

Nr.4/Augusti 2008

Barnläkaren

Tema: Infektionssjukdomar

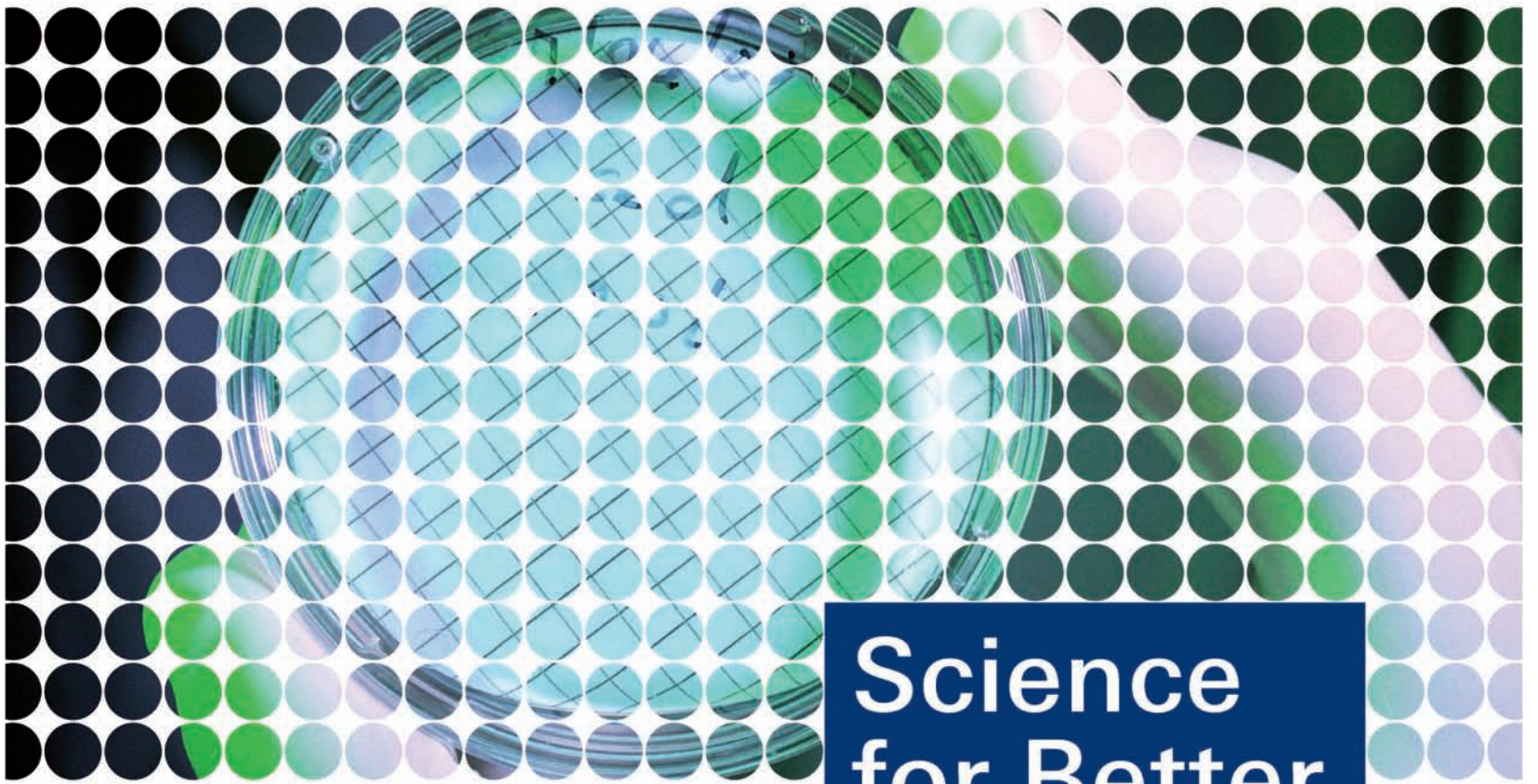
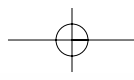
Intervjun: "Man behöver inte vara rädd för att bli fälld, men man riskerar att dras in i en lång och smärtsam process. Kanske väljer några då att avstå från att anmäla."

Olof Flodmark, MIO-gruppen, om barnmisshandel



SVENSKA BARNLÄKARFÖRENINGEN
SWEDISH PAEDIATRIC SOCIETY

 WILEY-
BLACKWELL



Science for Better Nutrition



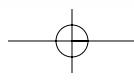
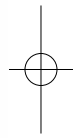
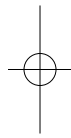
Nestlé Nutrition Medical & Scientific Program

The Nestlé Nutrition Institute™ contributes to the continuing information and education of health professionals in the area of infant, clinical and performance nutrition.

Workshops, publications, educational material, scholarships and a new website make this Medical & Scientific Program complete.



www.nestlenutrition-institute.org



Innehåll

Barnläkaren

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

Ansvarig utgivare

Margareta Blennow
margareta.blennow@sodersjukhuset.se

Chefredaktör/Annonskontakt

Margareta Munkert Karnros
margareta.munkert@actapaediatrica.se

Redaktionssekreterare

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

Litteraturredaktör

Carl Lindgren
carl.lindgren@actapaediatrica.se

Manuskript insändes

per mail till:

Margareta Munkert Karnros
margareta.munkert@actapaediatrica.se

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

Förlag

Barnläkaren is published by Blackwell Publishing Ltd
9600 Garsington Road
Oxford OX4 2DQ, UK
Tel: +44 1865 776868
Fax: +44 1865 714591
mvinding@wiley.com
Blackwell Publishing Ltd was acquired by John Wiley & Sons in February 2007. Blackwell's programme has been merged with Wiley's global Scientific, Technical, and Medical business to form Wiley-Blackwell.

Tryck

COS Printers Pte Ltd, Singapore

Redaktionsråd

Hugo Lagercrantz
Måna Wallensteen
Göran Wennergren
Björn Wettergren

LEDARE

3

REDAKTÖRENS RUTA

4

BARNMEDICIN

Säkerhet vid medicinering

5

Biosimilars- en neologism att känna till

6

TEMA: INFEKTIONSSJUKDOMAR

Neuroborrelios - vanligaste orsaken till bakteriell meningit hos barn i Sverige.

7

Nya rekommendationer för att förebygga tidig GBS-infektion hos nyfödda

9

Hepatit B hos barn/Hittar vi alla barn som drabbats?

11

Kunskapen om tuberkulos hos barn behöver förbättras

14

Prevention - Hur förhindra infektioner i vardagen?

16

Leva med barn - "Diagnosen kom som en chock"

17

NYHETER

Nyhetsvep

18

Notiser

19

ENKÄTEN

Barn och TV-tittande

21

DEBATT

Kulturkrockar

22

EXTRA: BARNVECKAN 2008

Bildreportage

23

INTERVJUN

Olof Flodmark - Information till föräldrar ska minska antalet fall av spädbarnsmisshandel

27

LITTERATUR

Send: The essential guide to email for office and home

29

KONST

Charlotte Gyllenhammars barnskulpturer

31

KALENDARIUM

32



Jerringfonden har till ändamål att främja i Sverige boende fysiskt och/eller psykiskt missgynnade barns vård, fostran och utbildning

Jerringfonden anslår varje år medel till:

- **Forskningsanslag och forskningsstipendier**
(sista ansökningsdag den 20 september)

- Inom medicinsk forskning prioriteras patientnära klinisk forskning
- Inom beteendevetenskaplig forskning prioriteras studier av olika typer av intervention till förmån för missgynnade barn.

- **Lärresor för arbetslag/personalgrupper**
(sista ansökningsdag den 4 oktober)

Ge arbetslag eller motsvarande möjlighet att inhämta, tillämpa och sprida ny och unik kunskap i pedagogiska metoder, medicinsk behandling och omvårdnad av fysiskt och/eller psykiskt missgynnade barn genom studier vid institution på annan ort.

- **Verksamhetsanslag till organisationer/föreningar/institutioner/särskolor**
(sista ansökningsdag den 20 oktober)

Anslag lämnas till sådan verksamhet som avser att utveckla barnens sociala kompetens, kreativitet och intellektuella/emotionella kapacitet. Anslag lämnas till exempelvis läger- och fritidsverksamhet samt skol-/studieresor för barnen. Anslag beviljas till aktiviteter för barnen och för den specialanpassade utrustning som barnen behöver.

- **Fortbildningsstipendium för personal**
(sista ansökningsdag den 1 februari)

Bidrag till kortare fortbildning, specialstudier, konferens-/studieresor för personal som arbetar med fysiskt och/eller psykiskt missgynnade barn inom sjukvård, omsorg eller undervisning.

Ansökningsblanketter och mera information finns att hämta på fondens hemsida, www.jerringfonden.org.

Stiftelsen Sven Jerrings Fond bildades år 1955 av radiojournalisten Sven Jerring och delar årligen ut cirka 6 miljoner kronor.

Stiftelsen Sven Jerrings Fond • Box 12851 • 112 98 Stockholm • Tel: 08-91 10 01

LEDARE

Det var lärorikt och det var roligt att delta i barnvecka i Örebro i april. Utbudet av föreläsningar, diskussioner och seminarier var rikt. HIV, tillväxt, kvalitetsregister ja mångfalden inom det pediatrika fältet speglades tydligt. För dig som inte var där finns flera av presentationerna på vår hemsida www.blf.net under Barnveckan, Program och anmälan. Arrangörerna i Örebro gav oss också goda möjligheter att få skratta och få nya kontakter genom de trivsamma kvällsaktiviteterna. Titta gärna på bildreportaget i detta nummer. Stort tack till Barn- och ungdomskliniken i Örebro!

Sedan början av 2008 har BLF svarat på ett tjugotal remisser. De har rört allehanda angelägna områden för barnläkares utbildning och forskning som "Vägen till legitimation", "Läkarens specialiseringstjänstgöring" och "Utredning av den kliniska forskningen". Även områden som rör barns hälsa och sjukvård har berörts. Socialstyrelsens förslag till en nationell databas för rapportering och uppföljning av barns längd och vikt, Livsmedelsverkets förslag till nya kostråd till gravida och ammande, förslag om allmän pneumokockvaccination och yttrande över auktorisation av förlossningsvård/vårdval inom Stockholms läns landsting. Det är rätt fantastiskt hur alla medlemmar som tillfrågas ställer upp, läser, granskar och grannar och sedan formulerar sig. Därefter går remissvaren per mail till styrelsemedlemmarna som får säga sitt innan vi skickar in svaren. Barnläkarföreningens röst blir hörd och vi kan vara med och påverka även om effekten inte alltid syns öppet. Tack alla för insatserna!

BLF har också tillsammans med arbetsgruppen för flyktingbarn yttrat sig om förslagen i SOU 2007:34 om "Skolgång för barn som skall avvisas eller utvisas". BLF's bestämda uppfattning är att rätten till skolgång ska gälla alla barn som mer än tillfälligtvis vistas i Sverige. Vidare anser BLF att det är nödvändigt med klarare regler för sekretessen kring gömda barn. Läs gärna Henry Aschers och Lars H Gustafssons omsorgsfullt skrivna synpunkter. De finns på hemsidan www.blf.net under Arbetsgruppen för flyktingbarn. Samma arbetsgrupp har även uppvaktat migrationsminister Tobias Billströms statssekreterare i maj med anledning av Sveriges motspänstighet när det gäller att implementera barnkonventionen och för att diskutera hur vi skall kunna nå framgång med arbetet med flyktingbarn om inte föräldrarna också får hjälp.

Socialdepartementet ordnade i juni en årlig konferens kallad Barnrättsforum 2008 med syfte att belysa barnens rätt till skydd mot alla former av fysiskt och psykiskt våld. Socialminister Göran Hägglund, som även kallar sig "Barnminister" öppnade med att trots att det framgångsrika agaförbudet snart är 30 år (nästa år) finns nu en oro för "föräldrarnas mer tillåtande attityd till aga". Polisanmälda fall av barnmisshandel ökar, skälen vet vi lite om. BLF-medlemmen Staffan Janson, redogjorde för en ny nationell kartläggning "Våld mot barn 2006-07". Bakom resultaten stod drygt 2000 föräldrar och 2500 barn. Det var delvis skrämmande siffror som presenterades. Våld mellan vuxna är den klart största riskfaktorn för kroppslig bestraffning av barn och det är de minsta (barn under sex år) som är mest utsatta för fysiskt våld. Men inte bara det. De svagaste av alla, barn med kroniska sjukdomar och funktionshinder får mest stryk. Olof Flodmark, neuroradiolog och initiativtagare till MIO-gruppen presenterade ett nytt regionalt vårdprogram för Stockholms läns landsting "Vid misstanke om fysisk misshandel av späda barn". I Sverige beräknas årligen nära 100 barn under ett års ålder utsättas för allvarlig fysisk misshandel. Av de spädbarn som skakas våldsamt undgår endast sju procent bestående men. Sammantaget har vi barnläkare en tydlig uppgift. Det är att förstå och våga se att ett barn far illa. Här tror jag att vi måste hjälpa varandra och samarbeta med andra instanser och myndigheter. Barnläkaruppgiften är onekligen mångfacetterad.



Margareta Blennow
Ordförande i Svenska Barnläkarföreningen

Redaktörens ruta



Vi har redan nått fram till augustinumret av Barnläkaren. Den efterlängtrade sommaren är på väg att bereda rum för andra årstider och för många börjar det nu bli dags att kavla upp ärmarna och ta nya tag igen.

Som flera av er uppmärksammat redan, har tidningen hittills genomgått en del förändringar, både

strukturellt och innehållsmässigt. Vi tackar för all positiv respons i samband med detta och kommer naturligtvis även i fortsättningen att arbeta för att tidningen ska bli så läsvärd och informativ som möjligt. Redan nu har vi nöjet att presentera

aktuella teman för samtliga nummer 2009!

Temadelen denna gång handlar om Infektionssjukdomar, ett mångfacetterat ämnesområde i ständig förändring. I början av året fastställde Socialstyrelsen nya rekommendationer för att förebygga tidigt debuterande GBS-infektion hos nyfödda. Bland annat beslutades att mödrar med vissa riskfaktorer ska ges antibiotika under förlossningen. Läs vad Stellan Håkansson på Norrlands universitetssjukhus i Umeå har att säga om detta. Vi har också pratat med en familj vars båda söner fick diagnosen Chronic granulomatous disease (CGD), en primär immunbristsjukdom, som spädbarn. Hur ser deras situation ut idag? Och vad anser de om den vård de fått sedan de meddelats diagnosen?

Ett annat aktuellt ämne, inte minst på grund av flertalet tragiska händelser under våren, är olika typer av våldsbrott mot barn. För ett par år sedan rapporterade American Academy of Pediatrics att antalet kända fall av Shaken

Baby Syndrome halverats på vissa platser i USA, sedan man infört obligatorisk information till föräldrar om livsfaran i att utsätta ett spädbarn för kraftiga skakningar. I Sverige pågår nu ett försök att införa en liknande åtgärd och på uppdrag av regeringen och Stockholms läns landsting har Astrid Lindgrens Barnsjukhus i Stockholm börjat utforma ett speciellt föräldrautbildningsprogram.

