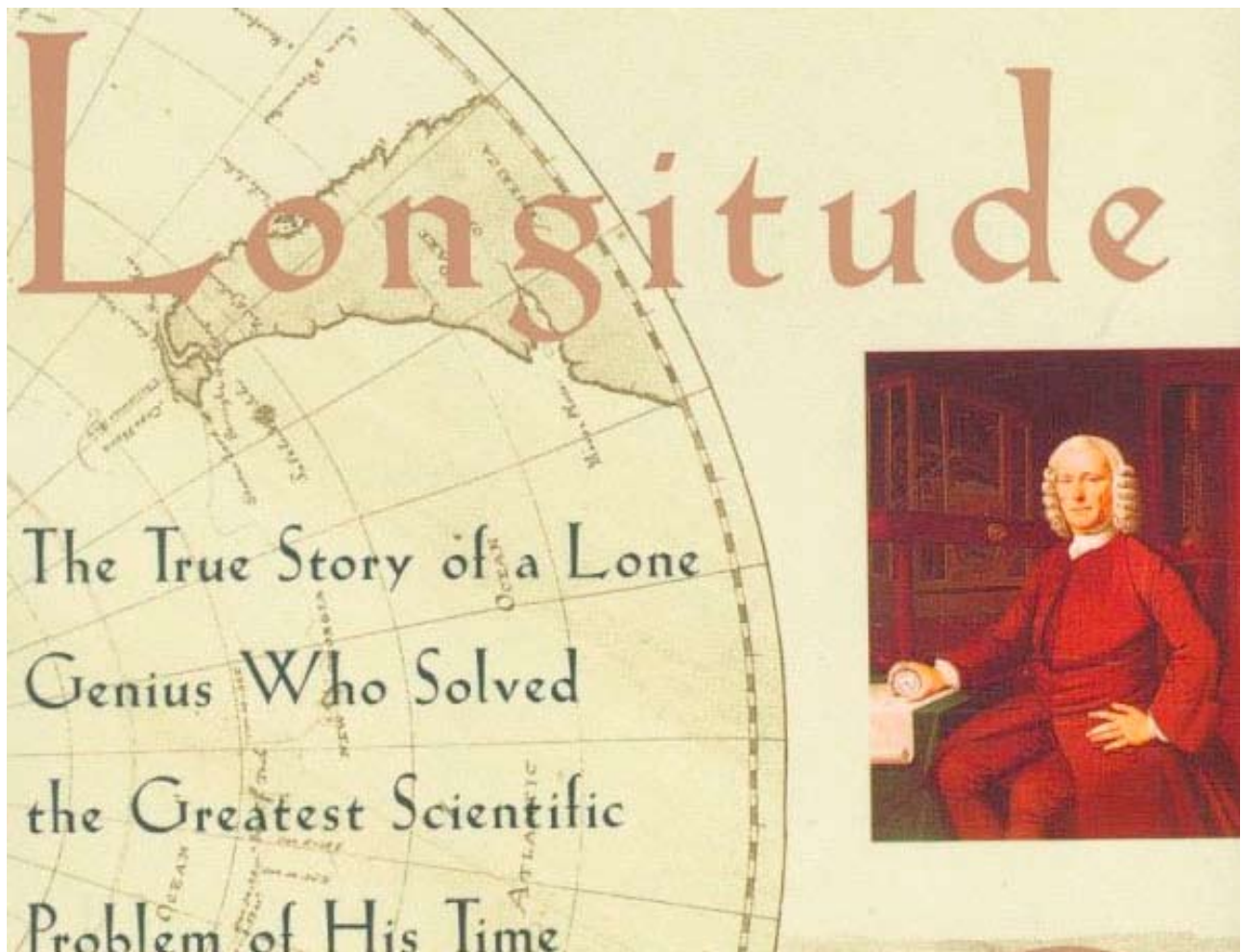


Tel: 08-626 14 00

Enkät för verksamhetschefer

"Chefsenkäten" besvarades av 23–24 personer. Jag är medveten om att de åsikter dessa 24 givit uttryck för inte säkert är representativa för hela chefsgruppen men vill ändå utifrån dessa svar diskutera viktiga frågor. 17 av 24 svarande är män; de flesta är mellan 51–60 år och har varit chefer i 4–5 år. Av de svarande var 3 chefer på länsdelssjukhus, 15 på länssjukhus och 6 på universitetssjukhus. 11 av 23 verksamhetschefer uppgav att de träffade sin "sjukhuschef" minst en gång per månad.

JONAS F. LUDVIGSSON, Barnkliniken, Örebro



Många verksamhetschefer jobbar mycket, men hur mycket? Ovan ses delar av framsidan till Dava Sobels bok "Longitude", om John Harrison som byggde den första exakta klockan och satte Greenwich på världskartan. Sobels bok får illustrera de många timmar våra verksamhetschefer lägger ned på sitt arbete.

Arbetstid

8 av 23 verksamhetschefer uppgav att de arbetade 46–50 timmar per vecka (jour undantaget). Ytterligare 9 av 23 uppgav att de arbetade minst 51 timmar per vecka (jour undantaget).

KOMMENTAR 1: Marie Wedin



Det går att finna en empatisk arbetsledare inom alla yrkesgrupper, men det är inte på detta ledarskap som morgondagens sjukvård vilar. För att säkra kvaliteten i framtidens sjukvård krävs att läkarna ges och antar chefskapet i sjukvården. Läkarna har, i kraft av sin utbildning,

störst möjlighet att förstå verksamhetens medicinska mål och det är därmed läkarna som kan och bör ta ansvaret för ledarskapet.

Att ta på sig ett chefskap för en medicinsk verksamhet kräver mycket tid. En chef måste vara införstådd och engagerad, dels i de medicinska processerna i sig, men även i ledarskapet, arbetsmiljön, ekonomin och etiken. En chef måste vara närvarande i verksamheten, och också kunna prioritera samarbetet med övriga administratörer och heller inte väja för politiska och fackliga diskussioner inom och utanför verksamhetens ram. En chef skall vara verksamhetens och personalens företrädare och måste ha integritet, inge respekt och får aldrig tystna.

Det är också viktigt för en medicinsk verksamhetschef att ha god strategisk kompetens, vilket innebär att kunna bedöma var forskningsfronten kommer att befinna sig om några år, för att därmed kunna leda utvecklingen av nya metoder. Chefskapet är ett huvuduppdrag, men det kan också finnas ett värde i att chefen har en fot kvar i den kliniska och vetenskapliga verksamheten. Detta inger förtroende bland medarbetare och patienter, upprätthåller förståelsen för arbetsvillkor och de kliniska processernas kvalitet och kan också underlätta för läkare att gå in och ur chefskap.

En av de viktigaste förutsättningarna för ett bra chefskap är att chefskapet ryms inom arbetstiden. Om övertid blir villkoret för chefskap kommer chefer bara att kunna rekryteras från en alldeles för smal grupp, vilket blir till nackdel för sjukvårdens utveckling. Det är därför viktigt att avgränsa chefsuppgiften och det är nödvän-

digt för chefer i sjukvården att få stöd och hjälp med de administrativa rutiner som andra kan klara av, så att den strategiska delen av ledarskapet kan prioriteras.

Det måste också finnas en kultur som belönar och utvecklar dem som åtar sig rollen som chef och ledare. Som kliniskt verksam läkare är du van att få mycket feedback från patienter, medarbetare och kollegor. Som chef blir du ofta av med denna förmån. Varje människa behöver spegla sina gärningar i andra och därför är det viktigt med regelbundna och strukturerade rutiner för uppföljning av chefskapet.

MARIE WEDIN, ordförande i Sjukhusläkarföreningen och 1:e vice ordförande i Läkarförbundet

KOMMENTAR 2: Jonas F. Ludvigsson

Det borde vara självklart att klinikchefsskapet ska kunna skötas på arbetstid. Samtidigt har klinikchefsskapet medfört allt större krav. Man förväntas nu hålla regelbundna utvecklingssamtal med ett stort antal anställda, ha budgetansvar, delta i lokala och nationella möten, etc. Personligen tror jag att det samtidigt är värdefullt att verksamhetschefer är ”ute på golvet” och behåller åtminstone någon liten klinisk verksamhet. De höga kraven på dagens verksamhetschefer riskerar att göra posten mindre attraktiv, vilket på sikt kan urholka klinikchefens mandat.

På större kliniker torde det vara svårt för en person att hantera alla dessa uppgifter. Ett alternativ för klinikchefen kan vara att knyta en biträdande klinikchef till sig med ansvar för ett av de tyngre områdena (t.ex. utvecklingssamtal *eller* budgetansvar).

JONAS F. LUDVIGSSON, barnläkare, Örebro

Jämställdhet

Specifika resultat: 22 av 23 kliniker hade en jämställdhetsplan och 21 av dessa var nöjda med klinikkens jämställdhetsarbete. Alla svarande uppgav att en sökandes kön inte påverkar en sökandes chans att få anställning som ST-läkare/barnläkare. 15 av 22 verksamhetschefer ansåg att gravida kvinnor bör befrias från jour, medan 19 av 23 uppgav att kliniken strävar efter att såväl män som kvinnor ska ta ut föräldraledighet.

Fråga: Strävar kliniken efter att föräldraledighet skall tas ut av såväl man som kvinna?

Frequency Analysis							
Answer	Count	Percent	20%	40%	60%	80%	100%
Ja	19	82.61%					
Nej	4	17.39%					
Total	23	100%					

KOMMENTAR 1: Marie Wedin

Att så gott som alla cheferna var nöjda med jämställdhetsarbetet och jämställdhetsplanen är nog "falskt positivt" och betyder snarare att de är nöjda med att kunna lägga planen och jämställdhetsarbetet åt sidan. Aktivt jämställdhetsarbete måste ingå som en strimma i alla beslut och i alla överväganden i verksamheten. I synnerhet på barnkliniker, där mamma-, pappa- och barnrollerna är så påtagliga, borde jämställdhetsarbetet bedrivas än mer omsorgsfullt än inom andra discipliner.

Jag skulle vilja att läkarna vid Sveriges barnkliniker gick ut med information om att barn behöver tillgång till bägge sina föräldrar, och på så sätt även gå i bräsch för delad föräldraledighet för barnens skull.

Beträffande jourbefrielse under graviditet fastslår arbetsmiljölagen att allt arbete skall anpassas efter vars och ens förmåga. Det som i praktiken idag krävs för att den som är gravid, på eget initiativ skall kunna befrias från jour, är en medvetenhet om att dagens jourarbete är avsevärt mer påfrestande än gårdagens och att det gammaldags synsättet, att gravida kvinnor skall vara tappra och kämpa på utan att graviditeten märks, avfärdas som felaktigt ur såväl medicinsk som etisk synpunkt. Forskningsrön om vikten av lugn, näring och regelbunden dygnsrytm under graviditet skall tillämpas även på läkare.

