

Neonatal invasiv grupp B-streptokockinfektion

Förhastat av Socialstyrelsen att avfärda allmän screening

Trots kraftig nedgång de senaste decennierna kvarstår problem med grupp B-streptokocker. I flera länder har man valt att införa en odlingsbaserad strategi som grund för intrapartal antibiotikaprofylax. Det bör vi i Sverige också göra.

Grupp B-streptokocker (GBS) är sedan 1970-talet ledande agens vid allvarliga neonatala infektioner, speciellt pneumoni, sepsis och meningit. Trots kraftig nedgång under 1980- och 1990-talen kvarstår problem sammanhängande med dessa infektioners fulminanta natur och risk för bestående men. Vaccin mot GBS ännu inte är tillgängligt, och man kan ställa frågan om nuvarande metoder för prevention är tillfredsställande.

De viktigaste maternella riskfaktorerna för neonatal GBS-infektion är klarlagda (främst tidigare GBS-sjukt barn, förtidsbörd, tidig vattenavgång och feber under partus) och utgör grunden för prevention, främst via intrapartal antibiotikaprofylax (IAP). Detta har medfört kraftigt minskad incidens av s k early onset-infektioner (EOGBS) i flera länder, bl a England och USA. I USA, Ka-

nada och Australien har man, efter omfattande utredning [1], ändå valt att ersätta denna s k riskbaserade rutin med en odlingsbaserad strategi innebärande maternellt bärarskap av GBS (samt tidigare GBS-sjukt barn och okänt aktuellt GBS-status hos modern) som grund för IAP [2]. Odlingsbaserad policy <<http://leitlinien.net>> gäller numera även i Tyskland [3], men nationella riktlinjer saknas i åtskilliga europeiska länder.

Förre året rekommenderade Socialstyrelsen en riskbaserad strategi <www.socialstyrelsen.se>, som ansluter sig till den engelska. Främsta motivet tycks vara att man redan nått tämligen långt i nedbringandet av EOGBS, med en incidens åren 1997–2001 av endast 0,4 fall per 1 000 levande födda [4], varför ytterligare effekt av odlingsbaserad screening skulle vara svår att dokumentera.

Incidensen av EOGBS i USA åren efter 2002, då odlingsbaserad policy infördes, var på samma nivå, 0,34 fall per 1 000. I bägge fallen är siffrorna mycket låga jämfört med situationen ett-två decennier tidigare, och även mortaliteten har sjunkit dramatiskt. EOGBS är dock alltför nära verkligheten i Sverige, med runt 125 fall per år, och man uppskattar att den reella förekomsten, på grund av diagnostiska svår-



Foto: Colourbox

Grupp B-streptokocker är sedan 1970-talet ledande agens vid allvarliga neonatala infektioner.

igheter, kan vara omkring tre gånger högre.

Det anför potentiella risker med omfattande antibiotikabruk, bl a resistensutveckling bland GBS samt selektion av antibiotikaresistenta patogener, t ex E coli och Klebsiella, något som hittills inte observerats. En aktuell svensk analys visade att 25 procent av kvinnor i sen graviditet är GBS-bärare, och att vid vaginal förlossning överföring av GBS till barnet sker i majoriteten av fallen, omkring 70 procent.

Vad gäller omfattningen av antibiotikaprofylax fann man endast måttlig ökning av IAP vid screeningbaserad vs riskbaserad strategi, 30 procent respektive 22 procent [5].

Eftersom maternellt bärarskap av GBS ingår bland riskfaktorerna, utgör urinvägsinfektion (UVI) med GBS under graviditeten en av indikationerna för IAP. Detta leder dessvärre till ojämlikhet, eftersom de flesta gravida knappast har UVI-symtom och därför inte kommer att undersökas för GBS-bä-

rarskap. Det kan tilläggas att IAP enligt våra nya riktlinjer ska ges vid GBS-uri under aktuell graviditet men synbarligen inte vid annan sorts GBS-bärarskap. Detta står i kontrast mot den odlingsbaserade strategin, där provtagning vaginalt–rektalt i vecka 35–37 rekommenderas för att återspegla GBS-status vid partus.

I en engelsk studie [6] beräknades att en bakteriologisk strategi skulle förhindra många fler fall av EOGBS än en riskfaktorbaserad. Man har även funnit att tillämpning av kliniska riskfaktorer ofta missas vid EOGBS [7]. Dessa data talar för den bakteriologiska screeningens roll, även om ett stort antal prov kommer att krävas för varje förhindrat fall av EOGBS. Måhända kan självprovtagning, som framgångsrikt införts för bl a klamydiascreening, vara ett lockande alternativ för att spara resurser inom mödravården.

