

SJUKVÅRDSREGION MELLANSVERIGE

Rekommenderade läkemedel för barn - bakgrundsmaterial

2021-2022

Uppdaterad 2021-05-17



INNEHÅLL

Innehåll	1
Förord.....	4
A Mag- & tarmsjukdomar.....	6
Gastroesofagal refluxsjukdom	6
Utsättning av behandling med protonpumpshämmare	7
Förstoppning	7
Rörelsesjuka	10
Antihistaminer.....	10
Antikolinergika	11
Jämförelser mellan läkemedel	11
Springmask.....	11
Oral candidainfektion.....	12
Vitamin D-brist	12
Profylax mot vitamin D-brist	14
Behandling av vitamin D-brist	14
B Blodsjukdomar	15
Anemi	15
D Hudsjukdomar	15
Svampinfektion	15
Dermatofyter (trådsvamp) – ej tinea capitis.....	15
Dermatofyter (trådsvamp) – tinea capitis.....	15
Nagelsvamp.....	16
Candidainfektion	16
Seborroiskt eksem.....	16
Blöjeksem.....	17
Svampinfektion i blöjområdet.....	17
Impetigo	18
Atopiskt eksem.....	18
Mjukgörande medel	20
Lokala glukokortikoider	20
Kalcineurinhämmare	21
Antihistamin	21
Parabener	21
Akne	22
Komedoakne	23
Mild papulopustulös akne.....	23
Medelsvår papulopustulös akne	23
Svårare akne.....	23
Kombinerade hormonella medel	24
Huvudlöss.....	24
Medicintekniska produkter	24
Läkemedel	25
Skabb.....	25
Urtikaria	25
G Urologi och gynekologi	26
Primär enures/inkontinens	26
Enureslarm	26
Desmopressin.....	26
Dysmenorré.....	26
Riklig menstruation	27
Fimosi s	27
J Infektioner	28



Inledande synpunkter	28
Antibiotikaresistens	28
Överkänslighet mot antibiotika.....	29
Hosta	29
Tonsillit.....	29
Sinuit	31
Infektiös rinit	32
Otit	32
Pneumoni	35
Erysipelas	36
Perianal streptokockinfektion ("stjärtfluss").....	37
Sårinfektioner och bölder	37
Hund- och kattbett.....	38
Kattbett	39
Hundbett	39
Människobett	40
Herpes simplex/zoster	40
Orolabial herpes simplex.....	40
Bältros	40
Urinvägsinfektioner.....	40
Kutan borrelia	42
Influensa.....	43
Vaccination mot influensa.....	44
Antiviral behandling av influensa.....	44
Profylax mot influensa	45
N Nervsystemet.....	46
Febernedsättande och smärtstillande läkemedel.....	46
Paracetamol och ibuprofen.....	46
Svaga opioider.....	47
Lätt-måttligt smärtsamma procedurer	48
Grundläggande behandling	49
Distraction och fysikaliska metoder	49
Utökad farmakologisk behandling	50
Feberkramp.....	50
Migrän	51
Insomni och dygnsrytmstörning.....	52
Sömnproblem hos barn.....	52
Behandling hos i övrigt friska barn.....	53
Depression och ångestsyndrom.....	53
R Allergi & andningsorganen.....	53
Allergisk rinokonjunktivit	53
Läkemedelsbehandling vid allergisk rinit (säsongsrinit eller kortvarig, samt helårsrinit).....	54
Läkemedelsbehandling vid allergisk konjunktivit.....	55
Medel vid anafylaktiska reaktioner	55
Astma	55
Glukokortikoider för inhalation.....	58
Beta-2-agonister.....	58
Kombinationsprodukter	58
Antileukotriener	59
Inhalationshjälpmedel.....	59
Krupp (pseudokrupp, falsk krupp)	59
Adrenalin.....	60
Kortikosteroider	60
S Ögon & öron.....	60
Bakteriell konjunktivit	60
Traumatiska hornhinnesår	61

Extern otit	61
Biverkningsrapportering	62
Så rapporterar du läkemedelsbiverkningar	62
Vad ska rapporteras?	63
Licensförskrivning	63
ATL – Apotekstillverkade läkemedel (extempore)	63
Förskrivning "off-label"	64
ePED	64
Producentobunden information	64
Referenser	65

Flertalet läkemedel som används vid behandling av barn är inte utprovade inom denna åldersgrupp. Denna så kallade off label-förskrivning medför större osäkerhet vid valet av rätt läkemedel och dosering.

För att barn ska få tillgång till en säkrare läkemedelsbehandling krävs att studier på barn sker i en större omfattning än idag, och både inom EU och USA finns regler som stimulerar läkemedelsbolagen att göra fler barnstudier.

Listan över rekommenderade läkemedel för behandling av barn tas fram i samarbete mellan de sju regionerna i Sjukvårdsregion Mellansverige. Att läkemedelskommittéerna tagit fram särskilda rekommendationer för barn är ett led i strävan att underlätta för förskrivare och öka säkerheten vid behandling, samt för att uppnå en kostnadseffektiv behandling. Rekommendationerna gäller läkemedelsbehandling av vanliga barnåkommor inom primärvården och allmänmedicin och baseras på ett omfattande arbete som involverar specialister från hela Sjukvårdsregion Mellansverige. Valet av läkemedel har sin utgångspunkt i rådande evidens, riktlinjer från svenska och internationella myndigheter och organisationer, publicerade studier i medicinsk litteratur, samt klinisk erfarenhet vid avsaknad av studiedata av god kvalitet. Hänsyn tas också, så långt det är möjligt, till eventuella miljöeffekter av läkemedel, tillgänglighet av olika beredningsformer, användarvänlighet, terapitradition, om läkemedlen ingår i läkemedelsförmånen, samt om de omfattas av läkemedelsförsäkring. Receptfria läkemedel ingår dock inte alltid i läkemedelsförmånen. Om inte särskilda skäl föreligger krävs av säkerhetsskäl att läkemedlet ska ha varit tillgängligt på marknaden i minst två år.

Följer du listans rekommendationer verkar du för en evidensbaserad och kostnadseffektiv användning av läkemedel.

Enligt lagen om generiskt utbyte ska apoteket, när patentet upphört, expediera det billigaste preparatet. Läkemedelsverket beslutar om vilka läkemedel som är utbytbara. Dessa markeras i listan med ordet generika.

Listan över rekommenderade läkemedel för barn finns i två versioner, en komprimerad med en kortfattad förteckning över rekommendationerna, och en fullständig med bakgrundsmaterial, motiveringar till valen, och referenser. Båda hittar du på läkemedelskommittéernas hemsidor (se kapitlet "[Producentobunden information](#)").

"Rekommenderade läkemedel för barn" genomgår revision vartannat år. För att hålla materialet så uppdaterat som möjligt kan dock ändringar genomföras dessförinnan om behov skulle uppstå, exempelvis om nya data kring ett läkemedels effekt och säkerhet tillkommer, om nya läkemedel godkänns för försäljning, eller om läkemedel utgår från marknaden. Sådana förändringar införs i så fall i de digitala versionerna av skriften. Läsare uppmanas därför att då och då gå in på respektive läkemedelskommittés hemsida för att se om några ändringar har gjorts.

För att förbättra skriften tar vi gärna del av dina synpunkter. Kontakta oss via e-post enligt nedan.

Gunnar Domeij, ordförande Läkemedelskommittén Dalarna, lakemedel.dalarna@regiondalarna.se

Björn Ericsson, ordförande Läkemedelskommittén Gävleborg, lmk@regiongavleborg.se

Lars Stéen, ordförande Läkemedelskommittén Sörmland, lakemedelskommitten@regionsormland.se

Torbjörn Linde, ordförande Läkemedelskommittén Uppsala, lakemedel@region uppsala.se

Tina Crafoord, ordförande Läkemedelskommittén Värmland, lakemedelskommitten@regionvarmland.se

Inge Eriksson, ordförande Läkemedelskommittén Västmanland, lakemedelskommitten@regionvastmanland.se

Maria Palmetun Ekbäck, ordförande Läkemedelskommittén Örebro,

lakemedelskommitten@regionorebrolan.se

Arbetsgruppen för rekommenderade läkemedel för barn

Adrian Press, barnläkare, Barn- och ungdomskliniken, Sörmland

Anna-Karin Hamberg, apotekare, Akademiska sjukhuset, Uppsala

Anna Segerman, klinisk farmakolog, Akademiska sjukhuset, Uppsala

Fredrik Cederblad, barnläkare, Aleris barncentrum, Uppsala

Ilma Bertulyte, klinisk farmakolog, Akademiska sjukhuset, Uppsala



Karl Kappinen, barnläkare, Barn- och ungdomssjukvården, Hudiksvall
Martin Dalenbring, barnläkare, Barn- och ungdomskliniken, Västerås
Pär Hallberg, klinisk farmakolog, Akademiska sjukhuset, Uppsala
Robert Blomgren, barnläkare, Barn- och ungdomsmedicin, Mora
Simon Jarrick, barnläkare, Barn- och ungdomskliniken, Örebro
Tony Spinord Westberg, barnläkare, Barn- och ungdomsmedicin, Karlstad

GASTROESOFAGAL REFLUXSJUKDOM

Barn <12 år bör handläggas av eller i samråd med barnläkare. Allmänna råd om livsstil och kost kan övervägas, liksom mjölkfri diet hos de yngsta barnen.

Förstahandsval

esomeprazol granulat till oral suspension Nexium

Ålder	Dosering esomeprazol [1, 2]
1-11 år (≥10 kg)	10 mg x 1
≥12 år	20 mg x 1

lansoprazol munsönderfallande tablett generika

Vikt	Dosering lansoprazol [3]
≥30 kg	15-30 mg x 1

Om vanlig tablett- eller kapselformulering är möjlig

omeprazol tablett, kapsel generika

Ålder	Dosering omeprazol [4]
≥2 år (>20 kg)	20 mg x 1 (kan vb ökas till 40 mg x 1)

Andrahandsval

famotidin tablett Pepcid

Ålder	Dosering famotidin [5]
≥12 år	10 mg x 1-2

Behandling med syrahämmande läkemedel hos barn är ofullständigt studerat. Baserat på klinisk erfarenhet kan dock sådan behandling vara indicerad vid gastroesofagal refluxsjukdom hos bl.a. barn med neurologiska handikapp, vid motilitetsstörningar, och hos barn som opererats i mag-tarmområdet. Barn <12 år bör dock handläggas av eller i samråd med barnläkare p.g.a. risken för annan bakomliggande sjukdom. Större barn och tonåringar med gastritsymtom kan erbjudas kortare tids behandling. Effekten bör utvärderas efter 2-4 veckor. Om besvären blir långdragna bör man remittera till barnläkare.

Utsättning av behandling med protonpumpshämmare

Utsättning kan ske tvärt, men det finns en risk att patienten får symptomåterfall en tid efter utsättning p.g.a. reboundfenomen. Behandlingen kan då behöva sättas in igen och därefter trappas ned (nedtrappande dos i upp till 12 veckor om behandlingen har pågått >1-2 månader, och i övriga fall nedtrappande dos under 4 veckor). Om man väljer att sätta ut behandlingen tvärt bör patienten/vårdnadshavare upplysas om denna risk och man bör ha en plan om hur man hanterar detta.

Läs mer i "[Vårdprogram för gastroesofagal refluxsjukdom hos barn och ungdomar](#)" från Svenska föreningen för pediatrik gastroenterologi, hepatologi och nutrition.

Behandling med syrahämmande läkemedel hos barn är ofullständigt studerat [6-13]. Baserat på klinisk erfarenhet kan dock sådan behandling vara indicerad vid gastroesofagal refluxsjukdom hos bl.a. barn med

neurologiska handikapp, vid motilitetsstörningar, och hos barn som opererats i mag-tarmområdet. Barn <12 år bör dock handläggas av eller i samråd med barnläkare p.g.a. risken för annan bakomliggande sjukdom såsom födoämnesallergi, akalasi och inflammatorisk tarmsjukdom [14]. Det kan också vara aktuellt att behandla större barn och tonåringar för gastritsymtom, men i så fall bara om kortare behandlingstid är tillräcklig. Om besvären blir långdragna bör man remittera till barnläkare. I ”[Vårdprogram för gastroesofagal refluxsjukdom hos barn och ungdomar](#)” från Svenska föreningen för pediatrik gastroenterologi, hepatologi och nutrition ges råd om kost- och livsstilsförändringar som kan prövas. Dessa omfattar höjd huvudända av sängen, viktnedgång vid fetma, tidigareläggning och minskat kvällsmål, undvikande av måltider före fysisk aktivitet och minskad psykosocial belastning [13]. Mjölkfri diet hos de yngsta barnen kan också prövas och utvärderas [11, 13]. Läkemedelsbehandling utgörs i huvudsak av protonpumpshämmare eller H₂-receptorblockerare [13, 15, 16]. När denna skrift sammanställs är dock ranitidin indraget och inte tillgängligt på marknaden.

Små studier har utförts för H₂-receptorblockerarna cimetidin, ranitidin, famotidin, nizatidin och amnitidin [12, 17]. För protonpumpshämmare finns data huvudsakligen för omeprazol, esomeprazol, lansoprazol och pantoprazol, och dokumentationen är mer omfattande än för H₂-receptorblockerarna. Godkänd indikation föreligger för omeprazol (tablett, kapsel) för barn från 1 års ålder [4], och för esomeprazol (Nexium enterogranulat för oral suspension) för barn från 1 års ålder [1]. Ranitidin tillhandahålls inte när denna skrift sammanställs utan är indraget p.g.a. innehåll av N-nitrosodimetylamin (NDMA). Ett alternativ är famotidin, men är inte godkänt för barn <12 år [5]. Lansoprazol är inte godkänt för behandling av barn [20], men det finns klinisk erfarenhet av användningen [3]. Lämpliga styrkor finns dock inte vid vikt <30 kg. Pantoprazol är godkänt från 12 års ålder [21]. Omeprazol har ett lägre pris än Nexium enterogranulat. Sammantaget rekommenderas esomeprazol och omeprazol. När det är möjligt att ge tabletter rekommenderas omeprazol. Lansoprazol som munsönderfallande tablett är ett alternativ vid vikt från 30 kg.

Liksom hos vuxna tycks det finnas en något ökad risk för pneumoni och gastrointestinala infektioner vid behandling med syrahämmande läkemedel [16, 22].

UTSÄTTNING AV BEHANDLING MED PROTONPUMPSHÄMMARE

Utsättning av protonpumpshämmare kan göras tvärt, men eftersom kroppen kompenserar för den syrahämmande effekten av protonpumpshämmare genom ökad bildning av gastrin kan reboundfenomen uppkomma då behandlingen avslutas [23]. Efter långvarig behandling brukar besvären uppträda efter 1-4 veckor. Detta kan medföra återupptagen behandling trots att grundorsaken inte längre går att påvisa. Hypersekretion av syra kan kvarstå 8-26 veckor efter avslutande av en 1 år lång behandling [24]. Protonpumpshämmare som använts regelbundet kan därför (efter eventuellt symptomrecidiv efter utsättning) behöva sättas in igen för att sedan fasas ut gradvis. En gradvis nedtrappning av dosen under upp till 12 veckor rekommenderas om kontinuerlig behandling har pågått i >1-2 månader [25]. Har behandlingen inte överskridit 1-2 månader kan dosen trappas ned under 4 veckor.

FÖRSTOPPNING

Förstoppning är en mycket vanlig orsak till att ett barn har ont i magen och även i fall där barnet har daglig avföring av normal eller lös konsistens bör förstoppning uteslutas. Avföringsinkontinens (enkopres), urininkontinens och upprepade urinvägsinfektioner har ofta sin förklaring i problem med förstoppning.

Allmänna råd

Allmänna råd vid förstoppning är adekvat fiber- och vattenintag, fysisk aktivitet och ökat intag av frukt. Mycket viktigt är att upplysa om fysiologin och vikten av regelbundna toalettvanor, samt att gå på toaletten vid trängning även vid vistelse i skola eller förskola.

Initial behandling vid förstoppning [26, 27]

natriumdokusat+sorbitol Klyx, även receptfritt

Ålder	Dosering Klyx [28]
0-5 mån	20-40 ml x 1
6-11 mån	60 ml x 1
1-5 år	120 ml x 1
>5 år	120-240 ml x 1

Behandling av förstoppning inleds med Klyx som engångsdos, vilket kan upprepas efter ett dygn vid behov. Överväg administrering med hjälp av kateter. Samtidigt inleds underhållsbehandling enligt nedan.

Underhållsbehandling [26, 29-31]

Både makrogol och laktulos kan övervägas som underhållsbehandling. Det finns belägg för bättre effekt av makrogol, men priset är högre. När regelbundna avföringsvanor har etablerats, vilket kan ta månader och i vissa fall år, kan behandlingen gradvis avslutas under några veckors tid.

makrogol+salter	generika, t.ex. Movicol Junior Neutral, Laxido Junior, Lacrofarm Junior
makrogol	Forlax Junior
	generika, t.ex. Forlax, Omnilax, även receptfritt

Movicol Junior Neutral och motsvarande generiska produkter innehållande makrogol+salter har en något salt smak. Ett alternativ är Forlax eller Omnilax (makrogol). Även Forlax Junior är ett alternativ, men är dyrare, endast tillgängligt i liten förpackningsstorlek och kan inte köpas receptfritt.

Dosering styrs efter effekt, avföringen ska vara daglig och mjuk. Ett likvärdigt alternativ till att öka doseringen enligt nedan är att börja med en högre dos och sedan minska beroende på effekt. Effektiv dos av makrogol varierar vanligen mellan 0,5-1,5 g/kg/dag vid funktionell obstipation. Makrogol kan användas även till barn yngre än 6 mån, men först efter diskussion med barnläkare.

Ålder	Dosering	Produkt
6-12 mån	½-1 dospåse/dag	Forlax Junior (1 dospåse=4 g makrogol) eller Movicol Jr Neutral/Laxido Jr/Lacrofarm Jr (1 dospåse=6,6 g makrogol)
1-6 år	½ dospåse/dag, kan ökas successivt till 2½ dospåsar/dag	Forlax/Omnilax (1 dospåse=10 g makrogol)
7-11 år	1 dospåse/dag, kan ökas successivt till 2½-4 dospåsar/dag	Forlax/Omnilax (1 dospåse=10 g makrogol)
≥12 år	Som dosering för vuxna, se FASS .	Forlax/Omnilax (1 dospåse=10 g makrogol)

**Movicol Jr Neutral/Laxido Jr/Lacrofarm Jr är godkända från 1-2 års ålder – ange OBS! på recept.
Forlax/Omnilax är godkända från 8 år (max 2 dospåsar/dag) – ange OBS! på recept.**

laktulos	generika, oral lösning, även receptfritt
laktitol	Importal Ex-Lax, oralt pulver, även receptfritt

Alternativen ovan är likvärdiga. Effektiv dos av laktulos varierar vanligen mellan 0,75-1,3 g/kg/dag vid funktionell obstipation. Ekvivalent dos av laktitol är densamma eller något lägre.

Ålder	Dosering laktulos oral lösning (670 mg/ml)	Ålder	Dosering Importal Ex-Lax (1 dospåse=10 g laktitol)
1 mån-1 år	2,5-10 ml/dag (eller 0,5-1 ml/100 ml ersättning)	<1 år	Använd laktulos oral lösning p.g.a. säkrare doseringsmöjligheter.
1-6 år	5-20 ml/dag	1-6 år	2,5-10 g/dag
7-11 år	10-40 ml/dag	7-11 år	5-20 g/dag
≥12 år	Som för vuxna, se FASS .	≥12 år	Som för vuxna, se FASS .
<i>Observera att godkänd maxdos för laktulos vid obstipation är 15 ml hos patienter ≥1 år – ange OBS! på recept.</i>		<i>Observera att godkänd maxdos vid obstipation är 5 g hos barn 1-6 år, samt 10 g hos barn 7-12 år – ange OBS! på recept.</i>	

Analfissur vid förstoppning

lidokain	gel/salva	Xylocain, även receptfritt
lidokain+hydrokortison	salva	Xyloproct, vid samtidig lokal irritation/klåda, även receptfritt

Analfissur är oftast en följd av förstoppningen och läker ut då denna försvinner. Lokalbehandling med lidokain med eller utan hydrokortison kan påskynda läkningen. Vid kvarstående analfissur som underhåller förstoppningen bör patienten remitteras till barnläkare. Xyloproct är ej förmånsberättigat.

Studier kring icke-farmakologisk behandling, såsom fysisk aktivitet och ökat vätskeintag, har inte givit belägg för någon effekt vid förstoppning hos barn, men underlaget är mycket begränsat [32]. Baserat på klinisk erfarenhet kan dock allmänna råd om icke-farmakologisk behandling vara av värde, och i detta avseende rekommenderas adekvat intag av fiber [26, 33, 34] och vätska [26, 35], fysisk aktivitet och ökat intag av frukt. Även studieunderlaget beträffande behandling med laxerande läkemedel är ringa och rekommendationerna baseras i huvudsak på klinisk erfarenhet.

Som initial behandling vid förstoppning finns bäst erfarenhet av natriumdokusat rektallösning (Klyx) [27]. Tänkbara alternativ är natriumcitrat (Microlax), bisakodyl (Dulcolax) och sorbitol (Resulax), men erfarenhetsmässigt är effekten sämre än natriumdokusat och/eller problem med smärta/tarmirritation större. Peroral behandling med makrogol [26] är också ett tänkbart alternativ, men fekal inkontinens och buksmärter är då vanligare [27]. Produktinformationen för natriumdokusat saknar uppgifter om behandling av barn, men natriumdokusat rektallösning har undersökts hos patienter från 4 års ålder i doser av 60 ml/dygn [27] och från 1 års ålder i doser av 30 ml/dygn [36] och det finns god klinisk erfarenhet. Administrering av natriumdokusat med hjälp av kateter leder erfarenhetsmässigt till bättre effekt. Behandlingen kan vid behov upprepas efter ett dygn. Samtidigt inleds underhållsbehandling med makrogol eller laktulos per os. Det finns belägg för bättre effekt av makrogol [37-39], men priset är högre än för laktulos. Makrogol är i Sverige godkänt för behandling av kronisk förstoppning från 6 månaders ålder (Forlax Junior) eller 1-2 års ålder (Movicol Junior och generika). Produkter avsedda för vuxna går också att använda. Laktitol är ett likvärdigt alternativ till laktulos. Laktulos är godkänt från nyföddhetsperioden medan laktitol är godkänt från 1 års ålder. Dygnsdosen har i genomförda studier av underhållsbehandling hos barn vanligen varierat mellan 0,75-1,3 g/kg/dygn för laktulos, och för makrogol 0,5-1,5 g/kg/dygn [39]. Ekvivalent dos av laktitol i förhållande till laktulos är densamma eller något lägre [40-42]. Beträffande makrogol rekommenderas juniorprodukter upp till 12 månaders ålder p.g.a. exaktare dosering, medan vuxenprodukter till lägre pris kan användas i högre åldrar. Saltinnehållet i vissa makrogolprodukter är förhållandevis lågt och utgör inget problem. Makrogol kan användas även hos barn under 6 mån men först efter diskussion med barnläkare eftersom den osmotiska effekten kan leda till salt- och vätskeförlust hos de minsta barnen [43].

Vid kronisk förstoppning kan det ta månader innan man uppnår målet, d.v.s. daglig mjuk icke smärtsam avföring. När målet är uppnått, bibehålls behandlingen förslagsvis ca 6 mån, innan den långsamt (veckor till månader) trappas ut.

Notera att förstoppning ofta är bidragande orsak till urinvägsbesvär som inkontinens, irriterad blåsa och återkommande urinvägsinfektioner. Enkopres har nästan alltid förstoppning som förklaring.

Även om vissa studier talar för att tidig pottränning skulle kunna vara en fördel för blås- och tarmtömningsfunktionen så är det viktigaste att pottränningen sker när föräldrar och barnet är motiverade och



Meklozin (Postafen) är ett antihistamin (piperazinderivat) med sedativ och antikolinerg effekt och med visad effekt vid rörelsesjuka [49]. Det är i Sverige godkänt från 6 års ålder, men kan baserat på klinisk erfarenhet användas från 2 års ålder.

DIMENHYDRINAT

Dimenhydrinat är ett antihistamin med sedativ och antikolinerg effekt och med visad effekt som profylax mot rörelsesjuka [49, 51]. Det är i Sverige endast tillgängligt som medicinskt tuggummi (Calma) och är godkänt från 12 års ålder.

PROMETAZIN

Prometazin (Lergigan) är ett antihistamin (fentiazinderivat) med sedativ och antikolinerg effekt och med visad effekt mot rörelsesjuka [49]. Det är i Sverige godkänt från 2 års ålder.

ANTIKOLINERGIKA

Skopolamin är en icke-selektiv hämmare av kolinerga receptorer i CNS [47] och som har visats ha effekt som profylax mot rörelsesjuka [52]. Den exakta verkningsmekanismen är okänd, men troligen är minskat vestibulärt stimuli av betydelse, liksom en direkt påverkan på kräkcentrum.

Transdermalt skopolamin (Scopoderm) är godkänt från 10 års ålder. Off-labelanvändning hos barn har i några publicerade fall (ålder 4-10 år) medfört toxicitet (hallucinationer, delirium, pulsökning, pupilldilatation) [53-56]. Behandlingen leder till jämna serumkoncentrationer över en tidsperiod på 72 h. Scopodermplåster måste appliceras 5-6 timmar före avfärd.

JÄMFÖRELSER MELLAN LÄKEMEDEL

Direkta jämförelser mellan olika läkemedel vid denna indikation är få. Det finns begränsade studiedata som tyder på att transdermalt skopolamin har en något bättre effekt än dimenhydrinat och meklozin [57]. Klinisk erfarenhet antyder dock att meklozin har en bättre biverkningsprofil bland ovanstående alternativa behandlingar, varför detta läkemedel rekommenderas i första hand.

SPRINGMASK

mebendazol	100 mg som engångsdos	Vermox
pyrvin*	50 mg per 10 kg kroppsvikt som engångsdos Vid vikt 5-9 kg ges 25 mg som engångsdos	Vanquin, även receptfritt (ej förmån)

Behandlingarna ovan är likvärdiga. Båda behandlingarna upprepas efter 2-3 veckor för att undvika reinfektion. Vermox kan användas hos barn från 1 års ålder trots varning i FASS. I dagsläget finns ingen lämplig behandling hos barn <1 år men behandling är sällan aktuell i denna åldersgrupp.

* Vanquin är när detta häfte trycks restnoterat, men kommer sannolikt tillbaka på marknaden.

Människan är enda värd för springmasken (*Enterobius vermicularis*) [58]. Masken, som vuxen blir ca 10 mm lång, lever i caecum och honan vandrar nattetid ut genom anus och lägger ägg perianalt. Analklåda nattetid är dominerande symtom. Vulvit och vaginit förekommer. Äggen sprids i miljön till exempel på sängkläder, i textilier och i damm och är smittsamma i flera veckor. De dör dock i direkt solljus. Man infekteras genom att svälja ner äggen. Barn återinfekteras ofta av sina egna maskars ägg, om de stoppar fingrarna i munnen efter att tidigare ha kliat sig i stjärten.

Diagnosen ställs genom inspektion av ändtarmsöppningen nattetid eller genom påvisande av äggen i området kring anus med s.k. tejpprov [58]. Tejpen trycks mot den perianala huden upprepade gånger direkt på morgonen och granskas sedan på ett objektglas för ägg i mikroskop. Vid massiv springmaskinfektion kan ibland vuxna maskar ses i feces som små smala, vita trådar.

Vanligen behandlas alla familjemedlemmar samtidigt för att förhindra reinfektion, vilket är vanligt [58]. Samtidigt med behandlingen byts sängkläder, handdukar och underkläder, och städning av sovrummet rekommenderas. Behandling består i mebendazol 100 mg som engångsdos till både vuxna och barn [59, 60]. Alternativt ges pyrvin, som är receptfritt, som engångsdos 5 mg/kg kroppsvikt till barn <40 kg, och till barn mellan 5-9 kg som engångsdos 25 mg. Pyrvin kan ges under graviditeten till skillnad från mebendazol. Båda behandlingsalternativen ska upprepas efter 2-3 veckor för att undvika reinfektion [61, 62]. Mebendazols produktinformation innehåller en varning om sällsynta fall av krampanfall som biverkning hos barn <2 år [61]. Denna åldersgräns har dock ifrågasatts, och världshälsoorganisationen (WHO) har bedömt att läkemedlet utan restriktion kan användas från 1 års ålder [63, 64]. Senare studier hos barn <2 år har inte påvisat någon risk för allvarliga biverkningar [65, 66].

ORAL CANDIDAINFEKTION

Måttlig oral candidainfektion hos ett friskt barn går som regel tillbaka av sig självt och behöver vanligen ingen särskild behandling. Efter amningsperioden är oral candidainfektion ovanligt och bör bedömas av barnläkare.

Vid uttalade eller långdragna förändringar som påverkar barnets födointag eller välbefinnande

nystatin	oral suspension	100 000 IE/ml, 1 ml x 4	generika
----------	-----------------	-------------------------	----------

Behandling ges tills symtomen försvunnit och några dagar till, vilket ofta innebär en behandlingstid på 2-6 veckor.

Oral candidainfektion (muntorsk) är vanligast hos spädbarn och är i allmänhet inte en allvarlig sjukdom [67, 68]. Det kan däremot vara obekvämt och leda till svårigheter med födointag. Candida albicans finns normalt i munnen hos omkring hälften av befolkningen. Vissa faktorer, såsom antibiotikabehandling, infektion i bröstvårta hos ammande kvinnor, eller överföring vid vaginal förlossning, kan medföra infektion hos barnet.

Oral candidainfektion med måttliga förändringar hos ett friskt barn går som regel tillbaka av sig självt och behöver vanligen ingen särskild behandling [69, 70]. Det är viktigt att mamman rengör sina bröstvårtor före och efter amning och att nappar kokas dagligen. Vid uttalade eller långdragna förändringar rekommenderas i första hand nystatin oral suspension (Nystimex/Nystatin Orifarm) 100 000 IE/ml, 1 ml 4 ggr/dag [69, 71, 72]. Detta penslas på förändringarna i barnets mun, t.ex. med en bomullsvirad pinne, och överskottet sväljs ner. Behandling ges tills symtomen försvunnit och några dagar till, vilket ofta innebär en behandlingstid på 2-6 veckor. Vid svåra förändringar som påverkar barnets sugförmåga eller välbefinnande eller om tillståndet inte svarar på denna lokalbehandling bör barnläkare kontaktas.

Andra vanligt förekommande behandlingar är med Vichyvatten eller bikarbonatlösning [69]. Denna typ av behandling har inte utvärderats i kliniska prövningar.

Lokalbehandling med gentianaviolett har också använts mycket [69, 72], och i Sverige användes vanligen en låg koncentration på 0,1% och med penslingar vid högst 2-3 tillfällen utförda av sjuksköterska eller läkare. Gentianaviolett har en visad effekt mot Candida albicans in vitro, men det vetenskapliga underlaget vad gäller effekt och säkerhet hos patienter med oral candidainfektion är för begränsat för att någon bedömning ska kunna göras. Gentianaviolett bör därför användas endast som sistahandsmedel när inget annat har fungerat.

VITAMIN D-BRIST

Profylax

Kolekalciferol	orala droppar, oljebaserad lösning, 80 IE/droppe orala droppar, vattenbaserad lösning, 80 IE/droppe	generika, t.ex. D-vitamin Olja ACO D-vitamin Vatten ACO
----------------	--	--



Livsmedelsverket rekommenderar profylaktisk behandling med vitamin D₃ (kolekalciferol) till de grupper som anges i nedanstående tabell.

Grupp	Rekommenderat dagligt tillskott av kolekalciferol
Alla barn <2 år	10 µg (400 IE)
Barn ≥2 år samt vuxna som inte äter fisk och/eller D-vitaminberikade produkter	10 µg (400 IE)*
Barn ≥2 år samt vuxna med mycket begränsad solexponering†	10 µg (400 IE)
Barn ≥2 år samt vuxna med mycket begränsad solexponering som dessutom inte äter fisk och D-vitaminberikade produkter	20 µg (800 IE)

* Uppehåll kan göras maj-augusti, men tillskott kan intas hela året.

† Personer med begränsad solexponering kan vara de som av olika skäl inte vistas utomhus, som undviker solbestrålning eller som täcker hela eller stora delar av huden med kläder när de är utomhus.

Behandling

Hos det friska barnet med normal tillväxt rekommenderar [Barnläkarföreningens delförening för endokrinologi och diabetes](#) ingen rutinmässig kontroll av vitamin D-nivåer. Vid misstanke om vitamin D-brist rekommenderas provtagning: 25(OH)-vitamin D, PTH, Ca, albumin, fosfat, ALP och eventuellt röntgen av handled.

Följande definitioner av D-vitaminstatus rekommenderas av European Society for Paediatric Endocrinology (2016):

D-vitaminstatus	Serum-25(OH)-vitamin D (nmol/l)
Vitamin D-sufficiens	>50
Vitamin D-insufficiens	30-50
Vitamin D-brist	<30

[Barnläkarföreningens delförening för endokrinologi och diabetes](#) rekommenderar behandling vid vitamin D-brist. Vitamin D-insufficiens behöver inte behandlas om kalkintaget är adekvat, men Barnläkarföreningen rekommenderar behandling även vid vitamin D-insufficiens eftersom kalkintaget ofta är lågt hos denna patientgrupp.

Vid behandling ges kolekalciferol orala droppar (samma produkter som för profylax), i nedanstående doser (doserat med doseringsspruta som kopplas till flaskan). Innehållet av kolekalciferol i de orala dropparna är ca 2500 IE/ml. Vid samtidig hypokalcemi ges tilläggsbehandling med kalcium 40-80 mg/kg/dag per os fördelat på 3 doser (max 1500 mg/dag).

Serum-25(OH)-vitamin D (nmol/l)	Barn 0-12 månader	Barn >1 år‡
<30	0,75 ml/dag i 3 månader	2 ml/dag i 3 månader
30-50	0,5 ml/dag i 3 månader	1 ml/dag i 3 månader

‡ Till äldre barn och ungdomar är ett alternativ Divisun 2000 IE/tablett. Vid S-25(OH)-vitamin D <30 nmol/l ges 2 tabletter x 1 i 3 månader. Vid S-25(OH)-vitamin D 30-50 nmol/l ges 1 tablett x 1 i 3 månader.

Det finns även högdoserade D-vitaminsdroppar, Detremin 20 000 IE/ml (800 IE/droppe) till ungefär samma kostnad som Divisun. Dessa bör användas restriktivt på grund av risk för förväxling med lågdoserade D-vitaminsdroppar vilket kan leda till överdosering.

Som underhållsbehandling efter korrigerat S-25(OH)-vitamin D ges kolekalciferol 400 IE/dag. Detta kan ges som orala droppar på samma sätt som vid profylax. Till äldre barn och ungdomar är ett alternativ Benferol 400



IE/kapsel, 1 kapsel dagligen. Vid samtidigt lågt kalkintag ges istället 1 tablett dagligen av Calcichew-D3 eller Kalcipos-D (kolekalciferol 400 IE + kalcium 500 mg per tablett). Kontrollera S-25(OH)-vitamin D efter 3 månader och 1 år. Om nivån inte har normaliserats efter 3 månader måste diagnosen omprövas, malabsorption uteslutas och följsamhet säkerställas.

Rekommendationerna i detta kapitel bygger i första hand på rekommendationer från Livsmedelsverket, [Barnläkarföreningens delförening för endokrinologi och diabetes](#), samt European Society for Paediatric Endocrinology. Rekommendationerna är inte alltid samstämmiga, och i första hand används rekommendationer från de två förstnämnda källorna.

PROFYLAX MOT VITAMIN D-BRIST

Livsmedelsverket rekommenderar profylaktiskt behandling med vitamin D₃ (kolekalciferol) till de grupper som anges i nedanstående tabell [73].

Grupp	Rekommenderat dagligt tillskott av kolekalciferol
Alla barn <2 år	10 µg (400 IE)
Barn ≥2 år samt vuxna som inte äter fisk och/eller D-vitaminberikade produkter	10 µg (400 IE)
Barn ≥2 år samt vuxna med mycket begränsad solexponering	10 µg (400 IE)
Barn ≥2 år samt vuxna med mycket begränsad solexponering som dessutom inte äter fisk och D-vitaminberikade produkter	20 µg (800 IE)

Kolekalciferol i form av orala droppar finns som olje- eller vattenbaserade produkter. Dessa är inte förmånsberättigade men kan kostnadsfritt fås via BVC upp till två års ålder.