MARIE WEDIN, ordförande i Sjukhusläkarföreningen och 1:e vice ordförande i Läkarförbundet

KOMMENTAR 2: Maria Ekelund

Bra att så många som 22 av 23 kliniker har en jämställdhetsplan och att samtliga menar att en sökandes kön inte påverkar möjligheterna att få anställning som ST-läkare/barnläkare. Utifrån de redovisade resultaten av enkäten har verksamhetscheferna anledning att vara nöjda med sitt jämställdhetsarbete.

Jour under graviditet: Svår fråga – personligen anser jag inte att graviditet med automatik bör innebära jourbefrielse. Tidigare praxis med befrielse från nattjour under sista trimestern är enligt min mening en mer rimlig nivå. Självklart ska man i speciella fall och vid komplicerade graviditeter ta individuella hänsyn. Jag blir lite överraskad att så många som 2 av 3 verksamhetschefer anser att gravida bör befrias från jour. Menar man då både dag- och nattjour?

Jouren är en viktig del av ST-utbildningen och av solidaritetsskäl något man delar. På sikt tror jag att detta med automatisk jourbefrielse under hela graviditeten kan vara en kvinnofälla – det kan bli mer attraktivt att anställa en man som man vet inte kommer att gå ur jourlinjen under kanske 3x9=27 månader under en ST-utbildning på 60 månader...

En dräglig arbetsmiljö även under jourtid med tillgång till tillräckligt stöd av bakjour och möjlighet till raster är dock en viktig fråga att driva för oss alla, gravida eller inte.

Föräldraledighet: På min klinik har alla nuvarande

ST-läkare, manliga som kvinnliga, varit föräldralediga minst 6 månader heltid med varje barn! Detta tror jag mer har att göra med att det blivit något av en norm än med någon aktiv strävan från klinikledningens sida. En klok klinikchef som min, inser dock säkert vilka värdefulla erfarenheter i form av ökad personlig mognad, ansvarstagande och kanske träning i simultankapacitet och organisationsförmåga som föräldraledigheten kan föra med sig.

MARIA EKELUND, barnläkare och schemaläggare, Jönköping

KOMMENTAR 3: Anders Lindblad



Det är mycket bra siffror som redovisas med jämställdhetsplaner i princip på alla kliniker som svarat förutom en. Samtidigt är den viktiga frågan om underläkaren/ST-läkaren känner igen sig i beskrivningen. Det kan ju vara så, som jag upplevde alla mobbningsplaner på de skolor mina barn gått i. De fanns på papperet, de var väl genomtänkta, ansågs fungera bra och hade problemet under kontroll. Men på frågan hur många gånger mobbningsplanen utnyttjades var svaret

1–2 ggr/år. Problemet var snarare att skolan/lärarna inte uppmärksammade de mobbningsfall som alla elever visste fanns. Jag undrar hur många manliga kollegor som verkligen aktivt uppmuntrats att ta ut hälften av föräldradagarna av klinikledningen när de fått barn. Samtidigt tycker jag det verkar som fler och fler yngre läkare arbetar deltid under småbarnsåren, vilket är positivt. Frågan är dock vilken attityd de möts av när de begär detta. D v s, måste man vara stark för att våga genomdriva deltid eller uppmuntras man till det?

Samtidigt måste jag ändå säga att jag tror, att för att man ska få tillräckligt mycket erfarenhet som läkare tidigt i sin läkarkarriär, så måste man tillbringa ganska mycket tid på sjukhuset, där man tvingas fatta många medicinska beslut. Det behovet finns just under den tid av livet som man både som man och kvinna också behövs mycket i hemmet för sina barn. Lös det problemet den som kan! Men det är ingen könsfråga (eller bör inte vara det!) eftersom behoven är lika för kvinnor och män. Men det är säkert en orsak till svårigheten att lösa föräldraledigheten på ett bra sätt.

Många verksamhetschefer ansåg att jourarbete under graviditet ska undvikas. Jag tycker det måste bero på hur långt graviditeten framskridit, komplikationer samt typ av jourpass. Natjourer måste man befrias från tidigare än kvälls- eller helgpass.

ANDERS LINDBLAD, barnläkare, Göteborg

Forskning

Av 23 chefer uppgav 6 att de publicerat minst tre vetenskapliga artiklar sedan 2002. På 6 av 23 kliniker forskade en majoritet av läkarna på kliniken medan antalet kliniker där en majoritet av ST-läkarna forskade var 3 (av 23). Ingen av de svarande cheferna ansåg att ST-läkare borde skjuta upp sin forskning till efter ST.

Fråga: Är du som verksamhetschef forskningsaktiv (minst tre vetenskapliga artiklar sedan 2002)?
[frågan besvarad våren 2006]

Frequency Analysis							
Answer	Count	Percent	20%	40%	60%	80%	100%
Ja	6	26.09%					
Nej	17	73.91%					
Total	23	100%					

Fråga: Forskar en majoritet av läkarna på kliniken?

Frequency Analysis							
Answer	Count	Percent	20%	40%	60%	80%	100%
Ja	6	26.09%					
Nej	17	73.91%					
Total	23	100%					

19 av 22 uppgav att disputation/docentur automatiskt medförde ett löneflyft medan enbart 3 av 23 angav att disputation var ett villkor för överläkartjänst på deras klinik. På hälften (10 av 20) av de representerade barnklinikerna fortsätter de flesta disputerade med forskning även efter disputationen.

Fotnot: Andelen klinikchefer som var forskningsaktiva (6/23) var densamma som andelen kliniker där en majoritet av läkarna forskade (6/23).

Fråga: Medför disputation/docentur automatiskt ett löneflyft?

Frequency Analysis							
Answer	Count	Percent	20%	40%	60%	80%	100%
Ja	19	86.36%					
Nej	3	13.64%					
Total	22	100%					

2 av 21 chefer anser det acceptabelt med längre väntetider för patienter med anledning av att deras PAL forskar.

Uppfattningen om hur forskning under ST ska räknas varierade stort. Hälften av alla chefer anser all forskning (även enstaka månad) ska medföra senare datum för specialistexamen, men 7 av dessa 10 ansåg att specialistlön i dessa fall bör ges innan vederbörande ST-läkare blir specialistkompetent. Övriga chefer ansåg att forskning bör räknas in i ST (utan att datum för specialistexamen skjuts upp), 5 av 10 ansåg att 4–6 månader var rimligt att få räkna in.

Fråga: Har en majoritet av disputerade läkare på din klinik fortsatt att forska efter disputationen?

Frequency Analysis							
Answer	Count	Percent	20%	40%	60%	80%	100%
Ja	10	50.00%	[Yellow bar representing 50%]				
Nej	10	50.00%	[Yellow bar representing 50%]				
Total	20	100%					

KOMMENTAR 1: Marie Wedin

Forskning och utvecklingsarbete tillhör läkaryrket och bör uppmuntras i alla skeden av yrkeslivet. Kunskaps törsten och det kritiska tänkandet, som därvid utvecklas och inövas är ett av yrkets hörnpelare. När och hur forskning, utvecklingsarbete, ledarskapsträning och fackligt arbete skall planeras och bedrivs under yrkesåren, anser jag vara mindre viktigt och beror på mycket annat i livet. Huvudsaken är att det ses, uppmuntras och belönas för det värde det har, så att inte kortsiktiga prioriteringar av byråkratiska och administrativa rutiner tillåts dominera sjukvårdens och läkarrollens kultur och fokus. När läkarna väljer bort chefskap, utvecklingsarbete, forskning, etc., tas funktionerna över av andra personalkategorier som kan ha svårare att förstå att utveckla alla dimensioner av läkaryrket och läkarrollen. Detta är till nackdel för den framtida medicinska utvecklingen och för patienterna.

MARIE WEDIN, ordförande i Sjukhusläkarföreningen och 1:e vice ordförande i Läkarförbundet

KOMMENTAR 2: Jens Schöllin



Svensk pediatrik har historiskt alltid haft gott anseende. Mycket av detta har berott på att vi har haft goda forskare som kombinerat klinisk verksamhet med forskning och att svensk pediatrik forskning i stor utsträckning uppfattas som kliniskt relevant.

Att forska har för den blivande barnläkaren ofta varit en naturlig del av verksamheten. För inte så länge sedan var disputation eller docentur ett krav för överläkartjänst och för klinikchefskap.

Det är intressanta och viktiga data som Barnläkaren tagit fram om pediatrik forskning vid våra barnkliniker via sin enkät till ST-läkare och klinikchefer. Klinikchefs uppdraget har förändrats genom åren och den administrativa tyngden och innehållet har ökat och betonas allt mer. Nya krav på klinikchefer är idag legio. Ändå är det min bestämda uppfattning att klinikchefskapet kan kombineras både med viss klinisk forskningsverksamhet. Betydelsen av att den som leder verksamheten också är vetenskapligt skolad kan inte nog understrykas. Hon eller han behöver inte alls vara en internationell toppforskare – för det krävs betydligt mer tid – men all forskning behöver inte utföras på den nivån. För svensk pediatrik är det viktigt att vi behåller kopplingen klinik-forskning och detta måste uppmuntras av klinikchefen.

Idag disputerar allt färre kliniskt verksamma läkare i Sverige. Dessutom är det en vanlig erfarenhet att 1–2 av 10 disputerade läkare fortsätter med forskning efter disputation. Det är därför glädjande att se att disputation/docentur uppmuntras med lönepåslag i så hög utsträckning som enkäten visar och att så många fortsätter forska efter disputation.

För att bedriva framgångsrik forskning bör man komma igång tidigt under sin yrkesverksamma bana, dvs under ST-tiden. Därför är det också glädjande att flera klinikchefer anser att forskning ska räknas in i ST-utbildningen till viss del och att tid till speciallön inte behöver skjutas upp.

Svensk pediatrik är bra, men vi skulle kunna bedriva ännu mer forskning i form av multicenterstudier mellan flera olika kliniker, där vi släpper prestigen angående vem som måste leda studien och släpper fram de yngre forskarna. Vi har tillsammans ett ansvar för detta och för svensk pediatriks vetenskapliga höjd.

JENS SCHÖLLIN, professor och barnläkare, Örebro

KOMMENTAR 3: Hugo Lagercrantz

Enkäten visar glädjande positivt intresse för forskning bland verksamhetschefer. De verkar ha stor förståelse för svårigheterna att kombinera klinisk verksamhet och forskning och vill på olika sätt uppmuntra medarbetarna att disputerar. Denna positiva inställning stämmer överens med den som finns hos de flesta sjukvårdsadministratörer och politiker. Tyvärr räcker inte detta.

Forskning kommer trots allt ändå på undantag – även på universitetssjukhusen. Ledningskurser, akutmöten om sparbetning, miljöcertifiering, arbetsledartreffen, mentorsamtal, jämställdhets- och samverkansgruppmöten, osv, går nästan alltid före forskningsseminarier.

De kliniska forskarna är de sämst betalda läkarna. Lönegapet mellan en klinisk doktorand i 35-års-åldern och en jämnårig specialist är över 10.000 kronor i månaden, för att inte tala om den jämnåriga kurskamraten som har blivit husläkare.

