



**Behandling av
akut öron-
inflammation**

KONSENSUSUTTALANDE

Konsensuskonferens

10-12 maj 2000

Behandling av akut öroninflammation hos barn

Konsensusuttalande

Arrangerad av
Landstingsförbundet,
Medicinska forskningsrådet
och Socialstyrelsen
i samverkan

ISSN: 0281-6881
ISBN: 91-85547-26-3
Produktion: MFRs informationsenhet
Tryck: AB C O Ekblad & Co, Västervik 2000

Medicinska forskningsrådet
Box 7151
103 88 Stockholm
e-post: mfradmin@mfr.se
webbtjänst: <http://www.mfr.se>

Konsensuskonferens

Behandling av akut öroninflammation hos barn

Akut öroninflammation definieras allmänt som en akut, kortvarig, kliniskt styrkt inflammation i mellanörat. Näst förkylning är akut öroninflammation den vanligaste infektionssjukdomen hos barn. Framför allt drabbas små barn; fram till två års ålder har c:a 50 procent av barnen haft minst en akut öroninflammation. Sjukdomen behandlas av flera kategorier av specialister, i första hand allmänläkare, barnläkare och öron-, näs- och halsläkare.

Den i Sverige rekommenderade behandlingen av varig, akut öroninflammation har innefattat antibiotikabehandling av alla akuta öroninflammationer. Detta har ifrågasatts under senare år, bland annat för att antibiotikaresistensen hos de inblandade bakterierna ökat.

Medicinska forskningsrådet, Landstingsförbundet och Socialstyrelsen anordnade den 10-12 maj 2000 en konsensuskonferens för att skapa enighet (konsensus) om behandling av akut öroninflammation hos barn. Syftet var att för alla behandlande läkare klarlägga vilka rekommendationer som kan ges när det gäller antibiotikaanvändning vid akut öroninflammation och vilka krav som då ställs på diagnostik och uppföljning.

Konferensens frågor var:

1. Vad orsakar akut öroninflammation?
2. Hur bör akut öroninflammation diagnostiseras?
3. Hur bör akut öroninflammation handläggas och följas upp?
4. Vilka blir de ekonomiska konsekvenserna av olika behandlingsrutiner?
5. Vad är angelägna uppgifter för forskning och utbildning?

Avgränsningar

Konferensen behandlar enstaka episoder av akut öroninflammation hos barn yngre än 16 år. Gruppen otitbenägna barn, dvs barn med återkommande akut öroninflammation, ingår ej.

Definitioner

Akut öroninflammation (akut otitis media) definieras i detta dokument som en varig inflammation i mellanörat, som har börjat plötsligt, är kortvarig och kan kliniskt verifieras.

Mastoidit avser spridning av infektionen utanför slemhinnan i mellanörat och cellsystemet med utveckling av osteit (inflammation i benvävnaden).

Otitbenägna barn syftar på barn som haft tre eller flera akuta öroninflammationer under sex månaders tid.

Recidiv (återinsjuknande) i akut öroninflammation innebär en ny episod inom 30 dagar som uppträder efter ett symtomfritt intervall.

Sekretorisk otit (sekretorisk otitis media = SOM), även kallad öronkatarr eller otosalpingit, är ett inflammatoriskt tillstånd med vätska bakom en intakt trumhinna utan akuta symtom.

Simplexotit karaktäriseras av en rodnad men normalställd och rörlig trumhinna utan tecken till vätska i mellanörat.

Terapisvikt innebär oförändrad, förvärrad eller på nytt uppblussande inflammation i mellanörat trots minst tre dygns behandling.

En panel, som kan liknas vid en domstolsjury, har i detta konsensusuttalande gemensamt besvarat ovanstående fem frågor. Svaren har helt baserats på fakta, dels framlagda av experter, dels framkomna i diskussioner mellan experter, panel och övriga deltagare under konferensen.

Fråga 1: Vad orsakar akut öroninflammation?

Mikrobiologisk etiologi och resistens

Bakterier kan påvisas i 50-70 procent av alla akuta öroninflammationer. Sedan mitten av 1950-talet har *Streptococcus pneumoniae* (här benämnda pneumokocker) varit en vanlig orsak till akut öroninflammation, medan *Streptococcus pyogenes* (här benämnda grupp A streptokocker), som tidigare var ett fruktat etiologiskt agens, numera sällan påvisas. *Haemophilus influenzae* och *Moraxella catarrhalis* är andra vanligt förekommande smittämnen medan övriga bakteriearter, inklusive anaeroba bakterier, är ovanliga som orsak till öroninflammation.

