

## REPLIK:

## Underlaget svagt – utvärdering kan eventuellt leda till omprövning

Det vetenskapliga underlaget för en allmän GBS-screening hos gravida är svagt. En planerad uppföljning i år av de nya rutinerna kan eventuellt visa om riktlinjerna behöver omprövas.

**E**n expertgrupp tog på Socialstyrelsens uppdrag fram underlag till en rekommendation för att förebygga tidigt debuterande GBS-infektion hos nyfödda. Gruppen förordade en riskbaserad strategi före den amerikanska modellen med generell GBS-screening.

**Den studie som publicerades 2002 [1]** och som utgör grunden för allmän screening i USA har metodologiska svagheter. Det är en retrospektiv undersökning där risken för GBS-sepsis hos barn till kvinnor som fått intrapartal antibiotikapofylax (IAP) efter positiv screening jämfördes med risken hos dem som fått riskbaserad profylax. De jämförda grupperna skilde sig dock åt avseende etnicitet, deltagande i mödrahälsovård och incidensen av prematur födelse på sådant sätt att det fanns god anledning att ifrågasätta resultatet av undersökningen.

Senare uppföljning av faktiska förhållanden i USA har heller inte visat på någon fortsatt minskning av incidensen av tidigt debuterande GBS-sepsis hos nyfödda se-

### STELLAN HÅKANSSON

ordförande i Socialstyrelsens expertgrupp; medicinsk chef, barn- och ungdomskliniken/neonatologi, Norrlands universitetssjukhus, Umeå  
stellan.hakansson@vll.se  
**INGER RIESENFELD-ÖRN**  
utredare, Socialstyrelsen

dan allmän screening infördes; det har snarare skett en ökning [2].

**Omkring 300 per 1 000** gravida kvinnor i Sverige är koloniserade med GBS, och något mer än ett barn per 1 000 drabbas av GBS-infektion efter födelsen. Den svenska studien avseende neonatala GBS-infektioner under perioden 1997–2001 [3] visade att det i samtliga fall där barnet avled förelåg minst en riskfaktor. Ingen av kvinnorna hade fått IAP. Bland kvinnorna med GBS-infekterade barn och minst en riskfaktor hade bara 14 procent fått IAP, men ofta med otillräcklig duration.

En nyligen publicerad engelsk studie visade att man med en konsekvent genomförd, riskbaserad förebyggande strategi skulle kunna halvera antalet fall av neonatal sepsis orsakade av GBS [4].

**Expertgruppens** ställningstagande för den riskbaserade profylaxstrategin grundas således huvudsakligen på följande argument:

- Det vetenskapliga underlaget för att införa allmän GBS-screening hos gravida är svagt, och effekten av denna rutin har inte lett till någon ytterligare minskad incidens av tidigt debuterande neonatal GBS-sepsis.
- Barn med GBS-infektion som uppkommer utan att någon riskfaktor föreligger har en bättre prognos än

barn som insjuknar med en bakomliggande obstetrisk riskfaktor.

- Det är angeläget att optimera/minimera antibiotiketrycket under perinatalperioden.
- Det finns anledning att tro att det finns förbättringsmöjligheter vad gäller efterlevnaden av den rekommenderade riskbaserade profylaxstrategin.

**Socialstyrelsen planerar** att under innevarande år genomföra en uppföljning och studera om de nya rutinerna påverkat incidensen av GBS-infektioner hos nyfödda och i vilken utsträckning IAP-rekommendationerna följs. En sådan utvärdering kan eventuellt skapa underlag för en omprövning av de aktuella riktlinjerna. PCR-baserad snabbdiagnostik av GBS-kolonisering vid förlossningen kan också komma att ändra förutsättningarna för utformningen av en framtida profylaxstrategi.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

### REFERENSER

1. Schrag SJ, Zell ER, Lynfield R, Roome A, Arnold KE, Craig AS, et al; Active Bacterial Core Surveillance Team. A population-based comparison of strategies to prevent early-onset group B streptococcal disease in neonates. *N Engl J Med.* 2002;347:233-9.
2. Trends in perinatal group B streptococcal disease – United States, 2000–2006. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2009;58:109-12.
3. Håkansson S, Källén K. Impact and risk factors for early-onset group B streptococcal morbidity: analysis of a national, population-based cohort in Sweden 1997–2001. *BJOG.* 2006;113:1452-8.
4. Vergnano S, Embleton N, Collinson A, Menson E, Russell AB, Heath P. Missed opportunities for preventing group B streptococcus infection. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.* 2010;95:F72-F73.

