

ISSN 1651-0534

Nr.3/2007

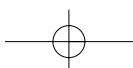
# Barnläkaren



SVENSKA BARNLÄKARFÖRENINGEN  
SWEDISH PAEDIATRIC SOCIETY



**Blackwell**  
Publishing





*Seretide mite till barn från 4 år som har symptom  
trots behandling med inhalationssteroid<sup>1</sup>*

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](http://www.fass.se).

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

<sup>1</sup>Information från Läkemedelsverket 2002, Nr 2.



Mer liv - Mindre astma

# Innehåll

## Barnläkaren

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

## Ansvarig utgivare

Göran Wennergren  
goran.wennergren@pediat.gu.se

## Chefredaktör

Samuel Lagercrantz  
samuellagercrantz@hotmail.com

## Redaktionssekreterare

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

## Manuskript insändes per mail till:

Samuel Lagercrantz  
samuellagercrantz@hotmail.com  
Tel: 08-660 23 25

## Prenumerationsärenden och adressändringar

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

## Annonsera i Barnläkaren

Blackwell Publishing  
neil.chesher@oxon.  
blackwellpublishing.com

## Förlag

Blackwell Publishing Ltd  
9600 Garsington Road  
Oxford OX4 2DQ, UK  
Tel: +44 1865 776868  
Fax: +44 1865 714591  
martin.vinding@mks.  
blackwellpublishing.com

## Tryck

COS Printers Pte Ltd, Singapore

## Redaktionsråd

Margareta Blennow  
Anders Lindblad  
Måna Wallensteen  
Björn Wettergren

## LEDARE

Har vi något att lära av 1700-talet? 3

## REDAKTÖRENS RUTA

4

## BARNMEDICIN

Abc för diagnostik av nyföddhetsgulsot 5

## NOTISER

7

## TEMA: LÄKEMEDEL

“Barnläkare måste kraftsamla sig i läkemedelsfrågorna” 8

Besök i testfabriken 10

Efterlängtd EU-förordning 12

Scandinavian Paediatric Pharmacist Group 13

Apotekare med rätt att förskriva 13

Enkät 14

## PROBIOTIKA

Har probiotika någon plats inom barnmedicinen? 15

## MEDICINHISTORIA

Vetenskap, utbildning och kvalitet – läkaresällskap med 200 år på nacken 18

## UTBLICK

Barnhabilitering i Ukraina – erfarenheter från ett långsiktigt sida-projekt 21

## RECENSIONER

Klassisk lärobok för många målgrupper 24

Suverän iakttagare av sjukhus- och forskarvärlden 25

## AVHANDLINGEN

Infektioner hos små barn och deras familjer 26

## DEBATT

Napp orsakar sömnproblem 28

“Sömnproblem inte så frekventa under första halvåret” 29

## KALENDARIUM

30

MOVICOL®



## NYHET! NY BEHANDLING VID FÖRSTOPPNING!

Nu finns äntligen **MOVICOL® Junior** i en smakfri variant tillgänglig på apotek! Den har tilläggsnamnet Neutral och är godkänd för behandling av förstoppning och fekalom hos barn.

En nyligen publicerad 3-månadersstudie där man jämfört **MOVICOL® Junior Neutral** med laktulos visade att!:

### **MOVICOL Junior Neutral**

- Ger fler tarmtömningar per vecka jämfört med laktulos
- Tolereras bättre än laktulos

Till skillnad från laktulos så behövde de barn som behandlades med **MOVICOL® Junior Neutral** ingen kompletterande medicin. De återfick heller inte symtomen under studiens längd.<sup>1</sup>

Välkommen att förskriva **MOVICOL Junior Neutral!**

Indikation: Behandling av kronisk förstoppning hos barn från 2 år till 11 år. För upplösning av fekalom hos barn från 5 år. Fekalom definieras som svårbehandlad förstoppning med ansamling av faeces i rektum och/eller colon. Förpackningsstorlekar: Pulver till oral lösning, dospåse, 6,9g: 30 st dospåse (receptbelagd - ingår i förmånen). MOVICOL: Makrogol 3350 6,6g, natriumklorid 175,4 mg, natriumbikarbonat 89,3 mg, kaliumklorid 25,1 mg.  
1. Candy et.al, J Pediatr Gastroenterol Nutr 2006 Jul; 43 (1) 65-70

Norgine AB, Frösundaviks Allé 15, 4 tr, 169 70 Solna, Tel 08-22 30 50

Läs mer om **MOVICOL®** på [www.fass.se](http://www.fass.se)



[www.movicol.se](http://www.movicol.se)

löser · mjukar upp · fuktar · stimulerar

## LEDARE

# Har vi något att lära av 1700-talet?

KÄRA KOLLEGOR!

För några nummer sedan uppmärksammade vi i Barnläkaren 300-årsjubiléet av födelsen av den svenska pediatrikens fader, Nils Rosén von Rosenstein (se Barnläkaren nr 4, 2006). I år är det som bekant 300-årsjubileum av Carl von Linnés födelse.

Linné vann sin stora berömmelse som botaniker men det är intressant att tänka på att han också var läkare. Vid universiteten var ämnena medicin och botanik nära förknippade. Efter att ha bytt professur med Rosén, blev Linné professor i teoretisk medicin och botanik medan Rosén fick professuren i praktisk medicin. Flera av Linnés lärjungar var på liknande sätt läkare även om de vann sin berömmelse som botaniker. Jag upphör inte att förundras över hur brett våra 1700-talskollegor spände över kunnandet i sin tids naturvetenskap.

Har vi något att lära av 1700-talet? Ja, mycket av dagens medicinska kunnande tog sin början då. Det var under 1700-talet som statsmakterna började intressera sig för befolkningens hälsoläge och det var då som Pehr Wargentins och Tabellverkets befolkningsstatistik visade hur skrämmande hög barnadödligheten var. Vid 1700-talets mitt var spädbarnsdödligheten drygt 200 promille, det vill säga mer än vart femte barn dog före ett års ålder. Dagens svenska siffror för spädbarnsmortalitet ligger på ganska exakt en hundradel av siffrorna i mitten av 1700-talet.

1700-talets höga barnadödlighet illustreras med drastisk tydlighet i den ofta återgivna epitafiemålningen i Släps kyrka av prosten Gustaf Fredrik Hjortberg (1724–1776) och hans familj. Även familjens döda barn finns med på tavlan, men med bortvända eller skymda ansikten. Hjortberg var linnéan och hade varit skeppspräst på tre ostindiska resor innan han blev kyrkoherde och prost i Vallda församling på Onsalahalvön i norra Halland. Han var mångkunnig och bland annat bevandrad i läkekonst vilket inte var ovanligt bland den tidens kyrkoherdar.

Jag har själv kommit att intressera mig för ett par andra av Linnés lärjungar. En av dem är Lars Montin (1723–1785) som var bördig från Göteborg och som kom att verka som provinsialläkare i Halland. Han är som flera andra av linnélärjungarna mest känd för sina insatser på botanikens område, men en del av hans medicinska iakttagelser är förvånande klarsynta. Fattigdomen var stor i

den tidens Halland och Montins ämbetsberättelse från år 1761 är ganska dystert läsning. Han såg sambandet mellan bondebefolkningens fattigdom och svårigheten att få en rimlig omsorg och hälsosituation för barnen. Montin väcker faktiskt tanken på att kanske “sådant står att ändras ... genom årliga premier för den, som hafva stort antal barn”.

Situationen i 1700-talets Sverige ger oss ett tänkvärdt perspektiv på hur vi ser på oss själva och på situationen i dagens u-länder

*Hjärtligen hälsningar*

Göran Wennergren



GÖRAN WENNERGREN  
Ordförande i Svenska Barnläkarföreningen

## Redaktörens ruta



**Läkemedel för barn** har länge varit eftersatt. Men nu börjar det röra på sig. I USA fick de upp ögonen för det här redan för flera år sedan och regler och incitament för att få läkemedelsföretagen att utvärdera sina mediciner för barn infördes. Europa har nu tagit efter, vilket väcker hopp om bättre dokumentation.

Det här numrets tema är läkemedel. Utvecklingen på området går hisnande fort. Det är till nytta för patienterna, men kräver också större insatser bland förskrivarna som måste vara kunniga om biverkningar och interaktioner för allt fler substanser. Det kräver också större vaksamhet på att patienter inte övermedicineras, vilket hittills framför allt har uppmärksammats för äldre människor.

Utvecklingen mot fler och fler preparat väcker diskussion. Vilka läkemedel ska subventioneras? Är det rätt att testa läkemedel på barn? Är det rätt att inte testa läkemedel på barn? Har samhället råd med nya dyra mediciner?

Åsa Andersson är apotekare och ordförande i Scandinavian Paediatric Pharmacist Group som drivit frågor om barn och läkemedel, ofta i samarbete med pediatriker. I det här numret välkomnar hon de nya riktlinjer som EU arbetat fram.

Tillsammans med apotekaren Staffan Eksborg föreslog hon förra året i tidningen Läkemedelsvärlden att mediciner till barnpatienter alltid bör omfattas av läkemedelsförmånen. Vad tycker barnläkare om det förslaget? I temaenkäten presenteras några åsikter.

**Hösten 2004 var världens** ögon riktade mot Ukraina. Den nuvarande presidenten Viktor Jusjtjenko förgiftades

under pågående valkampanj av den dåvarande Putinstödda regeringen. Jusjtjenko överlevde med en hårsman och installerades som president, efter omräkning av röster och diverse turer med överklaganden, i januari 2005. Vid pressläggning av denna tidning är landet åter på tapeten. Nu med en konflikt mellan presidenten och parlamentet.

Barnläkaren Carl Lindgren har både före och efter den omtalade orange revolutionen varit delaktig i ett SIDA-projekt i Ukraina. Han ger oss en inblick i hur barnsjukvården i landet ter sig. Kollegorna i den forna Sovjetrepubliken överraskade honom i sina val av behandling och hur de ställde diagnos på sina patienter: "Även i samband med vanliga BB-undersökningar kunde jag märka en tendens att tolka minsta variation i tonus eller spontanaktivitet, som i mitt tycke var en normal fysiologisk variation, som patologi.", skriver han.

Carl Lindgren är från och med nästa nummer Barnläkarens litteraturredaktör. Han är också kulturskribent i Läkartidningen och bokredaktör för Acta Paediatrica. Han har tidigare varit studierektor för Doktorsskolan och har haft internationella uppdrag som pediatriker.

**I det här numret** är det premiär för den nya vinjetten "Avhandlingen". Distriktsläkaren Katarina Hedin skriver om infektioner hos de små och skillnader i förskrivning av antibiotika till barn i olika delar av landet.

Jag vill också passa på att tipsa om den sammanställning av avhandlingar som finns på Barnläkarförningens hemsida, blf.net. Stellan Håkansson och Mats Eriksson är redaktörer för webbplatsen. E-posta dem om din avhandling saknas i samlingen.

Väl mött!

Samuel Lagercrantz

# ABC för diagnostik av nyföddhetsgulsot

Övergående lätt till måttlig gulsot (hyperbilirubinemi) är vanligt mot slutet av första levnadsveckan och för det mesta normalt. Mycket höga halter av okonjugerat bilirubin kan däremot orsaka en förödande hjärnskada. Under lång tid har problemet med bilirubinskador bland nyfödda varit borta men nu rapporteras åter fall från omvärlden och i Sverige. Det handlar om att riskfaktorer förbisets, att faran med nyföddhetsgulsot negligerats eller inte uppmärksamats i tid.

Med dagens korta vårdtider efter förlossning insjuknar de flesta barn med gulsot i hemmet. Lyckad prevention av bilirubinskador bygger därför på tidig identifiering av högriskbarn före utskrivning, information till föräldrar, utbildning av all öppenvårdspersonal som möter nyfödda, organiserad uppföljning efter utskrivning samt snabbt insatt behandling, oavsett veckodag och tid på dygnet. Målet är att inte ett enda barn ska undgå upptäckt och behandling. Här redovisas strategier för att nå detta mål:

- A. De flesta högriskbarn kan identifieras med anamnes (syskon med behandlingskrävande gulsot) och status (gulsot på första dygnet, sugklockemärke, kefalhematom). "Nästan fullgångna" barn (födda tre till fem veckor före fullgången tid) utgör en särskild riskgrupp som uppvisar högre och senare (på femte till sjunde levnadsdygnet) bilirubinmaximum än helt fullgångna barn.
- B. Övergående lätt ikterus vid några dagars ålder kräver ingen utredning. Alla nyfödda barn som uppvisar tydlig ikterus ska oavsett ålder få sin bilirubinkoncentration bestämd. Provet måste analyseras och bedömas akut.
- C. Relatera alla bilirubinvärden på nyfödda till barnets ålder i timmar: 200  $\mu\text{mol/l}$  vid 24 timmars ålder utgör indikation för ljusbehandling medan samma nivå vid 72 timmars ålder kan avskrivas som normalt.
- D. Vid födelsen är barnets bilirubinnivå normalt 20-30  $\mu\text{mol/l}$ . Behandlingskrävande gulsot kan prognostiseras genom att uppskatta stegringstakten: ett bilirubinvärde <100  $\mu\text{mol/l}$  vid exempelvis 30 timmars ålder innebär liten risk för att barnet ska hamna i farozonen. Ett värde på 170  $\mu\text{mol/l}$  vid motsvarande ålder innebär däremot hög risk och snar (inom 24 timmar) uppföljning är indicerad, Figur 1.
- E. Mät bilirubin på barn som skrivs ut från BB före 72 timmars ålder. Använd gärna ett icke-invasivt hudtest som snabbt och smärtfritt ger svar. Men var medveten om testets begränsning: om det transkutana bilirubinvärdet överstiger 200 - 250  $\mu\text{mol/l}$  kan serumnivån hos det enskilda barnet i värsta fall ligga betydligt (50

- 100  $\mu\text{mol/l}$ ) högre - komplettera med blodprov. Plotta bilirubinvärdet utifrån barnets ålder, figur 1. Gör en prognos och förlägg återbesöket med hänsyn till risk för bilirubinskada. Om barnets bilirubinkoncentration är hög måste återbesökstid erbjudas inom en till tre dagar. Alternativt rekommenderas familjen att stanna kvar på sjukhus.