BEHANDLING AV VITAMIN D-BRIST

[Barnläkarföreningens delförening för endokrinologi och diabetes](#) rekommenderar inte rutinemässig kontroll av vitamin D-nivåer hos friska barn med normal tillväxt, utan endast vid misstanke om vitamin D-brist [74]. Vid kontroll av vitamin D-nivåer bestäms koncentrationen av 25(OH)-vitamin D i serum. European Society for Paediatric Endocrinology definierar vitamin D-brist som 25(OH)-vitamin D i serum <30 nmol/l, vitamin D-insufficiens som 30-50 nmol/l, och vitamin D-sufficiens som >50 nmol/l [75]. Koncentrationer <30 nmol/l har associerats med en ökad förekomst av rakit liksom av förhöjt PTH.

European Society for Paediatric Endocrinology ger ingen vägledning för hur vitamin D-brist i frånvaro av rakit bör handläggas, men anger en dosering av 2000 IE/dag i minst tre månader för behandling av rakit [75]. [Barnläkarföreningens delförening för endokrinologi och diabetes](#) rekommenderar behandling av vitamin D-brist med samma dosering, d.v.s. ca 2000 IE/dag i tre månader, hos barn 0-12 månader, men med högre dosering (ca 5000 IE/dag i tre månader) hos barn >1 år [74]. Man anger att vitamin D-insufficiens inte behöver behandlas om kalkintaget är adekvat, men rekommenderar ändå behandling eftersom kalkintaget ofta är lågt hos denna patientgrupp. Den rekommenderade doseringen är då lägre än vid vitamin D-brist (ca 1200-1300 IE/dag i tre månader hos barn 0-12 månader, och ca 2500 IE/dag i tre månader hos barn >1 år). European Society for Paediatric Endocrinology ger ingen vägledning kring handläggning av vitamin D-insufficiens [75].

Hos större barn kan kolekalciferol i tablett- eller kapselform användas i stället för orala droppar. Det finns ett flertal godkända produkter på den svenska marknaden. Bland dessa rekommenderas Divisun eftersom denna produkt har en tillgänglig styrka på 2000 IE/tablett, vilket förenklar doseringen.

Vid samtidig hypokalcemi rekommenderar [Barnläkarföreningens delförening för endokrinologi och diabetes](#) tilläggsbehandling med kalciumkarbonat 40-80 mg/kg/dag fördelat på 3 doser (max 1500 mg/dag) [74]. European

Society for Paediatric Endocrinology rekommenderar i stället en standarddos vid rakit på 500 mg/dag oavsett ålder och vikt [75].

Som underhållsbehandling efter korrigerat S-25(OH)-vitamin D rekommenderar [Barnläkarföreningens delförening för endokrinologi och diabetes](#) kolekalciferol 400 IE/dag [74]. Vid samtidigt lågt kalkintag ges kombinationsbehandling med kolekalciferol 400 IE + kalcium 500 mg. Man rekommenderar kontroll av S-25(OH)-vitamin D efter tre månader och ett år. European Society for Paediatric Endocrinology kommenterar inte underhållsbehandling efter rakitbehandling, men anger att rekommenderat kalciumintag hos barn 0-12 månader bör vara 200-260 mg/dag, och >500 mg/dag hos barn >1 år, för att förhindra uppkomst av rakit [75]. De Nordiska näringsrekommendationerna rekommenderar generellt sett ett dagligt intag på 600-900 mg/dag hos barn mellan 2-13 års ålder, men det saknas rekommendation för barn <2 år [76]. Det finns två produkter (Calcichew-D3 och Kalcipos-D) som innehåller kolekalciferol 400 IE + kalcium 500 mg, med väsentligen jämförbart pris.

B BLODSJUKDOMAR

ANEMI

Anemi hos barn är inte särskilt vanligt och har delvis andra orsaker än hos vuxna. Förutom gruppen tonårsflickor med järnbristanemi på basen av rikliga menstruationer (som behandlas på samma sätt som vuxna) rekommenderas att anemi hos barn och ungdom handläggs av eller i samråd med barnläkare.

D HUDSJUKDOMAR

SVAMPINFEKTION

DERMATOFYTER (TRÅDSVAMP) – EJ TINEA CAPITIS

terbinafin		generika (kräm), även receptfritt
mikonazol		Daktar, även receptfritt
ekonazol		Pevaryl, även receptfritt
Alternativen ovan är likvärdiga.		

mikonazol+	vid initial stark klåda	generika
hydrokortison		

Diagnosen bör alltid bekräftas med svampodling eller PCR.

Peroral behandling ges vid positiv svampodling hos patienter med utbredda besvär eller terapiresistens mot lokalbehandling, men ska hanteras av dermatolog.

Vid tinea corporis, tinea pedis, tinea manuum och tinea cruris finns gott vetenskapligt stöd för lokalbehandling med terbinafin eller imidazolderivat [77]. Priserna på tillgängliga och förmånsberättigade alternativ på den svenska marknaden är jämförbara. Peroral behandling ges vid positiv svampodling hos patienter med utbredda besvär eller terapiresistens mot lokalbehandling.

DERMATOFYTER (TRÅDSVAMP) – TINEA CAPITIS

Barn med tinea capitis ska behandlas och följas upp av dermatolog.

Peroral behandling med terbinafin ges tills läkning skett, vilket kan ta 1-3 månader, och ska föregås av positiv svampodling. Som tillägg ges behandling med ketokonazolschampo.

Tinea capitis är vanligare hos barn än hos vuxna [77]. Barn med tinea capitis ska behandlas och följas upp av dermatolog. Odlingsprov eller prov för PCR skall alltid tas vid misstanke om tinea capitis (skrap från huden + uttryckta, brutna hårstrån). Det finns dokumentation för behandling av barn med terbinafin per os även om denna behandling inte är godkänd. Behandling skall fortgå tills läkning skett, vilket kan ta en till tre månader beroende på svampart. Som tillägg ges parallellt behandling med ketokonazolschampo (1 gång/dag i en vecka, därefter 2 ggr/vecka i 3-4 veckor), baserat på klinisk erfarenhet. Schampobehandling ges även till övriga, symtomfria familjemedlemmar. Barn som fått behandling insatt kan gå i skolan eller på daghem. Borstar och kammar kastas. Sängkläder, mössor och liknande tvättas i 60 grader.

NAGELSVAMP

Nagelsvamp är ovanligt hos barn. Misstänk annan åkomma och remittera frikostigt till dermatolog.

Tinea unguium (nagelsvamp) är ovanligt hos barn [78]. Misstänk annan åkomma och remittera frikostigt till dermatolog. Det finns mycket lite data om antimykotisk behandling hos barn med nagelsvamp och rekommendationerna baseras på expertutlåtanden. Specifik antifungal behandling vid nagelsvamp ges endast om svampodling eller prov för PCR är positivt. Nagelsvamp hos barn bör behandlas med peroralt antimykotikum p.g.a. risk för permanent skada på nagelanlaget.

CANDIDAINFEKTION

Candida i hud och slemhinnor förekommer främst hos blöj barn och i underlivet hos flickor från puberteten. Det ses hos andra barn främst efter behandling med antibiotika med brett spektrum eller under lång tid.

ekonazol		Pevaryl, även receptfritt
mikonazol		Daktar, även receptfritt
terbinafin		generika (kräm), även receptfritt

Alternativen ovan är likvärdiga.

mikonazol+	vid initial stark klåda	generika, även receptfritt
hydrokortison		

Diagnostiken baseras på klinik samt på odlingsprov vid atypisk klinisk bild.

Diagnostiken baseras på klinik samt på provtagning för mykologisk undersökning om den kliniska bilden inte är typisk [77]. Behandling utgörs av lokalbehandling med ekonazol/mikonazol eller terbinafinkräm under två till fyra veckor. Priserna på tillgängliga och förmånsberättigade alternativ på den svenska marknaden är jämförbara.

SEBORROISKT EKSEM

Hårbotten - spädbarn

glycerol	kräm	generika, t.ex. Miniderm, även receptfritt
----------	------	--

Hårbotten smörjs in med uppmjukande preparat på kvällen och man tvättar håret med mildt schampo på morgonen. Fjällen kammats bort med tät kam. Detta upprepas flera gånger. Har barnet skorv som sitter fast är ett alternativ uppmjukande preparat med tillsats av salicylsyra, såsom salicylsyra 1-2% kräm (den lägre styrkan till barn <1 år). Vid rodnande utslag/kraftig inflammation ges lokalbehandling med hydrokortison.

Hårbotten – barn i tonåren

ketokonazol	schampo	generika, även receptfritt
-------------	---------	----------------------------

Övriga lokaler

mikonazol+	kräm	generika, även receptfritt
------------	------	----------------------------



hydrokortison

Diagnosen är klinisk. Odlingsprov ger ingen vägledning. Komplexa fall hänvisas till barn- eller hudläkare.

Seborroiskt eksem är vanligt och uppstår oftast hos spädbarn ("skorv") under de första levnadsmånaderna, eller i samband med puberteten eller i vuxen ålder [79]. Diagnosen är klinisk [77]. Mykologisk undersökning ger ingen vägledning.

Hos spädbarn ses gulvita, fetaktiga fjäll i hårbotten, vilket kan utveckla sig till tjocka sammanhängande, skorpliknande, gulvita beläggningar [80]. De kan sprida sig ner i pannan och i ögonbrynen. Det kan finnas liknande förändringar även bakom öronen och i andra hudveck, som armhålorna och ljumskar. Problemet kan kvarstå i upp till 1-2 år varpå det som regel försvinner [79]. I puberteten/vuxen ålder är seborroiskt eksem vanligen lokaliserat till hårbotten, hårfäste, symmetriskt över ögonbryn, näsvingar, bakom öronen och kring yttre hörselgången [81].

Behandling av seborroiskt eksem hos spädbarn är mycket ringa undersökt och rekommendationerna kring behandling grundar sig i huvudsak på klinisk erfarenhet. Seborroiskt eksem i hårbotten hos spädbarn kan avhjälpas med fet salva eller olja [79, 80]. Man smörjer in hårbotten på kvällen, tvättar håret med mild schampo på morgonen och kammar bort fjällen med en tät kam. Detta får upprepas flera gånger. Har barnet skorv som sitter fast är ett alternativ uppmjukande preparat med tillsats av salicylsyra. Vid rodnande utslag/kraftig inflammation används svag kortisonkräm (grupp I) [80].

Vid seborroiskt eksem i hårbotten i samband med puberteten rekommenderas i första hand ketokonazolchampo, som är bäst undersökt i kliniska studier. Det ges två gånger per vecka i fyra veckor och därefter underhållsbehandling cirka en gång per vecka [77, 79, 82].

Vid hudförändringar på andra lokaler rekommenderas i första hand mikonazol+hydrokortison kräm två gånger dagligen till symtomfrihet, i regel cirka tre till fyra veckor [77]. Behandling med kombinationen mikonazol+hydrokortison medför signifikant mindre risk för recidiv än enbart hydrokortison. Flera studier har visat att imidazolpreparat utan steroidtillsats också är effektiva vid behandling av hudförändringar. Komplexa fall hänvisas till barn- eller hudläkare.

BLÖJEKSEM

Håll huden torr och skyddad genom täta blöjbyten och blöjfria intervall om möjligt. Använd i första hand högabsorberande blöjor. Vid rengöring av stjärten används bad- och duscholja eller mild tvättkräm utan parfym, och man luftar tills huden är helt torr. Som hudskyddande medel kan fet salva innehållande zinkoxid/titandioxid [t.ex. Inotyl m.fl. (receptfri) och Zinksalva APL (inom förmånen)] användas.

Vid aktiva eksem ges behandling enligt samma princip som beskrivs i kapitlet [Atopiskt eksem](#). För behandling av bakteriell infektion och svampinfektion, se kapitlen [Perianal streptokockinfektion \("stjärtfluss"\)](#) och [Svampinfektion](#).

Blöjeksem är ett av de vanligaste dermatologiska problemen i spädbarnsåldern [83-85] och kan ge upphov till betydande obehag och sekundärinfektioner. Den vanligaste orsaken är irriterande kontakteksem, och behandlingen går ut på att hålla huden torr och skyddad. Täta blöjbyten är viktiga för att minska hudens exponering för urin och feces och för att hålla huden torr. Blöjfria intervall är önskvärdt men kan vara svårt att genomföra i praktiken. Vid rengöring av stjärten används bad- och duscholja eller mild tvättkräm utan parfym, och man luftar tills huden är helt torr. Riktig applikation av fet salva innehållande zinkoxid eller titandioxid kan användas för att förhindra kontakt med huden av irriterande ämnen, för att utestänga fukt och för att förhindra dermal vattenförlust. Använd i första hand högabsorberande blöjor. Vid aktivt irriterande eksem ges behandling enligt samma princip som beskrivs i kapitlet [Atopiskt eksem](#). Bland tillgängliga feta salvor med zinkoxid/titandioxid är endast Zinksalva APL förmånsberättigat. Kliniskt kan det vara svårt att skilja kontakteksem från svampinfektion i blöjeregionen.

SVAMPINFEKTION I BLÖJOMRÅDET

De flesta svampinfektioner i blöjområdet orsakas av Candida [83]. Behandling ges enligt kapitlet [Svampinfektion](#). Som tilläggsbehandling ges barriärskyddande salva med exempelvis zinkoxid.

IMPETIGO

Vid återkommande besvär med hudinfektioner är förklaringen många gånger ett underbehandlat eksem som ger en försämrad hudbarriär. En förbättrad eksemkontroll är då viktig för att förebygga framtida infektioner.

Förstahandsval

Noggrann uppblötning och borttagning av krustor med tvål och vatten. Naglar bör klippas korta och impetigoförändringarna täckas med förband, för att minska risken att barnet kliar på förändringarna. Om ca 5 dagars behandling har otillräcklig effekt väljs andrahandsvalet.

Andrahandsval då lokal rengöring inte har tillräcklig effekt

fusidinsyra 2-3 ggr/dag i 7 dagar Fucidin (kräm, 2%)
Behandlingen kombineras med lokal sårvård, tvål och vatten.

Peroral behandling med antibiotika ges endast vid utbredd och/eller progredierande impetigo, samt impetigo som inte svarat på första- och andrahandsvalet. I dessa fall ges flukloxacillin 25 mg/kg x 3 i 7 dagar (max 3 g/dygn). Ett alternativ för barn som inte kan ta tabletter och där den beska smaken av flukloxacillin mixtur inte tolereras är cefadroxil 15 mg/kg x 2 i 7 dagar (max 1 g/dygn). Cefadroxil medför dock sannolikt en högre risk för selektion av resistent bakterier såsom ESBL-producerande tarmbakterier. Vid penicillinallergi typ I ges klindamycin 5 mg/kg x 3 i 7 dagar (max 900 mg/dygn). Peroral behandling kombineras alltid med lokal sårvård, tvål och vatten.

Rekommendationerna baseras på [Läkemedelsverkets, Folkhälsomyndighetens och STRAMAs rekommendationer](#).

Om rengöring med tvål och vatten och borttagning av krustor är otillräckligt rekommenderas lokal antibiotikabehandling med fusidinsyra [86]. Fusidinsyra ges 2-3 gånger dagligen i sju dagar. Andelen *S. aureus* som för närvarande är resistent mot fusidinsyra är <5 % i Sverige.

Peroral behandling med antibiotika ges endast vid utbredd och/eller progredierande impetigo, samt impetigo som inte svarat på lokal sårvård och lokalbehandling med fusidinsyra [86]. Förstahandsval för barn är då flukloxacillin 75 mg/kg/dygn fördelat på tre doser i 7 dagar. Denna dosering skiljer sig från ePED, som för hud- och mjukdelsinfektioner (specifik dosering för impetigo saknas) anger 30-51 mg/kg/dygn, med maxdosering 3 g/dygn [87]. För barn som inte kan ta tabletter och där den beska smaken av flukloxacillinmixtur inte tolereras är ett alternativ cefadroxilmixtur 30 mg/kg/dygn fördelat på två doser i 7 dagar [86], med maxdosering 1 g/dygn [88]. Cefadroxil medför dock sannolikt en högre risk för selektion av resistent bakterier såsom ESBL-producerande tarmbakterier [86]. Vid penicillinallergi typ I ges klindamycin 15 mg/kg/dygn fördelat på tre doser i 7 dagar, med maxdos 900 mg/dygn [89].

Impetigo kan spridas till andra personer vid direktkontakt och det är viktigt med god handhygien [90, 91]. Patienten bör använda egen tvål och inte dela handduk med någon annan. Byt handduk och sängkläder ofta. Papperstvättlapp kan användas som engångshandduk. Utslagens omfattning, var de sitter och barnets ålder avgör om barnet behöver vara hemma från förskolan.

ATOPISKT EKSEM

Förstahandsval

Mjukgörande medel

glycerol Miniderm och generika (fetthalt kräm 24%), även receptfritt
karbamid+krämbas Karbamid i Essex, 2% (fetthalt kräm 30%), även receptfritt se [ATL](#)

propylenglykol

Propyless/Propyderm/Oviderm, även receptfritt

Mjukgörande medel utgör grunden i behandlingen. Vid lindrigt eksem och torrsprickor är detta ofta tillräckligt. Man bör smörja ofta och använda rikligt med kräm och massera in den i huden. Karbamidhalten i mjukgörande medel bör hos barn vara högst 2% av följsamhetsskäl, eftersom många upplever att de svider. Miniderm är ett alternativ för framförallt små barn p.g.a. mindre problem med sveda. För propylenglykol finns viss dokumentation som visar likvärdig effekt med karbamid innehållande preparat. Barn kan dock uppleva sveda vid användningen.

Mängd preparat (gram) som behövs för behandling två gånger dagligen i en vecka. Observera att mjukgörande kan ha en större åtgång än vad som anges i tabellen.

Ålder	Hela kroppen	Bålen	Armar och ben
6 mån	35	15	20
-4 år	60	20	35
-8 år	90	35	50
-12 år	120	45	65
Vuxen (70 kg)	170	60	90

Lokala glukokortikoider

hydrokortison	grupp I	generika, även receptfritt
klobetason	grupp II	Emovat
mometason	grupp III	generika, t.ex. Ovixan

Steroider behövs vid rodnad och klåda. Hydrokortison kan användas kontinuerligt över stora hudpartier, även i ansiktet och runt ögonen, utan att huden påverkas negativt eller att steroid mätbart tas upp systemiskt. Det är viktigt att upplysa föräldrar om detta.

Vid svårare eksem ges starkare steroid. Initialt väljs en tillräckligt hög styrka för att snabbt dämpa eksemet, varpå man antingen glesar ut behandlingen eller övergår till ett preparat med lägre styrka. Det är i regel enklast att behålla samma preparat och glesa ut behandlingen för att sedan vid behov övergå till hydrokortison som underhållsbehandling, enligt nedanstående förslag. Vid recidiv återinsätts behandlingen och det kan då räcka med kortare tids behandling (2-4 dagar).

Daglig smörjning med starkare steroid bör hos barn inte överstiga två veckor, men är då säker att använda. Om behandling med grupp I-steroid vid eksem i ansikte, hals eller i känsliga hudveck har otillräcklig effekt kan behandling med kalcineurinhämmare övervägas (se Andrahandsval). Om man bedömer att behandling med starkare steroid är nödvändig på dessa lokaler bör patienten remitteras till dermatolog/barnläkare. Undvik lokalbehandling med antibiotika vid sekundärinfekterat eksem.

Förslag på doseringsschema med topikal grupp III kortikosteroid vid svårare eksem när behandling initieras. Behandlingen kombineras med mjukgörande.

Vecka	Antal smörjningar
1	1 gång/dag
2	1 gång varannan dag
3	2 gånger/vecka
4-	Övergå vid behov till hydrokortison

Andrahandsval

takrolimus	Protopic 0,03%
pimekrolimus	Elidel



Lokalbehandling med calcineurinhämmare kan vara bra alternativ vid eksem i ansikte, hals eller i känsliga hudveck då grupp I-steroid har otillräcklig effekt. Kan användas på barn över 2 år. Ska ej appliceras på infekterad hud. Exponering för solljus bör minimeras.

Allmänna synpunkter

Ett centralt begrepp vid atopiskt eksem är den onda klådcirkeln vilket innebär att eksemet kliar och barnet river upp huden, ofta i sömnen. Den skadade huden driver eksemet och cirkeln sluts. Det är av yttersta vikt att förhindra uppkomst av klådcirkeln. Detta åstadkoms genom att instruera föräldrarna att vara aktiva och vid försämring smörja med den starkaste steroid man har bedömt att barnet behöver.

Atopiskt eksem är vanligt under de första levnadsåren. I många fall förbättras eller försvinner eksemet när barnet blir äldre. Det är viktigt att poängtera för föräldrarna att det inte finns någon botande behandling. Målet är att hålla barnet symtomfritt. Vid otillräcklig effekt av behandlingen rekommenderas remiss till barnläkare/dermatolog.

Det saknas data för att kunna avgöra om något enskilt mjukgörande preparat eller glukokortikoid är att föredra framför ett annat, varför de rekommenderade läkemedlen i huvudsak baseras på klinisk erfarenhet och pris.

Lokalbehandling av atopiska eksem inriktas på olika symtom i hudsjukdomen, det vill säga behandling av klåda, eksem och torr hud [92]. Den torra hudens försämrade barriärfunktion förbättras genom daglig smörjning med mjukgörande medel. Eksem liksom klåda behandlas i första hand genom smörjning med glukokortikoidpreparat. Initialt väljs ett preparat med tillräckligt hög styrka för att snabbt dämpa eksemet, varpå man kan välja att antingen glesa ut behandlingen eller övergå till ett preparat med lägre styrka.

Vid torrt eksem ges grupp I-II-steroid i kräm, fet kräm eller salva 1-2 ggr/dag [92]. Vätskande eksem baddas med koksaltlösning eller alsollösning 10 mg/ml, 1-2 ggr/dag i ett par dagar, och grupp I-II-steroid i kräm ges 2-3 ggr/dag i ca 10 dagar följt av nedtrappning till svagare steroid under några veckor. Vid svåra symtom ges grupp III-steroid initialt, men hos späd- och småbarn bör man ej använda starkare steroid än grupp II utan kontakt med dermatolog/barnläkare [93].

Vid eksem i ansiktet ges Grupp I-steroid i kräm 1-2 ggr/dag i ett par veckor [92]. Om starkare steroid övervägs bör patienten remitteras till dermatolog/barnläkare.

MJUKGÖRANDE MEDEL

Patienter med atopiska eksem har ofta en defekt hudbarriär som bl.a. orsakas av förändringar i hudens lipidsammansättning [92]. Detta leder till ökad avdunstning från huden med uttorkning som följd och risk för utveckling av eksem. Det är därför lämpligt att använda mjukgörande medel för att temporärt förstärka hudbarriären och därmed förhindra uttorkning. Mjukgörande medel har även en klådstillande effekt.

Mjukgörande medel baseras på lipider och i många fall även vattenbindande ämnen (karbamid, propylenglykol eller glycerol) [92]. Beroende på grad av lipidinnehåll klassificeras de som salva, fet kräm, kräm eller kutan emulsion (lotion). Fetthalten bör vara minst 20% för att ha effekt. Smörjning med mjukgörande medel bör ske en till flera gånger dagligen och omedelbart efter bad och dusch samt när huden känns torr. Hos barn är produkter innehållande högst 2% karbamid att föredra av följsamhetsskäl, eftersom många barn upplever att de svider. Bland de tillgängliga produkter som har detta innehåll rekommenderas Karbamid i Essex kräm, 2%, till följd av lägst pris och tillgängligheten till större förpackningsstorlek i form av behållare med dospump. Miniderm kan ses som ett alternativ för framförallt små barn p.g.a. mindre problem med sveda. För propylenglykol finns viss dokumentation som visar likvärdig effekt med karbamidinnehållande preparat [94]. Barn kan uppleva sveda vid användning av propylenglykol, men i övrigt föreligger inga hinder att använda propylenglykol till barn. Det finns ingen väsentlig prisskillnad mellan olika produkter innehållande propylenglykol.

LOKALA GLUKOKORTIKOIDER



Lokala glukokortikoider har antiinflammatorisk och klådstillande effekt vid behandling av atopiska eksem [92]. Effektmässigt kan glukokortikoider för lokalbehandling delas in i fyra grupper: milda (I), medelstarka (II), starka (III) och extra starka (IV). Målet med behandlingen är att patienten inte längre ska besväras av sitt eksem, d.v.s. vara helt eller så gott som helt symtomfri, under så lång tid som möjligt. Lokala glukokortikoider bör inte utsättas förrän man uppnått klinisk läkning. Upprepade behandlingsperioder blir ofta nödvändiga. Rätt använda har lokala glukokortikoider få lokala biverkningar och ringa systempåverkan [93, 95]. Om behandlingsmålet inte kan uppnås bör dermatolog/barnläkare konsulteras.

Hydrokortison kan användas kontinuerligt över stora hudpartier utan att huden påverkas negativt eller att steroid mätbart tas upp systemiskt [92, 96]. Det är viktigt att upplysa föräldrar om detta. Hydrokortison kan även användas i ansiktet och runt ögonen.

Vid svårare eksem måste man komplettera med starkare steroid i perioder, och man smörjer dagligen tills eksemet förbättras. Därefter kan man glesa ut behandlingen eller övergå till hydrokortison som underhållsbehandling. Daglig smörjning med starkare steroid bör hos barn inte överstiga två veckor [93], men är då säker att använda. Frekvensen av smörjningar skall vara tillräcklig för att bibehålla klådfrihet och fortsatt reduktion av eksemtecken. Bland grupp II-steroider används ofta av tradition klobetason (Emovat), och bland grupp III-steroider mometason. Bland tillgängliga produkter innehållande mometason har Ovixan erfarenhetsmässigt goda kosmetiska egenskaper.

KALCINEURINHÄMMARE

Lokalbehandling med kalcineurinhämmare (takrolimus, Protopic och pimekrolimus, Elidel) kan vara bra alternativ vid eksem i ansikte, hals eller i känsliga hudveck då grupp I-steroid har otillräcklig effekt [92, 97]. Kan användas på barn över 2 år. Takrolimus 0,03% (Protopic) motsvarar grupp II-III-steroid, medan pimekrolimus 1% (Elidel) motsvarar grupp I-II-steroid [97]. Används 2 gånger dagligen tills eksemet försvunnit eller upp till 3 veckor. Vid återkommande ansiktseksem kan man underhållsbehandla 2 dagar/vecka för att förebygga recidiv. Exponering av huden för solljus bör minimeras [98].

ANTIISTAMIN

Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma effekten av behandling med antihistamin administrerat systemiskt vid eksemrelaterad klåda [99, 100]. Icke-sederande antihistamin tycks inte ha någon väsentlig effekt i de fåtal studier som har genomförts. Baserat på klinisk erfarenhet kan man under korta perioder ge sederande antihistamin (hydroxizin, Atarax) till natten mot intensiv klåda vid eksemförsämring innan smörjbehandlingen fått effekt.

PARABENER

Parabener är ämnen som används som konserveringsmedel i bl.a. kosmetika och krämer [101]. Det har funnits en diskussion om en eventuellt hormonstörande effekt av parabener, f.f.a. genom östrogenliknande effekter. I undersökningar in vitro och i försöksdjur har man observerat en dylik effekt av parabener, men potensen har varit tusen till miljoner gånger lägre än den som ses för naturligt östrogen [102, 103]. Denna effekt tycks öka med längden på parabenmolekylen.

Den europeiska vetenskapliga kommittén för konsumentssäkerhet har bedömt att användning av de mindre parabenämnen metyl- och etylparaben är säker i de koncentrationer som tillåts inom EU (8 g paraben per kg produkt, där inget enskilt paraben får överskrida 4 g/kg) [101]. Kommittén har också tillåtit användning av större parabensubstanser (propyl- och butylparaben), men i lägre koncentration (1,9 g/kg). Kommittén bedömer också att användning av parabeninnehållande kosmetika inte utgör någon hälsorisk för barn i någon åldersgrupp, men att det inte går att utesluta en teoretisk risk hos barn <6 månader om dessa produkter används i blöjområdet. P.g.a. bristfälliga data har det inte gått att bedöma den eventuella risken för större, mindre använda parabener (isopropyl-, isobutyl-, bensyl-, pentyl- och fenylparaben).

† Subventioneras endast om kombinationsbehandling med bensoylperoxid och retinoid (t.ex. adapalen) haft otillräcklig effekt eller inte är lämplig.

Rekommendationerna kring behandling av akne baseras på Läkemedelsverket och Folkhälsomyndighetens rekommendationer [104]. Studiedata beträffande effekt och säkerhet hos barn <12 år är mycket begränsade och rekommendationerna baseras huvudsakligen på klinisk erfarenhet och extrapoleringar från studiedata hos barn >12 år och vuxna [105].

KOMEDOAKNE

Vid komedoakne är adapalen förstahandspreparat [104]. Adapalen har en initial lokalirriterande effekt vilket kan lindras med glesare applikationer de första veckorna. Adapalen minskar bildningen av mikrokomedoner.

MILD PAPULOPUSTULÖS AKNE

Bensoylperoxid (Basiron AC), adapalen (Differin) och azelainsyra (Skinoren) har dokumenterad effekt [104]. Kombinationen av adapalen+bensoylperoxid är effektivare än behandling med enbart adapalen respektive bensoylperoxid. Adapalen + bensoylperoxid i fast kombination (Epiduo) underlättar behandlingsföljsamhet. Basiron AC är inte förmånsberättigad. Bensoylperoxid och adapalen har båda en initial lokalirriterande effekt vilket kan lindras med glesare applikationer de första veckorna. Azelainsyra kan vara ett alternativ när patienten inte tolererar bensoylperoxid och adapalen, men har en långsammare insättande effekt (>4 veckor). I allmänhet bör ovanstående läkemedel appliceras en gång dagligen.

MEDELSVÅR PAPULOPUSTULÖS AKNE

Förstahandspreparat är kombinationen bensoylperoxid och adapalen [104]. Effekten bör utvärderas efter sex veckor. Kombinationerna bensoylperoxid och klindamycin (Duac) eller tretinoin och klindamycin (Acnatac) är andrahandsmedel på grund av antibiotikainnehållet, med risk för påverkan på mikrobiota (tidigare benämnd normala mikrofloran) och ska användas i högst tre månader. Klindamycin ska aldrig ges som topikal monoterapi på grund av risken för resistensutveckling hos *P. acnes*. Flickor i fertil ålder som använder Acnatac måste enligt produktinformationen använda en effektiv preventivmetod under behandlingstiden och fram till 1 månad efter avslutad behandling.

Om tillräcklig effekt inte uppnåtts efter 6-12 veckors behandling med topikala produkter trots god följsamhet, kan perorala antibiotika (lymecyklin, tetracyklin) under begränsad tid övervägas [104]. Detta ska alltid ges tillsammans med lokalbehandling för att uppnå en bättre effekt. Kombinationen med bensoylperoxid är särskilt gynnsam eftersom den kan reducera risken för uppkomst av resistensutveckling hos *P. acnes*. Systemisk och topikal antibiotikabehandling ska aldrig kombineras, för att undvika multiresistens hos *P. acnes*. Om god klinisk effekt uppnås pågår behandlingen med perorala antibiotika i tre månader [104]. Fortsatt behandling med topikal terapi är avgörande för att förebygga återfall och kan fortsätta under lång tid. Systemisk antibiotikabehandling bör om möjligt inte ges mer än under sammanlagt högst två tremånadersperioder. Om klinisk effekt uteblir efter 6-8 veckors behandling eller om effekten är otillräcklig efter tre månader remitteras patienten till hudläkare.

Behandling med erytromycin rekommenderas inte på grund av hög risk för resistensutveckling [104]. Undantag kan dock övervägas under sen graviditet och amning. Peroralt klindamycin har ingen plats i akneterapi.

SVÅRARE AKNE

Vid svår papulopustulös akne kan lymecyklin eller tetracyklin, kombinerat med topikala produkter, ges under sammanlagt högst två perioder à tre månader [104]. Vid terapivikt, vid flera nodulära och nodulocystiska lesioner, tendens till ärrbildning och i synnerhet vid svår nodulär/nodulocystisk akne bör patienten bedömas av hudläkare.

KOMBINERADE HORMONELLA MEDEL

Kombinerade hormonella medel, d.v.s. produkter som innehåller östrogen och gestagen, kan för de med behov av antikonception vara ett alternativ vid akne [104]. Det finns kombinerade hormonella medel som innehåller etinylestradiol och cyproteron (Diane, Zyrona) som har indikation akne, men alla kombinerade preventivmedel som innehåller etinylestradiol har god effekt på akne. Effekt ses efter 3-6 månaders behandling.

Vid förskrivning av kombinerad hormonell preventivmetod till patient med akne bör preparat innehållande gestagenerna drospirenon eller desogestrel väljas p.g.a. bättre effekt på akne, jämfört med kombinerad hormonell metod som innehåller gestagenet levonorgestrel [104]. Kombinationer som innehåller etinylestradiol är effektivare än kombinationspreparat som innehåller estradiol.

Då det finns en liten ökad risk för venös tromboembolism (VTE) bör kombinerade hormonella preventivmetoder i första hand ges till de med akne, som också har behov av antikonception och som saknar riskfaktorer för VTE. VTE-risken är högre med de kombinationer som innehåller cyproteron, drospirenon och desogestrel jämfört med kombinationer som innehåller levonorgestrel [104]. Hormonbehandlingen bör kombineras med komedolytiskt medel (adapalen).

Om ett kombinerat aknepreparat som innehåller gestagenet cyproteron förskrivs, ska patienten inte samtidigt använda något hormonellt preventivmedel [104]. Preventivmedel som enbart innehåller gestagen har ingen effekt på akne och kan till och med orsaka/försämra akne.

HUVUDLÖSS

Förstahandsval

Medicintekniska produkter innehållande dimetikon

Hedrin, Nyda

Andrahandsval

bensylbensoat+disulfiram

Tenutex, även receptfritt

Ovanstående behandlingar kombineras med luskamning. Behandla alla som har löss i en familj eller grupp samtidigt för att minska risken för återsmitta.

Rekommendationerna baseras på [Läkemedelsverkets rekommendation](#). För allmänna råd, se www.1177.se.

I första hand används medicintekniska produkter innehållande dimetikon som appliceras i hårbotten [110]. I andra hand används läkemedel innehållande kombinationen bensylbensoat och disulfiram (Tenutex). Samtidigt med behandlingen byts sängkläder, handdukar och kläder, och städning av sovrummet rekommenderas. Kammar och borstar tvättas. Med tanke på huvudlusens främsta spridningsväg (närkontakt huvud mot huvud) behöver dock inget stort fokus läggas på hygienåtgärder [90].

MEDICINTEKNISKA PRODUKTER

Medicintekniska produkter innefattar luskam, samt produkter för applicering i hårbotten [110]. De senare kan bestå av dimetikon (silikonolja) eller växtoljor (vegetabiliska och eteriska) eller kombinationer av dessa i en och samma produkt. Verkningsmekanismen för dimetikonprodukterna är omdiskuterad. Såväl kvävning som osmotisk verkan på lössen har hävdats. Publicerade studier har visat att dimetikonprodukter är effektiva när de används korrekt. Vegetabiliska oljor uppges ha en kvävande verkningsmekanism även om annan verkan också är tänkbar för framför allt de eteriska oljorna. Publicerad dokumentation kring effekter av medicintekniska produkter baserade på vegetabiliska oljor är sparsam. Läkemedelsverket rekommenderar i sin behandlingsrekommendation att i första hand välja produkter innehållande dimetikon, p.g.a. den bättre dokumentationen.

LÄKEMEDEL

För behandling vid huvudlöss finns ett godkänt läkemedel - ett kombinationspreparat med bensylbensoat och disulfiram som kutan emulsion. Läkemedlet verkar genom att förhindra att ägg utvecklas till löss [110]. Det finns för närvarande inga uppgifter om resistensutveckling mot kombinationen bensylbensoat och disulfiram.