Omvända förhållanden måste naturligtvis råda. Om man skall kunna råda bot på denna situation, bör de kliniska forskarna få betydligt bättre löner. Detta bör relateras till den vetenskapliga produktionen. Förslagsvis bör man få en lönebonus, beroende på vetenskaplig produktivitet. Vetenskaplig meritering måste väga tyngst vid tillsättning av alla högre tjänster vid universitetssjukhusen och även vara av stor betydelse när man tillsätter verksamhetschefer vid länssjukhusen.

HUGO LAGERCRANTZ, professor och barnläkare, Karolinska
Universitetssjukhuset Solna

KOMMENTAR 4: Jonas F. Ludvigsson

Klinisk tjänstgöring går att förena med forskningsaktivitet; det torde dock vara enklare på universitetssjukhus där det ofta finns en infrastruktur för forskningen. På de flesta svenska universitetssjukhus finns ALF-medel som kan användas för att finansiera forskningsledighet. Tre av mina vänner har ST som delas mellan klinik (50%) och forskning (50%) med bibehållen lön under forskningsperioderna. Motsvarande möjligheter bör erbjudas färdiga specialister som är forskningsaktiva. Det är därför glädjande att Wallenbergstiftelsen i våras utlyst ett antal forskartjänster för kliniker.

Det borde vara en självklarhet att forskande ST-läkare inte ska halka efter i lön. Som framgår av enkäter missgynnas fortfarande vissa ST-läkare ekonomiskt av att de forskar. Här måste BLF ta ställning!

Det framgår inte riktigt av enkätresultaten i vilken utsträckning verksamhetscheferna uppmuntrar forskning. Vill vi ha en forskning som är kliniskt relevant måste vi också göra de möjligt för kliniskt verksamma läkare att delta i forskningen, inte alltid leda den, men väl delta och bidra. I det läget är det olyckligt att allt färre kliniskt verksamma läkare disputerar. Många som disputerar väljer / eller har inte möjlighet att fortsätta forska efter disputationen. Även om jag inte tror att genomgången disputation kan / bör vara ett villkor för överläkartjänst vid universitetssjukhus, anser jag att den sökande bör uppvisa någon form av forskningsaktivitet. Engagemang i forskning leder inte bara till ökad kunskap utan ger också den forskande läkaren verktyg att själv värdera den vetenskap på vilken vi baserar vår verksamhet.

JONAS F. LUDVIGSSON, barnläkare, Örebro

Specialistskrivning och läkarbemanning

13 av 22 chefer anser att ST-skrivningen ska vara obligatorisk för blivande barnspecialister. Hälften (11 av 22) anser att godkänd specialistskrivning ska medföra ett automatiskt lönepåslag.

Fråga: Ska ST-skrivningen vara obligatorisk för blivande barnspecialister?

Frequency Analysis							
Answer	Count	Percent	20%	40%	60%	80%	100%
Ja	13	59.09%					
Nej	9	40.91%					
Total	22	100%					

Fråga: Ska genomförd och godkänd specialistskrivning ge automatiskt lönepåslag?

Frequency Analysis							
Answer	Count	Percent	20%	40%	60%	80%	100%
Ja	11	50.00%					
Nej	11	50.00%					
Total	22	100%					

11 av 22 barnkliniker behöver rekrytera 3–5 nya ST-läkare närmaste femårsperioden. 9 av 22 behöver anställa 6–10 nya ST-läkare. 3 av 23 kliniker använder sig av hyrläkare för att klara bemanningen.

Fråga: Hur många nya ST-läkare kommer kliniken att behöva rekrytera närmaste femårsperioden?

Frequency Analysis							
Answer	Count	Percent	20%	40%	60%	80%	100%
0	0	0.00%					
1-2	1	4.55%					
3-5	11	50.00%					
6-10	9	40.91%					
11-20	1	4.55%					
21-	0	0.00%					
Total	22	100%					

KOMMENTAR 1: Marie Wedin

Obligatorisk specialistexamen är ingenting Läkarförbundet stöder. Vi anser att en målstyrd specialiserings-tjänstgöring med regelbundna uppföljningssamtal är ett bättre verktyg. Vätetiderna till SK-kurserna är fortfarande oacceptabelt långa och att då avsätta resurser och lägga ner tid och kraft på att föra in nya rutiner som kan hindra den enskilde att få ut sin specialistkompetens inom rimlig tid, är fel. Förbundet lanserar snart sitt fortbildningsverktyg – Utbildningsguiden – där fortlöpande registrering av utbildning och fortbildning kan ske och där individen själv kan välja att redovisa de delar som krävs för att styrka sin kompetens.

Att rekryteringsbehovet till barnklinikerna uppmärksammas är positivt. Detta kommer förhoppningsvis att driva utvecklingen mot effektivare sjukvård och ökade resurser. Det kan också leda till en minskning av onödiga administrativa rutiner och utökade stödfunktioner för läkare, som t ex bättre IT- och sekreterarhjälp. Konkurrens mellan arbetsgivare kommer att ske med bättre arbetsmiljö och möjligheter till ett utvecklande arbetsliv som följd. Förhoppningsvis sprids också en insikt hos arbetsgivarna om värdet av lång och bred klinisk erfarenhet, så att de äldre läkarna lockas att vara kvar så länge att deras kunskaper är överförda till nästa generation.

MARIE WEDIN, ordförande i Sjukhusläkarföreningen och 1:e vice ordförande i Läkarförbundet

KOMMENTAR 2: Göran Wennergren

a) Drygt hälften av verksamhetscheferna ansåg att ST-skrivningen ska vara obligatorisk för blivande barnspecialister. b) Hälften ansåg att godkänd specialistskrivning ska medföra automatiskt lönepåslag.

a) Jag har varit positiv till specialistskrivningen och specialistexamen sedan tillkomsten och också medverkat med frågor till skrivningen. Det är rimligt att den ST-läkare som ska erhålla specialistkompetens visar att kompetensen finns. En specialistexamen är då naturlig.

Här har funnits en skiljelinje mellan olika företrädare för professionen. Svenska Läkaresällskapet och många specialitetsföreningar har varit positiva till specialistexamen. Det är i specialitetsföreningarnas regi som den

ordnats. Läkarförbundet, SYLF och ST-läkarna själva har varit skeptiska. Till obligatorium har de varit negativa. De intagna positionerna är kanske inte förvånande. Den motivering som ofta hörts från kritikerna har varit att skrivningen inte varit tillräckligt relevant.

Vid översynen av specialistutbildningen valde Socialstyrelsen att inte införa en specialistexamen. Därmed faller möjligheten att kräva ST-skrivning. I stället får vi arbeta för bättre anslutning till en specialistexamen på frivillig bas.

Specialistskrivningen ska självklart ha en utformning som uppfattas som relevant både av dem som examinerar och av de examinerade. Det är också möjligt att nya former behövs för att få en nytändning. BLU-styrelsens inlägg genom Jens Bäckström och Ronny Wickström i nr 3 av Barnläkaren är värt att tas på allvar och få en seriös diskussion.

b) Jag tycker tveklöst att den kollega som avlägger specialistexamen ska premieras med löneförhöjning. Framst för den dokumenterade kompetensen, men också för att skapa incitament för att genomföra specialistexamen.

Rekryteringsbehovet

Jag kan bara instämma i att det är nödvändigt med rekrytering av ST-läkare i den takt som motsvarar de beräknade pensionsavgångarna. Vi vet alla att den stora gruppen specialister födda på 1940-talet går i pension under den kommande 10-årsperioden.

Hyrläkare

Visst är det optimala en egen läkarstab. Det ger kontinuitet för verksamhet och patienter och naturligtvis lägre kostnader för huvudmannen. Men verkligheten är inte alltid optimal. Om alternativet är att behöva stänga en vital verksamhet, t ex en neonatalavdelning, eller att inte kunna hålla igång jourverksamheten, så får inte det bästa bli det godas fiende. Då måste hyrläkare kunna användas medan man arbetar för att få permanenta lösningar. Jag förstår inte dem som av ideologiska skäl vill totalförbjuda hyrläkare. En annan reflektion är att 3 (av 23 kliniker) som använder hyrläkare är få.

GÖRAN WENNERGREN, ordförande i BLF, barnläkare och professor, Göteborg

KOMMENTAR 3: Måna Wallensteen

Idag är ST-skrivningen frivillig för ST-läkaren och bygger på engagemang från erfarna specialister som gör detta svåra arbete utan ersättning. Detta kan inte hålla på lång sikt. Min uppfattning är att man borde ha en obligatorisk examination i pediatrik, men den måste organiseras på central nivå, t ex på Socialstyrelsen.

Alla utom en av de ST-läkare (7) som de senaste åren blivit specialister på min klinik har gjort skrivningen och genomgått det muntliga förhøret. De har fått 1–2 veckors ledighet för inläsning. De har genomgående upplevt inläsningen som mycket positiv. Kunskaperna från det praktiska arbetet på kliniken har ytterligare fördjupats genom de teoretiska studierna. Alla har också klarat sig och känt sig mycket nöjda. Verksamheten har naturligtvis också haft glädje av detta. Några diskussioner om extra lönepåslag har jag inte haft.

Rekryteringsbehovet till barnmedicin är fortsatt stort. Vi vet ännu inte hur många av 40-talisterna som vill eller orkar jobba efter 65. Klinikerna domineras idag av unga och ”gamla” medan de i mellangenerationen är få. Det är inga svårigheter att rekrytera unga ST-läkare, åtminstone för något så när centralt liggande kliniker. Dessa behöver dock handledning av erfarna läkare och det kan bli ett problem på vissa kliniker. De begränsade resurserna gör också att man håller igen på rekryteringen av ekonomiska skäl. Detta straffar sig tyvärr på sikt.

Behovet av hyrläkare tycks finnas på små kliniker, som är betydligt mer sårbara än större.

MÅNA WALLENSTEEN, barnläkare och verksamhetschef, Västerås

KOMMENTAR 4: Jonas F. Ludvigsson

Få saker är så stimulerande som teoretisk inläsning i kombination med patientarbete. Nyligen hade jag och en kollega förmånen att få delta i en specialmottagning för Addisonpatienter, och vi lärde oss massor! Patienternas egna beskrivningar bekräftade lärobokens punktvisa uppräknings av trötthet, lågt blodtryck, saltbegär och uppvisad autoimmunitet såsom sköldkörtelsjukdom.

Vi får inte glömma bort att specialistskrivningens viktigaste uppgift måste vara att stimulera till inläsning snarare än att tjäna som en ”tröskel till specialisthuset”. I ljuset av det borde alla som vill skriva skrivningen erbjudas tid för inläsning. Än viktigare är kanske den kontinuerliga inläsningen under ST-tiden, inläsning som inte är kopplad till just specialistskrivningen. I Örebro använder vi sedan i höst en modell där två timmar varje torsdagseftermiddag reserveras ST-läkarna för föreläsning (varannan vecka) och egen inläsning (varannan vecka).

Jag hoppas att regelbunden inläsningstid på sikt också ska bli ett naturligt inslag för oss färdiga barnspecialister.

