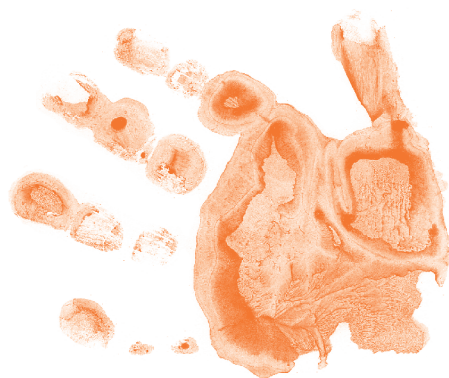


Nr.3/2006

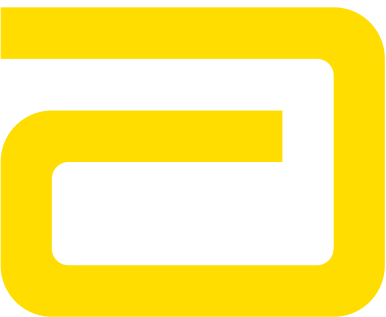
Barnläkaren



SVENSKA BARNLÄKARFÖRENINGEN
SWEDISH PAEDIATRIC SOCIETY



Taylor & Francis
Taylor & Francis Group



Synagis

– ett skydd mot RS-virus



När det gäller för tidigt födda barn och barn i andra högriskgrupper, kan de som uppvisar svåra förkylningssymtom och allmänpåverkan i form av apnéer eller dålig syresättning (blå läppar) kräva sjukvård omgående.

Det finns idag ingen specifik behandling mot RS-virus, men det finns ett förebyggande läkemedel – Synagis – ett så kallat immunoprophylax, ett läkemedel som innehåller antikroppar mot viruset.

Indikationer:

Prevention av allvarliga sjukhuskrävande nedre luftvägsinfektioner orsakade av respiratoriskt syncytialvirus (RSV) hos barn som har ökad risk för RSV-sjukdom:

- Barn som är födda vecka 35 eller tidigare och yngre än 6 månader då RSV-säsongen börjar.
- Barn under 2 år som inom de senaste 6 månaderna behövt behandling för bronkopulmodell dysplasi.
- Barn under 2 år som har hemodynamiskt signifikant kongenital hjärtsjukdom.

Förpackningar: Pulver och vätska till injektionsvätska, lösning 50 mg och 100 mg.
Dosering: 15 mg/kg kroppsvikt. För ytterligare info se www.FASS.se

roxenback

Barnläkaren

Tidningen Barnläkaren utkommer med sex nummer årligen och är Svenska Barnläkarförningens medlemstidning.

Ansvarig utgivare

Göran Wennergren
goran.wennergren@pediat.gu.se

Tillförordnad redaktör

Jonas F. Ludvigsson
jonasludvigsson@yahoo.com

Redaktionssekreterare

Viveca Karlsson
Viveca.Karlsson@ki.se
Tel: 08-517 747 43

Redaktionsråd

Hugo Lagercrantz
Hugo.Lagercrantz@ki.se

Manuskript insändes per mail till:

Jonas F. Ludvigsson
jonasludvigsson@yahoo.com

Prenumerationsärenden och adressändringar

Sveriges Läkarförbund
Medlemsregistret
Box 5610
114 86 Stockholm
Tel: 08-790 33 00
Fax: 08-790 33 16

Annonsera i Barnläkaren

Taylor and Francis
Box 3255
103 65 Stockholm
sales@tandf.no

Förlag

Taylor & Francis
Karola Ruckle
Box 3255
103 65 Stockholm
Tel: 08-440 80 40
Fax: 08-440 80 50
karola.ruckle@se.tandf.no

Tryck

Wallin & Dalholm Boktr., Lund

Innehåll

LEDARE

Barnveckan i Helsingborg blev en succé 3

REDAKTÖRENS RUTA

4

BARNVECKAN

Tankar kring den nyligen avslutade
Barnveckan i Helsingborg 3-7 april 2006 6

FRAMTID

Framtidens pediatrik 9

Framtidens pediatrik – några reflektioner 11

Spännande utmaningar 13

SEMINARIEREFERAT

Forskning måste få ett meritvärde i vården!
Referat från seminarium på Sv. Läkersällskapet 060302 14

Seminarium om Barn och TV
3 april 2006, Helsingborg 16

GLOBAL BARNHÄLSA

Fortsatt internationalisering av svensk pediatrik! 20

REFERAT

Astmabesvär som liten – hur går det sedan? 23

DEBATT

Specialistskrivningens vara eller icke vara
– BLU föreslår ett helt nytt system 24

ST-ENKÄTEN

Handledning av svenska barn-ST-läkare 26

KALENDARIUM

32



Nyhet!



Giona Easyhaler[®]

– ger kvittens på inhaled dos

Budesonid

Giona Easyhaler är en väldokumenterad pulverinhalator för behandling av astma som är enkel att använda. Den innehåller den väldokumenterade inhalationssteroiden budesonid.

Giona Easyhaler – ger kvittens på inhaled dos

Giona Easyhaler har ett tydligt räkneverk som visar patienterna hur många doser som finns kvar i inhalatorn efter inhalation.

En liten mängd tillsatt laktos gör att patienterna direkt känner att de får i sig dosen när de använder Giona Easyhaler.

Patienterna får kvittens på inhaled dos.

Astmapatienternas preferens för Giona Easyhaler har dokumenterats i flera studier. Resultaten visar att majoriteten av patienterna

föredrar Giona Easyhaler framför andra inhalatorer, bl a eftersom Giona Easyhaler upplevs som enklare att använda^{1,2,3}.

Giona Easyhaler kan användas en gång om dagen och finns i tre styrkor: 100, 200 och 400 mikrogram per dos.

En inhalator innehåller 200 doser (100 och 200 mikrogram)

respektive 100 doser (400 mikrogram).

För fullständig information se FASS.se

Barnveckan i Helsingborg blev en succé, nu seglar BLF-skutan i medvind!

Kära kollegor!

När jag skriver dessa rader är jag nyss hemkommen från Barnveckan i Helsingborg. Barnveckan blev en stor succé med fint program, både vetenskapligt och socialt, och utmärkta arrangemang. Till framgången bidrog att anslutningen blev över alla förväntningar med inte mindre än 550 deltagare. Barnveckan blev därmed den mötesplats vi hoppats på att den skulle bli. Vid sidan av huvudprogrammet möttes under veckan verksamhetscheferna, professorsgruppen, BLU, sektioner och arbetsgrupper, och stiftelsen Acta Paediatrica hade förlagt sitt årsmöte till veckan. Gamla pediatrikerrävar och unga ST-läkare trängdes i kaffepauserna och kom i samspråk med varandra.

Konceptet om en barnläkarvecka formulerades ursprungligen av BLF:s dåvarande ordförande Björn Wettergren, och barnläkarveckan har successivt vuxit fram under de senaste årens BLF-möten. Det var dock i år som steget togs fullt ut med program under en hel vecka. Nytt för i år var att Riksföreningen för Barnsjuksköterskor hade förlagt sin kongress samtidigt med vår. Barnsjuksköterskorna hade på onsdagen en egen programdag parallellt med oss och på torsdagen hade vi gemensamt program. Denna samverkan gav extra dynamik åt veckan och upplägget gav mersmak.

Jan Neiderud och medarbetare i Helsingborg har gjort ett jättearbete med att organisera och arrangera Barnveckan och deras ansträngningar gav god frukt. Anders Lindblads och Boel Andersson Gäres insatser vid planeringen skall också framhållas. BLF tackar er alla varmt!

Nästa år går barnveckan av stapeln i Linköping, vecka 17, 23-27 april 2007. Som det brukar heta när internationella kongresser förannonseras: Mark your calendar!

Boel Andersson Gäre lämnar nu ordförandeklubban vidare till mig, både bildligt och bokstavligt. Boel har gjort en utomordentligt fin insats som ordförande. Boel har varit engagerad och drivande, vilket återspeglas i den

välfyllda verksamhetsberättelsen för det gångna året. Dessutom har det tydligt märkts att Boel i sitt arbete varit i fin samklang med BLF:s medlemmar. Stort tack, Boel!

En mycket viktig fråga under det kommande året är utarbetande av ny målbeskrivning för ST-utbildningen i barn- och ungdomsmedicin. Arbetet, som leds av Jeanette Martinell, ordförande i BLF:s utbildningsutskott, är redan igång och kommer att följas av framtagande av nya målbeskrivningar för de barnmedicinska grenspecialiteterna. Arbetet med den nya ST-utbildningen är bara en av flera viktiga frågor som ligger framför oss. Då känns det bra att veta att BLF-skutan seglar i medvind idag.

Hjärtliga hälsningar

Göran Wennergren



Göran Wennergren
Ordförande i Svenska Barnläkarföreningen

Redaktörens ruta



Hej!
Välkommen till årets tredje nummer av tidningen *Barnläkaren*! När jag skriver dessa rader har många av oss just kommit hem från Barnläkarveckan i Helsingborg. Helsingborgsmötet blev lyckat och en vitamininjektion. Huvudansvarig Jan Neiderud har själv skrivit en sammanfattning av mötet. Jag hoppas få återkomma med ytterligare rapporter från Helsingborgsmötet i ett senare nummer. Nu ser vi fram emot nästa BLF-möte i Linköping!

Om framtiden kan vi bara spekulera. I det här numret har vi dock låtit flera yngre läkare komma till tals och beskriva sina tankar om framtiden. Läs gärna Holmgrens, Perssons och Ohlins bidrag. Vi inleder också vår redovisning av den så kallade ST-enkäten. Denna gång tar vi upp handledningen av ST-läkare. Resultaten kommenteras bland annat av Sveriges Läkarförbunds ordförande Eva Nilsson Bågenholm, men även av Elisabeth Esbjörner (Örebro), Anna Westrup (Karlskrona) och Maria van der Pals (Lund).

Vidare har "Barnläkare under utbildning" skrivit en debattartikel om specialistskrivningen.

Karin Fälth-Magnusson (Linköping) redogör för ett seminarium om forskande läkare anordnat av Svenska Läkarsällskapet. Vill vi att fler läkare ska forska? Vill vi

att fler ST-läkare ska forska? Vilka hinder bör avlägsnas för att göra forskning mer attraktivt för läkare?

För den som slutligen vill vidga sina vyer rekommenderar jag Lars-Åke Perssons artikel om global barnhälsa. Kanske är någon av läsarna intresserade av att delta i den arbetsgrupp för internationell pediatrik Lars-Åke beskriver i detta nummer av *Barnläkaren*?

