

ISSN 1651-0534

Nr.5/2007

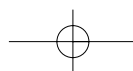
Barnläkaren



SVENSKA BARNLÄKARFÖRENINGEN
SWEDISH PAEDIATRIC SOCIETY



Blackwell
Publishing





Synagis

– ett skydd mot RS-virus



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

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

SWE/958/12.2006

Indikationer:

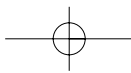
Prevention av allvarliga sjukhuskrävande nedre luftvägsinfektioner orsakade av respiratoriskt syncytialvirus (RSV) hos barn som har ökad risk för RSV-sjukdom:

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

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



Abbott Scandinavia AB, Box 509, 169 29 Solna
Tel: 08-546 567 00, fax: 08-546 569 00, www.abbott.se



Innehåll

Barnläkaren

Tidningen Barnläkaren utkommer med sex nummer årligen och är Svenska Barnläkarföreningens 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

Litteraturredaktör

Carl Lindgren
carl.lindgren@actapaediatrica.se

Manuskript insändes

per mail till:

Samuel Lagercrantz
samuellagercrantz@hotmail.com

Bokrecensioner insändes per mail till:

Carl Lindgren
carl.lindgren@actapaediatrica.se

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

5

REDAKTÖRENS RUTA

6

AKTUELLT

Oskar Medin-pristagare utsedda

7

JÄMSTÄLLDHET

Föräldragrupper når inte pappor

8

BARNMEDICIN

Vården kommer närmre patienterna i Västerås

11

TEMA: VACCIN

Vaccinspecial

14

Enkät

16

SJUKHUSHISTORIA

Så fick Astrid Lindgrens barnsjukhus sitt namn

17

MEDICINHISTORIA

Spädbarnsdöd i Södermanland under tidigt 1700-tal

20

INTERVJU

Barnläkaren som bestämmer på Karolinska

23

UTBLICK

Kunskapsutbyte med Dartmouth Medical School i New England

25

RECENSIONER

Så tänker vi läkare

28

Global hälsa, ett nytt kunskapsområde

29

Om konsten att överlista bakterier

30

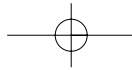
DEBATT

Granska tillsatsämnen i läkemedel för barn

31

KALENDARIUM

32



Make the most of your research time

Access your journal online

visit www.blackwell-synergy.com

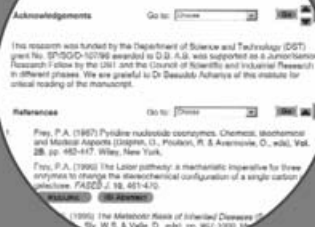
With *Blackwell Synergy* you can...

- **Keep up to date:** latest tables of contents emailed to you.
- **Save time:** search the articles, save these searches and be alerted when new material is published in your area.
- **Widen your reading:** access to over 670 free sample issues of journals.

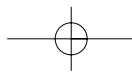


An online subscription gives you access to:

- Crossref, author and keyword links including MEDLINE and ISI, plus forward links to articles that cite this article.
- Available online back issues.



improving the quality of your research time www.blackwell-synergy.com

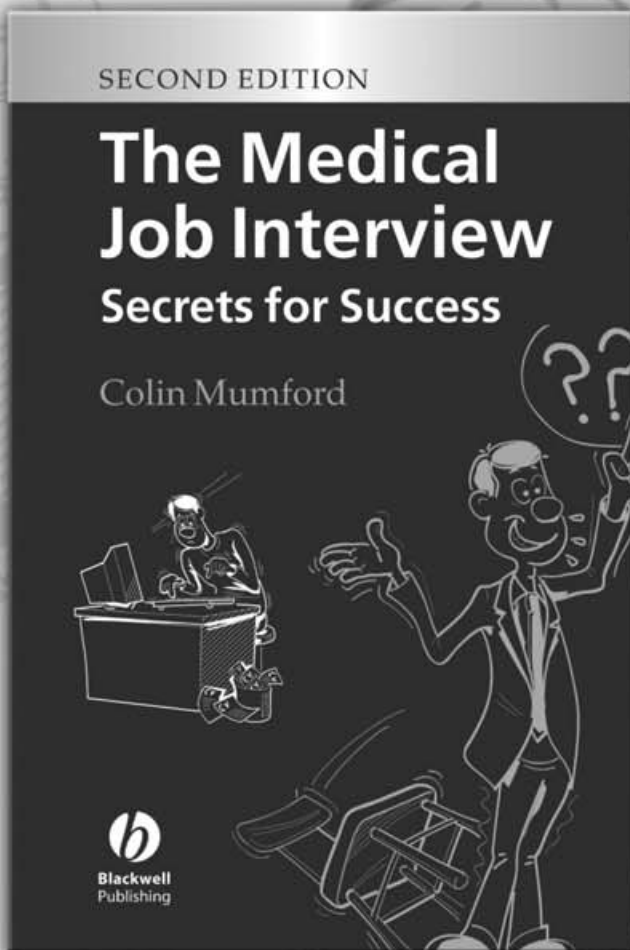


New Edition

The Medical Job Interview

Secrets for Success

By Colin Mumford



- Specifically written for busy junior doctors
- Hints on gaining that competitive edge in a medical interview to nail the right job
- Explains how to prepare the best CV and what you should do to help get shortlisted
- Provides the best advice on how to handle interviews, good techniques and negotiating the best terms

ISBN: 1405121858
 Paperback
 May 2005



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

For more information, contents list, or to order online, go to: www.blackwellpublishing.com/1405121858

Or order by phone:

US: (800)-216-2522

Rest of World: +44 (0) 1235 465500

www.blackwellmedicine.com

www.blackwellmedicine.com

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.¹

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



www.movicol.se

löser · mjukar upp · fuktar · stimulerar

Kan vi påverka?

KÄRA KOLLEGOR!

Kan BLF påverka samhällets resurstilldelning till vård för barn och ungdom? Ja, jag tror att vi trots allt kan det. Anledningen till min försiktiga optimism är följande. Tillsammans med företrädare för allmänläkarna, barnpsykiatrikerna och skolläkarna uppvaktade BLF tidigt i våras socialminister Göran Hägglund. Syftet med uppvaktningen var att få en ökad satsning på att förebygga och behandla psykisk ohälsa hos barn och ungdomar. Mötet på departementet kändes mycket positivt och det tycktes som att vi fick gott gehör för våra argument. Samtidigt var jag luttrad efter magra, för att inte säga obefintliga, resultat av tidigare ministeruppvaktningar.

Men i mitten av juni kom besked från Göran Hägglund om 500 nya miljoner till psykiatri under år 2007. I den satsningen är barn- och ungdomspsykiatri vinnaren. Nästan hälften av extrapengarna ska gå till att öka tillgängligheten till vård för barn och unga. Kanske hade satsningen kommit även utan vår uppvaktning. Men kanske påverkade vår argumentation ministern och hans medarbetare när de under våren gjorde sin prioritering av hur pengarna skulle fördelas. Jag vill gärna tro det. Och visst är utfallet uppmuntrande.

I en intervju i nr 28-29 i Läkartidningen talar den finlandssvenska författaren och litteraturprofessorn Merete Mazzarella om vårt behov av reflektion. Själv skriver jag dessa rader i en solig trädgård i Göteborg. Området är semestertyst. Sommar och semestertid brukar vara just den period på året som ger tid för reflektion. Mazzarella menar att alla med ett stressigt liv, och dit hör ju inte minst läkarkåren, behöver ett "inre rum" dit man kan gå för att reflektera och hämta näring. Hon framhåller att skönlitteratur kan skapa ett sådant rum liksom bildkonst och musik. Hon tror att vi läkare är en yrkesgrupp som har ett särskilt behov av utrymme för reflektion.

Visst har Merete Mazzarella rätt i att vi behöver tid för reflektion. Och visst behöver vi läsa annat än bara facklitteratur och vetenskap. Vår litteraturredaktör Carl Lindgren lyfte fram detta i förra numret av Barnläkaren. Vi blir kanske inte bättre människor av att läsa skönlitteratur, det tycker sig Mazzarella veta från sina erfarenheter av akademiska litteraturvetarkollegor. Men skönlitteratur breddar våra perspektiv och läsandet kan ge det inre rum

som vi behöver och ge oss tid för reflektion och själslig vila. Dessutom är det faktiskt väldigt roligt att läsa. Dessa insikter ska vi försöka ta med oss även när semestern är slut för den här gången. Tid för reflektion behövs också när vardagens uppgifter fyller all vår tid och olika "dead-lines" hetsar oss. Kanske är det då den behövs som allra mest.

Hjärtliga hälsningar
Göran Wennergren



Göran Wennergren
Ordförande i Svenska Barnläkarföreningen

Redaktörens ruta



Diskussionerna om vilka nya vacciner som ska införas i det allmänna vaccinationsprogrammet har gått heta i år. Särskilt omtalade är Wyeths pneumokockvaccin, Prevenar, och Sanofi Pasteur MSD:s vaccin, Gardasil, mot stammar av humant papillomvirus som orsakar livmoderhalscancer.

Många läkare välkomnar dessa vacciner. Dessutom har Smittskyddsinstitutet uttalat sig positivt om Prevenar och myndigheten Läkemedelsförmånsnämnden har inkluderat Gardasil i förmånssystemet. Mycket talar alltså för dessa två läkemedels nytta.

Samtidigt är preparaten dyra. Tre doser av pneumokockvaccinet kostar lika mycket som hela det svenska vaccinprogrammet kostar per barn. Och Gardasil är ännu dyrare, vilket gör att Socialstyrelsen förmodligen kommer att tänka sig för extra noggrant innan de utfärdar de rekommendationer som väntas under hösten.

Wyeth och Sanofi Pasteur MSD är inte ensamma om att vilja få in sina preparat i det allmänna vaccinationsprogrammet. De senaste åren har flera nya vacciner introducerats och ännu fler är på väg.

Kring annan förebyggande medicinering, som till exempel blodtryckssänkande läkemedel, är debatten ofta stormig. Bör man riskera att utsätta en person för biverkningar för att förebygga en sjukdom som man inte vet om den kommer att drabba personen? Den frågan är naturligtvis relevant även för vacciner. Många vacciner har

historiskt sett gjort stor nytta och fyller än idag en viktig funktion, men frågan nu är vilka av de nya vaccinerna som bör prioriteras.

För att fokusera på området innehåller det här numret en vaccinspecial och Barnläkarenkäten handlar om vacciner.

I november är det hundra år sedan Astrid Lindgren föddes i Vimmerby i Småland. Barnläkaren hyllar Sveriges mest älskade barnboksförfattare genom att publicera en artikel om hur Astrid Lindgrens barnsjukhus fick sitt namn.

I det här numret kan du också läsa om hur föräldrar på 1700-talet dömdes för att ha "legat ihjäl" sina barn, när det med största sannolikhet var fråga om plötslig spädbarnsdöd. Ragnar Jonsell har grävt i tre sekel gamla dokument och presenterar nu i Barnläkaren aldrig tidigare publicerat eller föredraget material.

Läs också om patientnära vård i Västerås, om hur papper blir bemötta på BVC, debattartikeln om den bristfälliga kontrollen av tillsatssämnen i läkemedel och de andra artiklarna som utgör det första höstnumret av Barnläkaren.

Väl mött!

Samuel Lagercrantz

AKTUELLT

Oskar Medin-pristagare utsedda

Docent Tobias Allander och docent Margareta Eriksson, Karolinska Universitetssjukhuset och Karolinska Institutet, har av Svenska Läkaresällskapet utsetts till mottagare av Oskar Medins pris år 2007.

De båda tilldelas det prestigefyllda priset för sina insatser vid upptäckten år 2005 av ett nytt luftvägsvirus, humant bocavirus. Humant bocavirus är ett parvovirus som ger nedre luftvägsinfektion med andningsbesvär och symtom av obstruktiv bronkit/astma hos spädbarn och småbarn.

Tobias Allander var huvudansvarig för detekteringen av det nya viruset. Margareta Eriksson bidrog genom noggrant och framsynt insamlat provmaterial till att viruset kunde knytas till sjukdomsbilden med obstruktiva luftrörsbesvär hos barn. Margareta har under många år gjort en hängiven insats inom pediatrik infektionsmedicin.

Den som vill läsa originalartikeln kan göra det i: Allander T, Tammi MT, Eriksson M, Bjerkner A, Tiveljung-Lindell A, Andersson B. Cloning of a human parvovirus by molecular screening of respiratory tract samples. Proc Natl Acad Sci U S A. 2005; 102: 12891-6.

Oskar Medins forskningsfond instiftades år 1945 av professor Oskar Medins änka, Gerda Medin, född Abramson. Fonden överlämnades till Svenska Läkaresällskapet år 1952. Fondens ändamål är att "med pris belöna värdefulla, av inländska ledamöter av Svenska Läkaresällskapet författade arbeten i pediatrik".

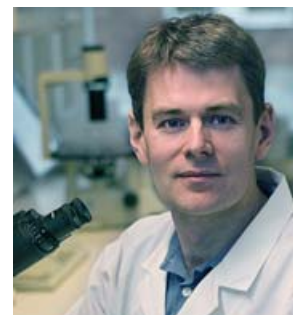
Oskar Medins pris delas ut vart fjärde år. Prissumman är 30.000 kronor. Bland tidigare pristagare kan nämnas Ove Broberger, Lars Åke Hanson, Lars Holmberg, Bengt Hagberg, Anita Aperia, Hans Forsberg, Ingemar Kjellmer och Gunnar Sedin.

Göran Wennergren



Margareta Eriksson vid Karolinska Universitetssjukhuset är den ena av årets mottagare av Oskar Medins pris.

Foto: Linus Olsson



Den andre pristagaren är Tobias Allander vid Karolinska Institutet.

Foto: Harald Marx

Mannen bakom priset

Oskar Medin (1847–1927) var från Dylta bruk i norra Närke och blev medicine licentiat vid Karolinska institutet 1876, medicine doktor i Uppsala 1880 och docent i pediatrik vid Karolinska institutet 1882. Medin var professor i pediatrik vid Karolinska institutet 1883–1912 och överläkare vid Allmänna Barnhuset, senare Norrulls sjukhus, 1884–1912.