Pneumokockerna är inte bara den vanligaste orsaken till akut öroninflammation (40 procent av odlingsverifierade öroninflammationer) utan även till mastoiditer och hjärnhinneinflammation utgånga från mellanörat. De kan orsaka akut öroninflammation i alla åldrar, men dominerar framför allt hos yngre barn. Den viktigaste virulensfaktorn är polysackaridkapseln. Den spontana elimineringen av bakterierna från mellanörat inom 2-7 dagar är låg (20 procent). Det finns en mycket god korrelation mellan spontan eliminering av bakterierna från mellanörat och klinisk utläkning inom 7-14 dygn. Även vid bristande bakteriologisk eliminering förekommer klinisk utläkning i c:a 60 procent av fallen. Pneumokocker är normalt penicillinkänsliga. Sedan slutet av 1960-talet har emellertid stammar med nedsatt känslighet (ökad resistens) kunnat påvisas. Sådana stammar är oftast behandlingsbara med amoxicillin. Frekvensen av resistenta stammar är i vissa länder i Europa 50-60 procent. I dessa länder uppträder också multiresistenta stammar, dvs stammar resistenta mot tre eller flera antibiotika.

Haemophilus influenzae förekommer i okapslad och i kapsel-försedda varianter. Merparten infektioner orsakas av okapslade stammar med låg virulens. Nationella vaccinationsprogram har dessutom i det närmaste eliminerat infektioner förorsakade av de mer virulenta *H. influenzae* med kapsel typ b. *H. influenzae* har lägre känslighet för penicillin men elimineras i betydligt högre utsträckning spontant från mellanörat (50 procent) än pneumokocker. I Sverige är c:a tio procent av *H. influenzae*-stammarna penicillinresistenta

beroende på produktion av betalaktamas eller förändrade penicillinbindande proteiner.

Moraxella catarrhalis orsakar akut öroninflammation huvudsakligen hos yngre barn. Den är lågvirulent och komplikationer är ovanliga. Spontanelimineringen i mellanörat är hög (80 procent). I Sverige påvisas betalaktamasproduktion hos 90 procent av *M. catarrhalis*, varför bakterien i praktiken betraktas som resistent för penicillin V och ampicillin.

Grupp A streptokocker kan ge upphov till en relativt svår akut öroninflammation. De liknar även ur komplikationssynpunkt pneumokockinfektionen. Grupp A streptokocker kan i Sverige påvisas hos c:a fem procent av barn med akut öroninflammation. Bakterien är alltid fullt känslig för betalaktamantibiotika, medan resistens mot erytromycin förekommer i c:a tre procent.

Virus. Det är välkänt att en akut öroninflammation ofta följer på en övre luftvägsinfektion. Sålunda är virus numera en erkänd orsak till en akut öroninflammation, oftast i kombination med bakterier. Det har beräknats att upp till 75 procent av alla patienter med akut öroninflammation har en samtidig virusinfektion och hos upp till 50 procent av patienterna kan man påvisa virus i mellanörat. Virusinfektionerna påverkar epitelcellernas förmåga att förhindra bakteriernas vidhäftning och modifierar också patientens inflammatoriska svar i negativ riktning. RS-virus (respiratory syncytial) och influensavirus är viktigast i detta sammanhang.

Genomsnittligt resistensläge i Sverige för aktuella luftvägspatogena bakterier.

Observera att stora lokala variationer kan förekomma.

PBP=Penicillinbindande proteiner

Bakterie	Penicillinresistens				
	Betalaktamas	Förändrade PBP	Peroral cefalosporin	Erytromycin	Trimetoprim sulfa
Pneumokocker	0%	5%	5%	2-4%	4-7%
H. influenzae	10%	1-3%	1-3%	se fotnot	7-10%
M. catarrhalis	89-95%	?	?	<5%	<1%
Grupp A streptokocker	0%	0%	0%	2-5%	0%

Fotnot: Erytromycin har dålig aktivitet mot H. influenzae.

Ålder, kön och andra faktorer som påverkar insjuknandet

Akut öroninflammation drabbar oftast barn och är vanligast bland barn under två år. Barn som insjuknar före ett års ålder får oftare recidiverande akuta öroninflammationer. Akut öroninflammation är något vanligare hos pojkar än hos flickor.

Meta-analyser i västvärlden indikerar följande riskfaktorer:

Ärftlighet är en stark riskfaktor. Det rör anatomin i nässvalget, skallbasen, örontrumpeten och mellanörat och/eller immunologiska faktorer.

Barnomsorgsformen och storleken på barngruppen i vilken små barn vistas är klara riskfaktorer. Ju fler syskon eller ju fler barn i samma grupp som barnet vårdas i, desto större är risken för att utveckla akut öroninflammation. Daghemsvistelse är enligt flera studier en riskfaktor för barn under två år.

Amning har en skyddande effekt under första levnadsåret. Ingen eller mycket kort amningsperiod är en riskfaktor för akut öroninflammation.