Slutligen en vädjan till alla verksamhetschefer inom svensk pediatrik: Gå in på BLF:s hemsida och besvara vår webb-enkät! Vi vill inte bara veta hur svenska ST-läkare resonerar och tänker, vi vill veta mer om verksamhetschefernas arbetssituation, åsikter med mera! Knappa in www.blf.net och klicka dig vidare till enkäten. Självklart är enkäten anonym. När detta skrivs (25 april) har 19 klinikchefer fyllt i hela enkäten.

Om du vill bidra till nästa nummer vill jag ha ditt bidrag senast **12 juli**. Det finns inget en redaktör gillar så mycket som skribenter som håller deadline:-)

Jag vill också be alla skribenter att bara skicka in slutversionen av sina dokument. Denna versionen kan sedan endast i undantag ändras. Detta för att jag inte ska behöva lägga ned arbete på att ersätta redan korrekturlästa och kategoriserade bidrag.

I nästa nummer hoppas vi kunna presentera mer av ST-enkäten men också ge plats åt ett antal spjutspetsverksamheter från svenska universitetsbarnkliniker. Självklart är dock även andra bidrag varmt välkomna!

Skriv till: jonasludvigsson@yahoo.com
(obs! ingen punkt mellan för- och efternamn).

God fortsättning på våren önskar Jonas
Barnkliniken i Örebro

PRESSLÄGGNINGSDATUM

Nr. 4 Deadline för manus 12/7 och annonsinlämning
7/8, distribution 28/8

Stor nyhet för små barn!

Singulair® 4 mg granulat
– godkänt från
6 månaders ålder



I spädbarnsåldern är virusinfektioner en vanlig utlösande faktor för förlorad astmakontroll¹. Försvårade astmasymtom från luftvägarna upplevs ofta som frustrerande och påfrestande både för barnen som drabbas, och deras familjer.



Singulair 4 mg granulat finns nu tillgängligt och är godkänt som tilläggsbehandling från 6 månaders ålder. Granulatet doseras en gång per dygn och kan blandas i en smakportion av t.ex. frukt- eller grönsakspuré

Singulair är indicerat vid astma som tilläggsbehandling hos de patienter med mild till måttlig kronisk astma som ej uppnått fullgod kontroll vid behandling med inhalationssteroider och hos vilka "vid behovsmedicinering" med kortverkande β -agonister ej givit tillräcklig klinisk kontroll av astman.

Singulair är inte avsett för behandling av akuta astmaanfall

1) Carlsen HK et. al. Arch Dis Child 1984;59:310-15.

SINGULAIR®

(montelukast natrium, MSD)

Singulair 4 mg granulat, 28 dospåsar/förpackning
Singulair 4 och 5 mg, 28 och 98 st tuggtabletter/förpackning
Singulair 10 mg, 28 och 98 tabletter/ förpackning
Leukotrienreceptorantagonist mot astma



Tel: 08-626 14 00

Tankar kring den nyligen avslutade Barnveckan i Helsingborg 3–7 april 2006

Tillåt mig ge er några tankar, reflektioner och information så här några dagar efter Barnveckans avslut. Många månaders förberedelse tillsammans med ett fantastiskt konferensföretag, Konferensproducenterna, resulterade i en fantastisk vecka, BLF's första i föreningens historia, fylld med massor av, för oss alla, viktig vetenskap. Att se så många kollegor möta upp i Helsingborg, såsom unga blivande barnläkare, färdiga specialister, erfarna kollegor, professorer och alla andra yrkeskategorier, såsom BHV-samordnare, psykologer, dietister, kuratorer, assistenter/sekreterare inom BHV, socionomer, jurister, diakon och sjukgymnaster – ja, det var enormt! Vår vecka innehöll massor med intressanta ämnen som lockade oss alla till föreläsningssalarna. Vårt eget kunskapslager konsoliderades, uppfräschades och uppdaterades. Vi fick ta emot massor med nya forskningsrön. Det debatterades livligt vid epidemiologernas möte kring Barn och TV. För första gången hade BLF ett nationellt möte för studierektorer från våra barnkliniker och här lades strategier upp. Våra SPUR-inspektörer hade arbetsmöte. Hela 27 verksamhetschefer mötte upp till träff och gruppen avrundade dagen med att sammanstråla med BLU och studierektorer.

Barnveckans upplägg var att låta sektionernas och arbetsgruppernas egna möten ligga på måndagen respektive fredagen dit alla var välkomna. Utöver epidemiologigruppens möte på måndagen hade också ungdomsmedicin sitt möte i Ungdomshälsans nyinvidga fräscha lokaler. På fredagen deltog HÖV sektionen till stor del i överviktsgruppens spännande möte kring omhändertagandet av det överviktiga barnet i olika åldrar. Parallellt hade arbetsgruppen för infektionssjukdomar ett förnämligt möte kring purulenta meningiter där fokus sattes på vårdnivå men också vätsketerapi. Ett framtida nationellt register för purulenta meningiter berördes.

Professor emeritus, Sir David Hall från University of Sheffield i England, inledde tisdagen med en briljant föreläsning där han för framtiden starkt förespråkade teamarbete kring barn och ungdomar med företrädare från kommuner, landsting, socialförvaltning, etc.

Modellen känns igen i familjecentraler. Föreläsningen var sponsrad av Growingpeople AB som också lovat att fortsättningsvis i våra kommande Barnveckor stå för en s k Growingpeople-föreläsning. Därefter fortsatte trion Lotta Mellander, Lars-Åke Persson och Bo Lindblad med medarbetare på temat internationell pediatrik. Svenska barnläkares erfarenheter av arbete utanför vårt eget land delgavs oss. Som slutkläm förespråkades en arbetsgrupp för internationell pediatrik inom BLF och intressenter fick anmäla sig på namnlista som cirkulerade runt.

Fr o m tisdag eftermiddag fortsatte de allmänna mötesdagarna med parallella sessioner. BLF:s sektioner och arbetsgrupper hade komponerat programmet och i vimlet bland alla delegater hörde jag många kommentera om hur svårt det var att välja vad man skulle gå på, men samtidigt hur fantastiskt det var att få så många spännande valmöjligheter. Idrott och astma – idrott och hjärta kontra celiaki/hypertoni, anemier hos barn kontra huvudvärk hos barn, vanliga och ovanliga luftvägsinfektioner kontra dialog kring compliance i ungdomsåren samt slutligen utredning av kortvuxenhet kontra asfyxi (äntligen något nytt?) kontra det initiala omhändertagandet av asylsökande flyktingbarn.

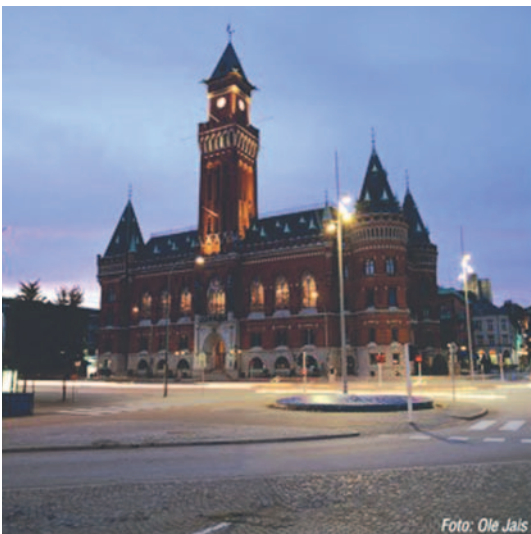
BLF:s årsmöte genomfördes under onsdagen. Ny styrelse tillsattes. Avgående ordförande Boel Andersson-Gäre avtackades med varma innerliga applåder av BLF's nye ordförande, professor Göran Wennergren.

Riksföreningen för barnsjuksköterskor höll också sitt årsmöte i Helsingborg 5–6 april 2006. Längre har BLF och barnsjuksköterskeföreningen diskuterat gemensam utbildningsdag och detta kunde nu genomföras under torsdagen.

Dagen kom att innehålla två mycket viktiga och spännande symposier. Det första symposiet hade rubriken "Omsorgssvikt", en term som har sitt ursprung i norska språket, lärde vi oss. Professor Anders Broberg och fil dr Karin Lundén utvecklade sin syn på omvårdningsförmåga och omsorgssvikt ur ett anknytningsperspektiv och gav exempel på hur omsorgssvikt kan upptäckas.



Bilder från vänster till höger:
 Avgående ordförande Boel Andersson-Gäre avtackades av Göran Wennergren. Överläkare Margareta Eriksson,
 Astrid Lindgrens barnsjukhus, Stockholm. Överläkare Lars Stenhammar, Vrinnevisjukhuset, Norrköping



Mingelafton på Rådhuset i Helsingborg. Kommunfullmäktiges ordförande välkomnade oss.

Föreläsningarna gav en introduktion till anknytnings-teorin, med fokus på effekter av föräldrars omsorgs-svikt. Såväl barnets anknytnings-system som föräldrarnas omvårdnadssystem är biologiskt grundlagda. Tendensen att knyta an till de människor som finns nära oss under vår första tid i livet är lagrad i vår arvs-massa. Barn kan alltså inte välja att knyta an oavsett föräldrarnas lämplighet som vårdare. Enkelt uttryckt har naturen, för att använda Winnicotts terminologi, utgått ifrån att föräldern är "till-räckligt bra". För vuxna som haft en trygg egen uppväxt kommer föräldraskapet "naturligt" – man hämtar sina medvetna värderingar och omedvetna förhållningssätt utifrån hur man själv blivit behandlad som barn. Men alla föräldrar har tyvärr inte haft det tillräckligt bra under den egna uppväxten. För dem kommer barnupp-fostran och föräldraskap också "naturligt", men på ett för det egna barnet i värsta fall förödande sätt. Lagman Pia Johansson avslutade föreläsningsserien med en förnämlig beskrivning av barnet i rättsprocessen. Barnet skall, enligt artikel 19 i FN:s konvention om barnets rättigheter, skyddas mot alla former av fysiskt eller psykiskt våld, skada eller övergrepp, vanvård eller för-sumlig behandling, misshandel eller utnyttjande medan barnet är under föräldrarnas eller den ena föräldrarnas, vårdnadshavarens eller annan persons vård. När behov av skyddsåtgärder uppstår, får principen om familjens privatliv ge efter för statens ingripande i syfte att tillförsäkra barnet den bästa miljön för harmonisk utveckling. Staten är skyldig att förebygga, men också att ingripa och skydda barnet när barnet behöver samhällets skydd. Den avslutande paneldebatten kom att bli mycket livlig under ledning av dagens moderator Erik Mattsson, Ordrum.