SKABB

bensylbensoat+disulfiram

Tenutex

Mikroskopiskt påvisande av levande skabbdjur skall utföras innan behandling insätts. Vid diagnostikproblem tas kontakt med dermatolog. När skabb påvisats insätts behandling med kutan emulsion Tenutex (bensylbensoat+disulfiram) [111, 112]. Alla familjemedlemmar och nära kontakter behandlas. Kvarstående klåda och eksematisering på grund av den immunologiska reaktionen är vanlig flera veckor efter behandlingen och för behandling av detta rekommenderas en grupp II-III-steroid. Efter behandlingen tvättas kläder, sängkläder och handdukar i 60 grader [113]. Sådant som använts och inte kan tvättas, till exempel skor och handskar, ska vädras i 2-3 dygn. Tenutex smörjs in över hela kroppen, utom huvudet, när det gäller vuxna och äldre barn. Hos spädbarn smörjs även huvudet in. Medlet ska sitta kvar i ett dygn. Behandlingen kan behöva upprepas efter en vecka.

URTIKARIA

cetirizin	tablett	generika, även receptfritt, ≥ 6 år
desloratadin	tablett	generika, även receptfritt, ≥ 12 år
desloratadin	munsönderfallande tablett	Caredin, om vanliga tabletter inte kan tas, ≥ 6 år
desloratadin	mixtur	Aerius, om tabletter inte kan tas, ≥ 1 år

Barn < 1 år kan behandlas med Aerius mixtur i lägre dos (1 mg=2 ml) även om detta inte är godkänt enligt FASS. Ange OBS! på recept.

Ovanstående icke-sederande antihistaminer är likvärdiga alternativ och används vid urtikaria som inte snabbt går över. Vid svårare urtikaria eller otillräcklig effekt kan desloratadin ges i dubbel maxdos och därmed i högre dos än vad som omnämns i FASS. Ytterligare dosökning av desloratadin kan övervägas i samråd med barnläkare eller hudläkare. Ange OBS! på recept. Vid svår klåda kan man ge sederande antihistamin (hydroxizin, Atarax), även till barn under ett år.

Cirka 20% av alla barn drabbas av en eller flera urtikariaepisoder. Oftast kan man inte påvisa någon yttre genes till episoden. Ibland kan dock urtikaria komma i samband med en infektion eller bero på exponering för ett allergen.

Eftersom aktivering av mastceller och basofila leukocyter anses vara den primära patofysiologiska faktorn i de flesta former av urtikaria består förstahandsterapien av icke-sederande H_1 -antihistaminer [114]. Vid otillräcklig effekt kan man behöva gå upp i högre doser än vad som omnämns i FASS snarare än byta till annat preparat [114]. Det finns inga jämförande studier som ger belägg för någon väsentlig skillnad mellan olika icke-sederande H_1 -antihistaminer på den svenska marknaden, varför i huvudsak priset avgör preparatval. Generiskt cetirizin, loratadin och desloratadin har lägst pris. Desloratadin är den aktiva metaboliten av loratadin. Desloratadin (Aerius) mixtur är ett alternativ till små barn som inte kan inta tabletter. Godkänd indikation föreligger från 1 års ålder, och i USA från 6 månaders ålder i doseringen 1 mg för åldersgruppen 6-11 månader [115]. Cetirizin (Zyrlex) är också tillgängligt som oral lösning men med godkänd indikation från 2 års ålder. Priset är väsentligen detsamma som för Aerius.

Desloratadin kan vid svårare urtikaria eller vid otillräcklig effekt ges i dubbel maxdos, och därmed i högre dos än vad som anges i FASS [116]. Ytterligare dosökning av desloratadin kan göras efter samråd med barnläkare eller hudläkare.

PRIMÄR ENURES/INKONTINENS

Icke-farmakologisk behandling
desmopressin

Enureslarm
Minirin (smältabletter)
Nocutil (tabletter)

Normala doser av Minirin smältablett är 120-240 µg/dag, och för Nocutil tablett 0,2-0,4 mg/dag.

Alternativen ovan är likvärdiga.

Vid enures och/eller daginkontinens hos barn utesluts infektion, anatomiska avvikelser samt förstoppning och vid nytillkomna besvär även diabetes. Förstoppning ska uteslutas även om barnet har daglig avföring. Vid daginkontinens görs försök att etablera regelbundna blåstömningrutiner. Upprättande av ett schema rekommenderas. Behandling av enures utgörs av enureslarm eller peroralt desmopressin. Flera faktorer påverkar valet av behandling, läs mer i [vårdprogram för enures från Svenska Enuresakademien](#).

Nasala beredningsformer (spray och droppar) av desmopressin ska ej användas på grund av en högre risk för allvarliga biverkningar (hyponatremi och vattenintoxikation) jämfört med oral beredningsform. Behandling med antikolinergika bör handläggas av barnläkare.

Vid enures finns två alternativa förstahandsbehandlingar: enureslarm eller desmopressin [117]. Om första valet av behandling inte fungerar bör andra alternativet prövas, och vice versa. Fungerar varken alarmer eller desmopressin behöver barnet träffa en barnläkare för ställningstagande till behandling med andrahandsbehandlingar.

ENURESLARM

Enureslarm är en väl fungerande och billig behandling [117, 118]. En fuktavkännare väcker barnet när miktionen påbörjas och det blir vått i sängen/byxan. Målet är att utveckla en betingad reflex, så att full blåsa ger uppvaknande. Om inte effekt erhållits inom 1-2 månader bör behandlingen avbrytas för att eventuellt återupptas senare.

DESMOPRESSIN

Desmopressin hämmar diuresen, minskar urinvolymen nattetid och reducerar antalet nätter barnet kissar på sig med i genomsnitt 1,3 per vecka [119]. Behandlingen påbörjas när barnet känner sig besvärat av att "kissa på sig" nattetid och själv vill prova behandling, ofta vid 6-7 års ålder. Desmopressin ges till natten som tablett (0,2-0,4 mg) eller munsönderfallande tablett (120-240 µg) [117]. Den nasala beredningsformen av desmopressin har större biotillgänglighet än den orala [120]. Nasal beredningsform ska ej användas på grund av en högre risk för allvarliga biverkningar (hyponatremi och vattenintoxikation) jämfört med oral.

Vätskeintaget bör minimeras från 1 timme innan dosen ges och under natten, annars finns risk för vätskeretention. Behandlingen kräver ofta lång tid, ibland flera år, men uppehåll för att utvärdera effekten bör ske (t.ex. med 3 månaders intervall och 1 veckas uppehåll). För barn som bara kissar på sig ibland är det ofta tillräckligt att ge desmopressin inför övernattnings hos kompisar, vid lägervistelse, etc. I terapiresistenta fall remitteras patienten till barnläkare.

DYSMENORRÉ

ibuprofen
naproxen

generika
generika

även receptfritt
även receptfritt

Alternativen ovan är likvärdiga. Diklofenak bör undvikas p.g.a. hög risk för negativa miljöeffekter.

- miktionsbesvär (uttömningssvårigheter eller ballonering med efterdropp)
- smärta vid erektion
- upprepade balaniter.

Vid behandling med steroidsalva retraheras förhuden försiktigt och man gnider ett tunt lager på förhuden ända upp till ollonkanten [131]. De steroider som oftast har ingått i kliniska studier är grupp III-IV-steroider, där klobetasol (0,05%) en gång dagligen är den grupp IV-steroid och betametason (0,05-0,1%) två gånger dagligen är den grupp III-steroid som oftast har studerats, men även steroider av lägre styrka tycks fungera [133]. Tjänjning kan påbörjas försiktigt efter några dagar (brukar gå bättre efter 2 veckor) [131]. Behandlingen ges en gång per dag i 4-6 veckor [132]. Om behandlingen haft viss effekt men om det fortfarande inte är helt lätt att dra tillbaka förhuden kan behandlingen med krämen fortsätta ett par veckor till. Återfall förhindras genom daglig retraktion [131]. Läkning sker hos över 90%. Arbetsgruppen för Rekommenderade läkemedel för barn rekommenderar klobetasol p.g.a. enklare dosering.

Om lokalbehandlingen har otillräcklig effekt skrivs remiss till urolog eller kirurg [132].

J INFEKTIONER

INLEDANDE SYNPUNKTER

Dessa rekommendationer avser i första hand handläggningen av patienter utan allvarlig underliggande sjukdom i öppenvård. Rekommendationerna är avsedda som beslutsstöd till sjukvården och behandlande läkare, men ersätter inte den kliniska bedömningen av en individuell patient.

Antibiotikabehandling ska ske på strikta indikationer och alla former av behandling "för säkerhets skull" måste undvikas. Barnet ska inte i onödan exponeras för antibiotika. Vid osäkerhet välj i stället täta kontakter för uppföljning av sjukdomsförloppet. Enklare bakterieinfektioner läker oftast av sig själva.

Notera också att friska barn i förskoleåldern i hög utsträckning är koloniserade i näsan med de vanliga luftvägspatogenerna; *Pneumokocker*, *Hemofilus* och *Moraxella*. Att antibiotikabehandla enbart p.g.a. förekomst av bakterier i nph-odling är direkt felaktigt. Informera föräldrarna om att barn i förskoleåldern normalt kan ha över tio infektioner om året. Barn som har friska perioder mellan infektionerna (om än korta), växer som de ska, och inte infekteras med ovanliga patogener eller får svåra infektioner behöver inte utredas.

ANTIBIOTIKARESISTENS

Bakterier som utvecklat motståndskraft, resistens, mot antibiotika är ett växande folkhälsoproblem som orsakar ökad sjuklighet och dödlighet. Antibiotikaanvändning är kopplat till såväl uppkomst som spridning av resistens. Därför är det viktigt att antibiotika används rationellt - bara när det behövs och på rätt sätt. Det preventiva arbetet med vårdhygien och goda hygienrutiner i samhället går hand i hand med arbetet att bromsa resistensutvecklingen. Genom att minska smittspridning och infektioner minskar man även behovet av antibiotika. Detsamma gäller barnvaccinationsprogrammet som minskar infektionstrycket.

Sjukvårdens antibiotikaanvändning har även uppmärksammats ur ett miljöperspektiv eftersom de både kan påverka bakterier i reningsverken och mikroorganismer i vattenmiljön.

Läs mer om antibiotikaresistens och det nationella arbetet i denna fråga på [Folkhälsomyndighetens hemsida](#).

Resistensutveckling hos bakterier och överföring av resistensgener sker inte bara vid användning av antibiotika hos patienter utan även i miljön och hos djur om selektionstryck finns [134]. Det finns misstankar om att flera av de resistensgener som idag ses i sjukdomsalstrande bakterier kommer från bakterier i miljön. Särskilt problematiska är långlivade och resistensdrivande antibiotika såsom fluorokinoloner och tetracykliner som även kan ansamlas i exempelvis bottensediment.



Läkemedelskommittéerna i Sjukvårdsregion Mellansverige samarbetar med STRAMA för att ge råd kring antibiotikabehandling och rekommendationerna har sin utgångspunkt i detta samarbete.

ÖVERKÄNSLIGHET MOT ANTIBIOTIKA

Det är av stor vikt att inte i onödan diskvalificera viktiga antibiotika. Ofarliga reaktioner under antibiotikabehandling, oftast *icke-kliande utslag* mot slutet av kuren, är relativt vanligt. Detta utgör inte någon kontraindikation mot framtida användning. Typ I-reaktioner mot perorala antibiotika är ovanliga [135]. Om välgrundad misstanke uppstår, ange överkänslighet i journalen och remittera till barnläkare eller barnallergimottagning för bedömning och eventuell provokation. I de flesta fall visar det sig att det går bra att använda preparatet, och överkänslighetsvarningen i journalen kan tas bort. Undersökningar har visat att 80-90% av de patienter som utreds för misstänkt allergi mot betalaktamantibiotika i själva verket inte är allergiska [136-139].

HOSTA

Evidens saknas för att expektorantia, hostdämpande eller bronkdilaterande läkemedel har effekt vid förkylningshosta eller krupp och bör därför undvikas.

Honung har visats ha en viss hostdämpande effekt vid övre luftvägsinfektion och kan prövas vid besvärande hosta. De doser som i studier har uppvisat effekt är 10 g/10 ml (två teskedar) 30 minuter innan läggdags. Barn <1 år bör dock inte ges honung p.g.a. den ökade risken för botulism i denna åldersgrupp.

Det saknas evidens för att något expektorantium, hostdämpande eller bronkdilaterande läkemedel har effekt vid förkylningshosta eller pseudokrupp [140-178] och sådan behandling bör därför undvikas.

10 gram honung 30 minuter innan läggdags har i en studie av barn 1-6 år med övre luftvägsinfektion visat sig reducera besvär med nattlig hosta i högre grad än placebo [179]. De typer av honung som prövades i denna studie var eukalyptushonung, citrushonung och honung av kransblommiga växter. En hostdämpande effekt av honung från bovete givet som 10 ml 30 minuter innan läggdags hos barn 2-18 år med övre luftvägsinfektion har också observerats [180]. Honung kan prövas vid besvärande hosta, men bör inte ges till barn <1 år p.g.a. den ökade risken för botulism i denna åldersgrupp [178, 181].

TONSILLIT

Rekommendationerna nedan gäller tonsillit utlöst av grupp A streptokocker.

Förstahandsval - även vid makulopapulöst exantem utan klåda

fenoximetylpenicillin	12,5 mg/kg x 3 i 10 dagar Max 1 g x 3.	generika, t ex Kåvepenin
-----------------------	---	--------------------------

Vid recidiv inom 30 dagar

cefadroxil	15 mg/kg x 2 i 10 dagar Max 500 mg x 2.	generika
klindamycin	5 mg/kg x 3 i 10 dagar Max 300 mg x 3.	Dalacin

Alternativen ovan är likvärdiga.

Vid pc-allergi typ 1

klindamycin	5 mg/kg x 3 i 10 dagar	Dalacin
-------------	------------------------	---------



Max 300 mg x 3.

Halsont och samtidig snuva, hosta eller heshet är sannolikt virus. Provtagning för streptokocker är då onödig och bör undvikas.

Hos barn <3 år är tonsillit sällsynt. Andra infektionsdiagnoser bör uteslutas innan diagnosen tonsillit ställs hos denna patientgrupp. Hos barn ≥3 år utreds halsont utan samtidig snuva, hosta eller heshet utifrån de fyra s.k. Centorkriterierna (feber ≥38,5°C; ömmande lymfkörtlar i käkvinklarna; beläggningar på tonsillerna eller hos barn 3-6 år rodnade, svullna tonsiller; frånvaro av hosta). För varje patient görs alltid också en helhetsbedömning av symtomens svårighetsgrad, vilket också bör påverka ställningstagandet till antibiotikabehandling. Remittering till sjukhus görs vid septiska symtom och andra tecken på allvarlig infektion såsom andningssvårigheter, svårigheter att svälja saliv, eller diarré och kräkningar.

- 0-2 Centorkriterier, opåverkad patient med lätta/måttliga besvär: Trolig virusinfektion. Avstå från provtagning och antibiotika.
- 3-4 Centorkriterier: Möjlig infektion med streptokocker grupp A. Där nyttan med antibiotikabehandling bedöms överväga riskerna tas snabbtest. Vid positivt test, ge antibiotikabehandling. Vid negativt test och påverkad patient, utred för annat bakteriellt agens eller för virus såsom Epstein-Barr-virus (mononukleos).

Uppmana patienten att återkomma om symtomen förvärras eller om ingen förbättring har skett inom tre dagar, oavsett om patienten har fått behandling med antibiotika eller inte. Överväg svalgodling, snabbtest om det inte redan är taget, och eventuell ytterligare utredning vid försämring eller utebliven förbättring efter initial bedömning.

Den vanligaste orsaken till recidiv av tonsillit är att barnet har återsmittats. Vid >2 recidiv inom en familj överväg provtagning av familjemedlemmarna och behandling av asymtomatiska bärare.

Observera att CRP inte kan skilja mellan bakteriell eller virusorsakad faryngotonsillit.

Vid upprepade tonsilliter (tre till fyra per år) kan tonsillektomi övervägas.

Rekommendationerna baseras på [Läkemedelsverkets, Folkhälsomyndighetens och STRAMAs rekommendationer](#).

Knappt hälften av fallen av tonsillit orsakas av *Streptococcus pyogenes* (Grupp A streptokocker, GAS), 5-10% av andra bakterier, 20-30% av virus och hos drygt 10% är orsaken oklar [182]. Bland viroserna är Epstein-Barr-virus (mononukleos), adeno- och coxsackievirus vanligast. Bland övriga bakterier kan Grupp C- och G-streptokocker samt *Fusobacterium necrophorum* nämnas.

Målsättningen vid handläggning av tonsillit är att identifiera de patienter som kan ha störst nytta av antibiotika. Läkemedelsverket, Folkhälsomyndigheten och STRAMA rekommenderar följande [182, 183]:

Halsont och samtidig snuva, hosta eller heshet är sannolikt virus. Provtagning för streptokocker är då onödig och bör undvikas.

Hos barn <3 år är tonsillit sällsynt. Andra infektionsdiagnoser bör uteslutas innan diagnosen tonsillit ställs hos denna patientgrupp. Hos barn ≥3 år utreds halsont utan samtidig snuva, hosta eller heshet utifrån de fyra s.k. Centorkriterierna (feber ≥38,5°C; ömmande lymfkörtlar i käkvinklarna; beläggningar på tonsillerna eller hos barn 3-6 år rodnade, svullna tonsiller; frånvaro av hosta) [184-186]. För varje patient görs alltid också en helhetsbedömning av symtomens svårighetsgrad, vilket också bör påverka ställningstagandet till antibiotikabehandling. Remittering till sjukhus görs vid septiska symtom och andra tecken på allvarlig infektion såsom andningssvårigheter, svårigheter att svälja saliv, eller diarré och kräkningar.

- 0-2 Centorkriterier, opåverkad patient med lätta/måttliga besvär: Trolig virusinfektion. Avstå från provtagning och antibiotika. Studier har visat att antibiotikabehandling vid enbart halsont och fynd av streptokocker grupp A ger <1 dygns vinst.

- **3-4 Centorkriterier:** Möjlig infektion med streptokocker grupp A. Där nyttan med antibiotikabehandling bedöms överväga riskerna tas snabbtest. Vid positivt test, ge antibiotikabehandling. Studier har i denna situation visat att symtomtiden förkortas med 1-2,5 dagar. Vid negativt test och påverkad patient, utred för andra viruser samt annan bakteriell genes enligt ovan.

Uppmana patienten att återkomma om symtomen förvärras eller om ingen förbättring har skett inom tre dagar, oavsett om patienten har fått behandling med antibiotika eller inte. Överväg svalgodling och eventuell ytterligare utredning vid försämring eller utebliven förbättring efter initial bedömning.

CRP kan inte skilja mellan bakteriell eller virusorsakad faryngotonsillit.

Förstahandsmedel är penicillin V (PcV), 12,5 mg/kg kroppsvikt till barn, 3 gånger/dygn i 10 dagar (max 1 g x 3) [182, 187, 188]. Kortare behandlingstid ger fler recidiv. Mellan 5 och 10% av tonsilliter orsakade av *Streptococcus pyogenes* recidiverar inom 1 månad efter avslutad behandling. Vid recidiv inom 1 månad rekommenderas ett cefalosporinpreparat 15 mg/kg x 2 i 10 dagar [189], med normal maxdos 500 mg x 2 [190]. PcV är olämpligt om det gavs vid den första behandlingen, eftersom risken för förnyat recidiv är påtagligt ökad [182, 187]. Troliga förklaringar till detta är att cefalosporiner generellt har bättre stabilitet mot betalaktamaser och inte heller påverkar de skyddande alfastreptokockerna i munhålan i lika hög grad som PcV (den bakteriella interferensen fungerar således bättre). Klindamycin 5 mg/kg x 3 i 10 dagar är ett alternativ (maximal dygnsdos 900 mg) [89, 182]. Vid upprepade recidiv bör smittkällor i patientens omgivning eftersökas [182]. Ett återinsjuknande senare än en månad efter avslutad behandling ska behandlas som primär infektion.

PcV kan ges även om patienten tidigare har reagerat med makulopapulöst exantem utan klåda [182]. Vid samtidig klåda bör dock cefadroxil användas istället. Vid pc-allergi typ 1 ges istället klindamycin, 5 mg/kg x 3 i 10 dagar till barn [191].

Penicillinresistens hos *Streptococcus pyogenes* förekommer inte [182]. *Streptococcus pyogenes* är alltid känsliga för betalaktamantibiotika (penicilliner och cefalosporiner) varför terapivikt beroende på penicillin- eller cefalosporinresistens ej förekommer. Däremot kan terapivikt på grund av klindamycinresistens förekomma varvid terapibyten efter odling och resistensbestämning bör ske. Det finns inga skäl att använda ampicillinderivat (ampicillin/amoxicillin/amoxicillin-klavulansyra), tetracykliner, fluorokinoloner eller trimetoprim-sulfametoxazol. Dessa preparat är inte effektivare och har dessutom en ökad förekomst av biverkningar, resistensutveckling eller oönskad miljöbelastning.

Vid upprepade tonsilliter (tre till fyra per år) kan tonsillektomi övervägas [182]. Klindamycin- eller cefadroxilbehandling ska alltid först ha prövats om det rör sig om verifierad infektion med *Streptococcus pyogenes*. Symtom från tonsilliten ska vara så besvärande att infektionen påverkar patientens förmåga till dagliga aktiviteter, och försök till smittspårning ska ha utförts för att förhindra ytterligare återfall.

Streptokocker sprids som droppsmitta via exempelvis saliv, genom direktkontakt mellan människor eller genom kontakt med föremål (t.ex. leksaker som ett barn med streptokocker har sugit på) [90, 192]. Allmäntillståndet är avgörande för om barnet kan vara i barngruppen. Barnet ska orka delta i aktiviteterna. Låt barnet få en feberfri dag hemma innan det återgår till barngruppen.

SINUIT

Maxillarsinus utvecklas successivt under uppväxten och maxillarsinuit är ovanligt hos små barn. Barn med okomplicerad maxillarsinuit har inte nytta av antibiotikabehandling. Vid ensidig, varig snuva, misstänk främmande kropp. Akut debut med svår värk, lokal svullnad, hög feber, allmänpåverkan inklusive slöhet, föranleder misstanke om etmoidit eller frontalsinuit. Dessa patienter ska omhändertaras akut för ställningstagande till behandling och remiss till barn/ÖNH-specialist. Barn från 12 års ålder behandlas som vuxna, se respektive regions rekommendation.

Rekommendationerna baseras på [Läkemedelsverkets, Folkhälsomyndighetens och STRAMAs rekommendationer](#).

Sinuit orsakas framför allt av *Streptococcus pneumoniae* och *Haemophilus influenzae* [193]. Barn har årligen 6-8 övre luftvägsinfektioner eller fler. Detta är ett viktigt led i uppbyggnaden av immunförsvaret. Barn kan ha missfärgad snuva, även under lång tid, utan att behandlingskrävande rinosinuit behöver misstänkas. På grund av att även det friska barnet i regel är koloniserat med luftvägspatogener är nasofarynxodling inte till hjälp i diagnostiken. Barn med maxillarsinuit har inte nytta av antibiotikabehandling. Misstänk främmande kropp vid ensidig, varig snuva.

Akut debut med svår värk, lokal svullnad, hög feber, allmänpåverkan inklusive slöhet, föranleder misstanke om etmoidit/frontalsinuit [183]. Dessa patienter ska omhändertas akut för ställningstagande till behandling och remiss till barn/ÖNH-specialist.

INFEKTIÖS RINIT

Även friska barn i förskoleåldern är i hög utsträckning koloniserade i näsan med de vanliga luftvägspatogenerna Pneumokocker, Haemophilus och Moraxella. Odlingar från näsan är därför nästan alltid positiva och bör inte göras hos opåverkade barn. Enbart förekomst av missfärgad snuva utan allmänpåverkan eller feber är inget skäl till antibiotikabehandling, även om det finns positiva odlingar. Barn i förskoleåldern kan ha över tio övre luftvägsinfektioner om året. De som har friska perioder mellan infektionerna (om än korta), växer som förväntat, inte infekteras med atypiska patogener eller får svåra infektioner behöver inte utredas. Kraftig ensidig snuva bör föra tankarna till främmande kropp.

Vid behov kan näsdroppar med koksaltlösning eller slemhinneavsvällande behandling användas.

natriumklorid	nässpray/näsdroppar	T.ex. Renässans eller motsvarande, alla åldrar
xylometazolin*	nässpray	T.ex. Nasoferm och generika, från 1 års ålder

* Bör användas högst 10 dagar i följd p.g.a. risken för läkemedelsinducerad rinit.

Slemhinneavsvällande för barn <1 år saknas på marknaden. Vid behov kan följande användas:

Allt innehåll i en Nezeril 0,25 mg/ml endosbehållare droppas ur i en ren behållare (räkna dropparna). Droppa ut lika många droppar ur en endosbehållare av natriumkloridlösning. Blanda och sug upp hela blandningen i den tomma Nezerilbehållaren. Detta ger styrkan 0,125 mg/ml och kan användas till barn <1 år i doseringen:

1-6 mån: 2 droppar i vardera näsborre högst 3 ggr per dygn. Max 5 dagar.

7 mån-1 år: 4 droppar i vardera näsborre högst 3 ggr per dygn. Max 5 dagar.

Det saknas godkända slemhinneavsvällande läkemedel för användning vid förkylning hos barn <1 år på den svenska marknaden. Tidigare fanns Nezeril (oximetazolin) 0,1 mg/ml, men denna produkt avregistrerades på företagets begäran efter rapporter om allvarliga biverkningar av perorala läkemedel innehållande substanser som används vid förkylning och säkerhetsåtgärder kring detta från bl.a. den amerikanska läkemedelsmyndigheten [194]. Läkemedelsverket har bedömt att det är sannolikt att biverkningarna har orsakats av läkemedel som inte får säljas receptfritt i Sverige eller inte är godkända för behandling av förkylning och hosta [195]. Sådana substanser inbegriper antihistaminer, adrenergika, opioider eller kombinationer av dessa [196, 197]. Arbetsgruppen för Rekommenderade läkemedel för barn har inte kunnat hitta några belägg för allvarliga säkerhetsrisker förknippade med normal användning av slemhinneavsvällande läkemedel för nasalt bruk. Det finns godkända produkter i bl.a. Norge av oximetazolin 0,1 mg/ml [198].

OTIT

Vid allmänpåverkan (till exempel slöhet, oförmåga till normal kontakt eller till att skratta och le, irritabilitet) eller minsta tecken på mastoidit (rodnad, svullnad, ömhet bakom örat eller utstående ytteröra) bör patienten undersökas snarast och remitteras akut till ÖNH-specialist eller pediatrik akutklinik.

Förstahandsval - även vid makulopapulöst exantem utan klåda

fenoximetylpenicillin	25 mg/kg x 3 i 5 dagar	generika, t ex Kåvepenin
	Normal maxdos 1,6 g x 3, men kan vid behov ökas till 2 g x 3.	

Vid recidiv* - även vid makulopapulöst exantem utan klåda

fenoximetylpenicillin	25 mg/kg x 3 i 10 dagar	generika, t ex Kåvepenin
	Normal maxdos 1,6 g x 3, men kan vid behov ökas till 2 g x 3.	
amoxicillin	20 mg/kg x 3 i 10 dagar	generika
	Normal maxdos 750 mg x 3, men kan vid behov ökas till 1 g x 3.	

Alternativen ovan är likvärdiga.

Vid terapivikt med fenoximetylpenicillin

amoxicillin	20 mg/kg x 3 i 10 dagar	generika
	Normal maxdos 750 mg x 3, men kan vid behov ökas till 1 g x 3.	

Gör NPH-odling och eventuell odling från hörselgången vid perforation.

Vid pc-allergi typ 1

erytromycin	10 mg/kg x 4 i 7 dagar	Ery-Max, oral suspension
erytromycin	20 mg/kg x 2 i 7 dagar	Ery-Max, oral suspension
	Normal maxdos 2 g/dygn.	

Dosering 2 ggr dagligen kan ibland ge större besvär med magbiverkningar. Man kan då pröva dosering 4 ggr dagligen.

trimetoprim+sulfametoxazol	20 mg+100 mg x 2 i 7 dagar	6 v-5 mån
Bactrim/Eusaprim	40 mg+200 mg x 2 i 7 dagar	6 mån-5 år
	80 mg+400 mg x 2 i 7 dagar	6-12 år
	160 mg+800 mg x 2 i 7 dagar	>12 år

Antibiotikabehandling rekommenderas för följande patientgrupper:

- ✓ Barn <1 år eller >12 år med säkerställd akut mediaotit.
- ✓ Barn <2 år med bilateral akut mediaotit.
- ✓ Alla patienter med akut mediaotit och perforerad trumhinna oavsett ålder.
- ✓ Barn i åldern 1-12 år med akut mediaotit och komplicerande faktorer[†]

För barn i åldern 1-12 år med akut mediaotit utan komplicerande faktorer[†], liksom vid osäker diagnos utan komplicerande faktorer, rekommenderas aktiv exspektans. I omkring hälften av fallen av akut mediaotit kan ingen bakteriell genes påvisas.

Vid osäker diagnos med komplicerande faktorer[†] görs i första hand ytterligare diagnostik eller remittering till specialist.

Rekommendera nytt läkarbesök efter 2-3 dagar vid utebliven eller tveksam förbättring samt omgående vid försämring, oavsett om antibiotikabehandling ges eller inte.

Vid recidiverande akut mediaotit (minst tre episoder under en sexmånadersperiod eller minst fyra episoder under ett år) bör remittering till ÖNH-specialist göras.

Rinnande "rörotit" behandlas med örondroppar (Terracortril med Polymyxin B) under 5-7 dagar (2-3 droppar 2-3 gånger dagligen) om patienten för övrigt är opåverkad.

Rekommendationerna baseras på [Läkemedelsverkets, Folkhälsomyndighetens och STRAMAs rekommendationer](#).



* Ny akut mediaotit inom en månad med symtomfritt intervall.

† Svår värk trots adekvat analgetikabehandling; infektionskänslighet på grund av annan samtidig sjukdom/syndrom eller behandling; missbildningar i ansiktsskelett eller inneröra; tillstånd efter skall- eller ansiktsfraktur; cochleaimplantat; känd mellanöresjukdom eller tidigare öronoperation (avser inte plaströr); känd sensorineural hörselnedsättning.

Rekommendationerna baseras på [Läkemedelsverkets och STRAMAs rekommendationer](#) [199]. En sammanfattning är tillgänglig [här](#). Tillägg av trimetoprim+sulfametoxazol har gjorts som alternativ till erytromycin vid pc-allergi typ 1 [200]. Angivna maxdoseringar i detta kapitel är hämtade från ePed [188, 201].

Akut mediaotit uppstår ofta efter en vanlig viral övre luftvägsinfektion och i ca 40-60% av fallen kan ingen bakteriologisk genes påvisas [199]. Bland de odlingsverifierade fallen är pneumokocker den vanligaste bakterien (40%). Drygt 90% av pneumokockerna är känsliga för penicillin V. Grupp A streptokocker orsakar cirka 5% av mediaotiter och är alltid känsliga för penicillin V. *Haemophilus influenzae* och *Moraxella catarrhalis* kan också förekomma.

Det finns ett tiotal randomiserade kontrollerade studier som jämför antibiotikas effekt på utläkning av akut mediaotit med placebo eller aktiv expektans [199]. Barn under två månader och vuxna är i de flesta fall inte inkluderade i dessa studier och bara ett fåtal barn över 12 år finns med. I de flesta studierna har allmänpåverkade barn exkluderats. Antibiotika har i dessa studier liten effekt på hur snabbt symtom som smärta och feber försvinner. Metaanalyser från bl.a. Cochrane av placebokontrollerade studier har visat att omkring 80% av barnen i placebogrupporna är friska inom 7 dagar, medan 87% av de antibiotikabehandlade barnen är friska inom samma tidsintervall. Hälften av barnen över 2 år med unilateral otit är fria från feber och smärta inom 2 dygn oavsett antibiotika eller inte. Vissa grupper av patienter har dock större nytta av antibiotika [199]. Följande rekommendationer kan ges [183]:

- För barn i åldern 1-12 år med akut mediaotit rekommenderas aktiv expektans och antibiotikabehandling bör endast ske om komplicerande faktorer föreligger (svår värk trots adekvat analgetikabehandling; infektionskänslighet på grund av annan samtidig sjukdom/syndrom eller behandling; missbildningar i ansiktsskelett eller inneröra; tillstånd efter skall- eller ansiktsfraktur; cochleaimplantat; känd mellanöresjukdom eller tidigare öronoperation (avser inte plaströr); känd sensorineural hörselnedsättning).
- Barn under 1 år, samt ungdomar över 12 år med säkerställd akut mediaotit bör antibiotikabehandlas.
- Barn under 2 år med bilateral akut mediaotit bör antibiotikabehandlas liksom alla patienter med akut mediaotit och perforerad trumhinna oavsett ålder.
- Patienter med osäker akut mediaotit utan komplicerande faktorer rekommenderas aktiv expektans och bör inte antibiotikabehandlas.
- Patienter med osäker akut mediaotit med komplicerande faktorer bör i första hand bli föremål för ytterligare diagnostik eller remitteras.

Rekommendera nytt läkarbesök efter 2-3 dagar vid utebliven eller tveksam förbättring samt omgående vid försämring, oavsett om antibiotikabehandling ges eller inte.

Vid allmänpåverkan (till exempel slöhet, oförmåga till normal kontakt eller till att skratta och le, irritabilitet) eller minsta tecken på mastoidit (rodnad, svullnad, ömhet bakom örat eller utstående ytteröra) bör patienten undersökas snarast och remitteras akut till ÖNH-specialist eller pediatrik akutklinik.

Rinnande "rörotit" behandlas med örondroppar (Terracortril med Polymyxin B) under 5-7 dagar (2-3 droppar 2-3 gånger dagligen) om patienten för övrigt är opåverkad. Sådan behandling har inte jämförts mot placebo i kliniska prövningar, men det finns en omfattande och god klinisk erfarenhet [204]. På den svenska marknaden finns även droppar innehållande ciprofloxacin med (Cetrexal comp) eller utan glukokortikoid (Ciloxan, Cetrexal), godkända för behandling av extern otit och med visst studieunderlag som visat på bättre effekt än peroral behandling med amoxicillin+klavulansyra [205]. Experimentella studier talar dock för att det kan finnas risker för trumhinneperforation alternativt försenad läkning av perforationer med dessa preparat [204]. Det finns väldigt få studier på jämförelser mellan olika droppar och de som finns kan inte visa statistiskt säkra skillnader. Sammantaget rekommenderas därför i första hand Terracortril med Polymyxin B.

PNEUMONI

Alla fall som bedöms ha lunginflammation bör behandlas med antibiotika. Vanliga symtom och fynd vid pneumoni hos barn är feber, takypné (andningsfrekvens >50/min hos barn <1 år respektive >40/min hos barn >1 år eller subjektiva andningsbesvär hos äldre barn) och påverkat allmäntillstånd. Hosta och andra luftvägssymtom kan saknas. CRP är inte nödvändigt vid kliniskt klar pneumoni, men kan vara av värde för att följa förloppet. Vid utebliven förbättring efter 3 dagar görs ny bedömning och eventuell lungröntgen. Vid terapivikt, pc-allergi typ 1 eller kliniskt klar misstanke om atypisk pneumoni (takypné, påverkat allmäntillstånd, långsamt sjukdomsförlopp, torrhosta, huvudvärk, feber) ges behandling med erytromycin eller doxycyklin.

Vid oklar nedre luftvägsinfektion hos barn med viss allmänpåverkan och feber, som är trötta men inte slöa, och som har lätt förhöjd andningsfrekvens men inte takypné kan CRP ge vägledning men måste bedömas i relation till sjukdomsduration. CRP>80 + klinik talar för pneumoni, överväg antibiotika. CRP <10 efter >24 h utesluter med hög sannolikhet pneumoni, avstå från antibiotika.

