BKN-cover_107_6 11/6/07 2:51 PM Page 1

ISSN 1651–0534

Nr.6/2007

Barnläkaren

SVENSKA BARNLÄKARFÖRENINGEN
SWEDISH PAEDIATRIC SOCIETY

Blackwell Publishing

roxenback.com

Synagis
– ett skydd mot RS-virus

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

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

SWE/206/10.2007

Indikationer:
Prevention av allvarliga sjukhuskrävande nedre luftvägsinfektioner orsakade av respiratoriskt syncytialvirus (RSV) hos barn som har ökad risk för RSV-sjukdom:
- Barn som är födda vecka 35 eller tidigare och yngre än 6 månader då RSV-säsongen börjar.
- Barn under 2 år som inom de senaste 6 månaderna behövt behandling för bronkopulmodell dysplasi.
- Barn under 2 år som har hemodynamiskt signifikant kongenital hjärtsjukdom.

Synagis är ett receptbelagt läkemedel som ingår i förmånssystemet, ATC-kod J06B B16. Kostnad per förpackning, 50 mg 5161 kr och 100 mg 8514 kr. Informationen granskad den 12 oktober 2007. Förpackningar: Pulver och vätska till injektionsvätska, lösning 50 mg och 100 mg. Dosering: 15 mg/kg kroppsvikt. För ytterligare info se www.FASS.se

SYNAGIS®
PALIVIZUMAB

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

Abbott
A Promise for Life

ABB_2628_Annons_Synagis_210x276.indd 1 07-10-31 09.06.59

BKN_107_6_contents.qxd 11/7/07 10:07 AM Page 1

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

Ansvarig utgivare
Göran Wennergren
goran.wennergren@pediat.gu.se

Chefredaktör
Samuel Lagercrantz
samuellagercrantz@hotmail.com

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

Litteraturredaktör
Carl Lindgren
carl.lindgren@actapaediatrica.se

Manuskript insändes per mail till:
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

Annonsera i Barnläkaren
Blackwell Publishing
neil.chesher@oxon.
blackwellpublishing.com

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

Tryck
COS Printers Pte Ltd, Singapore

Redaktionsråd
Margareta Blennow
Anders Lindblad
Måna Wallensteen
Björn Wettergren

Innehåll

LEDARE 5

REDAKTÖRENS RUTA 6

BARNMEDICIN
Typ 2 diabetes hos barn och ungdomar 7
Slopad indikation för desmopressin 10

NOTISER 11

NYHETSSVEP 13

RIKSSTÄMMAN
Välfyllt program på årets Riksstämma 14
Riksstämmans historia 14

TEMA: ARBETE VS PRIVATLIV
"Vi förväntar oss att livet ska innehålla allt" 15
"Hur sjutton klarar vi verksamheten" 16
"Är det värt att jobba heltid som småbarnsförälder?" 17
Enkät 18

VETENSKAPSHISTORIA
Thomas Kuhn, en vetenskapsteoretiker för sin tid 19

LÄKEMEDEL
Seminarium i Jönköping fokuserade på läkmedelssäkerhet 20

INTERVJUN
Lyssna på barnen 23

KONST
Barnet i konsten 24

LITTERATUR
Dialektala diagnoser 25
Möte i Mecka 26

DEBATT
Låt oss skynda långsamt 28
PGD-HLA är inte genteknik 29

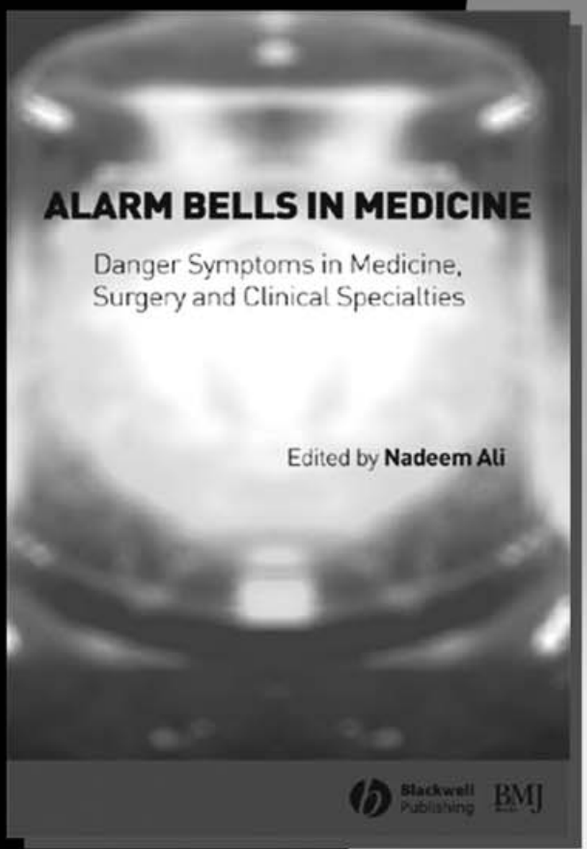
KALENDARIUM 31

Alarm Bells in Medicine Grey.qxd 11/6/07 2:38 PM Page 1

Addressing the biggest fear faced by all doctors

ALARM BELLS IN MEDICINE

Edited by Nadeem Ali



- Brings you up to speed on recognising the symptoms of serious illnesses
- Internationally renowned authors list the most crucial presenting symptoms in their own specialties that should ring the alarm bells
- Clear information on diagnosis and action organised under the relevant specialties
- Information is quick and easy to find

ISBN: 0727918192
ISBN13: 9780727918192
Paperback
August 2005

Blackwell Publishing

BMJ Books

For more information, contents list or to order online, go to:

www.blackwellpublishing.com/0727918192

Or order by phone:
US: (800)-216-2522
UK/Rest of the World: +44(0) 1235 465500
AUS/NZ: +61(2) 8778 9999

www.bmjbooks.com

Partnerships in learning, research and professional practice

MOVICOL®

NYHET! NY BEHANDLING VID FÖRSTOPPNING!

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

En nyligen publicerad 3-månadersstudie där man jämfört **MOVICOL**® Junior Neutral med laktulos visade att[1]:

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

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

Välkommen att förskriva MOVICOL Junior Neutral!

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

1. Candy et.al, J Pediatr Gastroenterol Nutr 2006 Jul; 43 (1) 65-70

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

Läs mer om MOVICOL® på www.fass.se

www.movicol.se

löser · mjukar upp · fuktar · stimulerar

E-tocs ad 14/12/01 2:43 pm Page 1

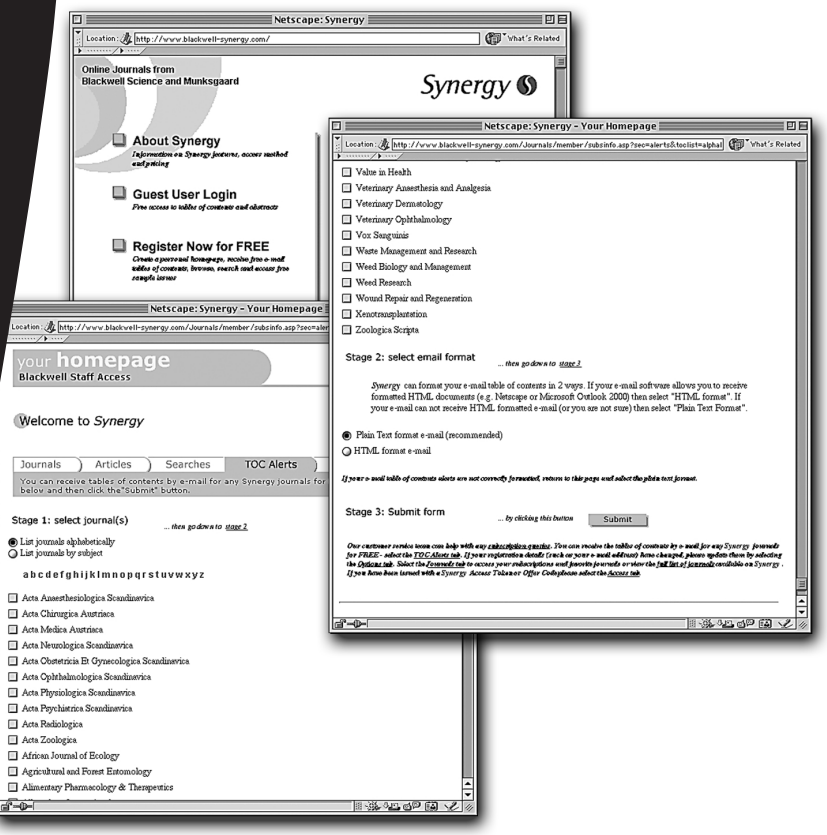
Be the first to know that a new issue of your favourite journal has published!

Blackwell *Synergy*

E-mail Table of Contents Alerts

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

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



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

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

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

www.blackwell-synergy.com

Blackwell Publishing

BKN_107_6.qxd 11/7/07 10:39 AM Page 5

Varmt tack, Samuel!!

KÄRA KOLLEGOR!

Vi har som ni märkt, i Samuel Lagercrantz haft en särdeles duktig chefredaktör för Barnläkaren. Men som ni vet brukar duktiga personer upptäckas också av andra, och Samuel erbjöds i våras att bli redaktör för Läkemedelsvärlden, Apotekarsocietetens oberoende tidskrift om läkemedel. Det var ett erbjudande som inte gick att avvisa. Samuel har fullföljt det redaktörsår som han åtagit sig, men detta nummer av Barnläkaren är hans avslutande som chefredaktör. Samuel har gjort ett alldeles excellent arbete. Att vara ansvarig utgivare för Barnläkaren med Samuel som redaktör har varit en av mina trevligaste ordförandeuppgifter under året som gått. Svenska Barnläkarföreningen är mycket tacksam för din insats, Samuel, och önskar dig all fortsatt framgång som publicist!

Hur blir då fortsättningen? Jo, glädjande nog har vi funnit en bra efterträdare till Samuel. Margareta Munkert Karnros, som är verksam vid redaktionen för Acta Paediatrica och också frilansjournalist, går in som redaktör från och med första numret år 2008. Margareta kommer att dela sin arbetstid mellan Barnläkaren och Acta Paediatrica.

I detta nummer har vi två debattinlägg om PGD/HLA, preimplantatorisk genetisk diagnostik med samtidig HLA-typning. Som ni vet tillåter svensk lag sedan förra året användande av denna teknik "när PGD/HLA med god prognos kan bota vad som annars är obotligt". Tekniken får dock bara användas efter tillstånd från Socialstyrelsen som avgör om de föreskrivna synnerliga skälen föreligger för att tillåta PGD/HLA i det enskilda fallet.

Jag hade under våren anledning att noggrant sätta mig in i regelverket kring PGD/HLA. Som Socialstyrelsens vetenskapliga råd i barn- och ungdomsmedicin blev jag ombedd att bedöma om de då inkomna ansökningarna uppfyllde lagtextens krav. Min uppfattning under det arbetet blev att man i lagtexten och i förarbetet i propositionen gjort omdömesgilla avvägningar och noga vägt in de etiska aspekter som den nya tekniken innebär. När man som vetenskapligt råd yttrar sig för Socialstyrelsen är uppgiften att se om en ansökan uppfyller de krav som lagtexten föreskriver. Där ska personliga uppfattningar läggas åt sidan. Dock tillstår jag att jag inte har svårighet att ställa mig bakom reglerna för PGD/HLA som de utformats i Sverige. Men självklart är PGD/HLA ny medicinsk teknik som både kan och bör diskuteras ur flera aspekter. Barnläkaren välkomnar därför diskussionen.

Hjärtliga hälsningar
Göran Wennergren

Göran Wennergren
Ordförande i Svenska Barnläkarföreningen

BKN_107_6.qxd 11/7/07 10:39 AM Page 6

Redaktörens ruta

I Barnläkaren nummer fyra bidrog Gösta Alfvén med en läsvärd artikel om vetenskapsfilosofen Karl Popper under rubriken "Karl Popper, en filosof och vetenskapsteoretiker för vår tid". I det här numret skriver Bernt Alm om "Thomas Kuhn, en filosof och vetenskapsteoretiker för sin tid".

Karl Popper och Thomas Kuhn levde ungefär samtidigt men deras teorier var väsenskilda. När Bernt Alm skriver att Kuhn var en filosof för sin tid syftar han på att de "vetenskapliga revolutioner" som Kuhn talade om rimmade väl med den Marx-inspirerade samhällsdebatten på 1960-talet. Karl Popper var däremot skarpt kritisk till marxismen och därför inte uppskattad i alla läger under samma tidsperiod. Å andra sidan har Poppers reformistiska samhälls- och vetenskapssyn vunnit terräng under senare år.

Men det går vare sig att bortse från Thomas Kuhns eller Karl Poppers betydelse för modern vetenskap.

Vad spelar det för roll i tidningen Barnläkaren?

För det första vilar så mycket av den moderna vetenskapen på Poppers och Kuhns resonemang att det för alla som i någon bemärkelse arbetar med vetenskap är viktigt att bekanta sig med dessa två filosofer. För det andra är det av betydelse att Barnläkaren behandlar ämnen som hamnar utanför den strikt medicinska ramen. Diskussion om etik och filosofi behövs i alla sammanhang och ett av mina syften som redaktör har därför varit att bereda plats för det.

I nummer tre det här året var temat läkemedel. Det är glädjande att EU nu har tagit efter USA i att ställa högre krav på att företag prövar sina läkemedel för barn. Men de ökade kraven på företagen som utvecklar medicinerna innebär också ökade krav på barnläkare att utvärdera preparaten. Kliniska prövningar av läkemedel blir sannolikt en allt större del av många pediatrikers arbete när de nya EU-reglerna får effekt i praktiken.