Torsdagen avslutades med symposiet "Hur farlig är barnsjukvården"? I en allt mer komplex vård-situation, där vi ständigt hanterar ny kunskap, använder många potentiellt farliga läkemedel, ger avancerad intensivvård och i vardagsarbetet dessutom ofta arbetar under tids-press, ökar risken för att farliga tillbud kan uppkomma. Internationella studier visar dessutom att pediatriken är extra farlig när det gäller exempelvis läkemedelshante-ring. Syftet med detta symposium var att belysa frågor såsom: Hur ser det ut i svensk Barnsjukvård idag? Hur kan vi genom att bygga smartare system, ta till oss ny kunskap om säkerhetsarbete, ge våra patienter en trygg och säker vård och samtidigt minska vår egen rädsla för att göra fel? Utmärkta föreläsare gav olika vinklingar

kring ämnet. Enhetschef Per Manhem, Socialstyrelsens regionala tillsynsenhet i Malmö, slog ett slag för adressen www.socialstyrelsen.se/patientsakerhet.

Hela 27 utställare medverkade under Barnveckan i Helsingborg och bidrog till att "få ihop veckan" så som den kom att bli. Genom ett högt deltagande i tipsrundan kom vi alla att även hos utställarna inhämta viktig kun-skap och ny information.

Sist men inte minst, vill jag framhålla hur oerhört viktigt det är att få möjlighet att träffa kollegor och andra medarbetare utanför den egna verksamheten hemma. Detta kollegiala utbyte är högst väsentligt och berikar yrkeslivet. Det sociala programmet inleddes i vårt mag-nifika Rådhus med att kommunfullmäktiges ordförande, Ann Arleklo hälsade alla deltagare välkomna till staden och Barnveckan. Även under resten av veckan erbjöds rika möjligheter till umgänge under kvällarna.

Så här några dagar efter genomfört möte känns det allt litet vemodigt, men också skönt. Vi i Helsingborg är jättenöjda och tackar alla föreläsare, deltagare och utstäl-lare som var här och gjorde BLF's första Barnvecka så lyckad. I min välkomsthälsning i programskriften skrev jag "Låt oss alla gemensamt begå denna premiär och göra



den till den succé den är värd". Hela 550 registrerade mötesdeltagare följde uppmaningen. Nu ser vi alla fram emot Barnveckan i Linköping, som kommer att gå av stapeln vecka 17 nästa år, 2007! Helsingborgsveckan var starten och stafetten går nu vidare!

JAN NEIDERUD, Barn- och ungdomsmedicin, Helsingborg

Framtidens pediatrik

Bakgrund

Tidskriften *Barnläkaren* har nu en serie om framtidens pediatrik och jag skall i artikeln nedan ge några av mina synpunkter på området. Jag har tidigare varit aktiv inom Sylf på central nivå och sysslat mycket med ST/AT-utbildningsfrågor på ett mer övergripande plan, men inte inom BLU eller BLF, så jag blev positivt överraskad när redaktören kontaktade mig för en artikel i ämnet. Är relativt nybliven specialist, och arbetar på Barn- och Ungdomskliniken vid Länssjukhuset i Halmstad.

Annat än medicinsk kunskap

För att bli – och fortsätta att vara – en riktigt bra barnläkare krävs en hel del kompetens som sträcker sig utanför det strikt medicinska kunskapsfältet. Kunskaper i utvecklingspsykologi, pedagogik, kommunikation på olika plan (både verbal och icke-verbal), spädbarnspsykologi, anknytningsteorier, barnkultur, förskole- och skolväsende, tonårspsykologi, copingstrategier, kognitiv utveckling, preventivt barnolycksfallsarbete, kännedom om aktuell lagstiftning och sociala myndigheters sätt att arbeta är några av de områden som det är värdefullt om vi barnläkare har. Många kollegor har förstärkt av personligt intresse eller med tidens erfarenhet byggt upp en kompetens inom dessa områden och en del av det jag nämner finns även med i målbeskrivningarna för pediatriken. Men mer systematisk vidare- och fortbildning inom icke-medicinska områden är ändå allmänt ett ganska eftersatt område. Vissa tycker nog att det är bra – ”tiden räcker inte till för allt möjligt flum”, men skall man jobba som barnläkare i 30–35 år har vi troligen nytta av att ha en något bredare kompetens kring barn och ungdomar. Självfallet bör man vara selektiv och inte satsa på dåligt underbyggda teorier, modetrender eller allsköns dravel, men att på grund av förekomsten av sådant vända hela området ryggen är nog fel väg att gå för framtidens barnmedicin.

Hur skolas framtidens specialister?

Målet med specialisttjänstgöringen är att skola framtidens specialister, såväl inom barnmedicinen som inom andra specialiteter. Riktigt så uppfattar tyvärr inte alla

ST-läkare sin tillvaro, i värsta fall är ST-läkaren en signatur i en schemarad som skall täcka en viss funktion, som underläkare på en avdelning eller akutmottagning. Sjukvården av idag har ett ganska uttalat fokus på *sjukvårdsproduktion*. Jag tror inte att barnmedicinen är sämre än andra specialiteter, möjligen något bättre, men vi saknar ofta en tydlig struktur och en genomtänkt plan, med logiskt sammanhållna placeringar, avgränsade delmål och en kontinuerlig utvärdering av hur ST-läkaren fortlöpande utvecklas på vägen mot specialistkompetens. I Sverige har vi kulturellt en inbyggd konflikträdsla och ett arv där jantelagen finns med i bagaget, vilket resulterar i att vi är rätt dåliga på att både ge och ta såväl positiv som negativ feedback.

Vi skulle kunna lära mycket av en anglosaxisk utbildningstradition, där öppenhet, tydlighet, positiva såväl som negativa omdömen uttrycks. Detta behövs på alla nivåer – inte bara inom specialistutbildningen. De allra flesta ST-läkare vill utvecklas, få feedback och bli duktiga specialister. Att skapa en bra barnläkarutbildning handlar framförallt om att tillvarata detta, att ha en bra struktur och ett bra lärandeklimat. Den teoretiska utbildningen är sannolikt mer åsidosatt i Sverige än i många andra länder; framtidens barnläkare behöver avsätta tid för litteraturstudier för att uppnå och vidmakthålla sin kompetens.Handledning och utbildning måste också vara meriterande och ses som viktigt av läkarkåren. Har vi en samsyn kring detta kan vi förbättra både ST-utbildningen och fortbildningen för specialister. En stor utmaning för såväl BLF/BLU som alla engagerade barnläkare runt om i landet!

Evidensbaserad pediatrik och klinisk forskning

Inom medicinen i allmänhet har EBM – Evidence Based Medicine – de senaste åren blivit allt mer aktuellt. Att åtgärder och beslut skall vara baserade på den mest tillförlitliga kunskap som finns (publicerad) borde vara självklart. Inom pediatriken har vi otroligt mycket utredningar och behandlingar där vi saknar väl upplagda kliniska studier som grund för våra dagliga kliniska beslut. Vi gör det vi tror är bäst, eller så som man alltid har gjort. Läkemedelsbehandling av barn är ett speciellt

eftersatt område, där EU nu tagit initiativ för att få till stånd en förbättring. Skall vi överhuvudtaget kunna arbeta evidensbaserat inom barnmedicinen måste vi i framtiden få tillgång till och/eller satsa mer på god klinisk forskning. Då öppnar sig inte bara möjligheter att bedriva mer ändamålsenliga utredningar och ge bättre behandlingar, utan också att rensa ut bland ineffektiva och onödiga åtgärder.

Subspecialisering – allmän pediatrik

Barnmedicinen har utvecklats enormt de senaste decennierna med en tilltagande subspecialisering. Ibland ifrågasätts om allmänpediatrik egentligen längre existerar. Subspecialiseringen varken kan eller bör stoppas, det skulle vara ett svek mot våra patienter, men där finns ändå ett dilemma – hur vidmakthåller man en hyfsad allmänpediatrisk kompetens samtidigt som kunskapsområdena och specialiseringen tilltar? Inom adultmedicinen har subspecialiseringen blommat ut för fullt. Jag minns från min kandidatid, kardiologspecialisten som *direkt* började skriva en remiss till neurolog när kvinnan med angina pectoris (och nyinsatt nitro-medicinering) nämnde att hon hade huvudvärk.

Förhoppningsvis hamnar vi aldrig där inom barnmedicinen, nästan alla barnläkare har en omtanke om patienten som gör att vi inte vill skicka runt honom eller henne till en mängd subspecialister för att ”checka

av” symptom från olika organområden. Ett potentiellt problem finns där dock, vi vill ju inte heller missa något som kan ha betydelse för barnets hälsa. För att upprätthålla allmänpediatrisk kompetens behövs en bra fortbildning, ett intresse och engagemang samt förstås att man stundtals sysslar med det som ligger utanför ens egen subspecialitet. Här har, som jag ser det, BLF en viktig roll för fortbildningen att fylla. Skall vi ha tillgång till riktig spetskompetens inom subspecialiteterna får vi nog också acceptera att enstaka kollegor vid regionsjukhusen inte riktigt hänger med i allmänpediatriken. Men, om allt fler barnläkare med tiden bara blir organ- eller systemspecialister riskerar barnmedicinen som helhet att i vissa avseenden försämrats.

Avslut – framtid!

Oj... allt det här låter rätt krävande. Får själv en aning ångest när jag läser igenom alla krav jag ställer på framtidens barnläkare. Men barnmedicin är kul! Kan man ha ett bättre yrke än barnläkare? Utveckling och förändring behövs för att det skall fortsätta att vara stimulerande och spännande. Tvärtemot vad devisen säger, så är livet långt precis som konsten och lärandet är – eller kan i alla fall vara – livslångt!

ANTON HOLMGREN, Barnläkare, Halmstad

BERZELIUS symposium 68

1st Nordic symposium on Placental/Umbilical Cord Blood

A Precious Elixir for Public use

2–3 June, 2006 in Lund • Sweden

Organizing committee Albert N Békássy, (chair), Christer Edling, Jan Lindsten

Arranged by The Swedish Society of Medicine • Lund University • Faculty of Medicine • Region Skåne

Framtidens pediatrik – några reflektioner

Jag närmar mig slutet på min specialistutbildning i pediatrik. Detta väcker en hel del tankar. Vilka behov kommer att finnas inom pediatriken i framtiden? Andelen barn och ungdomar under 19 år utgör för närvarande ca en fjärdedel av Sveriges befolkning. Antalet födselar förutspås att långsamt öka de närmaste åren och antalet invandrade barn stiger. Det framtida behovet av neonatologer och andra barnspecialister är stort – detta också med tanke på åldersfördelningen inom barnläkarkåren med en stor grupp som närmar sig pensionsåldern. Förutom att erbjuda högkvalificerad vård av akut och kroniskt sjuka barn bör vi aktivt ägna oss åt förebyggande hälsovård. Antalet barn och ungdomar med livsstilsrelaterade sjukdomar såsom fetma och psykosocial ohälsa ökar dramatiskt. Incidensen av barnfetma med associerade komplikationer såsom nedsatt glukostolerans, typ 2 diabetes, dyslipidemi och på sikt hjärt-kärlmorbidity ökar i det närmaste exponentiellt i världen. Barn och ungdomar mår allt sämre själsligt med psykosomatiska besvär, ångest och depressioner. Denna trend visar ännu inga tecken på avmattning, tvärtom förutspås den psykosociala ohälsan att ytterligare öka i framtiden. Belastningen på BUP- och barnläkarmottagningar är stor. Behovet av preventiva åtgärder är påtagligt.