Medin är än idag känd för sina grundläggande studier av barnförlamning, poliomyelit. Han presenterade övertygande bevis för att poliomyelit är en infektionssjukdom med epidemiskt uppträdande. Medin gav en klassisk beskrivning av sjukdomens förlopp i det akuta skedet. Polio kallas i äldre litteratur ofta för Heine–Medins sjukdom. Jacob von Heine, 1800–1879, var den tyske läkare som 1840 första gången beskrev sjukdomen.

Oskar Medin gjorde stora insatser även på flera andra områden. När Karolinska institutet fick komplett läkarutbildning på 1870-talet blev Oskar Medin den nygrundade Medicinska föreningens förste ordförande år 1877. Han planerade också de nya byggnader vid Norrullsgatan som Allmänna barnhuset flyttade till år 1885. Som överläkare bidrog han aktivt till det goda anseende som verksamheten fick.

Oskar Medin var Svenska Läkaresällskapets ordförande 1891–1892. Han deltog i organiserandet av kampen mot tuberkulos och var en av grundarna av Svenska Nationalföreningen mot tuberkulos år 1904.

Göran Wennergren



Professor Oskar Medin 1847–1927. Porträtt på Svenska Läkaresällskapet, målat 1927 av Sam Uhrdin.

Foto: Svenska Läkaresällskapet.

Föräldragrupper når inte pappor

Barnhälsovården ur genusperspektiv

Text Hedvig Nathorst-Böös

Sjukvården fortsatte vara en underlig plats för en pappa. Det var svårt att bli jämställt behandlad. Antingen tittade de på mig och var onaturligt trevliga, liksom för att visa hur bra det var att en pappa var med, eller så tänkte de att jag minsann inte skulle få någon extra uppmärksamhet bara för att jag gör det pappor borde och då blev jag istället ignorerad. Det hade varit skönt att bara få vara en i mängden.¹

Journalisten August Erbas ord speglar en återkommande känsla i pappors berättelser om föräldraskapet – att betraktas som förälder nummer två. Trots att det offentliga samtalet om föräldraskap i Sverige präglas av en stark jämställdhetsideologi är och uppfattas mamman ofta som den som bär huvudansvaret för barnet. I utredningen om föräldrastöd från 1997 understryker man till exempel att barnhälsovårdens föräldragrupper är till för både mammor och pappor. Ändå är det bara knappt 10 procent av alla pappor som deltar i dessa grupper.² I väntrummen på BVC sitter framförallt mammor och pratar med andra mammor, och nästan alla som arbetar där är kvinnor. Vid en första anblick verkar barnhälsovården vara en plats i första hand för barn och mammor, i andra hand för pappor. Är barnhälsovården en plats för mamma och barn eller finns där även rum för pappa?

Denna fråga var utgångspunkten för den genuskartläggning av barnhälsovården som genomfördes på Sachsska barnsjukhuset i Stockholm under vintern 2006. Det övergripande syftet med kartläggningen var att undersöka huruvida BVC är en arena för både mammor och pappor. Eftersom den forskning som finns på ämnet är begränsad valdes en bred ansats med förhoppningen att kunna generera frågor för vidare forskning.

Ett första steg var att utifrån ett genusperspektiv analysera informationsbroschyrer, kallelser och inbjudningar som går ut från BVC till föräldrar. Det har tidigare hävdats att detta material främst tilltalar mamman och att pappor därför kan känna sig exkluderade.³ Sammanlagt 31 informationsbroschyrer och kallelser från tio BVC-mottagningar samlades in och text och illustrationer analyserades. Med några få undantag var detta material könsneutralt formulerat, och riktade sig till "föräldrar" snarare än till mammor eller pappor. På illustrationer förekom också föräldrar av bägge könen.

¹Erba, August (2004) *Uppdrag: Pappa* Albert Bonniers förlag, Stockholm

²SOU 1997:161 *Stöd i föräldraskapet*

³Bremberg, Sven (2006) *New tools for parents*. Folkhälsoinstitutet rapport 2006:15



Foto: Samuel Lagercrantz

Nästa steg var att söka svar på frågan om hur stor del av de föräldrar som kommer till BVC som är mammor respektive pappor. En enkät skickades ut i vilken 50 BVC-sjuksköterskor ombads fylla i vem som följde med barnet till BVC. Resultatet visade att BVC i praktiken är en arena för i huvudsak mammor och deras barn, men att pappans närvaro ökar med barnets ålder, se figur.

“Inget behov av BVC”

För att få en mer nyanserad bild av hur pappor upplever kontakten med barnhälsovården gjordes även kvalitativa intervjuer med nio nyblivna pappor. Intervjuerna kretsade kring kontakten med vården under graviditeten och efter det att barnet fötts, samt hur man upplevde den nya rollen som pappa. Papporna verkade överlag vara nöjda med kontakten med BVC. Samtliga hade upplevt att sjuksköterskan vände sig till båda föräldrarna i frågor som rört deras barn. Många av fäderna verkade emellertid ovana vid att prata om barnhälsovården. Flera pappor uttryckte att de själva inte hade 'något behov' av BVC men att det är bra att det finns för att fånga upp dem som behöver hjälp. Kanske är detta ett uttryck för att man inte upplever BVC-sjuksköterskan som någon som erbjuder ett vardagligt stöd i föräldraskapet. Flera av papporna uttryckte också att de inte riktigt förstod vilken funktion BVC fyller:

Jag har fortfarande den här känslan att hela det här med BVC, dom gör inte så mycket. Det är klart att den där sprutan är ju bra, den behövs ju. Men bortsett från det, dom väger och mäter lite...

JÄMSTÄLLDHET

En annan pappa berättar om det första besöket på BVC:

Vi pratade inte så mycket. Mätte och vägde och sen frågade hon om det var bra och sen gick vi hem. Det var inte så mycket. Det var ingenting jag saknade heller.

Få av de intervjuade papporna nämner BVC-sjuksköterskan som någon man vänder sig till om man har funderingar kring något som rör sitt barnet eller föräldraskapet. Detta kan jämföras med en studie där nyblivna mammor intervjuades om sin kontakt med BVC-sjuksköterskan.⁴ Mammorna såg sjuksköterskan som i första hand en stödperson och lade mindre vikt vid funktionen som vårdgivare.

För de intervjuade papporna i denna studie verkar det omvända förhållandet råda. Uppgiften för BVC beskrivs i första hand bestå av att väga, mäta och vaccinera, medan man i mycket liten utsträckning ser BVC-sjuksköterskan som någon som erbjuder stöd i föräldraskapet. Detta väcker frågan om BVC inte lyckas närma sig pappor på samma sätt som mammor.

Pappan var inte välkommen

Föräldrastöd på BVC sker dock inte bara vid individuella möten utan även i grupp. En mycket stor del, 83 procent, av förstagångsföderna i Stockholms län deltar i föräldragrupper vid BVC.⁵ Däremot är det enligt en rapport från 1997 bara tio procent av papporna som deltar i dessa grupper. I praktiken verkar grupperna fungera som mammagrupper snarare än föräldragrupper. Denna bild bekräftas av de intervjuade papporna. På frågan om de fått någon inbjudan till föräldragrupp förstår de flesta inte vad jag menar utan säger att deras fru blivit inbjudna till en mammagrupp. En av papporna, som var hemma med sin dotter från det att hon var tre till fyra månader, berättar dock att han gärna hade deltagit i en föräldragrupp men nekats:

Vi frågade på BVC om det inte fanns en föräldragrupp istället. Eller varför den här mammagruppen inte kunde vara en föräldragrupp, så att både pappor och mammor kunde vara där samtidigt. Men dom tyckte att mammor behövde prata för sig själva om förlösningar och intima grejer, som inte pappor skulle sitta med och lyssna på. Och det kan väl jag förstå till en viss del, men det kanske dom kan avverka på två möten eller nåt.

När pappors frånvaro i föräldragrupper diskuterats tidigare har man nämnt faktorer som vilka tider träffarna ligger på, om innehållet är avsett för att passa män eller om det språk som används är alltför kvinnligt. I intervjuerna med papporna i denna undersökning verkar det dock som att förklaringen är enklare än så – de har inte förstått att de är välkomna (och i ett fall uttryckligen inte heller varit det).

I detta sammanhang är det värt att notera att en mycket stor del av alla pappor deltar i mödravårdens föräldrautbildning.⁶

⁴Fägerskiöld, Astrid (2002). *Support of mothers and their infants by the child health nurse*. Faculty of Health Sciences, Linköpings universitet

⁵Siffran är hämtad från Barnhälsovårdens årsrapport 2005

⁶Enligt SOU 1997:161, *Stöd i föräldraskapet*, är siffran för förstagångsfäder 90 %.

De intervjuade papporna såg det som självklart att gå på dessa träffar och verkade mena att det ingick i förberedelserna för föräldraskapet. På frågan om de skulle rekommendera en nära vän att delta i mödravårdens föräldragrupper svarare en pappa: "klart du ska gå, det kanske inte ger jättemycket, men gå ändå." En annan pappa menade att "det där skulle nog ge sig självt, om du är ny förälder går du nog på det". Dessa citat speglar hur mödravårdens föräldragrupper, till skillnad från grupperna på BVC, upplevdes som en självklarhet av papporna. Papporna pratade om mödravårdens föräldragrupper i positiva ordalag och hälften av de intervjuade menade att de skulle kunna tänka sig att delta i någon form av gruppverksamhet även efter det att barnet fötts.

Slutsatser

Vilka slutsatser kan man då dra från denna kartläggning? BVC:s yttre ramverk – i form av kallelser, informationsmaterial etcetera – framstår som könsneutralt. Utifrån den statistik som presenteras i figur 1 verkar det dock som att pappors kontakt med barnhälsovården är relativt begränsad. Men kvinnors och mäns kontakt med barnhälsovården verkar inte bara skilja sig åt vad gäller kvantitet utan även kvalitet. Mot bakgrund av tidigare studier verkar det som att mammor i högre grad upplever BVC-sjuksköterskan som ett stöd i föräldraskapet. Detta väcker frågan om pappor upplever att de får stöd i den nya rollen som förälder från barnhälsovården. En annan fråga för vidare utforskning är hur personal på BVC ser på sin roll som stöd och rådgivare gentemot pappor? Finns det några hinder i BVC:s kultur eller organisation för att ytterligare inkludera fäder? Att föräldragrupper, som är en viktig del av föräldrastödet inte når pappor är tydligt. Hur föräldragrupperna på BVC organiseras för att bäst möta barns och föräldrars behov och önskemål är en fråga som bör undersökas närmare.

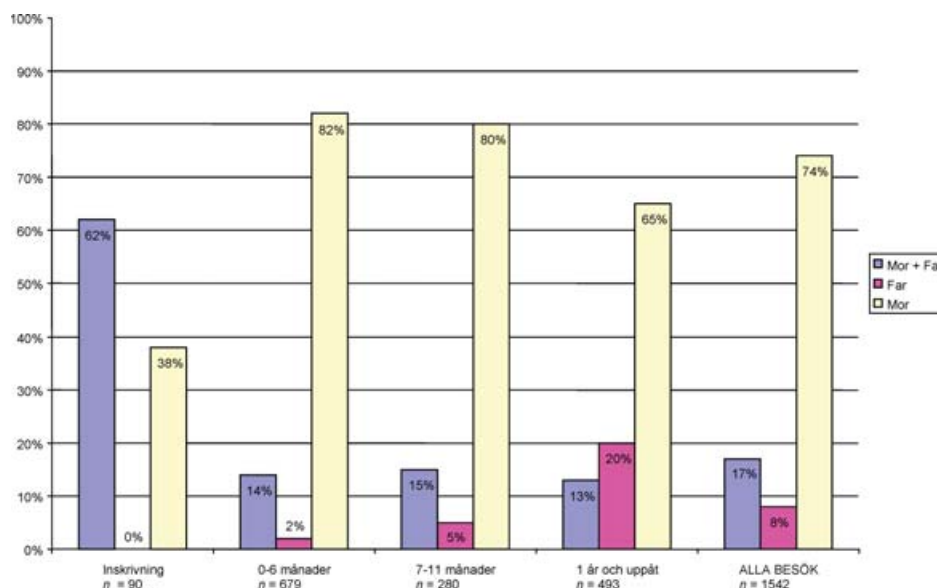


Hedvig Nathorst-Böös
Pol.mag. och genusvetare

Hedvig Nathorst-Böös har på uppdrag av barnhälsovårdsheten på Sachsska barnsjukhuset skrivit rapporten "BVC för vem? - En kartläggning av barnhälsovården ur ett genusperspektiv" Rapporten går att beställa från: Barnhälsovårdsheten, Sachsska barnsjukhuset, Södersjukhuset, 118 83 Stockholm. Tel 08-6164115, e-post marit.ekroth-porcel@sodersjukhuset.se

JÄMSTÄLLDHET

“I väntrummen på BVC sitter framförallt mammor och pratar med andra mammor, och nästan alla som arbetar där är kvinnor.”



Figur 1: Barnvårdscentralerna är i praktiken är en arena för i huvudsak mammor och deras barn men pappans närvaro ökar med barnens ålder.

Stiftelsen Samariten

Stiftelsen Samariten delar i år ut totalt ca 1 600.000 kronor.

Bidrag utgår dels till forskningsprojekt, dels till forskningsstipendier i den medicinska barnvården under högst 3 månader. Storleken på projektbidrag är vanligen 20-40 000:-. Anslagen avser framför allt att stödja nyetablerade projekt med hög klinisk relevans för pediatrik och som saknar stöd från stora anslagsgivare såsom VR, Barncancerfonden, etc. Stiftelsen välkomnar också ansökningar för anordnande av vetenskapliga symposier.

Ansökningshandlingarna skall vara Stiftelsen Samariten tillhanda **senast måndagen den 8 oktober 2007 kl 17.00.**

Upplysningar om ansökningsförfarande och blanketter på adress enl nedan eller via Internet www.stiftelsensamariten.se.

Stiftelsen Samariten
Sachsska barnsjukhuset
Södersjukhuset
118 83 STOCKHOLM

Patient Närmre Vård på barn- och ungdomskliniken i Västerås

Text och foto Diana Bornstein Welff

I samband med sammanslagningen av två vårdavdelningar på barn- och ungdomskliniken i Västerås inleddes en spännande resa då vi, som första barn- och ungdomsklinik i landet, införde ett nytt arbetssätt, Patient Närmre Vård (PNV).