Olof Flodmark, professor i barnneuroradiologi vid Karolinska Universitetssjukhuset, berättar mer om detta i **Intervjun**.

Den som var med på **Barnveckan** i år hade möjlighet att ta del av ett brett utbud av spännande föreläsningar och aktiviteter. På plats fanns bland andra kända ansikten som socialministern tillika barnministern Göran Hägglund. Se bildreportaget på sidorna 23–26.

På kultursidorna har vi bland annat en recension skriven av Jonas Ludvigsson. E-mailfunktionen är något som de flesta av oss kommer i kontakt med dagligen, men sällan reflekterar över. Boken *Send - The essential guide to email for office and home*, väcker funderingar. Vi fortsätter också artikelserien om barn i konsten med en glimt från konstnären Charlotte Gyllenhammars ateljé och några ord om hennes tänkvärda barnskulpturer.

Nästa nummer har temat Diabetes och kommer ut 7 oktober.

Ha en trevlig höst!

Margareta Munkert Karnros

Säkerhet vid medicinering

Det råder full enighet om att alla åtgärder som syftar till att förebygga komplikationer till medicinering av barn och ungdomar är synnerligen angelägna. Denna fråga har aktualiserats i och med att WHO 2007 publicerat ett dokument med titeln "Promoting safety of medicines for children"

Skriften "Promoting safety of medicines for children" har tillkommit efter finansiellt stöd av svenska regeringen. Anders Rane och ytterligare några kliniska farmakologer vid Karolinska Institutet har lämnat bidrag till dokumentet.

Läkemedel har en annan kinetik hos barn än hos vuxna

WHO:s budskap är av stor vikt för svensk barnsjukvård. Detta framgår av att antalet fall av biverkningar efter medicinering hos barn och ungdomar under 20 års ålder är högre i Sverige än i något annat EU-land.

Antalet av läkare och andra anmälda fall var i Sverige 410, under det motsvarande siffran i Italien var 170, i Norge 105 och i Danmark 80. Hälften av de anmälda svenska fallen rör reaktioner efter olika vaccinationer. Resterande del kan ha varit följden av felaktig dosering, såsom att dosen varit en 10 potens högre än den rekommenderade eller av okunskap om att det givna läkemedlet har en annan kinetik hos barn än hos vuxna. Detta är särskilt fallet vid intensivvård av nyfödda eller vid förskrivning av neuroleptika till pubertetsungdomar.

Sverige mer benäget att anmäla komplikationer än grannländerna

Den svenska siffran är dubbelt så hög hos barn och ungdomar än för vuxna. Detta kan åtminstone förklaras av att flertalet vaccinationer utförs på barn. Orsaken till att antalet anmälningar per miljon barn och ungdomar är fyra gånger högre i vårt land än i Norge, beror enligt Anders Rane, i första hand på att man i Sverige är betydligt mer benäget att anmäla komplikationer än i våra grannländer.

Det finns däremot inte någon anledning till att tro att felbehandling till följd av okunnighet eller dåliga rutiner är vanligare hos oss än i Norge och Danmark. Även om siffran är högre än i något annat land, torde mörkertalet vara ansevärt.

En analys av fallen kan hindra dylika komplikationer

Innehållet i WHO-dokumentet är värdefullt. Kännedom om detsamma bör därför spridas på alla svenska barnkliniker. Betydelsen av att där tjänstgörande läkare anmäler misstänkta och säkra fall av komplikationer till medicinering bör betonas. En analys av de fall som inträffat i Sverige och andra EU-länder kan ge underlag till hur dylika komplikationer kan undvikas.



Information om prevalensen av komplikationer till medicinering hos svenska barn kan erhållas i en rapport av Kimland et al (1) och hos barn i olika EU-länder från Fraenhofer Institute Systems and Innovation Research (2) Under 2007 har även WHO lämnat synpunkter på hur barn skall skyddas från biverkningar av läkemedel (3).

Referenser:

1. Kimland E, Rane A, Ufer M, Panagiotides. Pediatric adverse-drug reactions reported in Sweden from 1987 to 2001. *Pharmacoepidemiol Drug Safety* 2005; 14 493-99
2. Assessment of European Community System on drugsafety 2006 <http://ec.europa.eu/enterprise/pharmaco/acs/docs/acs/consultation/final.pdf>.
3. Promoting safety of medicines for children; Publication for World Health Organization 2007 (<http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/Promotial/safe/med/children's.pdf>)



Rolf Zetterström, Acta Paediatrica Karolinska Universitetssjukhuset.
Email: rolf.zetterstrom@actapaediatrica.se

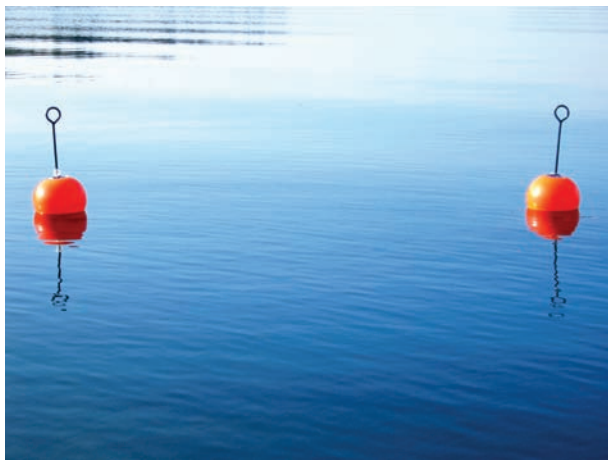
BARNMEDICIN

Biosimilars- en neologism att känna till

Att göra kopior (generika) av läkemedel och söka godkännande när patentet på originalläkemedlet har gått ut är en välkänd företeelse. Det leder i allmänhet till kraftiga prissänkningar till följd av den konkurrens som originaltillverkaren utsätts för.

Jämfört med konventionella kemiskt syntetiserade läkemedel är peptidläkemedel och proteinläkemedel mycket stora molekyler. Den tid är förbi när sådana läkemedel extraherades ur humana eller animala vävnader, t ex tillväxthormon och insulin.

Införandet av rekombinant framställning i bakterier medförde en revolution såtillvida att tillverkningen kunde göras storskalig och smittrisen elimineras. Antalet läkemedel som är biologiskt framställda ökar stadigt. Priset är högt men balanseras av de minskade riskerna för smitta. Å andra sidan har dessa läkemedel en inneboende immunogen potential som kan förhindra fortsatt behandling p g a avtagande effekt eller biverkningar.



Identiska? Enligt EU:s regler ska en "biosimilar" inte betraktas som en generisk kopia av originalläkemedel.

Foto: Staffan Bengtsson

Även små skillnader kan få immunförsvaret att reagera
Många läkemedelsföretag försöker kopiera även dessa molekyler. Men det är svårt att karaktärisera substanskopian och beskriva dess utseende, vilket innebär att man inte kan fastställa en exakt identitet. Därför har man myntat begreppet "biosimilar" som indikerar likhet men inte nödvändigtvis identitet mellan produkterna.

Även små skillnader i proteinets utseende kan sätta igång immunförsvaret och ge immunologiska reaktioner. Detta hände för några år sedan med erythropoietin. Tillverkaren hade gjort en förändring i framställningsprocessen vilket påverkade produktens sammansättning.

Preparatet blev immunogent och framkallade en antikropps bildning mot erythropoietin.

Läkare måste avgöra utbytbarheten

Hur reagerade myndigheterna och den medicinska professionen? I USA är dessa s k biosimilars inte tillåtna varför problemet inte har uppstått. I EU har den europeiska läkemedelsmyndigheten EMEA diskuterat frågan.

Eftersom en riskfri utbytbarhet mellan biosimilars och originalprodukten inte kan garanteras kräver EMEA att en "biosimilar" skall dokumenteras i klinisk prövning och inte endast kemiskt, biokemiskt och farmaceutiskt. Man har vidare sagt att utbytbarheten av dessa läkemedel måste avgöras av *läkare* i varje enskilt fall. På så vis kan läkaren väga den medicinska indikationen och fördelarna mot eventuella risker med ett byte.

Biosimilars är inte generisk kopia av originalläkemedel

Som jag ser det finns det två situationer som en läkare kan ställas inför: Om det är en nyinställning bör det inte spela någon roll om läkaren väljer att förskriva originalprodukten eller en "biosimilar". Om det däremot gäller patienter som redan står på behandling med originalläkemedlet kan ett byte till en "biosimilar" ge risk för immunologiska biverkningar.

Måste då en "biosimilar" genomgå liknande kliniska studier som originalpreparatet? Ja, enligt nuvarande regelverk inom EU. Sammanfattat betyder detta att en "biosimilar" *inte* skall betraktas som en generisk kopia av originalläkemedel. De är inte utbytbara. En "biosimilar" *kan* ha annorlunda egenskaper och ge risk för allvarliga immunologiska reaktioner. I Sverige och i vissa andra medlemsstater i EU måste läkaren själv avgöra om ett byte skall ske och/eller vilket preparat som ersätter det gamla.



Anders Rane, Professor, verksamhetschef Kliniken för klinisk farmakologi, Karolinska Universitetssjukhuset, Stockholm, E-mail: anders.rane@ki.se

TEMA: INFEKTIONSSJUKDOMAR

Neuroborrelios - vanligaste orsaken till bakteriell meningit hos barn i Sverige.

Sjukdomar som sprids av t ex myggor, fästingar och löss, orsakar en ofattbart stor sjukdomsörda i världen. Malaria, gula febern ("river blindness") var fruktade sjukdomar långt innan man kände till etiologi och transmission. De fästingburna sjukdomarna utgör en mindre, men inte oväsentlig, del av dessa.

De vanligaste fästingburna sjukdomarna är rickettsiainfektioner, Kongo-Krim hemorrhagisk feber, Babesios och (fästingburen) återfallsfeber. I Sverige kan fästingen *Ixodes ricinus* överföra fyra patogener till människa: *Borrelia burgdorferi*, TBE-virus, *Anaplasma phagocytophilum* (Ehrlichia) samt *Francisella tularensis*. *Ixodes ricinus* genomgår fyra utvecklingsstadier, som tar ett år var: Ägget utvecklas till larv, som efter en blodmåltid utvecklas till nymf, som efter ytterligare en blodmåltid utvecklas till adult hona eller hane. Den adulta honan lägger efter en blodmåltid ägg.



Fästingburen encefalit, TBE, orsakas av ett virus besläktat med bl a Gula febern.

Foto: John Hallmén

Borrelia finns på hela norra halvklotet

Fästingarna kan suga blod från ett stort antal djur, oftast smågnagare och större däggdjur t.ex. rådjur. Människan angrips av nymfer och adulta honor. *Borrelia* finns på hela norra halvklotet och orsakas av spiroketen *Borrelia*

burgdorferi sensu lato med flera humanpatogena underarter (*B. burgdorferi sensu stricto*, *B. garinii*, *B. afzelii*). Primärstadiet kännetecknas av ett ringformat utslag (erytema migrans) eller lymfocytom i örsnibben eller bröstvårtan. Sekundärstadiet ytrar sig i Sverige oftast som lymfocytär meningit med subakut insättande (neuroborrelios).

Trötthet, subfebrilitet och personlighetsförändring

Det mest karakteristiska symtomet för borrelia är facialispares. Även andra kranialnervspareser förekommer. Ofta ses diffusa allmänsymtom; trötthet, subfebrilitet, personlighetsförändring, illamående, aptitlöshet. Neuroborrelios är den i särklass vanligaste orsaken till bakteriell meningit hos barn i Sverige. Den dokumenterade minimiincidensen i Göteborgsområdet är hos barn 0-14 år 22/100 000/år (dubbelt så hög som för Hib-meningit innan vaccination infördes).

Andra sekundära manifestationer är artrit och kardit. Tertiärstadiet kan uppträda många år efter smittotillfället och ytrar sig som kroniska symtom från CNS, leder, hjärta eller hud. Diagnos av Borreliainfektion grundar sig på klinik, likvorfynd och antikroppsbestämningar i blod och likvor. Behandlingen består av penicillin V, cefalosporin intravenöst eller doxycyklin per os beroende på manifestation och barnets ålder. Vaccin torde dröja på de många arterna och variabilitet av ytantigener.

Små barn oftast inga eller lindriga symtom

Fästingburen encefalit, TBE, orsakas av ett virus (som är släkt med gula febern och Dengue). Detta virus finns i norra och centrala Europa och

Asien. I Sverige förekommer sjukdomen vid södra Östersjökusten, Mälaren, på Öland och Gotland. Antal anmälda fall har kontinuerligt ökat under 2000-talet till ca 150 fall per år. Spridning utanför de tidigare kända högriskområdena t ex till Västra Götaland har setts. Majoriteten av infekterade människor får asymtomatisk

TEMA: INFEKTIONSSJUKDOMAR

eller lindrig infektion. I svåra fall ses ett bifasiskt förlopp med några dagars hög feber och allmänpåverkan följt av förbättring. Efter 1 – 2 veckor kommer en ny feberperiod med meningoencefalomyelit. Dödligheten i Sverige är endast 0,5 procent, men upp till 30 procent får resttillstånd; trötthet, minnesstörningar, koncentrationssvårigheter. Av okänd anledning får barn under 7 års ålder oftast inga eller lindriga symtom.

Diagnosen ställs på klinik, likvorfynd och antikroppspåvisande i serum och likvor. Antiviral terapi saknas. Effektivt vaccin finns. Det kallas "avdödat" trots att virus definitionsmässigt inte är levande organismer. Grundimmuniseringen består av tre doser följt av en påfyllnadsdos efter 3 år och därefter påfyllnadsdoser vart femte år. Mig veterligt finns inget vetenskapligt underlag för detta vaccinationsschema med så många booster-doser. Som ett kuriosum kan nämnas att TBE-vaccinet godkändes så sent som 1989 enbart på basen av antikroppssvar och en massvaccinationsstudie med historiska kontroller utan någon prospektiv randomiserad studie.

Harpest från infekterade djur

Ehrlichios orsakas av en rickettsialiknande bakterie, som numera kallas *Anaplasma phagocytophilum*. Anaplasma arter finns i hela världen. Bakterien infekterar granulocyter eller monocyter, varför sjukdomen delas upp i två

kliniska former; granulocytär respektive monocytär. Sjukdom ses hos många olika djur, t ex hund, katt, häst och kor. Människor får oftast subklinisk infektion. De få fall som beskrivits, inklusive några svenska fall, har haft feber, huvud-, muskel- och ledvärk.

Tularemi (harpest) finns på hela norra halvklotet. Människor smittas fr.a. vid direktkontakt med infekterade djur eller via myggor, men även fästingar kan överföra sjukdomen. I dessa fall uppkommer ett ulceröst sår på bettplatsen samt lymfadenit i lokala lymfkörtlar (ulceroglandulär tularemi).

Fästingöverförda sjukdomar spelar en viktig roll inom infektionspediatriken framför allt på grund av deras benägenhet att ge CNS-engagemang. Åtgärder för att minska risken för fästingbett (täckande klädsel vid vistelse i fästingmark) är den viktigaste profylaxen.

