

ÄVEN BARN I FATTIGA LÄNDER HAR RÄTT TILL GOD VÅRD

Nytt omvårdnadsprogram skall minska barnadödligheten

Enligt Världshälsoorganisationen, WHO, dör varje år 12 miljoner barn innan de uppnått fem års ålder. Sju av tio dödsfall har samband med fem vanliga sjukdomstillstånd: luftvägsinfektioner, diarré, mässling, malaria och malnutrition, eller en kombination av dessa. Utifrån detta har WHO och UNICEF på basen av internationell erfarenhet sammanställt och vidareutvecklat riktlinjer för hur sjuka barn bör tas om hand på primärhälsovårdsnivå i låginkomstländer. Initiativet benämns »Integrated management of childhood illness», IMCI. Detta program förväntas förbättra omhändertagandet av sjuka barn i områden och situationer med begränsade resurser.

Syftet med denna artikel är att presentera och diskutera »Integrated management of childhood illness» (IMCI), ett handlingsprogram som arbetar utifrån en helhetsyn på sjuka barns behov för att minska morbiditet och mortalitet hos barn under fem år [1-3]. Uppskattningsvis dör i låginkomstländer varje år 12 miljoner barn före 5 års ålder. Sju av tio dödsfall har nära samband med fem vanliga sjukdomstillstånd: luftvägsinfektioner, diarré, mässling, malaria och malnutrition. Ofta bidrar flera av dessa tillstånd till barnets död (Figur 1).

Tidigare riktlinjer från WHO och UNICEF har huvudsakligen varit specifika för enskilda sjukdomstillstånd, som diarré och luftvägsinfektioner. Detta har inneburit att hälso- och sjukvårdspersonal som utbildats enligt WHOs riktlinjer har fått undervisning i omhändertagande av barn med enskilda sjukdomstillstånd, snarare än i omhändertagande av hela det sjuka barnet. Med utgångspunkt i föräldrars och sjuka barns möte med den lokala hälsoarbetaren har man nu formulerat riktlinjer

Det stora antalet sjuka barn i låginkomstländer finns i områden med brist på resurser och få doktorer. Om dessa barn skall få ett vettigt omhändertagande är det nödvändigt att föra ut kunskap i kliniskt hantverk till hälsoarbetare.

Författare

PER WEKELL

barnläkare, enheten för internationell barnhälsovård (ICH), institutionen för pediatrik, Akademiska sjukhuset, Uppsala; barn- och ungdomskliniken, NU-sjukvården, Uddevalla sjukhus

ANDERS HÅKANSON

infektionsläkare, Stockholm

INGELA KRANTZ

docent, Division of International Health Care Research (IHCAR), Karolinska institutet, Stockholm

BIRGER FORSBERG

samhällsmedicinare, institutionen för folkhälsovetenskap, Karolinska institutet, Stockholm

HANS TROEDSSON

läkare, hälsoenheten, Sida, Stockholm

MEHARI GEBRE-MEDHIN

professor, enheten för internationell barnhälsovård (ICH), institutionen för pediatrik, Akademiska sjukhuset, Uppsala.

för handläggning av de sjukdomstillstånd som är vanligt förekommande och förknippade med betydande mortalitet. Dessa tillstånd rymmer också de främsta orsakerna till att föräldrar uppsöker sjukvården med sitt barn (Tabell I). Ett viktigt inslag är att ge hälsoarbetare ett redskap för att handlägga barn som har flera sjukdomstillstånd. De sjukaste barnen skall identifieras och remitteras till sjukhus. Man försöker även tillvarata möjligheterna till individuell rådgivning och prevention då föräldrar söker med sitt sjuka barn.

