

Inget samarbete kring barn med uppgivenhetssyndrom?

Socialstyrelsens hälso- och sjukvårdsavdelning tycks för närvarande inte vara öppen för ett tvärprofessionellt utvecklingsarbete kring »de apatiska barnen«.

Det är med stor besvikelse som Svenska barnläkarföreningens arbetsgrupp för flyktingbarn har tagit del av Socialstyrelsens svar på vår kritik mot Meddelandebladet om barn med uppgivenhetssymtom (LT 3/ 2006, sidan 146).

Trots att meddelandebladet och Socialstyrelsens agerande kring det har mött hård kritik från ett flertal professionella grupper, inklusive Svenska barnläkarföreningen, Svenska föreningen för barn- och ungdomspsykiatri och Socialstyrelsens eget etiska råd, är man uppenbarligen inte intresserad av en dialog kring hur dokumentet skulle kunna förbättras så att det blev ett verkligt stöd för vården i dess svåra arbete med dessa barn. Här tycks myndighetens prestige stå i första rummet och inte barnens bästa eller vårdens behov av kunskap och stöd.

Instället för en konstruktiv öppen dialog tillskrivs vi ståndpunkter som vi aldrig hävdar.

1. Vi har aldrig sagt att det finns tillräcklig vetenskaplig kunskap om barn med uppgivenhetssymtom. Vi har kritiserat att Socialstyrelsen fullständigt bortser från de artiklar i referentgranskade tidskrifter som finns. Om Socialstyrelsen är kritisk till dessa kunde man valt att problematisera och diskutera, men inte som i Meddelandebladet skriva »Det saknas vetenskapligt grundad kunskap om problemområdet ...«.

2. Vi har aldrig försökt förbjuda en diskussion om manipulation. Vi har diskuterat den möjligheten ända sedan

symtomen först uppträdde, vilket också framgår tydligt i det underlag som vår arbetsgrupp lämnade till Socialstyrelsens experthearing i juni 2005. Men vi har också konstaterat att symtomen, föräldra-barnrelationer och föräldra-sjukvårdsrelationer inte ger stöd för att manipulation skulle kunna förklara detta tillstånd. Enskilda fall kan naturligtvis förekomma precis som det beskrivits vid hundratals andra sjukdomar utan att Socialstyrelsen funnit anledning att särskilt påpeka det i sina anvisningar.

Meddelandebladets formulering är allvarlig av två skäl. Behandlingsinsatser riskerar att motverkas genom misstänkliggörandet av en hel grupp ytterligt sårbara traumatiserade familjer, vilket riskerar att försämra tillståndet. Vidare diskuteras inte om manipulation förekommer utan *hur vanlig* den är, trots att inget enda fall oss veterligen kunnat beläggas. Om man vill ha en skrivning i Meddelandebladet bör den formuleras utifrån vad man faktiskt vet: »Manipulation hos barn med uppgivenhetssymtom har i vissa fall misstänkts men inte kunnat beläggas.«

3. Förslaget att Migrationsverket skall

ansvara för samordningen kring barn med uppgivenhetssymtom motiverar Socialstyrelsen utifrån myndighetsperspektiv samt nuvarande regelverk och resursfördelning. Vår och andras kompakta kritik utgår från barnens och familjernas behov.

4. De stora och speciella problem som gäller gömda barn med uppgivenhetssymtom diskuteras inte i Meddelandebladet eller i Socialstyrelsens svar. Det innebär att personalen inte ges något stöd i arbetet med dessa barn.

De båda arbetsgrupperna för flyktingbarn inom Svensk förening för barn- och ungdomspsykiatri och Svenska barnläkarföreningen planerar ett fortsatt tvärprofessionellt utvecklingsarbete kring »de apatiska barnen« och har kommit en bra bit på väg.