## Sjukvårdens tulipanaros?

■ Vårt land behöver både allmänläkare i öppen vård och specialister i den slutna. Där om kan endast enighet råda. Det är alltså en fråga om både-och, inte om antingen-eller. Svensk sjukvård kan inte klara sitt uppdrag utan båda dessa kategorier av läkare. Kraft behöver då läggas på ett ökat utbyte mellan slutna och öppen vård i form av ett effektivare samarbete!

### Tiden går och pendeln slår.

Förr växte antalet specialister i den snabbt utvecklade sjukhusvården på bekostnad av ett relativt fåtal hårt arbetande provinsialläkare i den öppna. Numera växer allmänläkarna snabbt i antal för att kunna ge vård enligt närhetsprincipen. Detta sker i dag på viss bekostnad av specialisternas behov av att ersätta sin kapacitet i ett pågående generationsskifte. Båda kategorierna behövs, men inte på bekostnad av varandra.

I denna ojämna utveckling sker en ständig politisk påverkan i form av administrativa pålagor, omorganiseringar och ekonomiska sparbering. Samtidigt förväntas vården fortlöpa optimalt enligt fastlagda normer. Politiker,



Collage: Eva Knutsson

administratörer och utomstående experter formligen trängs om utrymmet för att genomföra

**TULIPANAROS** Korsning mellan tulpan och ros, normalt med den bildliga betydelsen »omöjlig kombination, utopi, orealistiskt projekt«. Tulipanaros kallades också vackra, målade tulpaner på t ex allmogekistor, vilka tros ligga bakom uttrycket »det går väl an/det är lätt att säga tulipanaros«, med betydelsen »det är lättare sagt än gjort«. Källa: Språkrådet <<http://www.sprakradet.se/4909>>.

sina mantra. Sjukvården och dess faktiska utövare får därmed allt svårare att fokusera på den primära basen för sin verksamhet, nämligen relationen patient-läkare.

I detta utsatta läge brottas vården även med behov av ersättare till de avgående 40-talistkullarna, vilkas kunskapsbank och erfarenheter endast undantagsvis tas till vara genom erbjudande om fortsatt verksamhet. Som om allt detta inte vore nog, arbetar myndigheterna för att öka allmänhetens möjligheter att anmäla sjukvården.

Tulipanaros – försöker man ånyo skapa dig?

**Det fanns en tid före 1970** då sjukvårdens utövare arbetade på delegation och med förtroende från myndigheterna. Dessutom tog och hade sjukvården ett egenansvar, som även detta respekterades. Oaktat de brister och fel varje tidsperiod må ha besuttit presterades då en god och adekvat sjukvård – sett till antalet utövare. Detta kunde ske tack vare professionens möjligheter att arbeta ostört. Senare fälldes yttrandet »allt är politik«, och scenen förändrades radikalt. Där är vi nu.

Efter många års erfarenhet av arbete i såväl öppen som slutenvård finns det anledning att hysa en stark oro för den misstro som myndigheternas nuvarande agerande antyder. Vi har anledning att som sjukvårdens utövare kräva en fortlöpande kritisk granskning av de resultat som pågående störningar medför. Vad kostar en hårt driven rationalisering i form av minskad motivation och ökad rörlighet? Kanske finns här ett uppdrag för Riksrevisionen? Det går inte – och har aldrig gått – att både äta kakan och ha den kvar!

**Hans Fredin**  
för 40 år sedan utnämnd  
provinsialläkare, numera  
docent, specialist i ortopedi  
och praktiker, Malmö  
hansfredin@tele2.se

## Diskutabel tvångsvård av barn:

# Upprörande att autistisk pojke vårdades i »cell«

■ Länsstyrelsen i Uppsala län publicerade i höstas rapporter över inspektioner av sex gruppboheter för personer med utvecklingsstörning där man använde tvång mot enskild person. I en av gruppboheterna vårdades pojken G. Han hade diagnosen autism med beteendeproblem och skadade både sig själv och andra.