Förstahandsval vid behov av mixtur (<ca 5 år) – även vid makulopapulöst exantem utan klåda

fenoximetylpenicillin	20 mg/kg x 3 i 7 dagar Normal maxdos 1,6 g x 3, men kan vid behov ökas till 2 g x 3.	generika, t.ex. Kåvepenin
amoxicillin*	15 mg/kg x 3 i 5 dagar Max 500 mg x 3.	generika

Förstahandsval när tabletter kan tas (från ca 5 år) – även vid makulopapulöst exantem utan klåda

fenoximetylpenicillin	12,5 mg/kg x 3 i 7 dagar Normal maxdos 1,6 g x 3, men kan vid behov ökas till 2 g x 3.	generika, t.ex. Kåvepenin
-----------------------	---	---------------------------

Vid terapivikt, pc-allergi typ 1 eller kliniskt klar misstanke om atypisk pneumoni

erytromycin	10 mg/kg x 4 i 7 dagar Normal maxdos 500 mg x 4.	Ery-Max, oral susp
doxycyklin	4 mg/kg (max 200 mg) dag 1-3, sedan 2 mg/kg (max 100 mg) dag 4-7	Vibranord oral susp, barn ≥8 år
doxycyklin	200 mg dag 1-3, sedan 100 mg dag 4-7	generika, barn >11 år

* Amoxicillin är ett alternativ till fenoximetylpenicillin hos de yngsta barnen då tillräckligt hög serumkoncentration kan uppnås lättare. Amoxicillin har bättre smak än fenoximetylpenicillin, längre halveringstid, högre absorption och lägre proteinbindningsgrad. Det har också bättre effekt mot *H influenzae*. Nackdelen är större selektion av penicillinresistenta bakterier, och amoxicillin bör därför användas sparsamt.

Pneumoni hos barn är inte särskilt vanligt. Efter den andra konstaterade pneumonin bör man remittera till barnläkare för utredning kring eventuell underliggande orsak.

Rekommendationerna baseras på [Läkemedelsverkets, Folkhälsomyndighetens och STRAMAs rekommendationer](#).

Lunginflammation orsakas som regel av bakterier, varav *Streptococcus pneumoniae* (pneumokocker) är den allra vanligaste och orsakar upp till 50% av alla fall [206]. Andra förekommande bakterier är *Haemophilus influenzae*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae* samt *Legionella pneumophila*. Alla fall som bedöms ha lunginflammation bör behandlas med antibiotika. Efter den andra konstaterade pneumonin bör man remittera till barnläkare för utredning kring eventuell underliggande orsak såsom astma.

Förstahandsvalet är som regel fenoximetylpenicillin (PcV) 20 mg/kg kroppsvikt 3 gånger/dag i 7 dagar hos små barn som behöver mixtur [206]. Ett alternativ till de minsta barnen är amoxicillin oral suspension 15 mg/kg 3 gånger/dag i 7 dagar. Vid tablettbehandling (ungefär från 5 år) är dosen av PcV 12,5 mg/kg kroppsvikt 3



gångar/dag i 7 dagar. Normal maxdos av PcV är 1,6 g x 3, men denna kan vid behov ökas till 2 g x 3 [188, 201]. Maxdosen för amoxicillin är 500 mg x 3. PcV har god aktivitet mot fullt känsliga pneumokocker men har dålig effekt mot *H. Influenzae*. Preparatet har kort halveringstid (30 min) och bör därför doseras minst tre gånger per dygn. Pneumokocker med nedsatt känslighet är inte väl åtkomliga med PcV-behandling. Sådana stammar förefaller enligt undersökningar utförda via Referensgruppen för Antibiotikafrågor (RAF) förekomma hos 7-8% av undersökta isolat i Sverige.

Vid terapivikt eller pc-allergi typ 1 eller kliniskt klar misstanke om atypisk pneumoni ges erytromycin [206]. Normal maxdos för erytromycin är 2 g/dygn [207]. Erytromycin uppvisar god aktivitet mot pneumokocker, *M. catarrhalis*, *C. pneumoniae* och *M. pneumoniae* i nedre luftvägarna men har dålig effekt mot *H. influenzae* [206]. Ökande resistens har noterats hos pneumokocker (cirka 7% i Sverige). Eftersom erytromycin kapslar kommer att utgå från marknaden under 2021 tas även doxycyklin med som alternativ. Doxycyklin har god aktivitet mot pneumokocker, *H. influenzae*, *M. catarrhalis*, *Chlamydomphila pneumoniae* och *M. pneumoniae*. Resistens hos pneumokocker är för närvarande cirka 7% [206].

Pneumoni hos barn är inte särskilt vanligt, och det finns en risk för överdiagnostik. Det kan exempelvis vara svårt att skilja mellan symptom på astma och symptom på pneumoni. Baserat på klinisk erfarenhet kan man i oklara fall låta barnet inhalera bronkvidgande läkemedel och därefter reauskultera. Många gånger försvinner slem och atelektaser och det man trodde var pneumoni har försvunnit.

ERYSIPELAS

Förstahandsval – även vid makulopapulöst exantem utan klåda

fenoximetylpenicillin	25 mg/kg x 3 i 10 dagar	generika, t ex Kåvepenin
	Normal maxdos 1 g x 3, men kan vid behov ökas till 2 g x 3.	

Vid misstanke om infektion med *S. aureus*

flukloxacillin	25 mg/kg x 3 i 10 dagar	generika (tabletter) Heracillin (oral lösning)
	Max 3 g/dygn. Hos barn med allvarligare infektion kan dosen ökas till 33 mg/kg x 3 (max 6 g/dygn).	
cefadroxil	15 mg/kg x 2 i 10 dagar	generika
	Max 500 mg x 2.	

Flukloxacillin bör väljas före cefadroxil p.g.a. den sannolikt lägre risken för selektion av resistent bakterier såsom ESBL-producerande tarmbakterier. Cefadroxil är ett alternativ till barn som inte kan ta tabletter och där den beska smaken av flukloxacillin mixtur inte tolereras.

Vid pc-allergi typ 1

klindamycin	5 mg/kg x 3 i 10 dagar	Dalacin
	Max 300 mg x 3.	

Erysipelas (rosfeber) är en akut, välvgränsad, indurerad, rodnad, värmeökad, och eventuellt smärtsam hudförändring som gradvis breder ut sig [86]. Infektionen är begränsad till dermis och orsakas av betahemolytiska streptokocker, grupp A och G. Erysipelas kan ge upphov till bakteriemi och sepsis. Behandling utgörs av peroralt penicillin, i normalfallet fenoximetylpenicillin i dosen 75 mg/kg/dygn hos barn, fördelat på tre doser, i 10 dagar, med maxdosen 1 g x 3 som vid behov kan ökas till 2 g x 3 [86, 188].

I sällsynta fall kan en klinisk bild liknande erysipelas orsakas av *S. aureus*, och i dessa fall bör flukloxacillin väljas. Doseringen av flukloxacillin är 25 mg/kg x 3 baserat på klinisk erfarenhet, och max 1 g x 3 [208]. Hos barn med allvarliga infektioner kan dosen ökas till 33 mg/kg x 3, max 6 g/dygn. Ett alternativ till barn som inte kan ta tabletter och där den beska smaken av flukloxacillin mixtur inte tolereras är cefadroxil. Cefadroxil doseras 15 mg/kg x 2 (max 500 mg x 2) [190]. Behandlingstiden är 10 dagar [86].



Vid penicillinallergi rekommenderas klindamycin i dosen 15 mg/kg/dygn till barn, fördelat på tre doser (maximal dygnsdos 900 mg) i 10 dagar [86, 89].

PERIANAL STREPTOKOCKINFEKTION ("STJÄRTFLUSS")

Ta bakterieodling eller snabbtest för grupp A-streptokocker från perianal hud.

Förstahandsval

cefadroxil	15 mg/kg x 2 i 7 dagar Max 500 mg x 2.	generika
------------	---	----------

Andrahandsval - även vid makulopapulöst exantem utan klåda

fenoximetylpenicillin	25 mg/kg x 3 i 7 dagar Max 1 g x 3.	generika, t ex Kåvepenin
-----------------------	--	--------------------------

Vid pc-allergi typ 1

klindamycin	5 mg/kg x 3 i 7 dagar Max 300 mg x 3.	Dalacin
-------------	--	---------

Perianal/perineal streptokockinfektion, s.k. "stjärtfluss", är ganska vanligt hos yngre barn och orsakas som regel av streptokocker grupp A [83, 209]. Karakteristiskt är skarpt avgränsat perianalt erytem med engagemang av penis eller vulvovaginala området. Ofta förekommer samtidig inflammation, ödem och ömhet. Diagnos ställs med snabbtest för streptokocker grupp A eller genom odling [86, 210]. Behandling har traditionellt utgjorts av peroralt antibiotikum på samma sätt som vid tonsillit eller erysipelas. Endast en randomiserad klinisk prövning vid perianal streptokockinfektion hos barn har genomförts. I denna öppna studie jämfördes effekten av fenoximetylpenicillin 30-60 mg/kg/dag fördelat på tre doser och cefuroxim 20 mg/kg/dag fördelat på två doser i 7 dagar hos 35 barn (medelålder 4-5 år) [211]. Behandling med cefuroxim hade i denna studie en bättre effekt. Cefuroxim är inte tillgängligt i peroral beredning i Sverige, men cefadroxil 30 mg/kg/dag fördelat på två doser som vid erysipelas är ett alternativ. Epidemiologiska studier antyder att risken för recidiv kan vara större vid behandling med fenoximetylpenicillin [212]. Resistensutveckling av cefalosporiner är ett problem, men den aktuella patientgruppen är förhållandevis liten. Vid behandling med fenoximetylpenicillin är doseringen 25 mg x 3 [86]. Behandlingstiden är 7 dagar.

Vid penicillinallergi rekommenderas klindamycin i dosen 15 mg/kg/dygn, fördelat på tre doser (maximal dygnsdos 900 mg), i 7 dagar [86].

SÅRINFEKTIONER OCH BÖLDER

Antibiotikabehandling är bara indicerad vid tecken på spridd infektion såsom erysipelas, cellulit eller då djupare vävnader är involverade. Feberfria och opåverkade patienter med abscesser, inflammerade aterom och paronykier behandlas kirurgiskt och med lokal sårvård.

Förstahandsval – även vid makulopapulöst exantem utan klåda

flukloxacillin	25 mg/kg x 3 i 7 dagar Max 1 g x 3. Hos barn med allvarligare infektion kan dosen ökas till 33 mg/kg x 3 (max 6 g/dygn).	generika (tabletter) Heracillin (oral lösning)
----------------	---	---

Andrahandsval

cefadroxil	12,5-15 mg/kg x 2 i 7 dagar	generika
------------	-----------------------------	----------

Max 500 mg x 2.

Flukloxacillin bör väljas före cefadroxil p.g.a den sannolikt lägre risken för selektion av resistent bakterier såsom ESBL-producerande tarmbakterier. Cefadroxil är ett alternativ till barn som inte kan ta tabletter och där den beska smaken av flukloxacillin mixtur inte tolereras.

Vid pc-allergi typ 1

klindamycin	5 mg/kg x 3 i 7 dagar Max 300 mg x 3.	Dalacin
-------------	--	---------

Rekommendationerna baseras på [Läkemedelsverkets, Folkhälsomyndighetens och STRAMAs rekommendationer](#).

Akuta sårskador och infekterade sår tvättas rena med tvål och vatten [183]. I det normala läkningsförloppet förekommer rodnad och sekretion utan att infektion föreligger. Antibiotikabehandling är bara indicerad vid tecken på spridd infektion såsom erysipelas, cellulit eller då djupare vävnader är involverade. Feberfria och opåverkade patienter med abscesser, inflammerade aterom och paronykier behandlas kirurgiskt och med lokal sårvård. Vid antibiotikabehandling ges till barn flukloxacillin 75 mg/kg/dygn fördelat på tre doser i 7 dagar. Ett alternativ till barn som inte kan ta tabletter och där den beska smaken av flukloxacillin mixtur inte tolereras är cefadroxil 25-30 mg/kg/dygn fördelat på två doser i 7 dagar. Vid penicillinallergi ges klindamycin, till barn 15 mg/kg/dygn fördelat på tre doser i 7 dagar.

Angivna maxdoser är hämtade från ePed [88, 89, 208].

HUND- OCH KATTBETT

Kattbett leder ofta till infektioner medan endast cirka en femtedel av alla hundbett blir infekterade. Antibiotikabehandling rekommenderas vid tecken på infektion såsom rodnad mer än två centimeter runt bettstället, svår smärta eller purulent sekretion. Vid feber och allmänpåverkan eller svårighet att röra en led bör patienten remitteras till sjukhus. Diagnostiken är klinisk, men odlingar från sår och abscesser bör tas för att adekvat behandla infektionen eftersom komplikationer kan utvecklas. Infektion med *Pasteurella multocida* från katt kan uppstå timmar efter bettskadan. Särskild försiktighet bör iakttas vid bett i händer och fötter.

Antibiotikabehandling i preventivt syfte kan övervägas vid hög infektionsrisk, d.v.s. djupa katt- och hundbett i ansiktet, vid bett i direkt anslutning till led och till patienter med nedsatt immunförsvar. Profylax ges under tre dagar, men måste troligen påbörjas inom 24 timmar för att ha effekt.

Infekterade hund- eller människobett

amoxicillin +klavulansyra	20 mg/kg+5 mg/kg x 3 i 10 dagar Max 500 mg + 125 mg x 3.	generika, t.ex. Spektramox
------------------------------	---	----------------------------

Infekterade kattbett

Förstahandsval – även vid makulopapulöst exantem utan klåda

fenoximetylpenicillin	25 mg/kg x 3 i 10 dagar Max 1 g x 3.	generika, t.ex. Kåvepenin
-----------------------	---	---------------------------

Vid sen debut av infektionstecken (>2 dygn), lednära infektion, bett i ansikte, eller till immunsupprimerade patienter

amoxicillin +klavulansyra	20 mg/kg+5 mg/kg x 3 i 10 dagar Max 500 mg + 125 mg x 3.	generika, t.ex. Spektramox
------------------------------	---	----------------------------

Vid pc-allergi typ 1



trimetoprim +sulfametoxazol	3 mg/kg + 15 mg/kg x 2 i 10 dagar Max 160 mg + 800 mg x 2.	generika, t.ex. Eusaprim
--------------------------------	---	--------------------------

Observera att varken klindamycin, erytromycin, perorala cefalosporiner eller flukloxacillin är verksamma mot den vanligaste patogenen, *Pasteurella multocida*.

Rekommendationerna baseras på [Läkemedelsverkets, Folkhälsomyndighetens och STRAMAs rekommendationer](#).

Kattbett leder ofta till infektioner medan endast cirka en femtedel av alla hundbett blir infekterade [86]. Antibiotikabehandling rekommenderas vid tecken på infektion såsom rodnad mer än två centimeter runt bettstället, svår smärta eller purulent sekretion. Vid feber och allmänpåverkan eller svårighet att röra en led bör patienten remitteras till sjukhus. Diagnostiken är klinisk, men odlingar från sår och abscesser bör tas för att adekvat behandla infektionen eftersom komplikationer kan utvecklas. Risken för tetanus är näst intill obefintlig men tillfället bör tas i akt för optimering av skyddet [213].

Inga randomiserade studier finns vad gäller behandlingstidens längd, men för mjukdelsinfektion har tio dagars behandling getts utan tecken på recidiv [86]. För djupa infektioner som abscess, tendovaginit, artrit och osteomyelit krävs kirurgisk revision, högre doser och längre behandlingstid.

Det är oklart om antibiotikabehandling i preventivt syfte har någon effekt [86, 214] men kan övervägas vid hög infektionsrisk, d.v.s. djupa katt- och hundbett i ansiktet, vid bett i direkt anslutning till led och till patienter med nedsatt immunförsvar. Profylax ges under tre dagar, men måste troligen påbörjas inom 24 timmar för att ha effekt.

KATTBETT

Kattens skarpa tänder ger upphov till djupa infektioner, som ofta drabbar övre extremiteterna. *Pasteurella multocida* är den vanligaste bakterien vid kattbett, medan *Staphylococcus aureus* är ovanligt. Vid infektioner orsakade av *Pasteurella multocida* kommer symtomen inom 2–4 timmar efter bettet, med intensiv smärta, rodnad och svullnad. Feber kan uppträda men är sällsynt och då låggradig [215]. Allmänpåverkan ses sällan. Abscessbildning, artrit och osteomyeliter är vanliga efter kattbett då bakterierna har inokulerats på djupet. Penicillin och amoxicillin har god effekt på *P. multocida*. Antibiotika som vanligen används vid behandling av mjukdelsinfektioner som flukloxacillin, klindamycin, erytromycin och perorala cefalosporiner saknar effekt på *P. multocida* [86, 215-217].

Vid sent debuterande symtom vid kattbett (>2 dygn) ses ökad förekomst av *Staphylococcus aureus* [216-218]. Dessa infektioner behandlas med amoxicillin-klavulansyra.

Eftersom infektion med *Pasteurella multocida* är dominerande vid infekterade kattbett är den rekommenderade behandlingen fenoximetylpenicillin 25 mg/kg x 3 i 10 dagar (max 1 g x 3) [86, 188]. Fenoximetylpenicillin är till skillnad från amoxicillin+klavulansyra inte resistensdrivande. Vid sent debuterande symtom (>2 dygn) ges dock istället amoxicillin+klavulansyra i samma dosering som vid hund- och människobett, eftersom risken för infektion med annat bakteriellt agens är högre. Amoxicillin+klavulansyra ges även vid lednära infektion, bett i ansiktet samt till immunsupprimerade patienter. Vid penicillinallergi typ I ges trimetoprim+sulfametoxazol, 3 mg/kg + 15 mg/kg x 2 i 10 dygn. Maxdosen av trimetoprim+sulfametoxazol är 160 + 800 mg x 2 [219].

HUNDBETT

Vid hundbett är *P. multocida* också vanligt, men även *Pasteurella canis*, *Capnocytophaga canimorsus*, *Staphylococcus pseudintermedius* samt *Neissera weaveri* förekommer [86]. Streptokocker och *S. aureus* förekommer i högre utsträckning än vid kattbett. Infektioner behandlas med amoxicillin-klavulansyra 20 mg/kg + 5 mg/kg x 3 i 10 dagar. Maxdosen är 1500 mg + 375 mg/dygn [220]. Hundbett ger oftast öppna lacerationer och krosskador med mindre risk för abscessbildning eller djupare infektioner [215]. Vid penicillinallergi typ I ges trimetoprim+sulfametoxazol på samma sätt som vid kattbett.



pivmecillinam (från 5 års ålder)	200 mg x 3 i 5 dagar	generika
----------------------------------	----------------------	----------

Alternativ efter resistensbestämning

trimetoprim	3 mg/kg x 2 i 5 dagar Max 200 mg x 2.	generika
-------------	--	----------

Flickor får lättare nedre urinvägsinfektion än pojkar. Flickor informeras senast efter tredje infektionen om kissrutiner och vikten av att tömma blåsan regelbundet och fullständigt. Uteslut förstoppning. Pojkar ska remitteras till barnläkare efter första recidivet, och flickor efter tredje recidivet.

* Kontraindicerat vid GFR <40 ml/min.

Övre urinvägsinfektion (pyelonefrit) – barn ≥2 år

ceftibuten	9 mg/kg x 1 i 10 dagar Max 400 mg x 1.	Isocef, licenspreparat
------------	---	------------------------

cefixim	8 mg/kg x 1 i 10 dagar Max 400 mg x 1.	licenspreparat
---------	---	----------------

Ceftibuten och cefixim är licensprodukter. Om indikation föreligger för behandling kan patienterna erhålla licenspreparat enligt lokal riktlinje.

Alternativ efter resistensbestämning

trimetoprim+sulfametoxazol	3 mg/kg + 15 mg/kg x 2 i 10 dagar Max 160 mg + 800 mg x 2.	generika, t.ex. Eusaprim
----------------------------	---	-----------------------------

ciprofloxacin	10 mg/kg x 2 i 10 dagar Max 750 mg x 2.	Ciproxin eller generika
---------------	--	-------------------------

amoxicillin+klavulansyra	12,5-20 mg/kg x 3 (amoxicillin) i 10 dagar Max 500 mg + 125 mg x 3.	Spektramox el. generika
--------------------------	---	-------------------------

Alla patienter som har haft en övre urinvägsinfektion remitteras till barnläkare för vidare bedömning.

Behandlingsrekommendationerna i detta dokument grundas på rekommendationer från [Strama, Folkhälsomyndigheten och Läkemedelsverket](#) [183], med kompletteringar från andra källor [220, 222].

Escherichia coli är den vanligaste orsaken till UVI i alla åldrar, medan *Staphylococcus saprophyticus* framför allt drabbar kvinnor i fertil ålder [223]. Dessa bakteriearter kallas för *primärpatogener*, eftersom de kan infektera individer som har normala urinvägar. Till *sekundärpatogenerna* hör bl.a. *Enterobacter*, *Klebsiella*, *Proteus* och *enterokocker* [223], vilka som regel kräver någon form av riskfaktor för att orsaka infektion, exempelvis KAD eller annan sjukdom i urinvägarna. De har nedsatt känslighet för många urinvägsantibiotika och framodlas inte sällan från patienter som fått upprepade antibiotikakurer p.g.a. komplicerad och/eller recidiverande UVI.

Behandling av nedre UVI hos barn utgörs i första hand av nitrofurantoin eller pivmecillinam, och i andra hand av trimetoprim (efter resistensbestämning) [183, 223]. En behandlingstid om 5 dagar är tillräcklig. Peroral behandling av övre UVI utgörs av ceftibuten eller cefixim (licenspreparat) eller i andra hand trimetoprim-sulfa (efter resistensbestämning) [183, 223]. En behandlingstid om 10 dagar är tillräcklig. Ett annat alternativ efter resistensbestämning av ciprofloxacin [183] i 10 dagar [224].

Nitrofurantoin har god aktivitet mot *E. coli*, *S. saprophyticus* och *Enterococcus faecalis* (*E. faecalis*), men har otillräcklig aktivitet mot *Klebsiella spp.* och *Proteus spp.* [223]. Trots ökad användning de senaste åren är resistensen låg. Nitrofurantoin absorberas fullständigt i övre tunntarmen vilket medför liten påverkan på tarmens mikrobiota. Nitrofurantoin utsöndras via njurarna och ger höga koncentrationer i urinen men inga terapeutiska vävnadskoncentrationer. Vid nedsatt njurfunktion (glomerulär filtrationshastighet (GFR) <40 ml/min) blir behandlingseffekten osäker på grund av för låg urinkoncentration och nitrofurantoin ska då inte användas. Nitrofurantoin tolereras i allmänhet väl. Akut överkänslighetsreaktion med hosta, feber, dyspné,

eosinofili och flyktiga lunginfiltrat förekommer men är ovanligt. Tillståndet är snabbt reversibelt när behandlingen avbryts. Kort behandlingstid medför ingen risk för kroniska lungbiverkningar.

Pivmecillinam är en prodrug till mecillinam, vilken har god aktivitet mot *E. coli*, *Klebsiella spp.* och *Proteus mirabilis* (*P. mirabilis*) [223]. *S. saprophyticus* är resistent in vitro men elimineras vanligen på grund av de höga koncentrationer som uppnås i urinen.

Trimetoprim och *trimetoprim/sulfametoxazol* har god aktivitet mot *E. coli*, *S. saprophyticus*, *Klebsiella spp.* och *Proteus spp.* [223]. Resistens hos gramnegativa tarmbakterier ökar och förekommer nu hos cirka 20% av *E. coli* och lokalt upp mot 30%. Vid behandling av akut cystit breddar inte sulfakomponenten nämnvärt det antibakteriella spektrumet, men däremot ökar risken för allvarliga biverkningar. Den aeroba gramnegativa tarmfloran påverkas kraftigt vid behandling och resistentastammar selekteras lätt.

Ceftibuten och *cefixim* har god aktivitet mot *E. coli*, *Klebsiella spp.* och *P. mirabilis*, men har otillräcklig aktivitet mot enterokocker och stafylokker [223]. *Ceftibuten* har använts framför allt för behandling av febril UVI hos barn och gravida kvinnor, och *cefixim* för behandling av febril UVI hos barn. Dessa läkemedel finns idag endast tillgängligt via licensförskrivning i Sverige.

Ciprofloxacin har god aktivitet mot *E. coli*, *Klebsiella spp.* och *Proteus spp.* [223]. Resistens hos gramnegativa tarmbakterier ökar och förekommer hos cirka 8-15 % av isolaten av *E. coli*. Känsliga gramnegativa bakterier i tarmfloran elimineras effektivt och kan därmed minska risken för tidiga recidiv, men resistentastammar selekteras lätt.

Amoxicillin är verksamt mot *E. faecalis*. Resistens hos *E. coli* och andra gramnegativa tarmbakterier har successivt ökat och ligger nu på över 30% [223].

Angivna maxdoser är hämtade från ePed [201, 219, 224-228].

KUTAN BORRELIA

Solitärt erythema migrans (förutom i huvud-halsregionen)

Förstahandsval - även vid makulopapulöst exantem utan klåda

fenoximetylpenicillin	25 mg/kg x 3 i 10 dagar Max 1 g x 3.	generika, t ex Kåvepenin
-----------------------	---	--------------------------

Vid pc-allergi typ 1 hos barn ≥8 år

doxycyklin	4 mg/kg (max 200 mg) x 1 i 10 dagar	Vibranord oral susp, barn ≥8 år
doxycyklin	200 mg x 1 i 10 dagar	generika, barn >11 år

Vid pc-allergi typ 1 hos barn <8 år

azitromycin	10 mg/kg x 1 dag 1, sedan 5 mg/kg x 1 dag 2-5	generika, alt Azitromax oral suspension
	Max 500 mg x 1 dag 1 och 250 mg x 1 dag 2-5.	

Erythema migrans med feber, multipla erythema migrans eller erythema migrans i huvud-halsregionen

Vid ålder ≥8 år

doxycyklin	4 mg/kg x 1 i 14 dagar Max 200 mg x 1.	Vibranord oral susp
------------	---	---------------------

Vid ålder <8 år

amoxicillin	15 mg/kg x 3 i 14 dagar Max 1 g x 3.	generika
-------------	---	----------

Vid pc-allergi typ 1 hos barn <8 år

azitromycin	10 mg/kg x 1 dag 1, sedan 5 mg/kg x 1 dag 2-5 Max 500 mg x 1 dag 1 och 250 mg x 1 dag 2-5.	generika, alt Azitromax oral suspension
-------------	---	--

För läkemedelsval och behandlingsregim vid andra manifestationer av borrelia än ovan (t.ex. neuroborrelios och borreliaartrit), se [Läkemedelsverkets behandlingsrekommendation](#).

Erythema migrans i sig är inte farligt utan behandling ges för att det sannolikt minskar risken för neuroborrelios och andra manifestationer. För diagnos krävs erytem >5 cm [183]. Vanligaste tidpunkten för diagnos är 14 dagar efter fästingbettet. Tidigare i förloppet kan erythema migrans vara svårt att skilja från reaktionen på bittet. Diagnosen är klinisk och serologiska tester har ingen plats vid diagnostik av erythema migrans.

Patienter med restsymtom efter adekvat antibiotikabehandling bör genomgå en noggrann klinisk undersökning för att utesluta andra orsaker till symtomen [234]. Genomgången sjukdom skyddar inte mot ny infektion.

Postexpositionerprofylax med antibiotika efter fästingbett ska inte användas då riskerna får anses vara större än nyttan för den enskilda individen, som kan drabbas av läkemedelsbiverkningar [234].

Angivna maxdoser är hämtade från ePed [188], samt från produktresumé för azitromycin, doxycyklin och amoxicillin [235-237].

Huruvida doxycyklin kan missfärga tänder vid användning före 8 års ålder är okänt. Den varning som finns i produktresumén baseras på den risk som har setts för äldre typer av tetracykliner [238]. Det finns några studier hos patienter <8 år som har undersökt risken för doxycyklin, utan att finna belägg för någon sådan risk. Det totala antalet barn i dessa studier är dock begränsat (n total=137) [239-242], och det går därför inte att helt utesluta en risk [243].

INFLUENZA

Årlig vaccination är den viktigaste åtgärden för att begränsa följderna av influensa i medicinska riskgrupper. Antivirala läkemedel är ett komplement och ersätter inte vaccination. Läkemedlen kan användas både profylaktiskt och terapeutiskt.

Patienter med följande tillstånd löper ökad risk att bli allvarligt sjuka av säsongsinfluensa enligt [Folkhälsomyndigheten](#):

- kronisk hjärtsjukdom
- kronisk lungsjukdom, såsom svår astma
- andra tillstånd som leder till nedsatt lungfunktion eller försämrad hostkraft och sekretstagnation (till exempel extrem fetma, neuromuskulära sjukdomar eller flerfunktionshinder)
- kronisk lever- eller njursvikt
- diabetes mellitus
- tillstånd som innebär kraftigt nedsatt immunförsvar på grund av sjukdom eller behandling.

Vaccination mot influensa

Enligt [Folkhälsomyndigheten](#) bör barn från 6 månaders ålder som tillhör ovan nämnda medicinska riskgrupper ges årlig vaccination mot influensa.

Profylax med antivirala läkemedel

Profylax med antivirala medel ges av eller i samråd med barnläkare. Den viktigaste målgruppen för antiviral postexpositionsprofylax är de medicinska riskgrupperna där vaccination inte varit möjlig eller patientens immunsvar gör att vaccinet kan ha suboptimal effekt. Antiviral postexpositionsprofylax bör inte ges om det har gått mer än 36-48 timmar sedan individen exponerades för influensasmitta.

Behandling med antivirala läkemedel

Behandling med antivirala läkemedel är främst indicerad för patienter med misstänkt eller konfirmerad influensa och som tillhör medicinska riskgrupper med risk för allvarlig sjukdom och komplikationer eller hos patienter med svår sjukdom som behöver sjukhusvård. Sådan behandling hanteras av barnläkare.

VACCINATION MOT INFLUENSA

Enligt [Folkhälsomyndigheten](#) bör barn från 6 månaders ålder som tillhör de medicinska riskgrupperna ges årlig vaccination mot influensa [244].

ANTIVIRAL BEHANDLING AV INFLUENSA

POLIKLINISK BEHANDLING

Kontrollerade kliniska studier har visat att zanamivir och oseltamivir kan reducera durationen av okomplicerad, laboratoriekonfirmerad säsongsinfluensa med i genomsnitt en dag om terapin startar inom 48 timmar efter symtomdebut [245]. I en meta-analys från 2014 var effekten på sjukdomsduration något lägre för både zanamivir och oseltamivir, och någon effekt hos barn kunde inte säkert påvisas [246]. Övertygande evidens för att behandling med neuraminidashämmare reducerar influensarelaterade komplikationer hos polikliniskt behandlade patienter saknas [245].

I övrigt friska individer får i flertalet fall en självbegränsande influensasjukdom [245]. Antiviral terapi bör därför reserveras för patienter som tillhör de medicinska riskgrupperna med ökad risk för komplikationer och för patienter med allvarlig influensasjukdom med hög feber och påverkat allmäntillstånd som kräver sjukhusvård. Behandlingen bör sättas så tidigt som möjligt, och senast inom två dygn efter symtomdebut.

SJUKHUSVÅRDADE PATIENTER

Hos sjukhusvårdade patienter med livshotande sjukdom har data från observationella studier indikerat att tidigt insatt oseltamivirbehandling är associerad med en signifikant minskad risk för fatal utgång [245]. Även sent insatt antiviral behandling (>48 timmar efter symtomdebut) har, hos patienter med svår, progredierande influensaorsakad sjukdom, visats reducera mortaliteten.

Om indikation för behandling av influensa bedöms föreligga rekommenderas neuraminidashämmare [245]. Två neuraminidashämmare, oseltamivir (Tamiflu) och zanamivir (Relenza), är godkända för behandling av och profylax mot influensa A och B, och det finns även en intravenös beredningsform av zanamivir (Dectova). Val av preparat styrs av patientens ålder, njurfunktion, influensans allvarlighetsgrad och resistensläget. Oseltamivir är godkänt till barn yngre än fem år. Oseltamivir har en fördel eftersom det kan ges oralt som tablett medan zanamivir inhaleras eller ges intravenöst. Zanamivir förordas dock framför oseltamivir vid influensa B-epidemier och vid misstänkt eller visad resistens mot oseltamivir.

Vid svår influensa där systemexponering för läkemedlet är önskvärd rekommenderas i första hand oseltamivir [245]. I fall med konfirmerad oseltamivirresistent influensa eller då utbredd cirkulation av oseltamivirresistenta virusvarianter i samhället identifierats rekommenderas zanamivir som förstahandsmedel. För livshotande sjukdom hos patient med oseltamivirresistent stam finns intravenös formulering av zanamivir.

Osetamivir är godkänt för barn från ett års ålder. På basen av begränsade farmakokinetiska data godkändes osetamivir år 2009 för behandling av influensa A(H1N1)2009 hos spädbarn yngre än ett år med dosering efter ålder och vikt [245]. Zanamivir i form av inhalation är godkänt för behandling av barn från fem års ålder, medan den intravenösa beredningsformen är godkänd från 6 månaders ålder.

För behandling av gravida, se [Läkemedelsverkets behandlingsrekommendation](#).

PROFYLAX MOT INFLUENSA

I randomiserade, kontrollerade profylaxstudier i samhället, i hushåll och i särskilda boenden har zanamivir och osetamivir uppvisat en skyddseffekt mot laboratorieverifierad klinisk influensa på 70-90% [245]. I en meta-analys från 2014 uppskattades den absoluta riskskillnaden för symptomatisk influensa till 1,98% för zanamivir hos vuxna (NNT=51) och till 3,05% för osetamivir hos vuxna (NNT=33) [246]. Effekten var större vid profylax inom hushåll med influensasmitta (NNT=7 för båda läkemedlen). Studieunderlaget hos barn var för litet för att tillåta slutsatser.

Den viktigaste profylaktiska åtgärden för att begränsa de medicinska konsekvenserna av influensa är årlig vaccination av de medicinska riskgrupperna, undvikande av närbkontakt med influensasjuka individer och god handhygien. Antivirala läkemedel kan vara ett komplement, men ersätter inte vaccination. Utbredd eller rutinmässig användning av antiviral profylax rekommenderas inte eftersom data indikerar att risken för resistensutveckling är högre än om läkemedlen används för behandling [245]. Säsongsprofylax bör endast användas i ytterst selekterade fall. Om indikation för profylaxbehandling bedöms föreligga rekommenderas osetamivir eller zanamivir.

POSTEXPOSITIONSPROFYLAX

Den viktigaste målgruppen för antiviral postexpositionsprofylax är de medicinska riskgrupperna, där vaccination inte varit möjlig eller patientens immunsvaret gör att vaccinet kan ha suboptimal effekt [245]. I situationer där expositionen för smitta bedöms som osäker eller låg eller vid mindre uttalad medicinsk risk hos patienten förordas övervakning och tidig behandling vid första symtom på influensa. Antiviral postexpositionsprofylax bör inte ges om det har gått mer än 36-48 timmar sedan individen exponerades för influensasmitta.

För gravida, se [Läkemedelsverkets behandlingsrekommendation](#).

SÄRSKILDA ÖVERVÄGANDEN VID INFLUENSA I SAMHÄLLET

För personer som tillhör en medicinsk riskgrupp är vaccination förstahandsåtgärd [245]. Om vaccinationen sker sent och en influensaepidemi redan startat kan vid behov antiviral postexpositionsprofylax ges innan skyddseffekt uppnåtts, det vill säga under 10-14 dagar efter vaccinationstillfället.

För individer som tillhör medicinska riskgrupper och av olika skäl inte kan vaccineras, och för individer med nedsatt immunförsvaret med förväntad låg/ingen skyddseffekt av vaccinet, rekommenderas i första hand försiktighetsåtgärder såsom att undvika närbkontakt med infekterade individer [245]. I sällsynta fall kan långtidsprofylax vara indicerad till patienter med mycket hög risk för allvarlig sjukdom vid influensasmitta. I lågrisksituationer för smitta eller vid mindre grav medicinsk risk förordas övervakning och tidig behandling vid första symtom på influensa.

SÄRSKILDA ÖVERVÄGANDEN VID INFLUENSA INOM HUSHÅLL MED INDIVID SOM TILLHÖR MEDICINSKA RISKGRUPPER

Vid influensasmitta i en familj där någon familjemedlem i riskgrupp bedömts som extra sårbar vid influensasmitta bör antiviral postexpositionsprofylax övervägas till riskpatienten oavsett vaccinationsstatus, och i särskilda fall till alla inom hushållet [245]. Detta kan t.ex. gälla patient i riskgrupp med allvarliga underliggande sjukdomar eller



gravt nedsatt allmäntillstånd av annan anledning. Behandlingen bör ges under minst sju till tio dagar eller tills utbrottet i familjen är över (= 7 dagar efter sista insjuknandet). Profylaxen bör insättas så snart som möjligt och senast inom 36-48 timmar från misstänkt smittotillfälle.