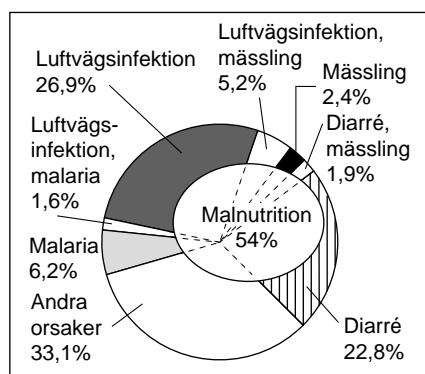
Föra ut kunskap till hälsoarbetare

Det stora antalet sjuka barn i låginkomstländer finns i områden med brist på resurser och få doktorer. Om dessa barn skall få ett vettigt omhändertagande är det nödvändigt att föra ut kunskap i kliniskt hantverk till hälsoarbetare. Förutsättningen är då att man i riktlinjerna förenklar kliniska bedömningar och anpassar dem till rådande resurser. Tanken är att hälsoarbetaren utifrån ett begränsat antal systematiserade frågor och en enkel undersökning skall kunna göra en adekvat bedömning av patientens status. Vid bedömningen förlitar sig hälsoarbetaren på vad han kan se, höra och känna utan hjälp av laboratorieundersökningar eller röntgen. Ett sådant arbetssätt skulle kunna kallas symtombaserad handläggning. Att använda såväl praktiska erfarenheter från fältet som forskningsresultat har varit en av de bärande idéerna under arbetet med att sammanställa riktlinjerna i IMCI.

Arbetet med IMCI har koordinerats av WHO's »Division of Diarrhoeal and Acute Respiratory Disease Control Program» (CDR). Efter omorganisationen av WHO ansvarar »Division of Child Health and Development» för IMCI. Man har även utvecklat en elva dagar lång kurs, under vilken deltagarna undervisas i att arbeta efter riktlinjerna. Hälften av tiden har avsatts till praktisk undervisning med patienter under handledning.

Fem stora dödsorsaker i låginkomstländerna

Luftvägsinfektioner bidrar till cirka en tredjedel av dödsfallen hos barn under 5 år i låginkomstländerna (Figur 1). Uppskattningsvis 80–90 procent av dessa dödsfall inträffar i anslutning till pneumoni. Pneumoni är en vanlig följsjukdom till mässling och kikhosta. I områden där man infört symtombaserad handläggning av luftvägsinfektioner har man kunnat sänka mortaliteten på ett betydande sätt. Största betydelsen för detta har antibiotikabehandling av pneumoni haft [4].



Figur 1. Fördelning av 12,2 miljoner dödsfall hos barn under 5 år i alla låginkomstländer, 1993.

Diarré förekommer hos cirka en fjärdedel av dödsfallen hos barn under 5 år (Figur 1). Upptäckten och användandet av »oral rehydrations salt (ORS) har bidragit till att minska mortaliteten i dehydrering de senaste decennierna. I takt med framstegen att behandla dehydrering har sambandet mellan malnutrition och diarré blivit allt tydligare. Idag är hörnstenarna i WHO's rekommendationer för handläggning av diarré profylax och behandling av dehydrering, fortsatt födointag samt antibiotikabehandling av blodig diarré och svåra kolerafall [5]. Blodig diarré under 5 år bland öppenvårdsfall orsakas framför allt av Shigella-bakterier [6].

Uppskattningsvis dör varje år en miljon barn i mässling. Före introduktionen av mässlingsvaccinet på 1960-talet dog 7–8 miljoner barn årligen i denna sjukdom [7]. Många, men inte alla, länder har lyckats uppnå god täckning med fullgoda vacciner. Av de barn som dör i mässling har många någon av komplikationerna pneumoni, akut obstruktiv laryngit eller diarré. Hos en stor andel bidrar också malnutrition till den dödliga utgången.

Mortaliteten i mässling går att minska genom förbättrad vaccinationstäckning samt genom behandling med vitamin A [8], god nutrition och adekvat handläggning av komplikationer.

Av dödsfallen i malaria i endemiska områden i Afrika inträffar 90 pro-

cent före 5 års ålder. Kontroll och behandling av malaria utgör ett allt större hälsoproblem. Tidigare förhoppningar om att kontrollera malaria har inte infriats. Myggornas resistens mot bekämpningsmedel samt malariaparasiternas resistens mot antimalariamedel ökar. Impregnerade sängnät har dock visat sig ha en god förebyggande effekt [9].

Falciparummalaria kan ge svår sjukdom, där akut anemi och cerebral malaria är fruktade komplikationer. Barn i endemiska områden har ofta en kronisk infektion med ständig anemi.