JONAS F. LUDVIGSSON, barnläkare, Örebro

Tragiska händelser för 70 år sedan som ledde till Lex Maria

I höst är det 70 år sedan de tragiska händelserna skedde, som ledde till begreppet Lex Maria. Vid Maria sjukhus i Stockholm injicerades genom förväxling giftig desinfektionsvätska istället för lokalbedövning till fyra patienter, som dog. I dagens svenska sjukvård bör Lex Maria framför allt styra arbetet för att skapa säkra sjukvårdsrutiner.

Begreppet Lex Maria är välbekant för oss alla. När en patient kommer till allvarlig skada inom vården ska anmälan göras enligt Lex Maria. Ett av syftena är att öka patientsäkerheten genom förbättrade rutiner. Därigenom minskas risken för att nya, liknande misstag sker. I höst är det 70 år sedan de tragiska händelserna inträffade som skulle leda fram till det vi fortfarande känner som Lex Maria (1, 2). Det kan därför vara av intresse att göra en återblick till det som hände på Maria sjukhus i augusti 1936.

Händelserna på Maria

Händelseförloppet var följande: Till Maria sjukhus på Wollmar Yxkullsgatan på Söder i Stockholm kom på kvällen, torsdagen den 20 augusti 1936, två patienter. En 25-årig svetsare, Karl Eriksson, hade skadat tummen när han med cykel hade kolliderat med en fotgängare vid Slussen. Den andre patienten var en 15-årig springpojke, Stig Tärnholm, som hade skadat ett finger i en skärmas-kin i pappans charkuteriaffär. Båda behandlades i lokalbedövning med 1-procentig etokainlösning. Etokain var ett kokainliknande preparat som allmänt användes för lokalanestesi. Båda patienterna fick gå hem efter avslutad behandling. Eriksson återkom efter ett tag eftersom tummen hade svullnat upp och han hade börjat kräkas. Han lades därför in för observation.

Nästa dag sökte en kvinnlig patient, en fru Elsa Berglund, på kirurgpolikliniken för att få en misspnydnad på kinden borttagen. Misspnydnaden togs bort. Ingreppet gjordes i lokalbedövning med etokain i samma rum där Eriksson och Tärnholm hade behandlats. Hon fick gå hem efter ingreppet, men återkom på kvällen

eftersom hon blivit sjuk och kinden svullnat upp. Hon lades därför in för observation.

Den jourhavande läkaren, som såg henne hade tidigare på dagen i samband med rondan sett Eriksson och började ana oråd. Jourhavandes misstanke om att något var fel stärktes vid morgonronden följande dag, lördagen den 22 augusti, när kinden fortfarande var lika svullen. Han berättade om sin misstanke för den tillförordnade överläkaren och styresmannen, Nils Åkesson. Ordinarie styresman var den kände kirurgprofessorn Einar Key, men han var tjänstledig vid det aktuella tillfället.

Nu hade även läkaren, som ursprungligen tagit hand om patienterna på polikliniken fått veta att inte bara Eriksson, utan också Elsa Berglund, hade återkommit. Dessutom hade även en ineliggande patient blivit sjuk efter lokalbedövning med etokain från flaskan i behandlingsrummet på kirurgpolikliniken. Också denne läkare började nu misstänka att flaskan inte innehöll etokain, och även han underrättade Åkesson. Den 15-årige pojken som hade behandlats för skärskadan söktes upp. Det visade sig att han var sjuk och låg till sängs hemma och också han lades in.

Akut analys på Statens Farmaceutiska Laboratorium samma dag visade att flaskan i behandlingsrummet inte innehöll etokain, utan istället ett desinfektionsmedel, d v s kvicksilveroxicyanid.

Natten till den 27 augusti avled de två patienterna som behandlats första kvällen. Ett par dagar senare avled de båda andra patienterna. Kviksilverförgiftningen, orsakad av det av misstag injicerade desinfektionsmedlet hade lett till så svåra skador på njurarna att urinproduk-

tionen hade upphört. Patienternas liv gick inte att rädda. Någon möjlighet till dialys fanns ju inte på 1930-talet.

Hur kunde detta ske?

Hur kunde då flaskan innehålla kvicksilveroxicyanid? Hur var en sådan förväxling över huvud taget möjlig? Utredningen visade att både giftiga och icke giftiga preparat förvarades i samma läkemedelsskåp – men på olika hyllor. Kvicksilveroxicyanid skulle till exempel förvaras på den nedersta hyllan, medan etokain skulle stå högre upp i läkemedelsskåpet.

Året innan denna händelse hade Medicinalstyrelsen skickat ut en skrivelse där det föreskrevs att giftiga preparat skulle förvaras i separata skåp. Professor Einar Key, som var styresman skulle dock ha menat att det inte var praktiskt möjligt att fullt ut följa dessa föreskrifter (Bild 1). Han ska ha ansett att det borde ha varit tillräckligt att förvara kvicksilveroxicyaniden på en separat hylla längst ner i skåpet.

Hur skedde då förväxlingen? Detta gick aldrig att entydigt fastställa, men ett möjligt scenario kunde man tänka sig: Etokainet, som stod högre upp i skåpet förvarades i stora glasflaskor. Ur dessa hälldes bedövningsmedlet över i mindre flaskor, vilka placerades i behandlingsrummen på kirurgpolikliniken. Småflaskorna var försedda med en metallbricka märkt ”Etocain 1%”, och användes när bedövning skulle ges. Vid tiden för förväxlingen hade en sjuksköterskeelev haft i uppdrag att hämta poliklinikens apoteksvaror och ställa in dem i läkemedelsskåpet. Sjuksköterskeeleven hade också i uppdrag att blanda desinfektionsvätska, vilket innebar att kvicksilveroxicyanid späddes med vatten. I efterhand hade hon svårt att komma ihåg på vilken hylla hon ställt tillbaka stamlösningen. Orsaken till att förväxlingen skedde kunde alltså ha varit att hon hade ställt tillbaka flaskan på hyllan där etokainet förvarades. Den sjuksköterska som senare skulle fylla på etokain för användning på polikliniken kan därmed ha råkat ta fel flaska. Bidragande till att fel flaska togs kan ha varit att apoteket tycktes ha glömt att märka flaskan med giftetikett.

Åtal men friande dom

Den polisutredningen som följde ledde till att fem personer åtalades:

- Professor Einar Key åtalades för att han inte hade följt Medicinalstyrelsens föreskrifter om hur läkemedel skulle förvaras.
- Sjuksköterskeeleven åtalades för att hon inte hade kontrollerat att hon ställt tillbaka flaskan med desinfektionsmedel på rätt plats.
- Sjuksköterskan, som antogs ha råkat använda flaskan med kvicksilveroxicyanid när hon skulle fylla på etokain, åtalades för att hon inte hade kontrollerat etiketten på flaskan.



Bild 1. Professor Einar Key som var ordinarie kirurgöverläkare och styresman vid Maria sjukhus åtalades för att inte ha följt gällande föreskrifter om hur läkemedel skulle förvaras. Porträtt på Svenska Läkaresällskapet, målat 1947 av Louis Sparre. Foto: Göran Wennergren

- Två polikliniskköterskor åtalades för att inte ha haft tillräcklig uppsyn över elevens arbete.

Samtliga åtalade frikändes dock i den efterföljande rättegången. Det ansågs inte möjligt att exakt klarlägga hur förväxlingen hade gått till. Däremot var det uppenbart att det funnits brister i både rutiner och läkemedelshandtering.

Lex Marias tillkomst

Tidningarna fick snart kännedom om det som hänt vid Maria sjukhus. Händelserna rapporterades i detalj och fick stor uppmärksamhet (Bild 2). Uppmärksamheten i tidningarna bidrog säkert till att myndigheterna under hösten arbetade ovanligt snabbt med frågan om rapporteringsskyldighet för sjukhusen vid allvarliga händelser. Redan i januari 1937 kom den ursprungliga Lex Maria. Kungörelsen föreskrev att styresman eller ansvarig läkare "ofördröjligen" skulle anmäla till Medicinalstyrelsen och polismyndighet om någon vid behandling på sjukvårdsinrättning "tillfogats skada eller sjukdom av allvarlig beskaffenhet". Formuleringen kan uppfattas som en antydning om att de ansvariga läkarna skulle ha försökt dölja det inträffade. Uppfattningarna har gått isär om sjukhuset verkligen försökte mörklägga förväxlingen (3). En sådan misstanke framstår dock inte som rättvis. Polisanmälan gjordes visserligen först onsdagen 26 augusti, och då av apoteket, men Medicinalstyrelsen hade underrättats av Åkesson genast när förväxlingen stod klar, d v s redan på lördagseftermiddagen den 22 augusti.

Idag är det Medicinalstyrelsens efterföljare Socialstyrelsen som handlägger Lex Maria-ärenden. Anmälningar till Socialstyrelsen ska göras "vid allvarlig skada eller sjukdom som en patient drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av". Lex Maria har förändrats flera gånger sedan tillkomsten. Senaste författningen om "Anmälningsskyldighet enligt Lex Maria" trädde i kraft den 1 februari i år (SOSFS 2005:28 (M)). I dagens sjukvård framstår strävan att förebygga patientskador som

det viktigaste med Lex Maria-systemet, medan rollen i disciplintillsynen av enskilda anställda i vården är på väg att tonas ner. Socialstyrelsen har nyligen lämnat förslag på en ytterligare ändrad lagstiftning i syfte att skapa öppnare rapportering av avvikelser.

Historia kring Maria

Det är nu länge sedan Maria upphörde att vara ett akut-sjukhus, men byggnaderna finns delvis kvar. Förutom anknytningen till händelserna i augusti 1936 rymmer husen både Stockholmshistoria och annan medicinhistoria (4).

Det hela började år 1663 när holländaren Jacob Momma, adlad Reenstierna, köpte en stor tomt i Maria församling på Södermalm. Momma-Reenstierna var framgångsrik handelsman och bruksägare. Tillsammans



Bild 2. Dagens Nyheter's förstasida fredagen den 28 augusti 1936 där de två första dödsfallen vid Maria sjukhus rapporteras.
Foto: Kungliga Biblioteket



*Bild 3. Sjuksal på Maria. Som ses på bilden vårdades barn och vuxna tillsammans.
Foto: Stockholms Stadsmuseum*

med en bror var han bland annat delägare i Kengis bruk, där kopparmalm från de nyupptäckta fyndigheterna i Svappavaara bearbetades. På tomten mellan Wollmar Yxkullsgatan och Maria Prästgårdsgata lät han uppföra ett palatsliknande stenhus som fortfarande finns kvar (på Wollmar Yxkullsgatan 23) (5). Arkitekten hette Johan Tobias Albinus. I mitten på 1700-talet drevs väveri på egendomen. År 1758 uppfördes en särskild fabriksbyggnad precis öster om det Reenstiernska huset. Fabriksbyggnaden blev senare en huvuddel i Maria sjukhus.

Den Reenstiernska malmgården såldes på 1840-talet till Prins Carls Uppfostringsinrättning för fattiga och vanvårdade barn. År 1874 inköptes hela fastigheten

med adresserna Wollmar Yxkullsgatan 21, 23, 25 och 27 av Stockholms Stads Sundhetsnämnd som ett led i en omdaning av Stockholms sjukhusväsen, och år 1876 öppnades Maria sjukhus med 125 vårdplatser. Det Reenstiernska huset ingick i sjukhuskomplexet.