*Birger Trollfors, överläkare,
Barnmedicin, Drottning Silvias
Barn- och Ungdomssjukhus,
Göteborg.
E-mail: birger.trollfors@vgre-
gion.se*



Nå ut till Sveriges yrkesverksamma pediatriker

Annonsera i Barnläkaren



Barnläkaren är Svenska barnläkarföreningens medlemstidning och utkommer med sex nummer/år. I tidningen diskuteras aktuella ämnen inom svensk pediatrik. Förutom vetenskapliga artiklar innehåller den även debattinlägg, föreningsinformation och recensioner.

Teman för 2009

Utgivning

- (Februari) Vaccinationer
- (April) Endokrinologi
- (Juni) Andningsreglering-andningshjälp
- (Augusti) Ortopedi/Reumatologi
- (Oktober) Barn och läkemedel
- (December) Psykosomatik



Annonsbokning: Kontakta Margareta Munkert Karnros via e-mail: margareta.munkert@actapaediatrica.se, eller telefon: 08-517 795 82.

TEMA: INFEKTIONSSJUKDOMAR

Nya rekommendationer för att förebygga tidig GBS-infektion hos nyfödda

Grupp B streptokocker (GBS) är den vanligaste orsaken till tidigt debuterande infektion hos nyfödda. Bakterierna överförs till barnet från modern i samband med förlossningen och kan orsaka pneumoni och sepsis och ibland även meningit.

I Sverige drabbas årligen omkring 120 barn av allvarlig GBS-infektion och 4-5 barn avlider (1). Överföringen av bakterierna till barnet kan i hög grad förhindras om kvinnan i samband med förlossningen får intravenös antibiotikaproxylax (IAP). För att IAP skall vara effektiv krävs att behandlingen påbörjas minst två och helst fyra timmar före förlossningen.



I Sverige drabbas årligen omkring 120 barn av allvarlig GBS-infektion

Foto: Joel Jonsson

Konsekvent profylaxstrategi minskar fall av GBS-infektioner

Olika strategier för att förhindra GBS-infektioner hos nyfödda har utvecklats. Allmän "screening" enligt förebild från USA (2) innebär att man tar odlingsprov på alla kvinnor från vagina och rektum i graviditetsvecka 35-37, och ger IAP till alla som är GBS-positiva och till dem som föder före screening.

En alternativ förebyggande strategi är att ge IAP till kvinnor som har vissa graviditetsrelaterade riskfaktorer (för tidig födelse, vattenavgång ≥ 18 timmar, feber under förlossningen eller fynd av GBS i urinen under aktuell graviditet) som är associerade till ökad risk för GBS-infektion hos barnet. Kvinnor som tidigare fött barn som drabbats av GBS-infektion ges också IAP vid nästkommande förlossning.

Med en riskbaserad strategi har man således inte kunskap om kvinnans GBS-status och ger IAP till dem som har minst en av dessa riskfaktorer. Med en konsekvent profylaxstrategi minskar antalet nyfödda med GBS-infektion påtagligt (3,4). IAP ges från förlossningsstart till partus och vanligen används bencyclen. Vid akut sectio ges IAP på samma indikationer som för vaginal förlossning om tiden medges. Vid elektivt sectio som sker före värbete och vattenavgång ges inte IAP, även om kvinnan är GBS-bärare.

Expertgrupp har utrett vilken modell som ska tillämpas i Sverige

Vilken av profylaxstrategierna som är mest effektiv är en fråga som har diskuterats livligt. Förutom i USA tillämpas screening i flera andra länder, t.ex. Kanada, Australien, Tyskland, Frankrike, Belgien och Finland. Den riskbaserade behandlingsrutinen tillämpas i UK, Irland, Nya Zeeland, Nederländerna, Danmark och Norge.

Vilken modell som skall tillämpas i Sverige har varit föremål för utredning av en expertgrupp som tillsatts av Smittskyddsenheten vid Socialstyrelsen. I det arbetet har en nationell undersökning av förekomsten av GBS hos gravida genomförts. Därvid registrerades också frekvensen av de riskfaktorer som är associerade till tidigt debuterande neonatal GBS infektion. Undersökningen visade att knappt 30 procent av svenska kvinnor är bärare av GBS i samband med förlossningen och att minst en av riskfaktorerna förelåg vid omkring 20 procent av förlossningarna (5). Resultaten från den nationella undersökningen har varit vägledande för expertgruppens rekommendation om att en riskbaserad profylaxstrategi skall gälla i Sverige. Med den riskbaserade modellen blir det väsentligt färre kvinnor som exponeras för antibiotika. En nackdel är dock att denna policy är något mindre effektiv och kan inte förebygga de fall då infektionen inte föregås av någon av de associerade riskfaktorerna (omkring 40 procent av alla tidigt debuterande GBS-infektioner). Samtidigt är prognosen för barnet bättre i de fall då riskfaktorer saknas – i den svenska undersökningen från perioden 1997-2001 avled inget av barnen med GBS-infektion där obstetriska riskfaktorer saknades (1).

Lab-rapporter och central rapportering förordas

En utvärdering av den amerikanska profylaxmodellen som sedan år 2002 förordar enbart screening och IAP till alla GBS-positiva kvinnor, har inte påvisat någon ytterligare reduktion av förekomsten av neonatala GBS-infektioner (6). Den totala incidensen av blododlingsverifierad, tidigt

TEMA: INFEKTIONSSJUKDOMAR

debuterande neonatal GBS-sepsis ligger idag på ungefär samma nivå som i Sverige. Efter att ha vägt samman för- och nackdelar med de olika strategierna blev arbetsgruppen enig om att förordna den riskbaserade profylaxmodellen.

Oavsett vilken profylaxstrategi som tillämpas kan man inte räkna med att tidigt debuterande neonatala GBS-infektioner helt försvinner, men man bedömer att 60-80 procent av fallen kan förhindras. I de fall då förlossningsförloppet är snabbt, mindre än 4 timmar, eller vid akut sectio är det oftast inte möjligt att ge IAP under tillräckligt lång tid. Adekvat IAP är heller inte någon 100- procentig garanti för att bakterierna inte förts över till barnet. Även om adekvat IAP givits, bör barnet därför inte gå på tidig hemgång före 24 timmars ålder (2).

Arbetsgruppen har också förordnat att det skapas en labrutin med central, nationell rapportering av invasiva infektioner hos nyfödda och barn upp till 3 månader. Då kan vi få en fortlöpande värdering av hur förekomsten av allvarliga infektioner förändras över tid.

De nya rekommendationerna för att förebygga GBS-infektion hos nyfödda finns på Socialstyrelsens hemsida - <http://www.socialstyrelsen.se/Publicerat/2008/9983/2008-130-7.htm>.

Referenser

1. Håkansson S, Källén K. *Impact and risk factors for early-onset group B streptococcal morbidity: analysis of a national, population-based cohort in Sweden 1997-2001*. *BJOG* 2006;113:1452-8.
2. Schrag S, Gorwitz R, Fultz-Butts K, Schuchat A. *Prevention of perinatal group B streptococcal disease. Revised guidelines from CDC*. *MMWR Recomm Rep* 2002;51(RR-11):1-22
URL: www.cdc.gov/mmwr/PDF/RR/RR5111.pdf.
3. Schrag SJ, Zywicki S, Farley M, et al. *Group B streptococcus disease in the era of intrapartum antibiotic prophylaxis*. *N Eng J Med* 2000;342:15-20.
4. Law MR, Palomaki G, Alfirovic Z, et al. *The prevention of neonatal group B streptococcal disease: A report by a working group of the Medical Screening Society*. *J Med Screen* 2005;12:60-68.
5. Håkansson S, Axemo P, Bremme K, Bryngelsson AL, Carlsson-Wallin M, Ekström CM, et al. *Group B streptococcal carriage in Sweden: a national study on risk factors for mother and infant colonisation*. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2008;87:50-8.
6. Phares CR, Lynfield R, Farley MM, et al. *Epidemiology of Invasive Group B Streptococcal Disease in the United States, 1999-2005*. *JAMA* 2008;299:2056-2065.



Stellan Håkansson, Medicinsk chef, Barn- och ungdomskliniken/ Neonatologi, Norrlands universitetssjukhus, Umeå, E-mail: stellan.hakansson@vll.se

carema närvård

Sjukhuset i Simrishamn, Barnmedicinska mottagningen söker

Överläkare (50 %)

Mottagningen har 1,5 läkartjänster, båda med ordinarie innehavare. En av oss går i pension och vi söker en efterträdare.

Vi arbetar med öppen specialistvård i åldrarna 0-18 år omfattande akuta och kroniska åkommor inom större delen av det barnmedicinska ämnesområdet. Barn och ungdomar med okomplicerade vardagsåkommor tas om hand av Primärvården. Jourtjänstgöring ingår inte.

Som barnläkare i öppenvård möts du av varierande problemställningar och får självständigt ansvara för utredning, behandling och uppföljning. Vi ser handledning som en självklar del av arbetet varför även du med begränsad erfarenhet av öppenvårdspediatrik kan söka. En kollega med mångårig erfarenhet finns till din hjälp. Vi har ett välfungerande samarbete med Barnklinikerna i Kristianstad, Ystad, Malmö och Lund.

Barnmottagningen har en omvitnat god stämning med hög kontinuitet bland medarbetarna. Sjukhuset i Simrishamn är beläget på det natursköna Österlen med rikt kulturliv och stora möjligheter till avkoppling och fritidsaktiviteter. På någon timmes avstånd finns storstäderna Malmö och Köpenhamn.

För information kontakta överläkare Thomas Smith 0414-151 36 eller verksamhetschef Eva Björklund 0414-151 10 eller 0733-77 14 16.

Ansökan med CV skickas senast 2008-08-22 till:

Carema Närvård
Personalavdelningen
272 81 Simrishamn

TEMA: INFEKTIONSSJUKDOMAR

Hepatit B hos barn

Kronisk hepatit B hos barn i Sverige förekommer framför allt hos individer som är födda i, eller har en förälder från t ex Sydostasien, subsahariska Afrika, Östeuropa, Mellanöstern och Balkan. Läkemedelsverket har nyligen publicerat bakgrundsdokumentation samt riktlinjer för behandling till både barn och vuxna.

Barn smittas i allmänhet av modern perinatalt eller under småbarnsåren (horisontell smitta). Vid mor-till-barnsmitta är risken 90 procent för att utveckla en kronisk hepatit B. Risken för kronisk infektion avtar därefter och är från tidig skolålder samma som hos vuxna, det vill säga endast några procent. Sydeuropeiska barn, som till stor del är horisontellt smittade, serokonverterar spontant till anti-HBe före vuxen ålder i drygt 80 procent av fallen.

Andelen med spontan HBeAg-serokonversion är betydligt lägre hos Sydasiatiska barn som oftare är perinatalt smittade. Under immunaktiveringsfasen ses ofta transaminasstegring och tecken på leverinflammation medan kliniska symtom är ovanligt. Cirrhos och hepatocellulär cancer förekommer i enstaka fall redan i barnåren men är vanligare i vuxen ålder. Införande av universell vaccination till nyfödda i Taiwan har visat sig sänka såväl prevalensen kroniskt infekterade som incidensen hepatit B-relaterad hepatocellulär cancer och fulminant hepatit hos barn.



Kronisk Hepatit-B förekommer bland annat i Sydostasien

Foto: Lennart Olausson

Omhändertagande vid nupptäckt kronisk infektion

Alla patienter och vårdnadshavare bör få upprepade information om smittsamhet och förhållningsregler samt informeras om att särskilda åtgärder kan bli aktuella såsom vaccinering av familjemedlemmar, sexualpartner och framtida barn.

Förslag till provtagning: Blodstatus: B-Hb, B-leukocyter, B-trombocyter, S-albumin samt S-IgG. Leverstatus: S-ASAT*, S-ALAT*, S-bilirubin, GT, ALP, PK-INR, hepatit B serologi*. HBV-DNA kvantifiering inför antiviral behandling eller för att bedöma smittsamhet hos anti-HBe-positiva patienter. Serologi hepatit A och C. *Föreslås prov vid årliga kontroller hos kroniskt infekterade.

Utredning inför ställningstagande till behandling

Vid upprepade episoder av transaminasstegring, talande för immunaktivering, som pågår minst ett år bör antiviral behandling övervägas. Härvid rekommenderas leverbiopsi för att bedöma graden av leverskada. Behandling kan övervägas om biopsin visar minst måttlig inflammation eller mild inflammation med minst måttlig fibros.

Prediktiva faktorer för ett fördelaktigt behandlingsvar är förhöjt ALAT, lågt HBV-DNA eller hög grad av inflammation i leverhistologi. Ett överskuggande problem är att endast en minoritet av kroniskt infekterade barn uppfyller detta, medan en stor majoritet är i så kallad toleransfas, med stora virusmängder och helt normala transaminaser. Sistnämnda barn svarar mycket dåligt på behandling.

Behandlingsregim

I enlighet med ett europeiskt konsensusdokument rekommenderas 5 miljoner IE/m² alfa-interferon subkutant tre gånger/vecka i sex månader. Pegylerat interferon erbjuder sannolikt något bättre möjligheter till serokonversion än konventionellt alfa-interferon, utan ytterligare biverkningar och med viss praktisk fördel eftersom endast en injektion per vecka behöver ges. Serokonversion av HBeAg till anti-HBe samt normalisering av leverstatus kan förväntas hos cirka 30 procent av alla interferonbehandlade. Om "rätt" patienter väljs ut enligt ovan blir siffran i vissa fall över 50 procent. Vid interferonbehandling har man även visat att HBsAg försvinner oftare jämfört med hos obehandlade. Behandlingen är på grund av biverkningar krävande men trots detta är behandlingsavbrott sällsynta. Interferonbehandlingen leder ofta till anorexi med viktneidgång och risk för påverkan på långtidstillväxt och bör därför undvikas under perioder med kraftig tillväxt, dvs. före tre års ålder och under pubertet.

Det perorala medlet lamivudin har en sannolikt jämförbar antiviral effekt hos barn som hos vuxna. Biverkningsrisken tycks låg, medan risken för resistensutveckling är hög, 45 procent efter 18 månader. Långtidsbehandling ger tilltagande frekvens av resistensutveckling och sammantaget kan behandling med enbart lamivudin inte rekommenderas rutinmässigt.

TEMA: INFEKTIONSSJUKDOMAR

Ställningstagande till och initiering av antiviral behandling till kroniskt infekterade barn bör ske i samarbete med specialistklinik. Läkemedelsverket har nyligen publicerat bakgrundsdocumentation samt riktlinjer för behandling till både barn och vuxna.

Referenser

1. Bortolotti F, Cuido M, Bartolacci S. et al. Chronic hepatitis B in children after e antigen seroclearance :Final report of a 29-year longitudinal study. *Hepatology* 2006;43:556-62.
2. Jara P, Bortolotti F. Interferon-alpha treatment of chronic hepatitis B in childhood: a consensus advice based on experience in European children [see comments]. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1999;29(2):163-70.
3. Sokal EM, Kelly DA, Badia IB, et al. Long-term Lamivudine therapy for children with HBeAg-positive chronic hepatitis B. *Hepatology* 2006;43:225-32.