Elva år gammal flyttade han år 2007 enligt handikapplagen LSS in i ett boende tillsammans med ett annat barn.

I samarbete med en psykolog lät kommunen bygga ett »time-out-rum« med ett tithål i dörren. Varje gång G blev aggressiv fick han sitta i cellen tills han lugnat sig. Utöver denna behandling fick G olika mediciner mot sitt beteende av ansvarig läkare. Av journalen framgår varken anamnes eller psykisk status. Psykologen och läkaren hade inga gemensamma möten, ingen gemensam vårdplan.

Som följd av inspektionen och den fortlöpande isoleringen fick pojken (då 12–13 år gammal) flytta till ett eget boende med två assistenter dagtid. G minskade därefter avsevärt sitt utåtagerande beteende.

Länsstyrelsen slutsats blev att behandlingsmetoden med time-out inte i något avseende överensstämmer med gällande lag och föreskrifter, och man riktar allvarlig kritik mot barn- och ungdomsnämnden i Uppsala kommun för att den avsiktligt byggt en cell för att stänga in ett barn.

**Även Socialstyrelsen** inspekterade behandlingen av G (dnr 44-6504/08) och skriver att behandlingsupplägget med time-out-rum följdes noggrant och var våldoku-

menterat och professionellt, samt att genomförandet hade varit invändningsfritt. Men då frivilligheten är grunden för insatser inom LSS-verksamhet, och då G försattes i en tvångssituation och berövades friheten, har den aktuella behandlingen inte varit tillåten. För att belysa den konflikt som ligger i det faktum att nuvarande lagstiftning inte medger användning av en del behandlingsmetoder, som kan vara värdefulla vid behandling av vissa tillstånd, avser Socialstyrelsen att överlämna det fattade beslutet till utredningen om översyn av den psykiatriska tvångsvårdslagstiftningen och även till Socialdepartementet.

**Socialstyrelsens bedömning** är motsägelsefull och märklig. Den är helt enkelt inte trovärdig. Man säger å ena sidan att G olagligt försattes i en tvångssituation och berövades friheten, å andra sidan säger man att behandlingen varit professionell. Som om det kan vara professionellt att stänga in ett barn i en cell.

Det är lika upprörande att Socialstyrelsen anser att rätten att tillämpa ett sådant tvång bör utredas, då det självklart borde vara förbjudet även fortsättningsvis. Däremot tar Socialstyrelsen inte upp läkarens ansvar då hon/han är medveten om ett fortlöpande övergrepp mot ett barn. Det måste anses vara i strid med lagen om läkares yrkesverksamhet.

Särskilt anmärkningsvärt är att personalens lojalitet mot experter, i kombination

med den gruppdynamiska underordningen, gav vika för egen moraluppfattning. Själv uttryckte personalen det som att »man blir konstigt här-dad«. Sådana övergrepp mot sinnesslöa/utvecklingsstörda personer har under alla tider



Foto: Colourbox

En autistisk pojke sattes i ett »time-out-rum« med tithål i dörren när han blev aggressiv.

fått tjäna som motbild för att skydda normaliteten.

**Jag skrev i december 2009** till chefen för Socialstyrelsen, Lars-Erik Holm, och hemställde om en omprövning av beslutet då det är både inkonsekvent och missvisande.

I sitt svarsbrev daterat 15 mars 2010 skriver han att han i sak tycker att myndigheten har fattat ett korrekt beslut. »Så här i efterhand kan jag dock se att vi borde varit tydligare med det etiskt tveksamma att stänga in ett barn i ett sådant litet rum som var fallet i detta ärende.«

Barnombudsmannen (BO) skrev under 2009 till regeringen angående isolering att det borde förbjudas i lagen om vård av unga och lagen om slutenvård. BO borde ha inkluderat handikapplagen LSS.

**Karl Grunewald**  
f d medicinalråd,  
Saltsjö-Duvnäs  
karl.grunewald@swipnet.sew