Enligt en aktuell sammanställning är malnutrition en bidragande faktor hos drygt hälften av de barn som dör före 5 års ålder varje år (Figur 1) [10]. Malnutrition utgörs av ett syndrom vars kliniska yttringar i extrema fall består av marasm, kwashiorkor, mycket låg vikt för åldern och anemi. Barn med malnutrition är fångade i en ond cirkel av bristfälligt födointag, nedsatt immunitet och upprepade infektioner. Järnbrist är av betydelse för utvecklingen av anemi på grund av små järndepåer vid födseln, bristande järnintag samt förluster via tarmen vid maskinfektioner. Den kliniska bilden av anemi kompliceras ytterligare vid hög prevalens av malariaparasitemi och ärftliga anemier. Vid malnutrition och näringsbrist är risken stor att infektioner blir både långvarigare, allvarligare samt att tillväxten hämmas [11].

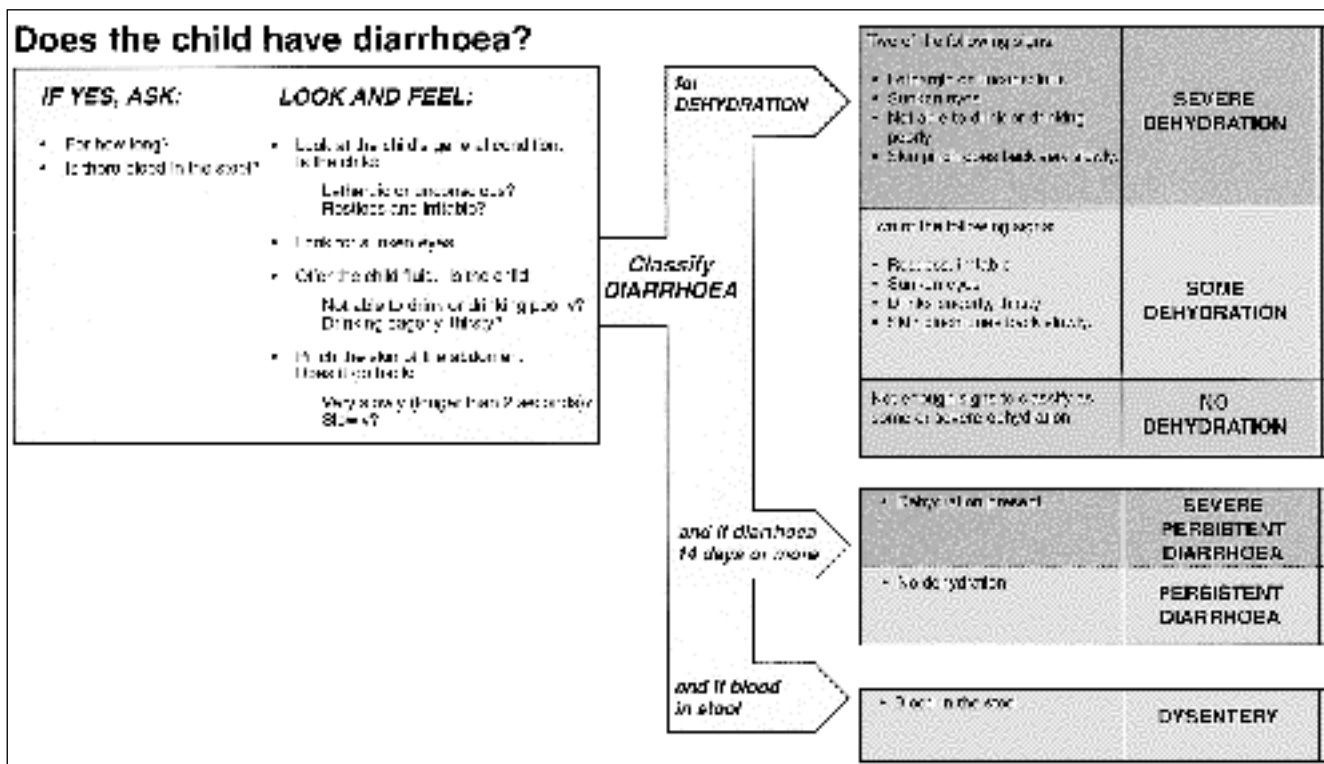
Vid vitamin A-brist hämmas barnets förmåga att bekämpa infektioner. Brist på vitamin A är dessutom en viktig orsak till ögonförändringar och blindhet. I uttalade fall yttrar sig ögonförändringen som grumling av hornhinnan, xerofthalmi.