Flaskuppfödning är en riskfaktor.

Nappanvändning är förknippat med en viss ökad risk för akut öroninflammation, medan det är oklart om detta gäller för tum-sugning.

Rökning. Återkommande akuta öroninflammationer är vanligare hos barn som vårdas hemma av storrökande mödrar. Rökning under graviditeten är också en riskfaktor.

Säsongsvariation. Förekomsten av akut öroninflammation och övre luftvägsinfektion har ett nära samband. Båda är vanligast under vintermånaderna.

Andra studier indikerar följande samband:

Öppet bett är en riskfaktor för akut öroninflammation.

Allergi har inte entydigt visats utgöra en riskfaktor.

Snytning har traditionellt ansetts kunna bidra till att bakterier vandrar upp genom örontrumpeten till mellanörat, men det finns inga studier som kunnat belägga detta.

Sjukdomsförlopp och komplikationer

Akut öroninflammation yttrar sig i regel som plötslig öronvärk, ofta i samband med en övre luftvägsinfektion. Öronflytning kan förekomma som tecken på att det gått håll på trumhinnan. Under de första dyggen är öronvärk, feber, allmänpåverkan, oro och sömnproblem vanliga. Infektionen drabbar ofta båda öronen. Symtombild och kliniska fynd kan variera beroende på bakteriell etiologi. Generellt ger pneumokocker och grupp A streptokocker en ilsknare klinisk bild än övriga patogener. Den kliniska spontanläkningsfrekvensen vid akut öroninflammation är hög, men varierar med etiologin och är lägre för pneumokocker och grupp A streptokocker.

De allra flesta barn som fått akut öroninflammation fastställd vid läkarundersökning har behandlats med antibiotika. Därför har vi begränsad kunskap om naturförlopp och komplikationer för icke antibiotikabehandlade fall. Meta-analyser talar för att öronvärken är något mindre uttalad 2-7 dagar efter symptomdebuten hos barn som fått antibiotika, dvs ett av 8-17 behandlade barn får mindre värk. Färre barn utvecklar akut öroninflammation i det andra örat jämfört med dem som inte fått antibiotika. Vissa studier har även påvisat en liten skillnad i durationen av övriga symtom till fördel för antibiotikabehandling. Diarré, illamående, kräkning, och hudutslag förekommer nästan dubbelt så ofta hos antibiotikabehandlade barn.

Följdtillstånd och komplikationer till akut öroninflammation omfattar sekretorisk otit, trumhinneperforation, mastoidit, meningit (hjärnhinneinflammation) med eller utan bestående neurologiska men, epidural abscess (ansamling av var innanför skallbenet), facialispares (ansiktsförlamning), labyrinthit (innerörepåverkan som kan ge hörselskador och tinnitus) och sinustrombos (blodpropp i en större hjärnven). Generellt drabbas yngre barn oftare av komplikationer än äldre barn.

Sekretorisk otit är vanlig i efterförloppet av akut öroninflammation oavsett antibiotikabehandling eller ej. Långvarig sekretorisk öroninflammation medför hörsselförsämring. Det finns ett visst samband mellan långvarig sekretorisk otit och kroniska mellanöresjukdomar såsom grava trumhinneretraktioner och cholesteatom, tillstånd som kan leda till benröta och permanenta hörselskador. Bestående perforation förekommer och kan resultera i upprepade öronflytningar och sämre hörsel. Perforation kan föranleda operation med trumhinneplastik.

Av de allvarliga och akuta komplikationerna är mastoiditen vanligast. Förekomsten uppskattas till färre än 1 per 10 000 diagnostiserade fall av akut öroninflammation. Ungefär hälften av mastoiditerna utvecklas trots antibiotikabehandling av akut öroninflammation. Vissa studier pekar dessutom på att dessa fall har mindre tydlig symtomatologi och därför kan vara mer svårupptäckta. Mastoidit är vanligast bland barn under två år. Pneumokocker och grupp A streptokocker är de vanligaste etiologiska orsakerna.

De allvarliga komplikationerna kräver akut medicinsk och/eller kirurgisk handläggning. De är idag mycket sällsynta jämfört med situationen under den första hälften av 1900-talet. Detta beror sannolikt på en kombination av flera faktorer; introduktionen av antibiotika, en socioekonomisk standardhöjning som bidragit till bättre folkhälsa och immunförsvar, förändrade virulensegenskaper hos den patogena floran och högre tillgänglighet av medicinsk vård. För närvarande är det inte vetenskapligt belagt om allvarligare komplikationer skulle vara vanligare vid icke antibiotikabehandlad akut öroninflammation i Sverige, men detta kan inte uteslutas.

Fråga 2: Hur bör öroninflammation diagnostiseras?