Allt fler data pekar på att grunden för en individs hälsa etableras tidigt. Enligt den så kallade Barkerhypotesen kan intrauterina miljöfaktorer permanent påverka fostrets genuttryck och bana väg för framtida sjukdom. Ett flertal studier har påvisat samband mellan intrauterin tillväxthämning och framtida risk för ohälsa i form av metabolt syndrom och kardiovaskulär sjukdom. Riskökningen förefaller särskilt stor hos tillväxthämmade barn med kraftig catch-up tillväxt postnalt. Nyligen publicerade studier visar en liknande riskprofil hos överviktiga nyfödda till överviktiga mammor. Förutom denna ”fetala programmering” förefaller det som om en liknande programmering kan äga rum under tidig postnatal period. Det är angeläget att ytterligare söka kartlägga dessa mekanismer i hopp om att finna möjlighet till tidig prevention.

Vi har i Sverige en unik möjlighet att bedriva förebyggande hälsovård via BVC-mottagningarna och skolhälso-

vården. Varför inte utvidga dessa verksamheter? Den överväldigande majoriteten av barn och ungdomar passerar här, vilket ger systemet en oerhörd potential. Här ges tillfälle att bedöma barnets somatiska och psykiska hälsa mot bakgrund av sociala/kulturella förhållanden och att identifiera tidiga signaler på ohälsa. Att vara BVC-doktor eller skolläkare är en grannliga uppgift. Långt ifrån alla BVC-mottagningar har regelbunden tillgång till barnläkare, vilket borde vara en självklarhet. För att optimera omhändertagandet föreslår jag att de mest erfarna pediatrikerna ansvarar för dessa mottagningar. Mottagningstiden per patient bör förlängas (tiden är för närvarande ca 10 min per patient) för att ge utrymme för diskussion kring psykosociala frågor. Ett tätare samarbete mellan barnläkare/annan BVC-personal och barnpsykiatriskt skolade personer kommer att krävas för att möta det stora behovet av psykosociala stödåtgärder. Socionomer, kuratorer, psykologer och dagis-/skolpersonal är andra yrkesgrupper av stor vikt för detta arbete.

Äldre barn och ungdomar är en eftersatt grupp inom vården. Skolhälsovården är betydelsefull för denna grupp och utgör ofta deras enda kontakt med sjukvården. Information till ungdomarna om betydelsen av bra nutrition och fysisk aktivitet, liksom utbildning kring droger, sexuellt överförbara sjukdomar, etc, är av stor vikt.

Att stärka skyddande faktorer, såsom föräldrastöd och en aktiv fritid, är andra viktiga uppgifter för skolhälsovården. Skolläkarens tillgänglighet bör utökas.

Dagens samhälle karaktäriseras av ett högt informationsflöde. Människors rörlighet i världen har ökat markant. Människor från olika kulturer blandas och försöker leva tillsammans. Cirka 20% av barnen i Sverige har utländsk bakgrund. Det ställer nya krav. Det är mycket angeläget att vi är öppna och lyhörda för andra kulturer och levnadssätt. Vi måste också förbereda oss på ett föränderligt sjukdomspanorama med en ökande förekomst av exempelvis tropiska infektioner och tuberkulos. Den medicinska vetenskapen utvecklas snabbt med ökande krav på doktorers vidareutbildning. Ett påtagligt exempel utgör genteknologins framsteg med kartläggning av hela det mänskliga genomet. För att hänga med i denna utveckling måste vi underlätta utbytet av tankar

och kunskap mellan olika specialiteter och vårdinrättningar. Vi måste prioritera utbildning och forskning för att bibehålla hög vårdkvalitet och ta till vara på det kunskapskapital som de utländska doktorerna i Sverige utgör. Låt oss skapa större gemensamma baser för specialistutbildning/vidareutbildning och möjlighet till kortare tjänstgöring utanför det "egna" sjukhuset med målet att öka kontaktyta och kunskap. Sammantaget tror jag att framtidens pediatriker, såväl barnmedicinare som barnpsykiatriker, måste spela en större roll i primärvård och förebyggande hälsoarbete.

MARTINA PERSSON, ST-läkare, Sachska barnsjukhuset, Stockholm



GlaxoSmithKlines forskningsstipendium i barnallergologi 2006

GlaxoSmithKlines stipendium för forskning inom barnallergologi är öppet för ansökan!

Forskningsstipendiet är instiftat för att främja forskning inom området barnallergologi i Sverige och är avsett för klinisk och/eller experimentell forskning rörande barnallergologi. Stipendiet är tänkt att i första hand användas som forskningsstöd eller till vistelse vid utländskt forskningsinstitut.

Stipendiet kan sökas av medlem i Svenska Barnläkarföreningens sektion för barn- och ungdomsallergologi och kan som mest fördelas på fyra stipendiater. I år finns sammanlagt 100.000 kr tillgängligt för utdelning.

Stipendiekommittén utgörs av barnallergologsektionens styrelse tillsammans med produktchef David Anselmy, GlaxoSmithKline AB. Stipendiet utdelas i samband med barnallergologsektionens årsmöte i Halmstad/Tylösand torsdagen den 21 september 2006.

Ansökningsblankett finns på sektionens hemsida www.barnallergisektionen.se

Senaste ansökningsdag 23 augusti 2006

Ansökan skickas till sektionens sekreterare:
Överläkare Helene Axfors Olsson
Barn- och ungdomskliniken
Centrallasarettet
351 85 Växjö



Spännande utmaningar

Framtidens pediatrik står inför flera stora och spännande utmaningar, en del av dem delar vi med andra medicinska specialiteter och andra är mer barnspecifika. Alla vetenskapliga fält brottas med att kunskapsmassan växer i det närmaste exponentiellt, jag tror dock att detta kommer att drabba pediatriken mer än en del vuxenspecialiteter. Molekylärbiologins framsteg kommer att ge oss möjligheter att både diagnostisera och behandla tillstånd som vi idag står handfallna inför. Den högteknologiska intensivvården kommer att fortsätta att rädda fler och fler barn med svåra missbildningar och extrem prematuritet. Detta kräver förstås stora arbetsinsatser både i det första intensiva skedet men också en adekvat stöttning och uppföljning ända till vuxen ålder av dessa våra nya överlevare.

Vetenskapens positiva utveckling är inte något som vi barnläkare bara skall välkomna utan också i högsta grad vara delaktiga i. Endast genom att ha verksamma kliniker inblandade i forskningens frontlinje kan man se till att nya forskningsrön på ett riktigt sätt appliceras i vardagen. Jag tror också att denna korsbefruktning mellan klinik och laboratorium gör att vetenskapen drivs i en riktning som i slutändan leder till upptäckter som också är praktiskt användbara. Den ständigt växande kunskapsmassan ställer förstås krav på morgondagens kliniker, patienten blir ju endast hjälpt av en ny avancerad behandling om den ansvarige klinikern känner till och behärskar de nya rönen. Kunskapskraven kan nog så bli så stora att de så småningom spräcker vår breda specialitet i mindre enheter. Vi kan i framtiden tvingas att lämna idén att man först utbildar sig till barnläkare och sedan specialiserar sig mot öppenvård, neonatologi, onkologi osv. En uppdelning blir nog till slut enda sättet att garantera att den ansvariga doktorn har en möjlighet att helt behärska sitt kunskapsområde, dock tycker jag inte att vi har kommit dit ännu.

En annan stor utmaning är att möta den population som kommer att bilda morgondagens familjer. En population bestående av vår tids ungdomar som idag lever med att adjektivet "kaxig" är något positivt och att respekt är något som man bara ger till den som har förtjänat det. När dessa ungdomar blir välutbildade

föräldrar som söker vård för sina barn kommer de själva att söka kunskap och ifrågasätta doktors auktoritet för att känna sig säkra på att just deras barn får en adekvat vård. Detta gäller oavsett om barnet är allvarligt sjukt eller om det är friskt men med symptom som oroar föräldern. Den här utvecklingen är förstås bra för barnen, krävande föräldrar blir en kvalitetskontroll för vården och dessa föräldrar kommer dessutom att stärka pediatrikerns position genom att efterfråga vår expertis. Dock är det så att kvalitetshöjande åtgärder ofta leder till en sänkning i produktiviteten, det tar längre tid att lugna en ifrågasättande förälder jämfört med en likgiltig. Allt eftersom samhällets trygghetssystem monteras ned kommer vi tyvärr också att allt oftare ställas inför den raka motsatsen: Barn till svaga föräldrar med dåliga resurser. Barn som i sin uppväxt möts av allt färre lärare, kuratorer och fritidspedagoger som kan stötta dem i sin fysiska och psykiska utveckling. Det är då viktigt att det på BVC och skolhälsovård finns kunniga doktorer som kan ta till vara det svaga barnets rättigheter och vilken annan specialistutbildning skulle vara mer lämpad än barnläkarens för att lösa denna uppgift?

Eftersom arbetsuppgifterna hopas framför oss, blir den enda logiska lösningen att det kommer att behövas fler barnläkare. Barnläkare som du och jag måste hjälpas åt att utbilda och bli inte förvånad om du blir ifrågasatt. Chansen är stor att den personen du har framför dig lever med att adjektivet "kaxig" är något positivt och att respekt är något som man bara ger till den som har förtjänat det.

ANDREAS OHLIN, Barnläkare, Örebro Universitetssjukhus

Forskning måste få ett meritvärde i vården!

Referat från seminarium på Sv. Läkarsällskapet 060302

Professor Olle Stendahl, Linköping, inledde detta seminarium, som anordnades av Sv. Läkarsällskapets kommitté för med. forskning och Sv. Läkarförbundet gemensamt. Han påpekade att forskande läkare riskerar att bli en bristvara. Andelen läkare minskar bland dem som utexamineras på medicinsk fakultet. Samma trend ses bland nyrekryterade doktorander som utgör framtiden – av antagna år 2004 var 32% läkare, 2.5% läkarstuderande. Bland de doktorerade är det få som sedan blir docenter och fortsätter arbeta aktivt med klinisk forskning. Dessa dystra fakta är säkert bakgrunden till att citeringarna av svenska forskare inom klinisk medicin sjunker (ett öde som Sverige delar med Finland och Frankrike).