- F. Informera föräldrarna. Tala om exakt vad de ska titta efter och vad de ska göra om barnet får gulsot, se ruta intill. Om språksvårigheter föreligger, använd tolk.
- G. Hos ett friskt, fullgången barn föreligger ingen risk för hjärnskada om bilirubinmaximum inte överstiger 350  $\mu\text{mol/l}$ . Serum-bilirubin överstigande 450-500  $\mu\text{mol/l}$  är däremot förenat med fara. Risken för hjärnskada ökar vid samtidig hemolytisk sjukdom och allmänpåverkan (acidosis, hypoxi, hypoglykemi).
- H. Indikationer för behandling framgår av Figur 1. Basal utredning av barn som kräver behandling för gulsot innefattar bestämning av bilirubin (totalt och konjugerat), blodgruppering inklusive direkt antiglobulin test, Hb, Efv och retikulocyter.



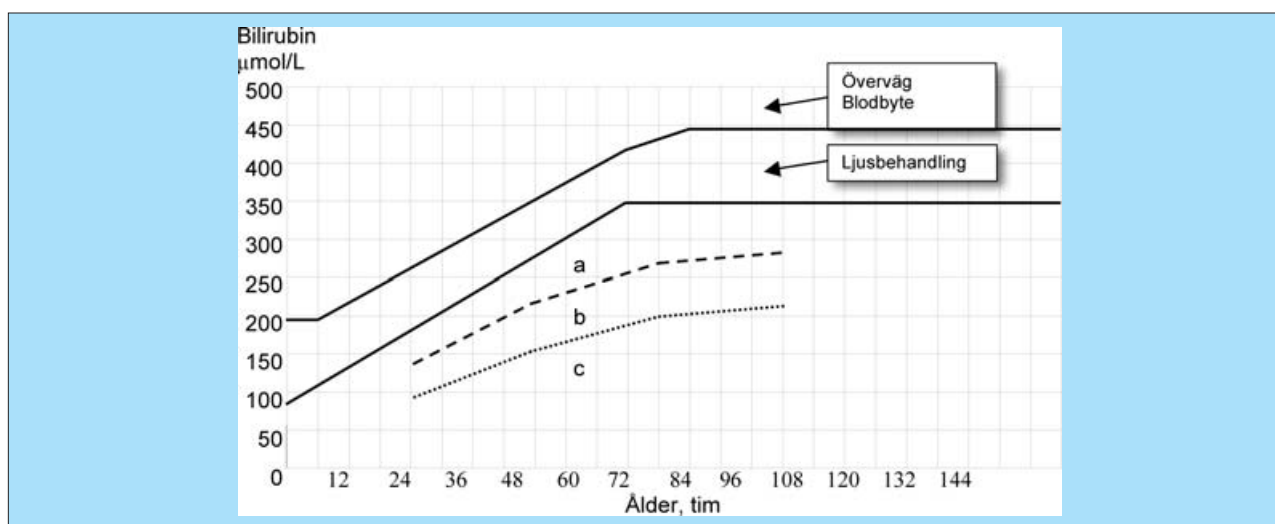
Mikael Norman  
Docent, sektionschef  
Karolinska  
Universitetssjukhuset, Huddinge  
mikael.norman@ki.se

## Referenser

1. Bhutani VK, Johnson L, Sivieri EM. Predictive ability of a predischARGE hour-specific serum bilirubin for subsequent significant hyperbilirubinemia in healthy term and near-term newborns. *Pediatrics* 1999; 103: 6-14.
2. Maisels MJ, Watchko JF. Treatment of jaundice in low birthweight infants. *Arch Dis Child* 2003; 88: 459-463.
3. Sarici SU et al. Incidence, course, and prediction of hyperbilirubinemia in near-term and term newborns. *Pediatrics* 2004; 113(4): 775-80.

## BARNMEDICIN

- American Academy of Pediatrics. Clinical Practice Guidelines: management of hyperbilirubinemia in the newborn infant 35 or more weeks of gestation. *Pediatrics* 2004; 114: 297-316.
- Grohmann K, Roser M, Kadow I, Muller C et al. Bilirubin measurement for neonates: comparison of 9 frequently used methods. *Pediatrics* 2006; 117: 1174-83
- Maisels MJ, Kring E. Transcutaneous bilirubin levels in the first 96 hours in a normal newborn population of  $\geq 35$  weeks gestation. *Pediatrics* 2006; 117: 1169-73
- Norman M. Neonatal hyperbilirubinemi och erytrocyttimmunerisering. Kapitel 8, sid 88 -92 i "Akut Pediatrik". Red A Larsson, B Lindqvist & S Norgren, Liber AB 2005. ISBN 91-47-05221-X.
- Norman M. Bilirubinskador bland nyfödda - nya verktyg håller nollvisionen vid liv. *Läkartidningen* 2006, 103 (26-27): 2032-2033.



Figur 1. Indikationer för ljusbehandling och utbytestransfusion vid hyperbilirubinemi hos friska, fullgångna barn. Förekommer riskfaktorer görs avdrag på maxvärdena med 50  $\mu\text{mol/L}$  eller mer.

Riskgruppering inför tidig hemgång: a = högrisk, kontroll av bilirubin inom 1-3 dagar, b = måttlig risk, uppföljning i samband med återbesök för PKU, c = lågrisk, rutinmässig bilirubinkontroll behövs ej.

### Råd till föräldrar angående omvårdnaden av det nyfödda barnet

- Under de första dyggen behöver barnet närhet/hud-mot-hud kontakt med modern eller fadern och tät tillsyn. Barnet bör ammas så ofta det visar tecken på att vilja suga
- Kontrollera att barnet kissar och bajsar inom de första två dyggen
- Titta på barnets hudfärg en-två gånger om dagen, helst i klart dagsljus. En lätt guldfärgning av hud och ögonvitor är normalt. Om barnet är tydligt gult på kroppen kan det behöva hjälp. Rådfråga barnmorska, BVC eller läkare. Gulhet som kvarstår längre än 3 veckor tillsammans med vit eller grå avföring tyder på lever- eller gallvägssjukdom - kontakta läkare
- Låt barnet sova på rygg. Växla huvudets läge för att förebygga sned skalle. I vaket tillstånd kan barnet med fördel ligga på mage
- Avstå från rökning och snusning under graviditet och amning. Om modern röker eller om någon av föräldrarna druckit alkohol bör barnet inte sova i samma säng som sina föräldrar
- Se till att barnet är lagom varmt och kan röra sig fritt
- Lämna ej spädbarn ensamma under längre perioder
- Lågviktiga barn (< 2,5 kg i födelsevikt) kan lätt bli nedkylda och bör ej vara utomhus vid kylig väderlek (minusgrader).
- I förkylningstider: Undvik täta folksamlingar. Snuviga och infekterade syskon bör inte ha närbildning (t ex pussas) med det nyfödda barnet. Tänk på att tvätta händerna innan du sköter ditt barn
- Blekgå hudfärg, att barnet är svårväckt efter sömn och inte vill suga kan vara tecken på sjukdom. Kontakta barnläkare.

## NOTISER

## Nytt redaktionsråd



*Barnläkaren har ett nytt redaktionsråd. Bild från vänster: Björn Wettergren, Viveca Karlsson, Samuel Lagercrantz, Måna Wallenstein och Göran Wennergren. Litet foto Anders Lindblad. Ej med på bild Margareta Blennow.*

## Bör barn ha rösträtt?

I Barnläkaren pågick för drygt ett år sedan en intensiv debatt gällande om barn ska ha rösträtt med föräldrarna som ombud. Pediatrikern Berndt Eckerberg diskuterar nu frågan på sin webbplats.

“Att tro att ett demokratiskt system är färdigbyggt är lika skadligt och oreflekterat som bokstavstroende i religiösa

sammanhang. Ett bra system skall i sig innehålla en förmåga till förnyelse när man finner att det inte svarar mot nya krav. Ibland kan det då handla om att man måste tillföra systemet något radikalt nytt – som i detta fall”, skriver Berndt Eckerberg.

Adressen till webbsidan är [www.eckerberg.se](http://www.eckerberg.se)

## Tre decenniers arbete mot barninfektioner



Foto: Linus Olsson

I januari hölls ett symposium till docent Margareta Erikssons ära med anledning av att hon har arbetat 30 år med barninfektioner. Symposiet hölls på Astrid Lindgrens Barnsjukhus och professor Michael Levin från S:t Mary's Hospital var hedersföreläsare. På bilden flankeras Margareta Eriksson av Rolf Zetterström, Rutger Bennet och Michael Levin.

## TEMA: LÄKEMEDEL

# “Barnläkare måste kraftsamla sig i läkemedelsfrågorna”

Text och foto Samuel Lagercrantz

**Uppsala blev förra året först i landet med en lista över rekommenderade läkemedel för barn. Huvudansvarig för arbetet var Björn Wettergren.**

För två år sedan inledde Björn Wettergren, barnhälsovård-söverläkare vid Akademiska sjukhuset i Uppsala, arbetet med att ta fram den första listan med rekommenderade läkemedel för barn. Så kallade reklistor för vuxna har däremot funnits länge. Syftet med listorna är att hjälpa läkare att välja det lämpligaste och billigaste läkemedlet vid en viss diagnos.

Listan för barn omfattar framför allt preparat som används inom öppenvården.

– Jag förde till en början en dialog med läkare inom slutenvården, men det visade sig snart att det skulle bli svårt att ta fram en lista för dem. Anledningen är att utvecklingen av preparat som ges på sjukhus sker väldigt snabbt och rekommendationerna skulle därför snart bli inaktuella, säger Björn Wettergren.

Ett annat skäl är att få av preparaten för barn som används inom slutenvården är utprovade på barn. För läkemedel inom primärvården är dokumentationen däremot bättre men även där finns klara brister.

### Mer antibiotika i städer

För att få ett perspektiv på förskrivningen i Uppsala län gjordes jämförelser med övriga län i riket.

– Vi fann stora variationer i förskrivningen inom öppenvården som inte gick att koppla till omständigheter i olika områden utan måste bero på olika förskrivningstraditioner.

Han nämner bland annat användningen av antibiotika.

– I städerna skriver läkarna ut dubbelt så mycket antibiotika som på landsorten, men det finns ingenting som tyder på att barn i städerna är sjukare.

Björn Wettergren berättar att rekommendationerna som arbetats fram skiljer sig jämfört med reklistor för vuxensjukdomar i flera avseenden. Bland annat innehåller barnlistan många “att-tänka-på-rutor” och även diagnostik tas upp.

För att rätt läkemedel ska kunna väljas är det avgörande att rätt diagnos ställs. Behandling av urinvägsinfektion är ett exempel.

– Har du inte rätt diagnoskriterier finns det risk både för överbehandling och för att man missar en urinvägsinfektion, säger Björn Wettergren.

I skriften tydliggörs att det krävs blåspunktion för att ställa diagnos i de lägsta åldrarna.

### “Hostmediciner saknar evidens”

Ett intressant faktum som framkommer i listan är bristen på dokumentation för hostmediciner.

– Det finns ingen som helst evidens för hostmediciner mot vanlig förkylningshosta hos barn. Ändå skrivs de ut. En gång i tiden var hostmedicinen provinsialläkarens egen specialitet. Läkarna hade sina egna recept som den lokala apotekaren blandade till, berättar Björn.

Idag rör det sig om färdigblandade preparat men den gamla traditionen verkar leva kvar och kanske har man svårt att släppa favoritmedicinen.

– Om inte förskrivningarna av hostmedicin har minskat inom två år har listan inte haft någon effekt, säger Björn Wettergren och skrattar.

Då är det tänkt att en ny uppdaterad lista ska tas fram.

Initiativet till barnlistan tog Kerstin Hulter Åsberg, ordförande i Uppsalas läkemedelskommitté som i höstas valdes till ordförande för läkemedelskommittéernas ordförandekollegium, Lok.

Björn Wettergren samarbetade med experter inom olika terapiområden och stämde av med chefsläkare inom primärvården och andra barnläkare innan han sammanställde rekommendationerna.

### Ändring på väg

De senaste åren har det påtalats att läkemedel är utprovade på barn endast i ringa omfattning.

– Många kliniska farmakologer och farmaceuter har uppmärksammat det här, säger Björn Wettergren.

Barnläkare har däremot inte engagerat sig i allmänna läkemedelsfrågor i någon större omfattning. Men nu börjar det bli ändring på det. I år drog Riksstämmans symposium om barn och läkemedel till sig fler pediatriker än tidigare. Det ökade intresset är välkommet och nödvändigt.

– Vi kan se att bra preparat för barn dras in. Läkemedelsverket saknar barnperspektiv och Läkemedelsförmånsnämnden har inget barnperspektiv alls, säger Björn Wettergren.

Läkemedelsförmånsnämnden, LFN, är den myndighet som väljer ut vilka läkemedel som ska subventioneras. Nämndens

## TEMA: LÄKEMEDEL

genomgångar sparar skattebetalarna stora summor pengar, som kan gå till bland annat sjukvård, men det har hänt att behandlingar som är väl lämpade för barn har mist sina subventioner.

Björn Wettergren anser att det är dags för barnläkare att kraftsamla sig i läkemedelsfrågorna.

– Vi måste lägga upp en strategi. Jag tycker att det är en uppgift för BLF. Vi måste lära oss att lobba. Det räcker inte med att en barnläkare reser sig. Ofta måste man gå den politiska vägen. I en nämnd som LFN måste det sitta en person med barnperspektiv, att nämnden utbildas i barnperspektiv är inte tillräckligt, säger Björn Wettergren.

### Idéer från USA

I EU har frågan om barn och läkemedel äntligen kommit upp på dagordningen. Den europiska läkemedelsmyndigheten, EMEA, har beslutat att tillsätta en särskild pediatrik kommitté. Under året har också steg tagits för att

stimulera företag att utvärdera sina preparat för barn. Idéerna kommer från USA där bland annat förlängda patenttider för företag som prövar sina preparat på barn har varit framgångsrika.

Skälen till att företag hittills inte har prövat ut sina läkemedel på barn i tillräckligt omfattning är både etiska och ekonomiska. Naturligtvis är det tveksamt ifall nya mediciner bör testas på barn som inte själva kan ta ställning till om de vill delta i försöken. Ändå är de flesta experter eniga om att läkemedel måste prövas på barn innan de godkänns.

Björn Wettergren är positiv till att EMEA försöker stimulera till pediatrik läkemedelsforskning.

– Äntligen! Jag tycker att det är kanonbra! Det etiska dilemma måste naturligtvis balanseras rätt, man måste ta hänsyn till barnens avsaknad av autonomi. Men det vore otiskt att inte utvärdera mediciner för barn.



**BJÖRN WETTERGREN** Född: 1945 i Göteborg. **Familj:** Hustru, 2 ungdomar hemma, 3 vuxna barn och 2 vuxna bonusbarn. **Blir glad av:** Positiva människor. **Senast lästa bok:** Selams av Sigfrid Siewert. Läste den som ung och kände ett behov av att läsa om den nu när man har lite längre perspektiv på tillvaron. Sigfrid var mycket klok! **Gör i sommar:** Målar det gamla huset på Kornö på Västkusten.