Det är en arbetsmodell som syftar till att ge mer tid till patienterna, skapa en effektivare och bättre vård samt en god arbetsmiljö.

Barn- och ungdomskliniken har hela Västmanland som upptagningsområde och omfattar cirka 60 000 barn mellan noll och arton år. Avdelningen bedriver samvård vilket innebär att förutom omhändertagande av barnmedicinska patienter, tas även alla västmanländska barn med kirurgiska och ortopediska sjukdomar samt patienter med sjukdomar inom öron-näsa-halsområdet om hand. Avdelningen har 28 vårdplatser på vardagar och 15 platser på helger och under sommarperioden. Dessutom inryms även barnakutmottagningen inom enheten.

Bakgrund

Ursprungligen startade PNV 1994 på kirurgkliniken i Karlstad under ledning av Marianne Inde, numera vårdutvecklare i Landstinget Värmland. Arbetsmodellen har sedan dess införts i många landsting och är även föremål för vetenskaplig utvärdering.

I de lagar och förordningar som styr hälso- och sjukvården talas mycket om att vården skall vara av god kvalitet, tillgodose patientens behov av trygghet och genomföras i samråd med patienten. Intentionen med PNV är helt i linje med dessa kvalitetsaspekter och utgår från de grundläggande värderingar som utgör basen i god vård – alla människor är unika och har lika värde. Vården skall ges med respekt för den enskilda människans värde och utifrån hennes behov.

Viktiga frågor inom PNV

Varför är jag här?

PNV är ett arbetssätt där patientens behov sätts i centrum samtidigt som personalens möjlighet till delaktighet och

personlig utveckling stimulerar till en ännu bättre vård.

För vem är jag här?

Mötet med patienterna och deras familjer kännetecknas av en lyssnande, inkännande och professionell hållning. Vårdpersonalens rutiner och prioriteringar utgår från patientens perspektiv.

Varför är patienten här?

För att kunna ge en god vård måste sjuksköterskan skaffa sig en helhetsbild och lära känna sina patienter. Detta kan ske genom direkta möten, samtal, journaler och rapporter.

Läsrapport har införts för att ytterligare bidra till att få en bättre helhetsbild av patienten.



Sjuksköterskeexpeditioner har på barn- och ungdomskliniken i Västerås ersatts av mindre teamexpeditioner där en till två sjuksköterskor och en barnsköterska arbetar.

Mer tid till patienten

PNV leder till att avdelningspersonalen får mer tid över till direkt arbete med patienten och deras familjer. Personalen hinner förbereda patienterna bättre inför undersökningar och behandlingar, vilket ger oss möjlighet att skapa trygghet under vårdtiden och bidrar till att patient och föräldrar känner sig mer delaktiga i vården. Det finns mer tid för undervisning och information samt fler möjligheter till samtal och möten med ökad helhetssyn som följd.

BARNMEDICIN

SYFTET MED PNV

- Få mer tid med patienten
- En tryggare patient och mer delaktig familj
- Bättre vård- och arbetsmiljö på avdelningen
- Lugnare arbetsplats
- Helhetssyn

Arbets sättet bidrar också till en bättre vård- och arbetsmiljö, en lugnare arbetsplats med mindre stress för personalen och en ökad kontinuitet. Detta främjar såväl en bättre kommunikation som en bättre gemenskap mellan de olika yrkeskategorierna på avdelningen.

En stor del av vårdens administration överförs till en reception. Den bemannas dagtid av två receptionister. Denna samordningsfunktion ansvarar för patientflödet, journaler, rondadministration, samt tar emot alla ingående telefonsamtal. Receptionen är avdelningens nav och ansikte utåt och tjänstgör som en länk mellan omvärlden och avdelningen. Hit kommer alla anhöriga, besökare och konsulter.

FÖRUTSÄTTNINGAR

- Införa receptionist
- Flytta ut från expeditionen
- Utveckla arbetsstationer
- Utveckla teamarbete
- Införa läsrapport
- Utveckla nytt arbetssätt i teamet
- Planera dagen för det egna arbetet
- Reflekerande möten

Sjuksköterskeexpeditionen ersätts av mindre teamexpeditioner där en till två sjuksköterskor och/eller en barnsköterska arbetar. Här sker all planering av dagens arbete liksom upprättandet av vårdplaner och omvårdnadsdokumentationen. Teamrummen bör placeras i direkt anslutning till teamets patientsalar. Telefonsamtal till teamrummen skall endast röra aktuella patienter. Till varje team knyts också en ansvarig läkare.

På detta sätt skapas möjligheter för teamen att mer aktivt delta i vården. Sjuksköterskan får ett större helhetsperspektiv och lär känna sina patienter bättre. Vårdteamet kring patienten utvecklas genom närheten till varandra. Delaktighet och personligt ansvarstagande i teamen bidrar till att patientens upplevda kvalitet av vården ökar.

Kommunikationen mellan teamen och receptionen sker bland annat genom rondblad, som upprättas efter varje rond där administrativa uppdrag till receptionen framgår, såsom bokning av transporter, konsulter, återbesök, beställning av tolkar, bokning av undersökningar etcetera. Genom receptionen hanteras teamens ingående respektive utgående kommunikation. Receptionen sköter också alla

provsvar och remisshanteringen för avdelningens patienter. Varje läkare har en egen postlåda i receptionen.

Införandet av läsrapporter gynnar utvecklingen av omvårdnadsdokumentationen och ger mer tid till direkta möten och samtal med patienterna och deras familjer. För att ändå tillgodose behovet av kunskapsutbyte inleds alltid arbetspasset med en kort muntlig rapport av teamets patienter.

ARBETSSÄTTET I PRAKTIKEN

- Fokus i arbetsmodellen PNV ligger i mötet med patienten
- Syftet är att skapa trygghet för patienten under vårdtiden
- Patient och föräldrar ska känna sig delaktiga i vården
- Arbeta utifrån en helhetsbild av patienten

Teamets planering och prioritering struktureras utifrån patientens behov. Såväl sjuksköterskan som barnsköterskan har en viktig roll under rondens då de skall ge sin bedömning av patienten.

Tid till daglig reflektion/speglning är viktigt för att driva verksamheten framåt och ge varje medarbetare möjlighet till personlig utveckling. Kommunikationsträning varvad med samverkansövningar är en förutsättning för en framgångsrik introduktion av PNV. Även läkargruppen har ett kontinuerligt samtalsforum.

Nedanstående punkter tjänar som hjälp att strukturera det dagliga arbetet för sjuksköterskan och barnsköterskan i teamet.

UTGÅ FRÅN PATIENTENS BEHOV

- Prioritera
- Planera – vem gör vad och när, tillsammans respektive var för sig
- Rondförberedelse
- Rast
- Avstämning - när, hur?
- Utvärdering efter dagens slut

EN VARDAG PÅ JOBBET FÖR AVDELNINGSPERSONALEN

Dag

- 7.00 Varje ssk tar kort rapport om det mest väsentliga på sitt team
- 7.15 Samling för god morgon och genomgång av dagen
- 7.30 Läsrapport och planering av dagen i det egna teamet
- 9.15 Rond – dr, ssk och bsk
- 11.30 -12.30 Lunch, planeras vid morgonmötet
- 12.30-13.30 Dokumentationstid

Kväll

- 13.30 Läsrapport för kvällen
- 14.15 Tid för t ex speglning om den ej hunnits med tidigare, gemensam fika, kvällspersonalen tar över patienterna

BARNMEDICIN

- 15.00 Eftermiddagsrond
- 20.30 Spegling för kvällspersonalen

Natt

- 21.15 Läsrapport för nattpersonalen på respektive sida

Ronden

Ronden är ett gemensamt möte för att skaffa underlag till beslut kring patienten samt föra utredning, diagnostik och behandling framåt. Sjuksköterskan och/eller barnsköterskan ska delta i rondens och följa med in till patienten.

Inför rondens ska ansvarig sjuksköterska och barnsköterska kunna presentera en kort historik/anamnes samt informera läkaren om det aktuella läget inkluderande omvårdnads- och observationsparametrar såsom nutrition, temperatur, blodtryck samt delge provsvar och känna till aktuell planering



Rondvagnen som arbetsstation.

Läkaren ska undersöka patienten, väga samman all information i sin bedömning och besluta om fortsatta åtgärder, behandling, provtagning, konsultera andra kolleger/specialister etcetera.

Efter rondens skall samstämmighet råda kring diagnos, planerad behandling, planerad utredning och provtagning samt kontroller.

Inför hemgång ska teamet överväga vad som återstår av den ursprungliga planeringen. Läkaren utfärdar recept och intyg, tar ställning till återbesök och bör förse patienten med skriftlig medicinlista samt eventuellt patientinformation.

Vid försämring eller andra förändringar under vårdtiden skall ansvarig sjuksköterska ta kontakt med teamets läkare och informera om patientens tillstånd.

Veckoplanering för läkargruppen

På barn- och ungdomskliniken i Västerås samlas varje måndag morgon avdelningens läkare och sektionsledare för en genomgång av veckans detaljschema och elektiva

inläggningar. Läkargruppen består av en överläkare, en avdelningsläkare och två underläkare. Dessa fördelar sig utifrån kompetens mellan de barnmedicinska teamen och upprättar en turordning för ronderna i de olika teamen. Sektionsledare ansvarar för vidarebefordran av informationen till teamen. Läkargruppen har ett gemensamt ansvar att internt lösa deltidsarbete och andra ledigheter på avdelningen och barnakutmottagningen.



Vårdplanering i teamrummet.

Förutom den utbildning som gäller hela avdelningen ska handledning och utbyte av kunskaper genomsyra läkargruppens vardag. I möjligaste mån ska dagjouren också delta i handledning och utbildning på avdelningen. Dagbakjouren, liksom även avdelningens läkare står till förfogande för frågor från dagjouren och är också resurser vid hög belastning.

En metod under ständig utveckling

Det finns ett fortlöpande behov av att utvärdera arbetsmetoden. Under det gångna året har avdelningen flera gånger förändrat detaljer i arbetssättet och därigenom kunnat driva processen vidare. Representanter för avdelningen deltar i ett regionalt och nationellt nätverk. För närvarande pågår utvärdering i personalgruppen av arbetssättet med hjälp av enkäter. Hela barn- och ungdomskliniken planerar också en större enkätundersökning, där vården kommer att genomlysas och patienternas syn på PNV ska framgå. I de studier som hittills är gjorda framkommer många positiva synpunkter på PNV från både patienter och personal. I de diskussioner som förs på avdelningen framkommer numera sällan några synpunkter om att det var bättre förr. Det är avdelningens övertygelse att PNV ligger i linje med tidens utveckling med en mer aktiv patient som deltar och tar ansvar för sin vård. Vilket dock kvarstår att bevisa.

Diana Bornstein Welff

Överläkare vid barn- och ungdomskliniken på Centrallasarettet i Västerås

Vaccinspecial

Av Samuel Lagercrantz

Socialstyrelsen släpar efter

Flera nya vacciner har gjort entré de senaste åren. Socialstyrelsen verkar ha svårt att hänga med i utvecklingen.

Det vaccin som i år är allra mest diskuterat bland barnläkare är Prevenar mot pneumokocker. Vaccinet är till skillnad från det tidigare pneumokockvaccinet effektivt för små barn.

USA införde allmän spädbarnsvaccinering mot pneumokocker år 2000 och idag har det konstaterats att antalet fall av invasiv pneumokocksjukdom har minskat där.

Vaccinet skyddar mot hjärnhinneinflammation, lunginflammation och i viss mån mot öroninflammation. En omfattande studie, 27 000 barn i New York och 150 000 barn i Tennessee ingick, som tidigare i år publicerades i Pediatrics visar just att antalet fall av öronsjukdomar minskat sedan vaccinering mot pneumokocker införts i USA.

Många pediatriker anser att Socialstyrelsen har varit långsam med att införa det nya vaccinet i det allmänna barnvaccinationsprogrammet, se enkät. Stockholm har valt att föregå Socialstyrelsens rekommendationer och sedan den 1 juli erbjuds alla barn i Stockholm Prevenar.

När Barnläkaren kontaktar Anders Tegnell, chef för Socialstyrelsens smittskyddsmyndighet, kan han inte svara på när under hösten myndigheten kommer att ta ställning till allmän vaccination mot pneumokocker.

Vad är avgörande när ni beslutar om ett vaccin ska ingå i vaccinationsprogrammet?

– Det varierar från vaccin till vaccin vad som är viktigast. När det gäller allmän pneumokockvaccination är en av de viktigaste bitarna att få en bra hälsoekonomisk analys, för det har fallerat i flera andra länder, men också att få data på vilka effekter man kan förvänta sig i Sverige.

Många andra länder har redan infört pneumokockvaccin i nationella immuniseringsprogram, varför dröjer det så länge i Sverige?

– Det är inte alla många länder som har infört pneumokockvaccin. Större delen har inte infört det. Vi ligger mitt i fältet.

En koll visar dock att en rad länder redan infört vaccinet i sina program för barnvaccination. Norge, Danmark, England, Frankrike, Tyskland, Beneluxländerna, Italien,

Schweiz, Kanada, Australien, Mexico och så vidare utgör några exempel.

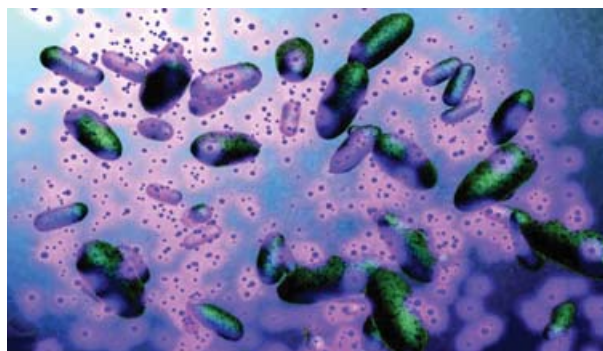
Vaccin mot cancer

Ett annat vaccin som i år rönt stor uppmärksamhet är Gardasil som är det första riktigt effektiva vaccinet mot en vanlig form av cancer. Läkemedlet ger ett så gott som 100-procentigt skydd mot HPV 16 och HPV 18. Dessa två stammar av humant papillomvirus orsakar 70-75 procent av alla fall av livmoderhalscancer. Vaccinet kan framförallt bli aktuellt för flickor i nedre tonåren. Besked ifall Gardasil kommer att inkluderas i det allmänna vaccinationsprogrammet väntas under hösten.