I början av 1930-talet fanns plats för över 280 patienter på Maria (Bild 3). Sjukhusets tomt var dock för liten för att tillåta nödvändig framtida utvidgning. Vid Maria sjukhus bedrevs kandidatundervisning i medicin och kirurgi. Här verkade framstående doktorer som medicinöverläkaren Josua Tillgren och ovan nämnde kirurgöverläkaren Einar Key. Einar Key (1872–1954) var en ledande gestalt inom nordisk kirurgi. Han var professor i kirurgi vid Karolinska institutet 1923–37, i många år



Maria sjukhus som det ser ut numera. Namnet finns kvar över porten. I förlängningen av det som ursprungligen var en fabriksbyggnad ses det Reenstiernska huset och därefter en nybyggnad från 1970. Längst bort skimtar Södra Barnbördshuset.

Foto: Göran Wennergren

huvudredaktör för *Acta Chirurgica Scandinavica* och Svenska Läkaresällskapets ordförande 1935–36. Han bidrog aktivt till att lösa problemen kring byggandet av Karolinska Sjukhuset.

I början av 1940-talet flyttades de akademiska tjänsterna vid Maria till Karolinska sjukhuset, invigt 1940. När Södersjukhuset invigdes 1944 flyttades patienter och personal över dit och verksamheten fortsatte vid det nybyggda sjukhuset (6). Det gamla sjukhusets namn lever däremot kvar genom de ödesdigra händelserna för 70 år sedan.

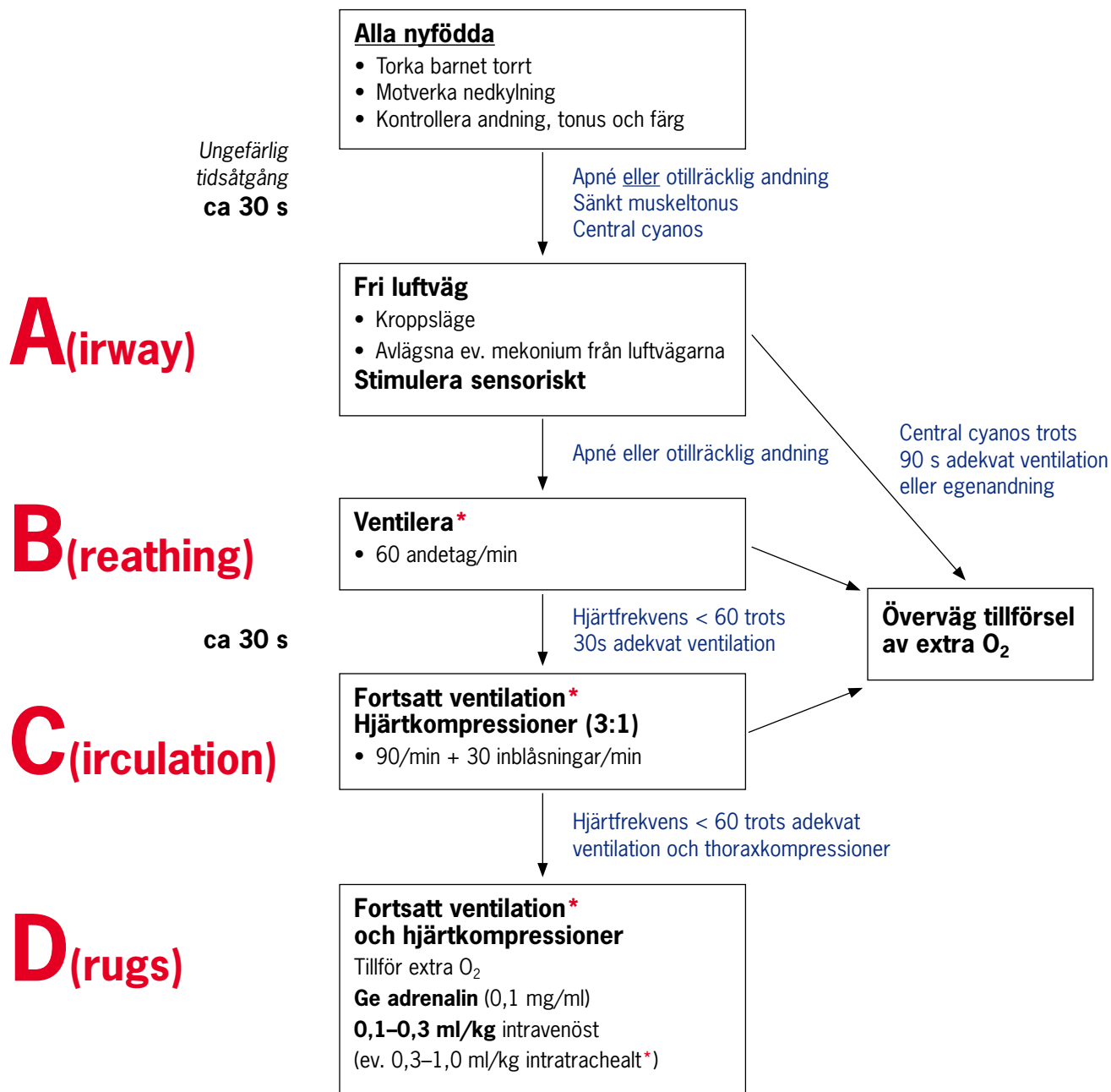
GÖRAN WENNERGREN, professor i barnmedicin vid Göteborgs universitet och överläkare vid Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus i Göteborg. goran.wennergren@pediat.gu.se

Referenser

1. Ödegård S. Ödesdigra injektioner på Maria sjukhus. I: Räf L, Sjöstrand NO, Widman B, Hammarmyr K, Olausson K, Oldinger E, redaktörer. *Stockholms läkarförening 100 år*. Stockholm: Läkartidningen; 2000. p. 120-3.
2. Wennergren G. Fyra dödande injektioner ledde fram till Lex Maria. *Läkartidningen* 2005;102: 242-3.
3. Gedin P, Osterman PO, Westrin C-G. Smussel eller ej före lex Marias tillkomst? *Läkartidningen* 1991;88:3159-60.
4. Lindberg B. *Malmgårdarna i Stockholm*. Stockholm: Natur och Kultur/LT's förlag; 2002. p. 18-9.
5. Wennergren G, Nyman K. Marias historia. *Läkartidningen* 2005;102: 1364.
6. Räf L. Och sjukhusen kom och gick. I: Räf L, Sjöstrand NO, Widman B, Hammarmyr K, Olausson K, Oldinger E, redaktörer. *Stockholms läkarförening 100 år*. Stockholm: Läkartidningen; 2000. p. 48-61.

Mats Blennow och Gunnar Sjörs har låtit Barnläkaren publicera de nya riktlinjerna för HLR för nyfödda barn. Barnläkarens redaktion anser att det har ett så pass stort allmänintresse att vi trycker algoritmen på en egen sida. Riv ut och sätt upp där det passar!

Chefredaktör Jonas F Ludvigsson



*Intubation kan övervägas för dessa moment

Ovan presenteras de nya riktlinjerna för HLR till nyfödda barn. Flödesschemat kommer att, tillsammans med en utförlig förklarande text, publiceras i den kommande upplagan av neonatalsektionens HLR-kompendium (f.d. Asfyxikompendiet). Väsentliga förändringar i de nya riktlinjerna är att barn med apné eller otillräcklig andning ska erhålla ventilationsstöd direkt, oavsett hjärtfrekvens, samt att ventilationsstöd inledningsvis sker utan tillägg av extra syrgas. De nya riktlinjerna baseras på den evidensgenomgång som utförts i ILCOR (International Liason of Resuscitation Councils) regi, och är således anpassade till internationell praxis. Redaktörer för HLR-kompendiet är Mats Blennow (docent, Karolinska Huddinge) och Gunnar Sjörs (överläkare, Akademiska Barnsjukhuset).

Lund: ST-läkare och forskning

Av en intervju i senaste nummer av Barnläkaren 5/06 kunde man få den missuppfattningen att ST-läkare i pediatrik på vår klinik mestadels forskar på sin fritid och inte på betald arbetstid. Det stämmer inte. Inom barnmedicin har vi för tillfället 12 läkare med ST-tjänst och 3 läkare med vikariat. Sju av dem (5 doktorander, 2 disputerade) forskar och har sammanlagt under 2006 fått 40 forskningsmånader inom ramen för sin sjukvårdsanställning. De har fått 5–7 månaders forskningstid/var, finansierad av ALF medel eller regionala forskningsmedel. Dessa medel söks av projektledare eller dokto-

rand och betalas via kliniken. Beviljad forskningstid kan ibland bli outnyttjad om ST-läkaren väljer att prioritera tidig specialisering.

DIANA KARPMAN, Universitetslektor,

Avdelningen för pediatrik, Lunds Universitet

CHARLOTTA SCHAEDEL, Verksamhetschef, Barn- och Ungdomssjukhuset, Universitetssjukhuset i Lund

IRÉNE JAKOBSSON, Divisionschef, Barn- och Ungdomssjukhuset, Universitetssjukhuset i Lund

VINETA FELLMAN, Professor, Avdelningen för pediatrik, Lunds Universitet

Stiftelsen till minne av Personalföreningarna i Holmia Försäkring AB utlyser ett stipendium

Stipendiet skall främja forskning inom ämnena **"barnets infektionssjukdomar"** respektive **"pediatrisk immunologi"**

Stiftelsen utlyser ett stipendium på 20 000 kronor för yngre forskare. Stipendiet kan delas mellan flera.
Deadline 31 januari 2007.

Mer information ges av Anders Kleverman
08-522 789 91, anders.kleverman@sff.a.se



Se även information på stiftelsens hemsida: www.sff.a.se

Pedofilen på nätet

Vuxna söker kontakt med barn i sexuella syften via internet. En del fall leder till åtal men verksamheten är långt större än vi tidigare anat. Om det berättar Mats Andersson som studerat nätpedofiler i flera år.



Dessa vuxna män vet hur de betar sig på nätet för att inte skrämna barn och ungdomar. Verksamheten bedrivs systematiskt och männen är ofta online stora delar av dygnet, även under arbetstid.

Ett uppmärksammat exempel är den 30-åriga "Alexandramannen" som utgett sig för att driva en modellagentur under namnet Alexandra. Alexandramannen dömdes i somras till 11 års fängelse i vad som troligen är Sveriges största sexualbrottsmål genom tiderna. Sammanlagt lurade han 58 unga flickor via ungdomssajter. Han är inte ensam.

– Beroende på vilken ungdomssajt det gäller tar det mellan 50 sekunder till en timme innan Sara 11 år blivit kontaktad av vuxna upp till 70 år, säger Mats Andersson, Internetanalytiker på företaget Netscan.

Mats Andersson arbetar som föreläsare och har sedan flera år etablerat identiteter på nätet, till exempel Sara 11 år för att studera nätpedofilernas framfart. De vuxna som kontaktat honom varierar:

– En del ljuger om sin identitet precis som Alexandramannen. Andra ligger ute med både bild och namn på ungdomssidor. De ägnar sig åt en långsam process där de vaggar in sitt påtänkta offer i en falsk trygghet för att stegvis komma in på ämnet sex. Processen kallas grooming, berättar Mats.