INFLUENSAUTBROTT PÅ SJUKHUS

Se [Läkemedelsverkets behandlingsrekommendation](#).

N NERVSYSTEMET

FEBERNEDSÄTTANDE OCH SMÄRTSTILLANDE LÄKEMEDEL

Feber är en normal del i kroppens reaktion på infektioner och har sannolikt betydelse för läkning. Febernedsättande medel ska bara ges om barnet mår märkbart dåligt av febern, har ont eller har svårt att dricka.

paracetamol	15 mg/kg x 4 (max 1 g x 4)	>3 mån, generika, även receptfritt
ibuprofen*	5-10 mg/kg x 3-4 (max 30 mg/kg/dygn eller 1200 mg/dygn)	>3-6 mån, generika, även receptfritt

Alternativen ovan är väsentligen likvärdiga.

* Ibuprofen, liksom övriga NSAID, bör undvikas i samband med vattkoppor p.g.a. den möjligt ökade risken för allvarliga hud- och mjukdelsinfektioner. Bör ej användas hos patienter med tecken på uttorkning p.g.a. risken för njurinsufficiens.

Observera att det kan ta 1-2 timmar innan effekt av behandlingen inträder. Det primära är att utvärdera barnets allmäntillstånd och orsaken till febern. Kombinationsbehandling med paracetamol och ibuprofen kan ha en viss tilläggseffekt och kan övervägas efter läkarordination.

Ibuprofen kan i normalfallet användas även till barn med astma, eftersom ASA/NSAID-överkänslighet nästan inte förekommer hos små barn och är extremt ovanligt hos ungdomar.

För barn som inte kan ta tabletter finns oral lösning av paracetamol och ibuprofen. Alvedon finns dessutom som munsönderfallande tablett på 250 mg för barn. Både paracetamol och ibuprofen finns också som suppositorier.

För paracetamol kan man inom vården efter läkarbedömning under kortare perioder (2-3 dagar) överskrida ovan angivna maxdoser, liksom välja att använda högre laddningsdos. Likaså kan man välja att använda högre maxdoser för ibuprofen inom vården efter läkarbedömning. I egenvårdssammanhang och utan läkarbedömning ska dock maxdoserna för paracetamol och ibuprofen inte överskridas. Läs mer i ePed för [paracetamol](#), och för [ibuprofen](#).

Tramadol ska inte användas till barn och ungdomar. Kodein har tidigare använts men bör enligt nya rekommendationer inte användas alls hos barn ≤12 år, och endast i undantagsfall hos barn >12 år p.g.a. risken för allvarliga biverkningar, bl.a. andningsdepression. Både kodein och tramadol är associerade med en risk för missbruk och beroende.

PARACETAMOL OCH IBUPROFEN

Både paracetamol och ibuprofen är väl dokumenterade för barn, även små barn [247-253]. För att dämpa feber förefaller ibuprofen 5-10 mg/kg vara något mer effektivt än paracetamol 10-15 mg/kg [248, 251-254]. Paracetamol 15 mg/kg som suppositorium ger lika god febernedsättning som paracetamol 15 mg/kg per os [255, 256], utan skillnad i anslagstid. Dubblerad dos rektalt (30-35 mg/kg) ger inte bättre effekt än 15 mg/kg.

Jämförande randomiserade studier tyder på att ibuprofen 4-10 mg/kg ger lika god eller något bättre smärtlindring jämfört med paracetamol 7-15 mg/kg [253, 254]. Baserat på i huvudsak klinisk erfarenhet kan efter medicinsk bedömning de rekommenderade doserna av paracetamol kortvarigt överstigas vid behandling av barn med smärta [257]. En sådan behandlingsregim ger erfarenhetsmässigt en snabbare och bättre effekt på smärtan. Det är inte klarlagt var gränsen för högsta riskfria paracetamoldos går, men en maximal dygnsdos på 90-100 mg/kg under högst 2-3 dygn har föreslagits. Även ibuprofen kan kortvarigt doseras högre efter medicinsk bedömning, upp till 40 mg/kg/dygn (max 2,4 g/dygn) [258].

Det finns en stor erfarenhet av användning av ibuprofen hos barn, och ibuprofen har förhållandevis god dokumentation på små barn jämfört med andra COX-hämmare [259]. Ibuprofen är även tillgängligt i flera olika beredningsformer anpassade för barn. Av dessa skäl ingår endast ibuprofen i denna förteckning. Risken för allvarliga intoxikationer är betydligt mindre med ibuprofen än med acetylsalicylsyra. Den ovanliga reaktionen Reyes syndrom, som har associerats med virusinfektion och användning av acetylsalicylsyra, har inte kunnat kopplas till ibuprofen. Ibuprofen kan i normalfallet användas även till barn med astma, eftersom ASA/NSAID-överkänslighet nästan inte förekommer hos små barn och är extremt ovanligt hos ungdomar [247, 249, 250, 260]. Ibuprofen administrerat som suppositorium medför en längre tid till maximal plasmakoncentration jämfört med oral administrering [261, 262]. Om detta ger upphov till skillnader i anslagstid är inte studerat.

Kombinationsbehandling med paracetamol och ibuprofen har prövats i några studier hos barn med feber, med något bättre febernedsättande effekt jämfört med monoterapi [251, 263, 264]. Det är inte klarlagt om detta har någon relevant betydelse för välbefinnandet [263, 264], varför kombinationsbehandling inte generellt kan rekommenderas.

Ett möjligt samband mellan astma och exponering för paracetamol under graviditet eller spädbarnsåldern har föreslagits i flera epidemiologiska studier [265-272]. Den europeiska läkemedelsmyndighetens arbetsgrupp för läkemedelssäkerhet har dock bedömt att underlaget är otillräckligt för att dra slutsatsen att ett orsakssamband föreligger [273]. Intag av paracetamol under graviditeten har också i två epidemiologiska studier föreslagits ha ett samband med psykomotoriska och neuropsykiatriska tillstånd, såsom ADHD, hos barnet [274, 275]. Den europeiska läkemedelsmyndighetens arbetsgrupp för läkemedelssäkerhet har även här bedömt att underlaget är otillräckligt för att dra slutsatsen att ett orsakssamband föreligger [276]. För gravida gäller alltså fortfarande att paracetamol är förstahandsmedel om läkemedelsbehandling är nödvändig vid feber.

Flera epidemiologiska studier har funnit ett samband mellan behandling med NSAID, däribland ibuprofen, och ökad risk för utveckling av allvarliga hud- och mjukdelsinfektioner hos barn med vattkoppor [277-280]. Ibuprofen, liksom övriga NSAID, bör därför undvikas i samband med vattkoppor.

SVAGA OPIOIDER

Kodein är en svag opioid som omvandlas i kroppen till morfin [281]. Kodein metaboliseras av leverenzymet CYP2D6 i varierande grad till morfin (aktiva substansen) med risk för både underbehandling och överdosering. Om en individ har brist på eller helt saknar detta enzym, kommer inte en tillräcklig analgetisk effekt att erhållas. Uppskattningar tyder på att upp till 7% av den kaukasiska populationen kan ha denna brist. Hos omkring 1% av den kaukasiska populationen, och ca 30% av afrikaner/etiopier, kan större mängder av aktiva metaboliter bildas även vid terapeutiska doser p.g.a. hög aktivitet i CYP2D6 (ultrasnabb metabolism). Dessa patienter omvandlar snabbt kodein till morfin, vilket resulterar i högre plasmanivåer av morfin än förväntat och kan leda till toxiska effekter som andningsdepression.

Eftersom det har förekommit rapporter om allvarliga biverkningar av läkemedel som innehåller kodein när de givits till barn som varit så kallade ultrasnabba metaboliserare, beslutade den europeiska läkemedelsmyndigheten under 2013 att kodein endast ska användas för behandling av akut kortvarig måttlig smärta hos barn över 12 år, och endast om den inte kan lindras med andra smärtlindrande läkemedel såsom paracetamol eller ibuprofen på grund av risken för andningsdepression [282, 283]. Kodein ska inte användas alls hos barn (under 18 år) som opererar bort tonsiller eller polyper vid behandling av obstruktiv sömnapné, då dessa patienter tycks löpa större risk för andningsproblem, baserat på rapporterade fall av biverkningar.

Tramadol utövar sin analgetiska effekt dels genom att öka nivåerna av serotonin och noradrenalin på spinal nivå och dels genom en svag opioideffekt [284]. Det finns en risk för serotonerga biverkningar. Indikationen för tramadol är i första hand behandling av neuropatiska tillstånd och rekommenderas därför inte vid behandling av nociceptiv smärta hos barn.

Både kodein och tramadol är associerad med en risk för missbruk och beroende [285, 286].

LÄTT-MÅTTLIGT SMÄRTSAMMA PROCEDURER

Smärtskattningsskala är ett viktigt hjälpmedel för att utvärdera behandlingseffekt. Från 5-6 års ålder kan man oftast använda en självskattningsskala (t.ex. NRS, *Numeric Rating Scale*). En observationsskala är annars ett bra alternativ (t.ex. FLACC, *Face, Legs, Activity, Cry, Consolability*).

Förstahandsval

Icke-farmakologisk behandling/ topikal anestesi	<i>Förberedelse och planering</i> - vårdnadshavare närvarande, förklara proceduren för barnet och vårdnadshavare, amning/matning innan proceduren. <i>Söta lösningar</i> - till barn ≤12 mån. Från 3-6 mån ålder överväg kombinationsbehandling med annan smärtlindring. 0,5 ml 30% glukoslösning ges per os ca 2 min före ingreppet och 0,5 ml delas upp i mindre portioner. Totaldosen på 1 ml kan upprepas 1-2 gånger. <i>Topikal anestesi</i> – t.ex. lidokain-prilokain (generika, plåster/kräm). På intakt, begränsat hudområde, såsom vid nålsättning, hudbiopsi, punktion etc. Hos barn <1 år på begränsat område och med begränsad behandlingstid p.g.a. risk för toxicitet (se FASS).
--	---

Om behandling enligt ovan är otillräcklig

Distraction och fysikaliska metoder Lokalanestetika	Hud mot hud, kyla, värme, massage, videoklipp lidokain (generika, infiltration/indränkta kompresser)*, maxdos 4 mg/kg lidokain gel (ytanestesi av slemhinnor)
--	---

* Buffring av lidokain minskar smärtan vid injektion och förkortar anslagstiden. Man blandar då 10 ml lidokain (oavsett styrka) med 2 ml natriumbikarbonat (50 mg/ml). På öppna sårytor kan kompresser med buffrad lidokain appliceras minst 15 min innan såret behandlas.

Tilläggsbehandling om kvarstående smärta förväntas

paracetamol	per os, rektalt, intravenöst	generika
ibuprofen	per oralt rektalt	generika Ipren

Beträffande kodein, se kapitel [Febernedsättande och smärtstillande läkemedel](#). Tramadol ska inte användas till barn och ungdomar. Sederande läkemedel till barn rekommenderas bara till verksamheter med tillräcklig kompetens att hantera möjliga komplikationer.

Rekommendationen baseras på [Läkemedelsverkets behandlingsrekommendation](#).

Närmare 40% av alla smärtepisoder hos barn kan kopplas till procedurer [287, 288]. Yngre barn nämner att rädsla för procedursmärta är det mest besvärande och skrämmande i relation till sjukdom och behandling [289]. För att undvika negativa långvariga konsekvenser av nödvändiga procedurer är det viktigt att erbjuda barnet och dess familj möjligheter att minimera psykologisk och fysiologisk smärta, rädsla och obehag. Trots hudbedövning upplever många barn nålsättningen som smärtsam och skrämmande. Barn, i synnerhet spädbarn, har jämfört med vuxna ett känsligare nervsystem avseende ingående smärtimpulser och samtidigt ett sämre utvecklat

endogent försvar mot smärta [284]. Smärta vid medicinska procedurer är vanligtvis nociceptiv och överförs främst av A-deltafibrer. Dessa fibrer förmedlar en snabb och kraftig smärtupplevelse och smärtan är därför svårbehandlad. Detta kapitel ger rekommendationer kring prevention och behandling av smärta vid sådana procedurer. Eftersom en stor del av detta område är ringa undersökt i vetenskapliga studier bygger rekommendationerna i huvudsak på beprövad erfarenhet.

För att kunna utvärdera och följa behandlingseffekten samt anpassa behandlingen därefter är skattning av smärtupplevelsen nödvändig [284]. Denna bör helst baseras på barnets egen upplevelse, varför självskattning är förstahandsval. När barnet inte själv kan förmedla sin smärtupplevelse är en observationsskala ett bra alternativ. Ett värde över tre på skattningsskalor med graderingen 0-10 innebära att smärtan bör behandlas.

Från 5-6 års ålder kan barn vanligen själva skatta sin smärta med en självskattningsskala [284]. Ett exempel på en sådan skala är NRS (*Numeric Rating Scale*) då barnet verbalt anger smärtan på en skala från 0 till 10. Observationsskalan FLACC (*Face, Legs, Activity, Cry, Consolability*) kan användas från nyföddhetsperioden och för barn med flerfunktionsnedsättning.

GRUNDLÄGGANDE BEHANDLING

Grundläggande behandling innebär att behandlingen förbereds och genomförs med syfte att minska rädsla [284]. Barnet förbereds på vad som kommer att hända innan och under proceduren och därigenom ger man barnet en känsla av kontroll och trygghet. Till grundläggande behandling hör också topikal anestesi och söta lösningar. Denna grundläggande behandling är i många fall tillräcklig, men vid behov kompletteras den med distraktion, fysikaliska metoder och farmakologisk behandling.

FÖRBEREDELSE

Barn upplever mindre stress och rädsla om en förälder/vårdnadshavare är närvarande [284]. Föräldrar/vårdnadshavare ger extra trygghet om de är välinformerade. Nyfödda och spädbarn ska vara mätta, och amning/matning innan proceduren har en smärtlindrande effekt. Förklara proceduren på barnets nivå.

TOPIKAL ANESTESI

Topikal anestesi rekommenderas på intakt, begränsat hudområde, såsom vid nålsättning, hudbiopsi, punktion etc [284, 290]. Topikal anestesi med lidokain-prilokain i form av kräm eller plåster (EMLA, Tapin och generika), eller lidokain-tetrakain i form av plåster (Rapydan) minskar smärta vid stick och injektioner [291, 292]. EMLA som är applicerat under flera timmar, upp till fyra timmar på barn över ett års ålder, kommer att penetrera ner till djupare hudlager på 6-7 mm djup. Vid kortare applikationstid åstadkoms en ytligare bedövningseffekt som vanligtvis inte ger optimal effekt för exempelvis venkanulering i armvecket. EMLA ger vidare upphov till vasokonstriktion vid en applikationstid under två timmar. Rapydan har snabbare effekt och ger ingen vasokonstriktion, vilket är en fördel när barnet är "svårt" att sticka. Rapydan är godkänt från tre års ålder. Lidokain-prilokain är enbart godkänt för fullgångna barn på grund av risken för methemoglobinemi. Denna risk har i studier visats vara minimal, varför lidokain-prilokain används i klinisk praxis från 30 gestationsveckors ålder.

SÖTA LÖSNINGAR

Peroralt tillförd sockerlösning bör ges som smärtbehandling till barn upp till 12 månaders ålder vid lätt till måttlig procedurrelaterad smärta [284]. Den smärtstillande effekten avtar dock med åldern. 0,5 mL 30% glukoslösning ges per os ca två minuter före ingreppet och 0,5 ml delas upp i mindre portioner som kan ges av en förälder eller assistent, samtidigt som barnet får suga på napp eller annat. Totaldosen på 1 mL kan upprepas 1-2 gånger. Beroende på procedur och ålder bör söta lösningar kombineras med andra metoder.

DISTRAKTION OCH FYSIKALISKA METODER

Distraction minskar smärta hos barn och ungdomar vid mindre smärtsamma procedurer [284]. Fysikaliska metoder som kan ha effekt mot smärta och rädsla är hud mot hud, kyla, värme eller massage. Även videoklipp kan prövas.

UTÖKAD FARMAKOLOGISK BEHANDLING

LOKALANESTETIKA

Lokalbedövning är, oavsett barnets ålder, förstahandsval när utökad farmakologisk behandling är aktuell [284]. Bland tillgängliga produkter finns störst erfarenhet av lidokain. Maxdos lidokain är 4 mg/kg hos barn. Eftersom lösningar av lokalanestetika är sura är administreringen ofta smärtsam. Detta kan lindras genom buffring av lösningen med natriumbikarbonat, vilket även förkortar anslagstiden [293]. För lidokain gäller i så fall att 2 mL 0,6 M (50 mg/ml) natriumbikarbonat blandas med 10 mL lidokain oavsett styrka. Observera att inga andra lokalanestetika än lidokain kan buffras på detta sätt. Även värmning av lösningen till kroppstemperatur innan användning har visats minska smärtan [294].

På öppna sårtytor kan kompresser med buffrad lidokain appliceras under minst 15 minuter innan såret behandlas [284]. Maxdosen hos barn är även här 4 mg/kg. Lidokaingel användas vid ytanestesi av slemhinnor, till exempel vid uretrakateterisering och sondsättning.

PARACETAMOL

Paracetamol har en svag analgetisk effekt vid procedursmärta, men har sin plats vid procedurer som kan ge kvarstående smärta [284]. Maximal analgetisk effekt inträder efter ca två timmar vid oral tillförsel. Paracetamol kan också ges intravenöst eller rektalt.

För ytterligare diskussion om paracetamol, se kapitlet [Febernedsättande och smärtstillande läkemedel](#).

NSAID

NSAID har en måttlig analgetisk effekt vid procedursmärta och huvudsakligen på kvarstående smärta [284]. Maximal effekt inträder efter ca två timmar vid oral/rektal tillförsel.

För diskussion om ibuprofen jämfört med andra NSAID, se kapitlet [Febernedsättande och smärtstillande läkemedel](#).

ÖVRIGA LÄKEMEDEL

För kodein och tramadol, se kapitel [Svaga opioider under Febernedsättande och smärtstillande läkemedel](#).

Sederande läkemedel till barn rekommenderas bara till verksamheter med tillräcklig kompetens att hantera möjliga komplikationer.

FEBERKRAMP

diazepam	rektallösning	<12 kg 5 mg, ≥12 kg 10 mg	generika
----------	---------------	---------------------------	----------

Vid förstagångskrämp bör patienten bedömas på närmaste akutmottagning. Patient som tidigare har haft feberkramp behöver inte läkarbedömas; råd om egenvård är tillräckligt. Vid kramp som överstiger 2-3 minuter kan diazepam rektallösning ges. Sådan behandling har ringa vetenskapligt stöd, men kan ha ett värde i att ge föräldrarna en ökad trygghet. Feberkramp kan inte förebyggas med febernedsättande läkemedel.

Typisk feberkramp inträffar hos barn 6 mån-5 år. Efter det fjärde feberkrampsanfallet eller vid atypisk feberkramp bör patienten bedömas av barnläkare.

Typisk feberkramp inträffar hos barn 6 mån-5 år, är generaliserat toniskt-klonisk, kommer i samband med hög feber, vanligen första infektionsdagen, och varar högst 15 min (vanligen 1-2 min) [295]. I efterförloppet ses en snabb återhämtning. Feberkramp är en vanligen godartad åkomma som drabbar 2-5 procent av alla barn en till flera gånger före fem års ålder.

Vid förstagångskrämp bör patienten bedömas på närmaste akutmottagning. Ungefär en tredjedel av barnen får liknande kramp i samband med senare feberepisoder [296]. Patient som tidigare har haft feberkramp behöver inte läkarbedömas; råd om egenvård är tillräckligt. Bedömning vid närmaste akutmottagning kan dock vara aktuellt om föräldrarna känner sig osäkra.

Feberkramp kan inte förebyggas med febernedsättande läkemedel [295-298], och inte heller genom avkylning, t.ex. att bada barnet med svala fuktiga dukar.

Vid kramp som överstiger 2-3 minuter kan diazepam rektallösning ges: <12 kg 5 mg, ≥12 kg 10 mg [296, 298]. Sådan behandling har ringa vetenskapligt stöd, men har ett värde i att ge föräldrarna en ökad trygghet.

Efter det fjärde feberkrampsanfallet bör man göra en EEG-undersökning med sömnregistrering. Om feberkrampen inte är typisk bör man utreda redan efter första anfallet. 97 procent av alla barn med feberkramp får inga besvär i framtiden. Ungefär 3 procent av alla barn som har haft feberkramp utvecklar senare krampfall som vid epilepsi.

MIGRÄN

Förstahandsval

paracetamol	initial dos upp till 30 mg/kg (max 1 g), därefter 15 mg/kg x 4 (max 1 g x 4)	generika, även receptfritt
ibuprofen	initial dos 10 mg/kg (max 400 mg), därefter 5-10 mg/kg x 3-4 (max 30 mg/kg/dygn eller 1200 mg/dygn)	generika, även receptfritt

Alternativen ovan är väsentligen likvärdiga.

Andrahandsval

sumatriptan	10 mg intranasalt (max 10 mg x 2 per dygn) Om en första dos inte har effekt ska en andra dos inte ges. Om en första dos har effekt, men symtomen återkommer, kan en andra dos ges inom 24 timmar. Minst 2 timmar ska ha gått mellan doserna.	Imigran nässpray (≥12 år)
-------------	---	---------------------------

Vid svårare fall eller bristfällig effekt av ovanstående, remittera till barnläkare.

Vid begynnande anfall bör barnet ha lugn och ro [299]. Sömn lindrar ofta anfall och kan vara tillräcklig behandling. Som prevention bör påpekas vikten av regelbunden kost och sömn, samt tillräckligt vätskeintag vid fysisk aktivitet [300-304].

Om läkemedel är nödvändiga är förstahandsvalet paracetamol eller ibuprofen [299, 305, 306]. Både paracetamol och ibuprofen är väl dokumenterade för barn, även små barn [247, 248, 250-253]. Initial dos av paracetamol kan ges i högre doser än den som är godkänd [307].

Andrahandsval är en triptan [299]. Av de triptaner som är tillgängliga på den svenska marknaden är två godkända för behandling av barn, sumatriptan och zolmitriptan nässpray. Dokumentationen är god för både sumatriptan och zolmitriptan hos barn från 12 års ålder [308-312]. Sumatriptan är dock billigare än zolmitriptan, varför sumatriptan bör väljas före zolmitriptan. För sumatriptan tyder studier på att intranasal administrering har bättre

effekt än per oral [306, 310, 312]. Placeboeffekten är hög. I en meta-analys var andelen patienter som upplevde smärtlindring 2 timmar efter behandling med någon triptan 56% för placebo jämfört med 62% för aktiv behandling (statistiskt signifikant skillnad). Det finns inga direkta jämförelser mellan barn och vuxna, men effekten förefaller vara bättre hos vuxna.

Om barnet har mer än tre till fyra invalidiserande anfall per månad, med frånvaro från daghem eller skola, kan en period med medikamentell profylax övervägas [299]. Det finns dock endast begränsat vetenskapligt stöd för att sådan profylax har bättre effekt än placebo [313]. Om förebyggande behandling övervägs, bör barnläkare konsulteras.

INSOMNI OCH DYGNSRYTMSTÖRNING

Inledande synpunkter

Barn behöver sömn för att må bra och utvecklas optimalt. Långvariga sömnproblem kan ha somatiska, psykologiska och sociala orsaker och vissa läkemedel kan påverka sömnen negativt. Vid långvariga sömnproblem som stör funktionen dagtid ska en sömnutredning göras för att fastställa typ av sömnstörning, vid behov i samråd med specialist. Anamnes, undersökning och sömndagbok under 2-3 veckor är viktiga verktyg, liksom uteslutande av somatisk orsak. Remiss för specialutredningar kan vara aktuellt t.ex. vid misstänkt sömnrelaterad andningsstörning och epilepsi som kan vara svårt att differentiera från vissa parasomnier. Psykiatrisk samsjuklighet är vanligt och behandling av grundsjukdomen förbättrar ofta sömnproblemen.

Behandling hos i övrigt friska barn

Icke-farmakologisk behandling med sömnhygieniska åtgärder och tydliga sovrutiner är alltid förstahandsval, som vid behov kan kompletteras med psykologiska behandlingsmetoder. Hos i övrigt friska barn med sömnstörningar är läkemedelsbehandling nästan aldrig aktuellt. Sjukvårdsregion Mellansveriges broschyr med sömnhygieniska råd "[Sov gott](#)" kan användas vid enklare besvär.

Om icke-farmakologisk behandling har otillräcklig effekt kan man vid svår insomni/dygnsrytmstörning från 2 års ålder överväga kortvarig (ett par dagar) tilläggsbehandling med kortverkande melatonin, särskilt om föräldrarna är uttröttade. Det är viktigt att sömnhygieniska åtgärder fortsätter. Om mer långvarig behandling behövs bör barnet handläggas av eller i nära samråd med expert inom barnpsykiatri eller sömnstörningar.

Melatonin doseras normalt som 0,5-1 mg hos patienter 2-4 år, och 1-5 mg hos patienter >4 år. Dosen ges 45 min före sänggående. Enstaka patienter kan behöva upp till 10-12 mg, men detta är ovanligt.

Behandling hos barn med annan samsjuklighet

Vid sömnstörningar hos barn med flerk Funktionshinder och hos barn med ADHD/autismspektrumtillstånd, depression eller ångestsyndrom är optimering av barnets medicinska, psykologiska och sociala omvårdnad grundläggande. Även sömnhygieniska åtgärder är viktiga. Kortverkande melatonin kan också användas, men dessa patientgrupper bör handläggas av eller i nära samråd med specialist inom området. För ytterligare information hänvisas till [Läkemedelsverkets kunskapsdokument om sömnstörningar hos barn](#).

Under 2014 genomfördes i Läkemedelsverkets regi en utredning gällande behandling av barns sömnproblem [314]. Läkemedelsverket avstod utifrån utredningsresultatet att utfärda regelrätta behandlingsrekommendationer men publicerade det konsensusbaserade expertgruppsutlåtande utredningen resulterade i under benämningen "kunskapsdokument". Råden i detta kapitel baseras i första hand på detta dokument.

SÖMNPROBLEM HOS BARN

Långvariga sömnproblem kan ha somatiska, psykologiska och sociala orsaker och vissa läkemedel kan påverka sömnen negativt [314]. Vid långvariga sömnproblem som stör funktionen dagtid ska en sömnutredning göras för



att fastställa grundtyp av sömnstörning (insomni, dygnsrytmstörning, sömnrelaterade andningstörningar, hypersomni, parasomnier), vid behov i samråd med specialist. Insomni är den vanligaste sömnstörningen. Anamnes, undersökning och sömndagbok under 2-3 veckor är viktiga verktyg; somatisk orsak behöver uteslutas. Remiss för specialutredningar kan vara aktuellt t.ex. vid misstänkt sömnrelaterad andningsstörning och epilepsi som kan vara svårt att differentiera från vissa parasomnier. Sederande sömnläkemedel är kontraindicerade vid alla typer av sömnrelaterade andningsstörningar.

Vid motoriska sömnrelaterade störningar (RLS, restless legs syndrome och PLM, periodic limb movements) kan ibland järnbrist föreligga [314]. Andra differentialdiagnoser är gastro-esofagal reflux (GERD) som kan ge smärtsamma uppvaknanden och ibland misstolkas som epilepsi. Psykiatrisk samsjuklighet är vanligt och behandling av grundsjukdomen förbättrar ofta sömnproblemen.

BEHANDLING HOS I ÖVRIGT FRISKA BARN

Icke-farmakologisk behandling med sömnhygieniska åtgärder och tydliga sovrutiner är alltid förstahandsval, som vid behov kan kompletteras med psykologiska behandlingsmetoder [314]. Det är viktigt att barnet engageras i behandlingen. Hos i övrigt friska barn med sömnstörningar är läkemedelsbehandling nästan aldrig aktuellt. Sjukvårdsregion Mellansveriges broschyr med sömnhygieniska råd "[Sov gott](#)" kan användas vid enklare besvär [315].

Melatonin är inte godkänt för behandling av sömnstörningar hos barn. Det finns dock studier hos i övrigt friska barn, barn med ADHD och barn med funktionsnedsättning som ger visst stöd för melatoninanvändning vid insomni/dygnsrytmstörning. Den akuta effekt- och säkerhetsprofilen har bedömts som gynnsam [314].

Om icke-farmakologisk behandling har otillräcklig effekt kan man vid svår insomni/dygnsrytmstörning från 2 års ålder överväga kortvarig (ett par dagar) tilläggsbehandling med kortverkande melatonin, särskilt om föräldrarna är uttröttade [314]. Det är viktigt att sömnhygieniska åtgärder fortsätter. Effekten av behandlingen bör följas upp med sömndagbok. Långtidseffekter, såsom t.ex. påverkan på pubertetsutvecklingen, är i nuläget otillräckligt kända. Om mer långvarig behandling behövs bör barnet handläggas av eller i nära samråd med expert inom barnpsykiatri eller sömnstörningar.

Befintliga läkemedel godkända för behandling av sömnstörning hos barn från 2 år, alimemazin (Theralen) och prometazin (Lergigan), har problem med biverkningar och säkerhet (hang-over med kvarstående sedering, förlängd QT-tid med risk för ventrikelflimmer, motoriska störningar och CNS-biverkningar) [314]. Användning av fentiaziner och fentiazinliknade preparat hos barn och ungdomar, till vilka även räknas hydroxizin (Atarax) och propriomazin (Propavan), avrådes. Användning av bensodiazepiner och bensodiazepinliknande läkemedel rekommenderas inte till barn och ungdomar.

DEPRESSION OCH ÅNGESTSYNDROM

Behandling av depression och ångestsyndrom hos barn och ungdomar bör ske av, eller i nära samråd med, specialist i barn- och ungdomspsykiatri.

R ALLERGI & ANDNINGSORGANEN

ALLERGISK RINOKONJUNKTIVIT

Läkemedelsbehandling vid allergisk rinokonjunktivit bygger i första hand på lokalbehandling av näsa och ögon samt peroral behandling med antihistamin, var för sig eller i kombination, allt efter besvärsgrad och patientpreferens. Patienter som inte uppnår symtomkontroll remitteras till barnläkare/barnallergolog/ögonläkare.

Antihistamin peroralt



cetirizin	tablett	generika, även receptfritt, ≥6 år
desloratadin	tablett	generika, även receptfritt, ≥12 år
desloratadin	munsönderfallande tablett	Caredin, om vanliga tabletter inte kan tas, ≥6 år
desloratadin	mixtur	Aerius, om tabletter inte kan tas, ≥1 år

Alternativen ovan är likvärdiga. Barn <1 år kan behandlas med Aerius mixtur i lägre dos (1 mg=2 ml) även om detta inte är godkänt enligt FASS. Ange OBS! på recept.

Lokalbehandling rinit

levokabastin	Livostin
mometason	generika, t.ex. Nasonex

Lokalbehandling konjunktivit

Förstahandsval

levokabastin	Livostin, även receptfritt
natriumkromoglikat	generika, t.ex. Lomudal, även receptfritt

Andrahandsval vid svårare besvär

olopatadin	Opatanol
emedastin	Emadine

Nasala steroider har en viss tilläggs effekt även vid konjunktivit.

Läkemedelsbehandling vid allergisk rinit liksom konjunktivit bygger i första hand på lokalbehandling av näsa och ögon samt peroral behandling med antihistamin, var för sig eller i kombination, allt efter besvärsgrad och patientpreferens [316].

LÄKEMEDELSBEHANDLING VID ALLERGISK RINIT (SÄSONGRINIT ELLER KORTVARIG, SAMT HELÅRSRINIT)

Vid mild form av kortvarig eller säsongsbunden allergisk rinit rekommenderas antihistaminer, lokalt eller systemiskt, på grund av snabbt insättande effekt [317]. Vid mer långvariga besvär eller allvarliga symtom (särskilt vid nästäppa) är nasala glukokortikoider förstahandsval på grund av bättre effekt [317]. Vid otillräcklig effekt ges kombinationsbehandling med antihistamin och nasala glukokortikoider. Om även detta är otillräckligt bör barnläkare konsulteras.

Allergivaccination (hyposensibilisering) bör övervägas i terapieresistenta fall av allergisk rinit [317]. Detta är dock sällan aktuellt för barn före skolåldern.

Det finns inga jämförande studier som ger belägg för någon väsentlig skillnad mellan olika icke-sederande H₁-antihistaminer på den svenska marknaden, varför i huvudsak priset avgör preparatval. Generiskt cetirizin, loratadin och desloratadin har lägst pris. Desloratadin är den aktiva metaboliten av loratadin. Desloratadin (Aerius) mixtur är ett alternativ till små barn som inte kan inta tabletter. Godkänd indikation föreligger från 1 års ålder. Cetirizin (Zyrlex) är också tillgängligt som oral lösning men med godkänd indikation från 2 års ålder. Priset är väsentligen detsamma som för Aerius. Beträffande lokala antihistaminer är ett läkemedel godkänt på den svenska marknaden, levokabastin.

Det finns ingen kliniskt relevant skillnad i effekt mellan de olika nasala steroiderna budesonid, mometason, triamcinolon, flutikasonpropionat och flutikasonfuroat vid behandling av allergisk rinit [318], och det finns inga säkra belägg för skillnader i säkerhet [319]. Mometason, flutikasonpropionat och flutikasonfuroat har lägre

biotillgänglighet än övriga alternativ, vilket bör minska den eventuella risken för systempåverkan [320]. Mometason är godkänt från 3 års ålder, har lägst pris och rekommenderas därför i första hand.

LÄKEMEDELSBEHANDLING VID ALLERGISK KONJUNKTIVIT

För lokal behandling rekommenderas antihistamin ögondroppar levokabastin (Livostin) alternativt natriumkromoglikat (generika, t.ex. Lomudal) [321, 322], eller en kombination av båda. Effekten av natriumkromoglikat förefaller insätta långsammare än för antihistamin. Lokalbehandling med antihistamin är mer effektiv än behandling med antihistamin-tablett. Bland antihistaminögondroppar har Livostin lägst pris. Som andrahandsval kan man överväga den något dyrare olopatadin (Opatanol), som i en mindre studie hos vuxna har uppvisat bättre symtomlindrande effekt än levokabastin efter provokation av allergisk konjunktivit [323]. Ett annat alternativ är emedastin (Emadine). Emedastin har i en studie uppvisat bättre effekt än levokabastin [324], och i en annan likvärdig effekt med olopatadin [325]. Övriga alternativa antihistaminer för lokalt bruk är dyrare än dessa alternativ.

Baserat på klinisk erfarenhet kan nasala steroider ha en viss tilläggs effekt.

MEDEL VID ANAFYLAKTISKA REAKTIONER

Barn som har haft anafylaktiska reaktioner bör skötas av barnläkare. Ställningstagande till adrenalinpenna görs av barnläkare.

adrenalin	förfylld injektionspenna	samtliga produkter
desloratadin*	tablett	generika
	munsönderfallande tablett	Caredin
	mixtur	Aerius
betametason	tablett	Betapred

* Även annat icke-sederande antihistamin kan användas.

Efter anafylaktiska reaktioner ska patienten vara utrustad med akutmediciner och skriftlig handlingsplan. Akutmediciner i detta sammanhang omfattar adrenalin, antihistamin samt kortison-tabletter, som vid förnyad akut reaktion ska tillföras i nämnd ordning [326]. Denna patientgrupp bör skötas av barnläkare. Fyra adrenalinprodukter för akut bruk i injektionspenna är tillgängliga på marknaden, Anapen Junior, Jext, EpiPen Jr och Emerade, vilka inte skiljer sig åt prismässigt. Dessa har hållbarhetstider på 21, 18, 19 respektive 18 månader. Kvalitetsdefekter har i sällsynta fall noterats för Jext, EpiPen, Emerade och Anapen [327-330] och leveransproblem har förekommit för Anapen [331].

Adrenalinpenna ges i dosen 0,15 mg hos barn <20 kg, och 0,3 mg hos barn ≥20 kg [326], vilket avviker något från godkänd FASS-dosering där viktgränsen är 30 kg.

ASTMA

Behandling med spray ges normalt tillsammans med spacer. Inhalationsteknik, liksom eventuell spacers funktion, kontrolleras regelbundet vid återbesök.

Selektiva kortverkande β_2 -stimulerare

salbutamol	spray	salbutamol, samtliga produkter
	pulver	salbutamol, samtliga produkter
	oral lösning	Ventoline, 0,25 ml/kg (0,1 mg/kg) x 3-4, max 10 ml (4 mg) x 3-4.