Bröstmjolk ger barnet ett betydande skydd

Det finns övertygande bevis för att amning i låginkomstländer ger ett betydande skydd såväl mot diarré [12] som mot sepsis hos spädbarn [13]. Detta är en följd inte bara av bröstmjolkens humoral och allmänna skyddsmekanismer utan även av att barnet vid amning

Tabell I. Sjukdomsförekomst vid intervjuer av hälsoarbetare kontrollerade av barnläkare. Källa: Lindskog U. Child health and water supply – An intervention study from Malawi. Linköping, 1987. Dissertation [11].

Sjukdomstillstånd	Intervju utförd av hälsoarbetare prevalens, procent	Intervju av barnläkare prevalens, procent	Svarsöverensstämmelse, procent
Diarré	5,1	5,1	99,1
Feber	9,0	8,5	94,9
Luftvägsinfektioner	23,1	25,6	89,7
Hudinfektioner	7,3	7,7	97,9
Ögoninfektioner	7,3	6,0	98,7
Total sjuklighet	40,6	42,7	91,9



Figur 2. IMCIs flödesschema för handläggning av barn med diarré.

får i sig fullgod mat och en vätska fri från kontamination.

Flödesscheman

Riktlinjerna för öppenvård presenteras i form av två flödesscheman, ett för barn mellan 1 vecka och 2 månaders ålder, samt ett för barn mellan två månader och 5 år. Om det inte går att remittera de sjukaste barnen finns kompletterande instruktioner för fortsatt behandling i öppenvård.

Det är oundvikligt att en så komplicerad uppgift som att utforma riktlinjerna i IMCI är förknippad med en rad val-situationer och att andra alternativ till enskilda delar också vore rimliga. Primärt har riktlinjerna utformats för förhållanden där spädbarnsdödligheten överstiger 40 per 1 000 levande födda barn och där det finns falciparum-malaria (generiska riktlinjer). Innan de generiska riktlinjerna och utbildningsprogrammet börjar användas sker en anpassning på nationell nivå till lokala/nationella förhållanden. Detta arbete är mycket centralt och ställer stora krav på samarbete. Flera länder i Afrika, Asien och Sydamerika arbetar med förberedelserna för att införa IMCI [14].

Omhändertagande av barn mellan 2 månader och 5 år

Den process som beskrivs i flödesschemat innebär att hälsoarbetaren börjar med att bedöma om barnet har något av de fyra allmänna varningssymtomen kramper, medvetandepåverkan, oförmåga att dricka eller ammas eller ständiga kräkningar. Därefter frågar hälso-

arbetaren om barnet har ett eller flera av huvudsymtomen hosta eller andnings-svårigheter, diarré, feber eller öronvärk. Till sist bedöms barnets nutritions- och vaccinationsstatus.

Huvudsymtomen bedöms genom fördjupad anamnes och undersökning. Med utgångspunkt i denna bedömning och nutritionsstatus kan varje enskilt sjukdomstillstånd kategoriseras efter svårighetsgrad. Kategorisering leder också fram till en av tre åtgärdsnivåer:

- Akut remittering efter primärt omhändertagande.
- Specifik behandling i hemmet och rådgivning.
- Rådgivning om hur man skall sköta barnet i hemmet.

Kategorisering av tillståndet utgör därför grunden för hälsoarbetarens beslut om behandling. Föräldrarna till barn med tillstånd som kan behandlas i hemmet får praktiska råd angående behandling och vård. Föräldern informeras om vilka symtom som skall föranleda att hälsoarbetaren kommer akut. I de fall barnets sjukdom fordrar återbesök får föräldern en tid som är anpassad efter barnets tillstånd. I riktlinjerna finns även direktiv för bedömning och handläggning vid akuta och planerade återbesök.