Vaccin mot influensa, mot vattkoppor, mot rotavirus och mot meningokocker diskuteras också för eventuell inkludering i vaccinationsprogrammet.



Prevenar har visat sig vara effektivare för små barn än tidigare pneumokockvaccin.

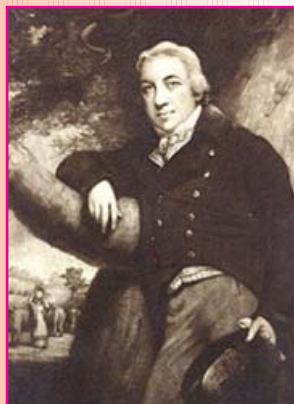


TEMA: VACCIN

Historia

I Kina visste man redan på 1000-talet att den som hade fått smittkoppor, och överlevde, var immun efter sjukdomen. Man brukade aktivt smitta barn med en låg dos så att de antingen dog direkt eller överlevde och var immuna. Detta sätt att vaccinera användes även i Europa och i Nordamerika under 1700-talet.

År 1798 publicerade den engelske läkaren Edward Jenner sitt berömda arbete där han visade att man kunde förhindra smittkoppor genom att ympa med kokoppor. Detta nästan utrotade sjukdomen från Europa. Ordet vaccination kommer från latinets vacca=ko och vaccinia=kokoppor.



Tavla som föreställer den brittiske läkaren Edward Jenner (1749–1823). Konstnären är okänd.

Källor Wikipedia och Göran Wennergren

Myndighetsdjungeln

Socialstyrelsen utfärdar föreskrifter och rekommendationer om vad som ska ingå i vaccinationsprogrammet efter samråd med flera andra myndigheter och expertgrupper.

Läkemedelsverket måste först godkänna ett vaccin innan det kan börja användas. Det sker numera samordnat inom EU under ledning av den europeiska läkemedelsmyndigheten, EMEA.

Smittskyddsinstitutet är expertmyndigheten som bland annat tar fram det medicinska underlaget för att bedöma effekterna av ett vaccin.

Landstingen, genom barnhälsovården, och kommunerna, genom skolhälsovården, är ansvariga för själva genomförandet av vaccinationen av barn. Landstingen har också ansvaret för vaccination av vuxna.

Källa Socialstyrelsen

Barnvaccinationsprogrammet

Alla barn i Sverige erbjuds vaccination mot åtta allvarliga sjukdomar: difteri, stelkramp, kikhosta, polio, Hib-infektion, mässling, påssjuka och röda hund.

Särskilt utsatta barn rekommenderas också vaccination mot hepatit B och tuberkulos.

Barnvaccinationsprogrammet genomförs i flera steg från tre månaders ålder och upp till 18 år.

och vaccination av vuxna

Vaccination mot hepatit B, difteri, stelkramp, influensa och pneumokockinfektion är i vissa fall rekommenderat för vuxna. Det kan till exempel gälla äldre personer eller personer med utsatta yrken.

I övrigt utförs vaccination efter individuell medicinsk bedömning inför till exempel en utlandsresa.

Källa Socialstyrelsen



TEMA VACCIN

ENKÄT Är vi för tröga med att inkludera nya vacciner i det allmänna vaccinationsprogrammet i Sverige?



Lena Wallensteen
ST-läkare, Astrid Lindgrens barnsjukhus i Solna

– Självklart är det viktigt att dessa beslut inte tas förhastat, men jag tycker nog ändå att processen tar för lång tid. Min känsla är att diskussionen om till exempel pneumokockvaccination fördes väldigt länge, innan man i vissa landsting tog beslut om att införa det. Själv valde jag att pneumokockvaccinera min dotter för över ett år sedan.



Margareta Blennow
Barnhälsovårdsöverläkare,
Södersjukhuset, Stockholm

– Ja något, men för att introducera nya vacciner i det allmänna vaccinationsprogrammet behövs noggrann bedömning av vaccinets nytta och risker för svenska förhållanden och för den bedömningen behövs goda resurser och tydligt samarbete mellan myndigheter. Det tar tid, som skulle kunna kortas ner. En positiv aspekt på tröghet är att föräldrar, barn och hälso- och sjukvårdspersonal ges tid att sätta sig in i det nya så att förtroendet för vaccinationsprogrammet kan bibehållas på sikt.



Nils Bergeå
Apotekare och chef för den medicinska redaktionen på Dagens Medicin

– Beslutsprocessen för enskilda vacciner tar för lång tid. Turerna kring pneumokockvaccinering av barn är ett bra exempel där Sverige hamnat långt efter andra länder. Kanske är för många aktörer - SMI/Refvac, Socialstyrelsen, landstingen - involverade i beslutsprocessen.



Bernt Alm
Barnhälsovårdsöverläkare,
landstinget Halland

– Ja, det tycker jag att vi är. Särskilt tydligt har detta blivit när det nya pneumokockvaccinet blev tillgängligt.



Robin Kahn
ST-läkare, barn- och ungdomskliniken,
Universitetssjukhuset i Lund

– Jo, vi har nog varit onödigt långsamma med att införa allmän vaccinering mot till exempel hepatit B och pneumokocker.

Samtidigt är det viktigt att biverkningsrisker och kostnader utreds noga innan beslut tas om allmän vaccinering.

SJUKHUSHISTORIA

Så fick Astrid Lindgrens barnsjukhus sitt namn

Text Hugo Lagercrantz

När vi presenterade idén för Astrid Lindgren att uppkalla en ny barnklinik efter henne slog hon förvånat ut med armarna och utbrast: "Ska man uppkalla ett helt sjukhus efter mig?"

Men hon fann sig snabbt och verkade uppskatta vårt initiativ. Hon berättade om hur hon besökte sjuka barn på lasaretten i Småland under 1950–60-talen. På den tiden var barn på sjukhus mycket ensamma och de fick sällan besök av föräldrarna.

Att uppkalla ett av landets två största barnsjukhus efter Astrid Lindgren var ett lyckokast. Hon har ställt de existentiella frågorna om liv och död, mod och rädsla, trygghet kontra hot och faror. Dessa frågor som plötsligt blir så aktuella när barnet hamnar på sjukhus. Tack vare henne kan vi tycka om barn med karaktärer som Pippi, Emil och Karlsson på taket i stället för att märka dem med bokstavsdiagnoser.

Barnet i centrum

Astrid Lindgrens barnsjukhus har verkligen slagit igenom, inte bara nationellt utan i hela världen, som en symbol för den svenska modellen med barnet i centrum, världslåg barnadödlighet, förbudet mot barnaga.

I Göteborg blev man så avundsjuk att man uppkallade sitt barnsjukhus efter Drottning Silvia från den kungliga huvudstaden.



I november är det 100 år sedan Sveriges mest älskade barnboksförfattare Astrid Lindgren föddes.

Foto: Cato Lein

Hur gick det till när barnkliniken vid Karolinska Sjukhuset blev Astrid Lindgrens barnsjukhus? Den gamla barnkliniken hade flyttat från Norrtulls sjukhus till Solna i början av 1950-talet. Norrtull föregicks av det Allmänna Barnhuset, som låg vid Drottninggatan (Barnhusgatan), dit stadens många oäkta barn inlämnades. Spädbarnsdödligheten var där nästan 50 procent i mitten av 1800-talet, när världens första professor i barnmedicin inrättades vid Karolinska institutet med placering på Barnhuset. Kronprinsessan Lovisas barnsjukhus uppfördes på Kungsholmen. Under 1970-talet ersattes Kronprinsessan Lovisa av S:t Görans barnsjukhus. Dessutom fanns det en barnklinik vid Danderyds sjukhus sedan 1960-talet.

Skulle hetat Barncentrum Nord

Så var läget när klinikchefen på S:t Görans barnsjukhus, professor Anita Aperia, satte igång ett projekt för att slå ihop de tre barnklinikerna i norra Stockholm till en i Solna. Efter amerikansk och brittisk förebild skulle vi dra igång en enorm insamling för ett helt nytt bygge. Great Ormond Street i London var förebilden – det sjukhus som bland annat hade grundats av Charles Dickens och som med tiden hade blivit mycket nedgången. Där hade man lyckats att samla in mer pengar än man kunde använda.

Men, så kom börskraschen 1989 i Sverige, och det var inte längre tal om att försöka få fram privata medel. Vi vände oss då till landstinget. Det märkliga var att alla politiska partierna i princip var positiva till idén. Det blev ett av de största sjukhusbyggena på 1990-talet som kunde förverkligas, trots landets dåliga ekonomi. Det nya barnsjukhuset i Stockholm skulle heta Barncentrum Nord.



Astrid Lindgren har bidragit till att vi tycker om barn som Pippi, Emil och Karlsson på taket istället för att märka dem med bokstavsdiagnoser, skriver Hugo Lagercrantz.

SJUKHUSHISTORIA

När namnfrågan var aktuell befann jag mig tillfälligtvis på Hôpital Robert Debré – ett av de tre stora barnsjukhusen i Paris. Det är nytt och modernt, dekorerat med mycket kakel, barnvänliga skyltar och konstnärlig utsmyckning – med en blandning av Babar och Tintin. Det franska barnsjukhuset var uppkallat efter en berömd barnläkare och far till en premiärminister. Jag funderade därför på om inte också vi kunde uppkalla det nya barnsjukhuset efter någon berömd svensk barnläkare

Jag bodde då i februari 1993 på det Svenska Kulturhuset i Paris. En dag passerade en barnprofessor från Lille. Han var intresserad av en utställning om barnlitteratur som kunde ses på Kulturhuset. Han förklarade för mig att den svenska synen på barn, såväl kulturellt som inom sjukvård, var en förebild i Frankrike. Barn betraktas som barn och inte som små vuxna. Man debatterade just då om den då aktuella franska översättningen av Pippi Långstrump, som kraftigt reviderats och anpassats till franska normer.

Detta möte blev en kick – barnsjukhuset skulle naturligtvis uppkallas efter Astrid Lindgren! Jag skrev snabbt ihop en debattartikel för DN om att sjukhuset borde uppkallas efter Astrid Lindgren. Den publicerades den första april 1993.

PR-konsult förstod

Kollegerna ställde sig ganska skeptiska till förslaget. Man hade gått in för Barncentrum Nord. Möjligen kunde man tänka sig Kronprinsessan Victorias barnklinik, i analogi med det nedlagda Kronprinsessan Lovisa. Men i planeringsgruppen ingick en PR-konsult som genast tänkte på idén. Han verkade direkt förstå betydelsen av att ha rätt sorts varumärke innan den verkliga varumärkeshysterin ens börjat. Genast utformade han logotyper och brevpapper med Pippi på hästen med mera. Astrid Lindgren kontaktades och var positiv från första början. Det kom sedan att bli många kafferep med småkakor på Dalagatan för att konfirmera namnet och formalia. Dåvarande sjukhusdirektören var positiv och allt föreföll klart att få uppkalla det nya barnsjukhuset efter Astrid Lindgren.

Jag trodde att namnet var okontroversiellt och kunde inte drömma om att det fortfarande fanns personer som var negativa. Ett av de mäktiga socialdemokratiska landstingsråden var bestämt emot. Han kunde inte förlåta Astrid Lindgren för Pomperipossa-artikeln, som säkert hade bidragit till den borgerliga valsegern år 1976. Vederbörande landstingsråd var dock gift med en tidigare barnsköterska från Karolinska. Genom långa sena

telefonsamtal lyckades jag övertyga henne om hur bra det var att uppkalla det nya barnsjukhuset efter Astrid Lindgren. Hon instämde och lyckades i sin tur övertyga sin man.

Därmed var det klart. Astrid Lindgren, ironiskt nog, fick ta det första spadtaget med det motspänstiga landstingsrådet, som nu blivit chef för landstingets byggbolag Locum.

Tog bort revirgränser

Astrid Lindgrens Barnsjukhus (som det fick heta i stället för Barnklinik) eller Astrid Lindgren Children's Hospital, är numera välkänt både i Sverige och internationellt. Ett otal delegationer från vårt eget land och utifrån har besökt och besöker sjukhuset såsom en delegation från Odense som kom upp till Stockholm för att planera sitt H C Andersens Barnsjukhus.

Vad var det då som skulle utmärka Astrid Lindgrens Barnsjukhus eller ALB som det också kallas?

Det viktigaste är att det sjuka barnet "står i centrum". Specialisterna kommer till barnet.

Vid det nya barnsjukhuset ville man också ta bort revirgränserna mellan medicin, kirurgi och psykiatri. Den vanliga hierarkin med läkare som högsta chefer och sjuksköterskor skulle brytas. Efter förebild från det kända barnsjukhuset Sick Kids i Toronto skapade man *program* i stället för *kliniker*. I flera av programmen ingick såväl barnmedicinare, kirurger som barnpsykiatriker.

Varje program leddes av en läkare och en sjuksköterska, som var likställda. Tyvärr har denna utmärka organisation helt slagits sönder och ersatts av en konventionell linjeorganisation.

Trots detta förefaller andan vara god på Astrid Lindgrens barnsjukhus (kanske bättre än på det övriga Karolinska Universitetssjukhuset), ett sjukhus med småländska pinnstolar i stället för galonsoffor, en snickarbod, en riktig lantskola, ett datatek, ett lekotek och en stor simhall. Karlsson på taket kan landa på gården, där det finns en rullstolsbana med vägmärken som varnar för krokodiler och kängurur. Särskilt barnbiblioteket Bokskogen, som skänkts av Astrid Lindgren och erhållit många böcker från Rabén & Sjögrens förlag, utgör en pärla i sjukhuset och visas alltid upp för besökare.

Det finns nu planer på att kalla alla kliniker som tillhör barndivisionen, det vill säga den i Solna, den i Huddinge (Barnens Sjukhus) och nyföddhetsavdelningen på Danderyd, för Astrid Lindgrens barnsjukhus.