Substans	Barn 0-5 år			Barn 6-11 år			Barn ≥12 år och vuxna		
	Låg dos (µg/dag)	Medelhög dos (µg/dag)	Hög dos (µg/dag)	Låg dos (µg/dag)	Medelhög dos (µg/dag)	Hög dos (µg/dag)	Låg dos (µg/dag)	Medelhög dos (µg/dag)	Hög dos (µg/dag)
Budesonid <i>Pulver</i>				200	400	>400	200-400	>400-800	>800
Flutikasonpropionat <i>Pulver</i>				200	200-400	>400	100-250	>250-500	>500
Flutikasonpropionat <i>Spray, hydrofluoroalkan</i>	100	200	>200	100-200	>200-500	>500	100-250	>250-500	>500

Uppskattade ekvivalenta doser av olika inhaleda glukokortikoider hos barn (från [Barnläkarföreningens sektion för barn- och ungdomsallergologi, 2018](#)). Värdena är ungefärliga.

0-5 år	Steg 1a	Steg 1b	Steg 2	Steg 3	Steg 4
	Kortvariga, lindriga besvär enbart vid luftvägsinfektioner	Återkommande infektionsutlöst astma	Besvär antingen: - mellan infektionsutlösta episoder <i>eller</i> - infektionsutlösta besvär >1 gång/mån <i>eller</i> - i form av svåra anfall	Bristande astmakontroll trots steg 2 Bör remitteras till barnläkare i öppenvård	Bristande astmakontroll trots steg 3 Ska remitteras till barnläkare i öppenvård
Astmautbildning, kontroll av omgivning/exponering, följsamhet till ordination					
<i>Snabbverkande β₂-agonist</i>	Vid behovsbehandling i inhalation eller mixtur (helst inhalation)				
<i>Inhalationssteroid</i>	Nej	Periodisk behandling med hög dos i ca 3-4 dagar, som sedan trappas ned*. Totalt ca 10 dagar.	Kontinuerlig låg-medelhög dos, som ökas (minst dubblas) vid infektion eller försämring. Som tillägg vid infektion eller försämring hos de som behandlas med leukotrienantagonister.	Kontinuerlig låg-medelhög dos, som ökas (minst dubblas) vid infektion eller försämring	Kontinuerlig hög dos
<i>Leukotrienantagonist</i>	Nej	Periodisk behandling i ca 10 dagar som alternativ till inhalationssteroid	Kontinuerlig behandling som andrahandsalternativ till inhalationssteroid (vid lindrig astma).	Kontinuerlig behandling	Kontinuerlig behandling
<i>Långverkande β₂-agonist</i>	Nej	Nej	Nej	Kontinuerlig behandling i kombination med eller som alternativ till leukotrienantagonist (till barn ≥4 år)	Kontinuerlig behandling i kombination med eller som alternativ till leukotrienantagonist (till barn ≥4 år)

* Dos motsvarande 500 µg/dag av flutikasonpropionat de första 3-4 dagarna och sedan 250 µg/dag resterande dagar.

≥6 år	Steg 1	Steg 2	Steg 3	Steg 4
	Enbart sporadiska, lindriga besvär	Bristande astmakontroll	Bristande astmakontroll trots steg 2	Bristande astmakontroll trots steg 3 Ska remitteras till barnläkare i öppenvård
Astmautbildning, kontroll av omgivning/exponering, följsamhet till ordination				
<i>Snabbverkande β₂-agonist</i>	Vid behovsbehandling i inhalation			
<i>Inhalationssteroid</i>	Nej	Kontinuerlig låg-medelhög dos	Kontinuerlig låg-medelhög dos	Kontinuerlig hög dos
<i>Långverkande β₂-agonist</i>	Nej	Nej	Kontinuerlig behandling	Kontinuerlig behandling
<i>Leukotrienantagonist</i>	Nej	Kontinuerlig behandling som andrahandsalternativ till inhalationssteroid i låg dos	Som alternativ eller komplement till långverkande β ₂ -agonist	Som alternativ eller komplement till långverkande β ₂ -agonist



GLUKOKORTIKOIDER FÖR INHALATION

Behandling med glukokortikoider för inhalation ger minskade astmasymtom, förbättrad lungfunktion, minskad bronkiell reaktivitet, färre astmaanfall, förbättrad hälsorelaterad livskvalitet samt minskad risk för död i astma [332]. Skillnader i effekt och biverkningsprofil mellan olika produkter saknar sannolikt klinisk betydelse med undantag för beklometason där belägg finns för mindre gynnsam biverkningsprofil vid behandling av barn. Behandling med inhalationssteroider kan ge en viss påverkan på längdtillväxten [333, 334], men det är inte helt klarlagt om slutlängden påverkas då motstridiga data föreligger [335, 336]. Om så är fallet tycks påverkan vara liten med i genomsnitt ca 1 cm reducerad slutlängd [335].

Förutom beklometason, som inte rekommenderas på grund av biverkningsprofilen [332], är Giona Easyhaler och Pulmicort Turbuhaler de kortikosteroidprodukter i pulverform som har lägst pris. Pulmicort Turbuhaler har en erfarenhetsmässigt sämre inhalator. Novopulmon Novolizer, som är något dyrare, är lättare att använda för små barn och använder samma inhalationssystem som Formatrix Novolizer. Flutikasonpropionat (Flutide Diskus) har ett högre pris, men tas med som andrahandsval för att harmonisera med rekommenderade kombinationsprodukter och inhalatorsystem. Bland sprayformer (beklometason, flutikasonpropionat) rekommenderas flutikasonpropionat (Flutide Evohaler) på grund av beklometasons biverkningsprofil [332]. Det är dock av största vikt att patienten kan använda inhalatorn på ett ändamålsenligt sätt, varför patientpreferens kan medföra val av en annan produkt.

BETA-2-AGONISTER

De selektiva adrenerga β_2 -receptoragonisterna är bronkdilaterare och ges företrädesvis som inhalationer [332]. Vid underhållsbehandling skall de kombineras med glukokortikoider för inhalation. Snabbverkande β_2 -agonister kan användas vid behov som enda läkemedel för symtomlindring vid lindrig astma. Det finns två korttidsverkande medel (salbutamol, terbutalin) med snabbt insättande effekt och två långtidsverkande (salmeterol och formoterol) godkända. Den gynnsamma effekten vid kombination av inhalationssteroider och långtidsverkande β_2 -agonister är väl dokumenterad vid underhållsbehandling hos vuxna. Flera studier har visat signifikant bättre kontroll vid tillägg av långtidsverkande β_2 -agonister jämfört med ökning av dosen av inhalationssteroiden. Med kombinationen får man bättre lungfunktion, minskning av dag- och nattsymtom samt minskning av antal exacerbationer. Effekten hos barn är dock inte lika väl dokumenterad. När β_2 -stimulerarna används på rätt sätt har de god säkerhetsprofil. Däremot har underhållsbehandling med långverkande β_2 -agonister som monoterapi, d.v.s. utan samtidig behandling med inhalationssteroid, visats öka risken för astmarelaterad mortalitet hos vuxna. Underhållsbehandling med långverkande β_2 -agonist måste därför alltid kombineras med inhalationssteroid [337].

Som spray är endast salbutamol tillgängligt, och som pulver har salbutamol något lägre pris än terbutalin, som dessutom i dagsläget har en sämre inhalator. Inga väsentliga prisskillnader föreligger mellan olika salbutamolprodukter. Inhalerat terbutalin är till skillnad från inhalerat salbutamol inkluderat som förbjudet preparat på dopinglistan [338]. Som oral lösning finns endast salbutamol (Ventoline). Den dosering som oftast har prövats i studier är 0,1 mg/kg per os upprepat vid behov 3-4 gånger dagligen [341-347]. Av de långverkande β_2 -agonisterna har Formatrix Novolizer lägst pris och är lättare att använda för små barn än Oxis Turbuhaler.. Som spray är endast salmeterol tillgängligt (Serevent Evohaler), men eftersom långverkande β_2 -agonister inte bör användas hos barn <4 år är sprayform knappast aktuellt.

KOMBINATIONSPRODUKTER

Bland de kombinationsprodukter i pulverform som innehåller flutikasonpropionat eller budesonid i kombination med formoterol har Bufomix Easyhaler (budesonid+formoterol) lägst pris. Salmeterol finns i kombination med flutikasonpropionat i pulverform, där Seretide diskus (flutikasonpropionat+salmeterol) är en produkt med doser anpassade för barn. Även Salflumix Easyhaler tas med på listan p.g.a. lägre pris.

ANTILEUKOTRIENER

Montelukast är den enda antileukotrien som är godkänd i Sverige. Gynnsam effekt har visats vid underhållsbehandling av lindrig och medelsvår astma [332]. Montelukast har effekt på den astmatiska inflammationen och partiell skyddseffekt mot stimuli som ger upphov till bronkobstruktion, t.ex. vid ansträngningsutlöst astma. En additiv effekt har rapporterats vid tillägg av montelukast till behandling med inhalationssteroider. Behandlingseffekten kan bibehållas då steroiddosen sänks. Det finns ingen känd faktor som förutsäger terapivaret vid behandling med montelukast, varför behandlingen bör utvärderas förslagsvis efter 1-2 månader. Baserat på klinisk erfarenhet tycks dock montelukast ha bättre effekt hos yngre barn.

INHALATIONSHJÄLPMEDEL

I Sverige är *pulverinhalatorer* de vanligaste hjälpmedlen för att ge astmaläkemedel [332]. Pulverinhalatorer drivs av inandningen och koordinationsproblematiken som finns hos traditionella sprayer försvinner därför automatiskt. För att åstadkomma en adekvat aerosol krävs dock en korrekt inandning. Trots att pulverinhalatorer anses lättare att använda än spray har studier visat att även denna administreringsform ger en stor dosvariation på grund av olika apparater och användarfel. Noggranna instruktioner med aktiva övningar och kontroller vid återbesök är därför nödvändiga. *Barn från fem till sex års ålder* kan använda pulverinhalator.

Spray var tidigare det vanligaste sättet att ge astmaläkemedel [332]. Metoden är effektiv och billig men svår att använda på rätt sätt. Noggranna instruktioner med aktiva övningar och kontroller vid återbesök är nödvändiga. *Barn från fem till sex års ålder* kan använda spray.

Till *barn under fem år* och patienter med koordinationssvårigheter monteras en *inhalationskammare (spacer)* till sprayer [332]. Adekvat dos kan då erhållas med lugn, vanlig andning. Det finns flera fabrikat av spacer som kan förskrivas som hjälpmedel, t.ex. Optichamber diamond, Vortex, Aerochamber och L'espace, vilka passar alla sprayer. Det är viktigt att patienten/vårdnadshavare noggrant instrueras i användandet.

Nebulisatorer förekommer i huvudsak på sjukhus eller mottagningar [332]. I hemmen används numera oftast spray-spacerkombinationer istället för nebulisatorer. Fördelarna med nebulisatorer ligger i att stora mängder aerosol kan ges under kort tid och att i stort sett alla läkemedel i lösning kan användas och därför också blandas. Dessa fördelar motiverar dock inte alltid att nebulisatorer förskrivs – spray-spacerkombinationer kan nästan alltid ersätta nebulisatorer helt.

KRUPP (PSEUDOKRUPP, FALSK KRUPP)

Rekommendationen nedan gäller behandling på mottagning/sjukhus

Barnet förbättras ofta om det får sitta upp, gärna i famnen på förälder, så att oron stillas och andningen blir lugnare. Barnet kan bli bättre om det får andas in frisk luft genom öppet fönster eller utomhus i förälders famn. Om ingen förbättring ses eller vid uttalade andningssvårigheter ges adrenalin som inhalation. Om besvären kvarstår trots detta kan behandling med kortikosteroid läggas till.

Inhalation med adrenalin

adrenalin 1-2 mg generika, t.ex. Adrenalin Mylan, injektionsvätska i nebulisator
Ges som 1-2 ml adrenalin injektionsvätska 1 mg/ml. Se [ePed](#).

Kortikosteroid

betametason 0,15 mg/kg (max 4 mg), som vid behov kan upprepas en gång Betapred,
tablett löst i vatten

Ett andrahandsalternativ är budesonid 2 mg, inhalationsvätska i nebulisator.

Krupp är en virusinfektion i larynx. Den är särskilt vanlig på hösten och vintern och drabbar främst barn i åldrarna 6 mån-6 år. Andra benämningar på krupp är "pseudokrupp" och "falsk krupp" [348]. Detta är till skillnad från "äkta krupp" som är namnet på laryngit orsakad av difteribakterien. Luftvägsvirus (oftast parainfluensavirus) infekterar näsa och nasofarynx och sprids sedan så att slemhinnorna i larynx och trakea svullnar. Ödemet i stämbanden och det subglottiska rummet ger stridor, heshet och skällhosta.

Barnet förbättras ofta om det får sitta upp, gärna i famnen på förälder, så att barnets oro stillas och andningen blir lugnare [349]. Barnet kan bli bättre om det får andas in frisk luft genom öppet fönster eller utomhus i förälders famn. Om ingen förbättring ses eller om barnet har uttalade andningssvårigheter utgörs behandling av inhalerat adrenalin [348]. Behandling med kortikosteroid kan läggas till om besvären kvarstår trots adrenalininhalation.

ADRENALIN

Nebuliserat adrenalin 1-2 mg ges som 1-2 ml adrenalin injektionsvätska 1 mg/ml enligt instruktion i [ePed](#). [350, 351]. Maximal effekt inträder efter ca 30 minuter. Dosen kan upprepas efter 30 minuter. Data är otillräckliga för att avgöra om effekten skiljer sig åt mellan olika doser av adrenalin, och den angivna doseringen bygger på klinisk erfarenhet.

KORTIKOSTEROIDER

Kortikosteroidbehandling med dexametason är bäst dokumenterad [352]. Peroral administrering tycks vara lika bra som intramuskulär. Optimal dos är okänd, men 0,15 mg/kg tycks inte vara sämre än 0,6 mg/kg [353-355]. I studier har effekt noterats inom i genomsnitt 2 timmar [352], men observerades redan efter 30 min i en studie som hade som syfte att studera anslagstiden [356]. Dosen kan upprepas efter 12-24 timmar. Dexametason finns dock inte tillgängligt på den svenska marknaden i adekvat styrka. Betametason är ett alternativ, men är sämre studerat. I en studie jämfördes betametason 0,4 mg/kg per os med dexametason 0,6 mg/kg intramuskulärt hos 52 barn med mild-måttlig krupp, utan att se skillnad i effekt [357]. Eftersom dexametason 0,15 mg/kg per os tycks vara tillräckligt, bör även betametason i doser kring 0,15 mg/kg vara tillräckliga, vilket även den kliniska erfarenheten talar för. Klinisk erfarenhet talar för att en maxdos på 4 mg är tillräcklig. Vid behov kan dosen upprepas en gång.

Ett andrahandsalternativ som inte är lika välstuderat är budesonid för inhalation [352]. Optimal dos är inte känd, men den vanligaste använda dosen i studier är 2 mg (2 x 2 ml av inhalationsvätska 0,5 mg/ml). Man använder andningsmask till de minsta barnen och munstycke till de större barnen. Volymen 4 ml är arbetsam att inhalera. En liten, randomiserad studie antyder att även dosen 0,5 mg inhalerat budesonid är bättre än placebo. Är det svårt att få barnet att inhalera 2 mg kan 0,5 mg vara tillräckligt [358].

Ett tredjehandsalternativ är budesonid suspension med inhalationsspray i spacer i upprepade doser till sammanlagt 2 mg. Detta upplevs ofta som lättare än inhalationen av inhalationsvätska. Sådan administrering är dock inte studerad. En pilotstudie med 2 mg flutikasonpropionat från spray med spacer visade ingen effekt vid krupp jämfört med placebo [352, 359], så det finns ännu ingen evidens för att astmaspray fungerar mot krupp.

S ÖGON & ÖRON

BAKTERIELL KONJUNKTIVIT

Självläkning sker i mycket hög utsträckning, varför man kan avvakta med antibiotikabehandling. Ögonlockskanterna tvättas flera gånger dagligen med kranvatten. God handhygien p.g.a. smittsamhet. Byt örngott och använd engångshanddukar. Om ingen förbättring ses efter 1 vecka påbörjas behandling med antibiotika enligt nedan.

kloramfenikol

Kloramfenikol Santen (ögonsalva)



azitromycin Azyter (ögondroppar)
Alternativen ovan är väsentligen likvärdiga.

Tänk på att bakteriell konjunktivit före 1 månads ålder kan orsakas av STD. Symtomdebut från 1 veckas till 1 månads ålder kan tyda på klamydia och bör bedömas akut av barn- eller ögonläkare.

Sjävläkning sker hos ca 65% inom 2-5 dagar [360], varför exspektans kan övervägas [361]. Tvättning av ögonlockskanter flera gånger dagligen med kranvatten. God handhygien är viktig på grund av smittsamhet. Byte av örngott och användning av engångshanddukar rekommenderas. Om inte förbättring inträtt efter en vecka kan behandling med antibiotika ges. Vanligaste patogener hos barn är *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae*, *Moraxella catarrhalis*, stafylokokker och streptokocker [362, 363]. Antibiotikavalet är empiriskt och grundas på mest sannolika agens. P.g.a. potentialen till resistensutveckling mot fusidinsyra är kloramfenikol att föredra. Azitromycin (Azyter) är ett alternativ med väsentligen jämförbar effekt [364]. Priserna är jämförbara. Azitromycin har fördelen att antalet applikationstillfällen och behandlingsdagar är färre. Övriga antibiotika bör förbehållas komplicerade fall och ordineras i så fall av ögonläkare. Ögonsalva har generellt två fördelar jämfört med ögondroppar: salva stannar kvar längre på ögonytan så att man ofta får en mer långvarig effekt, samt att den inflammerade ögonytan smörjs bättre, vilket upplevs som smärtlindrande. En nackdel med salva är dimmig syn ett tag efter applikationen.

TRAUMATISKA HORNHINNESÅR

kloramfenikol Kloramfenikol Santen (ögonsalva)

Det finns inget starkt stöd för profylaktisk behandling med antibiotika vid traumatiska hornhinnnesår, men en okontrollerad kohortstudie tyder på att tidig behandling med kloramfenikol topikalt förhindrar uppkomst av bakteriella infektioner [365]. Salvform lindrar skavkänslan.

EXTERN OTIT

hydrokortison+antiinfektiva Terracortril med Polymyxin B (TcPB)

Terracortril med Polymyxin B (TcPB) örondroppar har använts sedan 60-talet. Det innehåller en grupp I-steroid (hydrokortison) samt oxytetracyklin och polymyxin B. Betametasondroppar (Diprotit) innehåller en grupp III-steroid. Inga skillnader i utläkning av akut extern otit har säkert kunnat påvisas mellan topikal behandling med antibiotika, steroider eller kombinationsbehandling [366, 367], men studieunderlaget är bristfälligt. Det finns inga belägg för att TcPB är ototoxiskt, men betametason rekommenderas inte vid trumhinneperforation då det anses vara det. Behandling med Diprotit hos barn ska ske i samråd med specialist, varför TcPB är förstahandsval. På den svenska marknaden finns även ciprofloxacininnehållande droppar – se kapitel "[Otit](#)".

Hygienråd innefattar att hålla örat torrt (undvik bad och försök att inte få vatten i örat vid duschning), undvika att peta i örat med tops eller liknande, och undvika användning av hörlurar och öronproppar.

BIVERKNINGSRAPPORTERING

Rapportering av biverkningar från sjukvården är en av hörnpelarna i arbetet för att öka kunskapen om läkemedelssäkerhet för barn. Det är av sådan stor betydelse att sjukvården har en lagstadgad skyldighet att rapportera misstänkta biverkningar. Alla läkare, tandläkare, sjuksköterskor och farmaceuter kan rapportera biverkningar.

Samtliga misstänkta biverkningar av läkemedel ska rapporteras till LäkeMedelsverket. Detta gäller även misstänkta biverkningar som har samband med exponering i arbetet, samt förgiftningar med och missbruk av läkemedel. Allvarliga eller okända biverkningar är särskilt viktiga att rapportera. Som allvarlig biverkning räknas sådana som leder till dödsfall, livshotande tillstånd, bestående men, sjukhusvård eller förlängd sjukhusvård, eller annan allvarlig medicinsk händelse. Reglerna gäller även naturläkemedel. Rapportera redan vid misstanke om en läkemedelsbiverkning - den behöver inte vara utredd eller bekräftad.

Rapporter om läkemedelsbiverkningar kan skickas via [elektronisk blankett](#) på [Läkemedelsverkets hemsida](#). Det går också bra att använda pappersblankett (Biverkningsblankett från sjukvården). Alternativt skickas journalkopior med relevant information kring biverkningen. Pappersblankett och journalkopior skickas i så fall till:

Läkemedelsverket
Enheten för läkemedelssäkerhet
Biverkningsgruppen
Box 26
751 03 Uppsala

Läkemedelsverket är den nationella myndighet som har övergripande ansvar för att de läkemedel som används i Sverige är säkra och effektiva. Sedan 1965 har myndigheten registrerat rapporter om läkemedelsbiverkningar för detektion av allvarliga eller okända biverkningar.

Rapporteringen av biverkningar från sjukvården är av mycket stor vikt för läkemedelssäkerheten. Flera skäl ligger bakom detta. Ett exempel rör sällsynta, allvarliga biverkningar som sällan eller aldrig kan upptäckas i kliniska prövningar innan lanseringen av ett läkemedel. Andra skäl har att göra med att ett läkemedel inför godkännande sällan har studerats hos alla de patienter som kan tänkas förskrivas detsamma. De inklusions- och exklusionskriterier som är nödvändiga i kliniska prövningar gör att säkerhetsprofilen hos multisjuka patienter, äldre patienter, barn, gravida och ammande kvinnor, samt patienter som behandlas med flera samtidiga läkemedel är sparsamt eller inte alls kartlagd. Av dessa anledningar utgör rapportering av biverkningar från sjukvården en av hörnpelarna i arbetet för en säker läkemedelsanvändning.

Vid signaler om allvarliga och okända biverkningar vidtar LäkeMedelsverket nödvändiga åtgärder som kan innebära inskränkningar i indikation, riktade säkerhetsstudier, eller rent av indragning av läkemedel. Rapporteringen är av sådan betydelse att sjukvården har en lagstadgad skyldighet att rapportera misstänkta biverkningar. I LäkeMedelsverkets författningssamling LVFS 2012:14 19§ föreskrivs att "Den som bedriver verksamhet inom hälso- och sjukvården ska snarast rapportera samtliga misstänkta biverkningar av läkemedel till LäkeMedelsverket".

De kategorier av sjukvårdspersonal som har möjlighet att rapportera biverkningar är läkare, tandläkare, sjuksköterskor och farmaceuter. Det är välkänt att det föreligger en kraftig underrapportering såtillvida att <5% av allvarliga biverkningar rapporteras [368, 369]; i Sverige skickas 1 rapport för varje läkare vart 7:e år.

SÅ RAPPORTERAR DU LÄKEMEDELSBIVERKNINGAR

Rapporter om läkemedelsbiverkningar kan skickas via [elektronisk blankett](#) på [Läkemedelsverkets hemsida](#). Det går också bra att använda pappersblankett (Biverkningsblankett från sjukvården). Alternativt skickas

journalkopior med relevant information kring biverkningen. Pappersblankett och journalkopior skickas i så fall till:

Läkemedelsverket
Enheten för läkemedelssäkerhet
Biverkningsgruppen
Box 26
751 03 Uppsala

VAD SKA RAPPORTERAS?

Enligt lagstiftningen som trädde i kraft 1 juli 2012 ska samtliga misstänkta biverkningar av läkemedel snarast rapporteras till Läkemedelsverket. Även misstänkta biverkningar som har samband med exponering i arbetet ska rapporteras, liksom förgiftningar med och missbruk av läkemedel. Reglerna gäller även naturläkemedel, vissa utvärtes läkemedel och veterinära läkemedel. Rapportering önskas dessutom för kosmetika och hygieniska produkter. Rapportera redan vid misstanke om en läkemedelsbiverkning - den behöver inte vara utredd eller bekräftad.

LICENSFÖRSKRIVNING

Det finns möjlighet att behandla patienter i Sverige med läkemedel även om de inte är godkända och marknadsförs i vårt land. Licensförskrivning innebär att patienter, efter bedömning av Läkemedelsverket, kan få tillgång till läkemedel som är godkända utomlands.

Ansökan om licens görs elektroniskt genom systemet KLAS (Kommunikationslösning för licensansökningar, www.ehalsomyndigheten.se/tjanster/klas). Via detta system lämnar förskrivaren in en motivering till Läkemedelsverket varför läkemedlet behöver användas, liksom eventuella kompletteringar vid frågor. Man kan i KLAS se vilka läkemedel som tidigare beviljats licens.

Vanligen söks enskild licens, som gäller för en namngiven patient. Om behovet inte kan tillfredsställas med enskild licens för en viss patient, kan i stället en klinik beviljas generell licens. Det finns även möjlighet för ett helt sjukhus att beviljas licens. Då en licens beviljas, gäller den endast för de villkor som beskrivs i ansökan, d.v.s. för en namngiven patient (enskild licens) eller för en bestämd klinik eller sjukhus (generell licens), för en viss indikation och för en viss produkt. När licens behövs för en längre tid än ett år ska en ny ansökan göras och även motiveringen förnyas. Expedition kan göras från valfritt apotek, men rekvisition får bara göras från det apotek som beviljats licens eller apotek inom samma apoteksaktör.

För produkter som inte kräver kompletterande utredning avgörs ärendet vanligen inom 7 vardagar.

På Läkemedelsverkets webbplats finns mer information, introduktionsfilmer och användarhandledningar: www.lakemedelsverket.se/licens.

ATL – APOTEKSTILLVERKADE LÄKEMEDEL (EXTEMPORE)

Extemporeläkemedel är specialtillverkade läkemedel som ger möjlighet att individanpassa ett läkemedel och tillverka det för en enskild patient. Det rör sig alltså om läkemedel som tillverkas av apotek för viss patient och som får säljas utan godkännande, registrering eller erkännande av ett godkännande eller registrering. Denna typ av läkemedel tillverkas av apotek när ansvarig förskrivare identifierat ett medicinskt behov av läkemedel som inte kan tillgodoses med godkända läkemedel eller licensläkemedel. Extemporeläkemedel förskrivs på samma sätt som andra läkemedel och ingår i läkemedelsförmånen. De vanligaste anledningarna till att förskriva extemporeläkemedel är om:

- rätt styrka och/eller läkemedelsform saknas
- det inte finns något godkänt läkemedel/licenspreparat med den önskade substansen



- ett läkemedel har så kort hållbarhet att det måste färdigställas i anslutning till användning
- det godkända läkemedlet/licenspreparatet innehåller ett ämne som patienten är överkänslig för.

Produktmonografier för apotekstillverkade läkemedel (ATL), så kallade ATL-blad/-häften, finns främst för lagerhållna extemporeläkemedel, d.v.s. för sådana läkemedel där förskrivningen är omfattande. Dessa produktmonografier har sammanställts för att underlätta för förskrivaren och har utarbetats tillsammans med specialister. De finns tillgängliga via [Apotek & Laboratorier ABs informationsdatabas AIDA](#). För läkemedel med beviljad rikslicens finns även produktmonografier som har godkänts av Läkemedelsverket.

Lagerhållna extemporeläkemedel finns i befintliga varuregister i journalsystemen och förskrivs/beställs på samma sätt som godkända läkemedel, d.v.s. genom att ange varunamn. Vid förskrivning av extemporeläkemedel som saknas i varuregistret anges "Extempore e-förskrivning" som varunamn. I doseringsfältet anges komposition, förpackningsstorlek, antal förpackningar, dosering och användningssätt/indikation.

Mer information finns på [Apotek Produktion & Laboratorier ABs hemsida](#), samt i [Läkemedelsboken](#).

FÖRSKRIVNING "OFF-LABEL"

Termen "off-label"-användning definieras enligt Socialstyrelsen som användning som avviker från den godkända produktresumén, såsom användning på icke godkänd indikation, med avvikande dos eller med avvikande administrationssätt [370]. Behandling med läkemedel off-label är inte synonymt med en mer riskfylld behandling då denna ofta baseras på en omfattande erfarenhet. Användning av läkemedel "off-label" ska vila på vetenskap och beprövad erfarenhet.

Den fria förskrivningsrätten, det vill säga rätten att baserat på vetenskap och beprövad erfarenhet förskriva läkemedel utanför godkänd indikation, möjliggör för förskrivaren att ge adekvat läkemedelsbehandling till enskilda patienter även om behandlingen inte helt uppfyller produktresuméns uppsatta kriterier men förväntas ge medicinsk nytta [371]. Särskilt inom områden med få godkända alternativ kan det finnas behov av att använda den fria förskrivningsrätten. Vid behandling av barn används till exempel ofta läkemedel godkända enbart för behandling av vuxna. Dokumentation för behandling av barn kan saknas eller vara otillräcklig för ett regulatoriskt godkännande, alternativt finns sådan dokumentation men någon ansökan för godkännande har inte lämnats in av berört företag. I många fall har sjukvården emellertid stor erfarenhet av att behandla med icke godkända alternativ.

EPED

[ePED](#) är en databas som innehåller doseringsrekommendationer för läkemedel som används hos barn. Den baseras både på kliniska studier och på klinisk erfarenhet. ePED startade 2005 som en databas för läkemedel inom neonatalverksamheten i Stockholm. Idag är databasen tillgänglig inom en rad regioner och kan besökas via [Internet](#) för anslutna parter.

PRODUCENTOBUNDEN INFORMATION

Uppsala läkemedelsinformationscentral (ULIC)	www.akademiska.se/ulic
Centrum för läkemedelsinformation i T-län, Örebro (CLINT)	www.regionorebrolan.se/clint
Klinisk farmakologi, Akademiska sjukhuset	www.akademiska.se 018-6114213
Läkemedelsverket	www.lakemedelsverket.se
Europeiska läkemedelsmyndigheten (European Medicines Agency, EMA)	www.ema.europa.eu
Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU)	www.sbu.se
Socialstyrelsen	www.socialstyrelsen.se
Läkemedelsboken	www.lakemedelsboken.se
Medicinskt kunskapscentrum (Region Stockholm)	www.janusinfo.se
Rikshandboken barnhälsovård	www.rikshandboken-bhv.se
1177 vårdguiden	www.1177.se
Läkemedelsverkets läkemedelsupplysning för allmänheten	0771-467010



Läkemedelskommittén Dalarna	www.regiondalarna.se/plus/vard/lakemedel
Läkemedelskommittén Gävleborg	www.regiongavleborg.se/lmk
Läkemedelskommittén Sörmland	<a href="https://samverkan.regionsormland.se/for-
vardgivare/lakemedel/">https://samverkan.regionsormland.se/for- vardgivare/lakemedel/
Läkemedelskommittén Uppsala	www.region uppsala.se/lakemedel
Läkemedelskommittén Värmland	www.region varmland.se/lakemedel
Läkemedelskommittén Västmanland	www.region vastmanland.se/lk
Läkemedelskommittén Örebro	www.region orebrolan.se/lakemedel
ePed	eped.sll.sjunet.org/eped
Stöd vid läkemedelshantering	www.lakemedelshantering.se

REFERENSER

1. ; 2020 **SPC Nexium**, [www.fass.se]
2. British National Formulary for children: **Esomeprazole**. 2019.
3. British National Formulary for children: **Lansoprazole**. 2019.
4. ; 2017 **SPC Losec**, [www.fass.se]
5. ; 2018 **SPC Pepcid** [www.fass.se]
6. Ward RM, Kearns GL, Tammara B, Bishop P, O’Gorman MA, James LP, Katz MH, Maguire MK, Rath N, Meng X *et al*: **A multicenter, randomized, open-label, pharmacokinetics and safety study of pantoprazole tablets in children and adolescents aged 6 through 16 years with gastroesophageal reflux disease**. *J Clin Pharmacol* 2011, **51**(6):876-887.
7. van der Pol RJ, Smits MJ, van Wijk MP, Omari TI, Tabbers MM, Benninga MA: **Efficacy of proton-pump inhibitors in children with gastroesophageal reflux disease: a systematic review**. *Pediatrics* 2011, **127**(5):925-935.
8. Higginbotham TW: **Effectiveness and safety of proton pump inhibitors in infantile gastroesophageal reflux disease**. *Ann Pharmacother* 2010, **44**(3):572-576.
9. Orenstein SR, Hassall E, Furmaga-Jablonska W, Atkinson S, Raanan M: **Multicenter, double-blind, randomized, placebo-controlled trial assessing the efficacy and safety of proton pump inhibitor lansoprazole in infants with symptoms of gastroesophageal reflux disease**. *J Pediatr* 2009, **154**(4):514-520 e514.
10. Omari T, Lundborg P, Sandstrom M, Bondarov P, Fjellman M, Haslam R, Davidson G: **Pharmacodynamics and systemic exposure of esomeprazole in preterm infants and term neonates with gastroesophageal reflux disease**. *J Pediatr* 2009, **155**(2):222-228.
11. Lopez RN, Lemberg DA: **Gastro-oesophageal reflux disease in infancy: a review based on international guidelines**. *Med J Aust* 2019.
12. Mattos AZ, Marchese GM, Fonseca BB, Kupski C, Machado MB: **Antisecretory Treatment for Pediatric Gastroesophageal Reflux Disease - a Systematic Review**. *Arq Gastroenterol* 2017, **54**(4):271-280.
13. Svenska föreningen för pediatrik gastroenterologi hon: **Vårdprogram för gastroesofageal refluxsjukdom hos barn och ungdomar**. 2020.
14. Allen K, Ho SS: **Gastro-oesophageal reflux in children--what's the worry?** *Aust Fam Physician* 2012, **41**(5):268-272.
15. Papachrisanthou MM, Davis RL: **Clinical Practice Guidelines for the Management of Gastroesophageal Reflux and Gastroesophageal Reflux Disease: 1 Year to 18 Years of Age**. *Journal of pediatric health care : official publication of National Association of Pediatric Nurse Associates & Practitioners* 2016, **30**(3):289-294.



16. Leung AK, Hon KL: **Gastroesophageal reflux in children: an updated review.** *Drugs Context* 2019, **8**:212591.
17. Vandenas Y, Rudolph CD, Di Lorenzo C, Hassall E, Liptak G, Mazur L, Sondheimer J, Staiano A, Thomson M, Veereman-Wauters G *et al*: **Pediatric gastroesophageal reflux clinical practice guidelines: joint recommendations of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (NASPGHAN) and the European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN).** *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2009, **49**(4):498-547.
18. www.fass.se: **SPC Zantac.** 2011.
19. Läkemedelsverket; 2019 **Läkemedel mot sur mage som innehåller ranitidin återkallas** [<https://www.lakemedelsverket.se/sv/nyheter/lakemedel-mot-sur-mage-som-innehaller-ranitidin-aterkallas>]
20. ; 2018 **Produktresumé Lanzo** [www.fass.se]
21. ; 2020 **Produktresumé Pantoloc** [www.fass.se]
22. Chung EY, Yardley J: **Are there risks associated with empiric acid suppression treatment of infants and children suspected of having gastroesophageal reflux disease?** *Hospital pediatrics* 2013, **3**(1):16-23.
23. Lodrup AB, Reimer C, Bytzer P: **Systematic review: symptoms of rebound acid hypersecretion following proton pump inhibitor treatment.** *Scand J Gastroenterol* 2013, **48**(5):515-522.
24. Fossmark R, Johnsen G, Johanessen E, Waldum HL: **Rebound acid hypersecretion after long-term inhibition of gastric acid secretion.** *Aliment Pharmacol Ther* 2005, **21**(2):149-154.
25. Lundgren C: **FAS UT 3:** Zicron Media AB; 2010.
26. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE); 2017 **Constipation in children and young people** [<http://www.nice.org.uk/guidance/CG99>]
27. Bekkali NL, van den Berg MM, Dijkgraaf MG, van Wijk MP, Bongers ME, Liem O, Benninga MA: **Rectal fecal impaction treatment in childhood constipation: enemas versus high doses oral PEG.** *Pediatrics* 2009, **124**(6):e1108-1115.
28. Arbetsgruppen för rekommenderade läkemedel för barn i Uppsala-Örebroregionen: **Rekommendation baserad på klinisk erfarenhet.** In.; 2020.
29. www.fass.se: **SPC Movicol Junior Neutral,** 2020.
30. British National Formulary for children: **Macrogol 3350 with potassium chloride, sodium bicarbonate and sodium chloride.** 2018.
31. British National Formulary for children: **Lactulose.** 2020.
32. Tabbers MM, Boluyt N, Berger MY, Benninga MA: **Nonpharmacologic treatments for childhood constipation: systematic review.** *Pediatrics* 2011, **128**(4):753-761.
33. Hillemeier C: **An overview of the effects of dietary fiber on gastrointestinal transit.** *Pediatrics* 1995, **96**(5 Pt 2):997-999.
34. Morais MB, Vitolo MR, Aguirre AN, Fagundes-Neto U: **Measurement of low dietary fiber intake as a risk factor for chronic constipation in children.** *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1999, **29**(2):132-135.
35. Jennings A, Davies GJ, Costarelli V, Dettmar PW: **Dietary fibre, fluids and physical activity in relation to constipation symptoms in pre-adolescent children.** *J Child Health Care* 2009, **13**(2):116-127.