# Besök i testfabriken

Text Samuel Lagercrantz

**Nära Fyrisån i Uppsala ligger kontorskomplexet Munin. Går man över entréplanet till ingång A och åker upp till fjärde våningen kommer man till en klinik. Fast inte vilken klinik som helst.**

På kliniken ser jag tre patienter, alla män i 25-årsåldern. En talar i telefon, en lyssnar på sin MP3-spelare och en sitter framför en dator och spelar ett spel som ser ut som patiens. Jag tillåts inte intervju dem. Deras integritet är mycket viktig får jag förklarat för mig.

Fast egentligen är de inte patienter. Ingen av dem är intagen för någon sjukdom. De är alla tre där frivilligt för att vara försökspersoner när nya läkemedel provas.

På företaget Quintiles klinik pågår ständigt utvärderingar av nya preparat. Dag och natt, året runt provas olika läkemedel. Huvudvärkstabletter, blodfetsänkare, antidepressiva medel och bantningspiller måste alla genomgå samma rigorösa utvärdering.

Quintiles är ett av ungefär 1000 företag i världen som specialiserat sig på att utföra läkemedelsprövningar åt andra läkemedelsföretag. Fram till mitten av 90-talet gjorde läkemedelsbolagen alla nödvändiga utvärderingar själva, men idag överläter de ungefär 40 procent till företag som är specialiserade på just kliniska prövningar. Precis som i andra branscher läggs mer och mer ut på underleverantörer.

Mellan tolv och femton år kan det ta att utveckla ett nytt preparat och kostnaden brukar hamna på ungefär tio miljarder kronor.

## Ständigt övervakade

Prövningar i tidigt skede, fas I, sker på friska människor. Då undersöks säkerheten och hur substansen omsätts i kroppen. Också hur läkemedlet samspelar med andra mediciner, mat och dryck studeras vanligtvis i fas I.

Deltagarna i dessa studier får ekonomisk ersättning som beror på hur länge försöken pågår. Ofta pågår de en eller två dagar, men ibland över två veckor.

Under längre vistelser på Quintiles klinik får försökspersonerna gå ut på promenader i sällskap med sjuksköterskor. De får inte gå ensamma eftersom det av säkerhetsskäl är strängt krav på att de ständigt är övervakade. Om de skulle få biverkningar av preparaten som de provar måste det finnas vårdpersonal i närheten.

Anders Grahnén, forskningschef på Quintiles och professor vid Uppsala universitet, säger att det inte är särskilt svårt att få människor att delta i prövningarna.

Uppsala är en studentstad där många tycker att ett par dygn med utgångsförbud på företagets klinik kan vara ett utmärkt sätt att stänga in sig för att läsa inför en tenta. Han säger att pengarna är huvudskälet till att personer medverkar, men att de altruistiska skälen väger nästan lika tungt. Människor vill vara med och göra en insats för forskningen.

– Vi bedriver också social verksamhet, säger han och skrattar.

Då syftar han inte på studenterna.

– De äldre som kommer hit får nya kompisar. Vi hade ett gäng damer, de flesta änkor, som testade ett hormonsubstitut och de blev vänner och umgicks i flera år efteråt. Vi har också blivit bjudna på bröllop av två pensionärer som fattade tycke för varandra på kliniken.

Anders Grahnén säger att kliniken är som ett hotell. Det är viktigt att personerna som ingår i försöken trivs under vistelsen. Därför finns tv- och datorspel, dvd- och videofilmer i mängder och flera umgängesrum. Maten beställs via catering.

I övrigt är det som vilken privatägd sjukhusavdelning som helst förutom att kravet på säkerhet är extra stort.

Enligt Anders Grahnén är det inte farligt att delta i en klinisk utvärdering.

– Läkemedelsverket och andra myndigheter runt om i världen har undersökt riskerna vid kliniska prövningar och kommit fram till att de är små.

Dramat som utspelade sig i London förra året visade dock på att allvarliga incidenser kan inträffa. Sex frivilliga försökspersoner som i en läkemedelsstudie fått antikroppen TGN1412 drabbades av svåra smärtor bara minuter efter att substansen hade injicerats. Snart upphörde organen att fungera och deras huvuden svullnade, enligt vittnen, upp till tre gånger sin normala storlek. Samtliga överlevde, men händelsen hör till historiens mest omtalade läkemedelsskandaler.

Men på Quintiles klinik är det lugnt vid mitt besök. Skulle något inträffa finns alltid läkare till hands, får jag veta. Enligt Anders Grahnén är det värsta som brukar hända att någon mår illa.

– Det beror oftast på försökssituationen. Bland annat för att många läkemedel måste tas fastande, säger han.

## TEMA: LÄKEMEDEL

Innan en person tas in på kliniken genomgår han eller hon en hälsokontroll. Sedan följer information om vad som ska ske.

När prövningen väl har påbörjats dokumenteras allt mycket noggrant. Om någon till exempel får huvudvärk noteras när det började, hur lång tid det pågår och när värken går över.

### Fyller lastbil

Då studien är slutförd och alla effekter och biverkningar är registrerade överlämnas materialet till det läkemedelsföretag som anlitat Quintiles. Kopior på dokumentationen måste förvaras i minst femton år enligt läkemedelslagen.

– Vi har en oändlig mängd pärmar i vårt arkiv, fast det är ingenting jämfört med vad Läkemedelsverket har. När ett företag lämnar in en registreringsansökan till verket har de en hel lastbil full med pärmar som ska överlämnas, säger Anders Grahnén.

Quintiles åtar sig också prövningar som sker i faserna II och III då läkemedel testas på patienter. Till skillnad från friska försökspersoner får patienter som deltar i

prövningar ingen ekonomisk ersättning. Eftersom det för den sjuke är fråga om en behandling är det av etiska skäl bestämt att pengar inte får vara ett motiv för att prova en ny medicin.

När läkemedel prövas på patienter sker det oftast inte i läkemedelsföretagens lokaler utan på sjukhus och vårdcentraler runt om i landet, även om det är företaget som handhar prövningen.

Anledningen till att patienter väljer att delta är ofta en förhoppning om att den nya medicinen är bättre än de redan godkända. Anders Grahnén menar att en person som lider av en sjukdom och medverkar i en prövning för ett nytt preparat till och med är säkrare än vid vanlig terapi.

– Eftersom det är omfattande säkerhetsåtgärder vid kliniska prövningar är riskerna mindre än vid redan godkänd behandling. Patienten träffar sin läkare oftare än normalt och skulle en biverkning ske blir han snabbt omhändertagen.

*Artikeln har tidigare varit publicerad i Allt om Läkemedel*

### Nya regler: Läkemedel ska prövas på barn

Ett nytt regelverk infördes tidigare i år inom EU. Syftet är att samtliga läkemedel ska studeras på barn före godkännande. Läs mer om de nya EU-reglerna på nästa sida.



FOTO: DAVID CASTOR

*I studentstaden Uppsala är det lätt att hitta försökspersoner. På bilden syns Uppsala domkyrka över Fyrisån.*

## Efterlängtat EU-förordning

Det är oetiskt att inte ta tillvara och sammanställa de kunskaper som varje dag genereras då vi behandlar barn med läkemedel.

Det skriver Åsa Andersson, apotekare och ordförande i Scandinavian Paediatric Pharmacist Group, som välkomnar de nya EU-regler som ska få läkemedelsföretagen att studera sina mediciner på barn.

Det känns väldigt skoj att kunna rapportera att det faktiskt sker framsteg inom området barn och läkemedel! Den 26 januari i år trädde den nya EU-förordningen som ska reglera läkemedelsprövningar på barn i kraft. Den har diskuterats under en tid och själva beslutet fattades i somras, men nu är det alltså allvar.

Bakgrunden till förordningen är att man i EU uppmärksammat att drygt en femtedel av EU:s befolkning är 18 år eller yngre. Idag är endast 50 procent av de läkemedel som används till barn studerade i barnpopulationen. För att stimulera läkemedelsföretagen att inkludera barn i sina läkemedelsprövningar har man nu tagit fram en förordning som både lägger krav på företagen, men också belönar dem. Alla läkemedelsföretag som vill ansöka om att få ett läkemedel godkänt i EU ska vid ansökan presentera en plan för hur läkemedlets effekter och bieffekter ska studeras i barnpopulationen. Undantag kan beviljas om det är uppenbart att läkemedlet aldrig kommer att användas till barn, som till exempel Alzheimermedicin, eller om det redan finns ett eller fler jämförbara läkemedel för den indikationen som har barndata. Belöningen består i att läkemedelsföretaget får en förlängning av patenttiden med sex månader. Patenttiden är den tid som företagen har ensamrätt att marknadsföra och sälja sin produkt.

Den extra patenttiden kommer att ges till alla företag som inkluderar barndata i sin produktresumé, även om studierna visar att preparatet inte är lämpligt att ge till barn. Detta är i sig värdefull information som är mer vägledande för sjukvårdspersonal än den tidigare vanligt förekommande frasen "läkemedel X har inte studerats hos barn under 18 år och kan därför inte rekommenderas till denna patientgrupp".

Förordningens mål är att förbättra hälsan hos Europas barn genom att:

- Stimulera forskning och utveckling av läkemedel avsedda för att användas i en barnpopulation
- Tillgodose att läkemedel som används till barn har utprovats och godkänts för användning hos barn

- Förbättra tillgängligheten av information rörande läkemedel till barn

Under den första punkten ovan ingår även att ta fram och utveckla beredningsformer som är lämpliga för barn och som möjliggör en flexibel dosering då vi ofta vill behandla barnpatienter i olika storlekar (vikt eller kroppsyta till exempel).

Ibland hör man att det skulle vara oetiskt att forska på barn, men min fasta övertygelse är att det är oetiskt att låta bli. Framförallt är det oetiskt att inte ta tillvara och sammanställa de kunskaper som varje dag genereras då vi behandlar barn med läkemedel. Om vi inte gör det så framhärdar vi i att behandla patienter utan evidens och vi gör om experimenten på varje barn eftersom vi inte vet vad som är bäst.

Jag ser med spänning fram emot vad den nya EU-förordningen kommer att innebära i form av nya läkemedel med barnvänliga beredningsformer och uppgifter om hur läkemedlet verkar hos barn i olika åldrar!

För mer information se pressmeddelandet på EMEAs hemsida: <http://emea.europa.eu/pdfs/human/peg/922407en>.

Åsa Andersson,

Leg apotekare vid Karolinska Apoteket, Solna,

Ordförande i Scandinavian Paediatric Pharmacist Group



Åsa Andersson, ordförande i Scandinavian Paediatric Pharmacist Group, arbetar för säkrare läkemedelsanvändning för barn.

## TEMA: LÄKEMEDEL

# Scandinavian Paediatric Pharmacist Group

I England finns det sedan drygt tio år tillbaka en förening vars syfte är att hjälpa till med farmaceutiska frågeställningar inom pediatriken. Där finns ett väl uppbyggt nätverk för att tillvarata farmaceutisk information som inom pediatriken är sparsam, till exempel för extempore-, off-label- och licensläkemedel. Gruppen heter NPPG, Neonatal and Paediatric Pharmacist Group (1).

Några skandinaviska apotekare med specialkunskaper inom pediatrik har etablerat kontakt med NPPG och bildat en underorganisation med namnet Scandinavian Paediatric Pharmacist Group (SPPG), för att fokusera på gemensamma skandinaviska/nordiska frågeställningar. SPPG bildades hösten 2001 i Lund. Föreningen har en hemsida och en diskussionsgrupp och är registrerad som ideell förening (2). Varje år hålls ett årsmöte med tillhörande pediatrik/farmaciföreläsningar. Medlemmar ur styrelsen har varit aktiva i framtagandet av Apoteket AB:s uppdaterade version av ATTL-Barn (3).

Syftet med SPPG är att, genom ett skandinaviskt/nordiskt samarbete, främja vården inom läkemedelsområdet till nyfödda, spädbarn, barn och ungdomar med fokus på kvalitetssäkring av farmaceutiska tjänster och individuell utveckling av farmaceuter. Föreningen har idag cirka 30 medlemmar från Sverige, Norge och Danmark.

De senaste åren har medlemmar ur SPPG tillsammans med representanter från Barnläkarföreningen agerat i olika situationer, till exempel i diskussioner med

Läkemedelsförmånsnämnden, LFN, apropå genomgången av syrahämmande medel.

Vi önskar med denna korta text informera att vi finns till för att tillsammans med barnläkare, vårdpersonal, föräldrar och barn hjälpa till att förbättra möjligheterna till säker läkemedelsanvändning hos barnpatienter.

Detta bland annat genom att arbeta för läkemedelsformuleringar där dosen på ett säkert sätt kan anpassas individuellt.

För mer information om SPPG, kontakta gärna någon i styrelsen.

1. <http://www.nppg.org.uk>
2. <http://www.sppg.net>
3. ATTL-Barn (Skrift för Apotekstillverkade Läkemedel till Barn i Sverige)

### Styrelse för SPPG 2007

**Åsa Andersson**, ordförande, Karolinska Apoteket, [asa.andersson@apoteket.se](mailto:asa.andersson@apoteket.se), tel: 08-517 755 03, fax: 08-30 87 35

**Per Nydert**, kassör, Huddinge Sjukhusapotek, [per.nydert@apoteket.se](mailto:per.nydert@apoteket.se), tel: 08-585 804 13 fax: 08-58580403

**Maria Modig**, ledamot, Apoteket vid Helsingborgs Lasarett, [maria.modig@apoteket.se](mailto:maria.modig@apoteket.se)

**Ingrid Grönlie**, ledamot, Apoteket vid Haukelands sykehus, Bergen, [ingrid.groenlie@apotekene-vest.no](mailto:ingrid.groenlie@apotekene-vest.no)

**Elin Bergene**, ledamot, Sykehusapoteket Trondheim, [elin.bergene@apotekene-vest.no](mailto:elin.bergene@apotekene-vest.no)

## Apotekare med rätt att förskriva

I Storbritannien skriver inte bara läkare ut mediciner. Förra året fick även apotekare och vissa andra yrkesgrupper full förskrivningsrätt, förutsatt att de genomgått en särskild extrautbildning. En tuff debatt mellan företrädare för läkarkåren och farmaceutkåren föregick lagändringen. Brittiska läkemedelsverket är också liberalt med att receptbefria. Till exempel är kolesterolsänkaren simvastatin receptfri i Storbritannien. Jämfört med andra EU-länder är andelen receptfria läkemedel i Sverige relativt liten.