Allmänna varningssymtom. Förekomst av något av de följande fyra allmänna varningssymtomen kramper, medvetandepåverkan, oförmåga att dricka eller ammas eller ständiga kräkningar markerar att barnet sannolikt är allvarligt sjukt och i behov av ett akut

omhändertagande. Även i dessa fall skall hälsoarbetaren gå igenom samtliga huvudsymtom och nutritionsstatus, eftersom dessa bestämmer behandlingen av barnet före transport.

Huvudsymtomen. Hälsoarbetaren bedömer barn med *hosta/andnings-svårigheter* genom att räkna andningsfrekvens, lyssna efter stridor och identifiera bröstorgsindragningar (bröstorgsväggens nedre del rör sig inåt i samband med inandningen). Bröstorgsindragningar, stridor eller allmänna varningssymtom är tecken på allvarlig pneumoni eller mycket allvarlig sjukdom. Dessa barn får en första dos antibiotika innan de remitteras akut till sjukhus. Om barnet enbart har snabb andning (2–12 månader ≥ 50 andetag/minut, 12 månader–5 år ≥ 40 andetag/minut) bedöms tillståndet som pneumoni. Dessa barn kan med tillräcklig säkerhet behandlas med peroral antibiotika i hemmet. Barn som behandlas för pneumoni i hemmet erbjuds återbesök efter två dagar. Vid hosta i mer än 30 dagar remitteras barnet för utredning under misstanke om tuberkulos eller astma. Barn som saknar alla ovanstående fynd anses ha en vanlig förkylning.

Sannolikt kommer trimetoprim-sulfametoxazol (co-trimoxazol) att inta en central plats i de på nationell nivå anpassade riktlinjerna. Medlet är billigt och har en gynnsam effekt på de bakterier som vanligen orsakar pneumoni hos barn. Trimetoprim-sulfametoxazol har

dessutom effekt på malariaparasiter (om stammen inte är resistent mot sulfadoxin/pyrimetamin), vilket gör att ytterligare antimalariamedel normalt inte behöver ges om co-trimoxazol sätts in [15]. Från svensk synpunkt kan man undra varför man inte väljer ett smalare preparat för initial behandling av pneumoni. Eftersom en betydande andel av pneumonierna hos barn i låginkomstländer orsakas av *Haemophilus influenzae* [16] är tanken dock att de som är infekterade med *H influenzae* med en smal initial behandling skulle kunna riskera att försämrats betydligt i hemmet. Den viktigaste insatsen för att begränsa resistensutvecklingen är trots allt att minska det totala antibiotiketrycket i samhället. För hälsoarbetare och läkare innebär detta att de måste lära sig att använda antibiotika rationellt och på strikta indikationer.

Bedömning, klassificering och handläggning av *diarré* överensstämmer huvudsakligen med WHO:s tidiga riktlinjer. Bedömningen av dehydrering har förenklats och baseras på tre symtom – påverkat allmäntillstånd, insjunkna ögon, nedsatt hudturgor och hur barnet dricker (Figur 2). Trimetoprim-sulfametoxazol kommer sannolikt även att bli förstahandsmedel för behandling av blodig diarré i många områden.

Feber bedöms föreligga om barnet har en axillär temperatur över 37,5° C (rektal temperatur över 38,0° C), men även om föräldrarna bekräftar att barnet har känts febrigt i hemmet.

Barn som har feber i kombination med nackstivhet eller allmänna varningssymtom bedöms ha en mycket allvarlig febril sjukdom och vara i behov av akut behandling och remittering. Dessa barn får före transport en första dos antibiotika. Om barnet inte kan ta peroralt antibiotikum ges en injektion av kloramfenikol intramuskulärt. Barnet tillmatas för att förebygga och behandla eventuell hypoglykemi, och får paracetamol mot febern. Vid risk för malaria ges även kinin intramuskulärt [17].