4. Information från Läkemedelsverket 5:2007. www.lakemedelsverket.se
5. Lindh M, Uhnoo I, Bläckberg J, et al. Treatment of chronic hepatitis B infection – an update of Swedish recommendations. *Scand J Infect Dis* 2008, in press.

Björn Fischler, docent,
överläkare
Sektionen för barngas-
troenterologi, hepatologi
och nutrition, Karolinska,
Huddinge.
E-mail: bjorn.fischler@karolinska.se



Hepatit B - Hittar vi alla barn som drabbats?

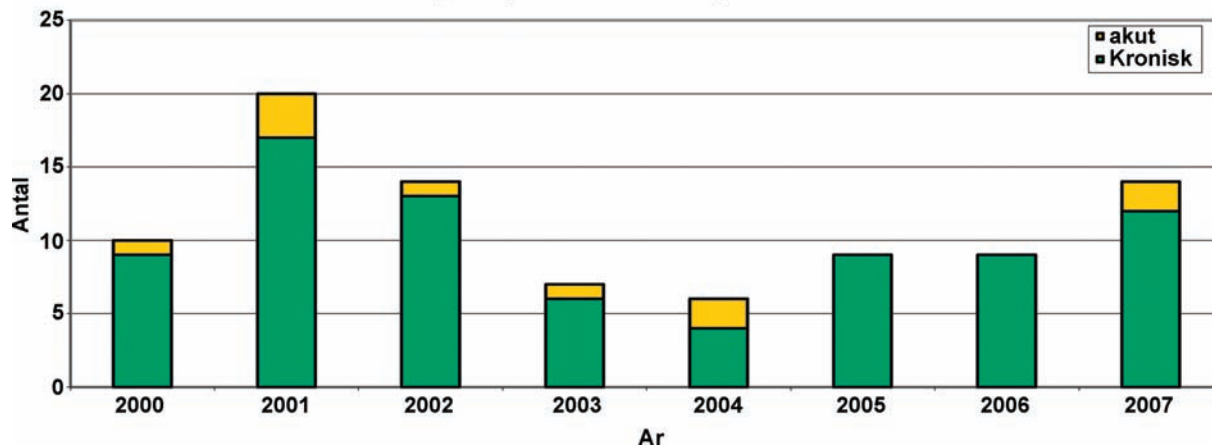
Prevalensen av hepatit B är ojämnt fördelad i världen. Hepatit B förekommer oftare i Ost- och Sydostasien och i Afrika söder om Sahara än i Västeuropa och Nordamerika. De flesta svenska barn har smittats utomlands.

Förekomst av Hepatit B (%)

Hög prevalens (<8 %): Ost- och Sydostasien
Afrika söder om Sahara
Låg prevalens (<2 %):
Västeuropa och Nordamerika

I högendemiska områden är den vanligaste smittvägen från mor till barn i samband med graviditet och förlösning. Smitta tidigt i livet ökar mångfalt risken för kroniskt virusbärarskap. Hepatit B-smitta sprids som blodsmitta och sexuell smitta. Sedan mer än 20 år finns ett vaccin som ger ett bra skydd även om det ges efter exposition, inklusive postpartum till exponerade barn. Under åren 2000-2007 diagnostiserades 91 barn i åldergruppen 0-14 år med hepatit B i Stockholms läns landsting. Endast 10 barn hade en akut hepatit B, de övriga 81 en kronisk infektion.

Antal barn med hepatit B, akut eller Kronisk, under åren 2000-2007



TEMA: INFEKTIONSSJUKDOMAR

Akut och kronisk hepatit B

De flesta barn med akut hepatit B hade smittats utomlands (7/10) och fyra av dessa hade kommit till Sverige som adoptivbarn. Tre barn hade smittats i Sverige, en är brottare och hade samma hepatit B stam som tidigare setts hos brottare, den andra hade uppgivit sexuell smittväg och den tredje var en familjesmitta utan sexuell kontakt.

Det är viktigt för barnläkare att uppmärksamma att de äldre patienterna kan såväl smitta som smittas med hepatit B. De flesta patienter med kronisk hepatit B (77/81) hade smittats utanför Sverige. Afrikanska länder dominerande som smittland (36 barn), där de flesta kom från Somalia (13), Sierra Leone (4) eller Kongo (3). Sju barn kom från östra eller sydöstra Asien och 15 barn från västra Asien (Mellanöstern inkl. Afghanistan). Sju barn hade Sverige som smittland. Mor-barn smitta var den mest frekvent angivna smittvägen (21 barn) och därefter adoptivbarn (11 barn), där samma smittväg är sannolik i många fall. För ytterligare sex barn angavs smittväg och här dominerade familjesmitta. Smittväg var inte angivet för 43 barn.

Barn smittade i Sverige

För tio barn var Sverige uppgivet som smittland. Tre barn hade akut hepatit och sju kronisk hepatit vid diagnostillfället. Barnen med akut hepatit hade smittats via idrottsutövning (brottning), sexuell kontakt och en 11 pojke smittades sannolikt av en klasskamrat. Sju barn hade diagnostiserats med kronisk hepatit B och av dessa var fem sannolikt smittade av sina mödrar. För två barn gällde att mammorna (från Korea resp. Thailand) inte testats för hepatit B under graviditeten och tre barn hade inte fått adekvat vaccination trots att mammans hepatit B status var känt. Familjesmitta/ursprung i högendemiskt land angavs som smittväg för en 14-årig pojke född i Sverige. En 13-åring hade ingen smittväg angiven.

Hepatitisserologi, inklusive HBsAg, skall tas vid 18 månaders ålder på alla barn som exponerats för hepatit B under fosterlivet och vid födelsen. Alla barn som exponerats för hepatit B ska vaccineras mot hepatit B med första dosen given redan på förlossningen. Enstaka barn blir dock smittade med hepatit B trots adekvat vaccination. Dessvärre får inte alla barn korrekt vaccination mot hepatit B, ofta beroende på missar vid informationsöverföringen mellan de många vårdgivare som mor och barn träffar. Därför är det mycket viktigt att serologikontroll genomförs. En missad serologi kan leda till att ett barn för hepatit B smitta vidare i såväl familjen som i förskolan.

Barn smittade utomlands

Flyktingmedicinskt centrum har i uppdrag att genomföra hälsosamtal på de till Sverige nyanlända asylsökande barnen och anknytningsfall. Enligt statistik genomfördes hälsosamtal, inklusive provtagning för bl. a hepatit B och hepatit C, med 30 – 40 procent av de som erbjöds sådant samtal. Under åren 2006 och 2007 hade 16 barn från andra länder diagnostiserats med hepatit B. Endast 5 av de 16 barnen hade blivit undersökta på Flyktingmedicinskt centrum.

Under 2000-talet har årligen mellan 6-20 barn diagnostiserats med hepatit B i Stockholms läns landsting. Barn med kronisk hepatit B dominerar. Åtminstone två grupper kan urskiljas, dels barn som smittas av mamma i samband med graviditet eller födelsen och där adekvat postexpositionspylax inte givits, dels barn från högendemiska länder som kommit till Sverige som adoptivbarn eller flyktingar. Det är viktigt att barn som exponerats för hepatit B testas så att fortsatt smittspridning kan reduceras.

Ingegerd Hökeberg, Bitr. Smittskyddsläkare, Stockholms läns landsting.

E-mail: ingeagerd.hokeberg@sll.se

Infektionsläkarföreningens fortbildning "Akutmedicin"

Sigtunahöjden (15 min fr Arlanda). Anmäl dig senast 15 augusti till Karin Sjöholm, Hansen, Stampgatan 20, 411 01 Göteborg. karin.sjoholm@hansen.se

Info och anmälningsblankett: www.infektion.net

TEMA: INFEKTIONSSJUKDOMAR

Kunskapen om tuberkulos hos barn behöver förbättras

Tuberkulos var en vanlig och fruktad sjukdom inom den svenska befolkningen fram till början av 1950-talet. TB-infektionen hade ofta ett elakartat förlopp hos späda och små barn till följd av deras utvecklade immunförsvar.

Dödligheten var stor i miliar-TB och tuberkulös meningit. Sjukdomen drabbade alla samhällsklasser.

Alltsedan mitten av 1800-talet har morbiditet och mortalitet i TB sjunkit successivt, men ännu i början av 1950-talet var siffrorna höga jämfört med nuvarande förhållanden. Då Karolinska sjukhusets barnklinik öppnades 1951 var en hel vårdavdelning upplåten för barn med TB.

Till följd av den höga risken för TB exposition under 1900-talets första decennier infekterades majoriteten svenskar redan under uppväxttiden. Från 1960 sjönk dock incidens och prevalens snabbt. Enstaka fall av TB diagnostiserades dock bland inflyttade barn. I Sverige registreras nu årligen 400-500 nya TB-fall och då huvudsakligen hos inflyttade medelålders och äldre personer.

Barnskydd mot TB-infektion

Från mitten av 1930-talet och fram till 1975 Calmette-vaccinerades (BCG) samtliga barn som föddes på svenska förlossningskliniker. I fall modern eller annan tät kontakt var bärare av smittsam TB hölls barnet skilt från dem tills det blivit tuberkulinpositivt.

Under första hälften av 1900-talet drabbades svenska barn också av bovin-TB efter att ha druckit mjölk från kor med juver-TB. Denna typ av TB-infektion försvann dock från vårt land under 1950-talet efter att saluförd mjölk blev pastöriserad eller levererades från gårdar med TB-fri kreatursbesättning. Infektion med bovin-TB följs av tuberkulöst primärkomplex i tonsiller och regionala halslymfkörtlar eller i tarm- och mesenterialkörtlar. Under år 2000 har abdominell TB rapporterats hos en somalisk och en bosnisk kvinna.

Nuvarande TB-epidemiologi bland svenska barn

En epidemi av TB-infektion uppträdde 2005 bland barnen på en förskola i Bromma. Smittkällan var en lärare. Minst 30 av de 140

barnen och 11 av de 42 anställda hade tecken på att ha genomgått en TB-infektion. Av barnen hade minst tio primär lung-TB. Sedan dess har ytterligare begränsade epidemier av TB-infektion hos barn rapporterats. Risken för att svenska barn blir exponerade för TB kommer sannolikt att öka, eftersom sjukdomen är vanlig på andra sidan Östersjön och utbredd i många länder, från vilka vi har en viss invandring. Andelen bärare av multiresistenta TB-stammar ökar i jordens fattiga länder.

Symtom och naturalhistoria vid barn -TB

Majoriteten av TB-infekterade blir tuberkulinpositiva inom loppet av 4-5 veckor. Första stadiet av klinisk TB-infektion är vanligen ett *primärkomplex* i lungan. Det består av ett litet infekterat område, som är vanligast i vänster underlob eller höger mellanlob. Ofta omges det av en inflammatorisk zon. Från lungaffekten sprids TB-bakterier till hiluskörtlarna, som sväller och sedan kan smälta.

Det tuberkulösa primärkomplexet åtföljs ofta av allergisk-toxiska reaktioner, såsom *erythema nodosum* (knölros), d v s upphöjda rodnade fläckar på underbenens sträcksidor. I samband med uppträdandet av tuberkulinallergi kan den TB-infekterade få hög och svängande feber under tre till tio dagar, d v s initialfeber. Orsaken till den oklara febern kan fastställas med hjälp av tuberkulinprövning



Foto: Matton

TEMA: INFEKTIONSSJUKDOMAR

eller lungröntgen. Under det fortsatta förloppet av ett röntgenologiskt påvisbart primärkomplex minskar de lokala lymfkörtlarna i storlek. Därefter kan de förkalkas eller förbenas.

Hos små barn kan dock ett primärkomplex i lungan få ett elakartat förlopp. Parenkyminfektionen kan då öka i omfång och också gå i nekros med efterföljande kavernbildning. Hiluskörtlarna kan också nekrotiseras, och innehållet kan tömmas ut i en stambronch, som därefter blir partiellt eller helt tilltäppt.

Serofibrinös pleurit vanligast hos äldre barn och unga vuxna

De tidigaste typerna av TB-sjukdomens andra och exudativa stadium är miliar-TB och tuberkulös meningit. De uppträder efter hematogen spridning av smittämnet. Risken för dessa fruktade följder är högst hos småbarn och störst de 3-5 månader efter den primära infektionen. Miliaris debuterar med feber, dåligt allmäntillstånd och tecken på lunginsufficiens. TB-meningit leder till huvudvärk, kräkningar och nackstelhet.

Serofibrinös pleurit är en tredje form av exsudativ TB. Den är vanligast hos äldre barn och unga vuxna och uppträder i allmänhet 3-7 månader efter den primära infektionen. Den kan debutera akut som en pneumoni med feber på 39-40°, bröstsmärtor och försvårad andning. Pleurapunktatet innehåller mononukleära celler. Efter den akuta debuten förbättras tillståndet successivt. Febern brukar försvinna inom loppet av tre veckor. Pleuraexudatet kvarstår dock en längre tid men är i allmänhet borta efter sex månader. Omedelbar prognos är god. Omkring 20 procent insjuknar dock senare i en klassisk lung-TB. TB-pleurit kan åtföljas av *conjunctivitis phlyctenulosa*, som är uttryck för en toxisk allergisk reaktion.

Ben- och ledtuberkulos är förhållandevis tidiga manifestationer av tertiär eller kronisk TB-sjukdom, som var förhållandevis vanliga i vårt land före mitten av 1900-talet. *Njur- och genital TB* är andra typer av tertiär TB, som kan uppträda i tonåren.

Klassisk lung-TB debuterar i allmänhet först 15 till 20 år efter primärkomplexet och är därför tämligen ovanlig hos barn, men kan uppträda i ungdomsåren i samband med försämrat immunitetsläge. Trötthet, subfebrilitet, nattsvett, avmagring, hosta med sputa och hämoptytys är typiska symptom. Vid debuten är ett skidiginfiltrat nedanför något av nyckelbenen ett typiskt röntgenologiskt fynd. Vid fortskridande sjukdom utbreder sig den parenkymatösa processen. Kaverner kan uppkomma till följd av nekros. De sjuka utgör på detta stadium en stor risk för omgivnin-

gen då deras upphostningar innehåller stora mängder TB-bakterier. Lungemfysem och stora lungblödningar är vanliga dödsorsaker.

Medfödd TB är sällsynt, men kan uppkomma efter transplacentär överföring från en mor med genital TB. Redan under fosterstadiet uppträder tuberkulösa granulom i levern. Prognosen är dålig.

Skydd mot tuberkulos och behandling

Till mitten av 1950-talet hade de nordiska länderna en effektiv organisation för uppspårande av TB-sjuka personer, som också snabbt blev omhändertagna. Isolerade bygder besöktes av skärmbildsbussar. Blivande mödrar med TB upplystes om att det väntade barnet måste skyddas från infektion och att det därför måste skiljas från henne till dess det blev tuberkulinpositivt efter BCG-vaccinering. Hälsovårdsbyråer inrättades vid de svenska studentkåren. I allmänhet erbjöds tuberkulinnegativa studerande att bli BCG-vaccinerade.