Vi har konstaterat att det finns goda förutsättningar för detta, men har dessvärre också konstaterat att Socialstyrelsens hälso- och sjukvårdsavdelning för närvarande inte tycks vara öppen för ett sådant samarbete.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

Slutreplik:

Professionen skyldig uppmärksamma om asylsökande barn manipuleras

Om barn med uppgivenhetssymtom utsätts för manipulativ påverkan av sin omgivning är det professionens skyldighet att – oavsett orsak – uppmärksamma detta. Barnets rättigheter och perspektiv måste stå i första rummet, framhåller Lars Hellgren och Bo Lindblom.

I inbjudan till experthearingen i juni 2005 om asylsökande barn med uppgivenhetssymtom framgick det mycket tydligt att hearingen skulle utgöra grund för Socialstyrelsens vägledning. Skälet till att arrangera en experthearing var framför allt att vetenskapligt grundad kunskap om denna specifika problematik saknades avseende avgränsning, orsakssamband och effektiv behandling.

Under hearingen skulle experterna bidra med sina beprövade erfarenheter som dokumenterades och användes i arbetet med vägledningen – Meddelandebladet. Det vetenskapliga underlaget är idag inte sådant att Socialstyrelsen kan utarbeta nationella riktlinjer för vård och behandling eller andra former av



För Svenska barnläkarföreningens arbetsgrupp för flyktingbarn

TOR LINDBERG

ordförande

tor.lindberg@growingpeople.se

detaljerade behandlingsanvisningar som en del debattörer efterlyser.

Det är något förvånande att deltagare vid hearingen nu kritiserar Socialstyrelsen för att inte tillräckligt ha uppmärksammat problem som deltagande experter överhuvudtaget inte berörde vid hearingen. Så togs t ex frågan om gömda flyktingbarn inte upp av någon enda deltagande expert vid hearingen.

Men vi delar dock professionens uppfattning om att en bestämmelse i utlänningsförordningen är oklar. Socialstyrelsen har därför bett regeringen om ett förtydligande angående 6 kap 1 och 2 §§ om att socialnämnden, när den första gången vidtar en åtgärd i ett ärende om socialtjänst, skall underrätta polisen.

Socialstyrelsen välkomnar det tvärprofessionella utvecklingsarbete mellan Barnläkarföreningen och Barn- och ungdomspsykiatriska föreningen som professionernas deltagare tog initiativ till i samband med experthearingen. Socialstyrelsen delar också uppfattningen att vetenskapligt baserade studier behövs för kunskapsutveckling inom ett mycket komplext och angeläget problemområde.

Socialstyrelsens Meddelandeblad är en typ av dokument som innebär begränsad information eller begränsade rekommendationer till berörda professioner. Naturligtvis står det alla fritt att diskutera hur vi formulerar texter i våra Meddelandeblad.

Vi vill dock göra en sak alldeles glasklar: Det är inte av prestigeskäl som Socialstyrelsen driver frågan om att den som ansvarar för insatser till och vård av barn med uppgivenhetssymtom ska beakta möjligheten att tillståndet kan vara av manipulativ karaktär. Utsätts ett barn för sådan påverkan av sin omgivning är det professionens skyldighet att – oavsett orsak – uppmärksamma detta. Barnets rättigheter och perspektiv måste stå i första rummet.



LARS HELLGREN
specialsakkunnig i barn- och ungdomsfrågor
lars.hellgren@socialstyrelsen.se



BO LINDBLOM
avdelningschef; båda vid hälso- och sjukvårdsavdelningen, Socialstyrelsen

Sverige bör följa Norges exempel och införa vaccination mot pneumokocker

Uppskattningsvis 40 barn insjuknar i invasiv pneumokockinfektion i Sverige varje år. En tredjedel dör eller drabbas av allvarliga neurologiska skador. Vaccinet är dyrt men nuvarande vaccinationsprogram ger förutom den humanitära aspekten en ekonomisk vinst för samhället på cirka 20 gånger insatsen.

Under år 2005 insjuknade tio barn i invasiv pneumokockinfektion i region Skåne, två små barn dog. Det innebär för Sveriges del att sannolikt 50–60 barn under 2 års ålder årligen insjuknar i denna infektionssjukdom med komplikationerna blodförgiftning och hjärnhinneinflammation.