Bakom disken på Zafash Pharma, Old Bromton Road, i London håller apotekaren Muhammed Tarik ställningarna. Han berättar stolt att Zafash håller öppet dygnet runt. – Varför inte? svarar han på frågan om han tänker ta de extrakurser som krävs för att få förskrivningsrätt.

Foto: Samuel Lagercrantz

## TEMA: LÄKEMEDEL

# ENKÄT Bör läkemedel till barnpatienter alltid omfattas av läkemedelsförmånen?



**Johan Kaarme**

*ST-läkare, Akademiska Barnsjukhuset i Uppsala*

– Principiellt ja. Har man träffat en läkare, fått en medicinsk bedömning och fått läkemedel utskrivet så tycker jag att det ska vara subventionerat.



**Ingmar Zachrisson**

*Överläkare, Astrid Lindgrens Barnsjukhus i Solna*

– Ja, barnfamiljer är ofta ekonomiskt svaga. De bör inte riskera att bli utan läkemedel av ekonomiska skäl.



**Kerstin Hulter Åsberg**  
Läkare och ordförande för läkemedelskommittéernas ordförandekollegium

– Det bör ställas i relation till sjukdomen. Finns det en medicinsk diagnos där läkemedel är rekommenderat bör det läkemedlet också vara subventionerat.



**Ewa Lundborg**

*Apotekare och chefredaktör för tidningarna Läkemedelsvärlden och Allt om Läkemedel*

– Nej, jag tycker inte att allt som förskrivs till barn per definition ska ingå i förmånen. Jag tror det kan bli problem med gränsdragningar.  
– Läkemedelsförmånsnämnden bör vara frikostig med att inkludera beredningsformer och kombinationer som är betydelsefulla för behandlingen av barn i förmånen, men förmånen kommer aldrig kunna vara heltäckande. Detta problem blev tydligt för ett tag sedan då en viss beredningsform av omeprazol som används av barn miste sin subvention. Det bästa vore därför om barn som behöver många läkemedel kunde få dessa subventionerade av samhället på annat sätt, till exempel via direkt fakturering från Apoteket till Landstinget. Detta oavsett om läkemedlen formellt ingår i den allmänna förmånen eller ej.



**Marie Johannesson**  
Barnläkare, Akademiska barnsjukhuset i Uppsala som snart påbörjar en anställning som enda pediatriker på Läkemedelsverket.

– Jag tycker det och tänker arbeta för det. Jag kommer att ingå i EMEA:s pediatrika kommitté i London och räknar med att sådana här frågor tas upp där.

Arbetet med läkemedel blir mer och mer gränsöverskridande och jag tror att liknande diskussioner förekommer även i de andra EU-länderna.  
– Detta ska naturligtvis enbart gälla läkemedel som är förskrivna av läkare för att bota en sjukdom och ska således ej gälla när föräldrar själva går och köper multivitaminpreparat eller läkemedel mot exempelvis förkylningar.

## PROBIOTIKA

# Har probiotika någon plats inom barnmedicinen?

Text Bengt Björkstén

Allergier, diabetes, inflammatorisk tarmsjukdom och fetma har en sak gemensamt, nämligen att de ökar i takt med stigande välstånd i industrialiserade länder. Har de något annat gemensamt? Den brittiske forskaren Graham Rook föreslog att de alla kan vara uttryck för något som han kallade för "Microbial deficiency syndrome". Enligt denna hypotes är mikrober nödvändiga för utmognad av immunsystemet och alldeles särskilt för utveckling av normal immunreglering. Den här idén är inte ny. Den rysk-judiske forskaren Elie Metchnikoff föreslog nämligen redan vid förra sekelskiftet att tarmbakterier hade klinisk betydelse och att vissa levande mikroorganismer skulle kunna vara bra för hälsan. De här idéerna var det inte många som nappade på och inte förrän under de senaste 10-15 åren har mikrobiell ekologi väckt något större intresse.

Den totala slemhinneytan i tarmen kan vara 300 kvadratmeter, eller större än en internationell tennisplan. Den är koloniserad med upp till 1014 mikroorganismer av över 500 olika species, var och en med upp till hundratals olika stammar och med en totalvikt på ett kilo. Antalet bakterier är tio gånger större än totalantalet celler i hela vår kropp och det samlade bakteriegenomet är över 30 gånger större än det humana.

Tarmkanalen är steril vid födelsen men koloniseringen börjar omedelbart efter födelsen. Initialt koloniserar det nyfödda barnet med olika aeroba bakterier men snart tar aeroba stammar över. Under de första månaderna varierar antalet bakterier och de dominerande typerna, men mot slutet av första levnadsåret har tarmfloran stabiliserat sig och ett dynamiskt ekosystem etableras. Floran är sedan under normala förhållanden förbluffande stabilt hos den enskilda individen under resten av livet, även om det rubbas temporärt av diverse faktorer, exempelvis infektioner eller antibiotika liksom stora förändringar i dieten.

### Nyttiga mikroorganismer

Vi lever i ett komplext och dynamiskt samspel med vår tarmflora. Samspelet mellan oss och de olika mikroberna har karaktäriserats som ett "stabilt kaos". Termen speglar att förekomst av ett species påverkar andra mikroorganismer, att olika bakterier kan uppträda tillfälligt, att förändringar i dieten tillfälligt påverkar tarmfloras sammansättning, men att helheten ändå förblir relativt konstant. Vi har en individuell tarmflora som kanske är lika specifik för individen som ett fingeravtryck.

Det är i den här komplexa "inre miljön" som probiotiska bakterier anses kunna göra nytta. Termen definieras som "levande mikroorganismer som har gynnsamma effekter på hälsan utöver sitt näringsvärde". Det är ett problem att det inte är definierat vad som menas med

"gynnsamma effekter på hälsan", utan det tycks stå en producent mer eller mindre fritt att kalla sin produkt för probiotisk. Ibland hör man också talas om "prebiotika". Med



Den totala slemhinneytan i tarmen är större än en tennisplan.

Foto: Samuel Lagercrantz

det avses födoämnen (i allmänhet långa kolhydrater) som gynnar uppkomsten av en gynnsam tarmflora. Det begreppet är ännu sämre definierat.

Våra tarmbakterier är nödvändiga för utveckling av oral tolerans. Experimentella studier med djur som lever under helt bakteriefria förhållanden visar också att mikrober är nödvändiga för att vi skall utveckla normal immunreglering. Sådana djur växer normalt och lever till synes helt friska i sina inkubatorer. Om de immuniserar med ett antigen ser de ut att reagera normalt med ett immunsvär. Vid närmare analys så utvecklar de dock inte lika god kontroll av immunsvaret som vanliga djur. De har sålunda förstärkt immunsvär, både av så kallad Th1 och Th2 typ. Däremot utvecklas inte T-regulatoriska celler (Treg) och vissa immunreglerande cytokiner som hos djur med en tarmflora. Följden kan bli kraftigare antikroppproduktion, till exempel av IgE, och cellulära reaktioner av den typ som tros ha betydelse för uppkomst av autoimmuna sjukdomar.

Tarmfloran har också stor betydelse för upptaget av näring. Under de allra senaste åren har ett eventuellt samband mellan en förändrad tarmflora och den ökande prevalensen av fetma väckt stort intresse.

Intresset för probiotika har ökat närmast explosionsartat under de senaste tio åren. Man kan idag köpa olika "hälsofilter", juice, tabletter och droppar med probiotika. Tyvärr har antalet kontrollerade studier som dokumenterar kliniska effekter av probiotika inte ökat lika kraftigt. Ett problem i

## PROBIOTIKA

sammanhanget är att mycket av utvecklingsarbetet görs av livsmedelsindustrin, som sällan har någon större erfarenhet av kliniska prövningar. Det finns dock åtskilliga goda studier med några bakteriestammar, framförallt med mjölksyreproducerande bakterier, främst laktobaciller. Sådana bakterier finns normalt i tarmen hos alla däggdjur och åtskilliga andra ryggradsdjur. De finns inte bara i mjölkprodukter, som man skulle kunna tro av namnet, utan även och kanske framförallt i till exempel råa grönsaker och kött.

Vi har en lång historia av samspel med laktobaciller. Det är faktiskt rimligt att säga att hela vår evolution till människor har skett i närvaro av laktobaciller! Andra bakterier som kan dyka upp som probiotika, men som knappast har dokumenterats kliniskt, är bland annat stammar av enterokocker, *E.coli* och *Sacharomyces*.

### Förkortar diarréperiod

Laktobaciller är i det närmaste apatogena och har getts i stora doser till och med till nyfödda och till patienter med immunbrist. De har prövats vid många kliniska tillstånd (tabell 1). Den bästa dokumentationen av gynnsamma effekter på barn gäller infektiös diarré. Tre metaanalyser sammanfattar ett tjugotal studier och visar att diarréperioden förkortas med cirka ett dygn i genomsnitt. Studierna omfattar både barn som enbart behandlats på sjukhus för sin gastroenterit, alltså tämligen svåra fall, och barn som behandlats i öppen vård.

Diarré är en välkänd, relativt vanlig komplikation av behandling med bredspektrumantibiotika. Orsaken anses vara att sådana antibiotika inte bara slår ut patogener utan också har stora effekter på den normala tarmfloran. Det är kanske därför inte förvånande att probiotiska laktobaciller som ges före antibiotika tycks minska risken för *uppkomst* av diarré. Däremot saknar probiotika dokumenterade effekter vid *behandling* av antibiotikainducerad diarré. Samma ”ekologiska resonemang” ligger bakom studierna av probiotika som profylax mot turistdiarré. Det finns en hel del som talar för en skyddande effekt, men fler studier behövs.

Studier under de senaste åren visar att sammansättningen av tarmfloran skiljer sig mellan allergiska och icke allergiska småbarn. Man har till och med i prospektiva studier visat att det finns skillnader mellan grupperna redan under den första levnadsveckan, alltså innan de utvecklade kliniskt manifest allergi. Fynden väckte stort internationellt intresse. Flera kontrollerade studier med några olika laktobacillstammar visar en viss lindring av spädbarnseksem. Däremot saknas dokumenterad effekt av sådan eksembehandling hos barn äldre än två år och vuxna.

### Uppmuntrande allergistudie

Det finns idag åtminstone tio pågående eller publicerade studier som behandlar ifall allergi kan förebyggas genom

tillförsel av probiotika från födelsen. En första studie från Finland år 2001 visade en halvering av eksemincidensen under de första två levnadsåren hos barn som fått laktobaciller jämfört med den placebobehandlade gruppen. Studien fick dock en hel del kritik och lika gynnsamma resultat har inte kunnat upprepas. Två andra studier visar också en viss förebyggande effekt, medan en studie var negativ. Det är intressant att i de tre studierna som visade en förebyggande effekt gav man också den gravida mamman laktobaciller under den sista graviditetsmånaden, medan laktobacilltillförseln i den negativa studien var begränsad till barnet. Ännu är det för tidigt att dra några bestämda slutsatser av de här studierna, utan slutsatserna får vänta tills resultaten av övriga sex pågående studier blir kända. Det är dock uppmuntrande att i en av studierna var IgE associerat eksem vid två års ålder betydligt ovanligare hos barn till allergiska mödrar om mammorna fått laktobaciller under sista månaden av graviditeten. En uppföljning planeras för att belysa om de här barnen också har färre luftvägsallergier när de börjar skolan.

Man vet sedan länge att många individer med laktosintolerans kan tåla åtminstone måttliga mängder syrad mjölk, trots att större delen av laktosen finns kvar i produkten. Toleransen är kanske inte så förvånande med tanke på att laktobaciller dels innehåller laktas som spjälkar laktosen, dels förbrukar mjölksocker.



*Intresset för probiotika har ökat explosionsartat det senaste decenniet och en uppsjö av produkter med de hälsosamma bakterierna finns att köpa.*

Två nya studier har särskilt intresse ur pediatrik synpunkt. Weizman och medarbetare redovisade år 2005 i *Pediatrics* en kontrollerad studie där 200 spädbarn i åldern fyra till tio månader fick antingen en stam av laktobaciller (*L. reuteri*), bifidobakterier (*B.lactis*) eller placebo under tolv veckor. Barnen som fick laktobaciller hade signifikant färre frånvarodagar från dagis, färre feber- och diarréepisoder, diarré och färre antibiotikakurer. Bifidobakterier hade inte samma gynnsamma effekt.

## PROBIOTIKA

I den andra studien, från Italien, jämförde Savino och medarbetare effekten av en laktobacillstam med simetikon vid spädbarnskolik och rapporterade överlägsen effekt, mätt som skrikperioder, av probiotikatillförseln.

Det finns också indicier på att probiotika kan vara gynnsamma vid urinvägsinfektioner men det behövs ytterligare studier innan man kan dra några säkra slutsatser.

Det återstår mycket arbete innan man har kartlagt tarmfloran hos friska och sjuka människor. Men det är rimligt att förmoda att studier av vår "inre miljö" och det ekologiska samspelet i tarmen kommer att visa sig ha stor klinisk betydelse i framtiden. Vägen dit är lång, men redan idag finns det anledning att misstänka ett samband mellan förändrad tarmflora och diverse "vällevnadssjukdomar" såsom allergier, autoimmun sjukdom, inflammatorisk tarmsjukdom och fetma. Även om tarmfloran visar sig ha stor betydelse för uppkomst av många sådana sjukdomar så återstår det att visa att tillförsel av en eller några få bakteriestammar har dramatiska effekter på tillstånden. Mikrobiell ekologi är ett stort och komplicerat forskningsområde. För att förstå sammanhangen krävs övergripande tvärvetenskapligt initierad forskning, snarare än det vanliga reduktionistiska synsättet, där man studerar enskilda effekter av enskilda stammar eller molekyler.



Bengt Björkstén  
Professor emeritus, Stockholm

**Tabell 1:** Exempel på kliniska tillstånd där man har provat laktobaciller. Frågetecknen i tabellen avser indikationer där det ännu bara finns en enda kontrollerad studie.