Strikt vetenskapligt är akut öroninflammation en infektion i mellanörat där man vid punktion av trumhinnan funnit vätska med infektiöst agens. För praktiskt bruk måste man ha en annan definition baserad på anamnes, symtom och trumhinnestatus.

Diagnostiska kriterier

Akut öroninflammation föreligger vid symtom på infektion och fynd av buktande trumhinna eller flytning av purulent sekret i hörselgången.

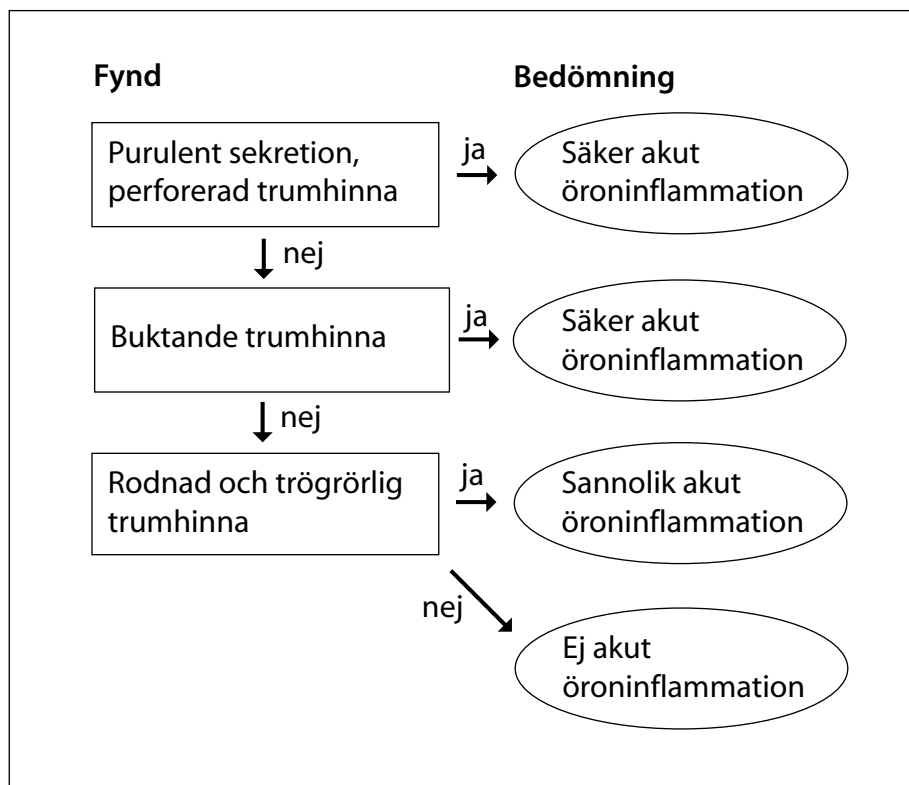
Vid färg- och strukturförändrad men ej buktande trumhinna måste rörligheten bedömas för att konstatera om sekret finns i mellanörat.

Anamnesen kan innehålla en varierad bild av förkylning, feber, nedsatt aptit, dålig sömn och allmän irritation. Öronvärk hos ett barn under två år talar för akut öroninflammation (högt positivt prediktivt värde), men avsaknad av värk utesluter inte akut öroninflammation (låg sensitivitet).

Bedömning av trumhinnan

För att ställa diagnos krävs att trumhinnan kan inspekteras. Detta kan ske med ett otoskop eller öronmikroskop. Om trumhinnan inte är buktande, men färg- och strukturförändrad, bör rörligheten bedömas med pneumatiskt otoskop eller tympanometer. Detta höjer den diagnostiska säkerheten. Rodnad trumhinna men med god rörlighet talar mot purulent sekret i mellanörat.

Situationer kan uppstå som gör det omöjligt att avlägsna vax och inspektera trumhinnan. Om inte hörselgången är helt tilltäppt kan tympanometern ge vägledning om trumhinnans rörlighet. Anamnes och symtom enbart ger ett osäkert underlag för diagnos. Om barnets allmäntillstånd så medger, kan det vara lämpligt att avvakta med eventuell antibiotikaterapi och ge vaxlösande behandling och tid för ny bedömning inom 24 timmar.



*Flödesschema för diagnostik vid anamnes som talar för akut öroninflammation
(G. Kablmetar, I Eliasson)*

Fråga 3: Hur bör akut öroninflammation handläggas och följas upp?