SJUKHUSHISTORIA



Astrid Lindgren var både en fantastisk sagoberätterska och en betydelsefull debattör. Hennes satiriska saga "Pomperipossa i Monismanien" som publicerades 1976 i Expressen, där hon kritiserar socialdemokraterna, bidrog till den första borgerliga valsegern på 40 år. I den nyutkomna boken "Ingen liten lort" kan du läsa mer om Astrid Lindgren som opinionsbildare.

Ingen svensk vuxenförfattare torde ha haft så stort internationellt genomslag i modern tid som Astrid Lindgren. Få medicinska vuxenspecialiteter torde vara så internationellt

framstående som svensk barnmedicin. När man nu planerar ett nytt universitetssjukhus i Solna – det Nya Karolinska – är det viktigt att man inte som vanligt placerar vuxenmedicin i centrum och barnkliniken i flanken. Det har visat sig att de flesta folksjukdomar, såsom högt blodtryck, vuxendiabetes, stroke, hjärtinfarkt och vissa former av cancer samt kanske också schizofreni uppkommer under fosterlivet eller den tidiga barndomen.

I Astrid Lindgrens anda bör man alltså ha barnet i centrum – det som sker i barndomen påverkar det vuxna livet. Barnet är den vuxnes förälder, som poeten Wordsworth uttryckte det.

Hugo Lagercrantz

Barnläkare och professor, Astrid Lindgrens barnsjukhus, Solna

Artikeln ingår i antologin "Ingen liten lort – Astrid Lindgren som opinionsbildare". Boken är utgiven på Rabén & Sjögrens förlag tidigare i år.



Astrid Lindgrens skrivbord står fortfarande kvar orört.

Foto: Jessica Lund, KB

MEDICINHISTORIA

Spädbarnsdöd i Södermanland under tidigt 1700-tal

Text Ragnar Jonsell

I äldre handlingar anges ofta att spädbarn har legats ihjäl. Närliggande vuxna straffades för att de varit i samma säng som barnet och somnat. I det material, som jag har samlat in, verkar det vanligare att orsaken varit sjukdom hos barnet och/eller SIDS, Sudden Infant Death Syndrome.

Vad speglar källorna?

Med hjälp av domböcker, kyrkoböcker, sockenstämmo-protokoll, inlagor och andra handlingar kan man få inblickar i vanliga människors liv och villkor i Sverige från 1500-talet och framåt.

Med stort utbyte har jag sökt igenom domböcker och skrivit ned mål som rör medicinska och sociala förhållanden. Det material, som här presenteras, kommer från tingsrätterna i Oppunda, Rönö och Villåttinge härader i Södermanland. Dessa motsvarar geografiskt idag kommunerna Flen, Katrineholm, Vingåker och delar av Nyköping öster och norr om tätorten.

Rannsakingar efter plötslig spädbarnsdöd

En vanlig situation var att barnet legat i förälders eller annan vårdares säng och misstänktes vara ihjällegad eller förkvävd.

Enligt kyrkolagen 1686 med tradition från medeltiden skulle präst hålla förhör, om någon kunde ha bidragit till eller orsakat barnets död.

Under 1700-talet utreddes de flesta fall på landsorten av prästen och sockenstämman eller av prästen i närvaro av några få betrodda män i församlingen. Från dessa utredningar finns anteckningar endast sparsamt bevarade. Vid misstanke om brott blev det även rannsaking hos tingsrätterna, från vilka protokoll finns kvar i de som regel bevarade domböckerna.(2)

I Oppunda, Rönö och Villåttinge härader har jag under perioden 1712-1723 funnit 41 mål som gäller oväntad spädbarnsdöd. Därefter förekommer endast enstaka mål. Detta kan förklaras av att Konglig Majestät 1724 förordade, att fler fall på landsbygden i första hand skulle utredas av präst med hjälp av sockenstämman eller andra betrodda män där kronofogde eller länsman borde närvara.(2)



Oppunda, Rönö och Villåttinge härader i Södermanland motsvarar geografiskt idag kommunerna Flen, Katrineholm, Vingåker och delar av Nyköping öster och norr om tätorten.

Kan man ligga ihjäl sitt barn?

Nutida forskare har framfört att vad som kallats ihjällegad, förkvävd eller barnkvävning i många fall kan vara SIDS, vars orsaker ännu inte är fullständigt klarlagda. I andra fall kan infektioner eller andra akuta invärtes sjukdomar vara dödsorsaken eller öka känsligheten för SIDS. (3,4)

Med nutida kunskap finns det skäl att anta att lindning av spädbarn liksom inrökta boningsrum, vilket var vanligt på 1700-talet, har ökat risken för SIDS.

I detta material har jag endast funnit några fall, där man kan misstänka att barnet kunnat dödas då det klämts och/eller kvävts av en sovande person i sängen.

Misstänkta eller bevisade barnamord, som oftast utfördes i lönnedom av ensammodrar har jag inte kategoriserat som oväntad spädbarnsdöd.

Fyra fall inför rätta:

SIDS eller Kikhosta?

Oppunda häradsting juni 1715:

Cronones Läntsman Wälbemälte Samuel Hintsing ställte för

MEDICINHISTORIA

Rätten hustru Karin Rafvaldsdotter uti Wefvelsta och Husaby S:n (*Husby-Oppunda socken*), hvilcken natten mellan 3:e och 4:e dag Pingst, förquäft ett sitt späda barn om 11 veckor

gammalt begiärandes, att hon därföre lagligen plichta måtte.

Hustru Karin tillika med dess man Pähr Joensson, som med

henne legat samman då denna olyckan skiett, beklagade högeligen, om de i någon måtto skola hafven varit orsaken till deras barns dödliga afgang, det de dock bedyrade, sig icke kunna veta, anhållandes det öfriga, att häradsrätten ville dem med skonsmål och lindring på straffet ansee(*belägga*).

Framkallades hustru Kjärstin Andersdotter med Solldathustrun Anna Nilsson, hvilcka det döda barnet

besichtigat, och nu efter aflagd ed på tillfrågan intygade, att de ingen annan åkommo på det samma befunnit;än allenast 1 blånad neder på footbladet uppför benet, men elliest har det tillförende varit beswäradt af en häftig kikhosta, som de förmena dragit mehrdelen? späda barn till döds. Och som något mehr ej var att

inhämta blef resolverat, att så väl hustru Karin Rafvaldsdotter, som hennes man, sig själfva till välförtient correction och näpst, samt andra till warnagel, i förmågo af kyrkoordningen Anno 1686, borde stå hvardera 1 Söndag på plichtpallen, och därhvid alfvarligen hvara förmant, att sig hädanefter för en slik wårdslöshet noga till wara taga.

SIDS eller?

Oppunda häradsting oktober 1719

Inkom för Rätten Lars Larssons hustru i Saltorp och Wingåkers S:n Anna Jönsdotter, beklagandes sig hafva haft den olyckan, att natten emellan den 26 och 27 Julii sistledna, deras lilla barn om sina 22 veckor blifvit i sängen hoos dem dödt, och berättade såväl fadern som modern, att de bägge legat tillsammans om natten då de haft barnet hoos sig, hvilket när det om att morgonen led begynte gråta, har hustru Anna lagt det till vänstra bröstet, och sedan en stund därefter tagit bemälte barn wid sitt högra bröst ...

.... då Lars Larsson stigit uhr sängen sackta ...

och sedemera klädt på sig samt gått ut

till arbetet. Detta har hustru Anna inte hört utan en stund därefter först waknat, då hon straxt kom ihog barnet, men fant det wid efterseendet hoos sig dödt

liggandes emellan sitt högra bröst och Sängbrädet.

Detta barn blef sedan besichtigat af Brita Larsdotter ifrån Sätatorp, hvilcken med hand å book aflade wittneseden samt fölliande berättelse androg, att sedan hon uppå bebådande kommit till hustru Anna, och efter begäran tagit barnet uhr vaggan sampt löst det upp, har hon ej mera kunnat märcka, än att barnets vänstra sida någon blånad haft intygandes det samma en attest, som fändrichskan Margretha Kuhlhielm insändt, hvilcken äfven

warit tillstädes när barnet upplöstes(ur lindor och klädesplagg)

och har barnet varit blått såväl på hela den vänstra sidan som kindbenet.

Resolverades att ehuruwål hustru Anna Jönsdotter ej williande varit till dess lilla barns död och ihjälliggande, hvilket troligen synes såväl af hennes inför Rätten betygade ånger och hiärtans grämlse öfver bemälte olyckeliga händelse, som andras intygande, att hon alltid fördt ett wackert lefverne med sin man samt alltid älskat sina barn, så emedan hon med dess späda barn owarsamlingen samt wårdslost umgått, hvarigenom det dödt

blifvit, pröfvar häradsrätten skiäligt det bör hustru Anna Jönsdotter i förmågo af Kyrkolagen år 1686 cap 3 § 13 stå en Söndag uppenbar Kyrkioplicht uti Wingåkers Sockenkyrka. Hvilcket dock hvidare med ödmjukhet den Högl

Kongl Hofrättens Högrättwisa ompröfvande submitteras.

SIDS eller sjukdom? Tvillingar. Uttröttad mor.

Villåttinge häradsting juni 1720

Framkom för rätten hustru Anna Larsdotter i Nybble, Flens S:n gifvandes med gråtande tårar tillkiänna huru olyckeligen hon för ungefär 7 veckor sedan ett sitt späda flickebarn uti sängen förquäft, förklarandes sin oskyldighet derutinnan i så motto, att hon varit allt sedan barnets födsel mycket swag och siuk, hälst medan hon tvillingar framfödt, och af samma späda barns skiötzel dageligen mattad och uttröttad varit.

Efterfrågades dem som barnet besichtigat och instälte sig hustru Kjärstin Ersdotter i Orresta?, som eden aflade och berättade at hon straxt wid denna händelsen kallad blifvit, och funnit modren bemälta hustru Anna mycket swag och wahnmächtig, och hon kunnat hvarcken tala eller svara, men på barnets kropp har hon icke den ringaste åkomma kunnat se, hvaraf att antaga varit, det

MEDICINHISTORIA

skolat krammatz(*kramats eller tryckts hårt*), utan allenast en ganska liten bloddroppe vid näsan. Elliest hade hon sig bekant, att detta afledna barn alltjämt med siuklighet varit bekajat, såväl som det andra barnet, hvilket ännu i wedermöda lefver. Rätten frikände modern från försumlighet, men hon fick undergå kyrkoplicht i Flens kyrka.

Akut buk?

Oppunda häradsting sept 1721
Framkom Snickarens Abraham Erichssons i Quarngjöle, Wingåkers Sochn hustru Kierstin Andersdotter, gifvandes med sorgbundit mod och tårar tillkiänna, det hon nästlidna sommar wid andra allmänna Böndagstiden, om natten emellan fredagen och lördagen funnit ett sitt späda flickebarn om 10 månaders ålder hoos sig i sängen dödt. Förekallades hustru Brita Johansdotter i berörda Quarngjöle, som barnet besichtigat, hvilcken berättade, att hon icke på något ställe någon åkommo på barnet funnit än allenast en blånad på ryggen, som gått neder åt sidan och vänsta låret, dock förmente att samma blånad skall synts efter ett sår, som några dagar förut på barnets rygg upplupit, det skall och några dagar af förstoppelse några dagar qualts, som märkts derutaf att magen på barnet sedan det aflidit, synts tämmelig hög, och har detta barn äfven mächta olätigt(*skrikig, jämrande*) och sjukeligt om Böndagen funnits, men uti det sammanskiötande har modern all möjelig och tillbörlig flit och sorgfällighet wist.
Resolutio: I anledning av Kyrckolagens Cap 3 & 13 warder hustru Kerstin Andersdotter i Quarngjöle, Wingåkers sochn, för det hon sitt späda barn hos sig i Sängen lagt, och ifrå det samma insomnat, hvarigenom kan händt hafva, att det blifvit förqwaft, sig och andra till åtwarning, pålagd att stå en Söndag kyrkoplicht i berörda Wingåkers Östra församling.

Sanningen, skammen och förlåtelsen.

Föräldrar och närboende vittnen kan tänkas ha försökt förhindra eller lindra skam och straff genom att inte berättat hela sanningen. Detta i synnerhet om man själva mistänkt att barnet blivit klämt eller kvävt i sängen.

Det förefaller dock osannolikt, att så många "vanliga människor", vågat tumma alltför mycket på sanningen vid förhör inför präst, domare och andra auktoriteter i häradet.

Trots att föräldrarna inte har dömts som skyldiga till barnets död, har de flesta ansetts försumliga genom att de haft barnen i samma säng och somnat från dem. De har därmed brutit mot kyrkolagen och tingsrätten förordat straff som verkställs av kyrkan.

Straffet inför församlingen måste av de flesta ha känts skamligt. Kyrkans mening var däremot att ge förlåtelse, så att modern och/eller annan inblandad person kunde återupptas i den kyrkliga gemenskapen.(2).

Ragnar Jonsell

Tidigare barnhälsovårdsöverläkare, Jönköping

Ragnar.Jonsell@comhem.se

Otryckta källor

Renoverade domböcker från Oppunda, Rönö och Villåttinge härad. Svea Hovrätts arkiv i Riksarkivet.

Litteratur

1. Alm B. Sudden Infant Death Syndrome in Scandinavia. An epidemiological study. Göteborg. 1999.
2. Bergenlöf E. Skuld och oskuld. Barnmord och barnkvävning i rättslig diskurs och praxis omkring 1680-1800. Lund 2004.
3. Norvenius S. G. Some medico-historic remarks on SIDS. Acta Ped. Scand. Suppl. 389, 1993.
4. Persson B. E. B. Barnkvävning och plötslig spädbarnsdöd(=SIDS). Scandia 1996; 62:2: 195-219.

“Med nutida kunskap finns det skäl att anta att lindning av spädbarn liksom inrökta boningsrum, vilket var vanligt på 1700-talet har, ökat risken för SIDS”

INTERVJU

Barnläkaren som bestämmer på Karolinska

Text Samuel Lagercrantz

De flesta läkare blir förr eller senare chefer i någon bemärkelse. Avdelningschef, verksamhetsansvarig, divisionschef, klinikchef – eller sjukhusdirektör. Barnläkaren har träffat pediatrikern som ansvarar för 15 000 personer på Sveriges största sjukhus.

Efter tre år som vd för privatägda S:t Görans sjukhus blev barnläkaren Birgir Jakobsson i våras värvad till posten som sjukhusdirektör för Karolinska Universitetssjukhuset.