Dessutom är förstås läkemedel ett av de viktigaste redskapen för läkare och i takt med att nya preparat tillkommer blir det mer att hålla reda på. Just nu görs mycket för att förbättra säkerhetsaspekterna av medicinsk behandling. Det handlar om att ge rätt dos, undvika skadliga interaktioner, med mera. Ett exempel på verksamhet som syftar till bättre kunskap om och hantering av läkemedel är de seminarier som hållits det här året under ledning av Boel Andersson Gäre. Journalisten Sven Magnusson besökte ett av seminarierna som han berättar om på sidan 20.

Sedan i somras arbetar jag på tidningen Läkemedelsvärlden och lämnar därför nu över arbetet med Barnläkaren till Margareta Munkert Karnros som medverkar som skribent i det här numret.

Efter ett år med Barnläkaren kan jag med glädje konstatera att vi har behandlat ämnen som spänner över ett brett register: filosofi, etik, humaniora – och så förstås barnmedicin.

Att arbeta med tidningen har varit ett nöje, mycket eftersom jag har samarbetat med ett kunnigt redaktionsråd. Tack Margareta, Måna, Anders, Björn, Calle och Viveca! Göran Wennergren har som ordförande för Barnläkarföreningen och ansvarig utgivare för tidningen varit aktiv i arbetet. Samarbetet med Göran har varit väldigt roligt då han kombinerar varm humanism med ett stort medicinskt kunnande. Jag har också fått in en mängd intressanta texter från medlemmarna i Barnläkarföreningen.

Väl mött!

Samuel Lagercrantz

BKN_107_6.qxd 11/7/07 10:39 AM Page 7

Typ 2 diabetes hos barn och ungdomar

Text Ingmar Zachrisson

Vi överöses dagligen, både i de medicinska medierna (1-3) och i nyhetsmedierna av rapporter, som påvisar den kommande/pågående vågen av fetmarelaterade sjukdomar hos barn, ungdomar och vuxna, däribland typ 2 diabetes mellitus. Var står vi idag vad gäller förekomst av, åtgärder mot och trender i utveckling av denna sjukdom?

Vi indelar klassiskt diabetes i autoimmun diabetes, typ 1 diabetes mellitus (T1DM) och åldersrelaterad diabetes, typ 2 diabetes mellitus (T2DM). Se faktaruta. Så gott som alla människor med diabetes har någon av dessa två former, men det finns också diabetes associerat till olika syndrom och till monogena förändringar. Dessa tillstånd kommenteras inte vidare i denna artikel.

Den etiologiska modellen av T2DM beskriver ett förstadium där en ökad insulinresistens utan β-cells-svikt ger lätt förhöjda glukosnivåer, så kallad impaired glucose tolerance (IGT). Detta konstateras med ett Oralt Glukos Tolerans Test (OGTT), se andra faktarutan. Med alltmer tilltagande β-cells-svikt övergår detta så småningom i T2DM. Tidsförloppet i övergången från IGT till T2DM och hur stor andel av individerna som går från IGT till T2DM är ej känt. De tyngsta faktorerna för utvecklande av T2DM är etnisk tillhörighet, hereditet, övervikt och låg fysisk aktivitetesnivå.

Det är ett faktum att BMI hos barn och ungdomar ökar över tiden (4). Likaså hos vuxna. Den här utvecklingen sker både i industriländer och i utvecklingsländer. Parallellt med denna utveckling har antalet barn med diabetes ökat, och åldern för debut har flyttats nedåt. I den vuxna befolkningen finns ingen påvisad ökning av T2DM i Sverige. Flera

Idrott kan vara ett sätt att förebygga diabetes typ 2. Fotot är taget i en mindre stad i USA.

Foto: Derek Jensen

Typ 1 diabetes jämfört med typ 2 diabetes

	Typ 1 Diabetes Mellitus	Typ 2 Diabetes Mellitus
Ålder	0-18	Pubertet eller senare
Debut	Oftast akut, snabb	Variabel: från snabb till långsam
Insulinberoende	Permanent, total	Ovanlig vid debut. Kommer senare.
Insulin sekretion	Frånvarande eller mycket låg.	Variabel.
Insulin känslighet	Normal.	Nedsatt.
Genetik	Polygen	Polygen
Etnicitet	Alla befolkningsgrupper	Vissa etniska grupper ökad risk.
Frekvens (% av diabetes < 18 å.å.)	95% +	<5 % i Sverige. (Japan ~80 %).
Associationer:		
Autoimmunitet	Ja	Nej
Ketos	Vanlig	Ovanlig
Fetma	Nej	Kraftig
Achantosis nigreicans	Nej	Ja

BKN_107_6.qxd 11/7/07 10:39 AM Page 8

rapporter finns till och med om en minskad frekvens i åldrarna 15-34 år (Diabetes incidence study in Sweden-DISS årsrapport 2001) samt i åldrarna 15-64 år (5).
Sverige har bland de högsta incidenstalen i världen av diabetes hos individer under 18 års ålder, mellan 40 och 50 per 100 000 individer och år. Incidenstalet ökar och dessutom kryper debutåldern neråt (6). Vi ser nu även hos oss i Sverige barn med "klassisk" T2DM, något vi inte gjorde för 20-30 år sedan. Antalet är dock mycket litet, cirka en procent av totalantalet enligt uppskattningar från 2002. Men intrycket bland svenska barndiabetologer är att antalet ökar.

Bättre data på väg

Tack vare en pågående studie, Bättre Diabetes Diagnos, där samtliga nya fall av diabetes <18 år karaktäriseras vidare med bland annat HLA-typ, autoantikroppar och C-peptid, kommer vi inom något år att få betydligt bättre epidemiologiska data. Studien drivs integrerat med det nationella kvalitetsregistret, SWEDIABKIDS, där data från alla besök i diabetesvård rapporteras. Registret kommer från nästa år att ha 100 procent täckning, där varje patient följs konsekutivt, vilket kommer att generera mycket säkra data beträffande bland annat typ av diabetes.

Många vill se både typ 1 och typ 2 som uttryck av samma grundläggande sjukdom som yttrar sig olika hos olika individer med olika omgivningsfaktorer, den så kallade acceleratorhypotesen (7). Samma faktorer (övervikt, kostvanor, stillasittande, stress) driver på uppkomsten av båda tillstånden. Viktigare än att fokusera på uppdelning i T1DM och T2DM är dock för oss pediatriker att inse att tillstånd med hög insulinresistens och höga glukosnivåer finns även hos våra patienter. Även innan diabetes med kliniska symptom utvecklas, utvecklas kärlkomplikationerna. Det finns data från vuxna som visar att avvikande blodglukosnivåer föregår symptom på diabetes med 7-11 år. Senkomplikationerna vid typ 2 är oftast värre än vid typ 1 efter samma sjukdomstid (8).

Vid farmakologisk behandling av T2DM hos barn och ungdomar används än så länge endast metformin som peroralt antidiabetikum. Preparatet är väl beprövat. Det sänker den perifera insulinresistensen och därmed det endogena insulinbehovet. Sibutramin som adjuvans till viktreduktion kan användas parallellt. Så småningom blir alla personer med T2DM insulinkrävande. Hos vuxna brukar tidsgränsen uppges till cirka tio år efter diagnos. Hos barn och ungdomar verkar denna tid vara kortare.

Det är viktigt att påpeka att det inte är likhetstecken mellan övervikt och T2DM. De allra flesta överviktiga kommer aldrig att utveckla sjukdomen, men naturligtvis ska vi kämpa mot den ökade förekomsten av fetma då kraftig övervikt för med sig många ofördelaktiga sekundäreffekter, inte minst en sänkt livskvalitet (9).

Finns det skäl att screena alla överviktiga för T2DM med urinsocker, blodsocker eller OGTT? Vid genomförda studier utomlands (Japan och USA) hittar man dittills okända fall av IGT och T2DM (10) (11). Screeningstudier finns ännu inte publicerade i Sverige.

Det är dock alla pediatrikers skyldighet att hos individer med hereditet för diabetes och/eller tidig hjärtkärlsjukdom

Oralt Glukos Tolerans Test

Utförande: Barnet kommer till mottagningen fastande på morgonen. Det är att föredra att mäta P-Glukos och P-Insulin parallellt vilket förutsätter perifer ven kateter (PVK). Till barn ges 1,75g glukos per kg kroppsvikt löst i 250-350 ml vatten på högst 5 min, max 75 g. Det vill säga, barn över 43 kg får den högsta dosen. Blodprov för analys dras vid 0, 30, 60, 90 och 120 minuter. Glukosnivå tolkas enligt tabell nedan.

	Kapillärt Plasma (mmol/L)	**Venöst Plasma** (mmol/L)
Diabetes mellitus		
Fasteprov eller	⩾7.0	⩾7.0
2 timmars OGTT eller slumpprov.	⩾12.2	⩾11.1
Nedsatt Glukostolerans (IGT)		
Fasteprov	<7.0	<7.0
2 timmars OGTT	⩾8.9	⩾7.8
och	<12.2	<11.1
Förhöjt Faste Glukos (IFG)		
Fasteprov	⩾6.1	⩾6.1
och	<7.0	<7.0
2 timmars OGTT	<8.9	<7.8

BKN_107_6.qxd 11/7/07 10:39 AM Page 9

och med övervikt, låta IGT och T2DM passera hjärnbarken. För att verifiera/utesluta dessa tillstånd krävs en OGTT, helst med analys även av insulinnivåer. Fasteblodsocker eller randomiserat blodsocker över normala värden (7,0 respektive 11,1 mmol/l) kan fastställa tillstånden, medan normala värden ej utesluter dem. Man kan som läkare vara fast övertygad om att man har gjort sin patient en mycket stor tjänst om man lyckas entusiasmera till livsstilsförändringar som förhindrar utveckling till fulminant sjukdom och komplikationer.

Ingmar Zachrisson, Överläkare, Barndiabetesteamet, Astrid Lindgrens Barnsjukhus samt Barnmottagningen, Norrtälje Sjukhus.

Referenser

1. Rosenbloom AL, Joe JR, Young RS, Winter WE: Emerging epidemic of type 2 diabetes in youth. *Diabetes Care* 22:345-354, 1999
2. Soltesz G: Diabetes in the young: a paediatric and epidemiological perspective. *Diabetologia* 46:447-454, 2003
3. Rocchini AP: Childhood obesity and a diabetes epidemic. *N Engl J Med* 346:854-855, 2002
4. Berg IM, Simonsson B, Brantefor B, Ringqvist I: Prevalence of overweight and obesity in children and adolescents in a county in Sweden. *Acta Paediatr* 90:671-676, 2001
5. Eliasson M, Lindahl B, Lundberg V, Stegmayr B: No increase in the prevalence of known diabetes between 1986 and 1999 in subjects 25-64 years of age in northern Sweden. *Diabet Med* 19:874-880, 2002
6. Pundziute-Lycka A, Dahlquist G, Nystrom L, Arnqvist H, Bjork E, Blohme G, Bolinder J, Eriksson JW, Sundkvist G, Ostman J: The incidence of Type I diabetes has not increased but shifted to a younger age at diagnosis in the 0-34 years group in Sweden 1983-1998. *Diabetologia* 45:783-791, 2002
7. Betts P, Mulligan J, Ward P, Smith B, Wilkin T: Increasing body weight predicts the earlier onset of insulin-dependant diabetes in childhood: testing the 'accelerator hypothesis' (2). *Diabet Med* 22:144-151, 2005
8. Eppens MC, Craig ME, Cusumano J, Hing S, Chan AK, Howard NJ, Silink M, Donaghue KC: Prevalence of diabetes complications in adolescents with type 2 compared with type 1 diabetes. *Diabetes Care* 29:1300-1306, 2006
9. Schwimmer JB, Burwinkle TM, Varni JW: Health-related quality of life of severely obese children and adolescents. *JAMA* 289:1813-1819, 2003
10. Sinha R, Fisch G, Teague B, Tamborlane WV, Banyas B, Allen K, Savoye M, Rieger V, Taksali S, Barbetta G, Sherwin RS, Caprio S: Prevalence of impaired glucose tolerance among children and adolescents with marked obesity. *N Engl J Med* 346:802-810, 2002
11. Urakami T, Kubota S, Nitadori Y, Harada K, Owada M, Kitagawa T: Annual incidence and clinical characteristics of type 2 diabetes in children as detected by urine glucose screening in the Tokyo metropolitan area. *Diabetes Care* 28:1876-1881, 2005

"De allra flesta överviktiga kommer aldrig att utveckla sjukdomen, men naturligtvis ska vi kämpa mot den ökade förekomsten av fetma då kraftig övervikt för med sig många ofördelaktiga sekundäreffekter, inte minst en sänkt livskvalitet"

BKN_107_6.qxd 11/7/07 10:39 AM Page 10

Desmopressin vid Enuresis Nocturna

Tablett eller Nässpray?

Läkemedelsrådet i EU har tagit bort indikationen enures för Minirin (desmopressin) i nässpray. Barnläkaren frågade Søren Wille hur han ser på det.

Desmopressin nässpray har används till behandling av enures de senaste 25 åren och för 20 år sedan publicerade vi den första artikeln som handlade om tablettbehandling med desmopressin.

Vi fann då ingen signifikant skillnad i effekten vid spray och tablettbehandling, men en trend till bättre effekt vid nässpraysbehandlingen.

Det var ingen skillnad i biverkningar men det var en liten studie med 30 patienter (1).

Nyligen har det centrala läkemedelsrådet i EU beslutat att ta bort indikationen enures på desmopressin nässpray.

Bakgrunden till detta är en metaanalys där man jämförde risken för hyponatremi mellan tablettbehandling och intranasal behandling (2).

Man fann 151 rapporter om hyponatremi. Det var en kombination av vad som fanns rapporterat i 21 kliniska studier och rapporter direkt till läkemedelsmyndigheterna runt om i världen.

145 rapporter rörde intranasal behandling och sex var behandlade med tabletter.

Totalt har 10 miljoner barn behandlats med desmopressin och författarna bedömer att trots att tabletterna har funnits på marknaden mycket kortare tid är det ändå lika många som fått behandling intranasalt respektive med tabletter på grund av stor försäljning av tabletter, bland annat på den amerikanska marknaden.

