

ser på psykosociala (kulturella) problem reserveras för svåra och oundvikliga (ärflika eller perinatala) och oreparerbara handikapp.

Leif Elinder
barnläkare/skolläkare,
Uppsala

Referenser

1. Barkley RA. The adolescent outcome of hyperactive children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1990; 29: 546-57.
2. Gillberg C, Hellgren L. Barn och ungdomspsykiatri. Stockholm: Natur och Kultur sid 1990: 142, 155-6, 249.
3. Hinshaw S. On the distinction between attentional deficits/hyperactivity and conduct problems/aggression in child psychopathology. *Psychological Bulletin*, 1987; 101: 443-63.
4. Reid R, Maag J, Vasa S. Attention hyperactivity disorder as a disability category: A critique. *Exceptional children*, 1993; 60: 198-214.
5. Shapiro S, Garfinkel B. The occurrence of behavior disorders in children. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry* 1996; 25: 809-19.

Olycklig historieskrivning

Man blir förvånad när överdirektören i Socialstyrelsen Nina Rehnqvist i intervju i Läkartidningen 37/97 sid 3116 konkluderar: »Vi har kommit så pass långt att vi har kunnat enas om att det faktiskt spelar någon roll vad vi gör med patienten. För tjugo år sedan kunde vi inte stort mer än trösta och lindra. Dagens behandlingsmetoder ger andra möjligheter att påverka prognosen vid t ex barncancer, cirkulations- och förslitningssjukdomar.»

Nina Rehnqvists allmänna svep över sjukvårdens terapeutiska utveckling är obetänksam och vilseledande. Varför inte citera några korta sammanställningar om banbrytande idéer och framsteg på bred front på 1950–1960-talen i västerlandet, sedan krafterna efter andra världskrigets slut kunde koncentreras på civil forskning?

Mängder av talande exempel på terapins explosion inom alla specialiteter, efter banbrytande utländsk och inhemsk laboratorie- och klinisk forskning finner den intresserade i SBU-rapport nr 124 med rubri-

ken »Den medicinska utvecklingen i Sverige 1960–1992 (Stockholm 1995).

Gammal framgångsrik terapeutisk utveckling

Ett talande exempel, som jag personligen direkt och indirekt haft kontakt med, gäller det under nästan hundra år utarbetade, målmedvetet terapeutiska systemet för begränsning av den hänsynslöst härjande tuberkulosen. Sjukdomen blev nästan utrotad i vårt land redan för tjugo år sedan, vilket jag redovisade i Läkartidningen 1977 [1].

Artikeln publicerades samma år, då effektiv sjukdomsterapi enligt Nina Rehnqvist först började ersätta indifferent solamentterapi i sjukvården. Den som vill veta mer om tuberkulosterapins historia kan läsa Erik Berglunds artikel i Läkartidningen 23/97.

Birger Herner
f chefsläkare, docent,
Stockholm

Referens

1. Herner B. Den framgångsrika kampen mot tuberkulos. En återblick vid kustsanatoriet Apelvikens avveckling. *Läkartidningen* 1977; 74: 132-5.
2. Berglund E. Para-amino-salicylsyra 50 år – en historisk återblick. Åter viktigt medel vid tuberkulos. *Läkartidningen* 1997; 94: 2205-9.

Undersök adoptivbarn för resistent pneumokocker

Under de senaste åren har det över stora delar av världen skett en markant ökning och snabb spridning av penicillin- och multipelt antibiotikaresistenta pneumokocker [1]. I Europa har främst Spanien [1], men även många östeuropeiska stater varit drabbade [2-4]. I Sverige har de flesta resistent pneumokockisolaten noterats i Malmöhus län. Sedan början av 1995 bedriver vi här ett omfattande interventionsarbete i syfte att begränsa spridningen av pneumokocker med minsta hämmande koncentration av

penicillin (MIC^{Pc}) $\geq 0,5$ mg/l [5]. Under perioden januari 1995 till oktober 1997 har vi följt närmare 1 200 bärare av sådana pneumokocker. Den överväldigande majoriteten av dessa har haft MIC^{Pc} 0,5–2,0 mg/l.