Indikation	Dokumenterad effekt
<b>Barn:</b>	
Småbarnsdiarré	Ja
Luftvägsinfektion	?
Spädbarnskolik	?
Allergier	Viss lindring av spädbarnseksem
Laktosintolerans	Ja
<b>Vuxna</b>	
Antibiotikainducerad diarré	Ja
Turistdiarré	?
Vaginala svampinfektioner	Ja
Laktosintolerans	Ja
"Uppkörd mage"	Ja
Inflammatorisk tarmsjukdom	?
Urinvägsinfektion	Nej
Förstoppning	Nej
Autoimmunsjukdom	Nej
Coronarkärlssjukdom	Nej

"Ett problem i sammanhanget är att mycket av utvecklingsarbetet görs av livsmedelsindustrin, som sällan har någon större erfarenhet av kliniska prövningar"

## MEDICINHISTORIA

# Vetenskap, utbildning och kvalitet

## Läkaresällskap med 200 år på nacken

Text Göran Wennergren

Foto Svenska Läkaresällskapet och Samuel Lagercrantz

Under 1700-talet gick medicinen och naturvetenskaperna snabbt framåt och läkarna blev fler och bättre utbildade. Precis som idag ställdes kollegorna inför nödvändigheten att följa med utvecklingen av sin vetenskap. Den medicinska utvecklingen gick kanske inte lika snabbt som nu, men den gick snabbt nog. Möjligheten till fortbildning hindrades dock av att läkarna hade svårt att få tillgång till böcker och tidskrifter. Dels var böcker och tidskrifter inte så lätta att skaffa och dessutom var de såpass dyra att det var svårt för den enskilde läkaren att ha råd att köpa det han ville läsa.

I december 1807 samlades sju framstående Stockholmsläkare i Carl Fredric Schulz von Schulzenheims våning. Syftet med sammankomsten var att bilda ett läkaresällskap med ett medicinskt bibliotek. von Schulzenheim själv var överkirurg vid Serafimerlasarettet. De övriga församlade var: Henrik Gahn, assessor i Collegium medicum, Anders Johan Hagström, adlad Hagströmer, anatomie professor vid Kirurgiska undervisningsväsendet och senare inspektor över Karolinska institutet, Jonas Henric Gistrén, adjunkt vid Kirurgiska undervisningsväsendet, Eric Carl Trafvenfelt, praktiserande läkare med professors namn och senare medicinalråd, Eric Gadelius, anatomie prosektor vid Kirurgiska undervisningsväsendet och senare professor vid Karolinska institutet, Jöns Jacob Berzelius, professor vid Kirurgiska undervisningsväsendet och senare professor i kemi vid Karolinska institutet.

Att få tillstånd att bilda ett läkaresällskap som också skulle

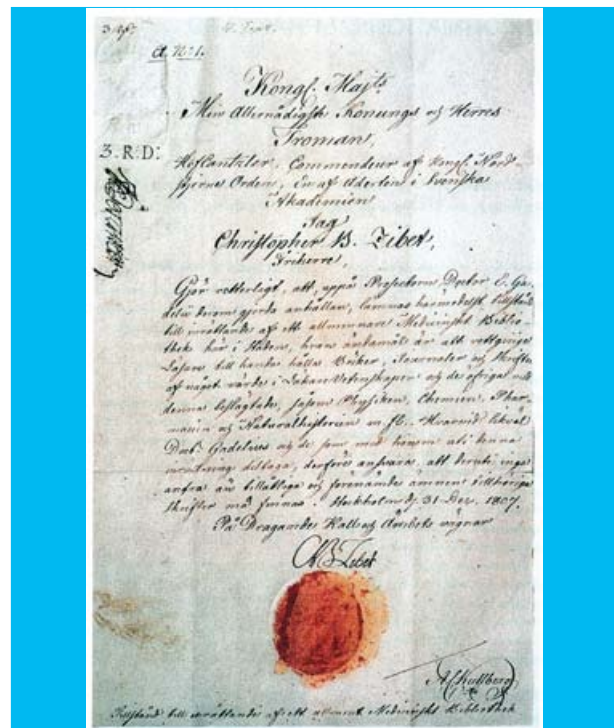


I nämndrummet pryds långsidans vägg av porträtt på Svenska Läkaresällskapets stiftare med Jöns Jacob Berzelius i mitten.

fungera som "läsesällskap" var inte något självklart. Gadelius och Berzelius hade år 1802 fått nej till en anhållan att bilda en sådan sammanslutning. I sin rädsla för den franska revolutionens läror hade Gustav IV Adolf år 1802 infört mycket stränga bestämmelser om vilken litteratur som fick införas i landet eller finnas i läsesällskap.

De sju läkarnas ansökan behandlades emellertid gynnsamt. Hof-Cantzlern, friherre Cristopher Bogislaus Zibet, var sjuklig och sköttes av von Schulzenheim. Kanske var detta orsaken till att Zibet denna gång beviljade den inkomna ansökan. Det skedde den 31 december 1807.

Sedan dröjde dock det första sammanträdet till den 25 oktober 1808. Under tiden hade finska kriget brutit ut den



Originaldokumentet från 31 december 1807 där Hof-Cantzler Christopher Zibet beviljar Doctor E Gadelius anhållan och ger tillstånd att inrätta "ett allmennare Medicinskt Bibliothek".

21 februari 1808. Hagström, Berzelius och Gadelius hade blivit fullt upptagna med att snabbt utbilda fältskärer till armén.

Vid första sammanträdet antecknade sig förutom stiftarna 16 nya medlemmar. I stadgarna kunde läsas att Sällskapet skulle samlas alla tisdagar och avhöra "hvad i vetenskapen kan föredragas – enskilda märkvärdiga händelser – årstidens gångbara sjukdomar – och medicinska nyheter".

År 1809 var ledamotsantalet 50, i början av 1900-talet hade det ökat till 1 000 och idag är antalet medlemmar omkring 18 000.

## MEDICINHISTORIA

Man kan diskutera vilket år som var Svenska Läkaresällskapets första, 1807 eller 1808. Det första sammanträdet den 25 oktober 1808 brukar dock räknas som verksamhetens början, så nästa år firar Svenska Läkaresällskapet sitt 200-årsjubileum. 1808 är också det årtal som återfinns i Svenska Läkaresällskapets emblem.



*Huset har många dekorativa detaljer i jugendstil. Här blyinfattat glas med spelkortssymboler i dörren mellan Klubbrummet och "Grottan".*

Svenska Läkaresällskapets verksamhet ägnas än idag åt "hvad i vetenskapen kan föredragas". På motsvarande sätt som Sveriges läkarförbund är vår fackliga organisation är Svenska Läkaresällskapet (SLS) vår vetenskapliga organisation. Det stolta mottot "Vetenskap, utbildning, kvalitet" återspeglar Svenska Läkaresällskapets syfte att främja vetenskap, utbildning och kvalitet inom hälso- och sjukvård.

### En arkitektonisk pärla

Sällskapet hade till en början sina sammanträden och sin boksamling i Collegium medicum's hus på Riddarholmen. Större delen av 1800-talet hade man dock ett eget hus på Jakobsgratan 19 i Stockholm. Lokalerna blev emellertid ganska snart för små och sökandet efter nya påbörjades. År 1902 inköptes Klara Östra Kyrkogata 10. År 1904 utlystes en arkitektävling för en nybyggnad på tomten. Det vinnande förslaget ritades av Carl Westman. Huset stod inflyttningsklart år 1906 och firade således 100-årsjubileum förra året.

Läkaresällskapets hus är en arkitektonisk pärla i välbevarad jugendstil. I huset finns en förnämlig samling av porträtt på svenska läkare, från Carl von Linné och Nils Rosén von Rosenstein och framåt.

Vi medlemmar har i huset förnämliga lokaler för sammanträden i sektioner och arbetsgrupper.



*Taklampa i jugend. På väggen hänger porträtt av Nils Rosén von Rosenstein. Genom fönstren syns Klara kyrka.*

Svenska Läkaresällskapet genomgick en stor förändring i början av 1900-talet. Då började specialiseringen inom medicinen göra sig gällande. Den ena specialiteten efter den andra bröt sig ut ur de stora disciplinerna medicin och kirurgi. Det befarades att det inte skulle finnas någon egentlig roll kvar för Svenska Läkaresällskapet genom att de olika specialiteterna höll sina vetenskapliga diskussioner i egna föreningar. Men farhågorna var obefogade. I stället kom föreningarna att bilda sektioner inom Svenska Läkaresällskapet. Vår egen sektion kom till år 1912 med namnet Sektionen för pediatrik och skolhygien.

### Första riksstämman

Riksstämman är den av Svenska Läkaresällskapets aktiviteter som är mest känd utåt. Förslaget om en medicinsk riksstämman kom år 1942 från läkare i Lund och Malmö. Bland förslagsställarna märktes pediatrikprofessorn Sture Siwe i Lund. Förslaget mottogs positivt i Svenska Läkaresällskapets styrelse, den så kallade nämnden, och redan 26–28 november 1943 hölls första Riksstämman i Stockholm. Från en blygsam start växte Riksstämman snabbt i omfattning och besöks varje år av flera tusen kollegor. Sedan 1998 hålls den vartannat år i Stockholm, vartannat i Göteborg.

Svenska Läkaresällskapet förvaltar i olika fonder medel som donerats genom åren. Avkastningen ur forskningsfonderna delas årligen ut som ekonomiskt stöd till svensk medicinsk forskning i form av projektanslag, stipendier och resebidrag. För närvarande delas omkring 25 miljoner kronor ut varje år.



*Svenska Läkaresällskapets hus på Klara Östra Kyrkogata 10 sett från Klara kyrka.*

För att underlätta specialiseringstjänstgöringen, ST, har Svenska Läkaresällskapet i samarbete med Sveriges läkarförbund tagit fram utbildningsböcker inom de olika specialiteterna.

## MEDICINHISTORIA

I utbildningsboken beskrivs de moment som ingår i specialiseringen och boken används av den blivande specialisten i samråd med handledaren. Det är sektionerna/specialitetsföreningarna som ansvarar för det ämnesspecifika innehållet i böckerna. För närvarande pågår som bekant ett intensivt arbete med de nya målbeskrivningarna.

För att på liknande sätt kunna lägga upp en allmäntjänstgöring med hög kvalitet har Läkaresällskapet och Läkarförbundet också utarbetat en utbildningsbok för AT.

### Kommitté för medicinsk språkvård

Språkkommittén vårdar det medicinska språket och arbetar för ett levande, distinkt och enhetligt medicinskt språk. En av kommitténs främsta uppgifter är att svara på medicinska språkfrågor. Många frågor som har besvarats är sökbara i kommitténs databas ([www2.svls.se/sprakkommitten/](http://www2.svls.se/sprakkommitten/)). Hittar man inte svar på sin fråga i språkdata-basen, kan man kontakta kommittén via det webbaserade språkfrågeformuläret. Frågor som bedöms ha allmänintresse publiceras i databasen. Språkkommittén har även givit ut boken Medicinens språk, som är en introduktion till den medicinska terminologin. Boken har nyligen kommit i ny upplaga.

I samarbete med Karolinska institutet har Svenska Läkaresällskapet inrättat ett gemensamt medicinhistoriskt bibliotek och bokmuseum, Hagströmer Biblioteket. I biblioteket ingår skatter ur Läkaresällskapets boksamling som exempelvis Linnés eget exemplar av Systema Naturae och Harveys de Motu Cordis där han redovisar upptäckten av blodomloppet. Hagströmer Biblioteket ligger på Karolinska institutet men bibliotekets chef Ove Hagelin visar fortlöpande rariteter ur samlingarna i utställningar i Läkaresällskapets bibliotek.



*Biblioteket där utställningar brukar ordnas av rariteter ur Hagströmer Biblioteket. Olof Rudbeck den yngre blickar ner från väggen.*

### Bli medlem i Svenska Läkaresällskapet

Eftersom Läkarförbundet och Läkaresällskapet är två separata organisationer innebär medlemskap i den ena organisationen inte att man med automatik är medlem i den andra.

Det är enkelt att bli medlem i SLS. Gå in på [www.sls.se](http://www.sls.se) och klicka på "Medlemsansökan" i vänsterspalten eller uppe till höger, så får du upp ett formulär som du kan fylla i och skicka in via nätet. Den som är medlem i Svenska Läkaresällskapet går kostnadsfritt på Riksstämman och får i god tid Riksstämmans programbok hemskickad.



*Interiör från föreläsningssalen.*



*Läkaresällskapets matsal.*

## UTBLICK

# Barnhabilitering i Ukraina

## Erfarenheter från ett långsiktigt SIDA-projekt

Text och foto Carl Lindgren

ett mått på ett samhälles mognad och etiska värderingar är på vilket sätt man värnar om sina svagaste medborgare. Detta kan illustreras av hur man i de fria stater som återuppstod ur det forna Sovjetunionen efter kommunismens kollaps vill förändra förhållandena för funktionshindrade barn. I den kommunistiska ideologin härskade synsättet att människan antingen var frisk, rosenkindad och produktiv och deltog i samhällsbyggnaden, eller så var hon "defekt". Defektolog är även idag en vedertagen subspecialitet för läkare i Ukraina. Dessa så kallade "defekta" hade tillgång till det sociala omhändertagandet och den medicinska vård som samhället kunde erbjuda. Under sovjettiden skapades således en rad institutioner, barnhem och specialsjukhus för dessa grupper. Med all sannolikhet var det allmänna omhändertagandet, den fysiska miljön och det medicinska och pedagogiska innehållet i stort välfungerade, i förhållande till situationen i landet i övrigt. Hur det sociala och ekonomiska skydds nätet för de svaga grupperna i det forna Sovjet eroderat efter 1990 är mångomvittnat. Detta har följaktligen fått återverkningar för de barn som placerats på institutioner. De ekonomiska resurserna för att behålla en acceptabel miljö och sörja för meningsfull sysselsättning och behandling för barnen håller sakta men säkert på att tömmas.

Ukraina är dock ett exempel på hur man, trots stora ekonomiska och logistiska svårigheter, vill ändra tillvaron för dessa institutionaliserade barn genom att successivt integrera dem i samhället, i likhet med den process som skedde i Sverige under efterkrigstiden. Detta förutsätter dock inte bara en reformering av sjukvårdssystemet, utan behöver med nödvändighet innefatta en förstärkning av det sociala försäkringssystemet, vilket under nuvarande politisk ledning ter sig avlägset. Det finns gott om pengar i Ukraina, men fördelingspolitiken har hittills inte varit särskilt framgångsrik.



Dnipropetrovsk ligger centralt i landet vid floden Dnipro (Dnjepr), som skiljer Ukraina i en östlig ryskorienterad och västlig polskorienterad del.

**SIDA har avsatt medel** för att katalysera en förändring för särskilt utsatta grupper i de forna Sovjetstaterna, däribland Ukraina. Syftet med detta projekt är tvådelat. Dels vill man underlätta integreringen av barn med särskilda behov som fullvärdiga och aktiva medborgare i samhället. Dels vill man arbeta preventivt genom att reducera det långsiktiga skadepanoramats genom tidig intervention i samband med förlösningen eller nyföddhetsperioden.