Bakgrund

Meta-analyser av placebokontrollerade studier av behandling av akut öroninflammation med eller utan antibiotika har inte visat någon avgörande skillnad vad gäller utläkning av akut öroninflammation mellan grupperna hos i övrigt friska barn över två års ålder. Publicerade studier ger inte tillräckligt underlag för motsvarande slutsatser för barn under två års ålder. I denna åldersgrupp är dessutom diagnostiken svårare och komplikationer vanligare. Om trumhinnan är perforerad talar data för att detta oftare orsakas av en infektion med ett mera virulent agens, med viss ökad risk för komplikationer. Minskad antibiotikaförbrukning kan förväntas ha en positiv effekt vad gäller resistensutvecklingen. Antibiotikabehandling kan dessutom vara förenad med biverkningar.

Vid första kontakten

Första kontakten sker ofta per telefon. Det finns sällan medicinska skäl att undersöka ett barn med misstänkt akut öroninflammation under kvälls- eller nattetid. Tid för läkarbedömning bör erbjudas inom ett dygn. Om barnet blir besvärsfritt under väntetiden behöver undersökning inte göras.

Vid osäkerhet om symtomens natur eller om barnet är allmänpåverkat bör barnet undersökas snarast.

Vid första undersökningen

All behandling skall ske i samråd med patient och förälder. Smärtstillande medel ges vid behov. Högläge och näsdroppar har ingen säkerställd effekt vid akut öroninflammation, men kan lindra nästäppan.

Om barnet är allmänpåverkat och öronfynden inte säkert förklarar besvären, måste vidare undersökning göras och kontakt med öron-, näs- och halsläkare eller barnläkare övervägas. Om barnet är opåverkat och svårighet föreligger att ställa en säker diagnos, kan undersökningen upprepas inom ett dygn.

Behandling av barn med akut öroninflammation

Barn under två år: Dessa barn rekommenderas behandling med antibiotika. Ny läkarbedömning bör ske vid utebliven förbättring efter tre dygn för omprövning av diagnos och behandling. Vid försämring bör barnet undersökas tidigare.

Barn över två år: Barn med perforerad akut öroninflammation, eller akut öroninflammation med allmänpåverkan, rekommenderas behandling med antibiotika. Det kunskapsunderlag som framkommit vid konferensen ger för övriga barn möjlighet till två alternativ:

Alternativ 1: Om barnet inte är allmänpåverkat ges information och läkaren rekommenderar att man tills vidare avstår från antibiotika. Förälder rekommenderas att ånyo kontakta läkare (eventuellt per telefon) om besvären kvarstår två dygn efter symtomdebuten. Om besvären är oförändrade kan man, vid denna kontakt, komma överens om att antibiotika ordineras utan att barnet undersöks på nytt. Man kan också, om situationen verkar trygg, avvakta ytterligare ett dygn med en överenskommelse om ny kontakt. Vid kvarstående symtom tre dygn efter symtomdebuten bör barnet undersökas igen och om diagnosen verifieras, antibiotika sätts in. Vid försämring bör barnet undersökas tidigare.

Alternativ 2: Barnet behandlas med antibiotika på samma sätt som barn under två års ålder.

Kontroll

Barn med konstaterad akut öroninflammation rekommenderas en efterkontroll, som i normalfallet sker tre månader efter insjuknandet. Det är särskilt angeläget att de yngsta barnen efterkontrolleras. Syftet med kontrollen är att säkerställa en normalisering av hörsel och trumhinnestatus.

Barn som bör undantas från dessa generella rekommendationer

Vid bedömning av barn med akut öroninflammation är det viktigt att känna till om vederbörande tillhör en grupp med ökad infektionskänslighet som medför risk för ett komplicerat förlopp.

Till dessa grupper hör barn med immunbrister, missbildnings- syndrom och kromosomrubbingar. Barn med en allvarlig grund- sjukdom - och som får immunosuppressiv behandling - utgör även en riskgrupp. En tredje grupp är barn med anatomiska förändringar i öronområdet såsom skelettmissbildningar eller resttillstånd efter skallbasfrakturer. En ytterligare grupp är barn som opererats i örat, speciellt om främmande material har inplanterats (gäller ej plaströr).

Det är önskvärt att dessa barn har en sådan kontinuitet i sitt totala omhändertagande att de sällan ska behöva söka på en jourmot- tagning. Detta gäller även barn med återkommande öron- inflammationer.

Val av antibiotika

Förstahandsval: PcV (Fenoxymetylpenicillin) under fem dagar.

Dos: 50 mg/kg kroppsvikt/dygn fördelat på 2-3 doser per dygn.

Vid recidiv: PcV under tio dagar, alternativt amoxicillin 50 mg/kg kroppsvikt/dygn fördelat på 2-3 doser per dygn under tio dagar.

Vid terapivikt: Amoxicillin 50 mg/kg kroppsvikt/dygn fördelat på 2-3 doser per dygn under tio dagar.

Vid säkerställd penicillinallergi: Erytromycin under 7-10 dagar.

Dos 40 mg/kg kroppsvikt/dygn, fördelat på 2-3 doser per dygn.