Till en början kan det handla om "oskyldiga" frågor om barnets fysiska utveckling för att i slutänden berätta om det "positiva" med sex mellan barn och vuxna. Bland de män som försökt att förföra Mats olika identiteter finns till och med en konfirmationspräst.

Vågar inte berätta

Av dem som blivit utsatta har många svårt att berätta, antingen för att de blivit lurade eller kanske brutit mot de regler som föräldrarna ställt upp för internetanvändande. Det har bland annat framkommit när Mats Andersson föreläst på skolor.



Mats Andersson som studerat nätpedofiler i flera år.

– Jag är ofta den första vuxna person de vågat berätta för. De kan till exempel ha lurats att skicka avklädda bilder till en av många falska modellagenter som finns på ungdomssajter. När de inser sitt misstag känner de sig grundlurade och så skamsna att de inte berättar, menar Mats.

I fallet med Alexandramannen utsattes ett stort antal flickor för övergrepp efter kontakter via nätet. En del fick betalt efteråt vilket ökat svårigheten att berätta.

Brottsförebyggande Rådet fick tidigare i år uppdrag att kartlägga grooming. Kartläggningen ska redovisas i mars 2007.

DAVID LAGERLÖF, arbetar mot barnsexhandel på ECPAT Sverige där Svenska Barnläkarföreningen är medlemsorganisation

Utmärkt lärobok i psykosomatik

Helen har ofta ont i magen. Nu söker hon på barnläkarmottagningen och sitter lite hopkrupen. Mamman är orolig. Vad är det för fel på Helen, vad ska hon göra? Denna vanliga kliniska situation är upptakten i Gösta Alfvéns gedigna bok om psykosomatik hos barn. Författaren låter oss följa med på en resa på de komplicerade vägar som förbinder kropp och själ. Att få hjälp att navigera inom detta både gamla och nya kunskapsområde är befriande. Gösta Alfvén ger god hjälp. Patientfallen, såsom Helen, är ett bra pedagogiskt grepp och ger en begriplig referens till den ganska svåra teoretiska kunskapen.



Barn och psykosomatik – i teori och klinik. Gösta Alfvén. Norstedts Akademiska Förlag, 2006. 320 sidor.

I första delen får vi en repetition av neuroanatomiska intresser med den nya kunskapen om hjärnans funktioner. Vi får lära oss mycket om vad amygdala betyder för stress, hur hormoner och signalsubstanser utlöses och vandrar och hur de påverkar oss. Genom den noggranna genomgången av sambandet mellan organområden i hjärnan och deras funktion belyses hur själen påverkar kroppen. Att hjärnans reglering av smärta och stress kan förändras av omgivningen betonas. Med flera referenser inskräper författaren vikten av att minimera plågsamma ingrepp de första månaderna. Något som annars kan leda till ökad smärtekänslighet senare i livet. Bra figurer och fördjupningsrutor är nödvändiga komplement för att komma ihåg vägnätet i hjärnan. Ett extra plus är att första delen rymmer en utblick till det vetenskapsteoretiska fältet. På några få sidor sammanfattas Karl Poppers fascinerande tankegångar. ”Det finns inga slutliga sanningar, blott en kunskap som innehåller allt mindre approximationer mellan det beskrivna och det verkliga.”

I den andra delen beskrivs symptom, diagnostik och behandling. Vi får handfasta diagnostiska råd t.ex. om typiska muskelfynd med tender points, om hjälpmedel såsom att låta barnen själva rita sin smärta på en kroppsbild och att använda VAS-skalan redan från sex års ålder. Det finns flera små guldkorn för samtal med föräldrar och barn. ”Varför blir musklerna så spända vid stress? Stress har som ett av sina huvudmål att öka kroppens möjligheter att lösa problem och skydda den mot påfrest-

ning”. De personliga erfarenheterna som Gösta Alfvén generöst delar med sig av ger upphov till egna associationer och aha-upplevelser. Särskild uppmärksamhet ägnas åt hur den psykosomatiska processen leder till smärta och hur den kan behandlas bl a med en ny lovande metod grundad på en beteendemedicinsk modell.

Boken ställer tre frågor: Hur ser barnets stress och plåga ut? Vad händer då barnet blir stressat och plågat? Hur kan vi hjälpa barnet i stress och plåga? Vi får ingående svar på alla.

Det är imponerande att Gösta Alfvén har vågat sig på detta komplexa område och strukturerat och sorterat det på ett så begripligt sätt.

Det är tråkigt att denna gedigna insats från författaren inte motsvaras av förlagets insats. Antalet korrekturfel och hänvisningsfel är bevärande många. Förhoppningsvis kan de rättas till i kommande upplagor.

Boken rekommenderas varmt. Den bör bli en given del av kurslitteraturen för blivande barnläkare. För dem med många års erfarenhet fyller den ett tomrum. Det finns ingen liknande bok på svenska.

MARGARETA BLENNOW, Barnhälsovårdsöverläkare,
Sachsska barnsjukhuset, Stockholm

Äntligen kan du skydda de minsta barnen mot rotavirus.



Rotavirus är den vanligaste orsaken till akut gastroenterit hos barn,^{1,2} vilket även i Sverige leder till många sjukhusinläggningar.³ Man räknar med att i stort sett varje barn i världen infekteras med rotavirus någon gång under sina första fem levnadsår.⁴ Rotarix är ett levande humant försvagat vaccin som tolereras väl och har en bra säkerhetsprofil.^{5,6}

- Rotarix kan ges till spädbarn från 6 veckors ålder.⁶
- Rotarix är upp till 96% (CI 89.6; 98.7) effektivt mot de allvarligaste fallen av rotavirus gastroenterit.⁸
- Rotarix doseras i två omgångar med minst 4 veckors mellanrum.⁶



Rotarix®

Ref: 1. Bresee J, Parashar U, Holman R et al. Generic protocol for hospital-based surveillance to estimate the burden of rotavirus gastroenteritis in children. World Health Organisation, Nov. 2002. Available at www.who.int/vaccines-documents/Accessed in December 2005. 2. Kapikian A, Chanock R. Rotaviruses. In: Fields B et al, editors. Fields Virology, 3rd ed. Philadelphia: Lipincott-Raven Publishers; 1996. 1657-1708. 3. Soriano-Gabarró M, Mrukowicz J, Vesikari T et al. Burden of rotavirus disease in European Union countries. *Pediatr Infect Dis J* 2006; 25(1): S7-S11. 4. Parashar UD, Hummelman EG, Bresee JS, et al. Global Illness and Deaths Caused by Rotavirus Disease in Children. *Emerg Infect Dis* 2003; 9(5): 565-572. 5. Vesikari T, Karvonen A, Puustinen L et al. Efficacy of RIX4414 live attenuated human rotavirus vaccine in Finnish infants. *Pediatr Infect Dis J* 2004; 23(10): 937-943. 6. Rotarix SPC. 7. De Vos B, Vesikari T, Linhares AC et al. A rotavirus vaccine for prophylaxis of infants against rotavirus gastroenteritis. *Pediatr Infect Dis J* 2004; 23(10): S170-S182. 8. Vesikari T, Karvonen A, Prymula R et al. Human rotavirus vaccine Rotarix™ (RIX4414) is highly efficacious in Europe. *ESPID*, Basel, Switzerland, May 3-5, 2006: Abstract tbc.

Rotarix. Pulver och lösningsmedel till oral suspension. Per dos (1 ml): Humant rotavirus stam RIX4414 (levande försvagat) ≥ 106.0 CCID₅₀. Indikation: Rotarix är indicerat för aktiv immunisering av spädbarn från 6 veckors ålder för förebyggande av gastroenterit orsakad av rotavirusinfektion. För ytterligare information www.fass.se

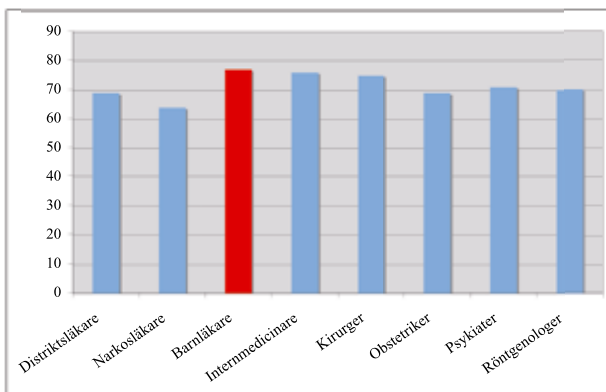
GlaxoSmithKline AB, Box 516, Råsundavägen 12, SE-169 29 Solna, Tel. 08-638 93 00, www.glaxosmithkline.se, info.produkt@gsk.com, GlaxoSmithKline Vacciner Tel. 020-714 714.

En läsvärd artikel om barnläkare

Det är inte ofta man stöter på forskning om Barnläkare. Lejonparten av sådan forskning rör hur barnläkare hanterar än det ena, än det andra medicinska tillståndet. Men hur mår svenska barnläkare?

Och då menar jag inte bara ”Har du fortfarande ont i ryggen efter alla journaler du bar i torsdags?”, utan när måttet på hälsa är överlevnad.

Kurt Svärdsudd med kollegor publicerade 2002 en artikel kring dödstal bland läkare i Sverige (*Acta Anaesthesiol Scand* 2002; 46: 1187–1195). Den är fortfarande relevant. Studien baserar sig på över 28 000 specialister och uppföljningstiden var i genomsnitt 6 år per deltagare (7 år enligt abstract). Under studietiden avled ca 900 läkare och forskarna analyserade bl. a. deras ålder när de avled. Barnläkare lever längst (77 år var genomsnittlig ålder vid död för barnläkare, att jämföra med ett snitt på 73 år för alla läkare). Mortaliteten bland barnläkare är 24% lägre än för läkargruppen som helhet. Resultaten stod sig när man justerade för ålder, kön och emigration.



Figur. Barnläkare lever längre än andra läkare (Svärdsudd et al, 2002).

Hur kan detta komma sig?

Forskarna börjar med att konstatera att de i möjligaste mån tagit hänsyn till ålder och kön. Annorlunda ålder och kön förklarar sannolikt inte fynden. Forskarna redovisar dessutom rökdata från svenska läkaresällskapet (1996); 58% av barnläkare hade aldrig rökt, detta att jämföra med 59% för läkargruppen i sin helhet (vanligast var rökning bland öron-näsa-halsläkare; minst vanligt bland internmedicinare). Det innebär att det inte är tobaksabstinens som förklarar överlevnaden.

En mindre trolig förklaring är att barnläkare sällan exponeras för blodsmitta. Ju yngre patienten är, desto mindre troligt är det att han/hon bär på en kronisk blodsmitta. Någon underanalys för neonatologer som väl är den barnläkargrupp som oftast kommer i kontakt med blodsmitta finns inte i studien.

En annan förklaring är att stressnivån är lägre på barnkliniker än på andra kliniker. Narkosläkare måste ofta fatta svåra beslut under svår tidspress, kanske kan det påverka den egna överlevnaden?