Sju individer har under perioden varit bärare av pneumokocker med MIC^{Pc} 4,0 mg/l och två individer bärare av pneumokocker med MIC^{Pc} 16,0 mg/l.

Samtliga dessa nio individer har varit adoptivbarn eller föräldrar till adoptivbarn från respektive Ungern ($N = 3$; två familjer), Rumänien ($N = 1$), Polen ($N = 1$), S:t Petersburg ($N = 1$), Slovakien ($N = 1$) och Vietnam ($N = 2$; samma familj).

Vad som ytterligare inger oro beträffande dessa fall är att den höggradiga penicillinresistensen i samtliga fall varit kopplad med multipel övrig antibiotikaresistens.

Det senaste fallet, en slovakisk pojke, är bärare av en stam med resistens mot penicillin (MIC 16 mg/l), cefotaxim (MIC 12 mg/l), piperacillin, ampicillin, erytromycin, tetracyklin och trimetoprim-sulfa. Den höggradiga cefotaximresistensen är särskilt oroväckande då detta preparat är förstahandsmedel vid behandling av bakteriell meningit.

Enligt det åtgärdsprogram som strikt tillämpas i Sydsverige har dessa barn hållits isolerade från andra småbarn till dess att de blivit av med bärarskapet och någon smittspridning utanför familjen har inte kunnat konstateras i något fall.

Svårbehandlade

Vi vill med denna beskrivning fästa uppmärksamheten på risken för att mycket svårbehandlade pneumokocker kan introduceras och spridas i landet via adoptivbarn. Dessa barn kommer vanligen från en sjukhus- eller barnhemsmiljö med ofta hög förekomst av resistent bakterier. Detta är sannolikt förklaringen till att det är hos just adoptivbarnen, och inte andra barn med invandrabakgrund, som vi noterat de resistent stammarna.

Flertalet av de ovan beskrivna barnen har inte haft några kliniska symtom, utan stammarna har hittats vid rutinmässig adoptivbarnsundersökning. Vi rekommenderar därför rutinmässig nasofarynxod-

ling på alla adoptivbarn. Utifrån våra begränsade erfarenheter torde detta vara särskilt motiverat beträffande barn från Östeuropa.

Aktiva smittskyddsåtgärder riktade mot resistent pneumokocker framstår som särskilt angelägna när så här resistent stammar påträffas.

Karl Ekdahl

med dr, biträdande smittskyddsläkare,

Eva Melander
läkare,

Kristina Persson

med dr, biträdande smittskyddsläkare, Smittskyddsenheten i Malmö

Referenser

1. Baquero F. Pneumococcal resistance to beta-lactam antibiotics: A global geographic overview. *Microb Drug Resist Mech E Dis* 1995; 1: 115-20.
2. Marton A. Pneumococcal antimicrobial resistance: the problem in Hungary. *Clin Infect Dis* 1992; 15: 106-11.
3. Reichler MR, Rakovsky J, Sobotova A, Slacikova M, Hlavacova B, Hill B et al. Multiple antimicrobial resistance of pneumococci in children with otitis media, bacteremia, and meningitis in Slovakia. *J Infect Dis* 1995; 171: 1491-6.
4. Setchanova L. Clinical isolates and nasopharyngeal carriage of antibiotic-resistant *Streptococcus pneumoniae* in Hospital for Infectious Diseases, Sofia, Bulgaria, 1991–1993. *Microb Drug Resist Mech E Dis* 1995; 1: 79-84.
5. Wilhelmsen B. Pc-resistent pneumokocker minskar i Skåne. Allt färre barn får antibiotika – en orsak? *Läkartidningen* 1997; 94: 1511-3.

”Tipsextra för läkare” – pedagogiskt pekoral

I mina händer har kommit en liten skrift från Hälso- och sjukvårdens utvecklingsinstitut, Spri, som påminner om min yngsta dotters kvällssagor med glada barnteckningar. Skriftens titel är »Tipsextra för läkare inför mötet med patienten», och väcker naturligtvis mitt intresse. Precis som i många barnböcker finns korta texter med rubriker i alfabetets ordning, från Anhöriga till Övning ger färdighet.

Stil och ton i dessa texter, där ingenting är för litet eller