Vid penicillinallergi och terapivikt: Trimetoprim-sulfa

Vid terapivikt kan odling och konsultation av öron-, näs- och hals- läkare vara värdefullt för den fortsatta handläggningen.

Fråga 4: Vilka blir de ekonomiska konsekvenserna av olika behandlingsrutiner?

Det finns idag inga säkra incidens- och kostnadsberäkningar gjorda för Sverige. Om emellertid de incidensberäkningar som gjorts i Finland gällde för Sverige skulle c:a 750 000 akuta öroninflammationer diagnostiseras per år. Om uppskattningarna baseras på de norska epidemiologiska studierna blir antalet c:a 500 000 per år.

Om man utgår från de epidemiologiska studier som gjorts i Malmö kan de totala samhällsekonomiska kostnaderna i Sverige för akut öroninflammation beräknas till c:a en miljard kronor i 1999 års penningvärde. Av denna summa utgör sjukvårdskostnaderna 43 procent (varav antibiotika står för drygt två procent) och produktionsbortfallet, när föräldrar vårdar sjukt barn, 57 procent.

Det förslag till handläggning av akut öroninflammation, som framgår av svaret på fråga tre, innebär en oförändrad behandlingspraxis för barn under två år, samt för problemgrupper över två år, inklusive barn med upprepade recidiv. Dessa grupper antas stå för ungefär hälften av det totala antalet läkarbesök. Förslaget innebär alltså inga förändringar i kostnader för dessa.

De föreslagna förändringarna i handläggningen för barn över två år innebär sannolikt en viss ökning av antalet läkarbesök. Det gäller framför allt sådana besök som är en följd av att barnet, efter den inledande kontakten återkommer för nytt läkarbesök. Förändringen av antalet besök antas vara så begränsad, att detta med hänsyn till övriga osäkerheter i de ekonomiska uppskattningarna, inte beaktas.

Hälsoekonomiska effekter bedöms kunna uppstå som en följd av:

1. Minskad antibiotikaförskrivning.
2. Minskade biverkningar av antibiotika.
3. Minskad resistensspridning.
4. Förändringar i produktionsbortfall till följd av förändrade sjukdomsförlopp.

De hälsoekonomiska konsekvenserna av en förändrad behandlingsrutin vid akut öroninflammation är komplicerade att beräkna och skiljer sig troligen på kort och lång sikt. För närvarande finns inte tillräckligt underlag för att beräkna hur kostnaderna påverkas av de föreslagna handläggningsrutinerna. De har därför inte kunnat vägas in vid ställningstagandet till den föreslagna behandlingsrutinen.

Fråga 5: Vad är angelägna uppgifter för forskning och utbildning?

Forskning

I Sverige behandlas de flesta barn med öroninflammation av allmänläkare. Vi bedömer detta som ändamålsenligt, och det erbjuder god kontinuitet och tillgänglighet för många patienter. En konsekvens av detta arbetssätt är att primärvården utgör en väsentlig bas för kunskapsuppbyggnad och systematiskt forsknings- och utvecklingsarbete. Fler vetenskapliga studier bör därför utgå ifrån primärvården och forskningssamarbete mellan allmänläkare, barnläkare och öron-näs- och halsläkare bör stimuleras.

Epidemiologi

Det finns ett behov av ökad kunskap om prevalens och incidens av akut öroninflammation i olika delar av landet och i olika befolkningsgrupper. Ett annat mycket angeläget område för forskning är förekomsten av komplikationer i relation till geografi, demografi och terapi.

Naturalförloppet vid akut mellanöreinflammation under de förhållanden som råder i Sverige idag behöver klarläggas. Ett motiv för detta är att bevisen för positiva effekter av antibiotikabehandling vid okomplicerad akut öroninflammation är svaga. Idag efterlyses ett mera differentierat förhållningssätt i terapifrågan. Den bör noggrant utvärderas i prospektiva studier.

Ett av huvudskälen till ett mera restriktivt förhållningssätt till antibiotikabehandling är risken för ökande resistensutveckling. Resistensläget för luftvägspatogener bör följas över tid i ett antal definierade kohorter av barn med geografisk spridning i landet.

Virus betydelse som etiologiskt agens och virusotitens kliniska bild vid akut öroninflammation behöver klarläggas.

Vilka faktorer påverkar uppkomsten av öroninflammation hos barn?

Vissa riskfaktorer är kända, såsom arv, kön och form av barnomsorg. Vilka ytterligare faktorer påverkar uppkomsten av öroninflammation? Finns andra faktorer än amning som minskar risken? Vilka vanor och

beteenden, utöver tobaksrökning i barnets miljö, påverkar risken att insjukna i öroninflammation? Kan salutogena (hälsoskapande faktorer) identifieras? Är ”utedagis” ett exempel på en sådan?