En färsk TB-infektion ska alltid behandlas med en kombination av lämpliga medel, bland vilka riampecin bör ingå. På detta stadium har dock den medikamentella behandlingen knappast någon inverkan på primärinfektionens förlopp. Den skyddar dock från insjuknande i miliaris och TB-meningit. Vid dessa TB-manifestationer fordras en intensiv medikamentell behandling. Så är också fallet vid alla tertiära former av TB-sjukdom.

Risken för TB-epidemier bland svenska barn tycks öka. Det är därför högst angeläget att svenska barnläkare med det snaraste får tillräcklig kunskap om TB-sjukdomens klinik och behandling och att skyddet mot TB reaktiveras i vårt land.



Rolf Zetterström, Acta Paediatrica Karolinska Universitetssjukhuset.
Email: rolf.zetterstrom@actapaediatrica.se

TEMA: INFEKTIONSSJUKDOMAR/PREVENTION

Hur förhindra infektioner i vardagen?

Katarina Hedin föreläser om infektioner hos barn i förskolan för personal och föräldrar på uppdrag av STRAMA (Strategigruppen för Rationell Antibiotikaanvändning och Minskad Antibiotikaresistens). Vi har bett henne att sammanfatta budskapet i föreläsningen.

Barn i förskoleåldern är ofta infekterade och detta är en naturlig del av vardagen. Bland infektionerna är luftvägsinfektioner och gastroenteriter vanligast (1). Under de första levnadsåren är det inte ovanligt att barnen har 5-7 förkylningar per år. Barn som vistas i förskola dagtid har ofta ännu fler. Infektionerna är oftast koncentrerade till vinterhalvåret vilket gör att många barn är mer eller mindre ständigt infekterade under denna period. Antalet infektioner minskar sedan med åren och barn i tioårsåldern har precis som vuxna ca två luftvägsinfektioner per år.



Ett sätt att bryta smittvägarna är att vistas mycket ute

Foto: Veronica Olrup

Kan man göra något för att minska antalet infektioner hos förskolebarn?

Noggrann handhygien som specifik intervention eller som del i ett multifacetterat interventionsprogram har effekt på totala infektionsmängden (2) på antalet luftvägsinfektioner (3,4) och på antalet gastroenteriter (5). Reduktionen i totala antalet infektionsepisoder ligger enligt en finsk studie runt ca 9 procent för barn under tre år och bland barn över tre år minskade antalet infektioner med ca 8 procent (2).

I multiinterventionsstudier från Canada och Australien fann man en minskning av sjukfrånvaron på grund av gastroenteriter med ca 50 procent (5) och med 17-25 procent på grund av luftvägsinfektioner (3,4).

Hygienrutinerna i förskolan bör vara utformade så att smittspridningen i barngrupperna begränsas. Meningen är inte att få bort alla infektionssymtom bland förskolebarnen. Barnen behöver infektioner för att träna immunförsvaret. Det är dock önskvärt att reducera antalet infektionssymtom bland förskolebarn för att få ner sjukligheten i nivå med den som hemmabarnen har. Risken att barnen blir så sjuka att de måste stanna hemma minskar då och därmed har barnen en större möjlighet att ta del av den pedagogiska verksamheten i förskolan.

Dessa råd ger jag till personal och föräldrar :

Majoriteten av infektionerna sprids via direktkontakt tex med sekret från näsa, ögon eller saliv eller via fekalier. En noggrann handhygien minskar smittspridningen. De mindre barnen som har svårast att själva sköta sin handhygien är de som lättast sprider smittan vidare och som dessutom

själva är mest mottagliga för infektioner. En vanlig luftvägsinfektion hos ett i övrigt opåverkat barn är inget hinder för delta i förksoleverksamheten.

Råd för att minska smittspridningen

- Tvätta händerna före måltid och matlagning samt då snoriga näsor torkats.
- Nys i armvecket
- Tvätta händerna efter toalettbesök.
- Använd flytande tvål och helst pappershanddukar
- Desinficera händerna efter blöjbyte
- Rengör blöjbytesplatsen efter varje blöjbyte
- Använd gärna handsprit då smittspridningen är stor, framför allt då diarré sjukdomar förekommer

Ett annat sätt att bryta smittvägarna är att vistas mycket ute, även under höst och vintermånaderna. Smittämnen fördelas då över en större yta och smitt dosen som når barnen blir mindre. Dessutom har utevistelse så många andra positiva effekter på barnens utveckling! Barnen blir smidigare, får bättre styrka och balans.

Så tvätta händerna och låt våra snuviga förskolebarn vara ute och leka!

Referenser:

1. Monto AS. *Studies of the community and family: acute respiratory illness and infection. Epidemiol Rev* 1994;16(2):351-73.
2. Uhari M, Mottonen M. *An open randomized controlled trial of infection prevention in child day-care centers. Pediatr Infect Dis J* 1999;18(8):672-7.
3. Carabin H, Gyorkos TW, Soto JC, Joseph L, Payment P, Collet JP. *Effectiveness of a training program in reducing infections in toddlers attending day care centers. Epidemiology* 1999;10(3):219-27.
4. Roberts L, Smith W, Jorm L, Patel M, Douglas RM, McGilchrist C. *Effect of infection control measures on the frequency of upper respiratory infection in child care: a randomized, controlled trial. Pediatrics* 2000;105(4 Pt 1):738-42.
5. Roberts L, Jorm L, Patel M, Smith W, Douglas RM, McGilchrist C. *Effect of infection control measures on the frequency of diarrheal episodes in child care: a randomized, controlled trial. Pediatrics* 2000;105(4 Pt 1):743-6.



Katarina Hedin, distriktsläkare, Med Dr, Vc Ryd Landstinget Kronoberg. E-mail: katarina.hedin@tkronoberg.se

TEMA: INFEKTIONSSJUKDOMAR/LEVA MED BARN

“Diagnosen kom som en chock”

CGD (Chronic granulomatous disease) är en primär immunbristsjukdom, vilken leder till svåra bakteriella infektioner. Familjen Gagnfors båda söner fick diagnosen redan som spädbarn.

– Våra funderingar över livslång medicinering och vad sjukdomen gör med kroppen blandades med oro över livskvalitet, säger Charlotte, mamma till Bobby, 3 och Charlie, 1 år.

Familjen Gagnfors, Stockholm

Charlotte, Ekonomiassistent, 33 år
Mikael, Snickare, 35 år
Bobby, 3,5 år
Charlie, 1, 4 månader

Det hela började med att Bobby drabbades av infektioner av olika slag, redan på BB visade proverna förekomst av stafylokokker. Efter det följde olika hudinfektioner och bölder samt en lunginflammation och vid nio månaders

ålder man kunde konstatera att Bobby hade diagnosen CGD. Brodern Charlie föddes ett par år senare. Då sjukdomen är både ärftlig och könsbunden misstänkte man att även han bar på samma sjukdom. Prover som togs på honom direkt efter förlösningen bekräftade misstankarna.

Berätta om den första tiden. Hur upplevde ni den här perioden?

Vilka råd fick ni från läkarna?

– Man var ju givetvis orolig då vi förstod att allt inte stod rätt till, men när utredningen väl satte igång ville vi bara få svar. Diagnosen kom som en chock samtidigt som det var en lättnad att få veta vad som var fel. Våra funderingar över livslång medicinering och vad sjukdomen gör med

kroppen, blandades med oro över livskvalitet, berättar Charlotte och fortsätter:

–Det som är farligt för våra barn är svamp, mögel och bakterier. Så när vi vistas/leker utomhus gäller det att vara uppmärksam. Vi har fått rådet att försöka leva så vanligt som möjligt och undvika vissa miljöer, samt att undvika att resa utanför Europa etc.

Hur ser sjukdomsbilden ut idag?

–Bobby har klarat sig bra från infektioner sedan ett års ålder ungefär. Har bara haft någon/några små hudinfektioner, men inte varit inlagd på sjukhus, säger hon.

Charlie fick i höstas en svampinfektion i lymförtlarna på halsen och i ansiktet. På grund av detta vårdades han på sjukhus i cirka två månader. Han medicineras mot detta och mår idag bra. Ett ärr på kinden efter ett utslag i samband med denna infektion vittnar om händelsen men i övrigt finns inga synliga symptom.

–Det är svårt att få folk att förstå att barnen är sjuka då det inte syns utanpå, samt att hela tiden försöka minimera risken att barnen utsätts för smitta. Vi går på kontroller var tredje månad för provtagning etc och de får antibiotika och medicin mot svamp dagligen i förebyggande syfte (Bactrim & Sporanox). Båda har nu väldigt bra värden för att vara sjuka, vilket är otroligt skönt.

När ni ser tillbaka på vårdtiden, är ni nöjda med den hjälp ni fått eller är det något ni tycker borde ha varit/skötts annorlunda?

–Idag är vi är otroligt glada att vi fick diagnos så fort och att vi fick kontakt med en specialist på en gång. Vi är också mycket nöjda med den hjälp vi har fått från vår läkare och personalen på Sachsska Barnsjukhuset. Personalen på hem-

sjukvården förtjänar extra mycket beröm. De gjorde vår sjukhusvistelse mycket lättare genom att vi kunde vistas en del hemma på dagtid. Vissa dagar fick Charlie medicinen hemma, vilket underlättade otroligt. Att den möjligheten finns är helt suverän. Vi vill också tipsa om patientföreningen **PIO, Primär immunbrist Organisation**. Här kan man som sjuk, anhörig eller intresserad få mycket stöd och vägledning.

Margareta Munkert Karnros



Bobby (tv) och Charlie (th) har diagnosen CGD.

Foto: Privat

NYHETER

Nyhetsvep

Barnhjärtan ska opereras i Göteborg och Lund

■ Det blir universitetssjukhusen i Göteborg och Lund som får bedriva barnhjärtkirurgi i Sverige. Det står klart sedan Rikssjukvårdsnämnden fattat beslut i frågan.

Rikssjukvårdsnämnden har också beslutat att följande ingrepp ska räknas som rikssjukvård: Epikardiella pacemakerinsättningar, elektroder som appliceras direkt på hjärtats yta, svåra fall av transvenösa pacemakerinsättningar, införsel av elektroder genom vensystemet på barn och ungdomar

som har medfödda hjärtfel, samt thoraxkirurgiska ingrepp på GUCH-patienter, vuxna som har medfödda hjärtfel.

I praktiken innebär detta att endast Lund och Sahlgrenska kan bli aktuella för dessa behandlingar. Rikssjukvård definieras som högspecialiserad hälso- och sjukvård som ska bedrivas i ett eller två landsting men med hela landet som upptagningsområde.

Dagens Medicin 2008-05-07

Läkemedel mot muskeldystrofi prövat

■ Muskeldystrofi är en grupp ärftligt betingade muskelsjukdomar. Mest känd är Duchennes muskeldystrofi som kännetecknas av att muskulaturen tillbakabildas och muskelsvaghet med början runt skuldror och höftleder. Sjukdomen som har X-bunden nedärvning brukar ge sig till känna i barnaåren med gångsvårigheter och felställning i ryggen.

Myostatin, ett protein som blockerar muskeltillväxten, har visat lovande resultat som ett eventuellt mål för behandling av muskeldystrofi i tidigare djurstudier. En ny studie med syfte att utvärdera säkerheten vid användning av läkemedlet hos vuxna med muskeldystrofi visade att det tolererades väl. Studien publicerades på *Annals of Neurology*'s hemsida i mars, 2008.

Läkemedelsvärlden 2008-03-13

Pälsdjur ökar inte astmarisk

■ Risken för små barn att drabbas av astma ökar inte om familjen har pälsdjur hemma. Det visar en ny avhandling från Umeå universitet. Anna Sandin, barnläkare och forskare vid institutionen för klinisk vetenskap vid Umeå universitet har undersökt allergiutvecklingen hos barn födda vid Östersunds sjukhus mellan februari 1996 och januari 1997. Barnen kontrollerades vid ett och vid fyra års ålder. Sammanlagt 817 barn deltog vid båda kontrollerna.



Se även Thomas Sejersens artikel i nr 2/2008 (www.blf.net/barnlak/innehall.htm)

Foto: Tobias Gustafsson

Resultaten visar att barn som levde i hem där det fanns hund under barnets första levnadsår löpte minskad risk för astma. För barn med katt i hemmet syntes ingen skillnad vad gäller astmautveckling jämfört med barn i hem utan pälsdjur. För barn med hund i hemmet minskade även risken för pollenallergi vid fyra års ålder.

Dagens Medicin 2008-05-12

Nexium subventioneras för små barn

■ Läkemedelsförmånsnämnden, LFN, beviljar magsyra-medlet Nexium subvention även för små barn. Subventionen riktas till barn från ett års ålder vid inflammation i matstrupen orsakad av magsyra. För denna grupp räknas läkemedlet in i högkostnadsskyddet från den 2 april, skriver LFN i ett pressmeddelande.

Tidigare har Nexium endast subventionerats för barn i åldrarna 12-17 år. Nexium är ett läkemedel som används vid gastroesofageal refluxsjukdom, GERD, det vill säga

inflammation i matstrupen orsakad av magsyra. GERD orsakas av att sur magsaft från magsäcken kommer upp i matstrupen vilket kan leda till inflammation och sår i matstrupen. Hittills har det inte funnits något godkänt läkemedel mot GERD för barn under två år. Och enligt LFN är det angeläget med ett behandlingsalternativ för dessa barn.

Dagens Medicin 2008-04-07

NYHETER

Stora Barnmedicinpriset 2008 till Marco Bartocci och Johan Flygare



Marco Bartocci (tv) och Johan Flygare (th) delar på Stora Barnmedicinpriset 2008

Årets mottagare av Stora Barnmedicinpriset är Marco Bartocci vid Karolinska Institutet och Johan Flygare vid Lunds Universitet. Marco Bartocci får priset för en metod att värdera sinnesintryck som smärta hos nyfödda och Johan Flygare för sin forskning om genterapi vid blodsjukdomar. Pristagarna har valts av en medicinsk jury, som arbetar på uppdrag av Ronald McDonald Barnfond.

Marco Bartocci's forskning visar hur man med hjälp av en teknik som kallas NIRS kan påvisa hjärnaktivitet hos

små barn. Metoden gör det möjligt att studera hur bland annat smärta, lukt och musik bearbetas i hjärnbarken, vilket innebär en stor potential för att förbättra det nyfödda barnets omhändertagande. En störning, om än liten, i något av sinnesorganen kan ge ett stort handikapp. Denna forskning ger viktig kunskap om hur medvetandet byggs upp under barnets första år.

Johan Flygare är idag forskare vid Massachusetts Institute of Technology i USA. Den forskning han belönas för genomfördes vid Lunds Universitet. Han har påvisat att den ärftliga blodbristsjukdomen DBA orsakas av fel i cellens proteinfabrik, den så kallade ribosomen. Avhandlingen visar att det finns stor potential att bota sjukdomen med genterapi av stamceller från patienternas egen benmärg, en teknik som enligt juryn öppnar för behandling av andra blodsjukdomar.