Som en del i detta åtagande har jag tillsammans med sjukgymnast, psykolog och pedagog under perioden 2002-2006 med jämna mellanrum i perioder arbetat parallellt med Ukrainska kollegor i millionstaden Dnipropetrovsk. Staden ligger centralt i landet vid floden Dnipro (Dnjepr), som skiljer Ukraina i en östlig, ryskorienterad och västlig, polskorienterad del. Denna dikotomi av landet kom tydligt till uttryck i samband med det senaste presidentvalet. Under Sovjettiden var Dnipropetrovsk en *stängd stad* till vilken det även för Ukrainare var svårt att få tillstånd att besöka, i huvudsak beroende på den stora militärindustriella verksamheten som var förlagd dit. Här tillverkades bärraketerna till de interkontinentala missilerna som under kalla kriget var målstyrda mot väst. Staden med omnejd är svårt förorenad av restprodukter från den verksamheten både vad gäller luft, mark och vatten.

Arbetet har bestått i direkt kliniskt patientarbete, handledning både i klinisk undersökning och samtalsmetodik, seminarier, patientdemonstrationer, undervisningsronder och föreläsningar. Vi har arbetat både på sjukhus, habiliteringscentraler, polikliniker och barnhem. Vi har strävat efter att arbeta med barnen som ett team på samma sätt som vi skulle ha gjort i Sverige. Den ukrainska sjukvården är av tradition strängt hierarkisk och paternalistisk varför detta sätt att arbeta, med aktiv dialog, behovsinventering och upprättandet av habiliteringsplaner tillsammans med föräldrarna initialt väckte en viss förundran för att inte säga misstro.

“I den kommunistiska ideologin härskade synsättet att människan antingen var frisk, rosenkindad och produktiv och deltog i samhällsbyggnaden, eller så var hon defekt”

## UTBLICK

**Vissa skillnader i synsätt** på patienter och på behandling blev tidigt uppenbara.

I Ukraina har man ringa tilltro till föräldrarnas förmåga att se barnens behov och att kunna sköta den dagliga träningen för hemmavarande barn. Barn med funktionshinder läggs istället in på sjukhus flera gånger om året i perioder om två till tre veckor för behandling, vilket sker i form av massage och stimulering med svagström över kontraherade muskelgrupper. I tillägg till detta ges injektioner av preparat som anses förbättra genombloodningen och bidra till cellnybildning i hjärnan. Till mina ukrainska kollegors oförstådda häpnad förklarade jag att denna inhemska farmakopé, som i huvudsak bestod av derivat av piracetam (*Nootropil®*, *Encephabol®*), inte används på den indikationen i Sverige. Man beklagade djupt att vi inte insett vilka fantastiska resultat man kan uppnå med dessa preparat. Någon vetenskaplig dokumentation kunde man dock inte visa. Denna behandling fortsätter i hemmet i tablettform. Kostnaden för en månads förbrukning ligger i normalfallet på cirka 200 Hryvna, (450 SEK) vilket motsvarar en knapp månadslön för en industriarbetare. Vissa preparat kan köpas på Internet. Drabbade familjer föreföll ofta villiga till orimliga uppoffringar för att bekosta det som marknadsfördes som en bot för deras barn.

En grundläggande skillnad i synsätt på behandling är också att man i huvudsak ser patienten som en passiv mottagare av vårdinsatser. Man hyser dessutom stor tilltro till metoder och mediciner som inte har genomgått rimlig vetenskaplig evidensprövning. Detta kan ha sin grund i den vetenskapliga traditionen i det forna Sovjet. Att förutsättningslöst pröva olika hypoteser var inte den vetenskapliga metoden. I stället förlitade man sig på riktlinjer som påbjöds av inhemska auktoriteter. Detta kom tydligt till uttryck då vi hade olika uppfattningar om diagnoser. I vissa fall kunde vi vara helt oense om diagnos. Även om man kunde hålla med om att symtomen inte stämde med vad läroboken angav hade man svårt att släppa primär diagnosen. Argumentet för detta visade sig då ofta vara att en professor från Kiev hade ställt den vid ett tidigare konsultbesök. Sådana auktoriteter ifrågasätter man inte ostraffat.



Undervisningsrund för läkarstuderande på Barnsjukhus nummer 5.

Det fanns enligt mitt förmenande en klar tendens till hyperdiagnostik. Barn som för mig tedde sig tämligen normala kunde ibland ha eller få de mest oväntade diagnoser. Även i samband med vanliga BB-undersökningar kunde jag märka en tendens att tolka minsta variation i tonus eller spontanaktivitet, som i mitt tycke var en normal fysiologisk variation, som patologi. Detta kunde leda till förskrivning av behandling eller medicinering, som vad jag förstår var verkningslös, men som kanske (?) inte skadade barnet, som efterhand naturligt nog utvecklade sig normalt. Behandlingen tillskrevs följaktligen en botande effekt och renderade den behandlande läkaren stor tacksamhet.

Efter en tid förstod jag att en del definierade diagnoser innebar vissa fördelar vad gällde en ytterst blygsam ekonomisk ersättning, motsvarande vårt vårdnadsbidrag, och förtur till viss behandling eller skolplacering. Cerebral pares är en sådan diagnos, medan mental retardation inte är det. Det kan således ur ekonomisk synpunkt vara mer fördelaktigt att få diagnosen cerebral pares än mental retardation. Följaktligen kan vissa diagnoser bli mer eftertraktade (sic) av föräldrarna och en viss obskyr marknad för att få dessa blev efterhand uppenbar.

Mutor och bestickning är en naturlig och utbredd företeelse i det ukrainska samhället idag och sjukvården utgör därvidlag sannolikt ingen fredad zon. Sjukhusvård är per definition gratis, men vill man ha rena lakan i sängen, mediciner eller vissa undersökningar eller provtagningar får man räkna med att det kostar. Hur betalningen gick till blev för mig inte helt uppenbart, men jag misstänker att kuvert av varierande tjocklek understundom bytte ägare. Man kan således som läkare lätt frestas att handla och prioritera mot bakgrund av personliga ekonomiska intressen, snarare än vad som är medicinsk motiverat, vad gäller förslag till behandling eller prioritering av utredningar och undersökningar. Detta kan givetvis inte försvaras, men blir mer förstående om man tar i beaktande att månadslönen för en barnläkare i Dnipropetrovsk ligger mellan 250 - 300 Hryvna (cirka 550 SEK). Barnläkare ligger lägst på löneskalan, och tillhör den specialitet som idag attraherar minst antal nytexaminerade läkare. Områden som plastikkirurgi, narkos, förlossning och kirurgi lockar desto fler. Orsaken till detta sades rent ut vara att det finns betydligt bättre möjligheter till extra inkomster inom dessa specialiteter. Det finns därför desto större anledning att högakta våra kollegor i Ukraina som förhoppningsvis valt specialiteten utifrån professionella och inte ekonomiska hänsyn. Med de begränsade resurser och med den bristfälliga kunskap man har gör man i de flesta fall säkert så gott man kan utifrån kulturell tradition och eget samvete.

## UTBLICK



*På nyföddhetsavdelningarna ligger barnen lindade och på rygg. Besöksstider för mödrarna var inte vad man skulle kalla generösa.*

**Min uppfattning är** att vi faktiskt har tillfört ny kunskap framför allt i form av kritiskt tänkande och ifrågasättande. Det viktigaste är dock att vi tydligt och konsekvent demonstrerat ett patientcentrerat förhållningssätt både vad gäller samtalsmetodik, utredning och behandling. Dessutom har vi demonstrerat vad man kan åstadkomma genom att stärka föräldrarnas tilltro till sin egen förmåga att se till sitt barns behov. Det kommer dock med all säkerhet att ta sin tid innan det gamla systemet har vädrats ut.

Man kan inte låta bli att imponeras över det ukrainska folket, som under historien har utstått ofattbara lidanden i olika former. Man har till exempel uppskattat att ungefär 20 miljoner människor svalt ihjäl mellan åren 1932-33, då *Sovjets kornbod* tömdes och järnvägsvagnarna med spannmål var destinerade mot Moskva. Utvandringen, framförallt av välutbildad arbetskraft, har eskalerat de senaste åren framför allt till Israel och Kanada. Trots alla svårigheter har ukrainarna lyckats behålla sin generositet, gästfrihet och optimism, något som vi ofta fick se exempel på.



*Carl Lindgren  
Barnläkare, Stockholm  
carl.lindgren@actapaediatria.se*

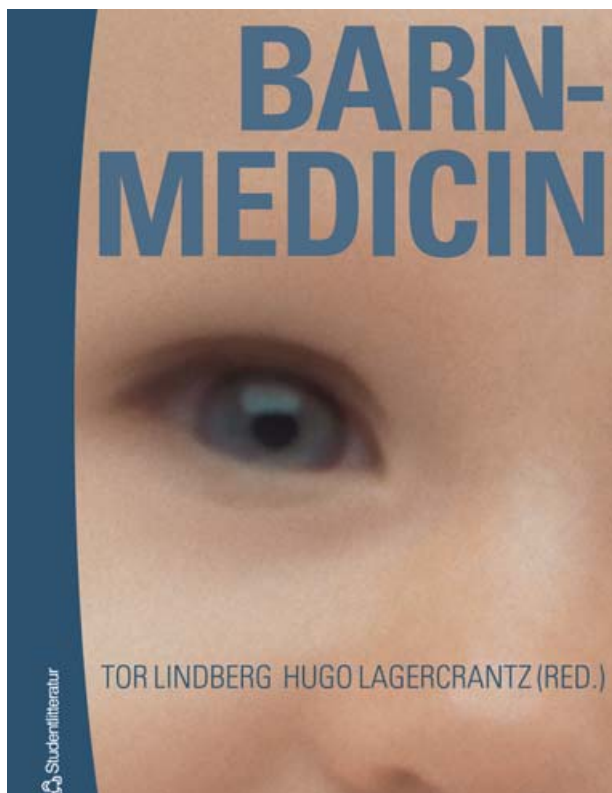
### SAMMANFATTNING

- Insatser för stöd till och behandling av barn med funktionshinder i Ukraina är vittförgrenade, svåröverskådliga och administreras av en rad olika myndigheter. Flödet in och ut ur olika delar av detta system och tillgång till olika resurser förefaller ske mer slumpmässigt än grundat på faktiska behov.
- Förekomsten (baserat på officiella nationella data) av barn med diagnostiserade förlossningsskador, missbildningar i centrala nervsystemet, fysiska och/eller kognitiva funktionshinder är avsevärt högre än förväntat. Detta kan vara ett uttryck för skillnader i diagnostiska kriterier, eller så representerar barnen i Dnipropetrovsk eventuellt till följd av miljöföroreningar eller påverkan från Tjernobylhaveriet (vilket ofta hävdades) en unik grupp barn.
- Det finns en tendens att isolerade symtom hos funktionshindrade barn, snarare än barnet sett i hela sin sociala och kulturella kontext är det primära intresseområdet för läkarna.
- Ett antal icke evidensbaserade behandlingsformer och farmakologiska preparat används både inom sjukhusen och inom öppenvården.
- Kostnaden för de läkemedel som förskrivs till barn med funktionshinder överskrider i många fall familjens totala inkomst.
- Ukraina genomgår för närvarande en smärtsam omställning från planekonomi till en liberal marknadsekonomi med sikte på medlemskap i EU. Stora rikedomar finns såväl mätt i ekonomiska termer som i humankapital. En politiskt rättvis fördelningspolitik av nationens tillgångar är en viktig faktor för en bättre folkhälsa i synnerhet för den kommande generationen

**"Barnläkare ligger lägst på löneskalan,  
och tillhör den specialitet som idag attraherar  
minst antal nytexaminerade läkare."**

## RECESSIONER

## Klassisk lärobok för många målgrupper



*"Under de veckor jag haft boken tillgänglig, har jag försökt att se om den svarat på de frågor som uppkommit på min barnvårdscentral, och den har fyllt sin uppgift väl.", skriver Bernt Alm om den tredje, nyutkomna, upplagan av "Barnmedicin", red Tor Lindberg och Hugo Lagercrantz. Boken som ges ut på Studentlitteratur är uppdaterad och kompletterad med fem nya kapitel: Barn och smärta, Barn och sömn, Att lämna svåra besked, Öronsjukdomar hos barn och Ögonsjukdomar hos barn.*

Lindbergs och Lagercrantz snart klassiska lärobok i pediatrik från 1999 har nu kommit ut med sin tredje upplaga. För varje dag som går växer och förändras pediatriken, och läroböckerna måste följa med. Har man då ambitionen att boken skall innehålla aktuella behandlingsöversikter och vara ett praktiskt stöd i arbetet, vilket förefaller vara fallet, följer med nödvändighet att vissa avsnitt ganska snart blir obsoleta.

Hur mycket av detta praktiska stöd som förmedlas, skiftar dock, sannolikt beroende på det stora antalet författare. Som exempel kan tas leukemibehandling och akut diabetesbehandling, där den förra är minutiöst detaljerad och den senare mer översiktlig. Trots dessa smärre inkonsekvenser, tror jag nog ändå att boken balanserar väl på den knivsegg som dess skiftande målgrupp utgör.

Det är förstås inte lätt att ställa samman en bok som skall användas på barnvårdscentraler, vårdcentraler, barnmedi-

cinska mottagningar och barnkliniker samt vara en kunskapskälla för blivande barnsjuksköterskor, allmänläkare och barnläkare under utbildning. Risken är naturligtvis stor att det blir en lärobok av traditionellt snitt – organspecifik indelning och med tyngdpunkt på slutenvårdsperspektivet. Detta har redaktionen avstått från. Redan tidigare upplagor har haft hälsovårdsperspektivet, och med de nya avsnitt som förts in har denna syn på barnmedicinen stärkts, vilket gör att boken blir mer användbar för fler målgrupper.

Under de veckor jag haft boken tillgänglig, har jag försökt att se om den svarat på de frågor som uppkommit på min barnvårdscentral, och den har fyllt sin uppgift väl. Dock kunde jag inte någonstans hitta en översikt över skallproblem. Efter idogt letande hittade jag till slut några meningar i barnhälsovårdskapitlet, och ett kort stycke i neonatologikapitlet, men registret gav ingen hjälp. Detta har varit en brist hos tidigare upplagor, och det förefaller som om det återstår en del att göra här. Jag hittade inte heller Fogs test, såriga bröstvårtor eller bröstvårtor – det senare fanns dock under amning.

De nya avsnitten som tillkommit är barn och smärta, barn och sömn, att lämna svåra besked, öronsjukdomar hos barn och ögonsjukdomar hos barn. Sömnkapitlet är efterlängtat, eftersom detta ämne ofta är styvmoderligt behandlat i pediatrikböcker, och detsamma gäller kapitlet som egentligen inte skulle kunna skrivas, kapitlet om hur man lämnar svåra besked. Nu är det inte bara gjort, utan det är också mycket väl gjort. Fast egentligen borde väl även lätta besked lämnas på detta sätt. Ögon- och ÖNH-sjukdomar hos barn är bra som översikter, men man skulle nog önska att författarna fick lite mer plats.