Handläggningen av barn med feber utan ovannämnda allvarliga symtom är beroende av hur stor risken är för malaria. Febers prediktiva värde för klinisk malaria varierar i olika geografiska områden, och ibland med säsong. I högriskområden, eller under årstid med stor risk för malaria, får alla barn med feber antimalariamedel. Om barnet förutom feber har hosta och snabb andning differentierar ej symtomen med tillräcklig säkerhet mellan pneumoni och malaria. I denna situation rekommenderas behandling med trimetoprim-sulfametoxazol i fem dagar. I lågriskområden, eller under årstid med liten risk för ma-

Ålder	Vaccin	
Vid födelsen	BCG	OPV-0
6 veckor	DPT-1	OPV-1
10 veckor	DPT-2	OPV-2
14 veckor	DPT-3	OPV-3
9 månader	Mässling	

Figur 3. Vaccinationsschema. DPT: difteri, pertussis och tetanus. OPV: Oralt poliovaccin.

laria, får endast barn med feber utan snuva, mässling eller annan påvisbar feberorsak antimalariabehandling. Barn som behandlas för malaria erbjuds återbesök efter två dagar, om febern kvarstår.

Om barnet har ett *generellt erytem* samt antingen hosta, snuva eller röda ögon ställs diagnosen mässling. I denna handläggning inkluderas även barn med anamnes på mässling de senaste tre månaderna. Alla barn med mässling får vitamin A. Barn med mässling i förening med något av de allmänna varningssymtomen, grumling av hornhinnan eller djupa utbredda sår i munnen bedöms ha svår komplicerad mässling och remitteras akut till sjukhus. Förutom vitamin A får barnet före transport antibiotika per os och eventuellt tetracyklin i ögondroppar. Handläggning av andra ofta allvarliga komplikationer vid mässling såsom stridor, pneumoni, diarré och malnutrition beskrivs under respektive huvudsymtom. Barn med kladdiga ögon eller sår i munnen behandlas med tetracyklinögondroppar respektive gentianaviolett. Alla barn med feber i mer än sju dagar remitteras för grundligare utredning.

Omhändertagande av barn med *öronvärk* innebär handläggning av akut otit, kronisk otit och mastoidit. Anamnestagande och undersökning utan tillgång till otoskop finns beskriven i flödesschemat.

Nutritionssstatus. Hälsoarbetaren skall kontrollera alla barn avseende undernäring och anemi. Svår malnutrition identifieras genom »uttalad avmagring» som uttryck för marasm, medan »ödem på båda fötterna» talar för kwashiorkor, och uttalad blekhet i handflatorna för svår anemi. Dessa barn remitteras akut till sjukhus. Före transport får de vitamin A. Barn med svår malnutrition är mycket sköra och har ofta bakteriem [18].

Vi anser, till skillnad från instruktionerna i IMCI, att det finns anledning att påbörja antibiotikabehandlingen före transporten till distriktsjukhuset samt att ge modern instruktioner hur hon

skyddar barnet för hypotermi och hypoglykemi under transporten.

Hälsoarbetaren kan med hjälp av viktkurvan identifiera barn med mycket låg vikt för åldern. Föräldrar till barn med mycket låg vikt men utan tecken till svår malnutrition får kostrådgivning och tid för uppföljning. Blekhet i handflatorna tolkas som anemi och behandlas i hemmet.

Dessa barn får peroralt järn, maskbehandling med mebendazol (om över 2 års ålder) och antimalariamedel vid hög malariarisk i området, samt återbesök efter 14 dagar.

I riktlinjerna rekommenderas exklusiv amning upp till åtminstone 4 månaders ålder och fortsatt amning upp till 2 års ålder. Instruktioner finns för adekvat tilläggskost.

Vaccinering. För att utnyttja varje tillfälle till att förbättra vaccinationstäckningen bör alla barn som ej är i behov av akut remittering till sjukhus vid indikation vaccineras. Rekommenderat vaccinationsschema framgår av Figur 3.

Omhändertagande av barn mellan 1 vecka och 2 månader

Riktlinjerna för små spädbarn ej inriktade på handläggning av bakteriella infektioner, diarré samt uppfödningssvårigheter och låg vikt. Allmänna varningssymtom finns ej som en självständig entitet.