Hyponatremi förekom i ett fall per 35 000 patienter behandlade med nässpray och ett fall pr 800 000 patienter behandlade med desmopressin tabletter.

Vad beror skillnaden på? Det finns troligen en större risk för överdosering med nässpray och dessutom nås höga serumkoncentrationer mycket snabbare med nässprayen.

Min egen kliniska erfarenhet är att biverkningar är mycket sällsynta och mitt intryck är att den kliniska effekten är lite bättre med spray.

De patienter jag har som har haft spray i lång tid med god effekt och utan biverkningar kommer jag att fortsätta att ge spray.

Søren Wille är överläkare vid Helsingborgs Lasarett.

Patienter som får ett dåligt svar på tablettbehandling kommer jag att som en del av alternativa behandlingar att även i fortsättningen testa behandling med desmopressin spray.

Glöm inte att också prova behandling med enureslarm – den botande behandlingen!

Referenser:

1) Fjellestad-Paulsen A, Wille S, Harris AS Comparison of intranasal and oral desmopressin for nocturnal enuresis.Arch Dis Child. 1987 Jul;62(7):674-7.

2) Robson WL, Leung AK, Norgaard JP The comparative safety of oral versus intranasal desmopressin for the treatment of children with nocturnal enuresis.J Urol. 2007 Jul; 78(1):24-30. Epub 2007 May 11.

Søren Wille är medlem av Svenska Enuresisakademien. Mer information om enures hittar du på hemsidan www.svenskaenures.se.

BKN_107_6.qxd 11/7/07 10:39 AM Page 11

Styrelsemöte på Lyckås Gård

Den andra till fjärde september höll BLF:s styrelse möte på Lyckås Gård norr om Huskvarna. På bilden övre raden från vänster: Måna Wallensteen, Fredrik Ahlsson, Magnus Domellöf, Erik Bergström, Nina Nelson och Svante Norgren.
Främre raden från vänster: John Rylander, Margareta Blennow, Gunilla Hedlin, Göran Wennergren och Maria Elfving.

Jönköpingsteam blev först att motta Margarethahemmets pris

För första gången har Föreningen Margarethahemmets pris på 100 000 kronor delats ut.

Priset tilldelades Barnepilepsiteamet på Ryhovs sjukhus i Jönköping.

Bästa insatsen

Föreningen Margarethahemmet utdelar ett pris till dem som under det gångna året gjort den bästa insatsen för att förbättra situationen för barn med svår epilepsi och deras familjer. Som kriterier för priset ingår såväl kvalitet vad avser medicinskt omhändertagande som omvårdnadens kvalitet och samordning av sociala stödfunktioner till barnet och familjen.

God epilepsivård belönades. Från vänster Greve Folke Bernadotte af Wisborg från Margarethahemmmets styrelse, psykolog Helena Sköld, barnsjuksköterska Lena Petersson, överläkare Jan Arvidsson samtliga tre från Epilepsiteamet för Barn och ungdomar i Jönköping, professor Paul Uvebrant som ingår i Margaretahemmets styrelse.

BKN_107_6.qxd 11/7/07 10:39 AM Page 12

Nya rekommendationer för astmabehandling

Läkemedelsverket har nyligen publicerat uppdaterade rekommendationer för behandling av astma. Rekommendationerna och tillhörande bakgrundsdokumentation kan läsas i *Information från Läkemedelsverket 2007; 18, Supplement 1.* Dokumentet kan också laddas ned från www.lakemedelsverket.se.

Bland nyheterna på barnsidan märks:

- Separata behandlingsschema för barn 3–6 år respektive 7 år och uppåt, i tillägg till schemat för barn 0–2 år.
- Vad gäller långverkande beta-2-agonister och antileukotriener, ges antileukotrienerna starkare ställning i rekommendationerna för åldrarna 0–2 år och 3–6 år, medan långverkande beta-2-agonister ges starkare ställning i åldersgruppen 7 år och uppåt.
- För åldersgruppen 0–2 år säger nu schemat att leukotrienantagonist kan adderas till inhalationssteroiden vid bristande effekt av behandling med inhalationssteroid.

BLF:s sektion för barn- och ungdomsallergologi har påpassligt nog nu i september färdigställt ett nytt PM om underhållsbehandling av astma. Texten är i samklang med Läkemedelsverkets och kan laddas ned från sektionens hemsida www.barnallergisektionen.se . Klicka på "Stenciler" i vänsterkanten av startsidan och därefter på "Stencillista". Den nya stencilen "Astma – underhållsbehandling" har nummer D 10.

Göran Wennergren

Lyckat barnallergimöte i Lund

En glad, just avtackad Tom af Klercker framför Helgo Zettervalls universitetsbyggnad.

Foto: Göran Wennergren

BLF:s sektion för barn- och ungdomsallergologi höll 27–28 september ett uppskattat höstmöte i Lund med över 200 deltagare. Lokal värd var Peter Meyer som kunde glädja sig åt lyckade arrangemang. Symposierna ägnades åt "Jordnötter och andra baljväxter – på gott och ont!" med Karin Fälth-Magnusson som moderator, "Vad har astma och allergi med immundefekt att göra?" med Vivi-Anne Oxelius som moderator och "Aktuell astmabehandling" med Göran Wennergren som moderator. Vid årsmötet avtackades Tom af Klercker som varit skattmästare i sektionen i inte mindre än 18 år.

BKN_107_6.qxd 11/7/07 10:39 AM Page 13

Nyhetssvep

Sammanställt av Margareta Munkert Karnros

Omega-3 kan minska risken för barndiabetes

Hög konsumtion av fettsyran omega-3 kan mer än halvera risken för barndiabetes, visar en ny amerikansk studie. Forskare vid universitetet i Colorado, Denver, har mellan åren 1994 och 2006 följt cirka 2 000 amerikanska barn med förhöjd risk att utveckla typ 1 diabetes. Barnens kostvanor har registrerats sedan ett års ålder. Forskarna har därefter mätt hur mycket av fettsyran omega-3 som barnen intagit genom kosten. Bland de barn som fått i sig hög halt av omega-3, fanns hälften så många fall av typ 1-diabetes.

Studien publicerades nyligen i den vetenskapliga tidskriften JAMA.

Källa: Dagens Nyheter 2007-09-26

Brus bra för barn med ADHD

Barn med Attention Deficit and Hyperactivity Disorder (ADHD) har lättare för att koncentrera sig med hjälp av brus som bakgrundsljud. Ny forskning vid Psykologiska institutionen vid Stockholms universitet, har visat att både koncentration och minne förbättras med auditivt brus under inlärningen.

Barn med ADHD har låg nivå av signalsubstansen dopamin och därmed låg hjärnaktivitet. Hos dessa barn höjer brusljudet hjärnaktiviteten och dopaminnivåerna, därmed förbättras också deras koncentration och minne. I en jämförelsegrupp med barn utan ADHD försämrades däremot koncentration och minne när de utsattes för bakgrundsbrus. Studien kommer inom kort att publiceras i den vetenskapliga tidskriften Psychological Review.

Pressrelease, Stockholms universitet 2007-09-20

Barnallergier ökar i norra Sverige

Nya data från de så kallade Olin-studierna, visar att förekomsten av allergier har ökat med nästa tio procent under det senaste decenniet. I studien erbjöds (1996) alla sju- och åtta åringar i två norrbottniska kommuner att genomgå ett pricktest. Undersökningen upprepades med samma typ av test tio år senare. Vid det första mättillfället var 21 procent av pricktesten positiva, mot 30 procent 2006. Inga förändringar observerades dock i förekomsten av symtom på astma hösnuva eller eksem. Kattallergi var den vanligaste formen av allergi vid båda mättillfällena. Resultaten presenterades på lungmedicinska kongressen European Respiratory Society, ERS i Stockholm.

Dagens Medicin 2007-09-17

Katter var det vanligaste upphovet till allergi när forskare undersökte barn i två kommuner i Norrbotten 1996 och 2006.

Foto: David Castor

Besked om GBS-test före årsskiftet

I februari 2006 påpekade AT-läkaren Emma Tham på SvD Brännpunkt bristen i att inte utföra GBS-test på gravida i Sverige. En expertgrupp på Socialstyrelsen utreder nu frågan.

När kan ni ge besked?

– Exakt tidsplan för detta kan jag inte ge nu, men det bör bli klart i slutet av året, meddelar Inger Riesenfeld-Örn, läkare på Socialstyrelsen.

GBS (Grupp B-streptococker) är en bakterie som utan symptom, finns hos upp till 30 procent av alla gravida kvinnor. I hälften av alla förlossningar överförs GBS till barnet. 1 av 500 barn insjuknar. Obehandlad sepsis, orsakad av bakterien, har uppemot 100 procents dödlighet. GBS-test på gravida utförs redan rutinmässigt i till exempel USA, Australien, Spanien och Frankrike. Vid positivt testutslag behandlas kvinnan med antibiotika under förlossningen.

Margareta M Karnros

BKN_107_6.qxd 11/7/07 10:39 AM Page 14

Välfyllt pediatriskt program på årets riksstämma

Det barnmedicinska programmet på årets riksstämma är både välfyllt och varierat. På onsdagen den 28 november finns flera symposier av barnmedicinskt intresse. Bland symposierubrikerna kan nämnas: "Mediakultur och barnets hjärna – en fråga om hälsa eller nymoralism?", "Nyttan av att berika kosten med folsyra för att minska risken för neuralrörsdefekter", "Psykisk ohälsa hos unga i Sverige – stressfaktorer, prevention och behandling", "Fostrets miljö: är exponering för alkohol ett hot eller är riskerna för fostret överdrivna?" samt "Från barn till vuxen. Vad händer när barncancern är botad?".

Pediatrikens huvudprogram ligger på torsdagen den 29 november. På torsdagsmorgonen ordnar **Jonas Ludvigsson** ett sektionssymposium om ungdomar och alkohol. Pediatriksektionens posterutställning omfattar ett 30-tal posters med postervisning kl 10–10.45 och postersession kl 11–12. Pediatriksektionens högtidsföreläsare är i år **Bengt Björkstén** som talar om "Programmering av immunsystemet före och efter födelsen – konsekvenser för utveckling av allergi, diabetes och andra folksjukdomar." Bengt Björksténs föreläsning följs av en gästföreläsning av **Peter Milla**, London, som talar om "Managing vomiting, abdominal pain and constipation – new concepts for common childhood gut motility disorders". Efter detta presenteras årets mest citerade vetenskapliga arbete med pediatriskt tema och svensk huvudförfattare. Torsdagen avslutas med symposiet "Risk- och friskfaktorer för utveckling av astma och allergi hos barn" med **Gunilla Hedlin** som moderator.

Även fredagen 30 november har mycket att erbjuda. Kl 8.30–10 möter BLF:s styrelse representanter för delföreningarna. Symposier av pediatriskt intresse på fredagen är: "Urininkontinens och enures hos barn och ungdom", "Rörbehandling vid sekretorisk otitis media och recidiverande akut otitis media – en evidensbaserad genomgång", "Är det rätt att forska på patienter som inte kan lämna sitt samtycke?", "Vaccin och annan prevention – för alla barn eller bara för riskgrupper?", "Barn och fysisk aktivitet – vad är lagom?" samt "Hur kvalitetssäkrar vi bäst den nya specialiseringstjänstgöringen?".

Ansvarig för pediatriksektions program är BLF:s vetenskaplige sekreterare **Magnus Domellöf**.

Göran Wennergren

Årets riksstämma innehåller barnmedicinskt program mellan den 28 och 30 november.

Foto: Magnus Skoglöf AB, Stockholmsmässan

Riksstämmans historia

Svenska Läkaresällskapets Riksstämma har funnits i över 60 år. Initiativet till Riksstämman togs i Lund och Malmö hösten 1942. Tjugo framstående läkare i Lund och Malmö skrev i november det året till Svenska Läkaresällskapet och föreslog skapandet av en årlig medicinsk riksstämma. Bland undertecknarna av förslaget märktes den legendariske professorn i pediatrik i Lund, Sture Siwe. Förslaget mottogs positivt i Svenska Läkaresällskapets styrelse, nämnden, och var så väl genomarbetat att den första Riksstämman kunde hållas i Stockholm redan året därpå, fredagen den 26 november till och med söndagen den 28 november 1943. Det gemensamma mötet hölls på Chinabiografen. China kom sedan under många år framöver att användas för den gemensamma delen av Riksstämman, medan många sektionsaktiviteter hölls i lokaler ute i staden. År 1962 flyttade Riksstämmans aktiviteter till Folkets hus och ABF:s lokaler nära Norra Bantorget.

Från en blygsam start växte Riksstämman som bekant snabbt i omfattning. För att få tillräckligt med utrymme flyttades Riksstämman år 1972 till S:t Eriksmässan, nuvarande Stockholmsmässan, i Älvsjö. Riksstämman besöks varje år av flera tusen kollegor. Sedan 10 år äger den rum i Stockholm vartannat år och vartannat år på Svenska Mässan i Göteborg.

Göran Wennergren

Läkarstämman 2005. Välbesökt som alltid.

Foto: Magnus Skoglöf AB, Stockholmsmässan

BKN_107_6.qxd 11/7/07 10:39 AM Page 15

Kan man arbeta heltid som barnläkare när man har egna små barn? Vi bad tre barnläkare på Södersjukhuset i Stockholm att reflektera över frågan.

"Vi förväntar oss att livet ska innehålla allt"

Svettig svär jag över att det inte finns någon parkeringsplats kvar uppe vid sjukhuset. Klockan närmar sig åtta. Det tar sin tid att köra från förorten, Södra länken stängd igen… Dricker ur det sista av min morgonlatte och parkerar på andra sidan järnvägen. Småspringer upp för backen mot sjukhuset. Hinner inte till jourrapporten idag heller, attans!