Svenska läkare borde ha goda förutsättningar för klinisk forskning – vi har en befolkning med god utbildning, vården åtnjuter stort förtroende hos patienterna och vi har utomordentliga förutsättningar för registerforskning. Så vad behövs för att stimulera klinisk forskning?

Fyra läkare från olika discipliner och olika delar av landet var inbjudna för att ge sin bild av hur man arbetat med frågan.

Verksamhetschef, docent Lars Dahlin, Handkirurgiska kliniken, MAS, Malmö, inledde. Han startade med att beskriva de välbekanta konflikter som uppstår mellan sjukvård och forskning i en värld av krympta resurser. Han hade hämtat inspiration från framgångsrika handkirurgiska centra i USA och därifrån inspirerats till följande förändringar:

- akademisk företrädare i finns klinikledning om inte verksamhetschefen är forskare
- nära samarbete sker mellan klinik och preklinik/andra fakulteter
- forskar AT och forskar ST inrättas som rekryteringsbas. Viktigt med attitydförändring – sjukvården behöver forskning för att utvecklas!

Verksamhetschef, docent Thomas Bremell, från Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Avd för reumatologi och inflammationsforskning, fortsatte. Han beskrev en nära integration mellan klinisk och preklinisk forskning, och

betydelsen av ”molekylära professorer som gillar kliniskt arbete”. Som verksamhetschef såg han sin uppgift att ständigt rekrytera in nya läkare för att ge underlag för forskning – de unga kollegorna var både potentiella doktorander, men också oumbärliga för att möjliggöra schemaläggning av forskartid för andra kollegor. Han markerade också betydelsen av forskar AT och forskar ST, och möjligheten att ge speciallön den forskande kollega som ”kom efter” i löneutveckling pga långsammare klinisk utbildning.

Professor Karin Fälth-Magnusson, Avd för pediatrik och Barn- och ungdomskliniken, Linköping, markerade sin dubbla tillhörighet i både akademi och vård genom att alla hennes bilder var märkta med både klinikens och institutionens symboler. Hon markerade betydelsen av förtroendefullt samarbete mellan akademisk företrädare och verksamhetschef och gav exempel på hur detta kunde underlättas konkret, t ex genom korsvis representation i varandras ledningsgrupper. Ett annat konkret exempel var att akademisk företrädare inbjöds till alla anställningsintervjuer för läkare, även på ST-nivå. Grunden för förtroendet ligger i respekt för varandras uppgift och insikt i hur man kan bistå varandra – t ex genom att även läkarna med akademisk med grundtjänst bidrar i kliniskt arbete exempelvis i bakjourpass. I läkarutbildningen i Linköping gör alla blivande läkare ett fördjupningsarbete på 10–20 poäng, och flertalet läkare som disputerar där har ”fångats upp” på detta sätt.

Universitetslektor, distriktsläkare Eva Samuelsson, Krokom, avslutade med att ge sin bild av forskning inom primärvård. Eva delar sin tid mellan halvtids tjänstgöring som distriktsläkare i Krokom, och halvtid som lektor i allmänmedicin i Umeå med bl a ansvar för läkarkandidater i primärvårdsplacering. Hon hade dels funderat över sina egna drivkrafter, men också intervjuat kollegor, patienter och chefer om deras inställning. Kollegorna var i huvudsak positiva, ”vi arbetar mer evidensbaserat, vi diskuterar mer om våra patientfall”; patienterna var också i huvudsak positiva ”bra med kandidater så blir ni fler läkare;

Varför forskar då inte läkare?

- tidsbrist där sjukvården prioriteras
- sämre karriär och löneutveckling
- andra prioriteringar
- svaga forskningsmiljöer
- bristande handledning och stöd
- sämre teoretisk utbildning
- hårdare konkurrens, svårare att publicera
- sämre finansiering

Olle Stendahls lista över orsaker till att svenska läkare inte forskar.

doktorer som gör något mer än jobbar med sjuka blir nog gladare”; chefen uttryckte ”vi ser väldigt positivt på detta (men det syntes kanske inte i lönekuvertet).

Under eftermiddagen ledde *sjukhusdirektör Carola Lemne*; Danderyds sjukhus, en paneldebatt.

Ingrid Lennerwald, *politiker/regionråd* från Skåne markerade sin glädje över att förmiddagens talare inte bara talat om pengar, utan om andra drivkrafter och möjligheter. Hon markerade betydelsen av bättre marknadsföring – svenska folket är positivt till forskning och vill gärna veta mer vad deras pengar går till!

Bo Ahrén, *dekanus* vid med. fak. Lund, betonade betydelsen att använda befintliga medel, t ex inom ALF-systemet, på bästa sätt, dvs konkurrensutsatt. Han markerade också betydelsen av tjänster som gör det attraktivt för individen att forska.

Katarina Le Blanc, *docent och yngre forskare* vid KI, Stockholm, markerade verksamhetschefens betydelse för den unga forskarens vardag. Det måste vara meriterande att forska, dvs det måste synas i lönekuvertet och inte innebära stora personliga ekonomiska uppoffringar!

Hans Hjelmqvist från *Läkarförbundet* beskrev arbete inom förbundet med ett forskningsprogram. Han påpekade möjligheten att inräkna moment i forskarutbildningen i specialistutbildning och vice versa.

Carola Lemne avslutade med att ge några synpunkter för att elda på debatten, nämligen att forskarna ibland är väldigt gnälliga, och att de är alldeles för dåliga på att överföra/implementera sina resultat i kliniska förbättringar.

I den avslutande debatten markerades exempelvis att forskning i dagsläget absolut inte bara hör hemma på universitetssjukhusen, utan att många landsting har ambitiösa program med bl a deltidsfinansiering för ST-läkare. Vidare påpekades åter behovet av tjänster på post doc. nivå, så att fler unga fortsätter med forskning även efter disputation.

Avslutningsvis fick paneldeltagarna välja varsin favorit att arbeta vidare på och det blev:

Hjelmqvist: Uppdatering av Läkarförbundets program med tillvaratagande av goda exempel.

Le Blanc: Fortsatt integration mellan akademi och klinik.

Ahrén: Stimulans av den kreativa miljön på ”verkstads-golvet”, dvs. hos patienten.

Lennerwald: Bättre kommunikation mellan sjukvård/ klinisk forskning/politik/näringsliv.

Lemne: Ömsesidigt ansvarstagande och respekt.

KARIN FÄLTH-MAGNUSSON, Professor, Barnkliniken i Linköping

Seminarium om Barn och TV

3 april 2006, Helsingborg

Arbetsgruppen för epidemiologi ordnade 3 april ett seminarium om Barn och TV. Seminariet bjöd på intressanta diskussioner med föreläsare från såväl den medicinska som den pedagogiska världen. Även SVT var representerat.

Seminariet visade att aktuell forskning kring barn och TV är komplex. TV-tittandet förefaller inte ha ökat bland barn i Sverige under de senaste 10–15-åren. Rekommendationer kring TV-tittande bygger i hög grad på tyckande. Är det TV-tittandet som ligger bakom den ökade förekomsten av fetma eller är det annan skärmtid. Hur ser vårt eget TV-tittande ut? Förhoppningsvis leder seminariet till ytterligare diskussioner kring barn och TV.

HUGO LAGERCRANTZ

Professor i barnmedicin, Astrid Lindgrens barnsjukhus



Ett barn behöver social stimulans och en kontakt som kan svara på stimuli. Det kan andra människor göra, men inte dagens TV. Lagercrantz menade att TV-tittande är ett onaturligt tittande, vilket karakteriseras av snabba kast mellan olika bilder, textremsor mm. Det kan vara farligt i en ålder när synapsbildningen är snabb (ett litet barn).

Lagercrantz citerade främst två studier: Christakis et al (Pediatrics 2004) samt Johnson (Science 2002). Christakis et al redovisar att varje timme TV-tittande ökar risken för koncentrationsproblem med 9%, och att mer än 3 timmars dagligt tittande ökar risken med 28%. Johnsons studie å andra sidan visar att ökad mängd TV-tittande är associerat med aggressivt beteende. Dessutom visar Johnsons studie på en betydande interaktion mellan faktorerna 1) tidigare aggressivt beteende, 2) kön och 3) mängd TV-tittande och 4) aktuellt aggressivt beteende.

Amerikanska barnläkarföreningen rekommenderar därför att barn under 2 års ålder helt avstår från TV-tittande, att övriga barn begränsar sitt TV-tittande till

1–2 timmar per dag samt att vuxna bör se TV tillsammans med sina barn för att kunna diskutera och kommentera innehållet.

Mot slutet av föredraget underströk Lagercrantz att det enligt hans tycke finns bra barnprogram och att TV kan ha positiva effekter, men att TV ökar risken för fetma, sämre kondition, våldsbeteende och sannolikt även ökar risken för uppmärksamhetsstörningar. Lagercrantz vill i första hand dock komma ifrån att TV fungerar som barnvakt.

Vilka signaler ger vi barnläkare när vi på avdelningen berättar för föräldrarna var TV:n finns och hur man sätter på den?

KERSTIN WERNER

Barnläkare i Västerås



Werner redovisade en undersökning där 14% av alla 18 månader gamla barn ser på TV utan att ha sällskap av vuxen. Werner menar därför att vi barnläkare bör städa framför egen dörr!

På barnakuten går många TV-program som inte passar för barn! Hon redovisade sedan erfarenheterna från Västerås barnkli-

nik där man försökt att införa TV-fri vård för barn under 2 år och begränsa tittandet för större barn.

Att begränsa TV-tittandet har varit mycket svårt och man har inte kunnat få med sig alla barnsköterskor och barnundersköterskor i detta arbete. Efter diskussion med barnneurologerna har man särskilt inriktat sig på att minska TV-tittandet hos barn med ett antal tillstånd såsom hjärnskakningar, hjärnhinneinflammation, och barn med mycket dåliga allmäntillstånd.

MARGARETHA RÖNNBERG

Massmedieforskare i Gävle



Rönnberg inledde med att ifrågasätta ett antal "sanningar", t ex att TV-tittandet i Sverige har ökat sista åren. Inte heller har TV-tittande trängt undan bokläsning. Hon underströk vidare att TV faktiskt

kan leda till ökad rörelse och hur TV-sänd fotboll fått intresset för fotboll att öka kraftigt bland flickor i Mellansverige och norra Sverige.

Rönnberg beskrev hur barn mycket väl kan hålla isär fiktion och verklighet i bildberättelser; och att de faktiskt har svårare att göra det när man läser böcker för dem.

TV-konsumtionen har inte förändrats mellan 1975 och 2005. 1975 såg 10–12-åringar i genomsnitt 2.5 timmar per dag (25% såg mer än 3 timmar). Idag ser 10–12-åringar ca 2 timmar TV per dag. (25% mer än 3 timmar). 1975 såg 2-åringar i snitt 25 minuter TV per dag. Sannolikt ser 2-åringar idag (utifrån tyska data vilka brukar motsvara den svenska situationen) ca 30 minuter per dag.