Vi träffas på hans kontor i Huddinge några trappor ovanför sjukhusets entréplan.

– Jag försöker att vara ungefär halva tiden på mitt kontor i Solna och halva tiden på mitt kontor i Huddinge. Det är viktigt att vara närvarande på båda platserna, säger han.

Han står inför flera utmaningar de närmaste åren. Fusionen mellan Karolinska Solna och Karolinska Huddinge måste slutföras och 2015 ska "Nya Karolinska" i Solna stå redo för inflyttning.

Mindre toppstyrt ledarskap

Som vd för S:t Görans sjukhus var han chef för 1 500 personer. Nu är det istället 15 000 anställda som ska ledas. Från tiden på det privata sjukhuset vill Birgir Jakobsson ta med sig ett decentraliserat ledarskap. De personer som ansvarar för det dagliga arbetet på avdelningarna ska få större befogenheter, men också större ansvar.

– Det är på avdelningarna de viktiga besluten tas. Därför måste man delegera ledarskap till de läkare och sjuksköterskor som är sektionschefer, säger Birgir Jakobsson.

Han vill arbeta med ett systematiskt förbättringsarbete.

– Nog har de redan tidigare arbetat med omfattande förbättring, men det är viktigt att det är en ständigt pågående process.



BIRGIR JAKOBSSON Född: 1948 i Reykjavik. **Familj:** Hustru, 3 barn och 6 barnbarn. **Första arbete:** Sommarjobb som byggarbetare. **Blir glad av:** Människor som växer och utvecklas. **Blir arg av:** Människor som inte vill ta ansvar **Läser:** "Good to Great" av Jim Collins. **Gör på fritiden:** Lyssnar på musik, spelar piano, spelar golf och fiskar.

Foto: Samuel Lagercrantz

Ökad patientsäkerhet och bättre tillgänglighet är några av de områden som han vill prioritera. Han betonar att patientsäkerheten är beroende av tillgängligheten. Ser inte sjukhuset till att människor får rätt vård i tid och att de kommer till rätt specialist i tid utsätter sjukhuset människor för risk.

Birgir Jakobsson är vid mitt besök ganska ny på jobbet. Kontoret är ännu långt ifrån överfullt och ett par rader i bokhyllan gapar fortfarande tomma.

– Jag vill ge mig i kast med att förbättra verksamheten genast, säger han.

Ville forska

En lätt brytning vittnar om hans isländska bakgrund. När han kom till Sverige, 1978, var han 30 år. Han började då att arbeta som barnläkare i Eskilstuna. Därefter sökte han sig till Huddinge för att forska. Så småningom blev han överläkare på barnkliniken. År 1995 blev han verksamhetschef, 1998 disputerade han och 1999 övertog han posten som divisionschef.

– Jag försökte fortsätta att arbeta kliniskt och att forska som divisionschef, men det blev ganska lite tid till det, säger han.

När han rekryterades som vd till Capio S:t Görans sjukhus år 2003 blev det ingen tid över till vare sig kliniskt arbete eller forskning.

– Det var nog ingen större förlust för forskningen, säger han och skrattar.



Karolinska i Solna och Karolinska i Huddinge ska knytas än närmre varandra. På bilderna ses de två sjukhusområdena ur fågelperspektiv.

INTERVJU

Favoriserar ingen

Han tror att hans bakgrund som barnläkare gör att han har en extra förståelse för de speciella omständigheter som gäller för barn och en extra insyn i barnsjukvården.

– Men jag favoriserar ingen. Mitt arbete utgår från min kunskap om ledarskap.

Birgir Jakobsson säger att arbetet som sjukhusdirektör för Karolinska Universitetssjukhuset liknar posten som vd för S:t Görans sjukhus.

– Agendan är snarlik. Det gäller att skapa forum för dialog. Fast här är det större och mer komplext. Och forskningen och undervisningen är mer omfattande här.



Birgir Jakobsson är sedan i våras sjukhusdirektör för Karolinska Universitetssjukhuset.

Han säger att Stockholms läns landsting och den politiska ledningen idag anstränger sig för att efterlikna arbetsättet hos privata aktörer, något han verkar uppskatta.

– För ägaren Capio var det tydligt vad man skulle uppnå. Man måste ha nöjda medarbetare och ständigt arbeta med förbättring. Jag tycker att det är tydligt i den här organisationen också, men det minskar längre ut i verksamheten. Det måste finnas en förståelse för att man ska ha koll på samtliga rutor.

Birgirs bästa ledarskapstips

På frågan om vilket som är Birgir Jakobssons bästa ledarskapstips svarar han att det är att vara tydlig i sitt uppdrag.

– Det är också viktigt att följa upp och fråga sig om det blev som det var tänkt.

– Ett tredje tips är att omge sig med en bra ledningsgrupp och att satsa på den.

Ledarskapslitteratur för läkare

Chef i sjukvården, Del 1 - omöjligt jobb eller bara svårt?*

En debattskrift som skildrar vad det innebär att vara chef i sjukvården.

Chef i sjukvården, Del 2 - råd och reflexioner*

En handbok som ger praktiska vardagsråd i arbetet som chef i vården. Alldagliga problem som läkarchefer på alla mellannivåer möter behandlas. Skriften tar också upp ledarens samspel mellan olika kategorier av medarbetare.

Lära läkare leda

Från 1989 av Barbro Dahlbom-Hall för att få läkare att förstå vikten av ledarskap.

Lära läkare förändra - för att få sjukvården med sig

Från 1997 av Barbro Dahlbom-Hall och Birgit Jacobsen. Innehåller råd och tips för en förändrad vårdstrategi och behandlar svårigheter att förändra i en hierarkisk struktur.

* De två första titlarna är framtagna av Läkarförbundets chefsförening och finns att beställa via chefsförbundets kansli.

UTBLICK

Kunskapsutbyte med Dartmouth Medical School i New England

Text Boel Andersson Gäre

Ar 2006 fick jag chansen att som visiting professor tillbringa hösten hos Paul Batalden vid Center for Clinical Evaluative Sciences (CECS), Dartmouth Medical School i Hanover, New Hampshire, som vårt landstings utvecklingsenhet, Qulturum, haft långvarig samverkan med. Professor Paul Batalden är barnläkare och ledde under många år en stor öppenvårdsverksamhet i Minneapolis. Som ledare kom han alltmer att intressera sig för hur man kan förbättra världens resultat genom att förstå sjukvården som system och använda systematiska metoder för förbättringar.

De senaste 15 åren har han lett en enhet inom CECS, *Health Care Improvement Leadership Development*, där han tillsammans med sina medarbetare byggt upp forskning och utbildning inom detta kunskapsområde. Målet för enheten är att integrera denna kunskap med klinisk forskning, i ledarskapsutbildning och i vårdens grund- och vidareutbildningar, exempelvis i läkares specialistutbildningar och i en tvärprofessionell masterutbildning. Syftet med min vistelse var att följa forsknings- och utbildningsaktiviteterna och metoder för hur man integrerat kunskaperna i akademisk och klinisk utbildning på olika nivåer.



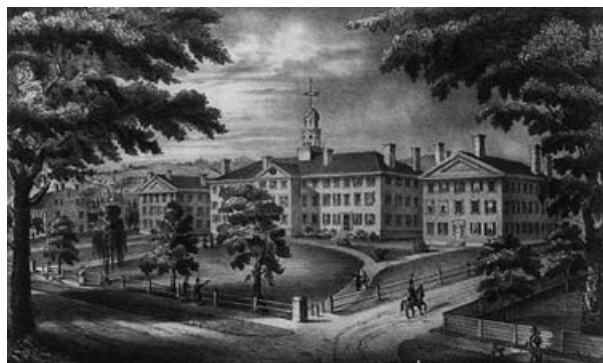
Paul Batalden håller föreläsning.

I denna reseberättelse ger jag en kort bakgrund om varför förbättringskunskap behövs, några nedslag i aktiviteter jag följt under hösten och några idéer om hur denna kunskap kan omsättas i Sverige.

Först lite om platsen Hanover

Hanover ligger i New Hampshire, som är en del av New England i nordöstra USA. Naturen är ganska lik den här hemma, men domineras av lövträd som under hela hösten bjöd på en enorm glödande färgprakt. Klimatet är likt vårt. Ett par timmar från staden ligger höga berg, med oändliga vandringsleder.

Det politiska klimatet är demokratiskt, president Bush står inte högt i kurs. Miljöfrågor är synliga – här finns fler miljöbilar och mer ekologiskt odlad mat än jag sett någon annanstans i USA. Hanover är en liten stad med knappt 10 000 invånare och cirka 5 500 studenter, 4 000 på college "undergraduate" och 1 500 på olika masters- och forskarutbildningar. Colleget utgör tillsammans med till exempel Harvard och Yale, de så kallade "Ivy League"-skolorna med lång stolt akademisk tradition. Men också en del inbyggd konservatism – det var först 1972 som kvinnor släpptes in här. Situationen förändras dock snabbt - i år var första året man hade något fler kvinnliga än manliga nyinskrivna studenter.



Dartmouth College grundades redan 1769. Tillsammans med ytterligare sju universitet, bland annat Yale, Princeton och Harvard, utgör lärosätet de så kallade Ivy League-skolorna som alla tillhör de äldsta och högst ansedda universiteten i USA. Den här målningen av universitetet tros vara gjord 1834.



Administrationsbyggnaden Parkhurst Hall på Dartmouth College campus.

UTBLICK

Vad är och varför behövs förbättringskunskap?

Institute of Medicine, IOM, (www.iom.org) i USA har under det senaste decenniet tagit fram flera skrämmande rapporter som belyser vårdens brister i kvalitet och säkerhet (1, 2). Dessa har även satt avtryck på den internationella agendan, inklusive Sverige. Vad är egentligen god vård? Och mer specifikt för oss som barnläkare, vad är egentligen god barnhälso- och barnsjukvård? Socialstyrelsen ger i skriften "God Vård" (3) vägledning och definierar, med inspiration från IOM, följande områden som utmärkande för god vård; den ska vara *kunskapsbaserad, tillgänglig, säker, patientcentrerad, effektiv och jämlik*. Ur ett pediatrikt perspektiv kan vi konstatera att Sverige har en fantastiskt god barnhälso- och barnsjukvård med resultat som vi vid en internationell jämförelse ska vara stolta över. Men, med nya medicinska möjligheter, som för med sig en ökande komplexitet i vårdprocesser och ett sjukdomspanorama i ständigt förändring, behöver vi som barnläkare ledningskompetens och redskap för att genomföra de förändringar som krävs för att hålla ställningarna och ständigt förbättra de resultat som ökar värdet för barn och deras familjer. För att samhället ska bidra med nödvändiga resurser krävs också bra metoder och verktyg för att visa vad vi åstadkommer, de nationella kvalitetsregistren är en sådan möjlighet. Med målsättningen att aktivt påverka utvecklingen behöver vi komplettera vår medicinska kunskap med "förbättringskunskap" som har blivit den svenska termen för continuous quality improvement, CQI. Redan i en artikel från 1993 "A framework for the continual improvement of healthcare" beskrev Paul Batalden behovet av kompletterande kompetenser för vårdens professioner i en ofta citerad modell, figur 1 (4). Denna modell har även integrerats i Socialstyrelsens skrift "God vård" (3). I Sverige har Högskoleverket nyligen uppmärksammat behovet av dessa kunskapsområden inom vårdutbildningarna och Socialstyrelsen har inkluderat dem i den förnyade ST-utbildningen.

Några aktiviteter jag följde

Den masterutbildning som leds av Paul Batalden har metoder för förbättring och ledning inom hälso- och sjukvården som huvudteman, men innehåller också epidemiologi, health policy, public health och mycket annat. Den delkurs jag följde var stimulerande och spännande, innehöll mycket litteraturstudier, grupp- och projektarbeten och reflektion. Sammansättningen av "klassen" bidrog till att det var extra roligt – med ett åldersspann från 22 till 59 år och med yrkesbakgrunder som läkare, sjuksköterskor, hälsoekonomer och sjukhusdirektörer. Med deltagare från åtminstone sju nationer och fyra kontinenter blev det möten fyllda av dynami(t)k. Vi fick också arbeta mycket "hands-on", bland annat utvecklade vi vårdprogram för olika förebyggande insatser som studenterna sedan under vårens kurs var med och implementerade i verksamheter och då samtidigt tränade på att använda förbättringsmetoder.

De dagar jag inte var i "klassen" följde jag andra utbildningar, bland annat ett specialistutbildningsprogram i prevention, ledarskap och förbättring som var intressant. Alla deltagarna gick ett parallellt "vanligt ST-block" inom olika specialiteter, med detta program som ett breddande parallellt tillägg. Ett liknande program i Sverige skulle säkert hjälpa till att få upp fler kollegors ögon för vikten av prevention och tidiga insatser inom hälso- och sjukvården. Annars blir man inte särskilt imponerad av hur preventivt arbete bedrivs i USA. Exempelvis är mycket av barnhälsovården upplagd som enskilda läkarbesök, även om man börjar inse styrkan med vår populationsbaserade modell med kloka, erfarna BVC-sjuksköterskor som står för kontinuitet och tillgänglighet. Resultaten tycks vid jämförelse, vara bättre i populationsbaserade system som vårt. Folkhälsoaspekterna lyser med sin frånvaro i USA – det är en mer individbaserad prevention man talar om, till skillnad från vårt system där vi inkluderar både och, åtminstone för de mindre barnen.

I oktober deltog jag i en arbetskonferens som "Vermont-Oxford Network" hade i Philadelphia. Det är ett nätverk som arbetar med att förbättra neonatalvården med utgångspunkt i ett gemensamt kvalitetsregister och kombinerar detta med coaching i förbättringsmetoder. Drygt 20 tvärprofessionella team från hela USA deltog. Genom att använda förbättringsmetoder systematiskt och lära av varandra har man exempelvis lyckats minska sepsisfrekvensen och därmed förbättra överlevnaden dramatiskt på flera ställen. En givande del av detta möte var att alla teamen hade *föräldrarepresentanter* med sig som deltog på ett mycket aktivt sätt i att utveckla vården. Det man inte kommit så långt med ännu, men börjat arbeta med var kopplingen till uppföljande vård. Där fick jag chansen att berätta om hur barnhälsovården tillsammans med neonatalavdelningen i Jönköping utvecklat informationsflöden och interaktion vilket lett till större trygghet för barnens föräldrar.