Nyligen framkom vid analys i USA av EOGBS-fall från 2003–2004 att den bakterio-

ERIK EKLUND

docent, ST-läkare, Barn- och ungdomssjukhuset, Skånes universitetssjukhus, Lund

AFTAB JASIR

med dr, PhD, klinisk mikrobiologi, Labmedicin Skåne

CLAES SCHALÉN

docent, överläkare, klinisk mikrobiologi, Labmedicin Skåne
claes.schalen@skane.se

logiska screeningen hade visat negativt utfall i majoriteten av fallen, 61 procent, och att screening inte utförts i 13 procent, vilket antyder att implementering och utförande av denna screening kan förbättras. Intressant för framtiden är att ytterligare ökad känslighet i påvisandet av GBS tycks kunna uppnås med konventionell odling [8] förutom med molekylär detektion [9].

Man har nyligen utfärdat rekommendationer om pneumokockvaccination av spädbarn. EOGBS förorsakar invasiv sjukdom, senkomplikationer och mortalitet jämförbara med pneumokocksjukdom, och man undrar då om den ade-kvata strategin är att blunda, dvs underlåta att påvisa bakterien hos den gravida. Vi har goda möjligheter,

kanske ännu bättre än USA, att genomföra maternell screening utan informationsmissar.

Att man, som nu är fallet, vid inträffad EOGBS i regel saknar analys beträffande bärarskap hos modern upplevs ofta och med rätta som otillfredsställande, när förlossningsvården i övrigt grundas på aktivt förebyggande (jfr screening för toxoplasmos, rubella, HIV m.m.). Socialstyrelsens avfärdande av screening för GBS ter sig förhastat, inte minst mot bakgrund av nya studier utförda inom expertgruppen [4, 5].

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

LÄS MER Replik från Stellan Håkansson och Inger Riesenfeld-Örn publiceras på nästa sida.

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. Schrag S, Gorwitz R, Fultz-Butts K, Schuchat A. Prevention of perinatal group B streptococcal disease. Revised guidelines from CDC. *MMWR Recomm Rep*. 2002;51:1-22.
3. Brimil N, Barthell E, Heindrichs U, Kuhn M, Lütticken R, Spellerberg B. Epidemiology of Streptococcus agalactiae colonization in Germany. *Int J Med Microbiol*. 2006;296:39-44.
4. 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.
5. Håkansson S, Axemo P, Bremme K, Bryngelsson AL, Wallin MC, Ekström CM, et al; Swedish Working Group for the Prevention of Perinatal Group B Streptococcal Infections. Group B streptococcal carriage in Sweden: a national study on risk factors for mother and infant colonisation. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2008;87:50-8.
6. Law MR, Palomaki G, Alfrevic Z, Gilbert R, Heath P, McCartney C, et al. The prevention of neonatal group B streptococcal disease: a report by a working group of the Medical Screening Society. *J Med Screen*. 2005;12:60-8.
7. Puopolo KM, Madoff LC, Eichenwald EC. Early-onset group B streptococcal disease in the era of maternal screening. *Pediatrics*. 2005;115:1240-6.
8. Carvalho Mda G, Facklam R, Jackson D, Beall B, McGee L. Evaluation of three commercial broth media for pigment detection and identification of a group B Streptococcus (Streptococcus agalactiae). *J Clin Microbiol*. 2009;47:4161-3.
9. Haberland CA, Benitz WE, Sanders GD, Pietzsch JB, Yamada S, Nguyen L, et al. Perinatal screening for group B streptococci: cost-benefit analysis of rapid polymerase chain reaction. *Pediatrics*. 2002;110:471-80.

Utmanande
saklig

Läkartidningen

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.

En 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 antibiotikaprofylax (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-

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, omorganiseringer och ekonomiska sparbering. Samtidigt förväntas vården fortlöpa optimalt enligt fastlagda normer. Politiker,

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>>.

STELLAN HÅKANSSON

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

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 ett uppdrag för Riksenkvisationen? 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 gruppboendestäder för personer med utvecklingsstörning där man använde tvång mot enskild person. I en av gruppboendestäderna vårdades pojken G. Han hade diagnosen autism med beteendeproblem och skadade både sig själv och andra.

Elva år gammal flyttade han år 2007 enligt handikapplanen 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 väldoku-

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« . Sådana övergrepp mot sinnesslöa/utvecklingsstörda personer har under alla tider



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 handikapplanen LSS.

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