Flexar in 8.10 och byter raskt om. Hoppas att den stora killen kom iväg i tid till skolan…visst lade jag väl ner frukten och gympakläder? Den minsta sonen lämnades hos dagmamman 7.20 egentligen tio minuter innan hon öppnar men Berit är, som tur är, en flexibel kvinna. Ryggsäck med matsäck denna dag, det är ju skogsknyttedag. Tänker att det ändå är otroligt bra att vi har flextid, arbetstiden blir synlig och friheten större. Men man vill ju ändå vara där i tid, veta vad som hänt under natten, vara med på röntgenronden, ha koll och känna sig delaktig. Nattjourerna ska bli av med alla pipande sökare och få lämpa över ansvar och funderingar till pigga hjärnor.

Malin Rinder tillsammans med sönerna i Visby på sommaren.

Idag är det är mycket att göra på sektionen. Fullt på avdelningen och rätt många återbesök och så akuten förstås…där vet man aldrig vad som väntar.

Vi fördelar arbetet över en kopp kaffe och sätter igång med ronden. Mitt i ronden piper Lottas sökare. Hennes son kräks på dagis och de vill gärna att han hämtas på en gång.

Lotta ringer sin man…vi håller alla andan. Vems tur är det att vara hemma?

Alla vet hur det känns, känslan att man vill kasta sig hem till sin illamående lilla kille samtidigt som man känner ett styng av irritation…inte just IDAG!

Man skäms över sitt köpslående i telefonen. "Jag har ett viktigt möte och full mottagning i eftermiddag", "men jag har en stor operation och patienten har rest från Skåne…" "Kan du kolla med farmor?"

Plötsligt hör man hur hemskt det låter. Kollegan klappar Lotta på axeln och säger "Vi fixar det, åk hem du. Hör av dig om du kan komma imorgon så att vi vet".

En vit rock skyndar iväg. Vi suckar en smula men planerar raskt om, någon ställer upp och byter, flyttar, ställer in och ombokar några patienter.

Lunch i matsalen. Maten är sådär, men det är gott att sitta en stund och skratta med kollegorna.

Går förbi jourschemat efter lunchen, har en make i samma bransch, det krockar ibland och det är inte så ofta vi är helledigа båda två en helg. Längtar till nästa vecka då jag är nattjour, går bara två nätter och börjar inte förrän klockan 19 på helgen och 20.30 på vardagsnattspasset.

Veckan blir luftig och lillkillen får vara lite ledig. Man är hemma när skolbarnen dräller in hungriga på eftermiddagen. Man hinner ifatt, unnar sig att sitta hos frissan ett par timmar. Njuter av att få storhandla på ICA när inte resten av Nacka är där.

På eftermiddagen blir det körigt, det stasar lite på akuten. I väntrummet sitter trötta barn och deras föräldrar. Jag undervisar intresserade studenter och svarar en randande kollega och försöker samtidigt få flödet att fungera effektivt. Det piper i sökaren, ett apotek som undrar om de kan byta till ett annat preparat.

Inser att jag egentligen påbörjat lite för mycket. Kommer nog inte iväg i tid idag. Egentligen makens dag att hämta men han föreläser och blir sen. Börjar känna stressen komma krypande. Inte hunnit kolla mailen får väl göra det hemma ikväll. När var det kursansökningarna skulle skickas in? Det surrar i mobilen, en snäll granne som berättar att han redan tagit hem vår Filip. Han och Kalle leker. Stressen rinner av. Dikterar färdigt mina patienter,

BKN_107_6.qxd 11/7/07 10:39 AM Page 16

rapporterar över till kvällsjouren. Imorgon ska jag sluta tidigt i alla fall, jobbar deltid med löpande komp.

Maken SMS:ar att han handlar på vägen hem. Tack och lov att föräldramötet är nästa onsdag.

Känner mig som vd i AB Familjen, en vandrande almanacka. Logistik och flexibilitet är ledord hos dagens småbarnsföräldrar. Arbetsmiljön och våra arbetstider har genomgått fantastiska förändringar, men det har mycket annat också. Får vi extratid i en ände fylls den med något annat. Vi förväntar oss att livet ska innehålla allt…familj, vänner, intressant jobb, ett vackert hem med trädgård och massor av skön fritid med kulturella evenemang och andra aktiviteter. Vi förväntas vara delaktiga i skola, daghem, vägsamfälligheten och tennisklubben varvid styrelsemöten och städdagar också fyller våra almanackor.

Inte bara vi själva ska utvecklas och stimuleras utan även våra telningar. De ska drillas i babysim, rytmik, fotboll och sjöscouter från vaggan och uppåt. Medan barnvakten stänger av Playstationspelet och nattar våra barn går vi på föreläsningar i Föräldraföreningen om hur vi skall bli mindre curlingföräldrar eller hur barnens hjärna skadas av tv-spel.

Nästa stora livstilsförändring kanske inte ska ske enbart på jobbet utan också på fritiden? När struntade du i mailen, nobbade ett styrelseuppdrag eller stängde av mobilen senast?

Trött men lycklig somnar jag med bokcirkelsboken över näsan...imorgon ska jag komma i tid…

Malin Rinder
post ST-läkare, Stockholm

"Hur sjutton klarar vi verksamheten?"

När jag år 2000 tillträdde som chef på Sachsska Barnsjukhuset fann jag att en stor del av läkarna var 40-talister, sedan fanns några 50- och 60-talister och ännu färre 70-talister. Åldersstrukturen var minst lika skev som på övriga barnmedicinska kliniker i landet. Hur skulle vi klara generationsväxlingen?

Per Sandstedt

Vi ville rekrytera de allra bästa unga kollegorna. Det tycker jag att vi har lyckats med. Men för att de ska stanna måste de kunna kombinera yrkes- och familjeliv. Vi har på läkarnas arbetsmiljödagar diskuterat oss fram till flextid, frivilliga kontantersatta jourpass mellan arbetsdagens slut och klockan 21, nattjoursveckor med arbetspass mellan klockan 20.30 – 09.00, få jourpass under dessa veckor, vettigt och accepterat jourschema och möjlighet att arbeta deltid med löpande jourkomputtag som ger ekonomisk kompensation. Det senare leder till ökad kontinuitet vilket är till gagn för verksamheten.

Nu är vi drygt 100 läkare, varav fler än hälften är ST-läkare eller nyblivna specialister. De allra flesta av dem är småbarnföräldrar. Åtta till tio arbetar deltid, det vill säga är partiellt föräldralediga. Fem, sex stycken arbetar deltid och fyller upp med jourkompersättning. Helt föräldralediga är i år elva stycken. En fjärdedel är alltså helt eller delvis borta. Hur sjutton klarar vi verksamheten? Ja, bland annat fordras en hög grad av generositet kollegor emellan. De äldre specialisterna har ett stort handledaruppdrag. Småbarnsföräldrarna måste iväg och hämta på dagis. De nyblivna specialisterna har kanske svårast att komma ifrån jobbet på utsatt tid eftersom de har större ansvar som specialister än ST-läkare.

Vi har haft många interkollegiala samtal och diskussioner för att äldre och yngre ska få ökad förståelse för varandras situation. Till stor del har vi lyckats, men visst finns det generationsmotsättningar.

För att svara på frågan, ja, jag tror det är möjligt att arbeta heltid även i vår intensiva, jourtunga specialitet. Men risken är att jag då möter trötta, glåmiga och frustrerade kollegor, trots alla arbetsmiljöförbättrande åtgärder vi vidtagit. Jag vill hellre se glada, positiva och pigga medarbetare. Så även om man kan arbeta heltid tror jag att det är bättre ur individens, de egna barnens, patienternas och verksamhetens synpunkt att föräldrarna har reell möjlighet att själva påverka sin tjänstgöringsgrad under de intensivaste småbarnsåren. Det vore larvigt att säga att det inte medför kortsiktiga problem för verksamheten, men på lång sikt tror jag att vi får igen så mycket mer. Medarbetarenkäter ger syn för sägen, nio av tio läkare kan rekommendera Sachs som arbetsplats.

Per Sandstedt
Verksamhetschef, Sachsska Barnsjukhuset, Stockholm

BKN_107_6.qxd 11/7/07 10:39 AM Page 17

”Är det värt att jobba heltid som småbarnsförälder?”

Erik Borgström

Frågan om man kan arbeta heltid som barnläkare när man har egna små barn kan man naturligtvis besvara med ett enkelt ja. Det har gjorts tidigare och görs ju fortfarande i stor utsträckning mig veterligen. De relevanta frågorna är kanske istället om det är optimalt att jobba heltid när barnen är små, om det är värt det och varför man skall göra det. Som motvikt finns ju hela tiden arbetet med fasta tider, väl invanda rutiner och inte minst en rätt rimlig förväntan av att göra sitt jobb och bidra till verksamheten. De flesta funktioner i vår arbetssituation utgår ifrån en närvaro under hela arbetsdagen och ändringar i tider drabbar många andra medarbetare ur egen och andra arbetsgrupper.

Mitt svar på frågan är: Jag vet inte. Min nyinflyttade guldklimp till son är i skrivandets stund knappt fem månader gammal och njuter fortfarande av sin mammas heltidsnärvaro hemma. Än så länge är skillnaden mot förr endast bristande sömn och därpå följande halvdvala och naturligtvis en konstant vilja att ta sig hem så fort som möjligt från jobbet för att se vilka färdigheter en av världens mest välutvecklade gossar lagt sig till med under dagen man varit borta. Det är således inte ännu fråga om den avancerade, tidspressade och ständigt föränderliga organisation som jag börjar förstå att ett barn i dagisåldern kan kräva men redan nu känner jag att fokus ändrats. Flexibiliteten att jobba över vid ökad belastning eller ett intressant fall känns mindre, jobba hemma känns svårare och verkar mindre lockande och inte minst viljan att avlasta modern som njutit och slitit hela dagen väger tungt i slutet på eftermiddagarna. Ändrade prioriteringar helt enkelt samtidigt som man vill fortsätta utvecklas, sysselsätta sig med spännande uppgifter och inte minst göra väl ifrån sig.

Om ett deltidförfarande skall fungera sett ur alla aspekter krävs en öppenhet från både arbetsgivare och arbetstagare. Det krävs, tror jag, en insikt om att en deltidsarbetande småbarnsförälder till barnläkare kanske gör ett bättre arbete än en heltidsarbetande. Man kanske vinner i mental närvaro det man förlorar i tid. Möjlighet till fokus på uppgiften ger förhoppningsvis mindre desillusion och mer motiverade medarbetare. Det krävs även en medvetenhet om att det lätt uppstår en situation där den stress och det extra arbete som uppstår då man försöker jobba deltid lätt äter upp den lättnad i livsbelastning som man strävar efter och man då vare sig får mer effektiva medarbetare eller harmoniska föräldrar.

När guldklimpen ifråga väl når dagisålder känns olika deltidslösningar i två heltidsjobbares arbetstider nödvändiga eller åtminstone väldigt attraktiva. Särskilt i en tillvaro där mor- och farföräldrar bor på betryggande avstånd blir vistelserna på dagis gärna långa om heltidsarbetandet fortsätter. Samvetet hos småbarnsföräldrarna mörknar med blotta tanken på den ensamma klimpen väntande sist av alla efter en lång dag på dagis. Pusslandet med lämnandet och hämtandet blir lättare och eventuellt mer mänskligt. Naturligtvis finns det även en icke obetydlig självviskhet i att vilja njuta av den unika utvecklingen som sker och att få vara en del av början på sonens liv. Det gäller ju att passa på, snart lär ju gossen ha basröst, suspekt flickvän och en stark önskan om att flytta hemifrån och redan nu känns klyschan – Vad fort det går! – utsliten.

Erik Borgström
Barnläkare, Sachsska Barnsjukhuset, Stockholm

BKN_107_6.qxd 11/7/07 10:39 AM Page 18

ENKÄT Kan man arbeta heltid som barnläkare när man har egna småbarn?

Carl-Erik Flodmark
Verksamhetschef för Barn- och Ungdomscentrum, Universitetssjukhuset MAS, Malmö

– Det blir allt viktigare att anpassa arbetsförhållanden och schema till dagens krav. Vi har därför nu i september anpassat vårt schema så att underläkarna på kliniken slutar klockan 15. Därefter tar jourorganisationen över arbetet på avdelningarna. Övrig tid på dagen arbetar man på en station och splittrar sig inte mellan avdelning och mottagning. Vi har fått inspiration till detta från Kristianstad. Förhoppningen är att det skall bli lättare att kombinera familjeliv och yrkesliv.

Anna Enström
Barn- och Ungdomskliniken, Centralsjukhuset i Karlstad

– Nej, om båda föräldrar arbetar heltid blir dagarna på dagis eller hos dagmamma för barnen alltför långa. Det blir ju också mindre tid tillsammans med barnen på kvällarna. För egen del känns det därför inte motiverat att arbeta heltid då möjlighet till deltidsarbete finns.

Henrik Forsgren
Barn- och Ungdomskliniken, Hudiksvalls sjukhus

– Ja, det går rent praktiskt, men det medför konstant dåligt samvete. I den situation som jag befunnit mig i med enkel vardag i småstaden med boende precis bredvid sjukhuset och dagis och där min partner haft möjligheten att ha mycket tid för barnen som bland annat inneburit korta dagar på dagis, känner man sig ofta otillräcklig på båda ställena. Valde att under långa perioder vara deltidsarbetande under flera olika former. En med Landstinget i Gävleborg beslutad arbetstidsförkortning för småbarnsföräldrar med bibehållen lön (!) på 1 timme/dag vilket gav en bättre balans mellan arbete och fritid.

Emma Goksör
ST-läkare, Drottning Silvias Barn- och Ungdomssjukhus, Göteborg

– Ja, men det är svårt. Deltidsarbete ger, åtminstone på papperet, möjlighet till bättre balans mellan arbete och familjeliv. Verkligheten blir dock ofta att man till mindre lön får göra i stort samma arbete. Arbetet för läkare på sjukhus är planerat för heltidstjänst och svårt att anpassa till deltid. Resultatet blir att man inte kommer iväg på avtalad tid eller att man lämnar ofärdigt jobb efter sig till pågående jour alternativt lämnar det till sig själv dagen efter.