Hennes intryck bekräftades av SVT:s representant Johan Grafström.

Rönnberg uppger att svenska barn i princip redan följer de amerikanska barnläkarnas rekommendationer. Rönnberg menar att det är helt ofarligt för barn äldre än 1.5 år att titta på TV. Även för mycket små barn finns program (t ex Teletubbies) som kan leda till ökad språkförståelse. Varför inte låta barnen se Teletubbies? Programmet är mycket repetitivt vilket barn enligt Rönnberg uppskattar.

Inte heller anser Rönnberg att TV-tittande leder till

överstimulering. Likaväl som ett barn som åker barnvagn sovrar bland intrycken, torde barn som ser på TV också göra det.

Rönnberg menar alltså att vi inte kan säga att barn ska låta bli att se på TV, det viktiga är istället att barn ser på rätt slags TV. Här varnar hon också för att låta barn se nyhetsinslag med äkta våld. Hon berättade vidare att mycket av dagens "barn-tv-forskning" handlar om TV-reklamens inflytande på barn.

CARSTEN OBEL

Läkare och epidemiolog, Danmark



Bakgrunden till den danska studien om TV och ADHD av Obel et al (Pediatrics 2004) var att danska skolläkare efter Christakis artikel i Pediatrics samma år föreslog att barn under 2 års ålder inte skulle

se på TV. Obel et al ansåg att detta råd var bombastiskt och gav föräldrar till barn med ADHD skuldskänslor då Christakis artikel faktiskt inte visade att TV var:

- påtagligt skadligt
- att riskerna för ADHD skilde sig för barn under 2 år och för de över 2 år som tittade på TV.

Dessutom ifrågasatte Obel att TV-tittande skulle kunna påverka risken för ADHD vars orsaker i stor utsträckning återfinns prenatalt.

Vidare föreslog Obel att det skulle kunna vara så att barn med ADHD far runt, och att föräldrarna upptäcker att deras barn med ADHD blir lugnare när de tittar på TV. Danska studier visar också att barn med ADHD-problem i 3.5 års-åldern ser mer på TV i 11-årsåldern, ett samband som skulle kunna tas till intäkt för en "omvänd kausalitet".

Obel vände sig mot att man använder USA som förebild när man utfärdar riktlinjer för TV-tittande i de nordiska länderna. Detta är fel eftersom antalet timmar TV-tittande per dag helt skiljer sig för barn i Danmark (läs: Norden) och USA. Barnomsorgen i USA är dessutom helt annorlunda än i Norden, vilket innebär att TV i hög utsträckning fungerar som barnvakt i USA.

Obels danska studie visade att barn som såg mer än 2 timmar per dag löpte en ökad risk för koncentrations-svårigheter, men att man upp till den mängden daglig TV-konsumtion inte såg något samband mellan TV-tittande och koncentrationssvårigheter. Han varnade också för att dra slutsatser om kausala samband.

Obel tror inte att det är fruktbart att reglera antal timmar, han ville istället trycka mer på behovet av att välja bort fel TV-program. Hans rekommendationer var följande:

1. Se TV med barnen, förklara för barnen.
2. Flytta TV:n så att den inte står alltför centralt i hemmet.
3. Föregå med gott exempel: se mindre TV själv.
4. Barnen bör inte ha TV på det egna rummet.
5. Mycket få barn ser oerhört mycket TV.

JOHAN GRAFSTRÖM

Programchef för Barn & Ungdom, SVT Malmö



Grafström tror att vi går mot ett alltmer kommersialiserat mediesamhälle och där behövs enligt honom public service-TV.

Grafström beskrev vidare att mängden TV-tittande varit relativt

konstant under de senaste 10 åren; ca 80–90 minuter per dag för 3–6-åringar. Äldre barn ser ungefär lika mycket TV per dag (inte mer) men ägnar också ytterligare tid åt annan mediekonsumtion. För de små barnen är TV det uteslutande mediet, medan det för större barn alltmer blivit ett marginalmedium.

Grafström uppehöll sig mycket vid vikten av att:

- man i Sverige inte får rikta reklam till barn under 12 års ålder (lagstadgat)
- att SVT visar levande människor mellan programinslagen. Människor som kan kommentera barnprogram.
- att programledarna kan relatera till omvärlden.
- att SVT jobbar mycket med ”enkameraproduktioner” för de minsta barnen (undviker fragmenterade produktioner).
- att SVT inte bara visar tecknat, av detta skäl har man

hittills valt att inte visa japansk ”Anime”.

– att SVT delar upp programutbudet så att de mindre barnen har TV vissa tider på kvällen och äldre barn en annan dag. I många kanaler blandar man friskt program för mindre och större barn.

SVT försöker göra innehåll som är riktat och vara tydliga med när vem ska titta.

TV är också ett medium för barn. SVT släpper fram barn och barns åsikter. Barn har rätt att komma till tals. Slutligen underströk också Grafström att TV kan tjäna som kulturbärare och förmedla en nationell kulturell identitet till barn med invandrarbakgrund.

JONAS F. LUDVIGSSON, Barnkliniken i Örebro

LÅT LEKEN RULLA VIDARE! AERIUS – NU FRÅN 1-ÅRSDAGEN



- **För de minsta** – AERIUS lindrar symtom av allergisk rinit och kronisk idiopatisk urtikaria från första dosen.
- **Bättre start på dagen** – morgonen är den tid på dygnet då patienter med allergisk rinit upplever symtomen som värst. AERIUS gör besvärliga morgnar lättare och ger 24 timmars symtomlindring.^{1,2}
- **Effekt som räcker** – AERIUS med dokumenterad effekt hela dygnet.
- **Praktisk dosering** – AERIUS doseras en gång per dygn och finns som tablett eller sirap.

AERIUS[®]
desloratadin



FÖR EN AKTIV OCH LEKFULL DAG

Aerius, desloratadin är ett icke-sederande antihistamin indicerat vid allergisk rinit och kronisk idiopatisk urtikaria från ett års ålder.

Aerius finns som tablett 5 mg från 12 års ålder och som sirap 0,5 mg/ml från 1 års ålder. För mer information se www.fass.se.

Referenser: 1. Smolensky M, Reinberg A, Labrecque G. Twenty-four hour pattern in symptom intensity of viral and allergic rhinitis: treatment implications. *J Allergy Clin Immunol.* 1995;95:1084-1096. 2. Meltzer EO, Prenner BM, Nayak A, and the Desloratadine Study Group. Efficacy and tolerability of once-daily 5 mg desloratadine, an H1-receptor antagonist, in patients with seasonal

allergic rhinitis: assessment during the spring and fall allergy seasons. *Clin Drug Invest.* 2001;21:25-32.



Schering-Plough

Tel 08-522 21 500, www.aerius.se, www.allergi.nu

Fortsatt internationalisering av svensk pediatrik!

Under 1970- och 80-talet förbättrades barns hälsa i världen på ett imponerande sätt och dödligheten under 5 års ålder halverades som ett resultat av målmedvetna satsningar på effektiv prevention och behandling av de vanligaste sjukdomarna och dödsorsakerna (1). Många svenska läkare och sjuksköterskor som arbetat internationellt har varit medarbetare i denna globala hälsorevolution, där vaccinationer, oral rehydrering, pneumonibehandling på bynivå och andra kostnads-effektiva insatser ingick. Under det senaste decenniet har den snabba förbättringen av barns överlevnad saktat ned, och vissa områden, framför allt i Afrika söder om Sahara, har även fått ökande mortalitetssiffror. Detta förklaras inte i någon större utsträckning av HIV/AIDS pandemin; en mer betydelsefull orsak är att barnhälsan enligt många bedömare halkat ned på prioriteringslistorna både globalt och nationellt, hos ministerier liksom hos biståndsorganisationer. Resurser som tidigare framgångsrikt satsades för att förhindra barndödsfall har gått till andra investeringar (2).

Barnhälsa och millenniemålet

Världen länder enades kring millennieskiftet att uppnå ett antal utvecklingsmål till 2015. Flera av dessa är inriktade på hälsa, med det övergripande målet att halvera fattigdomen inom den 25-åriga tidsramen från 1990 till 2015. Det fjärde millenniemålet är två tredjedels reduktion av dödlighet hos barn under 5 års ålder (3). Cirka 10 miljoner barndödsfall inträffar för närvarande varje år och de dödsorsaker som dominerar är pneumonier, diarréer och nyföddhetens sjukdomar (2). Om målet ska nås ska denna siffra ha minskats till omkring 4 miljoner 2015. Den nuvarande trenden kan tyvärr innebära att vi missar målet, och att det från nu och till 2015 omfattar 45 miljoner barndödsfall som kunde ha förhindrats.

De flesta dödsfall är förebyggbara

Är då de uppsatta målen realistiska? Finns effektiva metoder för prevention och behandling som kan implementeras inom ramen för relativt små hälsobudgetar och förhindra de många dödsfallen i Sydasiens och i Afrika söder om Sahara? Svaret är tveklöst ja: metoderna finns,

används redan och är evidens-baserade (4). Exempel på preventiva metoder med stor potential för att förhindra dödsfall är exklusiv amning i 6 månader, mässlings-, tetanus och Hib-vaccination, zink-supplementering och användande av insekticid-behandlade myggnät i malariaområden. Kurativa metoder med stora möjligheter att förhindra död är oral rehydrering och antibiotika-behandling vid pneumoni och sepsis. Summeras denna potential av relativt enkelt förebyggbara dödsfall är – konservativt räknat – två tredjedelar av de nuvarande barndödsfallen förebyggbara (4). Det fjärde millenniemålet är möjligt att nå.

Förbättrad neonatal överlevnad

Den neonatala dödligheten utgör numer en stor och ofta dominerande del av mortaliteten hos barn (5). Relativt lite uppmärksamhet har hittills ägnats frågor som rutiner för asfyxi-behandling på perifera hälsostationer, stöd till exklusiv amning, implementering av kängurumamma-vård även bland de många hemförlösta lågviktiga barnen i Sydasiens och sepsis-behandling av barn långt från barnkliniker. Här gäller det att omsätta kunskap i praktisk handling – ett område både för handling och för forskning.

6 500 kronor per förhindrat dödsfall

Beräkningar har gjorts av kostnaden för att förebygga dessa dödsfall hos barn under 5 år. Man har beräknat att hälsovårdsbudgeten i de 42 länder som har 90% av alla barndödsfall behöver öka med 9 kronor per person, eller, annorlunda uttryckt, det kostar 6 500 kronor per förhindrat dödsfall (6). Detta bedöms vara inom ramen för kostnader de flesta länder kan bära, eller klara av med tillskott via bistånd.