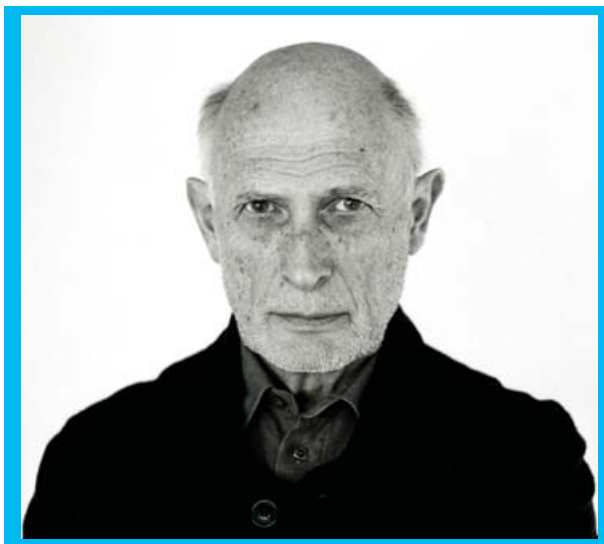
Sammanfattningsvis kan man nog säga att alla ovan uppräknade målgrupper kan glädjas åt denna nya upplaga. Nyttan och glädjen blir inte mindre av att man dessutom får tillgång till webbplatsen GrowingPeople. Vi som läst den "fornnordiska" läroboken önskar inte tillbaka den, men kan samtidigt glädjas åt att allt inte är nytt – Tanners originalbilder från 1962 finns kvar.



Bernt Alm, barnläkare, Göteborg

## RECESSIONER

# Suverän iakttagare av sjukhus- och forskarvärlden



PC Jersild gav 2006 ut Medicinska memoarer på Albert Bonniers Förlag.

Foto: Ulla Montan

Många kolleger i min generation, särskilt de som studerat vid Karolinska Institutet känner igen sig när de läser P C Jersilds Medicinska memoarer. Man erinras om alla bra och dåliga föreläsare man genomlidit och påminns om obehagliga tentamina, festerna på Medicinska Föreningen och Mollan en dam med skinn på näsan som försökte hålla någorlunda ordning på de stökiga medicinarna vid skutten.

PC Jersild började läsa medicin år 1955 och var alltså färdig läkare under de mest stormiga åren då kåren försökte lägga ner MFT (Medicinska Föreningarnas Tidskrift). Men han är ändå typisk för många läkare födda under 1940- och 50-talen. Han drogs till psykiatri och socialmedicin, men när det kom till Freud och självanalys backade han ur. Han räknade sig till vänstern, men kunde inte acceptera marxistisk vetenskap. Han var emot kärnkraft och genteknik. Åtminstone när det gäller det

senare har han sedan blivit omvänd och menar idag att genteknik kan vara av stort värde. I stort sett är han alltså politisk korrekt, men han engagerar sig inte helhjärtat i alla de rörelser som uppkommer. Han ändrar åsikter och är mottaglig för argument, vilket jag måste säga är mycket sympatiskt. Framförallt är han en suverän iakttagare av både forskarvärlden vid KI (Djurdoktorn) och sjukhusvärlden (Babels hus).

**Under de senaste** decennierna har PC Jersild blivit en alltmer officiell person som ledamot i Statens Medicinets Råd, Karolinska Institutets styrelse, Socialstyrelsen, Kungliga Vetenskapsakademien med mera. Han frågar sig om han sitter med som gisslan och om han verkligen gör någon nytta. Det kan jag inte avgöra, men däremot ger han mycket intressanta inblickar i det officiella livet i vårt land.

Boken bränner särskilt till när han tar upp eutanasi frågan. Han redogör för sina studiebesök i Holland och Oregon, USA, där man kommit längre i en human syn på döendet. Han berättar om en gammal kurskamrat med ALS, som han följde till slutet. Denne föreslår införandet av dehabilitering i stället för rehabilitering, det vill säga förberedelse till döden när prognosen är alltför dålig. Jersild är upprörd över det svaga intresset för etiska frågor i Sverige i allmänhet och vid Karolinska Institutet i synnerhet. Delvis tack vare honom finns nu ett Centrum för bioetik i samarbete med Uppsala Universitet. Så vitt jag kan se verkar det idag bara fungera i Uppsala.

På sista sidan beklagar han sig över att han har svårt att leverera ett snyggt slut. En moralism, ett budskap eller åtminstone en minnesvärd sentens. Nej slutet rinner ut i sanden med ett Amen. Det är de nästan 400 sidorna vägen dit, som fascinerar läsaren.

*Hugo Lagercrantz, barnläkare, Astrid Lindgrens Barnsjukhus, Solna*

## AVHANDLINGEN

# Infektioner hos små barn och deras familjer – symtom, konsultationer och antibiotika

**Förskrivningen av antibiotika varierar kraftigt olika kommuner emellan. Skillnaderna kan inte förklaras av socioekonomi, dagar med rapporterade infektionssymtom eller benägenhet att söka läkare. Skillnaden mellan olika doktorers förskrivning spelar däremot stor roll.**

**Katarina Hedin, distriktsläkare vid Vårdcentralen Ryd, inleder vår nya serie där läkare berättar om sina avhandlingar.**

Äldre studier visar att luftvägsinfektioner hos barn är vanligt. Någon aktuell svensk kartläggning av förekomsten av infektionssymtom hos barn, hur ofta man besöker läkare och hur ofta antibiotika ordineras finns inte. Det finns heller inga svenska studier som visar hur ofta infektionssymtom hos barn leder till att de stannar hemma från förskola eller skola och hur ofta föräldrarna använder ersättning från socialförsäkringen i samband med infektionssymtom i familjen.

Apoteksbolagets statistik visar sedan flera år att det finns stora geografiska skillnader i försäljning av antibiotika till barn när olika kommuner jämförs. Man vet inte om dessa skillnader beror på att barn är olika mycket sjuka, att de söker läkare i olika utsträckning eller att läkare förskriver antibiotika i olika omfattning.

Barn i förskola har mer infektioner, gör fler läkarbesök och använder mer antibiotika än barn som vistas hemma dagtid. Ingen har dock studerat om det är den ökade förekomsten av infektionssymtom som leder till fler läkarbesök och till högre antibiotikaförbrukning eller om detta kan förklaras av andra faktorer till exempel större benägenhet att söka läkare vid infektionssymtom.

Interventionsstudier där noggrann handtvätt har varit en del har visat att förekomsten av infektioner i förskolan kan minska. Ingen av dessa studier har fokuserat på att utbilda både personal och föräldrar med barn i förskolan om smitta och smittspridning.

## Dagboksstudie

Sju kommuner som sedan flera år haft antingen hög eller låg försäljning av antibiotika till barn mellan 0 och 6 år valdes ut. Alla familjer som kom med ett 18 månader gammalt barn till BVC erbjöds delta i en prospektiv populationsbaserad dagboksstudie. Familjerna inkluderades

konsekutivt från 1 oktober 2002 till 15 april 2003. Alla familjemedlemmar, noterade samtliga infektionssymtom och åtgärder i en dagbok.

Under en vintermånad hade 93 procent av de 18 månader gamla barnen drabbats av infektionsrelaterade symtom (snuva, hosta, halsont, ont i öronen, diarré, feber). Bland 18 månaders barn ledde 13 procent av infektionsepisoderna till ett läkarbesök och 6 procent till antibiotikabehandling. I 27 procent av dagar med symtom stannade barnen hemma från förskola, medan socialförsäkringen endast utnyttjades i 10 procent av dagarna med rapporterade symtom. Förvånade nog använder alltså föräldrarna socialförsäkringen i endast en tredjedel av alla dagar som 18 månader gamla barn behöver vara hemma.

Barnen från kommunerna med låg antibiotikaförskrivning hade lika mycket rapporterade infektionssymtom, och besökte läkare lika ofta, som barnen från kommuner med hög antibiotikaförskrivning. Oddsraten för att bli ordinerad antibiotika i en kommun med hög förskrivning var 2,67 (CI 95% 1,45–4,93) jämfört med en kommun med låg förskrivning. Om man tog hänsyn till bland annat skillnader i socioekonomi, oro för infektionssjukdom i familjen och rapporterade symtom mer än 7 dagar under en månad var skillnaderna fortfarande statistiskt signifikanta (OR 2,61; (CI 95% 1,14–5,98)). Utifrån de faktorer vi studerat är det alltså svårt att förklara skillnaderna mellan olika kommuner. Skillnaden mellan olika doktorer i förskrivning av antibiotika spelar däremot stor roll.

Barn i förskola hade signifikant fler infektionsepisoder än barn som vistades hemma (median 2 respektive 1 episod). Av barnen i förskola gjorde 23 procent ett läkarbesök jämfört med 11 procent av hemmabarnen (OR 2,49; (CI 95% 1,63–3,82)). För antibiotika var motsvarande siffra 11 procent respektive 5 procent. (OR 2,43; (CI 95% 1,34–4,41)). När vi tog hänsyn till bland annat skillnader i socioekonomi, oro för infektionssjukdom i familjen och mer än 7 dagar med rapporterade symtom under månaden var oddsraten för läkarbesök 1,51 (CI95% 0,92–2,47) och för förskrivning av antibiotika 1,48; (CI95% 0,72–3,02) inte längre signifikanta. Det tycks alltså vara den ökade förekomsten av infektionssymtom som är det främsta anledningen till att barn i förskola besöker läkare oftare och använder mer antibiotika än barn som är hemma

## AVHANDLINGEN

### Interventionsstudie

I en interventionsstudie på tre förskolor informerade vi personal och föräldrar om infektioner och smittspridning, om när barn bör vara hemma samt när läkarbesök och antibiotika kan vara aktuellt. Ytterligare tre förskolor utgjorde kontrollgrupp. Efter varje sjukdomsepisod hos barnen fyllde föräldrarna på alla förskolorna i en sjukfrånvarorapport, där sjukdomsorsaken och eventuell sjukvårdskontakt och antibiotikabehandling noterades.

På interventionsförskolorna var den totala sjukfrånvaron 6,6 procent jämfört med 6,8 procent på kontrollförskolorna. Barnen på interventionsförskolorna gjorde i genomsnitt 0,8 läkarebesök under niomånadersperioden och barnen på kontrollförskolorna gjorde 1,1 läkarbesök. Motsvarande siffra för antibiotikaförbrukning var 0,4 behandlingar/barn respektive 0,7 behandlingar/barn. För att titta på skillnader mellan grupperna användes multinivåanalys. Även om det i denna lilla studie inte fanns statistiska skillnader sågs ett tydligt mönster med färre infektionsepisoder, färre läkarebesök och mindre antibiotikaförskrivning i interventionsgruppen.

Det var alltså möjligt att inom ramen för den ordinarie förskoleverksamheten utbilda personal och föräldrar om

infektioner och smittspridning. Resultaten kan tala för att man skulle kunna minska frånvaron på grund av infektioner i förskolan, samt minska antalet läkarbesök och antibiotikabehandlingar.



*Katarina Hedin  
Distriktsläkare  
Vårdcentralen Ryd  
katarina.hedin@  
ltkronoberg.se*

Avhandlingen "Infections in small children and their families - symptoms, consultations and antibiotics" presenterades av Katarina Hedin vid avdelningen för kliniska vetenskaper i Malmö, sektionen för Allmänmedicin, Lunds Universitet. Presentationen ägde rum den 12 januari i år.

### Nationellt forskningsprojekt om hereditärt angioödem

Hereditärt angioödem (HAE) är en ovanlig sjukdom, som orsakas av en ärftlig rubbning, där C1-inhibitor (C1-esterashämmare) antingen saknas eller inte fungerar. Tillståndet kännetecknas av svullnader i hud och slemhinnor. Dessa misstolkas inte sällan som allergi. Svullnad i magtarmkanalen brukar leda till smärta och andra symptom från buken, medan svullnad i luftvägarna i värsta fall kan leda till andningshinder. Attackerna kan komma spontant eller framkallas av olika faktorer (t.ex. trauma, kirurgiska ingrepp, infektioner). Vissa har ringa besvär, medan andra har uttalade problem. Diagnosen fastställs med hjälp av blodprover (C1-inhibitor mängd/funktion, C4) och sjukdomen kan behandlas med läkemedel.

I år inleds ett nationellt svenskt forskningsprojekt om HAE med syfte att kartlägga hur många som är drabbade i Sverige, vilka symptom som dominerar, om sjukdomen är förenad med andra sjukdomar och vilken behandling som givits. Specialister från flera centra i Sverige deltar i projektet. Vi är intresserade av att komma i kontakt med barn och ungdomar som har sjukdomen, alltså hereditärt angioödem och fått denna diagnos fastställd av läkare. Om du sköter någon med denna diagnos - vänligen ta kontakt med mig för diskussion av inkluderandet i studien.

För projektgruppen  
Anders Lindfors, Anders.Lindfors@ki.se

## Napp orsakar sömnproblem

Kollegorna Alm, Wennergren och Lagercrantz har med forskning och upplysningsarbete bidragit till att kraftigt minska förekomsten av SIDS i vårt land. I årets första nummer av denna tidning diskuterar de några på senare tid påvisade kausalsamband, bland annat att napp visat sig ha en skyddande effekt.

Jag vill här bara kommentera deras slutsats att ”det förefaller rimligt att rekommendera napp när amningen väl etablerats”. Formuleringen utgör en skärpning av samma författares råd förra våren: ”När amningen är etablerad kan napp mycket väl användas när barnet skall sova” (1).

Det har förvånat mig att det enbart är nappens eventuella negativa effekt på amningen som tagits upp i den diskussion som de senaste åren förts i denna fråga. Att nappen är en vanlig orsak till sömnproblem för familjen nämns inte av författarna och inte heller i någon av alla andra artiklar som avhandlar napp i SIDS-sammanhang och som jag lyckats finna.

Orsaken till detta är sannolikt att nappen sällan eller aldrig anges som orsak till sömnproblem i vetenskapliga artiklar. Även jag får ta på mig skulden för detta, då inte heller jag skiljde på olika former av insomningshjälp i min redovisning av dalastudien i *Acta Paediatrica* (2). Napp är oftast kombinerad med annan hjälp vid insomnandet och en redovisning av olika insomningsrutiner blir lätt litet smårig. 42 av de 95 barn som var med i min studie hade napp vid insomnandet vilket framgår av en utförligare rapport om samma studie (3).