Kristin Lindblom
Verksamhetschef, Barn- och Ungdomskliniken, Dalarna

– Att vara mamma till tre barn och verksamhetschef samtidigt innebär fokus på barnen. Å ena sidan patienterna med samarbete och delegering inom verksamheten, å andra sidan mina egna barn och man med samarbete och delegering inom familjen. Att vara "curlingmamma med stort behov av egen tid" fungerar inte. Men det är väldigt roligt att vara verksamhetschef och det går att kombinera med rollen som förälder.

BKN_107_6.qxd 11/7/07 10:39 AM Page 19

Thomas Kuhn, en filosof och vetenskapsteoretiker för sin tid

Inom hegeliansk logik och materialistisk historieuppfattning antas att en kvantitativ utveckling (nya fynd) leder till kvalitativa språng (vetenskaplig revolution). Därför är det inte på något sätt förvånande att Kuhns vetenskapsteori föll i god jord under det politiskt radikala sextiotalet.

I nr 4/2007 redogör kollegan Gösta Alfvén för Karl Poppers liv och grunddragen i dennes vetenskapsteoretiska byggnad. Redaktören gör i sin spalt i samma nummer en kort jämförelse med Thomas Kuhn som en motpol till Popper. Frågan är därmed lyft, och det kan i detta sammanhang vara på sin plats att göra en kort betraktelse över Kuhn och hans paradigmteori, som har fått en oerhörd betydelse i vetenskapsteoretiska sammanhang, och som idag används för att rättfärdiga både det ena och det andra.

Thomas S. Kuhn (1922-1996) började som teoretisk fysiker, och började intressera sig för vetenskapshistoria under arbetet med sin doktorsavhandling om kvantmekanik. De följande åren övergick han helt till att ägna sig åt vetenskapsteori. Hans första bok, "The Copernican Revolution", kom ut 1957. Några år senare publicerades hans viktigaste verk – "The Structure of Scientific Revolutions" (De vetenskapliga revolutionernas struktur, 1962).

Med den spridning som Kuhns teorier fått idag känns det nästan överflödigt med en sammanfattning av hans teoribygge, men det är väl ändå angeläget med en kort sådan.

Anomalier leder till paradigmskifte

Enligt Kuhn kan bedrivandet av vetenskap vid en viss tidpunkt beskrivas som "normalvetenskap". Man arbetar inom denna med en viss teori och utgående från vissa premisser, man läser samma tidskrifter och besöker samma konferenser. Det är denna överensstämmelse i grunden som Kuhn betecknar som ett "paradigm". Efterhand samlas fler och fler data in, och vissa av dessa kan inte fås att passa in i det rådande paradigmet. Man försöker då att justera paradigmet lite i sänder, men till slut blir de avvikande fynden, de så kallade "anomalierna" fler och fler, och leder till slut till en formulering av en ny teori och ett nytt paradigm, som om det är framgångsrikt, kan ta över efter det tidigare paradigmet.

Detta är enligt Kuhn, innehållet i en vetenskaplig revolution. En viktig punkt i resonemanget är Kuhns antagande om "inkommensurabilitet", vilket innebär att begreppen i respektive paradigm har olika betydelse och paradigmen har olika metoder. Företrädarna för olika paradigm kan inte förstå varandra – Kuhn beskriver detta som att de talar olika språk.

På vilket sätt var Kuhn en vetenskapsteoretiker för sin tid? I Kuhns syn på hur insamlandet av fler data leder till revolution inom vetenskapen, kan man finna påtagliga influenser från Hegel och Marx. Inom hegeliansk logik och materialistisk historieuppfattning antas att en kvantitativ utveckling (nya fynd, anomalier) leder till kvalitativa språng (vetenskaplig revolution). Därför är det inte på något sätt förvånande att Kuhns vetenskapsteori föll i god jord under det politiskt radikala sextiotalet.

Används som debatteknik

På ett sätt kan man också säga att Kuhn är en vetenskapsteoretiker för vår tid. Om man drar antagandet om inkommensurabilitet till sin spets, kan detta medföra en vetenskaplig relativism där den ena teorin har samma värde som den andra. Detta medför då att någon absolut sanning inte finns, utan att sanningen är beroende av det rådande paradigmet. Här kan man se paralleller mellan Kuhn och postmodernistisk filosofi, representerad av Lacan, Focault, Derrida med flera. Till exempel har Kuhn hämtat begreppet om den vetenskapliga revolutionen från vetenskapsfilosofen Gaston Bachelards begrepp "epistemologisk brytning". Bachelard har senare kommit att ha stort inflytande på flera postmodernistiska filosofer. Här finner man sannolikt grunden till den popularitet som Kuhns paradigmbegrepp röner idag. Inte minst bland företrädare för diverse pseudovetenskapliga strömningar har det blivit debatteknik att hänvisa till att man står för ett annat "paradigm" och att företrädare för vetenskapliga förklaringar inte förstår det nya. Allt i Kuhns revolutionära och inkommensurabla anda.

Bernt Alm
Barnhälsovårdsöverläkare, Halland

BKN_107_6.qxd 11/7/07 10:39 AM Page 20

Läkemedelsseminarium i Jönköping fokuserade på säkerhet

Text och foto Sven Magnusson

Med en säkerhetskultur som ger bättre förutsättningar att göra rätt från början kan läkemedelskedjan för barn förbättras.
– Vi måste bättre veta vad vi gör, analysera varför och ständigt förändra till det bättre, säger Boel Andersson-Gäre, docent och barnläkare inom landstinget i Jönköpings län och en av de ansvariga för fem lärandeseminarier.

Deltagarna kommer från fjorton barn- och ungdomsmedicinska kliniker och öppenvårdsmottagningar för barn i landet och fokus är på patientsäkerhet för barn och läkemedel.

Från varje sjukhus deltar grupper med representation från olika yrken, i första hand sjuksköterskor, läkare och farmaceuter. Det första idé- och dialogseminariet hölls för ett år sedan och före årsskiftet avslutas projektet med ett sista seminarium.

Mellan seminarierna arbetar teamen på hemmaplan med förbättringar av olika steg i läkemedelskedjan som man identifierat som särskilt riskfyllda.

En av grupperna kommer från neonatalenheten Karolinska Danderyd där Therese Klaesson är sjuksköterska. Hennes grupp valde att granska 100 slumpvis utvalda ordinationer på den egna enheten. De tittade på läsbarhet, läkemedelsnamn och form, dosering, styrka, signatur med mera. Men gruppen tittade också på id-märkning av barnen och störningar vid beredningen av läkemedel.
– Vi lärde oss mycket och upptäckte många problem, säger Therese Klaesson.

Läkemedel gavs vid fel tillfällen
Sextio ordinationer fick anmärkningar för att de var ofullständiga och otydliga.

Ordinationerna var möjliga att tolka på olika sätt, vilket också skedde. Läkemedel gavs vid fel tillfällen i relation till matningen, etcetera.
– Efter undersökningen har alla sjuksköterskor uppmanats att gå till jourläkaren om ordinationen är otydlig på något sätt, berättar Lotte Hidemo, som också är sjuksköterska på enheten och som kunde konstatera att en stor del av barnen saknade id-märkning vid kontrolltillfället.

Lotta Hidemo från neonatalavdelningen på Danderyds sjukhus hänger upp resultatet av gruppens arbete. Hon får hjälp av sjuksköterskorna Therese Klaesson, Monika Lyberg och apotekaren Samira Mirzaii.

Alla grupperna har arbetat enligt samma metod, de har gjort riskanalyser på den egna avdelningen, identifierat problem, främst inom läkemedelsområdet och gjort mätningar. Ordinationer, läkemedelslistor och beredningsformer har granskats och analyserats. Riskläkemedel har identifierats och nationella spädningsscheman har diskuterats. Grupperna har sett otydliga generika, problem med överföringsfel och administrering.
– Genom att mäta resultat över tid och sätta mål kan vi förbättra oss, säger Boel Andersson-Gäre. Riskanalysmetoden är ett bra verktyg vid förbättringsarbetet. Men sedan måste vi också agera oss in i ett nytt tänkande.

Måste se framåt
Två av tre barn, som får sjukhusvård, får läkemedel som inte är evidensbaserade eller som är ordinerade på ett icke godkänt sätt. De pediatriska klinikerna har tre gånger så många potentiella ADE:s (adverse drug events – potentiella händelser) som vuxenklinikerna.
– Vi kan lära av att titta bakåt på Lex Maria, ansvarsärenden, patientnämnd, etcetera, säger Boel Andersson Gäre. Men vi måste också titta framåt, göra riskanalyser innan

BKN_107_6.qxd 11/7/07 10:40 AM Page 21

något händer. Prova nya vägar, helst flera landsting tillsammans som i det här arbetet. Göra mätningar till en del av vardagen. Och också gå från att planera till att göra – med ett ledarskap som bejakar.

– Alla gör vi misstag, säger hon. Vissa har redan gjort dem, andra kommer att göra dem. Men vi måste se varje misstag som ett lärotillfälle, säkerhet är en resa som aldrig tar slut. Samtidigt vet vi att det alltid kommer att hända saker som vi inte vill ska hända.

Läkarna Boel Andersson-Gäre och Gunnar Skeppner diskuterar rutiner som säkrar vården.

Barn- och ungdomskliniken i Linköping/Motala har gjort en kulturenkät med fokus på avvikelserapporteringarna. Utifrån svaren har gruppen valt ut två frågor som man analyserat djupare; "Jag känner till hur många avvikelserapporter som min avdelning gjort" respektive "Vi har möten där vi går igenom och lär av avvikelserna". Lillemor Johansson, sjuksköterska i Linköping, tror att riktade mejlbrev kan vara ett sätt av många att nå ut med viktig information.

– Vi har med enkäten visat var vi kan bli bättre.

Elisabeth Esbjörner, klinikchef på barn- och ungdomskliniken i Örebro tror att många läkare skulle kunna bli betydligt bättre på att rapportera avvikelser i vardagen. Kanske skulle nyutbildade AT- och ST-läkare få en checklista för att kunna hantera rapporteringen bättre.

– Men, säger hon, att samla in data räcker inte – vi måste analysera och agera också.

Lära av flyget

– Just så, fortsätter Boel, vi ska analysera mönster, riskfyllda platser och processer där det kan gå fel och förändra på samma självklara sätt som vi tar till oss ny medicinsk kunskap. Vi har mycket att lära av det systematiska säkerhetsarbetet som flyget har – där har utvecklats evidensbaserade metoder som vi inte tagit till oss i den medicinska världen.

Eva Berggren-Broström är verksamhetschef på neonatalenheten inom Karolinska, som innefattar Huddinge, Solna och Danderyd.

– Vår vardag är tuff, men vi måste ge oss tid för att analysera vad vi gör och försöka göra det bättre. Den här metoden är ett mycket bra sätt där medarbetare aktiveras. Som chef ska jag se till att det här får ta den tid som krävs.

Gruppen från neonatalen i Linköping diskuterar interna sjukhusrutiner för att öka säkerheten. Från vänster: sjuksköterskan Eva Lotte Norelius, verksamhetschefen och läkaren Nina Nelsson, biträdande verksamhetschef Lena Forssén, barnläkaren Britt-Marie Holmqvist, barnläkaren Elisabeth Olhagen, sjuksköterskorna Christina Foxie och Lillemor Johansson samt sjukhusapotekaren Annika Nordström-Björk.

Nina Nelson, verksamhetschef och barnläkare på barn- och ungdomskliniken i Linköping, har följt sin egen grupp och sett hur samtliga fått aha-upplevelser om verksamheten.

– De har fått jobba ostört, de har sett att andra kollegor i landet har samma problem och de har kommit till insikt om att förändringar är nödvändiga, säger hon.

Hon ser de tvärprofessionella grupperna som ett stort plus. Läkare, sjuksköterskor och farmaceuter har jobbat tillsammans och stöttat varandra.

Gunnar Skeppner är läkare på barn- och ungdomskliniken i Örebro. Han ser många fördelar med det tankesätt som introducerats på seminarierna:

– Där är ett ambitiöst sätt att jobba som belyser problemområden på ett bra sätt. Det ger en ökad förståelse och insikt, vi får upp ögonen för de risker som finns inom vården och kan förändra där problemen är störst. Inte minst handlar det om ordinationer, menar han.

– Där finns en tidspress och där finns många moment som kan gå fel.

BKN_107_6.qxd 11/7/07 10:40 AM Page 22

Eva Berggren-Broström, verksamhetschef för neonatalavdelningen på Karolinska, som innefattar Huddinge, Solna och Danderyd diskuterar Linköpings analys av det dagliga arbetet tillsammans med verksamhetsutvecklaren Eva Lotte Mörelius från Linköpings barn- och ungdomsklinik.

På sjukhuset hemma i Örebro ska det nu bildas fler grupper som ska arbeta på samma strukturerade sätt för att förbättra spädningscheman, administrering och beredning.

Programmet genomförs av Qulturum, Landstinget i Jönköpings län och Apoteket AB i samverkan med Sveriges Kommuner och Landsting, Barnläkarföreningen, Svensk Barnsjuksköterskeförening, Scandinavian Paediatric Pharmacy Group och Läkemedelsindustriföreningen.