Slutligen kan det inte uteslutas att de för barnläkarna fördelaktiga resultatet beror på störfaktorer (confounders). Något är associerat både med överlevnad och valet att bli barnläkare/vara barnläkare. Vad detta något kan vara kan vi bara själva spekulera över, men barnläkare är speciella. Och det där speciella ska vi måna om!

JONAS F. LUDVIGSSON, Glad barnläkare i Örebro
(och redan 37 år gammal)

Fotnot:

Åldern för död speglar inte den genomsnittliga medellivslängden bland läkare. Studiedeltagarna följdes bara upp under 6 år, och 77 år (barnläkare) var åldern vid död bland de läkare som dog under uppföljningstiden och inte för gruppen i sin helhet.

Bland ögonläkare som avled under uppföljningstiden var åldern vid död 79.6 år; men antalet ögonläkare var få, varför forskarna inte analyserade deras data på samma sätt som för större specialistgrupper.

”Framtidens närsjukvård”

Utdrag ur BLF:s remissyttrande över Läkarförbundets rapport

BLF delar uppfattningen att närsjukvården utgör den ”felande länken” i dagens hälso- och sjukvård. Barn- och ungdomsmedicinen måste vara närvarande i närsjukvården för att inte på sikt reduceras till en av subspecialiteter fragmenterad sjukhusbunden åldersspecialitet. Tyngdpunkten i BLF:s svar ligger därför på de strukturella frågorna rörande just denna vårdform. Det är anmärkningsvärt att rapporten inte omnämner barn och unga som en särskild målgrupp och inte tydligare lyfter fram folkhälsoperspektivet och därmed förknippade läkarinsatser. Det hade också varit önskvärt att rapporten tydligare betonade samverkan och tvärprofessionellt teamarbete, som en avgörande framgångsfaktor för närsjukvårdens utveckling. BLF kan heller inte befria sig från intrycket att många förslag utgår ifrån ett storstadsperspektiv, bl a vad avser konkurrens, driftsformer och frågan om närsjukhus.

BLF känner igen problembeskrivningen ”i den nära sjukvården”. Utvecklingen för barn- och ungdomsmedicinen har varit likartad med en halvering av antalet vårdplatser och kortare vårdtider. Samtidigt har antalet öppenvårdsbarnläkare reducerats liksom andelen barnläkare verksamma på barnvårdscentraler och i skolhälsovården. Allt fler barn och ungdomar med komplexa hälso- och sjukvårdsbehov behöver vård i ”gränslandet” mellan den högt specialiserade sjukhusvården och primärvården. ”Primärvårdens uppdrag har varit otydligt och gränslöst” enligt rapporten, vilket BLF kan instämma i. Detta har också skapat en osäkerhet för den pediatrika öppenvården, som indirekt påverkat planering och nyrekrytering. Pensionsavgångar de närmaste åren aggraverar problemen. Det är samtidigt angeläget med en fortsatt utbyggnad av den primära närsjukvården där mycket av den akuta och lättare vardagssjukligheten hos barn och unga kan omhändertas.

I Läkarförbundets närsjukvårdsmodell inkluderas ”närsjukhus”. BLF ifrågasätter huruvida närsjukhus över huvud taget skall inkluderas i närsjukvårdskonceptet. Vi förutser, om det behålls, en svår och komplicerad gränsdragningsproblematik i förhållande till de större sjukhusen och övrig närsjukvård när det gäller sjukvårdsinsatser, kompetens och utrustning.

Det är också BLF:s bestämda uppfattning att barn och unga skall vårdas på barnkliniker med erforderlig kom-

petens, utrustning och lokaler för barnsjukvård (enligt NOBAB:s standard).

Den specialiserade närsjukvården för barn och ungdomar representeras enligt BLF:s uppfattning av en utbyggd barn- och ungdomsmedicinsk mottagning (BUMM). Öppenvårdsbarnläkaren är i det här sammanhanget inte familjeläkare och inte heller en utlokaliserad sjukhusspecialist, utan en allmänpediatriker med ett särskilt uppdrag. BUMM representerar ett lokalt barnkompetenscentrum, dit flera andra professioner med barnkompetens kan knytas. Den lokala förankringen underlättar samarbetet med primär närsjukvård, barn- och skolhälsovård, barn- och ungdomspsykiatri, ungdomsmottagningar och socialtjänst. FN:s Barnrättskommitté granskar hur Sverige lever upp till Barnkonventionen. I rapporten från 2004 påpekas behovet av ökad barnkompetens inom hälso- och sjukvården.



BUMM, som lokalt kompetenscentrum är ett bidrag i den riktningen.

BLF vill slutligen instämma i Läkarförbundets ståndpunkt att ”de framtida behoven måste mötas med en kraftig utbyggnad av den öppna specialistvården”.

GUDMUND STINTZING, Barnläkare, Falun

Referenser

- Anell A. Närsjukvård – nya revirstrider eller patientorienterad vård? Läkartidningen nr 14, 2004.
- Boel Andersson-Gäre. Tio punkter för hur BLF ska möta utmaningar för ”framtidens pediatrik”. Barnläkaren nr 5, 2005.
- NOBAB (Nordisk förening för sjuka barns behov). Nordisk standard för barn och ungdomar i hälso- och sjukvård. Svenska NOBAB, 2000.
- Socialdepartementet. Mötet med barnet. Barnkompetens inom hälso- och sjukvården. S2005.031, 2005.
- Socialstyrelsen. Uppdrag att föreslå åtgärder för att stärka barnkompetensen inom hälso- och sjukvården. 2001 (2001–107–13) inkl. bilaga.
- Stintzing G & Årman T. Nya mottagningar kräver fler barnläkare. Dagens medicin 2002, 12 februari.
- Stintzing G & Årman T. Barn behöver familjeläkare. Brännpunkt, Svenska Dagbladet 2003, 3 mars.
- United Nations, Committee on the rights of the child. Health and medical care (art. 24) p. 82–93, CRC/C/125/Add 1, 2004.

Hälsning från barnkliniken i Örebro

Ett trippeluppslag från Jonas hemmaklinik Örebro får avsluta hans tid som chefredaktör för tidningen Barnläkaren. Här ger han smakprov på verksamheten i Örebro.

1. Bred rehabilitering

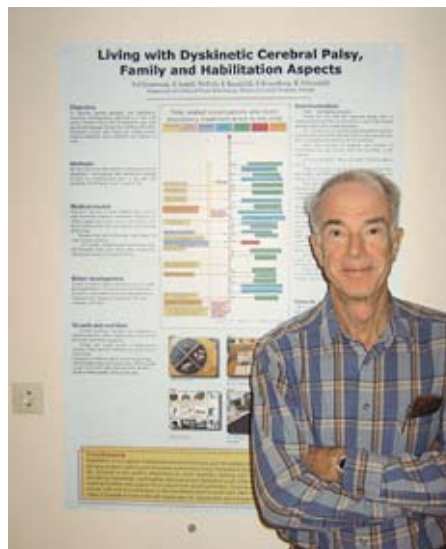
Sten Christerson arbetar på barnhabiliteringen i Örebro

Varför började du arbeta som barnhabiliteringsläkare?

Det är ett intressant och mångfacetterat arbete med många medarbetare som var och en har sin egen specialitet. Vi har bra bemanning på våra rehabiliteringsläkartjänster och ett nära samarbete med barnkliniken.

Kan du kort beskriva barnhabiliteringen i Örebro?

Barnhabiliteringen i Örebro fungerar bra. Vi har haft datajournal sedan 1994, och vi har en länsindelning i arbetslag där läkarna deltar aktivt. I Örebro finns vidare flera specialskolor för döva och döva med tilläggshandikapp (riksupptag). Dessutom finns statliga Ekeskolan (resurscenter Syn) med blindas, även denna skola har riksupptag.



Sten Christerson har ett intresse för bland annat cerebral pares.

2. När vuxen blir barn

Eva Lindberg, Maria Björkquist och Karin Belander-Strållin har alla sadlat om och gått från vuxenmedicin till barnmedicin. Eva tog klivet från gastroenterologi och Maria från infektionsmedicin. Karin har nyligen påbörjat ett ST på barnkliniken efter att först utbildat sig till intermedicinare med inriktning mot hematologi.

Varför sadlade du om från vuxenläkare till barnläkare?

Karin: Jag vill hellre jobba med barn och ungdomar.

Maria: För det första gillade jag att jobba med barn. Sedan kände jag som infektionsläkare att det fanns spännande fält av infektioner inom barnmedicinen som hade dålig täckning. Få barnläkare har djupa kunskaper om mikrobiologi. Infektionsläkarna har inte så mycket erfarenhet av infektioner hos de nya överlevarna, t. ex. prematurerna och barn med cystisk fibros.

Eva: Det kändes mer positivt att arbeta med små barn.



Eva Lindberg arrangerar årligen de nationella barn-IBD-dagarna.

Det finns en dynamik och potential hos de små barnen som gör arbetet som barnläkare mycket stimulerande och utmanande.

Vad skiljer arbetet som vuxenläkare och det som barnläkare?

Karin: Kanske är det att man mer ser barnet i ett sammanhang i familjen. De flesta barn i ett oselekerat material är också friska, det gör det utmanande att sortera ut det sjuka.

Maria: När jag började på barnkliniken sade min blivande handledare Jens Schollin att jag skulle komma att gilla barnläkarjobbet eftersom det är att leva nära livets innersta glädje och nära livets innersta sorg. Det finns en nerv i arbetet med svårt sjuka som jag tycker om.

Eva: Det är ett bredare spektra av sjukdomar och symtom inom pediatriken. Oftast är patienterna mindre än jag.

3. Lyfter på hatten för CEPS

Erik Steninger leder tillsammans med Andreas Ohlin och barnsjuksköterska Lotta Lundström CEPS-verksamheten i Örebro. CEPS är en simulatorträning där deltagarna tränar akut omhändertagande av patienter. Vi ställde ett par frågor till Erik.

När hörde du först talas om CEPS?

För två och ett halvt år sedan fick jag ett utskick från Stockholm. Jag och en sjuksköterska åkte på utbildningen, och så började det. I augusti 2005 startade vi sedan vår egen verksamhet.

Vad är bra med CEPS-utbildningen i Örebro?

Jag tror att vi fått till en väl fungerande verksamhet med



Erik Steninger ”in action”

modern apparatur. Vi har bra övningsrum och allt är mycket verklighetstroget. Vi har även startat med skrik hos dockorna.

Vilka personakategorier genomgår CEPS-utbildningen?

Alla barnläkare, barnsjuksköterskor, narkosläkare, gynläkare och barnmorskor får genomgå utbildningen och vi har sett effekter i verksamheten. Personalen har blivit tryggare och vi har fått ett bättre omhändertagande av nyfödda.

4. Statistisk central-barn-byrå

Leif Ekholm och Sven-Arne Silverdal arbetar med barnhälsovård. I upptagningsområdet finns 20 000 förskolebarn. Vi ställde ett par frågor till Leif om barnhälsovården i Örebro?