Svenska barnläkare och internationell pediatrik

Vi är många barnläkare som gjort praktiska erfarenheter av barnsjukvård och barnhälsovård i andra länder, eller som har ett intresse för internationell pediatrik. Detta är en viktig resursbas, som har betytt mycket för svenskt hälsobistånd via Sida, frivilligorganisationer och internationella organ. Detta engagemang har utgjort en bas



En period på kolerasjukhuset i Dhaka (ICDDR,B) vore kanske en nyttig erfarenhet för en blivande pediatriker med infektionsintresse. Den svenska pediatriken behöver en fortsatt internationalisering. (Foto ICDDR,B).

för de många institutioner och läkare/forskare som varit och är engagerade i forskning kring internationella barnhälsoproblem. Denna resursbas behövs även i framtiden för att ge ett internationellt perspektiv till pediatriken och vara en stark röst för barnhälsan i världen. Intresset kan födas under de kurser i Global Hälsa/Internationell Hälsa som finns som valfri kurs inom läkarutbildningen vid de flesta medicinska fakulteter. Det kan vidareutvecklas under en period med "Minor Field Study"-stipendium. I Uppsala finns förberedelsekurs i internationell hälsa för dem som planerar internationellt arbete. I Uppsala liksom vid flera andra universitet finns Masters-program i International Health/Public Health som har ett hårt söktryck och attraherar svenska liksom internationella läkare, sjuksköterskor och andra som arbetar med inter-

nationella hälsofrågor. Vad vi saknar är mekanismer för att erbjuda en tids internationellt arbete även under specialistutbildningen. Jag tror att en infektionspediatriker skulle få värdefulla erfarenheter av en tids arbete på kolerasjukhuset i Dhaka, att en blivande neonatolog skulle bidra positivt men även lära sig oerhört mycket av en period på neonatalavdelningen vid det svenskbyggda pediatrikinstitutet i Hanoi, eller att en socialpediatriker skulle få ett fruktbart utbyte av erfarenheter vid en session på den socialpediatriska avdelningen i Lahore.

Fler behövs i internationell barnhälsoforskning

En rad svenska forskargrupper arbetar med högprioriterade internationella barnhälsoproblem, oftast med en bas i långsiktiga internationella samarbeten och nätverk, bl a

med stöd från Sida/SAREC, Vetenskapsrådet och EU. Strategier för pneumonibehandling i malariaområden och forskning kring diarréer bedrivs vid KI och flera andra svenska universitet, vaccinforskning finns bland annat i Göteborg och Umeå, malariaforskningen har ett starkt nationellt nätverk, och interventionsstudier kring barnnutrition bedrivs bland annat av grupper i Uppsala och Umeå. Perinatalmedicinsk forskning med internationella frågeställningar finns bland annat i Uppsala, Stockholm och Malmö. Den enda svenska professuren i internationell pediatrik finns i Uppsala, men pediatrika professorer med internationella undervisnings- och forskningsuppgifter finns även i Göteborg och Stockholm. Fler barnläkare och blivande barnläkare är välkomna in i den



internationella pediatrika forskningen. För de som har chansen att vara engagerade i såväl svensk som internationell forskning vidgas perspektivet och dessa områden befruktar varandra. Problemen är lokala men metodkunskap och nyfikenhet är global.

LARS ÅKE PERSSON, professor i Internationell barnhälsa, Uppsala Universitet och överläkare, Barnsjukhuset. Internationell Mödra- och Barnhälsovård, Akademiska sjukhuset, Uppsala.

Har arbetat bl a i Tanzania, Vietnam och Bangladesh. Epidemiolog, forskningsinriktning på interventiv nutritionsforskning, strategier för förbättrad barnöverlevnad. lars-ake.persson@kbh.uu.se

Referenser

1. Ahmad OB, Lopez AD, Inoue M. The decline in child mortality: a reappraisal. Bull World Health Organ 2000;78:1175-91.
2. Black RE, Morris SS, Bryce J. Where and why are 10 million children dying every year? Lancet 2003;361:2226-34.
3. United Nations. The Millennium Development Goals Report. New York, United Nations, 2005.
4. Jones G, Steketee RW, Black RE, Bhutta ZA, Morris SS and the Bellagio Child Survival Study Group. How many child deaths can we prevent this year? Lancet 2003;362:65-71.
5. Lawn JE, Cousens S, Zupan J, for the Lancet Neonatal Survival Steering Team. 4 million neonatal deaths. When? Where? Why? Lancet 2005;365:891-900.
6. Bryce J, Black RE, Walker N, Bhutta ZA, Steketee RW. Can the world afford to save the lives of 6 million children each year? Lancet 2005;365:2193-2200.

Vill du vara med i en arbetsgrupp för internationell pediatrik?

I en session på BLF mötet i Helsingborg den 4 april 2006 diskuterade vi vårt engagemang i internationella barnhälsofrågor, möjligheter till forskning kring viktiga globala barnhälso-problem och internationaliseringen av utbildningen av blivande barnläkare. Lars Åke Persson, Lotta Mellander och Bo Lindblad modererade sessionen där Bengt Kristiansson och Britta Nordström berättade personligt om kliniskt och befolkningsbaserat arbete för förbättrad barnhälsa i en rad länder, Ingegerd Östman-Smith och Kajsa Åsling Monemi diskuterade forskningserfarenheter från Storbritannien, Nicaragua och Bangladesh och Anders Elfvin och Lars Smedman gav exempel på internationalisering under grundutbildning och specialistutbildning. BLFs ordförande kommenterade att internationalisering är en av föreningens framtidsfrågor. Ett stort antal barnläkare listade sitt intresse för en arbetsgrupp för Internationell Pediatrik, där agendan torde röra de fält som beskrivs ovan; möjligheterna till att få kliniska erfarenheter internationellt, till forskarutbildning och forskning kring internationellt viktiga barnhälsofrågor och till fortsatt internationalisering av utbildningen.

Vill du vara med? Skriv ett brev eller email med ditt namn och adress till Lars Åke Persson, IMCH, Akademiska sjukhuset, 751 85 Uppsala (lars-ake.persson@kbh.uu.se)!

Astmabesvär som liten – hur går det sedan?

Refererad artikel:

Goksör E, Åmark M, Alm B, Gustafsson PM, Wennergren G.

Asthma symptoms in early childhood – what happens then?

Acta Paediatr 2006; 95: 471–8.

Många är de spädbarn och småbarn som insjuknar med rejäla besvär av pipande och väsende andning och som behöver läggas in för sina andningsbesvär. Men hur går det för dem när de blir äldre? Detta besvaras i en artikel i aprilnumret av Acta Paediatrica. Göran Wennergren, Emma Goksör och medarbetare har följt 101 barn som före 2 års ålder för första gången vårdades för obstruktiv bronkit eller astma på barnsjukhuset i Göteborg.

Nu när barnen blivit 17–20 år hade så många som 43% haft astmabesvär under det senaste året, jämfört med 15% i en kontrollgrupp. En del hade fått tillbaka sin astma efter en besvärsfri period.

De tre starkaste riskfaktorerna för astma i studiegruppen var aktuell allergi, hyperreaktiva luftrör och kvinnligt kön.

Bakom aktuell allergi fanns ett samband med ärftlighet för allergi och astma, medan hyperreaktiva luftrör visade koppling till tidig passiv rökning. Sambandet mellan tidig rökexponering och senare astma tycktes gå just via ökad retbarhet i luftrören, snarare än att ha medverkat till utveckling av allergi. Dessutom hade barn som utsatts för rökning hemma under spädbarnsåret i större utsträckning blivit rökare själva. Tidig rökexponering har inte bara biologiska effekter utan man ärver också ett socialt mönster. Även egen rökning var kopplad till aktuell astma. Intressant i den aktuella studien är att effekten av tidig passiv rökning sågs betydligt längre än vad som tidigare antagits, dvs ända upp till vuxenålder.

Ett annat intressant fynd i undersökningen var att oberoende om RS-virus påvisades eller inte vid förstagångsinläggningsen, så sågs stor risk för framtida astmautveckling. Andra studier har framhållit den höga risken för framtida astma efter tidig RS-virusinfektion med andningsbesvär. Också i den aktuella studien sågs hög risk för framtida astma hos barnen med RS-virusinfek-

tion, men ökad risk för framtida astma sågs alltså även hos de spädbarn som reagerade med astmasymtom med andra luftvägsvirus.

Pojkar dominerade som förväntat bland småbarnen med astmabesvär, men nu var flickorna i majoritet bland dem med aktuell astma. Kvinnligt kön föll därför ut som den tredje oberoende riskfaktorn för kvarstående astma i studiegruppen, förutom allergi och tidig passiv rökning.

HUGO LAGERCRANTZ, Chefredaktör för Acta Paediatrica



Specialistskrivningens vara eller icke vara

– BLU föreslår ett helt nytt system

Barnläkarföreningen, liksom flertalet övriga specialitetsföreningar, håller för närvarande på att se över den framtida utformningen av den egna specialitetsutbildningen. Detta delvis beroende på att ST-utbildningen generellt kommer att förändras framgent, med bl a en annan målstyrning och en anpassning till övriga EU (1). En fråga som är aktuell i detta sammanhang, och som engagerar många, är hur kunskapskontrollerna i denna nya ST skall utformas. Vi har inom Barnläkare under Utbildning (BLU) utarbetat ett förslag till BLF där den enskilda ”specialistskrivningen” ersätts av ett mer ambitiöst kontrollsystem som syftar till att även vara den enskilde till gagn.

Bakgrund

Specialistexamens vara eller icke vara är ett ämne som debatterats flitigt under ett antal år. I korthet kan sägas, att såväl BLU som SYLF (2) varit negativa till en obligatorisk specialistexamen därför att man anser att det är tveksamt om den mäter vad den är avsedd att mäta. Vidare har framförts farhågor att den istället kan försämra ST:s kvalitet då fokus flyttas från det delade ansvaret (med kliniken) till den enskildes ansvar över sin teoretiska utbildning. Det finns då en risk för att styra ST-läkarens prioriteringar i oönskad riktning. SYLF har också varnat för att en organisation pressad av produktionstryck kan lockas göra avkall på resurskrävande kvalitetsaspekter om ett avslutande prov avgör uppnådd kompetens. Dagens ST har stora brister som borde adresseras innan man förändrar utvärderingskomponenten. Socialstyrelsen anser att systemen som tillämpas måste ge betryggande garanti gällande de nyblivna specialisternas kompetensnivå. Samtidigt måste de vara relativt resurssnåla, administrativt enkla och pedagogiskt logiska. Svenska Läkaresällskapet är en av de aktörer som anser att nuvarande system inte räcker till, framförallt i relation till patientsäkerheten. ST-läkarens egen trygghet, rättssäkerheten, och internationell legitimitet anges bl a också som argument för förändring.