Sven Magnusson
Journalist och fotograf Jönköping

"Att samla in data räcker inte – vi måste analysera och agera också"

"Call for abstracts" till Barnveckan i Örebro 14-18 april 2008

Under Barnveckan i Helsingborg 2006 hade vi många fina posters som tyvärr hamnade i skymundan av det övriga programmet. Vi vill nu ta upp det i programmet igen. En viktig del i Barnveckan i Örebro kommer därför vara en postersession som ska placeras centralt och vara lättillgänglig. Vi kommer att sätta av tid för diskussioner. Vi efterfrågar därför abstracts till en postersession där ni kan visa och diskutera era resultat. Postersessionen vänder sig främst till yngre läkare men även "gamla rävar" är välkomna. Ta chansen att presentera era resultat för en stor del av den svenska barnläkarkåren och skapa reklam och goodwill för er klinik. Vi ser gärna att lokala förbättringsarbeten och ST-arbeten presenteras. Har ni eller ska ni presentera er poster på en internationell kongress utomlands så ta chansen att diskutera den på Barnveckan.

Abstract, som får innehålla högst 250 ord, skickas in på BLFs hemsida via länk till Barnveckans hemsida på eller direkt på Barnveckans hemsida, www.orebroll.se/barnveckan. Storleken på postern kommer att anges senare. Sista anmälningsdag är 31/1 2008.

Anders Lindblad, ansvarig inom BLF
Gunnar Skeppner, ansvarig i Örebro

Nästa Barnvecka hålls i Örebro den 14 till 18 april 2008.

BKN_107_6.qxd 11/7/07 10:40 AM Page 23

INTERVJUN

Lyssna på barnen

Barn i Sverige har det bra i förhållande till många andra länders barn. Trots detta finns det fortfarande stora brister i svensk barnpolitik.
Barnläkaren har träffat Lena Nyberg, barnens ombudsman.

– Jag har nog inte alltid varit intresserad av specifikt barnfrågor. Men rättvisefrågor har alltid engagerat och drivit mig, säger Lena Nyberg när vi träffas på hennes kontor på Norrmälarstrand i Stockholm.

Efter att ha arbetat som socialborgarråd i Stockholm och statssekreterare på kulturdepartementet tillträdde Lena Nyberg år 2001 tjänsten som Barnombudsman. Myndighetens huvuduppgift är att företräda barns och ungas rättigheter och intressen med utgångspunkt i FN:s barnkonvention.

Sverige är ett av de länder som bäst lever upp till barnkonventionens krav. Trots detta tycker Lena Nyberg att det fortfarande finns stora brister.

– Vi har för mycket vuxenperspektiv på frågor som berör barn och ungdom, som till exempel vid skilsmässor. Ett annat stort problem är att landsting och kommuner ser barn som en homogen grupp. Varje enskilt barn har ju sitt enskilda behov precis som vi vuxna, säger hon.

Lena Nyberg anser att vi borde lyssna mer till hur barnen vill ha det i till exempel vårdnads- och umgängestvister.

Drivs av orättvisor

- Givetvis ska barnen inte hamna i en situation där de tvingas välja mellan sina föräldrar. Men det viktigaste är att det blir bästa möjliga utgång för barnen och inte den uppdelning som passar föräldrarna bäst, säger hon.

Lena Nyberg är uppväxt i en familj där man ofta diskuterade samhällsfrågor vid matbordet.

– Kanske är det därifrån mitt intresse av att arbeta med rättvisefrågor kommer, säger hon.

Hon beskriver sig själv som en otålig person som vill få mycket gjort på lite tid.

– Ibland har det varit frustrerande att barnombudsmannen är en liten myndighet, säger hon.

Trots det har barnperspektivet kommit högre upp på många dagordningar vilket förstås gör Lena Nyberg glad och stolt. Idag har till exempel alla svenska fängelser och häkten en person som ansvarar för kontakten mellan de intagna och deras barn.

Men inom sjuk- och hälsovården finns det fortfarande stora brister, anser Lena Nyberg.

– Visst finns det otaliga hängivna läkare och sjuksköterskor som verkligen är ambassadörer för barnen, säger hon.

Men hon tycker att det fortfarande finns brister i bemötandet av barn inom sjuk- och hälsovård. Hon menar att vi lyssnar för mycket till vad föräldrarna tycker och för lite till vad barnen vill själva.

Barnombudsmannen Lena Nyberg

Foto: Sune Fridell

– En tonåring som har skilda föräldrar med gemensam vårdnad kan idag få avbryta en behandling med psykofarmaka om ena föräldern motsätter sig den. Detta trots att barnet själv vill fortsätta, säger hon.

Att många mediciner också är testade och avpassade för vuxna ställer sig Lena Nyberg kritisk till.

Blir man då en bättre förälder av att vara barnombudsman kan jag inte låta bli att fråga.

– Kanske har jag blivit bättre på att lyssna ordentligt innan jag säger nej till allt. Men nog kan jag fortfarande bli lika kolerisk som andra föräldrar, säger Lena Nyberg och skrattar.

Jenny Press
Journalist, Stockholm

Lena Nyberg
Född: 1959 i Stockholm
Familj: Man och tre söner
Första arbete: Arbetade extra som kassörska på Konsum under gymnasiet
Blir glad av: Hitta svamp
Blir arg av: Orättvisa
Bästa film: Pretty Woman
Last: Ost i alla dess former

BKN_107_6.qxd 11/7/07 10:40 AM Page 24

Barnet i konsten

Gosse som matar sin lilla syster från 1881. Publicerad med tillstånd av Konstmuseet Ateneum.

En allvarlig olycka i barndomen blev grogrunden till hennes konstnärskap. Idag räknas Helene Schjerfbeck som en av nordens främsta konstnärer.

Det var under en vistelse i Bretagne i Frankrike, som Helene Schjerfbeck träffade de båda barnen som gav henne inspiration att måla "Gosse matar sin lilla syster". Konstnären visar här, utan att försköna eller dramatisera, ett ögonblick hemma hos en fattig familj. Som kontrast till första hälften av 1800-talets romantiska skildringar är hennes målning präglad av realism.

Helene Schjerfbeck var en av många konstnärer som inspirerades av realismen, den nya moderna stilen som kom att genomsyra det senare 1800-talet. Hon accepterades som konstnär på grund av sin stora talang, men det faktum att hon var kvinna i en värld där de flesta konstnärer var män, betraktades sällan med blida ögon av den tidens kritiker.

Barn var favoritmotiv

Utmärkande för Schjerfbecks måleri är de många självporträtten och intresset för att avbilda människor. Barn var länge ett av hennes favoritmotiv och ett av de mest uppmärksammade verken är "Konvalescenten", en målning av ett sjukt barn sittande i en stol med ett lakan över benen. Målningen för tanken till konstnärens egen barndom och en olycka som drabbade henne som fyraåring. Efter att ha fallit handlöst nerför en trapp och skadat höften illa blev hon sängliggande i flera månader. För att fördriva tiden började hon teckna.

Eftersom familjen var fattig och inte hade råd med traditionell sjukvård, rådfrågades en "klok gumma". Därefter lindades hennes ben in i ett lakan och skadan fick självläka. Det tog flera år innan hon kunde gå igen och då endast med käpp som stöd. Komplikationerna efter den illa skötta frakturen kom att följa Helene Schjerfbeck hela livet.

Utmärkte sig som överbegåvad

Helene Schjerfbeck föddes 1862 i Helsingfors och visade tidigt sina konstnärliga ambitioner. Redan som elvaåring blev hon antagen till Finska Konstföreningens Ritskola via arbetsprover. Skolans yngsta deltagare var i övre tonåren och Schjerfbeck avslöjade inte sin ringa ålder förrän första skoldagen. Då det visade sig att hennes skolarbeten överträffade kvalitén på de övriga elevernas, fick hon tillåtelse att stanna.

Den talangfulla Schjerfbeck fortsatte förundra sin omgivning, när hon gick vidare genom att utbilda sig hos Adolf von Becker, ansedd som Finlands mest framstående figurmålare före Albert Edelfelt.

Studierna ledde sedan till Paris och Académie Colorossi. Det var då hon ändrade sitt namn Helena till det franskklingande Helene.

Salong i Paris

Karriären fick en ordentlig skjuts framåt när hennes verk visades på den ansedda Salongen i Paris i slutet av 1800-talet. Men det var först 1937, bara några år före sin bortgång som hon slog igenom på allvar med en utställning på Gösta Stenmans konstsalong i Stockholm. Hon nådde relativt hög ålder och avled en januaridag 1946 i Saltsjöbaden, 83 år gammal. Det sägs att hon målade in i det sista.

Helene Schjerfbeck betraktas idag som en av nordens främsta konstnärer och hennes verk är hett byte på auktionskamrarna. Nyligen gick en av hennes målningar "Barnet på bänken" under klubban för miljonbelopp.

Margareta Munkert Karnros
Journalist, Stockholm

BKN_107_6.qxd 11/7/07 10:40 AM Page 25

Dialektala diagnoser

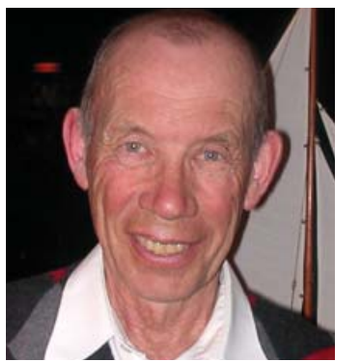
Text Bengt Lagerkvist

Jag var nyanländ till barnkliniken i Umeå och hittade inte ens till BVC på Ålidhem där jag skulle tjänstgöra några timmar varje onsdag. Dessbättre hade vi rätt att ta taxi vilket jag tacksamt tog emot eftersom temperaturen låg kring minus tjugo. Syster Hilma var av den gamla stammen med lång tjänstgöring på barnkliniken innan hon gick över till BVC. Innan hon lämnade barnkliniken för BVC-arbetet hade hon förmodligen för tjugo år sen vårdat några av mammorna som nu kom till henne med sina småttingar. Hon var barnfödd i Pauträsk hade jag fått veta, kände sina familjer utan och innan och tog lite kärvt emot en ny barnläkare. Syster Hilma talade en utpräglad dialekt och såg på mig som den nollåtta jag var, det vill säga utan förståelse för vare sig språket eller västerbottningarna. Arbetet lunkade på och mammorna hade inte många frågor. Dem hade syster Hilma redan klarat av. Hon skötte sitt och jag mitt. Men när en mamma kom med sin fjorton månaders pojke som just lärt sig gå stack syster Hilma in huvudet. *Titt noga på´n. Han ä utfött*, sa hon och stängde dörren. Jag fann inget ovanligt med pojken och tänkte att syster Hilma är van vid att alla är födda inom äktenskapet. Hon ville väl bara uppmärksamma mig på familjeförhållandena tänkte jag. Mottagningen slutade med den obligatoriska kaffekoppen och jag lugnade syster Hilma med att det inte var något särskilt med pojken hon oroat sig för. Men jag tackade för att hon var uppmärksam på de sociala förhållandena. Hon tittade oförstående på mig.

Nästa veckas BVC förlöpte på ungefär samma sätt förutom att det var mindre kallt. Syster Hilma följde med något enstaka barn in till mig och kommenterade innan hon snabbt gick ut igen. Hennes observationer var kloka och till god hjälp. Den sista var en flicka på tjugo månader. *Titt noga*, sa syster Hilma. *Hon ä infött*. Och så gick hon snabbt ut.

Jag undersökte henne extra noga men fann inget avvikande och sa det till syster Hilma över den avslutande kaffekoppen. Hon svarade inte men blicken var talande nog för att jag skulle undra om det var någon mening med att komma tillbaka nästa vecka.

Tredje veckan var det ohyggligt kallt igen och kyligt även inomhus. Syster Hilma tog emot mig som den hon måste stå ut med för att få vaccinationerna utförda. Väntrummet var överfullt för mammorna dröjde sig gärna kvar hos syster Hilma innan man gav sig ut i kylan igen. Syster Hilma tittade inte in en enda gång under mottagningen. Hon hade väl gett upp. Men som sista barn föste hon in en sexton månaders pojke. *Den här ä nalta stappelfött*, sa hon snabbt, försvann och drog hårt igen dörren. Pojken hade just lärt sig gå några steg men stelt och snubblande. Han hade ökad tonus vid dorsalflexion av fötterna, stegrade reflexer och lite ökad pronatortonus i underarmarna. Han fick en remiss till habiliteringen efter ett längre samtal med mamman. *Har doktorn odrucki kaffet*, frågade syster Hilma när jag till sist var klar. Hon uttalade kaffet i bestämd form nästan som om det var en personlighet. Jag tackade för inbjudan. På barnkliniken hade jag lärt mig att på den västerbottniska som sparade på orden betydde odruckit inte bara en förfrågan om man fått kaffe men också en inbjudan till att sitta ner vid kaffebordet. *Den sista pojken hade ju en lindrig spastisk diplegi*, sa jag till syster Hilma. *Men det var ju det jag sa*, skrattade hon till svar. Och jag som plötsligt förstod tre dialektala diagnoser fick hopp om att kunna återkomma.



Bengt Lagerkvist, pensionerad barnläkare, Umeå

Bengt Lagerkvist fick sin utbildning till barnläkare och sin doktorshatt i Stockholm.1977 flyttade han till Umeå och den nyinrättade överläkartjänsten i barnhabilitering. I Umeå byggde han upp regionhabiliteringen. Efter 9 år i Västerbotten flyttade han till Uppsala och Folke Bernadottehemmet. Han har haft expertuppdrag för WHO i Afrika, Asien och på Balkan under kriget. Därefter arbetade Bengt sju år för Östeuropakommittén som samordnare av svenskt hälsobistånd till Bosnien-Hercegovina. Sina intryck därifrån har han sammanfattat i boken *Maybe Airlines Sarajevo*. Även som pensionär arbetar han vidare med barnhabilitering och då som konsult Rett Center i Östersund och på habiliteringsmottagningen i Örnsköldsvik. *"Skrivandet har alltid roat mig både skönlitterärt men även journalskrivning"* säger Bengt. *Jag ser det som en utmärkt plattform för att förstå människor och förklara händelseförlopp.*

Carl Lindgren

BKN_107_6.qxd 11/7/07 10:40 AM Page 26

Möte i Mekka

Text Ulf Lindberg

Nej, jag är ej på väg till Mecka. Min färd går till Alvesta. Det snöar ymnigt, så mycket att vindrutetorkarna knappast klarar av att hålla sikten klar. Ändå kör några bilar med våldsam fart, långt över hastighetsgränsen. Förarna tänker inte på döden, eller gör de kanske det?