Hur hanteras värk vid öroninflammation?

Ofta är det värk som för barnet till läkaren vid öroninflammation. Ett motiv att förskriva läkemedel är förhoppningen att värken skall gå över fortare. Hur behandlas öronvärk på bästa sätt? Ger behandling bättre och/eller snabbare lindring än naturförloppet, och hur ser den adekvata behandlingen ut?

Uppföljning

Idag rekommenderas tremånaderskontroll i syfte att säkerställa normalisering av hörsel- och trumhinnestatus. Olika former för dessa kontroller bör utvärderas. Särskilt bör möjligheten att utnyttja nya tekniska hjälpmedel och att delegera till särskilt utbildad personal beaktas.

Familjemedicinskt perspektiv

Som ett komplement till biomedicinsk kunskap finns ett behov av att studera icke-medicinska faktorerens betydelse vid öroninflammation. Detta inkluderar psykosociala, beteendevetenskapliga och samhällsmedicinska aspekter. Det finns exempelvis belegg för att en trygg konsultation förbättrar det kliniska förloppet. Att finna vägar att mobilisera hälsoresurser hos det sjuka barnet och dess familj kan ge vinster i form av ökad följsamhet, minskad osäkerhet och därmed minskad vårdkonsumtion.

Nationell samordning

För att underlätta genomslaget av föreliggande rekommendationer och säkerställa en systematisk utvärdering av effekterna av dessa föreslår vi en nationell tvärfacklig referensgrupp för forskning rörande öroninflammationer med uppgift att initiera och samordna kunskapsuppbyggnad, forskning och utbildning.

En första uppgift kan vara att initiera en prospektiv hälsoekonomisk utvärdering av kostnader och effekter vid tillämpning av föreliggande riktlinjer.

Utbildning

Inom läkarnas grundutbildning är det viktigt med tidig träning i såväl konsultation som undersökningsteknik vid luftvägsinfektioner.

Auskultation vid öron-, näs- och halsklinik bör ingå i såväl specialisttjänstgöring som fortbildning av allmänläkare och barnläkare. Det bör vara lika naturligt att öron-, näs- och halsläkare på motsvarande sätt auskulterar vid vårdcentral eller motsvarande.

En handläggning som bygger på samverkan och delegation av vissa uppgifter förutsätter väl fungerande system för kompetensutveckling av medlemmarna i arbetslaget.

Föräldrautbildning samt utveckling av informationsmaterial bör utvecklas i samarbete med andra aktörer inom hälsoområdet, såsom sjukvårdsupplysning och apotek, förskola och skola.

Experter

Professor *Karin Prellner* (ordförande)
Institutionen för öron-, näs- och halssjukdomar
Universitetssjukhuset
221 85 LUND
e-post: Karin.Prellner@onh.lu.se

Med dr *Christer Andersson*
Allmänmedicin
Umeå universitet
901 85 UMEÅ
e-post: Christer.Andersson@fammed.umu.se

Chefsöverläkare *Ingrid Augustsson*
Öron-näs-halskliniken
Regionsjukhuset
701 85 ÖREBRO
e-post: ingrid.augustsson@orebroll.se

Professor *Dan Bagger-Sjöbäck*
Öron-näs-halskliniken
Karolinska sjukhuset
171 76 STOCKHOLM
e-post: dbs@ent.ks.se

Med dr *Anita Bylander Groth*
CURA kliniken i Malmö
Erikslustvägen 22
Box 200 37
200 74 MALMÖ
e-post: groth.medical@lund.mail.telia.com

Professor *Margaretha L. Casselbrant*
Department of Otolaryngology
University of Pittsburgh School of Medicine
Children's Hospital of Pittsburgh
PA 15213 USA
e-post: casselm@chplink.chp.edu

Med dr *Henrik Harder*
Öronkliniken
Universitetssjukhuset
581 85 LINKÖPING
e-post: henha@inr.liu.se

Professor *Sten Hellström*
Institutionen för klinisk vetenskap
Öron-,näs- och halssjukdomar
Umeå universitet
901 85 UMEÅ
e-post: Sten.Hellstrom@ent.umu.se

Med dr *Claes Hemlin*
Öron-, näs- och halskliniken
Danderyds sjukhus
182 88 DANDERYD
e-post: claes.hemlin@oron.ds.sll.se

Docent *Ann Hermansson*
Institutionen för öron- näs-och halssjukdomar
Universitetssjukhuset
221 85 LUND
e-post: Ann.Hermansson@onh.lu.se

Professor *Birgitta Hovelius*
Samhällsmedicinska institutionen
Lunds universitet
205 02 MALMÖ
e-post: Birgitta.Hovelius@smi.mas.lu.se