Hur utveckla kvaliteten i vården?



Figur 1: Det krävs två slags kunskapsområden för att utveckla vårdens arbetsätt och resultat. Bilden är hämtad från *God vård (SOSFS 2005:12)(3)* efter Batalden, P. & Stoltz, P(4)

UTBLICK

Paul Batalden är en av grundarna till Institute for Healthcare Improvement, IHI, (läs mer på www.ihl.org) i Boston som leds av kollegan Don Berwick, ursprungligen professor i pediatrik vid Harvard. Bland otaliga andra aktiviteter har IHI sedan år 2000 stött ett nätverk bestående av Dartmouth Medical School och elva andra universitet i USA, med mål att utveckla vårdutbildningarna, bland annat genom mer interprofessionell samverkan, förbättringskunskap och systemförståelse. Förutom regelbundna telefonkonferenser har nätverket två årliga möten. Höstens möte hölls i Nashville, med Vanderbilt University som värd. Det finns en stor samstämmighet mellan de olika professionsföreträdarna vad som behöver vidareutvecklas i framtidens vårdutbildningar. Just vid Vanderbilt har man förutom de gemensamma kompetensdomänerna lagt stor vikt vid IT-kompetens inom såväl läkar- som sjuksköterskeutbildningarna. Även utbildningsmiljöerna hade ett starkt IT-stöd, alla föreläsningar var streamade, alla patientkontakter var registrerade och kunde diskuteras i efterhand med handledare etcetera. Inslag av olika simuleringstekniker i undervisningen var påtagliga.

Hur kan förbättringskunskap stödja utvecklingen av pediatriken i Sverige?

Att förstå och nyttja variation till lärande och förbättring är en av komponenterna i förbättringskunskap, figur 1. Då vi skärskådar exempelvis kvalitetsregister, barnklinikernas verksamhetsberättelser, Nysamdata, Socialstyrelsens barnhälsodata etcetera finner vi *stor variation* i resultat, resurser och arbetssätt inom barnhälso- och barnsjukvården, vilket talar för att alla barn inte har samma chans till god och evidensbaserad vård. Exempelvis ser vi stora regionala skillnader i hur många barn som föds med kejsarsnitt, hur många barn som vårdas på sjukhus på grund av astma, hur många barn med diabetes som uppnår målen för HbA1C, hur många barn som behandlas med tillväxthormon och så vidare. Oftast är det inte den medicinska kunskapen som saknas – många gånger finns till och med nationella gemensamma riktlinjer – utan det är *hur* vi ger vård som gör skillnaden. Jag tror att en av anledningarna till att många läkare är frustrerade och upplever begränsade möjligheter till påverkan är att man inte fått med sig kunskaper och redskap för att analysera och förändra det system eller den

kontext man befinner sig i – och därigenom inte kan förändra resultaten för de patienter som man brinner för att hjälpa. Genom att bredda kompetensen redan under grundutbildningen och sedan under den fortsatta professionella utvecklingen kan den situationen ändras. Civilingenjörer och ekonomer har ofta ledarskap och processtänkande integrerat i sina utbildningar som en självklarhet och det skulle läkargruppen vinna på i framtiden. I utvecklingen av grundutbildningar och den nya ST-utbildningen har vi chansen att påverka situationen. En arbetsgrupp för kvalitet och säkerhet i barnsjukvården inom BLF skulle kunna stödja en sådan utveckling.

Boel Andersson Gäre

Barnhälsovårdsöverläkare, Jönköping

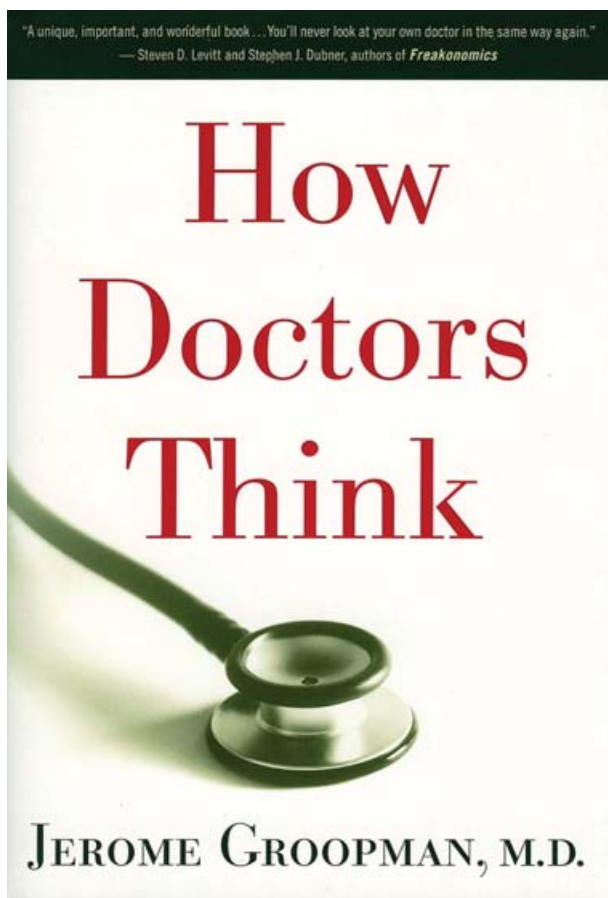
Referenser:

1. Institute of Medicine. *To Err is Human: Building a safer health system*. National Academy press: Washington DC, 2000.
2. Institute of Medicine. *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century*. National Academy press: Washington DC, 2001
3. God Vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården. Stockholm: SOSFS. 2005;9-12.
4. Batalden PB, Spitz P. A framework for the continual improvement of healthcare: Building and applying professional improvement knowledge to test changes in daily work. *Journal on Quality Improvement (The Joint Commission)* 1993;10:424-5.

“Jag tror att en av anledningarna till att många läkare är frustrerade och upplever begränsade möjligheter till påverkan är att man inte fått med sig kunskaper och redskap för att analysera och förändra det system eller den kontext man befinner sig i”

RECESSIONER

Hur tänker egentligen vi doktorer?



Titel: How Doctors think
Författare: Jerome Groopman
Utgivningsår: 2007
Förlag: Houghton Mifflin Company, New York
Cirka pris: Inbunden ca 26.00 US\$
ISBN-10: 978-0618-61003-7

Underlaget för våra kliniska beslut är våra tidigare inlärdade teoretiska faktakunskaper och erfarenheter som tillsammans med mer eller mindre väl memorerade flödesscheman och algoritm leder oss vidare in i mångfalden av evidensbaserade vårdprogram. Dessa strukturerade ramar är oss givetvis till stor hjälp, men de kan också locka oss till en begränsning av vår förmåga att tänka "outside the box". De kognitiva processer som leder oss i beslutsprocesser är ofullständigt utforskade. Vi vill gärna tro att vårt handlande styrs av vetenskap och beprövad erfarenhet, men är detta verkligen sant? Handlar vi städse efter den hypotetiskt deduktiva modellen med ett öppet sinnelag och beredskap att överväga varje tänkbar förklaring till presenterade symtom, eller är vi offer för de för-

rådiska kognitiva genvägar som våra tankar kan ta? Jerome Groopman, vuxenonkolog vid Harvard, diskuterar detta i sin bok: *How Doctors think*, och identifierar nedanstående fem typer av kognitiva irrfärder som vi mer eller mindre omedvetet kan lockas in i och som envist häftar sig fast i vårt beslutsfattande.

Attribution errors vilket innebär att vi har en tendens att kategorisera patienten efter en negativ förståelse. Till exempel kan vi tendera att inte ta subjektiva somatiska symtom på samma allvar om vi vet att patienten har eller haft en långvarig kontakt med barnpsykiatri eller sociala myndigheter.

Prototypic errors vilket är motsatsen till ovanstående, nämligen att vi har svårt att till exempel föreställa oss att barnmisshandel skulle kunna pågå i en familj som är så välartad och trevlig och så lika oss själva som vårt intryck ger vid handen.

Affective errors karakteriseras av en mer känslomässig blockering, och är vanlig vid behandling av familjemedlemmar, kollegor eller nära vänner. Vi när en förhoppning om att saker och ting nog inte är så illa som det förefaller och hoppas att det löser sig med tiden.

Confirmation bias eller anchoring innebär att vi snabbt bildar oss en uppfattning om vad i problemet består och samlar sedan mer eller mindre omedvetet, med riktade frågor selektiv information för att förankra vår ursprungshypotes.

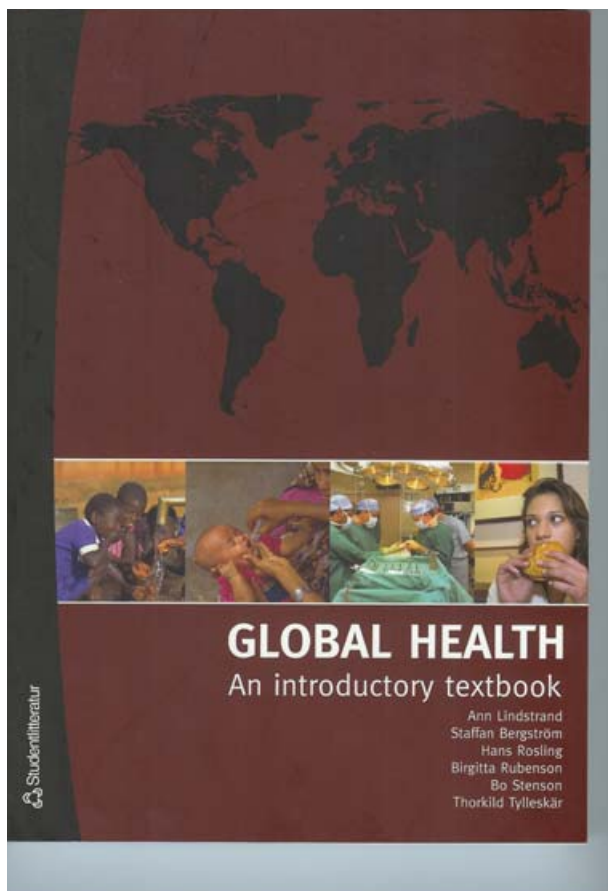
Commission bias inträffar oftast på akutmottagningar eller intensivvårdsavdelningar när vi kan känna oss pressade av både anhöriga, kollegor eller övrig personal att göra någonting – strängt taget vad som helst – bara något, då vi kanske hellre borde avvakta.

Boken bygger på ett stort antal autentiska fallbeskrivningar som exemplifierar kognitiva genvägar i den kliniska beslutsprocessen, och speglar den amerikanska sjukvården mer än vår svenska. Men det är gradskillnader - inte artskillnader som beskrivs. Författaren manar särskilt till återhållsamhet och eftertanke i stället för att handla efter det medicinska imperativet att: allt som kan göras skall göras. Ett exempel på en *commission bias* som jag själv upplevde när jag arbetade som fellow i neonatologi i USA kan sammanfattas som: *When you have done everything you possibly can think of, and you still don't have the slightest idea of what's going on with the baby: call the surgeons! They won't know either, but they will sure as hell do something about it!*



Carl Lindgren
 Barnläkare, Stockholm
 carl.lindgren@actapaediatrica.se

Global Hälsa - ett nytt kunskapsområde



“Boken bidrar till att etablera och definiera global hälsa som ett nytt kunskapsområde”, skriver Lars Smedman om boken “Global Health”.

Titel: Global Health

Författare: Ann Lindstrand, Staffan Bergström, Hans Rosling, Birgitta Rubenson, Bo Stenson och Thorkild Tylleskär

Förlag: Studentlitteratur

Utgivningsår: 2006

Cirka pris: 295 kr

ISBN10: 914-4021-984

Boken avhandlar själva begreppet utveckling, dess påverkan på människors hälsa, demografisk dynamik, olika hälsosystem och internationellt samarbete på hälsoområdet. Dessa kapitel innehåller träffsäkra iakttagelser och många viktiga tankar. Man får klart för sig varför engelsmännen koloniserade Australien och inte aboriginerna England och annat i den stilen. Den ekonomiska aspekten - i vid bemärkelse - finns med hela

tiden. Indiens och Kinas enormt stora befolkningar vittnar om relativt goda levnadsförhållanden under långa historiska perioder. Utvecklingen på senare år har inneburit en betydande diversifiering av socioekonomisk nivå bland jordens länder och tudelningen i- och u-länder, rika och fattiga etcetera genererar mer värme än ljus. Författarna lanserar istället en indelning i fyra kategorier med “länder i sönderfall” i botten och höginkomstländerna i topp. I en serie “textboxar” illustreras levnadsförhållanden i ett land av vardera sorten genom att återge en flickas vardagsproblem. Ett utmärkt sätt att knyta ihop det stora och det lilla!

Som en analogi till den demografiska transitionen diskuterar boken hälsotransitionen. Begreppet DALY (Disability Adjusted Life Years) förklaras och författarna analyserar förlusten av DALY:s per 1 000 befolkning i olika sjukdomar eller till följd av olika ohälsosfaktorer och marginalkostnaden för att avhjälpa förlusten ifråga. Det är ett produktivt synsätt, för man blir uppmärksam på förhållanden som inte är intuitivt uppenbara. Så kan till exempel ekonomin för pyrettrum-impregnerade myggnät ifrågasättas när de på denna grund jämförs med tidig behandling av malariattacker. Sedan är det en annan sak att det finns andra än ekonomiska aspekter på hälsopolitik. Visst är det allra bäst om en intervention, som vaccinationer, kan göra hela skillnaden mellan hälsa och sjukdom, men alternativkostnaden och “the bang for the bucks” måste ändå ingå i avvägningarna.

Det ges en bred översikt över de viktigaste enskilda sjukdomarna och även nutritionsproblemen med tonvikt på barn. Det blir rätt ytliga beskrivningar av vanliga sjukdomar och skador. Att laga mat över öppen eld utgör en riskfaktor för brännskador hos småbarn, får man veta, men det sägs ingenting om hur man ska behandla dessa under resursknappa förhållanden. Det finns ju ett stort behov av litteratur som beskriver goda medicinska andrahandslösningar. Å andra sidan kan en bok inte innehålla allt.