Feber och andningspåverkan kan i denna ålder vara uttryck för en svår allmän infektion och har därför inkluderats under »trolig allvarlig bakteriell infektion».

Diskussion

Riktlinjerna bygger till viss del på att det befintliga hälso- och sjukvårdssystemet omfattar ett välfungerande remitteringsförfarande och en fungerande slutenvård.

Tyvär är organisationen av handläggning, kontakter och förbindelser mellan remitterande och mottagande instanser dåligt utvecklade i många låginkomstländer. Det är därför också viktigt att förbättra sjukhusvården på distriktsnivå.

Riktlinjerna är omfattande, vilket gör det troligt att många hälsoarbetare på primärvårdsnivå får svårt att arbeta självständigt efter endast elva dagars utbildning. Å andra sidan har hälsoarbetarna redan en i många stycken komplicerad vardag med brist på tid. De nya riktlinjerna erbjuder en möjlighet att underlätta såväl arbetet som samarbetet med föräldrarna. För fortgående stöd, uppmuntran och utbildning av hälsoarbetare på hemorten krävs lokal kompetens, vilket också är förutsättningen för

bibehållen kvalitet i tillämpningen. En förbättrad vård och ökad överlevnad kan förhoppningsvis bidra till att öka motivationen hos en ofta både frustrerad och desillusionerad hälso- och sjukvårdspersonal.

Samarbetet mellan hälsoarbetaren och vårdnadshavaren (vanligen modern) är en förutsättning för god omsorg om det sjuka barnet. Vikten av att vårdnadshavaren får stöd och att deras iakttagelser tas på allvar kan inte nog poängteras. På sikt kan dessa lära sig att se allvarliga symtom tidigt, handla adekvat efter dessa och söka sjukvård i rättan tid.

Fortsatt forskning behövs

Resurser behövs för forskning relaterad till symtombaserad handläggning av sjuka barn för att validera symtomen samt för att i övrigt vidareutveckla och renodla det tekniska innehållet. Ett annat viktigt forskningsområde är att definiera vilka preventiva insatser som är viktigast att genomföra och samordna med det nya initiativet.

Vi saknar riktlinjer för den första levnadsveckan. Ett betydande antal barn dör i denna ålder. Att sammanställa och utveckla sådana riktlinjer är ett viktigt forskningsfält.

Konklusion

Den med fattigdom förknippade ohälsan hos barn har många och komplicerade orsaker. Även i väntan på att fattigdomen kan bekämpas och hälso-risker elimineras, har sjuka barn rätt till ett förbättrat omhändertagande. I ett barnhälsovårdsprogram anpassat efter barns ohälsa i fattiga samhällen menar vi att det måste ingå ett adekvat omhändertagande av sjuka barn i kombination med preventiva insatser.

Initiativet IMCI har förutsättningar att bilda kärnan i ett barnhälsovårdsprogram för låginkomstländer och därmed bidra till minskad mortalitet och morbiditet hos barn under 5 år.

Referenser

1. Division of Child Health and Development. CDR/WHO integrated management of the sick child. Bull WHO 1995; 73: 735-40.
2. CDR/WHO integrated management of the sick child. WHO/Unicef Update-June 1995. Geneva: WHO, 1995.
3. CDR/WHO Adaptation Guide. Management of childhood illness. December 1995 working draft, version 1. Geneva: WHO, 1995.
4. Campbell H. Acute respiratory infection: a global challenge. Arch Dis Child 1995; 73: 281-6.
5. Division of Diarrhoeal and Acute Respiratory Disease Control, CDR/WHO. The treatment of diarrhoea. A manual for physicians and other senior health workers. WHO/CDR/95.3 10/95.