36. Ormarsson OT, Asgrimsdottir GM, Loftsson T, Stefansson E, Lund SH, Bjornsson ES: **Free fatty acid suppositories are as effective as docusate sodium and sorbitol enemas in treating constipation in children.** *Acta Paediatr* 2016, **105**(6):689-694.
37. Voskuijl W, de Lorijn F, Verwijs W, Hogeman P, Heijmans J, Makel W, Taminau J, Benninga M: **PEG 3350 (Transipeg) versus lactulose in the treatment of childhood functional constipation: a double blind, randomised, controlled, multicentre trial.** *Gut* 2004, **53**(11):1590-1594.
38. Afzal NA, Tighe MP, Thomson MA: **Constipation in children.** *Ital J Pediatr* 2011, **37**:28.
39. Gordon M, Naidoo K, Akobeng AK, Thomas AG: **Cochrane Review: Osmotic and stimulant laxatives for the management of childhood constipation (Review).** *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, **8**.
40. Maydeo A: **Lactitol or lactulose in the treatment of chronic constipation: result of a systematic.** *J Indian Med Assoc* 2010, **108**(11):789-792.
41. Pitzalis G, Deganello F, Mariani P, Chiarini-Testa MB, Virgili F, Gasparri R, Calvani L, Bonamico M: **[Lactitol in chronic idiopathic constipation in children].** *Pediatr Med Chir* 1995, **17**(3):223-226.
42. Martino AM, Pesce F, Rosati U: **[The effects of lactitol in the treatment of intestinal stasis in childhood].** *Minerva Pediatr* 1992, **44**(6):319-323.
43. ePed; 2019 **Makrogol + tillsatser oralt** [<http://eped.sll.sjunet.org/eped/>]
44. 1177 vårdguiden; 2018 **Att börja gå på pottan eller toaletten** [<https://www.1177.se>]
45. Rikshandboken barnhälsovård; 2018 **Toalettvanor** [<http://www.rikshandboken-bhv.se/Texter/Vanliga-foraldrasfragor/Toalettvanor/>]
46. Medhi B, Rao RS, Prakash A, Prakash O, Kaman L, Pandhi P: **Recent advances in the pharmacotherapy of chronic anal fissure: an update.** *Asian journal of surgery / Asian Surgical Association* 2008, **31**(3):154-163.
47. Schmal F: **Neuronal mechanisms and the treatment of motion sickness.** *Pharmacology* 2013, **91**(3-4):229-241.
48. 1177 vårdguiden; 2018 **Åksjuka** [<http://www.1177.se/Fakta-och-rad/Sjukdomar/Aksjuka/>]
49. Wood CD, Kennedy RE, Graybiel A, Trumbull R, Wherry RJ: **Clinical effectiveness of anti-motion-sickness drugs. Computer review of the literature.** *JAMA* 1966, **198**(11):1155-1158.
50. ; 2012 **SPC Traveleeze** [<http://www.mhra.gov.uk/spc-pil/?prodName=TRAVELEEZE%2012.5MG%20PASTILLES&subsName=MECLOZINE%20HYDR OCHLORIDE&pageID=SecondLevel>]
51. Läkemedelsverket; 2007 **Calma 20 mg (dimenhydrinat)** [<https://lakemedelsverket.se/malgrupp/Halso--sjukvard/Monografier-varderingar/Monografier-Humanlakemedel/Humanlakemedel-Arkiv/Calma-20-mg-dimenhydrinat/>]
52. Spinks A, Wasiak J: **Scopolamine (hyoscine) for preventing and treating motion sickness.** *Cochrane Database Syst Rev* 2011(6):CD002851.
53. Klein BL, Ashenburg CA, Reed MD: **Transdermal scopolamine intoxication in a child.** *Pediatric emergency care* 1985, **1**(4):208-209.
54. Bjork M, Wettergren B: **[Scopolamine plaster caused hallucination. Toxic psychosis in a 10-year-old boy caused by an agent against motion sickness].** *Lakartidningen* 1995, **92**(7):638.
55. Lin CH, Lung HL, Li ST, Lin CY: **Delirium after transdermal scopolamine patch in two children.** *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2014, **26**(2):E01-02.

56. Lin YG, Chen PH, Chang FY, Wu LT, Liao KY, Wu TC: **Delirium due to scopolamine patch in a 4-year-old boy.** *J Formos Med Assoc* 2011, **110**(3):208-211.
57. Dahl E, Offer-Ohlsen D, Lillevold PE, Sandvik L: **Transdermal scopolamine, oral meclizine, and placebo in motion sickness.** *Clin Pharmacol Ther* 1984, **36**(1):116-120.
58. Folkhälsomyndigheten; 2013 **Sjukdomsinformation om springmaskinfektion** [<https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittydd-beredskap/smittsamma-sjukdomar/springmaskinfektion/>]
59. Garden AS: **Vulvovaginitis and other common childhood gynaecological conditions.** *Arch Dis Child Educ Pract Ed* 2011, **96**(2):73-78.
60. Cook GC: **Enterobius vermicularis infection.** *Gut* 1994, **35**(9):1159-1162.
61. www.fass.se: **SPC Vermox.** 2018.
62. www.fass.se: **SPC Vanquin.** 2016.
63. Montresor A, Stoltzfus RJ, Albonico M, Tielsch JM, Rice AL, Chwaya HM, Savioli L: **Is the exclusion of children under 24 months from anthelmintic treatment justifiable?** *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene* 2002, **96**(2):197-199.
64. WHO; 2002 **Report of the WHO Informal Consultation on the use of Praziquantel during Pregnancy/Lactation and Albendazole/Mebendazole in Children under 24 months** [http://whqlibdoc.who.int/hq/2003/WHO_CDS_CPE_PVC_2002.4.pdf]
65. Silber SA, Diro E, Workneh N, Mekonnen Z, Levecke B, Steinmann P, Umulisa I, Alemu H, Baeten B, Engelen M *et al*: **Efficacy and Safety of a Single-Dose Mebendazole 500 mg Chewable, Rapidly-Disintegrating Tablet for Ascaris lumbricoides and Trichuris trichiura Infection Treatment in Pediatric Patients: A Double-Blind, Randomized, Placebo-Controlled, Phase 3 Study.** *Am J Trop Med Hyg* 2017, **97**(6):1851-1856.
66. Joseph SA, Montresor A, Casapia M, Pezo L, Gyorkos TW: **Adverse Events from a Randomized, Multi-Arm, Placebo-Controlled Trial of Mebendazole in Children 12-24 Months of Age.** *Am J Trop Med Hyg* 2016, **95**(1):83-87.
67. Rioboo-Crespo Mdel R, Planells-del Pozo P, Rioboo-Garcia R: **Epidemiology of the most common oral mucosal diseases in children.** *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2005, **10**(5):376-387.
68. Dhondt F, Ninane J, De Beule K, Dhondt A, Cauwenbergh G: **Oral candidosis: treatment with absorbable and non-absorbable antifungal agents in children.** *Mycoses* 1992, **35**(1-2):1-8.
69. Rikshandboken barnhälsovård; 2018 **Torsk** [<http://www.rikshandboken-bhv.se/Texter/Mun/Torsk/>]
70. Redaktörer: Lena Rignell SMOEI: **Tandvårdens läkemedel 2020-2021** [<https://regionuppsala.se/samverkanswebben/for-vardgivare/vardavtal-och-uppdrag/tandvard-region-uppsala/tandvardsstod/>]
71. Pappas P, Kauffman C, Andes D, Benjamin DJ, Calandra T, Edwards JJ, Filler S, Fisher J, Kullberg B, Ostrosky-Zeichner L *et al*; 2009 **Clinical practice guidelines for the management of candidiasis: 2009 update by the Infectious Diseases Society of America** [<http://www.guideline.gov/content.aspx?id=14174#Section420>]
72. Sharon V, Fazel N: **Oral candidiasis and angular cheilitis.** *Dermatol Ther* 2010, **23**(3):230-242.
73. Livsmedelsverket; 2018 **Råd om D-vitaminskott till riskgrupper** [<https://www.livsmedelsverket.se/om-oss/press/nyheter/pressmeddelanden/uppdaterade-rad-for-att-motverka-d-vitaminbrist/>]
74. Barnläkarföreningens delförening för endokrinologi och diabetes; 2017 **D-vitaminbrist** [<http://endodiab.barnlakarforeningen.se/vardprogram/>]

75. Munns CF, Shaw N, Kiely M, Specker BL, Thacher TD, Ozono K, Michigami T, Tiosano D, Mughal MZ, Makitie O *et al*: **Global Consensus Recommendations on Prevention and Management of Nutritional Rickets**. *Horm Res Paediatr* 2016, **85**(2):83-106.
76. Nordiska ministerrådet; 2012 **Nordic Nutrition Recommendations** [<http://norden.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2%3A704251&dswid=mainwindow>]
77. LäkeMedelsverket; 2004 **Behandling av dermatomykoser** [<https://docplayer.se/15666619-Information-fran-lakemedelsverket-biverkningsnytt-behandling-av-dermatomykoser-nya-lakemedel-samarbetsavtal-mellan-lfn-lv-sbu-och-sos.html>]
78. Andrews MD, Burns M: **Common tinea infections in children**. *Am Fam Physician* 2008, **77**(10):1415-1420.
79. 1177 vårdguiden; 2018 **Skorv och seborroiskt eksem hos barn upp till ett år** [<http://www.1177.se/Fakta-och-rad/Sjukdomar/Skorv-hos-spadbarn/>]
80. Rikshandboken barnhälsovård; 2018 **Seborroiskt eksem** [<http://www.rikshandboken-bhv.se/Texter/Eksem/Seborroiskt-eksem/>]
81. 1177 vårdguiden; 2018 **Mjälleksem - seborroiskt eksem** [<https://www.1177.se/sjukdomar--besvar/hud-har-och-naglar/harbotten-och-harsackar/mjalleksem---seborroiskt-eksem/>]
82. Okokon EO, Verbeek JH, Ruotsalainen JH, Ojo OA, Bakhoya VN: **Topical antifungals for seborrhoeic dermatitis**. *Cochrane Database Syst Rev* 2015(5):CD008138.
83. Ravanfar P, Wallace JS, Pace NC: **Diaper dermatitis: a review and update**. *Curr Opin Pediatr* 2012, **24**(4):472-479.
84. Ness MJ, Davis DM, Carey WA: **Neonatal skin care: a concise review**. *International journal of dermatology* 2013, **52**(1):14-22.
85. Rikshandboken barnhälsovård; 2018 **Blöjeksem** [<https://www.rikshandboken-bhv.se/pediatrik/hud/torr-hud-och-eksem/lojeksem/>]
86. LäkeMedelsverket; 2018 **Hud- och mjukdelsinfektion** [<https://lakemedelsverket.se/malgrupp/Halso---sjukvard/Behandlings--rekommendationer/Behandlingsrekommendation---listan/Hud--och-mjukdelsinfektion/>]
87. ePed; 2020 **Flukloxacillin oralt 50 mg/ml** [<http://eped.sll.sjunet.org/eped/>]
88. ePed; 2020 **Cefadroxil oralt 100 mg/mL** [<http://eped.sll.sjunet.org/eped/>]
89. ePed; 2018 **Klindamycin oralt 15 mg/ml** [<http://eped.sll.sjunet.org/eped/>]
90. Socialstyrelsen; Smitta i förskolan – En kunskapsöversikt **2008** [<https://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/20448/smitta-i-forskolan-en-kunskapsoversikt-2008-126-1.pdf>]
91. Rikshandboken barnhälsovård; 2019 **Svinkoppor (impetigo)** [https://www.rikshandboken-bhv.se/pediatrik/infektioner/svinkoppor-impetigo/? t_id=iuHiCw2EbebnDCYTEy1YUw%3d%3d& t_uid=9RMFcb2WTNiR9AFY0UthGA& t_q=impetigo& t_tags=language%3asv%2csiteid%3aa6c2f652-d724-450d-8cb8-b6a5255ea984%2candquerymatch& t_hit.id=PWT_RhbVhb_Web_Features_ArticlePage_Models_ArticlePage/ cc82a5ab-d578-496f-971f-38e1a0cc935c_sv& t_hit.pos=1]
92. LäkeMedelsverket; 2005 **Atopiskt eksem** [https://lakemedelsverket.se/upload/om-lakemedelsverket/publikationer/information-fran-lakemedelsverket/Info_fr_LV_2005-2.pdf]
93. Simpson EL: **Atopic dermatitis: a review of topical treatment options**. *Curr Med Res Opin* 2010, **26**(3):633-640.

94. Faergemann J, Olsson P, Svensson A: **A randomized, single-blind comparison of the efficacy, tolerability and cosmetic acceptance of Propylless or Fenuril treatment of patients with dry skin.** *Acta Derm Venereol* 2009, **89**(3):305-307.
95. Chang C, Keen CL, Gershwin ME: **Treatment of eczema.** *Clin Rev Allergy Immunol* 2007, **33**(3):204-225.
96. Abramovits W, Oquendo M: **Hydrocortisone butyrate 0.1% lipocream in pediatric patients with atopic dermatitis.** *Skinmed* 2010, **8**(2):72-79.
97. Barnallergisektionen - Svenska barnläkarföreningen; 2017 **Eksem hos barn och ungdomar** [<http://www.blfallergilung.se/>]
98. SPC Protopic; 2018 [www.fass.se]
99. Darsow U, Wollenberg A, Simon D, Taieb A, Werfel T, Oranje A, Gelmetti C, Svensson A, Deleuran M, Calza AM *et al*: **ETFAD/EADV eczema task force 2009 position paper on diagnosis and treatment of atopic dermatitis.** *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology : JEADV* 2010, **24**(3):317-328.
100. . In: *Atopic Eczema in Children: Management of Atopic Eczema in Children from Birth up to the Age of 12 Years.* edn. London; 2007.
101. European Commission Scientific Committee on Consumer Safety; 2013 **Opinion on parabens - Updated request for a scientific opinion on propyl- and butylparaben** [https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/scientific_committees/consumer_safety/docs/sccs_o_132.pdf]
102. European Commission Scientific Committee on Consumer Safety; 2010 **Opinion on parabens** [https://ec.europa.eu/health/scientific_committees/consumer_safety/docs/sccs_o_041.pdf]
103. European Medicines Agency; 2015 **Reflection paper on the use of methyl- and propylparaben as excipients in human medicinal products for oral use** [<https://www.ema.europa.eu/en/use-methyl-propylparaben-excipients-human-medicinal-products-oral-use>]
104. Läkemiddelsverket; 2014 **Behandling av akne** [<http://www.lakemedelsverket.se/malgrupp/Halso---sjukvard/Behandlings--rekommendationer/Behandlingsrekommendation---listan/Akne/>]
105. Friedlander SF, Baldwin HE, Mancini AJ, Yan AC, Eichenfield LF: **The acne continuum: an age-based approach to therapy.** *Semin Cutan Med Surg* 2011, **30**(3 Suppl):S6-11.
106. Antoniou C, Dessinioti C, Stratigos AJ, Katsambas AD: **Clinical and therapeutic approach to childhood acne: an update.** *Pediatr Dermatol* 2009, **26**(4):373-380.
107. Williams HC, Dellavalle RP, Garner S: **Acne vulgaris.** *Lancet* 2012, **379**(9813):361-372.
108. Lucky AW: **A review of infantile and pediatric acne.** *Dermatology* 1998, **196**(1):95-97.
109. Cantatore-Francis JL, Glick SA: **Childhood acne: evaluation and management.** *Dermatol Ther* 2006, **19**(4):202-209.
110. Läkemiddelsverket; 2019 **Behandling vid angrepp av huvudlöss** [<https://lakemedelsverket.se/malgrupp/Halso---sjukvard/Behandlings--rekommendationer/Behandlingsrekommendation---listan/Huvudloss/>]
111. Nordlund JJ: **Cutaneous ectoparasites.** *Dermatol Ther* 2009, **22**(6):503-517.
112. Buffet M, Dupin N: **Current treatments for scabies.** *Fundam Clin Pharmacol* 2003, **17**(2):217-225.
113. 1177 vårdguiden; 2017 **Skabb** [<http://www.1177.se/Fakta-och-rad/Sjukdomar/Skabb/>]

114. Zuberbier T, Asero R, Bindslev-Jensen C, Walter Canonica G, Church MK, Gimenez-Arnau AM, Grattan CE, Kapp A, Maurer M, Merk HF *et al*: **EAACI/GA(2)LEN/EDF/WAO guideline: management of urticaria**. *Allergy* 2009, **64**(10):1427-1443.
115. FDA; 2014 **Clarinex label** [https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2014/021165s017,021300s014,021312s015,021563s003lbl.pdf]
116. ePed; 2020 **Desloratadin oralt** [<http://eped.sll.sjunet.org/eped/>]
117. Svenska Enuresakademien; 2019 **Handläggning vid enures** [http://svenskaenures.se/home/hur_far_jag_hjalp.html]
118. Glazener CM, Evans JH, Peto RE: **Alarm interventions for nocturnal enuresis in children**. *Cochrane Database Syst Rev* 2005(2):CD002911.
119. Glazener CM, Evans JH: **Desmopressin for nocturnal enuresis in children**. *Cochrane Database Syst Rev* 2002(3):CD002112.
120. Läkemedelsverket; 2007 **Nasala beredningsformer av desmopressin inte längre godkända för primär nattlig enures** [<http://www.lakemedelsverket.se/Alla-nyheter/NYHETER-2007/Nasala-beredningsformer-av-desmopressin-inte-langre-godkanda-for-primar-nattlig-enures-/>]
121. Zahradnik HP, Hanjalic-Beck A, Groth K: **Nonsteroidal anti-inflammatory drugs and hormonal contraceptives for pain relief from dysmenorrhea: a review**. *Contraception* 2010, **81**(3):185-196.
122. Harel Z: **Dysmenorrhea in adolescents and young adults: an update on pharmacological treatments and management strategies**. *Expert Opin Pharmacother* 2012, **13**(15):2157-2170.
123. Iacovides S, Avidon I, Baker FC: **What we know about primary dysmenorrhea today: a critical review**. *Hum Reprod Update* 2015, **21**(6):762-778.
124. Marjoribanks J, Ayeleke RO, Farquhar C, Proctor M: **Nonsteroidal anti-inflammatory drugs for dysmenorrhoea**. *Cochrane Database Syst Rev* 2015(7):CD001751.
125. Janusinfo; 2019 **Miljö och läkemedel** [<http://www.janusinfo.se/Beslutsstod/Miljo-och-lakemedel/?docid=4544>]
126. Wong CL, Farquhar C, Roberts H, Proctor M: **Oral contraceptive pill for primary dysmenorrhoea**. *Cochrane Database Syst Rev* 2009(4):CD002120.
127. Läkemedelsverket: **Antikonception**. <http://www.lakemedelsverket.se/malgrupp/Halso---sjukvard/Behandlings--rekommendationer/Behandlingsrekommendation---listan/Antikonception/> 2005.
128. Srivaths LV, Dietrich JE, Yee DL, Sangi-Haghpeykar H, Mahoney D, Jr.: **Oral Tranexamic Acid versus Combined Oral Contraceptives for Adolescent Heavy Menstrual Bleeding: A Pilot Study**. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2015, **28**(4):254-257.
129. British National Formulary for children: **Tranexamic acid**. 2020.
130. APL; 2012 **Produktresumé Tranexamsyra APL 100 mg/ml oral lösning** [<https://www.apl.se/vard-och-apotek/vart-produktregister.html?mode=bokstavsordning&char=T#produkter>]
131. Nationellt kliniskt kunskapsstöd; 2018 **Fimos hos barn** [<https://nationelltkliniskt-kunskapsstod.se/dokument/501fa0b5-b953-4e83-b6d1-ada04b8c78e6>]
132. Rikshandboken barnhälsovård; 2018 **Fimos** [<https://www.rikshandboken-bhv.se/pediatrik/uro-genitalt/fimos/>]
133. Moreno G, Corbalan J, Penaloza B, Pantoja T: **Topical corticosteroids for treating phimosis in boys**. *Cochrane Database Syst Rev* 2014(9):CD008973.

134. Folkhälsomyndigheten; 2017 **Antibiotika och antibiotikaresistens**
[<https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd-beredskap/antibiotika-och-antibiotikaresistens/>]
135. Blumenthal KG, Peter JG, Trubiano JA, Phillips EJ: **Antibiotic allergy**. *Lancet* 2019, **393**(10167):183-198.
136. Wong BB, Keith PK, Wasserman S: **Clinical history as a predictor of penicillin skin test outcome**. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2006, **97**(2):169-174.
137. Macy E, Schatz M, Lin C, Poon KY: **The falling rate of positive penicillin skin tests from 1995 to 2007**. *Perm J* 2009, **13**(2):12-18.
138. Alasadi Z; 2017 **Handläggning av penicillin- och cefalosporinallergi**
[https://vardgivarwebb.regionostergotland.se/pages/10481/Visningsex2017_5ST.pdf]
139. Adkinson NF, Jr., Mendelson LM, Ressler C, Keogh JC: **Penicillin minor determinants: History and relevance for current diagnosis**. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2018, **121**(5):537-544.
140. Aurnhammer W, Konietzko N, Matthys H: **Problems in evaluating the effect of secretolytic agents on the mucociliary system by means of radioactive particles**. *Respiration* 1977, **34**(2):92-99.
141. Aylward M, Maddock J, Davies DE, Protheroe DA, Leideman T: **Dextromethorphan and codeine: comparison of plasma kinetics and antitussive effects**. *Eur J Respir Dis* 1984, **65**(4):283-291.
142. Aylward M, Maddock J, Dewland P: **Clinical evaluation of acetylcysteine in the treatment of patients with chronic obstructive bronchitis: a balanced double-blind trial with placebo control**. *Eur J Respir Dis Suppl* 1980, **111**:81-89.
143. Beumer HM, Hardonk HJ, Boter J, van Eijnsbergen B: **Objective evaluation of antitussive agents under clinical conditions**. *Respiration* 1976, **33**(1):9-13.
144. Bickerman HA, Barach AL: **The experimental production of cough in human subjects induced by citric acid aerosols; preliminary studies on the evaluation of antitussive agents**. *Am J Med Sci* 1954, **228**(2):156-163.
145. Boman G, Backer U, Larsson S, Melander B, Wahlander L: **Oral acetylcysteine reduces exacerbation rate in chronic bronchitis: report of a trial organized by the Swedish Society for Pulmonary Diseases**. *Eur J Respir Dis* 1983, **64**(6):405-415.
146. Dicipinigaitis PV, Gayle YE: **Effect of guaifenesin on cough reflex sensitivity**. *Chest* 2003, **124**(6):2178-2181.
147. Dicipinigaitis PV, Gayle YE, Solomon G, Gilbert RD: **Inhibition of cough-reflex sensitivity by benzonatate and guaifenesin in acute viral cough**. *Respir Med* 2009, **103**(6):902-906.
148. Dierckx P, Leblanc G, Decoster A, Criscuolo D: **Double-blind study of glaucine in chronic cough**. *Int J Clin Pharmacol Ther Toxicol* 1981, **19**(9):396-399.
149. Dueholm M, Nielsen C, Thorshauge H, Evald T, Hansen NC, Madsen HD, Maltbaek N: **N-acetylcysteine by metered dose inhaler in the treatment of chronic bronchitis: a multi-centre study**. *Respir Med* 1992, **86**(2):89-92.
150. Duijvestijn YC, Mourdi N, Smucny J, Pons G, Chalumeau M: **Acetylcysteine and carbocysteine for acute upper and lower respiratory tract infections in paediatric patients without chronic broncho-pulmonary disease**. *Cochrane Database Syst Rev* 2009(1):CD003124.
151. Eccles R, Morris S, Jawad M: **Lack of effect of codeine in the treatment of cough associated with acute upper respiratory tract infection**. *J Clin Pharm Ther* 1992, **17**(3):175-180.
152. Empey DW, Laitinen LA, Young GA, Bye CE, Hughes DT: **Comparison of the antitussive effects of codeine phosphate 20 mg, dextromethorphan 30 mg and noscapine 30 mg using citric acid-induced cough in normal subjects**. *Eur J Clin Pharmacol* 1979, **16**(6):393-397.

153. Freestone C, Eccles R: **Assessment of the antitussive efficacy of codeine in cough associated with common cold.** *J Pharm Pharmacol* 1997, **49**(10):1045-1049.
154. Hutchings HA, Eccles R: **The opioid agonist codeine and antagonist naltrexone do not affect voluntary suppression of capsaicin induced cough in healthy subjects.** *Eur Respir J* 1994, **7**(4):715-719.
155. Jackson IM, Barnes J, Cooksey P: **Efficacy and tolerability of oral acetylcysteine (Fabrol) in chronic bronchitis: a double-blind placebo controlled study.** *J Int Med Res* 1984, **12**(3):198-206.
156. Kuhn JJ, Hendley JO, Adams KF, Clark JW, Gwaltney JM, Jr.: **Antitussive effect of guaifenesin in young adults with natural colds. Objective and subjective assessment.** *Chest* 1982, **82**(6):713-718.
157. Lal S, Bhalla KK: **A controlled trial of bromhexine ('Bisolvon') in out-patients with chronic bronchitis.** *Curr Med Res Opin* 1975, **3**(2):63-67.
158. Millar AB, Pavia D, Agnew JE, Lopez-Vidriero MT, Lauque D, Clarke SW: **Effect of oral N-acetylcysteine on mucus clearance.** *Br J Dis Chest* 1985, **79**(3):262-266.
159. Mossberg B, Philipson K, Strandberg K, Camner P: **Clearance by voluntary coughing and its relationship to subjective assessment and effect of intravenous bromhexine.** *Eur J Respir Dis* 1981, **62**(3):173-179.
160. Nesswetha W: **[Criteria of drug testing in industrial practice, demonstrated by a cough remedy].** *Arzneimittelforschung* 1967, **17**(10):1324-1326.
161. Olivieri D, Ciaccia A, Marangio E, Marsico S, Todisco T, Del Vita M: **Role of bromhexine in exacerbations of bronchiectasis. Double-blind randomized multicenter study versus placebo.** *Respiration* 1991, **58**(3-4):117-121.
162. Olivieri D, Marsico SA, Del Donno M: **Improvement of mucociliary transport in smokers by mucolytics.** *Eur J Respir Dis Suppl* 1985, **139**:142-145.
163. Olivieri D, Marsico SA, Illiano A, Del Donno M: **In vivo measurement of drug effect on mucociliary transport.** *Eur J Respir Dis Suppl* 1983, **128 (Pt 2)**:551-553.
164. Parvez L, Vaidya M, Sakhardande A, Subburaj S, Rajagopalan TG: **Evaluation of antitussive agents in man.** *Pulm Pharmacol* 1996, **9**(5-6):299-308.
165. Rees PJ, Clark TJ: **Assessment of antitussive effects by citric acid threshold.** *Br J Dis Chest* 1983, **77**(1):94-97.
166. Roa CC, Jr., Dantes RB: **Clinical effectiveness of a combination of bromhexine and amoxicillin in lower respiratory tract infection. A randomized controlled trial.** *Arzneimittelforschung* 1995, **45**(3):267-272.
167. Robison R, Cummings W, Deffenbaugh E: **Effectiveness of guaifenesin as an expectorant: a cooperative double-blind study.** *Current Therapeutic Research* 1977, **22**(2):284-296.
168. Segal MS, Goldstein MM, Attinger EO: **The use of noscapine (narcotine) as an antitussive agent.** *Dis Chest* 1957, **32**(3):305-309.
169. Sevelius H, Colmore JP: **Objective assessment of antitussive agents in patients with chronic cough.** *J New Drugs* 1966, **6**(4):216-223.
170. Sevelius H, McCoy JF, Colmore JP: **Dose response to codeine in patients with chronic cough.** *Clin Pharmacol Ther* 1971, **12**(3):449-455.
171. Sisson JH, Yonkers AJ, Waldman RH: **Effects of guaifenesin on nasal mucociliary clearance and ciliary beat frequency in healthy volunteers.** *Chest* 1995, **107**(3):747-751.

172. Smith J, Owen E, Earis J, Woodcock A: **Effect of codeine on objective measurement of cough in chronic obstructive pulmonary disease.** *J Allergy Clin Immunol* 2006, **117**(4):831-835.
173. Taylor JA, Novack AH, Almquist JR, Rogers JE: **Efficacy of cough suppressants in children.** *J Pediatr* 1993, **122**(5 Pt 1):799-802.
174. Thompson KJ, Reeve J: **A clinical trial of bromhexine.** *N Z Med J* 1972, **76**(483):73-76.
175. Thomson ML, Pavia D, McNicol MW: **A preliminary study of the effect of guaiphenesin on mucociliary clearance from the human lung.** *Thorax* 1973, **28**(6):742-747.
176. Todisco T, Polidori R, Rossi F, Iannacci L, Bruni B, Fedeli L, Palumbo R: **Effect of N-acetylcysteine in subjects with slow pulmonary mucociliary clearance.** *Eur J Respir Dis Suppl* 1985, **139**:136-141.
177. Valenti S, Marengo G: **Italian multicenter study on the treatment of chronic obstructive lung disease with bromhexine. A double-blind placebo-controlled trial.** *Respiration* 1989, **56**(1-2):11-15.
178. Malesker MA, Callahan-Lyon P, Ireland B, Irwin RS, Panel CEC: **Pharmacologic and Nonpharmacologic Treatment for Acute Cough Associated With the Common Cold: CHEST Expert Panel Report.** *Chest* 2017, **152**(5):1021-1037.
179. Cohen HA, Rozen J, Kristal H, Laks Y, Berkovitch M, Uziel Y, Kozer E, Pomeranz A, Efrat H: **Effect of honey on nocturnal cough and sleep quality: a double-blind, randomized, placebo-controlled study.** *Pediatrics* 2012, **130**(3):465-471.
180. Paul IM, Beiler J, McMonagle A, Shaffer ML, Duda L, Berlin CM, Jr.: **Effect of honey, dextromethorphan, and no treatment on nocturnal cough and sleep quality for coughing children and their parents.** *Arch Pediatr Adolesc Med* 2007, **161**(12):1140-1146.
181. Hoarau G, Pelloux I, Gayot A, Wroblewski I, Popoff MR, Mazuet C, Maurin M, Croize J: **Two cases of type A infant botulism in Grenoble, France: no honey for infants.** *Eur J Pediatr* 2012, **171**(3):589-591.
182. Läkemedelsverket: **Faryngotonsilliter i öppen vård.** 2012.
183. Strategigruppen för rationell antibiotikaanvändning och minskad antibiotikaresistens (STRAMA), Folkhälsomyndigheten, Läkemedelsverket; 2019 **Behandlingsrekommendationer för vanliga infektioner i öppenvård** [<https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/b/behandlingsrekommendationer-for-vanliga-infektioner-i-oppenvard/>]
184. Fine AM, Nizet V, Mandl KD: **Large-scale validation of the Centor and McIsaac scores to predict group A streptococcal pharyngitis.** *Arch Intern Med* 2012, **172**(11):847-852.
185. Centor RM, Witherspoon JM, Dalton HP, Brody CE, Link K: **The diagnosis of strep throat in adults in the emergency room.** *Med Decis Making* 1981, **1**(3):239-246.
186. Wigton RS, Connor JL, Centor RM: **Transportability of a decision rule for the diagnosis of streptococcal pharyngitis.** *Arch Intern Med* 1986, **146**(1):81-83.
187. Holm SE: **Treatment of recurrent tonsillopharyngitis.** *J Antimicrob Chemother* 2000, **45** Suppl:31-35.
188. ePed; 2019 **Fenoximetylpenicillin oralt 100 mg/ml** [<http://eped.sll.sjunet.org/eped/>]
189. SPC Cefadroxil Mylan: www.fass.se. 2008.
190. US National library of medicine; 2016 **Drug label for cefadroxil, powder for suspension** [<https://dailymed.nlm.nih.gov/dailymed/drugInfo.cfm?setid=1662f7df-ce96-4d24-ae32-9a7f8833311d>]
191. Personlig kommunikation med STRAMA: september 2011.
192. Landstinget i Uppsala län; 2014 **När barnet är sjukt** [http://www.lul.se/Global/Extranät/Vårdgivare/Smittskydd/Bilder/Nar_barnet_ar_sjukt_2014.pdf]

193. Läkemedelsverket; 2020 **Läkemedel vid rinosinuit** [<https://www.lakemedelsverket.se/sv/behandling-och-forskrivning/behandlingsrekommendationer/lakemedel-vid-rinosinuit--behandlingsrekommendation#hmainbody1>]
194. Läkemedelsverket; 2013 **Nezeril 0,1 mg/mL näsdroppar och nässpray avregistreras** [<https://lakemedelsverket.se/Alla-nyheter/Nyheter-2013/Nezeril-01-mgmL-nasdroppar-och-nasspray-avregistreras/>]
195. Läkemedelsverket; 2008 **Receptfria förkylningsmediciner problem i USA och några EU-länder** [<https://lakemedelsverket.se/Alla-nyheter/NYHETER-2008/Receptfria-forkylningsmediciner-problem-i-USA-och-nagra-EU-lander/>]
196. Briars LA: **The Latest Update on Over-the-Counter Cough and Cold Product Use in Children.** *J Pediatr Pharmacol Ther* 2009, **14**(3):127-131.
197. Centers for Disease C, Prevention: **Infant deaths associated with cough and cold medications--two states, 2005.** *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2007, **56**(1):1-4.
198. Statens legemiddelverk; 2015 **SPC Rhinox** [https://www.legemiddelsok.no/_layouts/15/Preparatomtaler/Spc/0000-06722.pdf]
199. Läkemedelsverket; 2010 **Otit (akut mediaotit - AOM)** [<http://www.lakemedelsverket.se/malgrupp/Halso---sjukvard/Behandlings--rekommendationer/Behandlingsrekommendation---listan/Otit-akut-mediaotit---AOM/>]
200. SPC Co-Trimoxazole; 2020 [<https://www.medicines.org.uk/emc/product/6994/smpc>]
201. ePed; 2018 **Amoxicillin oralt 50 mg/ml** [<http://eped.sll.sjunet.org/eped/>]
202. ; 2020 **SPC Ery-Max** [www.fass.se]
203. Tjandramaga TB, Van Hecken A, Mullie A, Verbesselt R, De Schepper PJ, Verbist L, Josefsson K: **Relative bioavailability of enteric coated pellets, stearate and ethylsuccinate formulations of erythromycin.** *Pharmacology* 1984, **29**(6):305-311.
204. Läkemedelsverket; 2018 **Uppdatering av behandlingsrekommendation rörotit** [https://lakemedelsverket.se/upload/halso-och-sjukvard/behandlingsrekommendationer/bak_dok/Bakgrundsdok-rorotit-2018.pdf]
205. Dohar J, Giles W, Roland P, Bikhazi N, Carroll S, Moe R, Reese B, Dupre S, Wall M, Stroman D *et al*: **Topical ciprofloxacin/dexamethasone superior to oral amoxicillin/clavulanic acid in acute otitis media with otorrhea through tympanostomy tubes.** *Pediatrics* 2006, **118**(3):e561-569.
206. Läkemedelsverket; 2008 **Farmakologisk behandling av nedre luftvägsinfektioner i öppen vård** [<http://www.lakemedelsverket.se/malgrupp/Halso---sjukvard/Behandlings--rekommendationer/Behandlingsrekommendation---listan/Nedre-luftvagsinfektioner/>]
207. ePed; 2019 **Erytromycin oralt** [<http://eped.sll.sjunet.org/eped/>]
208. ePed; 2019 **Flukloxacillin oralt 50 mg/ml** [<http://eped.sll.sjunet.org/eped/>]
209. Reimer M: **[Perianal/vulvovaginal/penile streptococcal infection. A childhood disease easily diagnosed with rapid testing].** *Lakartidningen* 2004, **101**(43):3327-3328.
210. Clegg HW, Dallas SD, Roddey OF, Martin ES, Swetenburg RL, Koonce EW, Felkner MB, Ryan AG, Presbyterian Pediatric Research G: **Extrapharyngeal group A Streptococcus infection: diagnostic accuracy and utility of rapid antigen testing.** *Pediatr Infect Dis J* 2003, **22**(8):726-731.
211. Meury SN, Erb T, Schaad UB, Heininger U: **Randomized, comparative efficacy trial of oral penicillin versus cefuroxime for perianal streptococcal dermatitis in children.** *J Pediatr* 2008, **153**(6):799-802.