Själv tänker jag på boken Snö av Orhan Pamuk, en bok som jag snart läst färdigt. Det är en skildring av livet i Turkiet. En poet och journalist kommer till en avlägsen gränsstad i nordöstra delen av landet och får under några dagar, då staden är insnöad, uppleva en rad händelser. Boken ger läsaren en inblick i Turkiets politiska liv men också islamisternas tänkande. För mig är just denna kunskap viktig. Jag är på väg till flyktingmottagningen.

Så hör jag i bilradion om ett möte i Mecka. Dit har representanter från Palestina kommit för att inbördes försöka samsas. Två fraktioner inom landet, al-Fatah och Hamas, har börjat slåss och döda varandra, som om det inte var nog med de ändlösa striderna mellan palestinier och israeler. När ska freden komma till Mellanöstern, tänker jag. Ska det vara så omöjligt för olika folk att leva tillsammans? I alla dessa konflikter tar man religionen till hjälp för att ytterligare hata varandra. Har vi inte samma gud, frågar jag mig. Våra andliga ledare har ju lärt oss att guden skapat människan till sin avbild. Kan detta vara riktigt? Då skulle han väl inte låta sin avbild döda och plåga på det sätt som nu sker? Nu är jag framme och mina grubblerier försvinner. Det praktiska arbetet ska börja. Jag ska undersöka barnen i de familjer som söker politisk asyl, och jag vet aldrig vad som dyker upp. Är familjerna från Afrika, Mellersta Östern, Europa, Sydamerika eller från Fjärran Östern?

Den första familjen *har redan kommit*, säger vår sjuksköterska. De kommer från Palestina. Det är en mamma med fyra barn, tre till elva år gamla. Modern är klädd i den sedvanliga schalen. Den är dock ej svart utan gul med blommor på. Barnen är välklädda. De möter mig lite spända. Vi måste använda oss av en arabisk tolk via telefon. Jag går igenom deras hälso- och vaccinationsstatus. De har skötts väl i sitt hemland. Det enda jag finner på ett av barnen är en kronisk öroninflammation, som våra öronkolleger måste ta hand om. Modern sitter tyst en lång stund och jag undrar om det är något hon vill fråga mig. Jag skickar ut barnen ur rummet och nu följer ett långt samtal. Modern berättar för mig om det inferno som råder i hemlandet, ständig skottlossning och död. *Mina barn vaknar varje natt av mardrömmar. Min sexåriga dotter kan stiga upp och plötsligt börja rita.* Mamman tar upp ett par papper, som hon visar mig. Det är teckningar som flickan gjort. Fyra människor ligger på marken, en omgiven av röd färg. Två skjuter på de liggande. *Har flickan upplevt detta*, frågar jag. Ja, berättar mamman. En dag när hon kom ut på gården såg hon en gammal man, som hon brukade leka med, ligga på marken. Hon rörde vid honom men då hon vände på hans huvud såg hon ett kulhål genom hans öga. Hennes "lekkamrat" var död. *Vad ska jag göra med barnen, doktorn?*

Så berättar hon om den åttaårige pojkens upplevelser.

En dag sköt soldaterna utanför vårt hus. Min pojke sprang ut och bad dem sluta. En soldat kom då fram till honom, satte en pistol mot hans huvud och uppmanade honom att gå in, annars skulle han få en kula genom huvudet. Detta återkommer ständigt i hans berättelser. Den ende som inte tycks ha tagit någon skada av allt som hänt är min treårige son.

Jag försöker nu ge mamman råd om hur hon ska ta hand om barnen och hoppas på att tiden så småningom kommer att läka deras själsliga sår. När jag kommer hem på kvällen visas bilder från Mecka. I en ståtlig sal, guldbelagd, förhandlas det, och man hoppas på att de interna konflikterna ska lösas. Dagen efter läser jag i tidningen rubriken: *Fatah och Hamas nära uppgörelse.* Där finns också en bild på tre mycket välnärda och välskräddade ledare som ber. Jag undrar vad de ber sin gud om. Tror de att guden kan förhindra de strider som pågår i deras land? Frågar de sig inte vad de har för eget ansvar? Avskärmar de sig för människornas lidande? Jag kanske skulle bjuda dem till flyktingmottagningen i Alvesta för att visa dem resultatet av deras ledarskap. Det skulle inte gå inser jag. Rummet skulle bli alldeles fullt av välnärda ledare från olika delar av världen.

Ulf Lindberg, pensionerad barnläkare, Växjö

Ulf Lindberg fick sin utbildning till barnläkare i Borås, under ledning av den legendariske "Radiodoktorn" Bertil Söderling. Efter vetenskaplig utbildning i Göteborg, har den kliniska verksamheten varit förlagd till Växjö där Ulf var klinikchef vid Barnkliniken och sedermera Hälso- och sjukvårdsdirektör i landstinget Kronoberg. De administrativa och politiska skrivelserna har successivt ersatts av skönlitterära alster. Ulf var en av de barnläkare som fick sin novell *När hjärtat slår för fort* publicerad i antologin *Att vara doktor* (Brombergs förlag, 2004). *Först nu som pensionär kan jag ägna mig lite mer åt litteratur och musik som är mitt stora intresse*, skriver Ulf. Han kan dock, som många pensionerade barnläkare, inte släppa yrket helt. Ulf hjälper fortfarande till inom barnhälsovården, skolhälsovården och vid flyktingmottagningen i Alvesta. Det är från den sistnämnda verksamheten som denna reflektion kommer. Ulf tycker att litteraturen hjälper oss att förstå hur människor, även från olika kulturer och länder, tänker och reagerar. Den klassiska ryska litteraturen har särskilt intresserat honom, och bland dess författare är Tjechov den som han värderar allra högst.

Carl Lindgren

BKN_107_6.qxd 11/7/07 10:40 AM Page 27

Barnveckan i Örebro

Du har väl bokat 14-18/4 2008 för barnveckan i Örebro...

Förberedelsearbetet pågår intensivt och många sektioner har anmält intresse av att delta med programinslag och vi utlovar ett spännande och varierat program.

Måndag: BLU:s och verksamhetschefernas mötesdag. Några sektioner kommer att ha utbildningsdag.
Tisdag: Domineras av sektionsprogram med innehåll av allmänt intresse.
Onsdag: Program gemensamt med Riksföreningen för Barnsjuksköterskor där huvudtemat kommer att bli nationellt samarbete inom pediatriken. En session, som ligger parallellt med föreläsning om neonatala nätverk, berör mötet med tonåringar.
Torsdag: Posterpresentation, blandat allmänpediatriskt program från sektionerna samt BLF:s årsmöte. Riksföreningen för Barnsjuksköterskor har ett eget program.
Fredag: Flera parallella sektionsprogram.

För kontinuerlig uppdatering av program mm, se BLF's hemsida (www.blf.net) och länken "Barnveckan" eller gå direkt in på Barnveckans hemsida www.orebroll.se/barnveckan

Posteranmälan

För den som önskar bidra med poster, behöver abstract vara inskickat före 080131. Abstract får innehålla max 250 ord och får gärna vara ett ST- eller förbättringsarbete eller annan mer vetenskaplig studie.
Abstract anmäles via länk på BLF:s hemsida till Barnveckans hemsida eller direkt på Barnveckans hemsida, www.orebroll.se/barnveckan.

Väl mött önskar
BLF, RfB och Örebrogruppen för Barnveckan 2008

Universitetssjukhuset Örebro
Barn- och ungdomskliniken

BKN_107_6.qxd 11/7/07 10:40 AM Page 28

Låt oss skynda långsamt

"Det enda människan inte kan är att låta bli". Denna aforism skulle tyvärr kunna gälla utprovning av nya medicinska tester och terapier där jakten på publicitet, patent och pengar kan ligga bakom ogenomtänkta och för tidiga försök utan grundlig etisk eftertanke och diskussion.

Ingemar Kjellmers debattinlägg i Barnläkaren nummer 4 "PGD-HLA: Vad händer sedan?" exemplifierar hur man använder en ny diagnostisk metodik utan att tillräckligt ha tänkt igenom de etiska problem, som detta orsakar.

Preimplantatorisk genetisk diagnostik (PGD) i tidigt stadium vid in vitro-fertilisering (IVF) kan kombineras med vävnadstypning (HLA). På detta sätt kan man diagnostisera många genetiska sjukdomar men också testa om det aktuella embryot har identisk vävnadstyp med ett syskon och på så vis kan fungera som donator i en situation, där någon annan givare inte finns.

Socialstyrelsen har nyligen godkänt försök med PGD-HLA i tre fall för att om möjligt få fram syskon som kan vara donatorer åt sina syskon med svåra metabola sjukdomar.

Kjellmer påtalar att detta är ett brott mot den etiska grundregel som säger att ingen individ får utnyttjas som medel för någon annan.

Han tar också upp de möjliga konflikter som uppstår om den första transplantationen med navelsträngsblod (som normalt ändå slängs) inte lyckas.

För många ter det sig vid ett första misslyckande tämligen självklart att nya försök bör göras med benmärgstransplantation från det nyfödda barnet.

I denna situation har emellertid de etiska motargumenten blivit tyngre, eftersom det nu gäller ett ingrepp på en individ som inte har någon nytta av det och som inte själv kan säga nej. Dessutom är föräldrarna, som skall företräda det nyfödda barnet, jäviga.

Än mer skrämmande är de exempel som Ingemar Kjellmer ger med att en HLA-identisk nyfödd skulle kunna vara lever- eller njurdonator till ett obotligt njur- eller leversjukt syskon.

Här är de etiska invändningarna ännu tyngre, eftersom man utöver brott mot autonomi- och nyttoprinciperna, skulle utsätta donatorn för ett ingrepp med uppenbar risk för honom själv. Detta strider ju mot "icke-skada"-principen.

Till diskussionen hör också de psykosociala problem som kan uppstå om det sjuka syskonet inte gick att rädda trots att en ideal vävnadstypning förelåg. Bör en etiskt kunnig person agera som barnets advokat och kunna bromsa oetiska åtgärder i en desperat situation?

När bör man sedan upplysa barnet om att det tillkommit genom en selektionsprocedur i syfte att kunna hjälpa sitt sjuka syskon, och kan denna information vara psykiskt belastande framöver?

Jag instämmer helt med Ingemar Kjellmer att det är hög tid att diskutera gränser för vad man skall få göra, nu då PGD-HLA-tester öppnar nya möjligheter i ett allt raskare tempo.

Kanske är det redan för sent vad gäller PGD-HLA-planerad transplantation av navelsträngsblod, eftersom de beviljade fallen kan ses som prejudikat. Det är ju som bekant mycket svårare att säga nej till något som redan prövats än att avslå den första förfrågan.

Personligen tycker jag det finns starka etiska invändningar mot att med PGD-HLA selektera fram barn för att bli donator. Om metoden ändå skulle komma till användning kunde jag tänka mig att acceptera transplantation av navelsträngsblod. Däremot anser jag att varje ingrepp på ett friskt barn, för att få donationsmaterial är etiskt förkastligt. Ett sådant förfarande strider ju, som Ingemar Kjellmer påpekade i sitt inlägg, mot flera artiklar i FN:s barnkonvention.

Alltså låt oss skynda långsamt så att vi grundligt hinner diskutera problemen innan det finns skäl att känna ånger. Som barnläkare har vi ett stort ansvar i denna fråga.

Magnus Lindroth
Barnläkare, Lund

"Det är som bekant mycket svårare att säga nej till något som redan prövats än att avslå den första förfrågan"

BKN_107_6.qxd 11/7/07 10:40 AM Page 29

DEBATT

PGD-HLA är inte genteknik

I senaste numret av Barnläkaren tar Ingemar Kjellmer upp två viktiga etiska frågor som väckts av den nya lag som i mycket speciella fall tillåter PGD-HLA. Den första frågan berör de svåra överväganden som ligger bakom lagen, nämligen om lagen innebär att vi trätt över den gränslinje som innebär att ingen individ skall utnyttjas som medel för en annan individ. Att barnet skapats för att vara donator. Den andra frågan berör en annan viktig gränsdragning – om man nu givit blodstamceller och syskonet dessutom behöver en organtransplantation till följd av en komplikation eller skada efter stamcellstransplantationen, skall vi då tillåta att underåriga som inte kan ge ett informerat samtycke också får fungera som givare av en bit lever eller en njure?

Tyvärr försvårar Samuel Lagercrantz en seriös debatt genom att i "Redaktörens ruta" tala om genteknik och kloning i samma andetag som han nämner PGD-HLA. PGD-HLA har ingenting med genteknik att göra. Det handlar inte vid PGD-HLA att förändra arvsmassan utan att utnyttja vanlig mutationsanalys för att utesluta att ett blivande barn föds med en svår sjukdom (= PGD). Till mutationsanalysen läggs HLA-typning av embryot med så kallad kopplingsanalys. De etiska frågorna vid PGD-HLA är tillräckligt svåra i sig och debatten skadas av att vulgariseras genom att blanda in frågor om genteknik.

Till fråga 1. Majoriteten barnläkare har varit förvånansvärt tysta i frågan om att tillåta PGD-HLA. År 2004 diskuterades frågan i Statens Medicin-Etiska Råd och jag blev tillfrågad att ge min syn på de medicinska indikationerna för PGD-HLA om tekniken skulle bli tillåten i Sverige. Mitt ställningstagande ledde till en debattartikel tillsammans med professor Jan Wahlström i DN och ett symposium på Läkarstämman samma år. Ingen reagerade på vår artikel i DN och på Läkarstämman var Ingemar Kjellmer den enda barnläkare som uttryckte sin oro inför PGD-HLA.