Stora Barnmedicinpriset delades ut den 17 april av docent Stellan Håkansson vid Barnläkarföreningens årsmöte i Örebro. Forskarna delade på prissumman 100 000 kronor.

Pressmeddelande

Acta Paediatricas medredaktör Tony Foucard har avlidit



Tony Foucard

Foto: Acta Paediatrica

Tony Foucard, docent och barnallergolog vid Akademiska barnsjukhuset i Uppsala tillika medredaktör vid Acta Paediatrica, avled i maj. Efter att ha varit verksam vid redaktionen sedan 1987 lämnade han, med anledning av sin försämrade hälsa, sitt uppdrag för några år sedan.

Tony Foucard var bland annat med om att förvalta upptäckten av allergiantikroppen IgE i Uppsala på sextio-talet och har dessutom författat ett gediget antal artiklar och skrifter inom både pediatrik och botanik. Inom botaniken ägnade han sig speciellt åt att utforska lavar och svampar, ett intresse som så småningom resulterade i boken; *Skorplavar och svamparna som växer på dem* (Stenlunds Förlag AB, 2001). Tony Foucard blev 71 år gammal.

Margareta Munkert Karnros

NYHETER

Kartläggning av födelsekohorter i Sverige

Vid Barnläkarföreningens årsmöte i Örebro tillträdde jag som ordförande för BLF:s arbetsgrupp för epidemiologi efter Jonas Ludvigsson som skött uppdraget på ett föredömligt sätt under sex års tid.

Som ett första projekt har arbetsgruppen föreslagit ett sektionssymposium på Riksstämman om "Födelsekohorter i Sverige". Det blir ett tillfälle att kartlägga vilka svenska födelsekohorter som finns och pågår, bjuda in föreläsare och lyssna till föreläsningar om frågeställningar, design och resultat. Syftet med detta är också att inspirera till samarbete mellan olika grupper och att få en inblick i det

stora utbud av data som finns tillgängligt i de svenska registren. Just nu kartlägger vi vilka födelsekohorter som finns och planeras, och vill gärna få information från BLF:s medlemmar om vilka studier ni känner till eller driver. Ring eller maila!

Ser fram emot att ses på Riksstämman och ett givande program.

Catarina Almqvist, Barnläkare och forskarassistent, Astrid Lindgrens barnsjukhus och Institutionen för medicinsk epidemiologi, Karolinska Institutet, catarina.almqvist@ki.se, 08-524 86193

Nordisk Pediatrik Förening träffades på Island



Nordisk Pediatrik Förening hade styrelsemöte i Reykjavik 22-23 maj under gästfritt värdskap av Geir Gunnlaugsson och Ragnar Bjarnason. På bilden är den glada styrelsen samlad framför Reykjavik University.



Främre raden: Geir Gunnlaugsson, Island, Marjatta Lanning, Finland, Peter Floman, Finland, Boel Andersson-Gäre, Sverige, Tina Messell, Danmark, Solveig Marianne Nordhov, Norge, Ragnar Bjarnason, Island och Raisa Lounamaa, Finland. Bakre raden: Göran Wennergren, Sverige, Kristin Hodnekvam, Norge, Klaus Borch, Danmark och Björn Wettergren, Sverige.

Avhandlingar Barnmedicin



Disputera? Glöm inte att anmäla detta till Barnläkaren

Jenny Hallberg : *Factors associated with lung function impairment in children and adults with obstructive lung disease.*

Opponent var docent Per M Gustafsson,

Institutionen för kliniska vetenskaper, Avdelningen för Pediatrik, Sahlgrenska Akademin, Göteborg. (4 juni) Norrbacka, KS, Stockholm

Helena Lindgren : *Hemförlösningar i Sverige 1992-2005. Förlösning utfall och kvinnors erfarenheter,* Astrid Lindgrens Barnsjukhus (16 maj) Opponent var professor Ulf Högberg, Umeå Universitet, Institutionen för epidemiologi och folkhälsa.

Ricard Nergårdh : *Food availability, physical activity and body weight – Role of dopamine, neuropeptide Y and orexin KI i*

Solna, Stockholm (23 maj) Opponent var professor Gertjan Van Dijk från universitetet i Groningen, Nederländerna.

Anna-Karin Edstedt Bonamy : *Long-term cardiovascular follow-up after preterm birth,* (23 maj) Opponent var docent/universitetslektor Peter Nilsson, Lunds universitet, Institutionen för kliniska vetenskaper i Malmö. Plats: Skandiasalen, Astrid Lindgrens Barnsjukhus, KS, Stockholm.

Nina Perrin : *Diabetic glomerulopathy – natural history, intervention and prediction of complications* (5 juni) Huddinge, Stockholm. Opponent var professor Hans-Jakob Bangstad från Ullevåls Universitetssjukhus i Oslo.

Atia Daud : *Post-Traumatic Stress Disorder and Resilience in Children of Traumatized Parents: a Transgenerational Perspective* (3 juni) Astrid Lindgrens Barnsjukhus. Opponent var professor Tom Lundin, Institutionen för neurovetenskap, Akademiska sjukhuset, Uppsala.

ENKÄTEN

Barn och TV-tittande

American Academy of Pediatrics avråder att barn under två år ska titta på tv samt att barn 2 år och äldre bör titta på TV som mest 1-2 timmar per dag. Föräldrarna bör då delta i TV-tittandet tillsammans med sina barn för att kunna diskutera det som visas. Istället ska föräldrarna uppmuntras att ha mer interaktion med sina barn såsom läsa för dem och leka med dem.

- 1) Håller du med om deras rekommendationer och i så fall lever du efter detta budskap?
- 2) Tycker du att BLF ska driva frågan mer aktivt?



Marcus Larsson, ST-läkare, Barn- och ungdomskliniken, Universitetssjukhuset i Lund (1 barn 2,5 år)

- 1) -Ja, jag håller med om rekommendationerna. Jag har själv en dotter på 2 1/2 år och när det är barnprogram tittar vi tillsammans. Detta ger möjlighet för oss att prata om vad som visas, samt att

byta kanal eller stänga av om materialet verkar olämpligt.

- 2) -Detta är ju guidelines baserade på amerikanska förhållanden. Först borde man nog därför ta reda på hur stort problemet är i Sverige.



Bernt Alm, barnhälsovårdsöverläkare, Landstinget Halland. (1 son i vuxen ålder)

- 1) -Råden är kloka, men jag tror att man ska låta sunt förnuft råda snarare än räkna timmar och åldrar. Jag levde nog inte själv efter råden när jag hade småbarn och jag går inte ut aktivt med dem på BVC, bara om jag får frågan.

- 2) -Jag tycker BLF ska propagera för att föräldrar ska ägna sig aktivt åt sina barn, men inte driva TV-frågan specifikt.



Charlotte Haglind, barnläkare, Barnens sjukhus, Huddinge (2 barn, 2 och 3 år gamla)

- 1) -Max 1-2 timmar för små barn är helt rimligt. Vad gäller mina egna barn visade de inget intresse för TV före 1,5 års ålder så det blev väldigt naturligt. Disney tycker jag är olämpligt med snabbt tempo och mycket våld. Jag

tycker det är viktigt att man som förälder vet vad barnen tittar på och bedömer om de verkar klara av det även om man inte sitter bredvid hela programmet.

- 2) - Jag tycker BLF skall klargöra vad man står och tydligt förmedla det till BVC osv. Jag vet inte om BLF har någon åsikt i frågan.



Anders Elfvin, specialistläkare, (2 barn, 5 mån och 2,5 år gamla)

- 1) -Ja. Det har varit naturligt att leva efter råden även utan att tänka på dem.
- 2) -Ja, jag tror det.



Magnus Hellberg, barnläkare, Barn och ungdomskliniken i Hudiksvall (3 barn, 4, 6 och 9 år gamla)

- 1) - I det stora hela håller jag med om deras rekommendationer men lever inte upp till deras budskap, mina tjejer har fått se på TV före 2 års ålder men vi försöker begränsa tiden

framför TV för dem alla. Jag tycker också att det är skillnad på vad man ser (Bolibompa och Hjärnkontoret är bra).

- 2) -BLF bör få driva frågan om mängden skärmtid hos de äldre barnen, barn under 2 år tycker jag är måttligt intresserade av TV.

DEBATT

Ulf Lindberg: “Jag insåg att jag här stod inför en svår kulturkrock.”

Som doktor vid en mottagning för asylsökande familjer råkar man många gånger ut för händelser som har sin grund i kulturkrockar. Jag skall försöka illustrera detta med ett fall som jag haft.

I undersökningsrummet sitter en liten kvinna. Hon är mager, har insjunkna kinder och en hud som är lätt brun och slät. Hon är inte gammal. På huvudet har hon en gråaktig slöja, mönstrad med några svarta tecken. Hennes spåda kropp täcks av en lång svart rock, som når ned till fötterna. På dessa har hon svarta platåskor. Sin slöja har hon draperat hårt kring huvudet. Hon ger intryck av en skrämmd fågel i bur, när hon sitter och tittar ned på den högtalartelefon ur vilken rösten från en arabisk tolk strömmar.

Jag har träffat kvinnan och hennes familj tidigare. De kommer från ett arabiskt land och vill nu stanna i Sverige. Det är kvinnan, hennes make och barn. Barnen hälsoundersökte jag för tre år sedan, då de nyligen anlant. Samtliga var friska men lite ängsliga inför mötet med det nya landet. Under de tre åren som gått har den äldste pojken utvecklat apati och han ligger nu mest hemma. Nu söker modern med sin elvaåriga dotter som blivit retlig och helst inte vill umgås med familjen. Hon svettas och får skakningar på kvällarna och går ibland i sömnen, enligt mamman. När hon berättar detta, tittar hon ned i telefonen på skrivbordet och endast någon gång vänder hon blicken försiktigt mot mig.

När jag senast träffade flickan för några månader sedan satt hon i väntrummet. Hennes mamma var då på besök hos vår sjuksköterska. Jag slog mig ned bredvid flickan och frågade hur hon mädde. Det var en strålande elvaåring som berättade om skolan och kamraterna. Hennes ansikte var livligt; något liknade hon mamman. Håret var kolsvart och ganska långt. Hon hade ingen slöja.

Efter mammas berättelse om flickans nuvarande besvär bad jag att få tala ensam med flickan. Hon talade utmärkt svenska så någon tolk behövde vi inte. Jag förundrade mig över hur lätt barn och ungdomar lär sig ett nytt språk jämfört med familjens vuxna. Modern har på de tre åren här inte lärt sig många svenska ord. Jag blev alldeles skräckslagen när jag nu åter fick se flickan. Hon var försedd med en svart slöja, som stramade om ett magert sorgset ansikte. Hon hade blivit en kopia av mamman, dock ännu ej med den förskrämda blicken. Det var som om en fågelunge hade suttit framför mig. Jag bad henne berätta för mig hur hon hade det. Flickan talade med svag röst, hon log icke. Hon berättade för mig att hon hade börjat i muslimsk skola. Det var lång resväg och arbetsamt. “*Trivdes du inte i din gamla skola?*” frågade jag. “*Jo, det var bra där och jag hade*

många kamrater.” “*Varför bytte du då skola?*” Något svar fick jag ej. Hennes blick fixerade golvet. Jag uppmanade henne att försöka tala med sina föräldrar och förklara vad hon innerst inne ville. Blicken var kvar i golvet. Då jag åter talade med flickans mor berättade hon att maken och hon bestämt att den äldre pojken och hans syster skulle gå i muslimsk skola. Föräldrarna tyckte att det var bäst för dem.

Jag föreslog mamman att familjen borde sätta sig ned med pojken och flickan och fråga vad de själva ville. Modern reagerade inte på min uppmaning. Hon tittade stint på telefonen och svarade mig ej. Jag upprepade åter mitt förslag, och mamman och flickan tog farväl av mig och gick från mottagningen. Mamman först och flickan 10 steg efter. Då de gått, berättade vår sköterska att mamman berättat för henne att om de tvingades återvända till sitt hemland, skulle flickan giftas bort med en 40-årig man; detta enligt ett tidigare löfte från maken.

Jag insåg att jag här stod inför en svår kulturkrock. Denna elvaåriga flicka hade gått tre år i vanlig svensk skola, fått kamrater och tagit upp lite av vår kultur. Så ville nu hennes föräldrar något annat – muslimsk skola och en markering av deras kultur genom slöjan. Vad jag kunde förstå hade inte flickan valt detta. Men jag tänkte trots det att slöja kan vara vackert på en kvinna som valt den själv och bär den med stolthet.

Någon vecka efter denna händelse var jag på ett möte med handläggare på migrationsverket. Jag berättade om familjen och deras problem. Efter tre veckor kom ett meddelande att familjen fått uppehållstillstånd. Detta hälsade jag med glädje och hoppades nu att barnen i familjen skulle få växa upp i en frihet som för oss framstår som självklar.

Vi kan nu fundera över hur vi ska möta en sådan familj som jag beskrivit. Jag valde att försöka befria flickan och kanske familjen från vad jag upplevde som ett kulturellt tvång. Jag kunde också valt att stödja familjen i deras strävan att behålla sin kultur och uppmuntra flickan att acceptera föräldrarnas beslut. Det skulle vara intressant att få synpunkter från kolleger och kanske inte minst från dem med rötter i den muslimska världen.



*Ulf Lindberg, pensionerad barnläkare, Växjö. Deltidsarbetande vid flyktmottagning, BVC och skola.
E-mail ulfaj.lindberg@telia.com*

Vill du skriva ett inlägg till debattsidan? Skriv kortfattat (max: 500 ord, 5 referenser) och skicka till: margareta.munkert@actapaediatrica.se

BARNVECKAN

Rikt utbud av aktiviteter lockade på "Barnveckan"

Den 14-18 april var det åter dags för "Barnveckan". I år ägde arrangemanget rum i Örebro.

–Det har varit ett roligt och inspirerande arbete att planera och genomföra detta, säger Gunnar Skeppner, ordförande i organisationskommittén.

Att ordna en barnvecka kräver sina förberedelser och vi började arrangera allt ett år i förväg. Lokaler och hotell bokades redan i slutet av 2006, och i början av förra året formerade vi vår organisationskommitté och började fundera över veckans innehåll. Givetvis sneglade vi på Linköpings program och fick också många idéer genom att besöka Barnveckan 2007. Tidigt efter sommaren summerade Linköping sina erfarenheter, som vi fick ta del av på ett internat med BLF-styrelsen och som sedan fick vägleda oss i vårt fortsatta arbete.

Administration och ekonomi har skötts via Barn- och ungdomsklinikens och Universitetssjukhusets lokala resurser. Särskilda arbetsgrupper för vetenskapligt program och socialt program tog fram veckans innehåll och kontaktpersoner utsågs för att sköta kommunikationen med utställarna.