212. Olson D, Edmonson MB: **Outcomes in children treated for perineal group A beta-hemolytic streptococcal dermatitis.** *Pediatr Infect Dis J* 2011, **30**(11):933-936.
213. Strama Stockholm; 2016 **Bettsår** [<http://www.janusinfo.se/Behandling/Strama-Stockholm/Vardprogram/Hud-och-mjukdelsinfektioner1/Bettsar/>]
214. Medeiros I, Saconato H: **Antibiotic prophylaxis for mammalian bites.** *Cochrane Database Syst Rev* 2001(2):CD001738.
215. Westling K, Farra A, Cars B, Ekblom AG, Sandstedt K, Settergren B, Wretling B, Jorup C: **Cat bite wound infections: a prospective clinical and microbiological study at three emergency wards in Stockholm, Sweden.** *J Infect* 2006, **53**(6):403-407.
216. Westling K, Bygdeman S, Engkvist O, Jorup-Ronstrom C: **Pasteurella multocida infection following cat bites in humans.** *J Infect* 2000, **40**(1):97-98.
217. Dendle C, Looke D: **Review article: Animal bites: an update for management with a focus on infections.** *Emerg Med Australas* 2008, **20**(6):458-467.
218. Talan DA, Citron DM, Abrahamian FM, Moran GJ, Goldstein EJ: **Bacteriologic analysis of infected dog and cat bites. Emergency Medicine Animal Bite Infection Study Group.** *N Engl J Med* 1999, **340**(2):85-92.
219. ePed; 2019 **Sulfametoxazol + trimetoprim oralt** [<http://eped.sll.sjunet.org/eped/>]
220. ePed; 2018 **Amoxicillin + klavulansyra 50 + 12,5 mg/ml** [<http://eped.sll.sjunet.org/eped/>]
221. Läkemedelsverket; 2006 **Farmakoterapi vid herpes simplex, varicella och herpes zosterinfektioner - rekommendationer** [<https://www.sls.se/globalassets/rav/rekommendationer/hsv-vzv-rek.pdf>]
222. Strohmeier Y, Hodson EM, Willis NS, Webster AC, Craig JC: **Antibiotics for acute pyelonephritis in children.** *Cochrane Database Syst Rev* 2014(7):CD003772.
223. Läkemedelsverket; 2017 **UVI - Urinvägsinfektioner i öppenvård** [<https://lakemedelsverket.se/malgrupp/Halso---sjukvard/Behandlings--rekommendationer/Behandlingsrekommendation---listan/UVI---urinvagsinfektioner-i-oppenvard/>]
224. ePed; 2020 **Ciprofloxacin oralt 100 mg/ml** [<http://eped.sll.sjunet.org/eped/>]
225. ePed; 2018 **Nitrofurantoin oralt** [<http://eped.sll.sjunet.org/eped/>]
226. ePed; 2018 **Trimetoprim oralt** [<http://eped.sll.sjunet.org/eped/>]
227. ePed; 2017 **Ceftibuten oralt 36 mg/ml** [<http://eped.sll.sjunet.org/eped/>]
228. ePed; 2018 **Cefixim oralt 20 mg/ml** [<http://eped.sll.sjunet.org/eped/>]
229. Bensman A, Ulinski T: **Pharmacotherapy of lower urinary tract infections and pyelonephritis in children.** *Expert Opin Pharmacother* 2009, **10**(13):2075-2080.
230. Riccabona M: **Urinary tract infections in children.** *Curr Opin Urol* 2003, **13**(1):59-62.
231. Abrahamsson K, Hansson S, Larsson P, Jodal U: **Antibiotic treatment for five days is effective in children with acute cystitis.** *Acta Paediatr* 2002, **91**(1):55-58.
232. Svensk barnnefrologisk förening; 2013 **Urinvägsinfektion hos barn** [http://www.blf.net/nefrolog/dok/UVI_Riktlinjer.pdf]
233. www.fass.se: **SPC Omeprazol Bluefish.** 2010.
234. Läkemedelsverket; 2009 **Läkemedelsbehandling av borreliainfektion** [<http://www.lakemedelsverket.se/malgrupp/Halso---sjukvard/Behandlings--rekommendationer/Behandlingsrekommendation---listan/Borrelia/>]

• • •

235. ; 2019 SPC Azitromax [www.fass.se]
236. ; 2017 SPC Amoxicillin Sandoz [www.fass.se]
237. ; 2019 SPC Vibranord [www.fass.se]
238. Bremell D, Trollfors B: *Lakartidningen* 2017, **114**.
239. Poyhonen H, Nurmi M, Peltola V, Alaluusua S, Ruuskanen O, Lahdesmaki T: **Dental staining after doxycycline use in children.** *J Antimicrob Chemother* 2017, **72**(10):2887-2890.
240. Todd SR, Dahlgren FS, Traeger MS, Beltran-Aguilar ED, Marianos DW, Hamilton C, McQuiston JH, Regan JJ: **No visible dental staining in children treated with doxycycline for suspected Rocky Mountain Spotted Fever.** *J Pediatr* 2015, **166**(5):1246-1251.
241. Lochary ME, Lockhart PB, Williams WT, Jr.: **Doxycycline and staining of permanent teeth.** *Pediatr Infect Dis J* 1998, **17**(5):429-431.
242. Volovitz B, Shkap R, Amir J, Calderon S, Varsano I, Nussinovitch M: **Absence of tooth staining with doxycycline treatment in young children.** *Clin Pediatr (Phila)* 2007, **46**(2):121-126.
243. Rosenberg P, Gedeberg R, Lignell A: *Lakartidningen* 2017, **114**.
244. Folkhälsomyndigheten; 2019 **Vaccin mot influensa** [<https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd-beredskap/vaccinationer/vacciner-a-o/influensa/>]
245. Läkemedelsverket; 2011 **Behandling och profylax av influensa med antivirala medel** [<https://lakemedelsverket.se/malgrupp/Halso---sjukvard/Behandlings--rekommendationer/Behandlingsrekommendation---listan/Influensa-profylax-med-antivirala-medel/>]
246. Jefferson T, Jones MA, Doshi P, Del Mar CB, Hama R, Thompson MJ, Spencer EA, Onakpoya I, Mahtani KR, Nunan D *et al*: **Neuraminidase inhibitors for preventing and treating influenza in healthy adults and children.** *Cochrane Database Syst Rev* 2014(4):CD008965.
247. Lesko SM, Mitchell AA: **An assessment of the safety of pediatric ibuprofen. A practitioner-based randomized clinical trial.** *JAMA* 1995, **273**(12):929-933.
248. Allan GM, Ivers N, Shevchuk Y: **Treatment of pediatric fever: Are acetaminophen and ibuprofen equivalent?** *Can Fam Physician* 2010, **56**(8):773.
249. Kanabar D, Dale S, Rawat M: **A review of ibuprofen and acetaminophen use in febrile children and the occurrence of asthma-related symptoms.** *Clin Ther* 2007, **29**(12):2716-2723.
250. Southey ER, Soares-Weiser K, Kleijnen J: **Systematic review and meta-analysis of the clinical safety and tolerability of ibuprofen compared with paracetamol in paediatric pain and fever.** *Curr Med Res Opin* 2009, **25**(9):2207-2222.
251. Hay AD, Redmond NM, Costelloe C, Montgomery AA, Fletcher M, Hollinghurst S, Peters TJ: **Paracetamol and ibuprofen for the treatment of fever in children: the PITCH randomised controlled trial.** *Health Technol Assess* 2009, **13**(27):iii-iv, ix-x, 1-163.
252. Purssell E: **Treating fever in children: paracetamol or ibuprofen?** *Br J Community Nurs* 2002, **7**(6):316-320.
253. Pierce CA, Voss B: **Efficacy and safety of ibuprofen and acetaminophen in children and adults: a meta-analysis and qualitative review.** *Ann Pharmacother* 2010, **44**(3):489-506.
254. Perrott DA, Piira T, Goodenough B, Champion GD: **Efficacy and safety of acetaminophen vs ibuprofen for treating children's pain or fever: a meta-analysis.** *Arch Pediatr Adolesc Med* 2004, **158**(6):521-526.

255. Nabulsi M, Tamim H, Sabra R, Mahfoud Z, Malaeb S, Fakh H, Mikati M: **Equal antipyretic effectiveness of oral and rectal acetaminophen: a randomized controlled trial [ISRCTN11886401]**. *BMC Pediatr* 2005, **5**:35.
256. Scolnik D, Kozer E, Jacobson S, Diamond S, Young NL: **Comparison of oral versus normal and high-dose rectal acetaminophen in the treatment of febrile children**. *Pediatrics* 2002, **110**(3):553-556.
257. Läkemedelsverket; 2009 **Paracetamol till barn** [https://lakemedelsverket.se/upload/om-lakemedelsverket/publikationer/information-fran-lakemedelsverket/Info_fr_LV_2009-6.pdf]
258. ePed; 2019 **Ibuprofen oralt 20 mg/ml** [<http://eped.sl.sjunet.org/eped/>]
259. Litalien C, Jacqz-Aigrain E: **Risks and benefits of nonsteroidal anti-inflammatory drugs in children: a comparison with paracetamol**. *Paediatr Drugs* 2001, **3**(11):817-858.
260. Lesko SM, Louik C, Vezina RM, Mitchell AA: **Asthma morbidity after the short-term use of ibuprofen in children**. *Pediatrics* 2002, **109**(2):E20.
261. Vilenchik R, Berkovitch M, Jossifoff A, Ben-Zvi Z, Kozer E: **Oral versus rectal ibuprofen in healthy volunteers**. *Journal of population therapeutics and clinical pharmacology = Journal de la therapeutique des populations et de la pharmacologie clinique* 2012, **19**(2):e179-186.
262. Eller MG, Wright C, 3rd, Della-Coletta AA: **Absorption kinetics of rectally and orally administered ibuprofen**. *Biopharmaceutics & drug disposition* 1989, **10**(3):269-278.
263. Purssell E: **Systematic review of studies comparing combined treatment with paracetamol and ibuprofen, with either drug alone**. *Arch Dis Child* 2011, **96**(12):1175-1179.
264. Wong T, Stang AS, Ganshorn H, Hartling L, Maconochie IK, Thomsen AM, Johnson DW: **Combined and alternating paracetamol and ibuprofen therapy for febrile children**. *Cochrane Database Syst Rev* 2013, **10**(10):CD009572.
265. Garcia-Marcos L, Sanchez-Solis M, Perez-Fernandez V, Pastor-Vivero MD, Mondejar-Lopez P, Valverde-Molina J: **Is the effect of prenatal paracetamol exposure on wheezing in preschool children modified by asthma in the mother?** *Int Arch Allergy Immunol* 2009, **149**(1):33-37.
266. Kang EM, Lundsberg LS, Illuzzi JL, Bracken MB: **Prenatal exposure to acetaminophen and asthma in children**. *Obstet Gynecol* 2009, **114**(6):1295-1306.
267. Perzanowski MS, Miller RL, Tang D, Ali D, Garfinkel RS, Chew GL, Goldstein IF, Perera FP, Barr RG: **Prenatal acetaminophen exposure and risk of wheeze at age 5 years in an urban low-income cohort**. *Thorax* 2010, **65**(2):118-123.
268. Bakkeheim E, Mowinckel P, Carlsen KH, Haland G, Carlsen KC: **Paracetamol in early infancy: the risk of childhood allergy and asthma**. *Acta Paediatr* 2011, **100**(1):90-96.
269. Mitchell EA, Stewart AW, Clayton T, Asher MI, Ellwood P, Mackay R, Moyes C, Pattermore PK, Pearce N: **Cross-sectional survey of risk factors for asthma in 6-7-year-old children in New Zealand: International Study of Asthma and Allergy in Childhood Phase Three**. *J Paediatr Child Health* 2009, **45**(6):375-383.
270. Beasley RW, Clayton TO, Crane J, Lai CK, Montefort SR, Mutius E, Stewart AW, Group IPTS: **Acetaminophen use and risk of asthma, rhinoconjunctivitis, and eczema in adolescents: International Study of Asthma and Allergies in Childhood Phase Three**. *Am J Respir Crit Care Med* 2011, **183**(2):171-178.
271. Wickens K, Beasley R, Town I, Epton M, Pattermore P, Ingham T, Crane J, New Zealand A, Allergy Cohort Study G: **The effects of early and late paracetamol exposure on asthma and atopy: a birth cohort**. *Clin Exp Allergy* 2011, **41**(3):399-406.

272. Amberbir A, Medhin G, Alem A, Britton J, Davey G, Venn A: **The role of acetaminophen and geohelminth infection on the incidence of wheeze and eczema: a longitudinal birth-cohort study.** *Am J Respir Crit Care Med* 2011, **183**(2):165-170.
273. European Medicines Agency PWPP; 2011 **February 2011 plenary meeting** [http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Report/2011/02/WC500102322.pdf]
274. Brandlistuen RE, Ystrom E, Nulman I, Koren G, Nordeng H: **Prenatal paracetamol exposure and child neurodevelopment: a sibling-controlled cohort study.** *International journal of epidemiology* 2013, **42**(6):1702-1713.
275. Liew Z, Ritz B, Rebordosa C, Lee PC, Olsen J: **Acetaminophen use during pregnancy, behavioral problems, and hyperkinetic disorders.** *JAMA pediatrics* 2014, **168**(4):313-320.
276. Läkemedelsverket; 2014 **Europeisk utredning ger stöd för att paracetamol kan användas under graviditet** [<http://www.lakemedelsverket.se//Alla-nyheter/NYHETER-2014/Europeisk-utredning-ger-stod-for-att-paracetamol-kan-anvandas-under-graviditet/>]
277. Mikaeloff Y, Kezouh A, Suissa S: **Nonsteroidal anti-inflammatory drug use and the risk of severe skin and soft tissue complications in patients with varicella or zoster disease.** *British journal of clinical pharmacology* 2008, **65**(2):203-209.
278. Lesko SM, O'Brien KL, Schwartz B, Vezina R, Mitchell AA: **Invasive group A streptococcal infection and nonsteroidal antiinflammatory drug use among children with primary varicella.** *Pediatrics* 2001, **107**(5):1108-1115.
279. Souyri C, Olivier P, Grolleau S, Lapeyre-Mestre M, French Network of Pharmacovigilance C: **Severe necrotizing soft-tissue infections and nonsteroidal anti-inflammatory drugs.** *Clinical and experimental dermatology* 2008, **33**(3):249-255.
280. Zerr DM, Alexander ER, Duchin JS, Koutsky LA, Rubens CE: **A case-control study of necrotizing fasciitis during primary varicella.** *Pediatrics* 1999, **103**(4 Pt 1):783-790.
281. www.fass.se: **SPC Kodein Meda.**, 2019.
282. Läkemedelsverket; 2013 **EMAs säkerhetskommitté rekommenderar begränsad användning av kodein vid smärtlindring till barn** [<http://www.lakemedelsverket.se/Alla-nyheter/Nyheter-2013/EMAs-sakerhetskommite-rekommenderar-begransad-anvandning-av-kodein-vid-smartlindring-till-barn/>]
283. Läkemedelsverket; 2013 **Begränsad användning av läkemedel som innehåller kodein till barn och vissa vuxna** [<http://www.lakemedelsverket.se/Alla-nyheter/Nyheter-2013/Begransad-anvandning-av-lakemedel-som-innehaller-kodein-till-barn-och-vissa-vuxna/>]
284. Läkemedelsverket; 2014 **Smärtsamma procedurer - behandling av barn i hälso- och sjukvård** [<http://www.lakemedelsverket.se/malgrupp/Halso---sjukvard/Behandlings--rekommendationer/Behandlingsrekommendation---listan/Smartsamma-procedurer---behandling-av-barn/>]
285. Tjaderborn M, Jonsson AK, Ahlner J, Hagg S: **Tramadol dependence: a survey of spontaneously reported cases in Sweden.** *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2009, **18**(12):1192-1198.
286. Bergman U, Dahl-Puustinen ML: **Use of prescription forgeries in a drug abuse surveillance network.** *Eur J Clin Pharmacol* 1989, **36**(6):621-623.
287. Ljungman G, Gordh T, Sorensen S, Kreuger A: **Pain in paediatric oncology: interviews with children, adolescents and their parents.** *Acta Paediatr* 1999, **88**(6):623-630.
288. Ljungman G, Gordh T, Sorensen S, Kreuger A: **Pain variations during cancer treatment in children: a descriptive survey.** *Pediatric hematology and oncology* 2000, **17**(3):211-221.

289. Uman LS, Birnie KA, Noel M, Parker JA, Chambers CT, McGrath PJ, Kisely SR: **Psychological interventions for needle-related procedural pain and distress in children and adolescents.** *Cochrane Database Syst Rev* 2013, **10**(10):CD005179.
290. Gunter JB: **Benefit and risks of local anesthetics in infants and children.** *Paediatr Drugs* 2002, **4**(10):649-672.
291. Baxter AL, Ewing PH, Young GB, Ware A, Evans N, Manworren RC: **EMLA application exceeding two hours improves pediatric emergency department venipuncture success.** *Advanced emergency nursing journal* 2013, **35**(1):67-75.
292. Sawyer J, Febraro S, Masud S, Ashburn MA, Campbell JC: **Heated lidocaine/tetracaine patch (Synera, Rapydan) compared with lidocaine/prilocaine cream (EMLA) for topical anaesthesia before vascular access.** *British journal of anaesthesia* 2009, **102**(2):210-215.
293. Cepeda MS, Tzortzopoulou A, Thackrey M, Hudcova J, Arora Gandhi P, Schumann R: **Adjusting the pH of lidocaine for reducing pain on injection.** *Cochrane Database Syst Rev* 2010(12):CD006581.
294. Hogan ME, vanderVaart S, Perampaladas K, Machado M, Einarson TR, Taddio A: **Systematic review and meta-analysis of the effect of warming local anesthetics on injection pain.** *Annals of emergency medicine* 2011, **58**(1):86-98 e81.
295. Axelsson I: **[Febrile seizures can't be prevented. Antipyretics don't stop the seizures...but perhaps the fever stops the infection].** *Lakartidningen* 2010, **107**(19-20):1290-1291.
296. Inera AB - Sveriges kommuner och landsting (SKL); 2014 **Rikshandboken i Barnhälsovård** [https://www.rikshandboken-bhv.se/pediatrik/neurologi/feberkramper/?_t_id=1ROI93qfYouBZDFDIfc-Aw%3d%3d&_t_uuid=9Ea7z9mdRwK4YEdhwMERKA&_t_q=feberkramp&_t_tags=language%3asv%2csiteid%3aa6c2f652-d724-450d-8cb8-b6a5255ea984%2candquerymatch&_t_hit.id=PWT_RhbVhb_Web_Features_ArticlePage_Models_ArticlePage/_ff346f36-98f6-4f39-8ab4-750da62c273a_sv&_t_hit.pos=1]
297. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE); 2007 **Feverish illness in children** [<http://guidance.nice.org.uk/CG47/NiceGuidance/pdf/English>]
298. Steering Committee on Quality I, Management SoFSAAoP: **Febrile seizures: clinical practice guideline for the long-term management of the child with simple febrile seizures.** *Pediatrics* 2008, **121**(6):1281-1286.
299. Läkemedelsverket; 2015 **Läkemedelsboken: Huvudvärk hos barn** [www.lakemedelsboken.se]
300. Baumann RJ: **Behavioral treatment of migraine in children and adolescents.** *Paediatr Drugs* 2002, **4**(9):555-561.
301. Millichap JG, Yee MM: **The diet factor in pediatric and adolescent migraine.** *Pediatr Neurol* 2003, **28**(1):9-15.
302. Fukui PT, Goncalves TR, Strabelli CG, Lucchino NM, Matos FC, Santos JP, Zukerman E, Zukerman-Guendler V, Mercante JP, Masruha MR *et al*: **Trigger factors in migraine patients.** *Arq Neuropsiquiatr* 2008, **66**(3A):494-499.
303. Hauge AW, Kirchmann M, Olesen J: **Trigger factors in migraine with aura.** *Cephalalgia* 2010, **30**(3):346-353.
304. Hauge AW, Kirchmann M, Olesen J: **Characterization of consistent triggers of migraine with aura.** *Cephalalgia* 2011, **31**(4):416-438.
305. Lewis D, Ashwal S, Hershey A, Hirtz D, Yonker M, Silberstein S, American Academy of Neurology Quality Standards S, Practice Committee of the Child Neurology S: **Practice parameter: pharmacological treatment of migraine headache in children and adolescents: report of the**

- American Academy of Neurology Quality Standards Subcommittee and the Practice Committee of the Child Neurology Society.** *Neurology* 2004, **63**(12):2215-2224.
306. Damen L, Bruijn JK, Verhagen AP, Berger MY, Passchier J, Koes BW: **Symptomatic treatment of migraine in children: a systematic review of medication trials.** *Pediatrics* 2005, **116**(2):e295-302.
307. ePed; 2019 **Paracetamol oralt 24 mg/mL** [<http://eped.sll.sjunet.org/eped/>]
308. Vollono C, Vigevano F, Tarantino S, Valeriani M: **Triptans other than sumatriptan in child and adolescent migraine: literature review.** *Expert Rev Neurother* 2011, **11**(3):395-401.
309. Eiland LS, Hunt MO: **The use of triptans for pediatric migraines.** *Paediatr Drugs* 2010, **12**(6):379-389.
310. Evers S: **The efficacy of triptans in childhood and adolescence migraine.** *Current pain and headache reports* 2013, **17**(7):342.
311. Winner P, Farkas V, Stillova H, Woodruff B, Liss C, Lillieborg S, Raines S, Group TS: **Efficacy and tolerability of zolmitriptan nasal spray for the treatment of acute migraine in adolescents: Results of a randomized, double-blind, multi-center, parallel-group study (TEENZ).** *Headache* 2016, **56**(7):1107-1119.
312. Richer L, Billingham L, Lindsell MA, Russell K, Vandermeer B, Crumley ET, Durec T, Klassen TP, Hartling L: **Drugs for the acute treatment of migraine in children and adolescents.** *Cochrane Database Syst Rev* 2016, **4**:CD005220.
313. Shamliyan TA, Kane RL, Ramakrishnan R, Taylor FR. In: *Migraine in Children: Preventive Pharmacologic Treatments.* edn. Rockville (MD); 2013.
314. Läkemedelsverket; 2014 **Behandling av sömnstörningar hos barn och ungdomar** [<https://www.lakemedelsverket.se/sv/behandling-och-forskrivning/behandlingsrekommendationer/behandling-av-somnstorningar-hos-barn-och-ungdomar--kunskapsdokument>]
315. Uppsala-Örebroregionen; 2019 **Sov gott** [<https://regionvastmanland.se/globalassets/vardgivare-och-samarbetspartners/behandlingsstod/lakemedel/publikationer/broschyror/webb.sov-gott-2020.pdf>]
316. Barnallergisektionen - Svenska barnläkarföreningen; 2016 **Allergisk rinokonjunktivit** [<http://www.blfallergilung.se/>]
317. Läkemedelsverket; 2003 **Allergisk rinit** [<http://www.lakemedelsverket.se/malgrupp/Halso---sjukvard/Behandlings--rekommendationer/Behandlingsrekommendation---listan/Allergisk-rinit/>]
318. Sur DK, Scandale S: **Treatment of allergic rhinitis.** *Am Fam Physician* 2010, **81**(12):1440-1446.
319. Bruni FM, De Luca G, Venturoli V, Boner AL: **Intranasal corticosteroids and adrenal suppression.** *Neuroimmunomodulation* 2009, **16**(5):353-362.
320. Sastre J, Mosges R: **Local and systemic safety of intranasal corticosteroids.** *Journal of investigational allergology & clinical immunology* 2012, **22**(1):1-12.
321. Manzouri B, Flynn TH, Larkin F, Ono SJ, Wyse R: **Pharmacotherapy of allergic eye disease.** *Expert Opin Pharmacother* 2006, **7**(9):1191-1200.
322. Owen CG, Shah A, Henshaw K, Smeeth L, Sheikh A: **Topical treatments for seasonal allergic conjunctivitis: systematic review and meta-analysis of efficacy and effectiveness.** *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners* 2004, **54**(503):451-456.
323. Abelson MB, Greiner JV: **Comparative efficacy of olopatadine 0.1% ophthalmic solution versus levocabastine 0.05% ophthalmic suspension using the conjunctival allergen challenge model.** *Curr Med Res Opin* 2004, **20**(12):1953-1958.

324. Verin P, Easty DL, Secchi A, Ciprandi G, Partouche P, Nemeth-Wasmer G, Brancato R, Harrisberg CJ, Estivin-Ebrardt C, Coster DJ *et al*: **Clinical evaluation of twice-daily emedastine 0.05% eye drops (Emadine eye drops) versus levocabastine 0.05% eye drops in patients with allergic conjunctivitis.** *Am J Ophthalmol* 2001, **131**(6):691-698.
325. Liu RF, Wu XX, Wang X, Gao J, Zhou J, Zhao Q: **Efficacy of olopatadine hydrochloride 0.1%, emedastine difumarate 0.05%, and loteprednol etabonate 0.5% for Chinese children with seasonal allergic conjunctivitis: a randomized vehicle-controlled study.** *Int Forum Allergy Rhinol* 2017, **7**(4):393-398.
326. Svenska föreningen för allergologi; 2015 **Anafylaxi: Rekommendationer omhändertagande och behandling** [http://www.sffa.nu/wp-content/uploads/2015/12/Anafylaxi_sept_2015.pdf]
327. Läkemedelsverket: **Sällsynta fel på injektionspennor Jext (adrenalin).** <http://www.lakemedelsverket.se/Alla-nyheter/Nyheter-2013/Sallsynta-fel-pa-injektionspennor-Jext-adrenalin/> 2013.
328. Läkemedelsverket: **Sällsynta fel på autoinjektor Anapen 0.3 milligram och Anapen Junior 0.15 milligram** <http://www.lakemedelsverket.se/Alla-nyheter/NYHETER-2012/Sallsynta-fel-pa-autoinjektor-Anapen-03-milligram-och-Anapen-Junior-015-milligram-/> 2012.
329. Läkemedelsverket; 2017 **Indragning av ytterligare EpiPen och EpiPen Jr adrenalinpennor** [<https://lakemedelsverket.se/Alla-nyheter/NYHETER-2017/Indragning-av-ytterligare-EpiPen-och-EpiPen-Jr-adrenalinpennor/>]
330. Läkemedelsverket; 2019 **En felaktig komponent i Emerade injektionspenna med adrenalin kan påverka funktionen** [<https://www.lakemedelsverket.se/sv/nyheter/en-felaktig-komponent-i-emerade-injektionspenna-med-adrenalin-kan-paverka-funktionen>]
331. Läkemedelsverket: **Leveransproblem för Anapen och Anapen Junior.** <http://www.lakemedelsverket.se/Alla-nyheter/Nyheter-2013/Leveransproblem-for-Anapen-och-Anapen-Junior-/> 2013.
332. Läkemedelsverket; 2015 **Farmakologisk behandling vid astma** [<http://www.lakemedelsverket.se/malgrupp/Halso---sjukvard/Behandlings--rekommendationer/Behandlingsrekommendation---listan/Astma/>]
333. Becker AB, Kuznetsova O, Vermeulen J, Soto-Quiros ME, Young B, Reiss TF, Dass SB, Knorr BA, Pediatric Montelukast Linear Growth Study G: **Linear growth in prepubertal asthmatic children treated with montelukast, beclomethasone, or placebo: a 56-week randomized double-blind study.** *Ann Allergy Asthma Immunol* 2006, **96**(6):800-807.
334. Pedersen S, Agertoft L, Williams-Herman D, Kuznetsova O, Reiss TF, Knorr B, Dass SB, Wolthers OD: **Placebo-controlled study of montelukast and budesonide on short-term growth in prepubertal asthmatic children.** *Pediatr Pulmonol* 2007, **42**(9):838-843.
335. Kelly HW, Sternberg AL, Lescher R, Fuhlbrigge AL, Williams P, Zeiger RS, Raissy HH, Van Natta ML, Tonascia J, Strunk RC *et al*: **Effect of inhaled glucocorticoids in childhood on adult height.** *N Engl J Med* 2012, **367**(10):904-912.
336. Agertoft L, Pedersen S: **Effect of long-term treatment with inhaled budesonide on adult height in children with asthma.** *N Engl J Med* 2000, **343**(15):1064-1069.
337. GINA - Global Initiative For Asthma; 2019 **GINA Report, Global Strategy for Asthma Management and Prevention** [<https://ginasthma.org/>]
338. Riksidrottsförbundet: **WADA:s dopinglista.** 2019.
339. Wolfe JD, Yamate M, Biedermann AA, Chu TJ: **Comparison of the acute cardiopulmonary effects of oral albuterol, metaproterenol, and terbutaline in asthmatics.** *JAMA* 1985, **253**(14):2068-2072.

340. Jenne JW, Valcarengi G, Druz WS, Starkey PW, Yu C, Shaughnessy TK: **Comparison of tremor responses to orally administered albuterol and terbutaline.** *Am Rev Respir Dis* 1986, **134**(4):708-713.
341. Bartfield JM, Boenau IB, Lozon J, Raccio-Robak N: **Comparison of metered dose inhaler and oral administration of albuterol in the outpatient treatment of infants and children.** *The American journal of emergency medicine* 1995, **13**(3):375-378.
342. Boner AL, Vallone G, Brighenti C, Schiassi M, Miglioranza P, Richelli C: **Comparison of the protective effect and duration of action of orally administered clenbuterol and salbutamol on exercise-induced asthma in children.** *Pediatr Pulmonol* 1988, **4**(4):197-200.
343. Connolly NM: **Dosage of oral salbutamol in asthmatic children.** *Arch Dis Child* 1971, **46**(250):869-871.
344. Dawson KP, Fergusson DM: **Effects of oral theophylline and oral salbutamol in the treatment of asthma.** *Arch Dis Child* 1982, **57**(9):674-676.
345. Francis PW, Krastins IR, Levison H: **Oral and inhaled salbutamol in the prevention of exercise-induced bronchospasm.** *Pediatrics* 1980, **66**(1):103-108.
346. Groggins RC, Lenney W, Milner AD, Stokes GM: **Efficacy of orally administered salbutamol and theophylline in pre-schoolchildren with asthma.** *Arch Dis Child* 1980, **55**(3):204-206.
347. British National Formulary for children: **Salbutamol.** 2014.
348. Inge A, Nasta F: [New and old medications for croup and seizures in children. Oral dexamethasone and buccal midazolam may provide better treatment]. *Lakartidningen* 2013, **110**(48):2163.
349. Rikshandboken barnhälsovård; 2018 **Falsk krupp (pseudokrupp)** [<http://www.rikshandboken-bhv.se/Texter/Andning-och-luftvagar/Pseudokrupp/>]
350. Bjornson C, Russell K, Vandermeer B, Klassen TP, Johnson DW: **Nebulized epinephrine for croup in children.** *Cochrane Database Syst Rev* 2013(10):CD006619.
351. ePed; 2020 **Adrenalin inhalation** [<http://eped.sll.sjunet.org/eped/>]
352. Gates A, Gates M, Vandermeer B, Johnson C, Hartling L, Johnson DW, Klassen TP: **Glucocorticoids for croup in children.** *Cochrane Database Syst Rev* 2018, **8**(1):CD001955.
353. Geelhoed GC, Turner J, Macdonald WB: **Efficacy of a small single dose of oral dexamethasone for outpatient croup: a double blind placebo controlled clinical trial.** *BMJ* 1996, **313**(7050):140-142.
354. Geelhoed GC, Macdonald WB: **Oral dexamethasone in the treatment of croup: 0.15 mg/kg versus 0.3 mg/kg versus 0.6 mg/kg.** *Pediatr Pulmonol* 1995, **20**(6):362-368.
355. Fifoot AA, Ting JY: **Comparison between single-dose oral prednisolone and oral dexamethasone in the treatment of croup: a randomized, double-blinded clinical trial.** *Emerg Med Australas* 2007, **19**(1):51-58.
356. Dobrovoljac M, Geelhoed GC: **How fast does oral dexamethasone work in mild to moderately severe croup? A randomized double-blinded clinical trial.** *Emerg Med Australas* 2012, **24**(1):79-85.
357. Amir L, Hubermann H, Halevi A, Mor M, Mimouni M, Waisman Y: **Oral betamethasone versus intramuscular dexamethasone for the treatment of mild to moderate viral croup: a prospective, randomized trial.** *Pediatric emergency care* 2006, **22**(8):541-544.
358. Cetinkaya F, Tufekci BS, Kutluk G: **A comparison of nebulized budesonide, and intramuscular, and oral dexamethasone for treatment of croup.** *International journal of pediatric otorhinolaryngology* 2004, **68**(4):453-456.

359. Roorda RJ, Walhof CM: **Effects of inhaled fluticasone propionate administered with metered dose inhaler and spacer in mild to moderate croup: a negative preliminary report.** *Pediatr Pulmonol* 1998, **25**(2):114-117.
360. Sheikh A, Hurwitz B: **Antibiotics versus placebo for acute bacterial conjunctivitis.** *Cochrane Database Syst Rev* 2006(2):CD001211.
361. Cronau H, Kankanala RR, Mauger T: **Diagnosis and management of red eye in primary care.** *Am Fam Physician* 2010, **81**(2):137-144.
362. Buznach N, Dagan R, Greenberg D: **Clinical and bacterial characteristics of acute bacterial conjunctivitis in children in the antibiotic resistance era.** *Pediatr Infect Dis J* 2005, **24**(9):823-828.
363. Karpecki P, Paterno MR, Comstock TL: **Limitations of current antibiotics for the treatment of bacterial conjunctivitis.** *Optom Vis Sci* 2010, **87**(11):908-919.
364. Läkemedelsverket; 2011 **Azyter (azitromycin)** [<http://www.lakemedelsverket.se/malgrupp/Halso---sjukvard/Monografier-varderingar/Monografier-Humanlakemedel/Humanlakemedel-Arkiv/Azyter-azitromycin/>]
365. Upadhyay MP, Karmacharya PC, Koirala S, Shah DN, Shakya S, Shrestha JK, Bajracharya H, Gurung CK, Whitcher JP: **The Bhaktapur eye study: ocular trauma and antibiotic prophylaxis for the prevention of corneal ulceration in Nepal.** *Br J Ophthalmol* 2001, **85**(4):388-392.
366. Rosenfeld RM, Singer M, Wasserman JM, Stinnett SS: **Systematic review of topical antimicrobial therapy for acute otitis externa.** *Otolaryngol Head Neck Surg* 2006, **134**(4 Suppl):S24-48.
367. Kaushik V, Malik T, Saeed SR: **Interventions for acute otitis externa.** *Cochrane Database Syst Rev* 2010(1):CD004740.
368. Backstrom M, Mjorndal T, Dahlqvist R: **Under-reporting of serious adverse drug reactions in Sweden.** *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2004, **13**(7):483-487.
369. Hazell L, Shakir SA: **Under-reporting of adverse drug reactions : a systematic review.** *Drug Saf* 2006, **29**(5):385-396.
370. Socialstyrelsen; 2015 **Termbanken** [<https://termbank.socialstyrelsen.se/?TermId=769&SrcLang=sv>]
371. Läkemedelsverket; 2016 **Läkemedelsverkets syn på användning av läkemedel utanför det regulatoriska godkännandet** [<https://lakemedelsverket.se/upload/om-lakemedelsverket/LV%20kommenterar/Läkemedelsverkets%20syn%20på%20användning%20av%20läkemedel%20utanför%20det%20regulatoriska%20godkännandet.pdf>]