År 2000 godkändes i USA ett konjugerat pneumokockvaccin. Detta täckte cirka 85 procent av de serotyper som i USA gav upphov till meningit. Några år senare beslöt man i Sverige att avvakta, eftersom de svenska serotyperna vilka orsakade meningit avvek något jämfört med dem i USA. Därtill ansågs kostnaden vara för stor. Vaccinet skulle enligt den dåvarande bedömningen förebygga ca 60 procent av de invasiva svenska pneumokockinfektionerna.

En undersökning från Karolinska sjukhuset år 2003 av stammar som orsakat pneumokockmeningit från 19 svenska bakteriologiska laboratorier visade att det 7-valenta pneumokockvaccinet skulle förebygga 74 procent av allvarliga

infektioner hos barn under 2 års ålder. Nya 9- och 11-valenta vacciner kommer i en nära framtid att öka skyddseffekten till ca 90 procent.

Låt oss följa bl a Norges och Englands exempel och införa vaccination mot pneumokocker. Uppskattningsvis 40 barn insjuknar nu i onödan varje år; 30 procent av dem dör eller drabbas av allvarliga neurologiska skador. Vaccinet är visserligen dyrt men vårt nuvarande vaccinationsprogram ger förutom den humanitära aspekten en ekonomisk vinst för samhället på cirka 20 gånger insatsen. Använd en liten del av vinsten!

Meningokocksjukdom, i huvudsak blodförgiftning och hjärnhinneinflammation, är förödande. Drygt 10 procent dör och ca 15 procent drabbas av hjärnskada, amputation eller svår hörselskada. I januari 2005 registrerades i USA ett konjugerat vaccin mot serogrupperna A, C, W135 och Y, som orsakar cirka 60 procent av meningokockinfektionerna.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC) rekommenderar nu allmän vaccination för barn i 11–12 års ålder och för ovaccinerade när de börjar highschool vid 15 års ålder.

För drygt ett decennium sedan startades allmän vaccination mot Haemophilus influenzae serotyp B (HIB) med ett mycket effektivt konjugerat vaccin. Tidigare hade risken varit 1/800 att insjukna i HIB-hjärnhinneinflammation och 1/600 i struplocksinfektion med hög risk för kvävning. Dessa allvarliga HIB-infektioner är idag blott historia. Efter införandet av vaccinationen har dessa allvarliga komplikationer reducerats med 99 procent.

Låt oss inte missa dessa nya och biologiskt tilltalande vaccinationer. Självklart är det vår uppgift att förebygga infektioner med hög risk för tragiska konsekvenser för barn, anhöriga och ansvariga i sjukvården.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*



SALOMON SCHULMAN
barnläkare, Lund
schulmanxy@hotmail.com



TOMAS SVEGER
barnläkare, docent, Barn- och ungdomscentrum, Universitetssjukhuset MAS, Malmö

Trots tveksamheter kring betydelsen av fettintag: Livsstilsåtgärder är fortsatt viktiga för att förebygga hjärt-kärlsjukdom

De senaste dagarnas uppmärksammande av att en stor amerikansk behandlingsstudie på kvinnor [1] inte kunnat påvisa att ett minskat intag av totalfett verkar kunna skydda mot hjärt-kärlsjukdom bör sättas in i ett större perspektiv.

Aktiva åtgärder för att förbättra livsstilen hos friska individer som har en ökad risk att insjukna i hjärt-kärlsjukdom, t ex på grund av höga nivåer av riskfaktorer eller positiv familjehistoria, bör stödjas. Detta handlar främst om tobaksfrihet samt ökad motion i form av dels vardagsmotion, dels mer organiserad motionsverksamhet. Till detta kommer att viktstabilitet (+/- några kilos årlig viktvariation) förefaller att vara ett rimligt mål hos friska medelålders individer oavsett övervikt eller ej, om inte besvärande symtom kan motivera viktning (bantning), vilket annars inte kan ses som ett idag bevisbarat medicinskt råd vad gäller friska personer.