"Debattmorgon" uppskattad nyhet

Måndags- och fredagsprogrammet var förlagt till Universitetssjukhuset, där subspecialistföreningarna hade möjlighet att förlägga sina utbildningsdagar. Den mest välbesökta utbildningsdagen ordnades av gastro-gruppen, som kunde locka nästan 100 åhörare med en holländsk

föreläsare, Koen Joosten från Rotterdam. Under tisdag till torsdag var kongressen förlagd till Örebros konferenscenter, Conventum. Tisdagen och torsdagen innehöll ett brett och varierat fortbildningsutbud i oftast tre eller fyra parallella sessioner. Särskilt kan nämnas en uppskattad nyhet i form av "debattmorgon". Under mötet fanns också en posterutställning. Onsdagen var gemensam med sjuksköterskorna och handlade om samarbete inom vården för barnens bästa.

Inledningstal av Göran Hägglund

Socialminister Göran Hägglund och professor Staffan Jansson, företrädare för Barnrättsakademien, inledningstade varefter resten av förmiddagen delades i två parallella



Reidun Stenberg och Åsa Borulf var lokala värdar för måndagskvällens aktivitet i Naturens hus vid Svartåns utlopp i Hjälmarén.



Pediatrika professorgruppen startade sin Barnvecka med möte i Grythyttan norr om Örebro. Från vänster: Ola Hjalmanson, Diana Karpman, Jan-Inge Henter, Birgitta Strandvik, Ulla Berg, Hugo Lagercrantz, Gunilla Hedlin, Karin Fälth Magnusson, Jens Schöllin, Kristina Bry, Sten A Ivarsson och Göran Wennergren.



Örebroklinikens verksamhetschef Elisabeth Esbjörner med Margareta Eriksson från Astrid Lindgrens Barnsjukhus och Jeanette Martinell från BLF:s utbildningsutskott vid måndagens kvällsaktivitet på Naturens hus.

BARNVECKAN



Carl Jan Granquist berättade om hur vi med alla våra sinnen upplever mat och dryck.

program. Det ena berörde neonatala nätverk som presenterades av professor William H Edwards från Dartmouth samt Karel Marsal från Lund, det andra handlade om etiska aspekter på mötet med tonåringar och föredrogs av professor Staffan Jansson, sjukhuspräst Lars Björklund samt sjuksköterskan och författaren Anna Jansson. Eftermiddagen ägnades åt kvalitetsregister och avslutades med en historisk tillbakablick på samarbetet i pesttider, genom professor i historia Dick Harrison.



Pristagarna för bästa artikel i Acta Paediatrica år 2007 skriven av ung BLF-medlem var Emma Goksör och Soley Omarsdottir, här flankerade av nuvarande chefredaktören Hugo Lagercrantz och tidigare chefredaktören Rolf Zetterström. Rolf Zetterström delade ut priset vid Stiftelsen Acta Paediatricas årsmöte.



Staffan Jansson, Barnrättsakademien, och Elisabeth Esbjörner, verksamhetschef på värdkliniken, inledde programmet den gemensamma onsdagen.



Professor William Edwards från Dartmouth-Hitchcock Medical Center, New Hampshire, USA, lärde oss att "There is no substitute for knowledge". Socialminister Göran Hägglund, tillika barnminister, inledningstalade om vikten samarbete inom svensk sjukvård under den gemensamma dagen för barnläkare och barnsjuksköterskor, "Samarbete för barnets bästa".



Två glada moderatorer, Boel Andersson-Gäre (Nationella kvalitetsregister – Hur förbättrar de vården?) och Jens Schollin (Neonatala nätverk – Vad kan vi lära av internationella och nationella erfarenheter?).

BARNVECKAN



Professor Karel Marsál, Lund, efter väl genomförd föreläsning om perinatale nätverk som redskap för kvalitetssäkring och forskning.

Carl-Jan Granqvist och mordgåta på Örebro Slott

Inte minst viktigt under Barnveckan är det sociala programmet, som bidrar till att vi lär känna varandra bättre och får ha det lite extra trevligt under veckan. Under måndagskvällen fick vi på Naturens Hus höra av krögaren Carl-Jan Granqvist hur vi avnjuter mat och dryck med alla våra sinnen.

På tisdagen fick vi lösa mordgåta på Örebro Slott och på onsdagen blev det bankett på Conventum med underhållning av Anders Jacobsson och Sören Olsson (pappor till bl a Sune och Bert), Ågatan Band och slutligen dans till Örebro Storband. På torsdagen avslutades det sociala programmet i Musikhögskolans lokaler på universitetet, där vi fick sjunga i kör under ledning av Fred Sjöberg och Stefan Berglund.



Solen sken på Barnveckans general Gunnar Skeppner och föreläsarna Magnus Domellöf, Karin Källén och Mats Heyman.



Gunnar Skeppner, barnläkare, och Elisabeth Särnblad, barnsjuksköterska, ledde organisationskommittén med fasta och säkra händer.



Östen Jonsson från Barn- och ungdomskliniken i Örebro, tar snabblunch mellan organisationsbestyren.



Västsvenska barnläkare under kaffepaus, Ragnar Bergström, Barnmottagningen, Partille, och Eva Fagerlund, Barnkliniken, NÄL, Trollhättan-Vänersborg.

BARNVECKAN



Anna Jauring och Elisabeth Särnblad (längst till höger) passade i en av pauserna på att besöka Josiane Wählanders och Katrine Wirsands utställningsmonter



Två välkända BLF:are, Anders Lindblad och Boel Andersson Gäre, i solskenet innan banketten.



Glada Stockholmspediatriker mellan föredragen: Eva Berggren, Bodil Schüller, Helena Martin, Ulla Berg och BLF:s facklige sekreterare Svante Norgren.



Mingel i den nedgående solen i väntan på banketten: Kjell Tullus, Margareta Blennow, Britt Marie Ygge från Riksföreningen för barnsjukvårdare och Måna Wallensten, BLF:s skattmästare.



Barnallergologsektionens arbetsgrupp för vårdprogram med det ärevärdiga namnet Stencilkommittén, passade på att sammanträda på Barnveckan. Från vänster Carl-Axel Hederos, Helene Axfors Olsson, Karin Fälvh Magnusson, Göran Wennnergren, Johan Alm, Anne Kihlström och Gunilla Hedlin.

Nästa års möte hålls i Uppsala

När veckan var över, kunde vi räkna till drygt 600 besökare av Barnveckan 2008. Som lokala arrangörer känner vi oss nöjda med veckan och vi tackar för många vänliga kommentarer och positiva synpunkter från både åhörare och föreläsare. I de fall som föreläsarna ej motsätter sig detta, så planerar vi att på hemsidan lägga en presentationslänk i programmet, som kommer att vara tillgängligt under det kommande året via BLF's hemsida.

De som besökte barnveckan kommer också att få en enkät för utvärdering. Vi som jobbat med Barnveckan 2008 tackar alla er som kom till Örebro och deltog. Det har varit ett roligt och inspirerande arbete att planera och genomföra detta och vi önskar Uppsala lycka till, som kommer att ordna Barnveckan 2009. Väl mött där!

*För Örebrogruppen,
Gunnar Skeppner
Ordförande organisationskommittén Barnveckan 2008
Bildreportage: Göran Wennnergren*

INTERVJUNVÅLD MOT BARN

Information till föräldrar ska minska antalet fall av spädbarnsmisshandel

Olof Flodmark, professor i barnneuroradiologi vid Karolinska Universitetssjukhuset i Solna, tog initiativet till MIO-gruppens bildande 1999. Syftet var att stödja vårdpersonal, som i sitt dagliga arbete kom i kontakt med misshandlade barn.

–Det behövdes rutiner, och personalen hade behov av prata av sig, berättar han.

Genom åren har tyngdpunkten i MIO-gruppens verksamhet legat på framtagande av vårdprogram och utbildning. Först på senare tid har tyngdpunkten förskjutits mot förebyggande arbete. Arbete med bildande av ett "Child Protection Team", en socialpediatrisk enhet, pågår för fullt på Astrid Lindgrens Barnsjukhus.



Olof Flodmark är initiativtagare till Miogruppen (Gruppen mot Misshandel och Omsorgssvikt)

Foto: Veronica Åhs

Ny metod ska minska fall av barnmisshandel

Dessutom utformar MIO-gruppen just nu, på uppdrag av Regeringen och Stockholms Läns Landsting, ett föräldrautbildningsprogram, som under nästa år skall provas i Södra Stockholm. Blivande och nyblivna föräldrar kommer bland annat ges information om Shaken Baby Syndrome. Förhoppningen är att föräldrar ska inse det absolut livsfarliga med att skaka ett spädbarn.



Utbildning ska ge föräldrar insikt om hur ömtålig spädbarnets hjärna är.

Foto: Helena Green

–På vissa ställen i USA har antalet fall av Shaken Baby Syndrome halverats sedan man började att systematiskt utbilda föräldrar, bland annat med uppmaningen "vad du än gör, skaka aldrig ditt barn", berättar Olof Flodmark.

Omogenhet och bristande impulskontroll

Han liknar de skador som kan uppstå i samband med att spädbarn skakas, vid sprickorna som bildas när man skakar en skål med Jello-gelé. När en vuxen håller ett litet spädbarn upprätt och skakar kraftigt, kan barnet, som har svaga nackmuskler, inte parera skakningarna och det förhållandevis tunga huvudet far fram och tillbaka helt okontrollerat. Blodkärl slits av och det uppstår blödningar mellan hjärnan och skallen. I 20 procent av fallen dör barnet.

Av dem som överlever får 85 procent allvarliga funktionshinder som exempelvis blindhet och CP-skador. Bara 7 procent av barnen bedöms helt oskadade och kan leva normala liv. Olof Flodmark understryker att spädbarnsmisshandel förekommer i alla samhällsklasser.

–Och det har inte med ondska eller kriminalitet att göra utan beror snarare på omogenhet och bristande impulskontroll. Frustrerade föräldrar – som kanske inte sovit på flera dygn – gör vad som helst för att få tyst på sitt skrikande barn, säger han.

“På vissa ställen i USA har antalet fall av Shaken Baby Syndrome halverats sedan man började att systematiskt utbilda föräldrar, bland annat med uppmaningen “vad du än gör, skaka aldrig ditt barn”

INTERVJUNVÅLD MOT BARN

Antalet anmälningar har fördubblats

Enligt Socialtjänstlagen är läkare, liksom all annan sjukvårdspersonal, skyldiga att göra en anmälan till socialtjänsten om man misstänker att ett barn får illa. Antalet anmälningar har fördubblats sedan 1999. Dock går bara omkring 10 procent av dessa vidare till rättslig prövning. På frågan om det förekommer att läkare ibland låter bli att anmäla av rädsla för att själva hamna i en obekväm situation, svarar han:

–Läkare som anmäler barnmisshandel riskerar alltid att få en motanmälan. Man behöver inte vara rädd för att bli fälld, men man riskerar att dras in i en lång och smärtsam process. Kanske väljer några då att avstå från att anmäla.

Föräldrar anlitar egna “experter”

Han berättar också om det bekymmersamma i att det på Internet figurerar ett antal lobbygrupper som arbetar med

att påstå hur skador som orsakats av misshandel har helt andra osannolika orsaker som exempelvis vaccination.

–Vi hade ett fall i höstas där föräldrarna nu försöker hitta en sådan “expert” som kan ställa upp som vittne. De vill att barnets skador skall förklaras som skador efter en normal förlossning, säger Olof Flodmark.

Veronica Åhs
Frilansjournalist

Barn som utsatts för Shaken Baby Syndrome får ofta svåra men, som t ex blindhet och CP-skador



Socialminister Göran Hägglund (kd): “Regeringen tar denna fråga på stort allvar”



Hur ser regeringen på problemet med den här typen av barnmisshandel?

–Regeringen tar denna fråga på stort allvar och fattade därför den 5 juni beslutet om pilotprojektet “Mental Vaccination” som syftar till att förebygga “Shaking Baby Syndrome”.

Vad är nästa steg, om nu projektet visar sig reducera förekomst av Shaking Baby Syndrome?

–Om projektet faller väl ut är tanken att andra landsting ska kunna ta efter och göra egna liknande insatser.

Hur ser budgeten ut?

– Karolinska universitetssjukhuset har beviljats 900 000 kronor från Stockholms läns landsting.

Margareta Munkert Karnros

Vid misstanke om att ett barn utsatts för misshandel

Alla som är anställda inom hälso- och sjukvården ”... är skyldiga att genast till socialnämnden anmäla om de i sin verksamhet får kännedom om något som kan innebära att socialnämnden behöver ingripa till en minderårigs skydd.” (Socialtjänstlagen 14 kap. 1§). Trots denna tydliga skrivning, ställs läkaren ibland inför en så svår och komplicerad situation att anmälan i värsta fall uteblir. Justitieombudsmannen har i flera rättsfall riktat allvarlig kritik mot kliniker inom offentlig hälso- och sjukvård som underlåtit eller dröjt alltför länge med anmälan.

Viktigt att veta:

- Anmälaren ska inte ta ställning till vem som misstänks vara förövaren. Om det visar sig att misstanken om barnmisshandel var obefogad, **leder en anmälan inte till någon påföljd för den som utfört denna.**
- En motanmälan kan leda till en för läkaren smärtsam process i HSAN **men denne kan inte bli fälld** för att ha gjort en, som det kanske visar sig, oggrundad anmälan om misstänkt misshandel.
- Det är viktigt att ta sina misstankar på allvar. Är du osäker hur du ska hantera ett fall – fråga en kollega om stöd.
- **MIO-gruppen finns till hands** för bland annat läkare som behöver stöd och råd i svåra situationer rörande anmälan om barnmisshandel.

Kontakt:

Mio-gruppen. Telefon: 08 5177 6628/E-mail: mio@karolinska.se

Olof Flodmark. Verksamhetschef, Neuroradiologiska kliniken, Karolinska Universitetssjukhuset, Stockholm. Telefon: 08-5177 2108/Mobil: 070 729 2108

Källa: Olof Flodmark, MIO-gruppen (Gruppen mot Misshandel och Omsorgsvikt)

LITTERATUR

Redaktör: Carl Lindgren

Att skicka eller inte skicka, det är frågan.

Send - The essential guide to email for office and home David Shipley och Will Schwalbe, Alfred A Knopf förlag 2007, 247 sidor.



Email-kommunikationen upptar numera en betydande andel av många människors arbetsdag. Om detta handlar boken "Send. The essential guide to email for office and home". Författarna är i grunden positiva till email och boken inleds med en noggrann redogörelse för mediets alla fördelar. Email är t ex ett

suveränt sätt att förmedla detaljinformation till många människor. Att ringa 500 människor för att upplysa dem om en demonstration samma kväll eller att morgondagens konsert blivit inställd är svårt. Med email är det också lätt att omedelbart svara någon, eller att istället noggrant tänka igenom ett svar och svara långt senare. Email kan också lätt sparas, är sökbara och kan i sin tur användas i framtida email för att referera till en överenskommelse. Slutligen är email ett effektivt sätt att skicka bilagor dokument, fotografier, musik etc.