Docent *Leif Ingvarsson*
Öron, näs- och halskliniken
Universitetssjukhuset MAS
205 02 MALMÖ
e-post: Leif.Ingvarsson@oron.mas.lu.se

Docent *Gunnar Kahlmeter*
Klinisk mikrobiologi
Centrallasarettet
351 85 VÄXJÖ
e-post: gunnar.kahlmeter@ltkronoberg.se

Docent *Mats Kalin*
Infektionsenheten
Karolinska sjukhuset
171 76 STOCKHOLM
e-post: kal@ks.se

Docent *Kaj Lundgren*
Andvägen 20
291 43 KRISTIANSTAD
e-post: kaj.lundgren@swipnet.se

Med dr *Åsa Melhus*
Klinisk mikrobiologi
Universitetssjukhuset MAS
205 02 MALMÖ
e-post: Asa.Melhus@mikrobiol.mas.lu.se

Fil lic *Ulf Persson*
Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi
Box 2127
220 02 LUND
e-post: up@ihe.se

Docent *Kristian Roos*
Öron- Näsa- Halskliniken
Lundby sjukhus
Wieselgrensplatsen 2A
417 17 GÖTEBORG
e-post: kristian.roos@lundbysjukhus.se

Docent *Britta Rynnel Dagöö*
Öron- Näs- Halskliniken
Huddinge sjukhus
141 86 HUDDINGE
e-post: britta.rynnel@ent.hs.sll.se

Docent *Margareta Söderström*
Central Forskningsenhet for Almen Praksis
Panuminstituttet
Blegdamsvej 3
DK-2200 Copenhagen N, Denmark
e-post: Margareta.Soderstrom@smi.mas.lu.se

Panel

Docent *Sigvard Mølstad* (ordförande)
Primärvårdens FoU-enhet
Vårdcentralen
595 30 MJÖLBY
e-post: sigvard.molstad@lio.se

Docent *Ragnar Asplund*
Centrum för studier av Hälsa och Livskvalitet
Mitthögskolan
831 25 ÖSTERSUND
e-post: r.asplund@telia.com

Medicinjournalist *Håkan Bengtsson*
Box 1150
121 15 ENSKEDEDALEN
e-post: hb@ordslojd.se

Överläkare *Marie Bunne*
Öron-, näs- och halsenheten
Sunderby sjukhus
971 80 LULEÅ
e-post: Marie.Bunne@nll.se

Adj Professor *Otto Cars*
Strama
Smittskyddsinstitutet
171 82 SOLNA
e-post: otto.cars@smi.ki.se

Med dr *Ingvar Eliasson*
Klinisk Mikrobiologi
Länssjukhuset
391 85 KALMAR
e-post: ingvar.eliasson@ltkalmar.se

Chefsöverläkare *Ingemar Engstrand*
ÖNH-mottagningen
Lindesbergs lasarett
711 82 LINDESBERG
e-post: ingemar.engstrand@orebroll.se

Docent *Margareta Eriksson*
Institutionen för kvinnors och barns hälsa
Enheten för pediatrik
Karolinska sjukhuset
171 76 STOCKHOLM
e-post: margareta.eriksson@kbh.ki.se

Professor emeritus *Stig Holm*
Sprängkullsgatan 13
411 23 GÖTEBORG
e-post: holm.st@telia.mail.se

Docent *Stefan Håkansson*
Socialstyrelsen
106 30 STOCKHOLM
e-post: stefan.hakansson@sos.se

Primärvårdsdirektör *Anders Paperin*
Landstingsförbundet
Box 70491
107 26 STOCKHOLM
e-post: anders.paperin@lf.se

Med Dr *Åke Schwan*
Kungsgårdets vårdcentral
S:t Johannesg 28
752 33 UPPSALA
e-post: ake.schwan@hml.pv.lul.se

Docent *Roland Sennerstam*
Barnmottagningen
Handens Närsjukhus
136 25 HANINGE
e-post: rolestam@telia.com

Docent *Johan Wiström*
Infektionkliniken
Norrlands Universitetssjukhus
901 85 UMEÅ
e-post: Johan.Wistrom@infdis.umu.se



Landstingsförbundet
Hornsgatan 20
Box 70491
107 26 Stockholm
Tfn: 08-702 43 00
Fax: 08-702 45 90
e-post: landstingsforbundet@sos.se
webbtjänst: <http://www.lf.se>



MFR
Regeringsgatan 56
Box 7151
103 88 Stockholm
Tfn: 08-454 43 00
Fax: 08-454 43 03
e-post: mfradmin@mfr.se
webbtjänst: <http://www.mfr.se>



Socialstyrelsen
Rålambsv 3
106 30 Stockholm
Tfn: 08-555 530 00
Fax: 08-555 532 52
e-post: socialstyrelsen@sos.se
webbtjänst: <http://www.sos.se>