Vad är då kärnan i ett hälsosamt kostintag för att skydda sig mot hjärt-kärlsjukdom, baserat på idag tillgängliga studier? Enligt den globala fall-kontrollstudien INTERHEART [2], baserad på uppgifter från 15 000 patienter med hjärtinfarkt jämfört med lika många matchade kontroller, är ett högt intag av



Foto: IBL
Ett högt intag av frukt, grönsaker och fiber tillsammans med lätt till måttligt alkoholintag är skyddande mot hjärt-kärlsjukdom för både män och kvinnor, enligt INTERHEART-studien [2].

frukt, grönsaker och fiber tillsammans med lätt till måttligt alkoholintag skyddande för både män och kvinnor.

I denna studie framkom inga speciella stödande data för fettintaget, men en rad andra studier har visa att ett högt fettintag baserat på fisk, nötter och sk medelhavskost är betydelsefullt. Den aktuella amerikanska koststudien av minskat fettintag berör enbart kvinnor, medan en tidigare svensk studie från Malmö inkluderade både män och kvinnor [3]. Fler stora randomiserade koststudier behövs för män med eller utan

tidigare känd hjärt-kärlsjukdom.

Slutsats: Det spelar fortsatt roll vad vi äter, men viktigast är att kosten är balanserad och att vi förbränner vad vi äter (genom motion) för att behålla en rimlig viktstabilitet i medelåldern. För en rökare betyder ett rökstopp långt mer för hjärthälsan än de flesta kostomläggningar!

Peter M Nilsson

docent, universitetslektor, avdelningen för medicin, institutet för kliniska vetenskaper, Universitetssjukhuset MAS, Malmö
Peter.Nilsson@med.lu.se

REFERENSER

- Howard BV, Van Horn L, Hsia J, Manson JE, Stefanick ML, Wassertheil-Smoller S, et al. Low-fat dietary pattern and risk of cardiovascular disease. The Women's Health Initiative Randomized Controlled Dietary Modification Study. *JAMA* 2006;295:655-66.
- Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, Dans T, Avezum A, Lanas F, et al; INTERHEART Study Investigators. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet* 2004;364:937-52.
- Leosdottir M, Nilsson PM, Nilsson JÅ, Månsson H, Berglund G. Dietary fat intake and early mortality patterns - data from The Malmö Diet and Cancer Study. *J Intern Med* 2005;258:153-65.

Hur skall stolpiller användas korrekt?

Enligt Fass skall stolpiller föras in med den trubbiga änden först, vilket även är det svar man får generellt av svensk sjukvårdspersonal. Anledningen anges vara att annars skaver stolpillet på ringmuskeln från insidan och dessutom minskar risken att stolpillret åker ut.

Jag tror att detta är en myt som uppstått inom svensk sjukvård. Att föra in stolpillret med den spetsiga delen först torde medföra mindre obehag i samband med själva införandet. Om det fanns risk att stolpillret skavde från insidan (vilket jag tycker verkar osannolikt eftersom stolpiller löses upp fort) borde det kunna tillverkas spetsigt i båda ändarna.

Det faktum att stolpiller är förpackade så att den spetsiga änden blottas först när man tar av omslagspappret så att man kan hålla i detta när man för in stolpillret talar för att stolpillret är avsett att föras in med den spetsiga änden först. Om man söker på nätet finner man att på engelskspråkiga sjukvårdsupplysningssidor [1, 2] rekommenderas att stolpillret skall föras in med den spetsiga änden först.

Självklart står det var och en fritt att ta sina stolpiller på det sätt som passar en själv, men jag anser att rekommendationerna i Fass och från sjukvårdspersonal borde vara att stolpillret skall föras in

på skonsammast möjliga sätt, speciellt eftersom det ofta är mindre barn eller andra personer som inte kan föra sin egen talan som behandlas med stolpiller.

Erik Embring

ST-läkare,
Kvartersakuten Surbrunnsgatan,
Stockholm
erik.embring@sll.se

REFERENSER

- <http://www.safemedication.com/Administer/Suppositories.pdf>
- http://www.netdoctor.co.uk/health_advice/facts/suppositories.htm

Xxx

XXXX,
Xxxxx

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*