Att napp ofta leder till täta nattuppvaknanden beror på att barnet under perioder av yttlig sömn omedvetet noterar att nappen inte längre finns i munnen. Alla sinnesintryck som inte förelåg vid insomnandet har potential att starta en väckningsmekanism eftersom de tyder på att något inträffat under sömnperioden.

Om napp som orsak till täta uppvaknanden står också att läsa i de flesta böcker om sömnproblem, skrivna av läkare, men bra siffror på hur ofta detta sker finns inte. Jag har en hemsida om sömnproblem och får numera ofta mejl från föräldrar som undrar varför deras barn vaknar så ofta på natten fast barnet somnar ensamt i sängen. Orsaken är då oftast en napp och problemet löser sig när nappen tas bort på kvällen. Att det går lika lätt att lära barn somna utan napp som utan förälders närvaro dokumenterade jag i min studie (3).

Att jag tycker denna fråga bör tas med i diskussionen om napp och SIDS är för att sömnproblem under barnets första levnadsår i sin tur påverkar föräldra-barnsamspelet på dagarna och ibland leder till mammadepressioner (4). Om just tidiga mammadepressioner vet vi att en sådan kan påverka barnets framtida psykiska hälsa negativt (5). Kanske kan tidigt samspel med en deprimerad mamma rentav öka benägenheten för depressioner resten av livet

genom att träna upp de delar av barnets hjärna där depressiva känslor bearbetas (6).

Det brukar vara först när barn blivit fyra eller fem månader som täta nattuppvaknanden upplevs som problem för familjen. Det är alltså först då man kan tvingas väga för- och nackdelar med en napp mot varandra. Därför vore det av stort intresse att få veta hur mycket risken för SIDS ökar om man tar bort nappen hos ett fem månader gammalt barn till icke rökande förälder om barnet ligger på rygg i en säng utan tjockt täcke.

Li et al har försökt mäta nappens riskreduktion vid förekomst av olika riskfaktorer och den tycks vara större ju fler sådana faktorer som föreligger (7). Även om deras material var för litet för att säga något säkert, tycks ändå risken med att inte ha napp efter fyra månaders ålder vara mycket liten om inga andra riskfaktorer är för handen.

Den svenska ”trygghetsfällan” har i vår diskuterats i bägge stockholmstidningarna och jag tycker Socialstyrelsen gjort klokt i att inte ta upp nappen i sina uppdaterade råd till föräldrar angående SIDS. Att med hänvisning till minskad SIDS-risk rekommendera napp om ett barn utan riskfaktorer inte redan har det kan tänkas förstärka en oro som föräldra-barnsamspelet inte mår bra av.

Men frågan är svår, det medges. Våra kollegor avslutar också med att det nu kommer ställas ”högre krav på en individualiserad rådgivning och en hög känslighet för vad den aktuella familjen önskar”. Avsikten med detta inlägg är att bidra med mer fakta om nappens för- och nackdelar till denna rådgivning.

*Berndt Eckerberg, Barnläkare i Leksand*



*Berndt Eckerberg är verksam som skolläkare i Leksand och driver hemsidan [www.eckerberg.se](http://www.eckerberg.se) som tar upp sömnproblem.*

## DEBATT

## Referenser:

1. Alm B, Lagercrantz H, Wennergren G: Nya rön om plötslig spädbarnsdöd. *Läkartidningen*. 2006; 103: 528–529.
2. Eckerberg B: Treatment of sleep problems in families with small children: is written information enough?. *Acta Pædiatr*. 2002; 91: 952–959.
3. Eckerberg B: Att lära små barn sova. Utvärdering av en metod. Arbetsrapport 1999, Dalarnas landsting.
4. Eckerberg B: Treatment of sleep problems in families with young children: Effects of treatment on family well-being. *Acta Pædiatr*. 2004; 93: 126–134.
5. Beardslee W, Versage E, Gladstone T: Children of Affectively Ill Parents: A Review of the Past 10 Years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1998; 37: 1134–1141.
6. Dawson G et al: Infants of Depressed Mothers Exhibit Atypical Frontal Brain Activity: A Replication and Extension of Previous Findings. *J Child Psychol Psychiatr*. 1997; 38: 179–186.
7. Li DK et al: Use of a dummy (pacifier) during sleep and risk of sudden infant death syndrome (SIDS): population based case-control study. *BMJ*. 2006; 332: 18–21.

## “Sömnproblem inte så frekventa under första halvåret”

Vi tackar Berndt Eckerberg för inlägget om de nya SIDS-råden. Tidigare har diskussionen främst rört sig om nappens inverkan på amningen, men genom att Berndt Eckerberg har lång erfarenhet av sömnproblem hos barn, kommer nya synpunkter fram.

Under 2006 var undertecknade engagerade i utformandet av de nya råden för att undvika plötslig spädbarnsdöd. Det var en grannliga uppgift att formulera råd som balanserade nappens eventuella negativa effekter på amning mot dess möjliga skyddande effekt mot plötslig spädbarnsdöd. Många formuleringar har vägts och bedömts innan vi slutligen bestämde oss för dem som nu finns i Socialstyrelsens broschyr, det vill säga: ”Flera undersökningar har rapporterat att napp när barnet ska sova minskar risken för plötslig spädbarnsdöd. Oro för att amningen kan störas och tandställningen påverkas har gjort att man förr oftast avrått från napp. Nya undersökningar tonar ner dessa farhågor. När amningen är

etablerad, kan napp därför användas när barnet ska sova”.

Beroende på vem som håller i den aktuella pennan, kan dock formuleringar få lite olika nyanser men ändå anses stämma med faktaunderlaget.

Emellertid tror vi att konflikten inte behöver vara så stor. Vi kan inte svara direkt på Berndt Eckerbergs fråga om risker, men vi vet från till exempel NORDSIDS-studien att 85 procent av SIDS-fallen har inträffat före sex månaders ålder. Om napp interfererar med sömn, så är det vår erfarenhet att sömnproblemen inte är så frekventa under första halvåret, utan kommer under det andra och tredje. Detta innebär att i de åldersgrupper där sömnen börjar bli ett bekymmer, är risken för SIDS i stort sett över.

*Bernt Alm  
Hugo Lagercrantz  
Göran Wennergren*

## KALENDARIUM

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

### SEPTEMBER 2007

20-22/9 XXXVII Nordic Meeting in Pediatric Cardiology. Stockholm/Läkarsällskapet, Info: [www.karolinska.se/pedcard](http://www.karolinska.se/pedcard)

### OKTOBER 2007

6-8/10 48th ESPR. Prag, [www.kenes.com/Paediatric-Research/](http://www.kenes.com/Paediatric-Research/)

### MAJ 2007

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

## Nästa nummer

utkommer den 27 juli. Då rapporterar vi från Barnveckan i Linköping. Numret kommer att finnas tillgängligt på BLF:s webbplats tidigare. Manusstopp är den 1 juni. Manusstopp för nummer fem är den 2 augusti. Varmt välkommen att medverka i tidningen! Glöm inte att skriva under din artikel med namn, titel och arbetsplats (till exempel Anders Andersson, Barnläkare, Malmö).



Sydsvenska Pediatriska Föreningen  
Styrelsen

2007-04-10

## INBJUDAN

### Vårmöte i Ystad

### Fredagen 1/6 2007

Bäste medlem!



Tiden går fort! Nu är det åter dags för Sydsvenska Pediatriska Föreningens Medlemsmöte, denna gång i sommarsköna Ystad, där Barnkliniken i Ystad hälsar oss välkomna till Ystads Saltsjöbad.

#### Program:

9.30	Kaffe	
10.00	Idrottsmedicinska aspekter vid träning av barn	Sven-Anders Sölveborn, Ylas
10.45	Förgiftningar	Sven Wiklund, Ylas
11.30	Bensträckare	
11.40	ETICS-studie, celiaci hos 12-åringar	Lotta Webb, USiL
12.00	Förlossningskomplikationer i malariaområden	Ulrika Uddenfeldt, USiL
12.20	Kostinformation	Sara-Lena Stränge, Mead Johnsson
12.30	Lunch	
13.30	Årsmöte	
14.00	Screening för typ 1 diabetes	Helena Larsson, UMAS
14.45	Kaffe	
15.00-16.00	Ystad by mini-train	

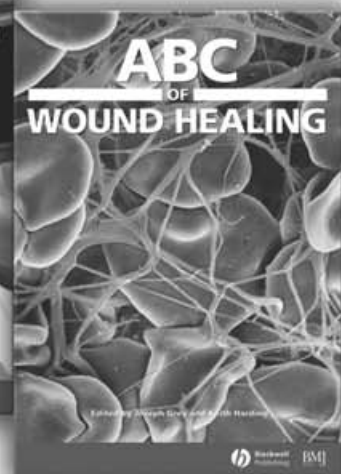
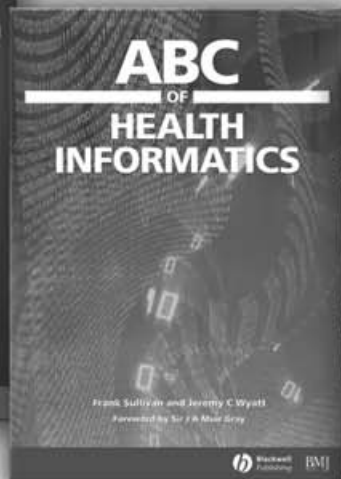
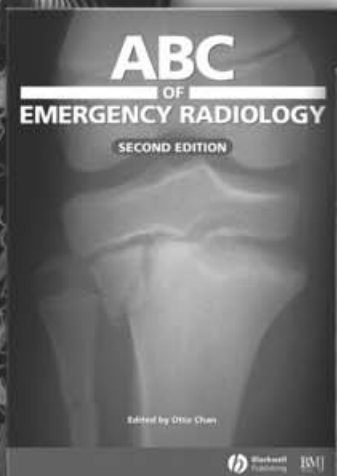
Anmälan senast 21/5, till Barnklinikens sekreterare på telefon 0411-995172.  
Önskemål om specialkost lämnas vid anmälan. Ingen deltagaravgift!

Föreningen utlyser stipendium/-ier på totalt 10.000 kronor för studiebesök, kongressresa etc. Ansökan till [martin.jagervall@ltkronoberg.se](mailto:martin.jagervall@ltkronoberg.se) före 070511.

Hälsningar från Styrelsen  
genom Martin Jägervall, ordförande

# ABC SERIES

- More than 40 titles supplying quick and dependable answers to your most common questions on a range of topics in all the major specialties
- Each title reflects the high standards of the BMJ, which peer reviews and serialises the articles before being published in this great series of books
- A consistent format keeps the books easy to use, with pages laid out in two columns and a heavily illustrated 'slide show' accompanying the text
- Key features such as photographs, graphs and diagnostic images help pull out the fundamental points



 **Blackwell  
Publishing**  
Partnerships in learning, research  
and professional practice

For further information on the whole of  
the ABC series, please visit

[www.bmjbooks.com](http://www.bmjbooks.com)

**BMJ**  
Books

[www.bmjbooks.com](http://www.bmjbooks.com)

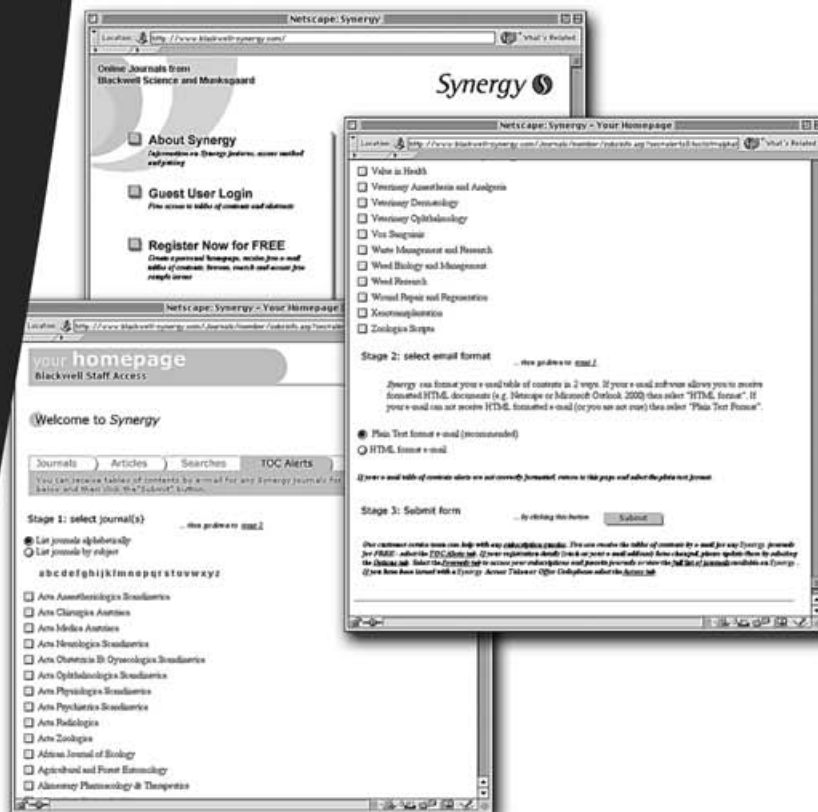
Be the first to know that a new issue of your favourite journal has published!

**Blackwell  
Synergy** 

## E-mail Table of Contents Alerts

Blackwell Synergy can send you e-mail alerts when each new issue of your favourite journal is published.

The TOC Alert e-mail messages contain the full contents listing for the latest issue, with links direct to the articles online in Blackwell Synergy.



Go to **www.blackwell-synergy.com** now and follow these 3 easy steps:

1. Register with *Blackwell Synergy* if you have not already done so – this is **FREE**
2. On Your Homepage, click the blue tab that says "TOC Alerts"
3. Check the box alongside the journal (or journals – you can receive as many as you like!) of your choice, choose the format for your e-mail messages and submit the form.

**Sign up for TOC Alerts now – and make sure you never miss a useful article!**



Blackwell  
Publishing

**www.blackwell-synergy.com**

# GE LEENDET ÅTER TILL BARN MED MJÖLKALLERGI

## UTAN

Extensivt hydrolyserat kasein



Kliniskt väldokumenterad  
Näringsmässigt komplett

## MED



Viktigt: Bröstmjolk är spädbarnets bästa föda. Om amningen avbryts kan det vara svårt att börja igen och tillägg av ersättning kan minska tillgången på bröstmjolk. Man bör tänka igenom amningens fördelar innan ersättning introduceras. Det är mycket viktigt att följa tillredningsinstruktionerna. Felaktig hantering kan påverka spädbarnets hälsa. Föräldrar skall alltid informeras av vårdpersonal. Nutramigen skall användas på inrådan av läkare eller dietist.

## Nutramigen. Vetenskap för barnens bästa

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