Därefter har hela frågan om PGD-HLA inkluderats i Genetikutredningen och inför propositionen så var förslaget på sedvanligt sätt ute på remiss till berörda institutioner och intresseorganisationer. Vi som barnläkare har alltså fått möjlighet att i demokratisk ordning uttrycka vår åsikt i frågan. Jag har läst samtliga remissvar och samtliga universitet, sjukhus och professionella organisationer som yttrat sig var försiktigt positiva till att tillåta PGD-HLA. Många remissinstanser uttryckte en oro liknande den som Ingmar Kjellmer beskriver. Kristdemokraterna och samtliga kristna kyrkoförbund tog klart ställning emot.

Efter lagen tagits är det bland oss barnläkare bara Britt-Marie Frost och Ingemar Kjellmer, förutom jag själv, som offentligt diskuterat om vi skall tillåta PGD-HLA eller inte. Kanske är frågan för svår och/eller väcker för många känslor. Det är synd då debatten är viktig och vi måste med respekt för varandra inse att vi i denna svåra fråga har olika åsikter

Min syn är: Ja, vi kan tillåta PGD-HLA i mycket begränsade situationer. När ingen givare finns i familjen, i något av registren över frivilliga givare eller i biobankerna med navelsträngsblod. Där finns visserligen 12 millioner givare, men samtidigt måste vi betänka att antalet tänkbara HLA-kombinationer är fler än 100 billioner. Men därtill skall sjukdomen vara botbar med en blodstamcellstransplantation och ingen annan möjlighet till bot finnas. Sjukdomen skall också tåla den väntan som PGD-HLA innebär. Detta gör att endast några enstaka monogent nedärvda sjukdomar kommer i fråga. Inte till exempel leukemi. Och i dessa få fall så menar jag att fördelarna – de goda avsikterna – väger tyngre än det i detta fall i mitt tycke svaga argumentet om att barnet bara skulle vara ett medel.

Fråga 2 – den om ett HLA-identiskt barn också kan vara organdonator har egentligen ingenting med PGD-HLA att göra som jag ser det. Den frågan berör alla HLA-identiska syskon oavsett om de är skapade HLA-identiska eller slumpmässigt är HLA-identiska. Denna fråga berör också den svåra frågan om ett barn överhuvudtaget kan vara givare av celler, vävnader eller organ. Svensk lag säger uttryckligt att underåriga inte får fungera som givare. Dock kan Socialstyrelsen medge undantag om det rör sig om vävnad som återbildas (= blodstamceller) och risken med att tillvara vävnaden för transplantation är ringa. Samtycke skall inhämtas från barnet om det nått tillräcklig mognad, men föräldrarna fungerar som barnets ställföreträdare så länge det är underårigt, det vill säga Socialstyrelsen går alltid på föräldrarnas linje om inte klara medicinska kontraindikationer mot donation finns.

Men vilka är de psykologiska konsekvenserna av att vara givare? Vi vet mycket litet om detta, men klart är att barnet, även när det uppnått tillräcklig mognad, har mycket svårt att säga nej. Trycket från föräldrar och det sjuka syskonet är stort. Vi barnläkare ser risken som liten. Socialstyrelsen säger ja. Här menar jag att vi barnläkare måste skärpa oss när det gäller information till syskonet som skall fungera som donator. Många barn är stolta och förväntansfulla inför att få möjligheten att hjälpa sitt sjuka syskon. Andra är oroliga och ängsliga inför sövning och stick. Och många gånger kan en andra donation av stamceller eller lymfocyter vara en nödvändighet. Då är det inte

BKN_107_6.qxd 11/7/07 10:40 AM Page 30

lika självklart att syskonet vill ställa upp igen. Nu har det en erfarenhet och hur skall vi då se till att barnet får ge ett samtycke som är frivilligt och inhämtat utan tvång?

Socialstyrelsen har fram till i vår gett tillstånd utan att ange om tillståndet gäller en gång eller för "alltid". Jag har påpekat detta för Socialstyrelsen och numer gäller tillståndet bara för ett tillfälle. Om ett nytt tillfälle uppkommer, så måste man söka igen och då måste motiveringen enligt mitt förmenade vara mycket starkare och det måste klart framgå hur man försäkrat sig om att syskonet verkligen vill donera igen.

När det gäller organdonation av underårig så delar jag helt Ingmar Kjellmers synpunkter. Ett barn skall aldrig fungera som organdonator. Det strider mot våra hänsyn till det enskilda barnet, FN:s barnkonvention och svensk lag.

Anders Fasth
Professor i pediatrisk immunologi, Göteborg

"Frågan om ett HLA-identiskt barn också kan vara organdonator har egentligen ingenting med PGD-HLA att göra som jag ser det."

BKN_107_6.qxd 11/7/07 10:40 AM Page 31

KALENDARIUM

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

NOVEMBER 2007

8/11 BORIS - BarnObesitasRegistret i Sverige bjuder in till utbildningsdag, Stockholm.

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

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

FEBRUARI 2008

4 – 6/2 Det perinatala teamarbetet - gynekologen, barn- och narkosläkaren - teamet kring kvinnan och barnet, Stockholm.

APRIL 2008

14 - 18/4 Barnläkarveckan 2008 i Örebro!

MAJ 2008

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

18-21/5 5th Nordic Congress on Child Abuse and Neglect. Reykjavik, Island.
Info: www.congress.is@nfbo2008

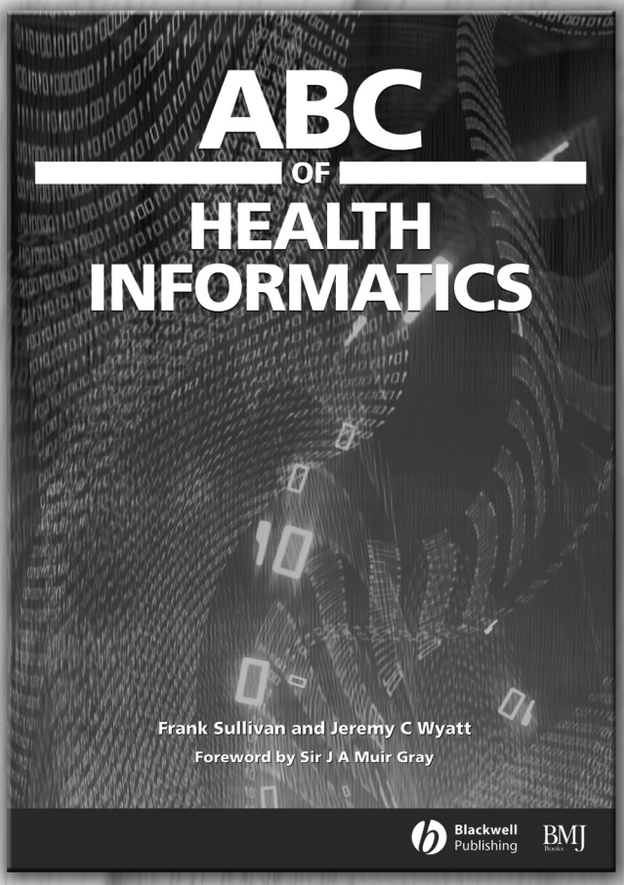
Nästa nummer

utkommer den 28 januari. Numret kommer att finnas tillgängligt på BLF:s webbplats tidigare. Manusstopp är den 21 november. Varmt välkommen att medverka i tidningen! Glöm inte att skriva under din artikel med namn, titel och arbetsplats (till exempel Anders Andersson, Barnläkare, Malmö). Från och med nästa nummer är Margareta Munkert Karnros chefredaktör för Barnläkaren, se innehållssidan för kontaktuppgifter.

Läs tidigare nummer av Barnläkaren på BLF:s webbplats
www.blf.net

Introduction to how to use information better in health care

ABC OF HEALTH INFORMATICS



By
Frank Sullivan and
Jeremy Wyatt

- Critically examins methods to improve the management of patient data, clinical knowledge and other health care information
- Provides an overview of generic principles, a summary of common clinical information problems and practical solutions and a glimpse of the future

ISBN: 0727918508 / 9780727918505
Paperback
March 2006

For more information, contents list, or to order online go to: **www.blackwellpublishing.com/0727918508**

Or order by phone:

UK/Rest of the World: **+44(0) 1235 465500**

US: **(800)-216-2522**

AUS/NZ: **+61(2) 8778 9999**

BMJ Books

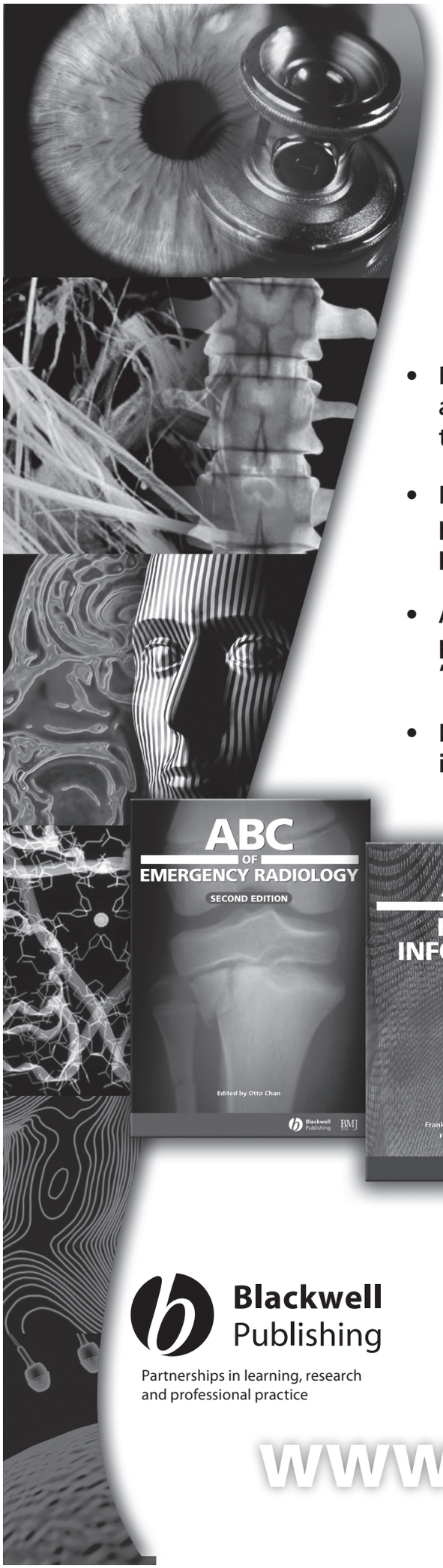
Blackwell Publishing

Partnerships in learning, research and professional practice

www.bmjbooks.com

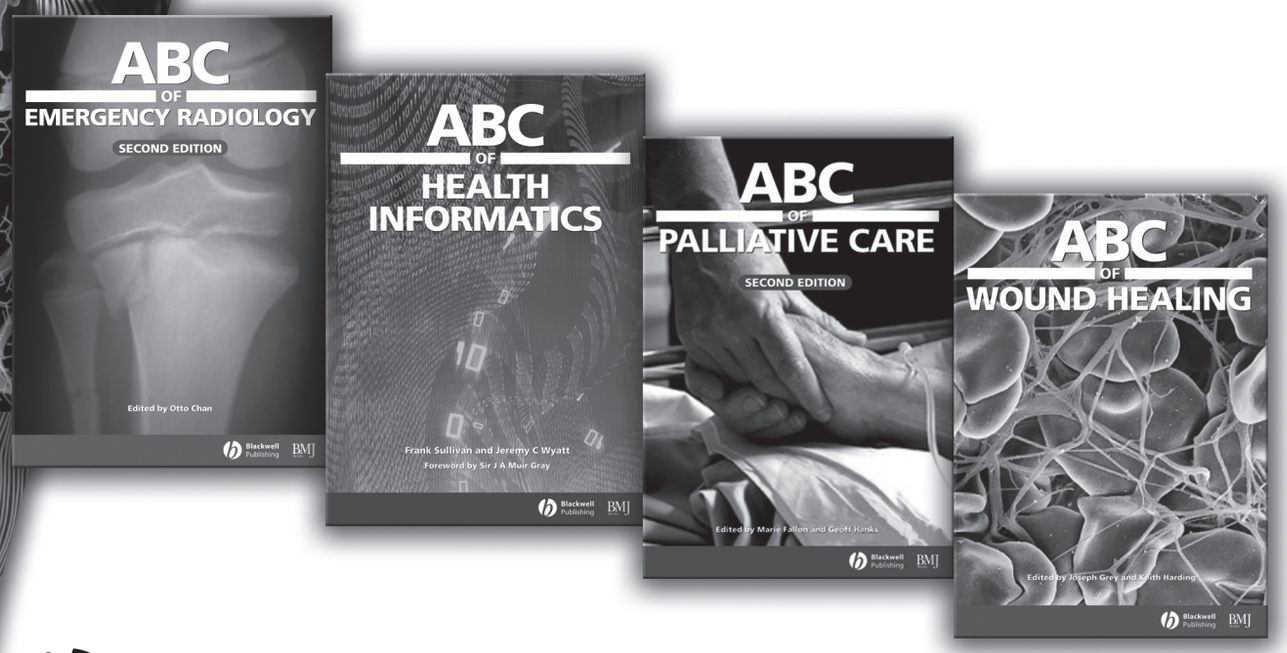
www.bmjbooks.com

NF06B0026 Sullivan filler_B&W.in1 1 7/3/06 10:16:05



ABC SERIES

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



Blackwell Publishing

Partnerships in learning, research and professional practice

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

www.bmjbooks.com

BMJ Books

www.bmjbooks.com

NF06B0024 ABC filler_BW.indd 1 27/2/06 15:01:34

Synergy b&w.qxd 11/6/07 2:38 PM Page 1

Make the most of your research time

Access your journal online

visit www.blackwell-synergy.com

With *Blackwell Synergy* you can…

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

An online subscription gives you access to:

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

Blackwell Synergy

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