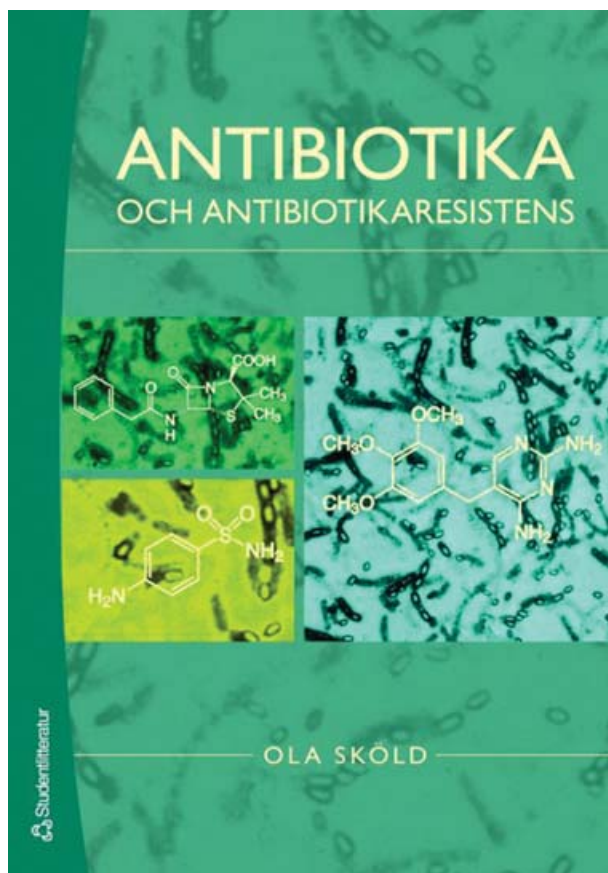
Att skriva, sammanställa och ge ut en bok av detta omfång och med denna höga ambitionsnivå är ett stort företag och författarnas arbete och resultatet är värda all respekt. Boken bidrar till att etablera och definiera global hälsa som ett nytt kunskapsområde.

Lars Smedman

Barnläkare, Karolinska Universitetssjukhuset, Solna

RECENSIONER

Att överlista bakterierna



Den nya boken om hur bakterierna ska besegras får både ris och ros. "Man tar sig för pannan inför märkliga kommateringar och meningsbyggnadsvarianter", skriver Rutger Bennet och Christian G. Giske som samtidigt anser att författaren har lyckats med en spännande framställning utan att tumma på vetenskaplig precision.

Titel: Antibiotika och antibiotikaresistens

Författare: Ola Sköld

Förlag: Studentlitteratur

Utgivningsår: 2006

Cirka pris: 318 kr

ISBN10: 9144036213

Detta är inte en lärobok i antibiotikaanvändning, utan en introduktion till dess funktion på molekylär nivå, och den därmed intimt förknippade resistensutvecklingen. Om vi inte lyckas överlista bakterierna kommer många för oss självklara botemedel mot svåra sjukdomar att bli oanvändbara. Det är därför angeläget att kunskap om resistensmekanismers

uppkomst och funktion sprids bland så många som möjligt. Denna bok fyller här en viktig funktion.

Efter inledande historik, med många roande och tankvärda anekdoter, går författarna igenom de olika antibiotikaklassernas funktionssätt, med viktiga exempel på hur bakterierna anpassat sig till dessa. Stor vikt läggs vid analysen av resistensmekanismernas fylogenetiska ursprung, ofta från jordbakterier. Detta framstår som logiskt eftersom många av våra antibiotika ursprungligen hittats just hos jordbakterier.

Tittar man till det faktiska innehållet i boken har författaren lyckats täcka de flesta moderna resistensproblem men med några undantag. Trimetoprim och sulfonamider har fått en central plats i boken, vilket inte riktigt överensstämmer med den plats de har i modern infektionsbehandling. Författaren motiverar detta med att detaljrikedomen syftar till att utförligt exemplifiera resistensevolutionen. En lustighet som introduceras i detta kapitel är "minsta hämmande koncentration" (MHK). Nog kan man uppskatta att man försöker hitta svenska ord för engelska begrepp, men *minimal inhibitory concentration* (MIC) är en mycket väl etablerad term och MHK bidrar nog mer till förvirring än till hjälp i sammanhanget. I kapitlet som behandlar resistens mot betalaktamantibiotika saknar man en något bredare beskrivning av betalaktamaser med utvidgat spektrum (*extended-spectrum betalactamases*, ESBL), vilket har blivit ett mycket stort kliniskt resistensproblem. Författaren nämner endast i mycket korta drag andra mekanismer för betalaktamresistens och man skulle önska sig att denna del av boken utvidgas en del i nästa upplaga. Överförbar kinolonresistens får dessutom en mycket stor plats, kanske något oproportionerligt med tanke på att den kliniska relevansen av denna typ av resistens är mycket tveksam. Språkliga skönhetsfläckar finns, och man tar sig för pannan inför märkliga kommateringar och meningsbyggnadsvarianter. Ansvar torde ligga på förlaget snarare än på författaren. Kanske är man rädd för att rätta en professor? Vågar man i så fall hoppas på en mer frejdig redaktion av nästa upplaga? Trots dessa kritiska kommentarer måste man erkänna att författaren har lyckats med att göra materialet lätt tillgängligt, utan att tumma på vetenskaplig precision. Sköld lyckas på ett charmerande sätt levandegöra det bitvis torra materialet, så att man rycks med och knappt kan bärga sig innan man i slutkapitlen äntligen får mer detaljer om hur hela gäng av resistensmedierande DNA-kassetter via integron, transposon och plasmid förs över från en bakterie till en annan. Boken rekommenderas för var och en som har inflytande över antibiotikapolicyn vid sin arbetsplats.

Rutger Bennet, rutger.bennet@karolinska.se

Christian G. Giske, christian.giske@karolinska.se

DEBATT

Granska tillsatsämnen i läkemedel för barn

Godkända läkemedel innehåller tillsatsämnen som i studier visat sig vara toxiska eller allergena.

Vissa läkemedel som har använts länge har aldrig genomgått omfattande studier vad gäller effekter av tillsatsämnen.

Jenny Stejskal, ST-läkare i allmänmedicin, anser att alla läkemedel som är godkända för användning hos barn borde genomgå en fullständig utvärdering med fokus på tillsatsämnen.

Förra året hade jag en barnpatient som fick mig att fundera kring tillsatsämnen i läkemedel. I just det fallet rörde det sig om en misstänkt allvarlig biverkan efter upprepad behandling under en längre period med Pfizers Chloromycetin ögondroppar 5 mg/ml. I dessa ingår fenykvicksilver som konserveringsmedel.

Jag skickade en synpunkt på detta till Läkemedelsverket som svarade att konserveringsmedlet är godkänt i Sverige och att deras åtgärd skulle bli att utfärda en tydligare varning i bipacksedeln.

I USA togs kvicksilver bort från de flesta vanliga barnvacciner år 2003 efter uttalanden från US Government Health Agencies, vaccinproducenter och American Academy of Pediatrics. Också i Sverige är vacciner, flertalet ögondroppar samt linsvätskor fria från kvicksilver sedan ett par år. Dock innehåller flera vacciner aluminium och formaldehyd.

Det finns flera exempel på tillsatsämnen som är potentiellt skadliga för barn såväl som för vuxna. Det är läkemedel med för patienten daglig, ibland livslång exponering. Ett sådant exempel är fenoler, som är aromatiska ämnen, där bland annat kresol ingår. Fenoler är vävnadstoxiska vid exponering genom inhalation, applikation på huden eller oral administration och m-kresol har i studier visat sig vara cancerogent (www.physchem.ox.ac.uk/MSDS). Långtidseffekter till följd av lågdosexponering är inte studerade. Kresol används som konserveringsämne i vanliga insuliner; Insulatard, Mixtard, Actrapid samt Novorapid innehåller m-kresol alternativt både m-kresol och fenol. Tillväxthormonet Genotropin innehåller m-kresol i flerdossprutan.



En annan metall som förekommer i vården är Lapis (silverniträt) som nyligen avvecklats, av miljöskäl (!), för användning på spädbarn. Däremot används det fortfarande vid etsning av näslemhinnan vid näsblödningar och i sårvårds-material.

“Det finns flera exempel på tillsatsämnen som är potentiellt skadliga för barn såväl som för vuxna. Det är läkemedel med för patienten daglig, ibland livslång exponering”

Titandioxid är en övergångsmetall som används som vitt färgämne i tandkräm, solkrämer och i drageringen på tabletter. Det används som bekant också i olika implantat. Titandioxid är inte celltoxiskt, men däremot har resultat som visar på allergiska reaktioner publicerats. Epikutantestets värde vid utredning av titanallergi är begränsat då hudpenetrationen av titandioxid är sämre än för andra standardantigener. In vitro testet Memory Lymphocyte Immuno Stimulation Assay, MELISA[®], finns tillgängligt i Sverige och används för att påvisa typ 4 allergi/immunreaktivitet i patientens blod mot metaller, kemikalier, läkemedel, borrelia och vissa födoämnesantigen inklusive gluten. Mer information finns på www.melisa.org.

Naturligtvis är det Läkemedelsverkets ansvar att kontrollera ämnen som ingår i läkemedel. Problemet är att vissa tillsatsämnen som använts länge aldrig genomgått rigorösa studier vad gäller toxiska eller allergena effekter. Jag anser att läkemedel som är godkända för användning hos framförallt barn borde granskas utifrån potentiellt skadliga tillsatser. Alternativet är att använda engångsförpackningar som är fria från konserveringsmedel.

Chloromycetin finns som ögonsalva utan kvicksilver och Genotropin finns i endosförpackning. “Better safe than sorry” borde vara praxis speciellt vid behandling av barn och unga patienter.



Jenny Stejskal, ST-läkare i allmänmedicin, Stockholm

KALENDARIUM

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

OKTOBER 2007

6-8/10 Prag. 48th ESPR
www.kenes.com/Paediatric-Research/

8-12/10 Stockholm (KS) Ärftliga metabola sjukdomar - SK- och vidareutbildning för läkare.

17-18/10 Stockholm Överviktiga barn och ungdomar - forskning, praktik och evidensbaserad familjeviktsskola.

17-19/10 Göteborg. Adolescent Health. BLF:s arbetsgrupp för ungdomsmedicin/Nordiska hälsöhögskolan.
Info: t.melin@swipnet.se , www.nlv.se

NOVEMBER 2007

12-14/11 Steningevik (nära Arlanda). Syndrom med kortvuxenhet - Klinik, genetik och behandling.

21-22/11 Umeå. Överviktiga barn och ungdomar - forskning, praktik och evidensbaserad familjeviktsskola.

APRIL 2008

14-18 /4 Örebro. Barnläkarveckan 2008!

MAJ 2008

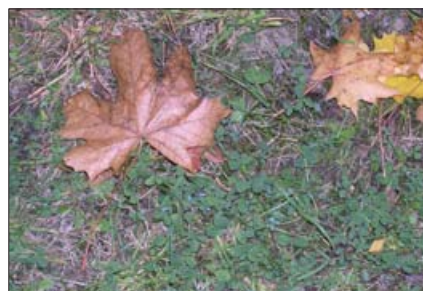
3-6/5 Honolulu. Pediatric Academic Societies' Annual Meeting.
www.pas-meeting.org , info@pas-meeting.org

JUNI 2008

14-17/6 Istanbul. Europaediatrics 2008.
Info: www.europaediatrics2008.org

Nästa nummer

utkommer den 28 november. Manusstopp är den 2 oktober. Varmt välkommen att medverka i tidningen! Glöm inte att skriva under din artikel med namn, titel och arbetsplats (till exempel Anders Andersson, Barnläkare, Malmö). Skicka endast slutversion av manus. Kontakta Barnläkarens chefredaktör om du har några frågor.



Läs Barnläkaren på BLF:s webbplats
www.blf.net

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

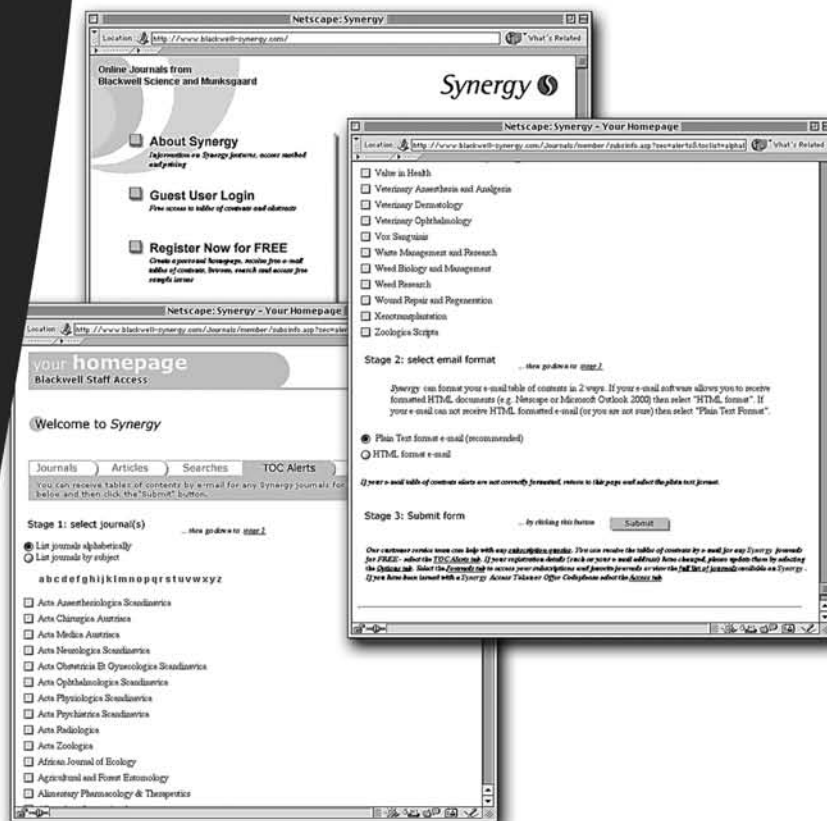
**Blackwell
Synergy**



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.se
A Bristol-Myers Squibb Company

MeadJohnson
Nutritionals