Varför började du intressera dig för barnhälsovård?

Att arbeta med insatser som främjar barns hälsa är inspirerande och utvecklar den medicinska utbildningen man har till grund som läkare.

Örebro har länge arbetat med att föra in BVC-uppgifter i ett stort dataregister. Berätta!

Vi började följa upp BVC redan 1977 för att försäkra oss om att inget barn hamnade utanför. Systemet är individbaserat och kopplat till folkbokföringen som aviserar direkt in i systemet.

1977–1987 svarade Statistiska Centralbyrån för bearbetningarna men från 1988 har landstingets ADB-avdelning tagit över den tekniska delen av systemet. Numera lägger sjuksköterskorna själva in uppgifterna direkt i databasen.



Leif Ekholm och Sven-Arne Silverdal har ett mångårigt engagemang för barnhälsovård.

5. Dessa mina minsta

I Örebro finns en livaktig neonatal-forskningsgrupp som består av Jens Schollin, Maria Björkquist, Magnus Liljedahl, Andreas Ohlin och Reidun Stenberg. Vi högg Magnus och Andreas i farten.

Varför blev ni intresserade av neonatalforskning?

Magnus: Jag skulle bli neonatolog och forskningsklimatet på [nyföddhets-]avdelning 35 och barnkliniken bar bra. Det kändes att forskning var viktig. Forskningsengagemang är också viktigt för den yrkesmässiga utvecklingen. Sedan tillfrågades jag av min dåvarande chef Jens Schollin om jag kunde vara med i en surfactanstudie. Därefter var det tänkt att jag skulle påbörja ett avhandlingsarbete kring surfactant, men det var inte praktiskt möjligt för mig att pendla till Stockholm. Samtidigt hade flera läkare på universitetssjukhuset i Örebro (t. ex. Jan Källman, infektionsläkare och Maria Björkquist, barnläkare) börjat arbeta med KNS-sepsis. Vi ställde upp en hypotes att KNS-sepsis skulle påverka risken för bronkopulmonell dysplasi hos nyfödda.

Andreas: Jag blev tillfrågad om jag ville ta över en befintlig studie som startats av barnläkare Maria Björkquist. Jag var först ansvarig för provinsamlingen men blev därefter alltmer involverad i övrigt forskningsarbete.

Magnus: Det är väldigt stimulerande att vara många som jobbar i samma grupp, det är skönt att tillhöra en grupp. Jens (Schollin) håller fart i gruppen och hans entusiasm är en viktig faktor.



Magnus Liljedahl, Andreas Ohlin och Maria Björkquist forskar på neonatala sjukdomar

6. Ett leende på läpparna

Sjukhusclownen *Bulgo* (Johnny Lundgren) tittar förbi när jag (Jonas) ska till att sätta samman tidningen Barnläkaren.

Varför började du som sjukhusclown?



Inte många kan sno ihop en hund som Bulgo.

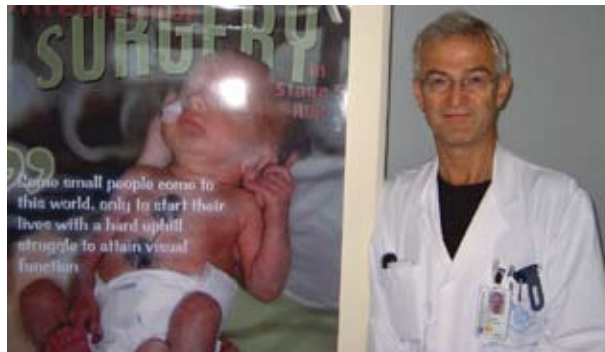
Det finns en organisation med clowner som kallas clown-cirkeln. Alla clown-kamrater har velat att jag skulle börja med sjukhus-clownverksamhet i Örebro. Jag var först rädd för alla känslor men så pratade jag med lekterapeuten och så körde vi igång. Jag märker att ungarna blir glada. Jag fylls verkligen av glädje att göra detta!

7. ROP på hjälp

Sven Crafoord är ögonläkare med intresse för ROP (retinopathy of prematurity). Många av hans ROP-barn ligger inlagda på nyföddhetsavdelningen.

Varför blev du intresserad av ROP?

Det skickades många ROP-barn från hela landet till Örebro när jag började på ögonkliniken i Örebro 1983. Glaskroppskirurgin var ny. Vi förstod att ROP har flera stadier och att man kunde påverka sjukdomsförloppet. Initialt var behandlingsresultaten nedslående, men nu har vi bättre teknik och en screeningverksamhet som gör att vi tidigt hittar påverkade barn. Kan man komma in i tid med laserbehandling så kan man förhindra ROP.



JONAS F. LUDVIGSSON, barnläkare, Örebro

Nationellt kvalitetsregister för inflammatorisk tarmsjukdom

Behandlingsresultaten vid de stora folksjukdomarna diabetes, höft och knäledsartros, katarakt, hjärtkärlsjukdom och reumatoid artrit har sedan länge följts med nationella kvalitetsregister. Ulcerös kolit och Crohns sjukdom förekommer idag hos en halv procent av befolkningen. Ett kvalitetsregister för Ulcerös kolit och Crohns sjukdom är därför motiverat.

Sedan 1994 har arbete med ett databaserat register för Crohns sjukdom bedrivits vid Universitetssjukhuset i Linköping. 1996 inleddes arbete på initiativ av Svensk Organisation för IBD-studier (SOIBD) att låta registret också omfatta ulcerös kolit, kollagen kolit och lymfocytär kolit. Socialstyrelsen har såväl 2002 som 2004 anslagit medel till registret. Registret finns nu sedan våren 2005 att tillgå på Internet. Ambitionen är att på sikt uppnå en nationellt täckande registrering. Registret stöds av Socialstyrelsen, Barnläkarföreningen, Svensk Kirurgisk Förening genom sektionen för kolorektal kirurgi och av SOIBD.

För att minimera arbetet med registerinmatning är registret indelat i tre nivåer, varav två finns tillgängliga via Internet. På *nivå A* registreras persondata, specifik IBD-diagnos och diagnosdatum. På *nivå B* registreras sjukdomsutbredning vid diagnos, under året genomgånga mottagnings- eller slutenvårdsbesök, operationer, läkemedelsbehandlingar, sjukskrivningar, livskvalitet enligt "Short Health Scale" samt hos barn och tonåringar längd och viktutveckling. På *nivå C* (ännu ej tillgängligt via Internet) kan en detaljerad beskrivning av åtgärder i form av operationer eller läkemedelsbehandlingar kopplat till resultat registreras.

Vi planerar årlig åiterrapportering till deltagande kliniker och anslagsgivare. Enbart till den egna kliniken återförs data i identifierbart skick, i övrigt sker resultatrapportering gruppvis.

Kontakta oss gärna för frågor!

För styrgruppen

Kirurg Peter Andersson peter.andersson@lio.se

Kirurg Pär Myrelid par.myrelid@lio.se

Barnläkare Jonas F. Ludvigsson jonasludvigsson@yahoo.com

Fotnot. Utöver Ludvigsson är också Dr Eva Lindberg, Örebro, barnläkarföreningens representant i styrgruppen.

OBS! under kalendariet i tidningen Barnläkaren publiceras enbart kalendari punkter som registrerats på BLF:s hemsida. Registrera därför din kurs/fortbildning på BLF:s hemsida: www.blf.net

NOVEMBER 2006

7/11 Stockholm. BLF Sektion för gastroenterologi, hepatologi och nutrition. Utbildningsdag! Huddinge sjukhus. (se BLF:s hemsida)

16-17/11 Stockholm. Barn och ungdomar med förvärvad hjärnskada. Processinriktad rehabilitering. Mer info på BLF:s hemsida.

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

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

DECEMBER 2006

Tidig fosterdiagnostik - konferens anordnad av SBU, Socialstyrelsen samt Statens medicinsk-etiska råd. Mer info på BLF:s hemsida.

APRIL 2007

23-27/4 Linköping. Barnveckan.

MAJ 2007

5-8/5 Toronto. Pediatric Academic Societies' Annual Meeting, www.pas-meeting.org, info@pas-meeting.org

6-9/5 Trollarehögens kursgård, Båstad. Det professionella mötet med ungdomar i vår medicinska vardag. Info: t.melin@swipnet.se

JUNI 2007

14-17/6 Istanbul. Europaediatrics 2008.

På www.blf.net kan du även läsa om fler kurser/kongresser från år 2007 och framåt.

BARNVECKAN 2007

2007 års barnvecka går av stapeln i Linköping vecka 17.

Kontaktansvariga: Nina.Nelson@lio.se och Karin.Falth.Magnusson@lio.se

Väl mött önskar redaktionen på tidningen Barnläkaren!

BARNVECKAN 2007

Kurs i Pediatrisk Nutrition och Gastroenterologi

En utbildning som vänder sig till gastro- och nutritions-
intresserade pediatriker och barnkirurger.

11 – 14 Mars 2007, Åre

Programmet i korthet

Olle Hernell

Professor vid Institutionen för klinisk vetenskap, pediatrik, Umeå
”Fetter och fettets betydelse för växande individer” – ”Celiaki”

Magnus Domellöf

Överläkare vid barnkliniken, Norrlands universitetssjukhus, Umeå
”Neonatalogi; mag-tarmkanalen och nutrition” – ”NEC”

Robert Saalman

Överläkare vid Drottning Silvias Barn- och Ungdomssjukhus, Göteborg
”Failure to thrive” – ”Födoämnesreaktioner i mag-tarmkanalen”

Yigael Finkel

Docent, Överläkare, Akademiska barnsjukhuset, Uppsala
”Nutrition vid tarmsvikt/kort tarm”
”Grundläggande fysiologi och enterala nutritionsprodukter”

Lena Henström

Leg. Dietist och Produktspecialist, Nutricia, Stockholm
”Protein och proteiners betydelse för växande individer”
”Aspekter på nutrition vid leversjukdom”

Föreläsningar och diskussioner varvas med fallbeskrivningar, som diskuteras under kursen i grupp och tillsammans med föreläsarna.

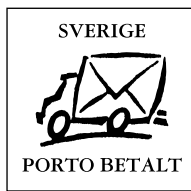
För ytterligare information och anmälningshandlingar se www.nutricia.se eller kontakta: Lena Mårtensson alt Gulli Fanspets, Nutricia, tel 08-24 15 30
Vid frågor rörande kursinnehåll, kontakta Yigael Finkel, Akademiska barnsjukhuset, tel 018-611 58 50.

Kursavgift: 5000:- inkl boende med halvpension samt kurs och dokumentation

IPULS har granskat och godkänt denna utbildning. Fullständig utbildningsbeskrivning finns på www.ipuls.se. IPULS-nr: 20060325

Sista anmälningsdag 29 november 2006

B



Taylor & Francis
Box 3255
103 65 STOCKHOLM

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.^{1,2}
- **Effekt som räcker** – AERIUS med dokumenterad effekt hela dygnet.
- **Praktisk dosering** – AERIUS doseras en gång per dygn och finns som tablett eller sirap.

AERIUS[®]

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.

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, Prenner 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, www.allergi.nu