6. Huilan S, Zhen L, Matham M, Mathew MM, Olarte J, Espejo R et al. Etiology of acute diarrhoea among children in developing countries: a multicentre study in five countries. Bull WHO 1991; 69: 549-55.
7. WHO. Infectious disease according to mode of transmission, World Health Report 1996: 23-59.
8. Committee on Infectious Disease, American Academy of Pediatrics. Vitamin A treatment of measles. Pediatrics 1993; 91: 1014-5.
9. Premji Z, Lubega P, Hamisi Y, Mchopa E, Minjas E, Checkley W et al. Changes in malaria associated morbidity in children using insecticide treated bednets in Bagamoyo District of coastal Tanzania. Tropical Medicine and Parasitology 1995; 46: 147-53.
10. David L, Pelletier D. The potentiating effects of malnutrition on child mortality: Epidemiological evidence and policy implications. Nutr Rev 1994; 52: 409-15.
11. Lindsog U, Björkstén B, Gebre-Medhin M. A prospective study of morbidity and growth in relation to environmental factors. Ann Trop Paediatr 1994; 14: 37-45.
12. de Zoysa I, Rea M, Martinez J. Why promote breastfeeding in diarrhoeal disease control programmes? Health Policy Planning 1991; 6: 371-9.
13. CDR/WHO integrated management of childhood illness. WHO/Unicef Update-September 1996. Geneva: WHO, 1996.
14. Ashraf RN, Jalil F, Zaman S, Karlberg J, Khan SR, Lindblad BS et al. Breastfeeding and protection against neonatal sepsis in high risk population. Arch Dis Child 1991; 66: 488-90.
15. Bloland P, Redd S, Kazembe P. Co-trimoxazole for childhood febrile illness in malaria endemic regions. Lancet 1991; 337: 518-20.
16. Adegbola R, Falade A, Sam B. The etiology of pneumonia in malnourished and well-nourished Gambian children. Pediatr Infect Dis J 1994; 13: 975-82.
17. Schapira A, Solomon T, Julien M, Macome A, Parmar N, Ruas I et al. Comparison of intramuscular and intravenous quinine for treatment of severe and complicated malaria in children. Journal of Tropical Medicine and Hygiene 1993; 87: 299-302.
18. Berkowitz F. Infections in children with severe protein-energy malnutrition. Pediatr Infect Dis J 1992; 11: 750-9.

Summary

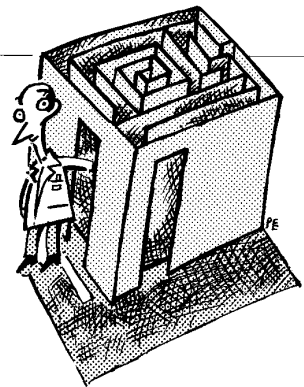
Third World children are also entitled to good care; new health programme to reduce child mortality

Per Wekell, Anders Håkansson, Ingela Krantz, Birger Forsberg, Hans Troedsson, Mehari Gebre-Medhin

Läkartidningen 1997; 94: 3637-41

According to the WHO (World Health Organization), 12 million children die annually before reaching the age of five. Seventy per cent of the deaths are related to one or more of five common diseases: acute respiratory tract infection, diarrhoea, measles, malaria and malnutrition. Consequently, drawing on international experience and expertise, the WHO and UNICEF (United Nations International Children's Emergency Fund) have compiled and developed guidelines for the primary care of Third World children. This programme, entitled Integrated management of childhood illness (IMCI), is expected to improve the care of children in areas and situations resources are limited.

Correspondence: Professor Mehari Gebre-Medhin, Enheten för internationell barnhälsovård, Institutionen för pediatrik, Akademiska sjukhuset, 751 85 Uppsala.



**enligt
min
erfarenhet**

Läkartidningens serie 1990-1992 i särtryck

När konsensus saknas om hur läkaren bör behandla, spelar den beprövade erfarenheten stor roll. Det 48-sidiga häftet innehåller 32 korta, praktiskt inriktade artiklar med anknytning till vårdens vardag och vänder sig till alla kliniskt verksamma läkare. Förutom diagnostik med terapi speglas goda exempel på prevention, ledningsfrågor och administration.

Pris 55 kr. Vid 11-50 ex 50 kr, vid högre upplagor 47 kr/ex.

Beställ här:

..... exemplar av

Enligt min erfarenhet

Namn

Adress.....

Sändes till Läkartidningen, Box 5603, 114 86 Stockholm

Märk gärna kuvertet med »Enligt min erfarenhet»

Beställning per fax: 08-20 76 19