Risk att glömma relationen till mottagaren

Men email har också svagheter. Eftersom det är så lätt att skicka email skickar vi email när det faktiskt inte behövs, t ex för att ställa en fråga vi själva enkelt hade kunnat besvara på annat sätt. Bara för att email är lättillgängligt är det inte alltid det bästa medlet att kommunicera! När man vill pejla stämningen eller hantera en delikat situation gör man det bättre genom ett personligt samtal. Att kunna nå alla, och att kunna bli nådd av alla är dessutom ett tveeggat svärd. Det innebär att man i praktiken kan emaila statsministern eller den egna koncernchefen [sjukhuschefen]. Men med ett minimalt digitalt avstånd ökar samtidigt risken för att man glömmer bort vilken relation man har till mottagaren.

Sprider virus

Det är t ex mindre lyckat att ställa samma krav på sin koncernchef [sjukhuschef] som på den arbetskamrat man delar rum med. En annan nackdel med email är att många människor känner sig tvingade att läsa ett email så snart emailprogrammet "plingar till". Att ständigt avbryta det man gör hämmar effektiviteten. Man bör också vara medveten om att egna email lätt kan vidarebefordras av mottagaren. I värsta fall kan innebörden dessutom förändras genom att den som vidarebefordrar emaillet ändrar sammanhanget eller rentav "din text" genom att helt sonika

plocka bort ord och meningar. Shipley och Schwalbe föreslår därför att meddelanden vars ordalydelse är av fundamental vikt inte skickas som löpande text utan som ett pdf-dokument som bifogas emaillet. Slutligen har email naturligtvis den kända nackdelen att de kan sprida virus.

Bokens andra kapitel heter "The anatomy of an email" (ett emails anatomi), och här analyseras mediets beståndsdelar. Shipley och Schwalbe säger gång på gång det självklara men ändå sådant som är så viktigt. Förutom att skriva rätt emailadress i "till-fältet" bör man fundera igenom vem/vilka/hur många som ska stå i "till-fältet", respektive i "kopia-till-fältet". Om man t ex vill tacka en viss person för en insats gör det stor skillnad om man skickar tack-emaillet till just den personen med kopia till fem andra medarbetare, än om man skickar ett email adresserat till alla sex och tackar dem för hjälpen (utan att framhålla den som lagt ned två veckors arbete på ett projekt, när de övriga fem lagt ned två timmar!).

Rubriken - en viktig ledtråd för mottagaren

Näst adressfälten anser författarna att det viktigaste fältet är "rubriken" (ämne/subject). Den vanligaste svagheten med rubriken är att man vill säga alltför mycket på en gång. I det fallet riskerar rubriken att bli splittrad och mottagaren väljer kanske att vänta med att läsa emaillet (för att på sikt kanske aldrig ens öppna det!). Då kan det vara bättre att istället dela upp ett email i flera. Rubriken bör vara informativ och inte leda tankarna till spam. Att undvika spamrubriker är enklare för den som skriver på svenska än på engelska eftersom svenskspråkig spam fortfarande är mindre vanlig än engelskspråkig spam, men även bland svensktalande avråds rubriker såsom "Grattis!", eller "Du har vunnit", eller "Gratis resa" etc. Rubriken gör det också möjligt för mottagaren att ta ställning till om emaillet behöver öppnas omedelbart eller i ett senare skede. Email med rubriken: SV:SV:SV:SV: semester som i själva verket handlar om vem som ska hämta på dagis senare samma dag riskerar att missas.

Bokens sista del handlar om hur man skriver det perfekta emaillet, med fokus på hur man besvarar email. Emails styrka är också dess svaghet; snabbheten med vilken man kan skriva och skicka iväg ett email. Det finns därigenom en risk att man alltid är slapp i sin stil och struktur bara för att man ibland kan tillåta sig det när man kommunicerar med nära vänner. Stavfel och grammatiska fel, i synnerhet

LITTERATUR

när de förekommer *en masse*, riskerar att ge mottagaren intrycket av att avsändaren inte lagt ned någon vikt vid emaillet, inte prioriterat det. Då är det oftast bättre att vänta med att skicka ett email tills man hunnit läsa igenom det en extra gång. Vilket intryck får man själv av ett email som innehåller mängder av stavfel?

Stora bokstäver irriterar

För att göra ett email lättläst bör varje stycke vara kort. Man bör heller inte begrava huvudbudskapet mitt inne i ett stycke, eller vänta med det till allra sist i ett långt email! Det finns en risk att mottagaren inte orkar läsa hela emaillet. Andra rekommendationer från Shipley and Schwalbe är att aldrig använda stora bokstäver, många människor uppfattar stora bokstäver SOM ATT MAN SKRIKER. Ett email med enbart stora bokstäver är också svårare att läsa, och därigenom ett effektivt sätt att irritera någon.

En av de emailtyper som kräver mest eftertanke är det email i vilket man efterfrågar/begär något. Att skriva emaillet kan ta tio sekunder, medan mottagaren får ägna en hel arbetsdag åt att gå avsändaren tillmötes. Shipley och Schwalbe understryker i sin bok vikten av att noga överväga om ett email är det enklaste/bästa sättet att få något utträttat eller en fråga besvarad. Man bör också fråga sig själv om det t ex är chefs uppgift att laga den trils-kande kaffeautomaten eller om detta ligger på någon annan?

Bra att inkludera en "väg ut" för mottagaren

Har man väl bestämt sig för att emaillet ska skickas bör man maximera sina chanser att mottagaren gör det man önskar. Först och främst bör förfrågan få ett eget stycke, så att den inte drunknar i den övriga texten. Litet beröm och en förklaring varför man valt att vända sig till just mottagaren ("du är ju väldigt duktig på att hålla i presentationer") kan vara bra. Slutligen kan det löna sig att inkludera en "väg ut" för mottagaren. Den som ställs inför ett sant val är mer benägen att vara hjälpsam än den som känner sig tvingad (ex. "jag förstår om du inte har möjlighet att ordna detta under juli månad, vi har alla mycket att göra under sommaren, men om det ändå går vore jag mycket tacksam"). Det är också hänsynsfullt att begränsa mottagarens arbetsinsats, det kan man göra genom att i sitt email be mottagaren bortse från

emaillet om denne inte har den eftersökta informationen lätt tillgänglig.

Shipleys och Schwalbes bok är full av kärnfulla råd. Trots att de boken igenom predikar vikten av att bara skicka absolut nödvändiga email anser författarna ändå att det är de där "onödiga" emailen som kanske är de allra viktigaste! Email när vi vill kolla hur någon mår, rekommendera en film eller tipsa om rean på Stadium, har en viktig social funktion.

Allra sista avrundar författarna med att skapa en minnesregel av ordet "SEND". "S stands for simple, E is effective, N is necessary, and D is done". Själv undrar jag om inte "SEND" i sin helhet bäst förmedlar vad boken egentligen handlar om: Att skicka eller inte skicka, det är frågan.

Jonas F Ludvigsson

Docent och Barnläkare, Örebro, Enheten för klinisk epidemiologi, Karolinska Institutet.

E-mail jonasludvigsson@yahoo.com



Stiftelsen Samariten

Stiftelsen Samariten delar i år ut totalt 1.600.000 kronor.

Bidrag utgår dels till forskningsprojekt, dels till forskningsstipendier i den medicinska barnvården i högst 3 månader.

Anslagen avser framför allt att stödja nyetablerade projekt med hög klinisk relevans för pediatrik och som saknar stöd från stora anslagsgivare såsom VR, Cancerfonden etc. Stiftelsen välkomnar också ansökningar för anordnande av vetenskapliga symposier.

Ansökningshandlingarna skall vara Stiftelsen Samariten tillhanda senast måndagen den 6 oktober 2008 kl 17.00.

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

Stiftelsen Samariten
Sachsska barnsjukhuset
Södersjukhuset
118 83 STOCKHOLM

KONST

Kaos får lämna plats åt rofyllda barn

Charlotte Gyllenhammar utmanar en ny sida i sitt konstnärskap men arbetar fortfarande helst i lera. – Duken kändes alldeles för skör och bräcklig för det jag vill uttrycka, menar hon.



Charlotte Gyllenhammar i sin ateljé i Frihamnen, Stockholm.

Foto: Margareta Munkert Karnros

Det har hänt att hon förvånats över allmänhetens reaktioner när det gäller hennes konst. Som den gången i början av 90-talet när hon ställde ut på Bror Hjorths Hus i Uppsala. Många var de som höjde på ögonbrynen när de såg barnsängen, från vilken grå lera vällde ut genom spjälorna och ner på golvet.

– Jag tycker lera är ett vackert material. Och leran i sängen kunde också betraktas som växande och levande. Men kanske andra såg något annat, säger Charlotte Gyllenhammar lugnt där hon sitter på stolen vid sitt arbetsbord i ateljén i Frihamnen i Stockholm. Det svaga dis som letar sig in genom fönstren faller lätt på de vita skulpturerna som står uppställda lite här och var i rummet.



“Ute” Brons, (95 × 42 × 25) cm, 2004

Foto: Mikael Lindmark

Behövde något rejält och påtagligt

Och leran är det material hon återvänder till gång på gång i sitt konstnärskap. I början av sin karriär provade hon pensel och duk men övergick snabbt till andra tekniker.

– Duken kändes alldeles för skör och bräcklig för det jag vill uttrycka. Jag behövde något rejält och påtagligt, därför blev det skulptur och installationer, förklarar hon.

En av hennes mest uppmärksammade installationer är den hundraåriga ek som 1993 placerades över Drottninggatan i Stockholm, hängandes med trädkronan nedåt och rötterna strävande mot skyn.

Efter att länge ha ägnat sig åt att skildra kaos har dock Charlotte Gyllenhammar de senaste åren börjat utmana en annan, mer harmonisk sida i sitt konstnärskap. Detta har gett sig i uttryck ibland annat rofyllda barnhuvuden i gråpatinerad brons.

Ett av dessa ligger framför henne på arbetsbordet i ateljén.

Barnskulpturer i overaller

I ateljén finns också en liten barnskulptur, vars klänning för tanken några århundraden tillbaka i tiden. Den är gjord i ungefär i samma storlek som hennes verklighetstrognas bronsskulpturer av barn i overaller med titeln “Ute”. Konstverket

finns i fem exemplar och kan ses bland annat i Umedalens skulpturpark i Umeå och på Utrikespolitiska Institutet i Stockholm.

– Jag kan se mig själv i dem, säger hon lite roat. – Barn på dagis byltas på med tjocka lager av kläder och skickas sedan ut i ur och skur, så var det även när jag var liten. Och som förälder har jag nu även börjat se min egen dotter i de här skulpturerna.



B-head, Gråpatinerad brons, 12 × 10 × 7 cm, SAK edition 2008.

Margareta Munkert Karnros

FAKTA Charlotte Gyllenhammar

Född: 1963 i Lerum

Yrke: Konstnär (fd professor vid Konsthögskolan i Malmö)

Bor/Arbetar: Stockholm

Utbildning: Kungliga Konstakademien, Stockholm.

Royal College of Art, London

Aktuell: Konstnärlig utsmyckning av Rikshospitalet i Oslo

KALENDARIUM

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

SEPTEMBER 2008

10-12/9 Framtidens specialistläkare - en nationell kongress för alla landets blivande och nuvarande ST-läkare, deras handledare, ST-studierektorer, verksamhetschefer samt sjukvårdshuvudmän. Malmö, Info: www.framtidenslakare.se/

18-19/9 Höstmöte, BLF:s sektion för barn - och ungdomsallergologi i Jönköping. Info: www.barnallergisektionen.se

APRIL 2009

6-8 /4 13th International Coeliac Disease Symposium 2009, Amsterdam
Info: ludesign.curious.nl/icds2009/

MAJ 2009

2-5/5 Pediatric Academic Societies' Annual Meeting, Baltimore
Info: www.pas-meeting.org, info@pas-meeting.org

Nästa nummer....

Nästa nummer har tema **Diabetes** och utkommer den **7 oktober**. Det kommer dock att finnas tillgängligt på BLF:s webbplats tidigare. Varmt välkomna att medverka i tidningen! Glöm inte att skriva under med namn, titel och arbetsplats (Anders Andersson, Barnläkare, Malmö sjukhus, E-mail)



Fotograf: Ann-Kristin Freijd

Stiftelsen till minne av Personalföreningarna i Holmia Försäkring AB

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

Stiftelsen till minne av Personalföreningarna i Holmia Försäkring AB utlyser ett stipendium på 20 000 kronor för yngre forskare. Stipendiet kan delas med flera.

I första hand prioriteras resebidrag till sökande som avser att hämta in specifik ny kunskap/metod som skall komma att användas inom ramen för ett aktuellt kliniskt forskningsprojekt. (Plan för resan och det aktuella projektet skall bifogas.)

I andra hand kan stöd ges för deltagande i vetenskaplig konferens den närmaste 6- månadersperioden, förutsatt att sökanden kommer att presentera egna resultat (abstract skall bifogas ansökan).

Ansökan om stipendium skall inkomma senast den **15 september 2008**.

Beslut om stipendier kommer att fattas i början av november.

För ansökan använd det elektroniska ansökningsformuläret som finns på Svenska Försäkringsföreningens hemsida & fliken "Stipendier". (www.forsakringsforeningen.se)

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 att¹:

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



Omnitrope®

Somatropin **ready to grow**



Tillväxthormonet **Omnitrope®** är världens första biosimilair och är lanserad i Australien, Nordamerika och Europa. För ett år sedan lanserades **Omnitrope®** även på den svenska marknaden.

Omnitrope® är farmakologiskt och terapeutiskt jämförbart med övriga tillväxthormonpreparat, t ex Genotropin® (somatropin) och finns som färdig lösning i styrkorna **5 mg** och **10 mg**. **Omnitrope®** administreras smidigt och enkelt med hjälp av injektionspennorna Pen5 och Pen10, vilka Sandoz har utvecklat i samarbete med Becton Dickinson (BD). Även valmöjligheten mellan tre kanylstorlekar från BD bidrar till att förenkla injiceringen. Det finns flera fördelar med att förskriva **Omnitrope®**, bland annat får man ett kostnadseffektivt läkemedel utan att göra avkall på säkerhet och effektivitet i behandlingen.

Prisexempel *

Omnitrope®	5x10 mg	243,60 kr/mg
Omnitrope®	10x10 mg	236,22 kr/mg
Genotropin®	5x12 mg	320,18 kr/mg

Omnitrope® är i Sverige godkänt för behandling av:

1. Barn med tillväxtstörning:

- Orsakad av otillräcklig insöndring av endogent tillväxthormon (PGHD)
- I samband med Turners syndrom
- I samband med kronisk njurinsufficiens (CRI)
- Hos korta barn som är födda SGA (korta i förhållande till graviditetstidens längd)
- Associerat med Prader-Wills syndrom (PWS)

2. Vuxna med uttalad brist på tillväxthormon (GHDA)

För mer information om **Omnitrope®**, kontakta vår produktchef Marie Vougt eller gå in på: www.sandoz.se och www.emea.com.

*Prisexemplet i AUP gäller för maj 2008. Källa: Läkemedelsförmånsnämnden.