Inte heller i den nya Utbildningsboken, som utarbetas efter Socialstyrelsens nya målbeskrivningar (1) kommer dock examinationen att bli obligatorisk. Samtidigt

uppmärksammar BLF problemet med att få skriver specialistexamen och påpekar korrekt att det idag saknas incitament för att genomgå densamma.

BLU anser att det finns goda argument för en kunskapskontroll, och att denna med rätt utformning kan fungera som ett inlärningsmedel, ett diagnostiskt verktyg samt en formell examination. Samtidigt delar vi tidigare farhågor om risken med specialistexamen och anser att en dåligt utformad specialistexamen kan motverka sina syften. BLF:s inriktning i det vidare arbetet med specialistexamen bör således helt ligga på att skapa en modell som är logisk, kvalitetssäkrad och stringent.

BLU:s förslag

BLU föreslår att specialistexamen såsom idag skall bestå av tre olika delar – en skriftlig, en muntlig och någon form av praktisk kontroll. Det är dock viktigt att ändra utformningen av kunskapskontrollen så att den ger ett ökat värde för den enskilde i form av bedömning av det aktuella kunskapsläget tidigare i specialiseringsförloppet än vid en examen.

Skriftlig examen

BLU föreslår att deltagande i skrivningen blir *obligatoriskt under samtliga år* som ST-utbildningen pågår. Dock skall denna enbart fungera som diagnostikum under de inledande fyra åren; förslagsvis skrivs tentamen anonymt och resultatet förbehålls den enskilde

och dennes handledare. Resultaten inrapporteras där-
efter dock anonymt till BLF för alla kliniker. På detta
vis får den enskilde ett värdefullt instrument för att
bedöma sina kunskaper och eventuella kunskapsluckor.
Samtidigt får kliniken och BLF en möjlighet att bedöma
och jämföra utbildningarna vid olika orter. Huruvida
skrivningen det avslutande året bör vara obligatorisk
tar BLU inte ställning till. Det är dock värt att påpeka
att ju mer incitament man knyter till en avslutande
examen (obligatorium och lönepåslag har exempelvis
diskuterats), desto större krav ställer detta på en tenta-
men. BLU anser att det är *ett absolut krav att specialist-
skrivningen utformas av en arbetsgrupp*, och inte som
idag av en enskild person. Det nuvarande systemet är
alltför godtyckligt för att vara acceptabelt idag, och än
mer i en framtid där resultatet får avgörande betydelse
för individen.

Muntlig examen

En muntlig examination utformad som en dialogtenta-
men med olika pediatrika fallbeskrivningar föreslås
även fortsättningsvis komplettera den skriftliga ten-
tamen. Genom en sådan kan ST-läkarens förmåga att
korrekt resonera kring pediatrika fall och förståelse för
principer visas, i kontrast till den detaljkunskap som en
skrivning ofrånkomligen mäter.

Praktisk kontroll

BLU anser att en praktisk kontroll, en sit-in eller prak-
tiskt prov, i slutfasen av en ST *helt saknar värde*. Om
någon har så allvarliga praktiska problem att detta för-
anleder att ST-läkaren blir underkänd är detta alldeles
för sent att uppmärksammas först då. Däremot anser vi
att *löpande kontroller* har ett mycket högt utbildnings-
och kontrollvärde, en åsikt vi delar med socialstyrel-
sen som skriver att "Översynens bedömning är att en
fortlöpande uppföljning och återkoppling vad gäller
kompetens under ST är att föredra" (1). De praktiska
kontrollerna kan utformas som en rekommendation till
klinken att utföra dessa, exempelvis med årliga sit-ins

och att handledarna ålägges att följa upp varje placering
med samtal med ansvarig läkare vara lämpligt.

Att reformera specialitetsexamen enligt dessa förslag
anser vi skulle skapa en legitimitet för denna kunskaps-
kontroll, både för den enskildes utbildning samt för
specialitetens kontroll. Det är dessutom såväl enkla som
resurssnåla förändringar som snabbt går att genomföra.

Det är viktigt att ST-läkarna själva får vara med
och påverka dessa viktiga kontrollinstrument, exem-
pelvis genom BLU. Vi anser att BLF må äga frågan om
specialitetens kunskapskrav, men att vi som ST-läkare
äger rätten att få möjlighet att bedöma våra egna kunska-
per och brister på ett tidigare stadium än då det redan
är för sent.

BLU-styrelsen genom Jens Bäckström och Ronny Wickström, Barnläkare under Utbildning

JENS BÄCKSTRÖM, ST-läkare i Pediatrik, Sundsvalls Sjukhus

RONNY WICKSTRÖM, ST-läkare i Pediatrik, Astrid Lindgrens Barnsjukhus

Referenser

1. *Nya målbeskrivningar för läkares specialiserings-tjänstgöring – en arbetsmodell*. Socialstyrelsen 2005.
2. *SYLF om morgondagens ST – ett policyprogram*. SYLF 2003.

Handledning av svenska barn-ST-läkare

INLEDNING: Jonas F. Ludvigsson

Bakgrund

Under vintern 2005–2006 genomfördes en web-baserad enkätundersökning på initiativ av tidningen *Barnläkaren*. Undersökningen finansierades av BLF. Syftet med undersökningen är att kartlägga arbetsvillkor, handledning, löneläge, forskningsmöjligheter etc. hos blivande barnläkare. De flesta enkätsvar är baserade på 150–180 svarande.

Barnläkaren gör inte anspråk på att redovisa en fullständig bild av situationen i Sverige, men resultaten kan ändå ge en fingervisning om var det finns förbättringsutrymme. Av hänsyn till enskilda individer publiceras inte resultaten uppdelade på enskilda landsting.

I detta nummer av *Barnläkaren* har vi valt att redovisa de svar som rör handledning. Av utrymmes-skal har vi sparat övriga bidrag till nästa nummer av *Barnläkaren*.

De svarande

63 % av de svarande var kvinnor och de flesta svarande mellan 31 och 35 år gamla. En majoritet hade arbetat på barnklinik mellan 19–36 månader efter legitimationen. En fjärdedel (n=42) hade arbetat mindre än 18 månader på barnklinik. En knapp majoritet av de svarande var hemmahörande på regionsjukhus/universitetssjukhus (94/177), medan en tredjedel kom från länssjukhus och 11% från länsdelssjukhus.

Handledning av svenska barn-ST-läkare

Handledningen brister på svenska barnkliniker. Flera av de svarande har konfidentiellt uppgivit att det i deras ST-kontrakt framgår att de har rätt till en timmes schemalagd handledning per vecka. I vår undersökning svarar 70% (!) att de har handledning mindre än en gång per månad. Två personer (2/177 = 1.1%) svarar att de har handledning en gång i veckan eller mer. 98.87% har alltså svarat att de har handledning mindre än en gång per vecka (Figur 1).

Relationen till handledaren är annars god. Det vanligaste svaret är att relationen är bra (42%) medan 33% svarar att den är mycket bra. Var tjugonde svarande uppger att relationen är dålig (Figur 2).

Hur ska en handledare vara?

Goda egenskaper hos handledaren

- ”tillgänglig”
- ”lyssnar”
- ”kunnig”
- ”praktiska råd”
- ”vi kan tala om annat än medicin”
- ”positiv”
- ”strukturerad”
- ”rak”
- ”tipsar kring kurser”
- ”empatisk men kan ge konstruktiv kritik”

Hur ska en handledare inte vara?

Dåliga egenskaper hos handledaren

- ”otillgänglig, upptagen, stressad”
- ”långt från min verklighet”
- ”inget intresse för min utbildning”
- ”dålig struktur”
- ”kan ej ge negativ feedback”
- ”dålig kompetens”

Figur 1

Fråga: Hur ofta har du handledning med din handledare

	Answer	Count	Percent	20%	40%	60%	80%	100%
⬆	mindre än en gång per månad	<u>124</u>	70.06%					
⬆	minst en gång per månad; men mindre än en gång per vecka	<u>51</u>	28.81%					
⬆	En gång per vecka	<u>1</u>	0.56%					
⬆	Flera gånger per vecka	<u>1</u>	0.56%					
	Total	177	100%					

Figur 2

Fråga: Hur är din relation till din handledare?

	Answer	Count	Percent	20%	40%	60%	80%	100%
⬆	Dålig	<u>9</u>	5.14%					
⬆	Ganska bra	<u>35</u>	20.00%					
⬆	Bra	<u>74</u>	42.29%					
⬆	Mycket bra	<u>57</u>	32.57%					
	Total	175	100%					

De vanligaste goda egenskaperna hos en handledare

I enstaka fria kommentarer beskrevs handledare som ”fantastiska”, ”manipulerande”, ”lata”, respektive ”engagerade”. Fem personer svarade att det inte finns några bra handledare medan lika många inte kunde tänka sig en bättre handledare än de redan hade.

KOMMENTAR 1: Eva Nilsson



Det är bra att tidningen *Barnläkaren* och BLF gör denna typ av enkät. Webbaserade enkäter är enkla att hantera och kan ge indikationer på var brister finns även om det inte går att dra några långtgående slutsatser. Svaren från ST-läkarna i pediatrik liknar de svar

som ST-läkare i andra specialiteter givit i liknande undersökningar som gjorts av bl a SYLF.

Det jag tycker är mest anmärkningsvärt är svaren om den dåliga handledningen och de dåliga möjligheterna för att bedriva forskning. Trots att vi i många år, sedan ST-systemet infördes, har framhållit vikten av handledning är det uppenbart att det inte fungerar tillfredsställande. Det är oroväckande att så många som 70% uppger

att de har handledning mindre än en gång per månad. För oss specialister borde det vara av högsta prioritet att handleda våra blivande kollegor på bästa sätt. Är det vår egen brist på handledning som ligger bakom? Eller är det helt enkelt brist på tid? Många specialister har gått handledarutbildning och det borde inte vara så svårt att förbättra situationen, relationen till handledaren verkar överlag vara god.

Det var en intressant enkät som jag hoppas kan ge underlag till diskussioner och förbättringar i hela landet.

EVA NILSSON BÅGENHOLM, Ordförande Sveriges läkarförbund

Fotnot. Eva Nilsson Bågenholm kommenterar även övriga delar av enkäten. Hennes synpunkter på dessa områden kommer att redovisas i nästa nummer av *Barnläkaren*.

KOMMENTAR 2: Elisabeth Esbjörner



Redaktören för *Barnläkaren* har bitt mig att kommentera avsnittet om handledning i den ST-enkät, som redovisas i detta nummer. Mina första reaktioner när jag läser frågor, svar och kommentarer är: Vad är handledning?

Jag inser att såväl frågeställaren som svararna har tänkt i första hand på den formaliserade handledning, som i regel beskrivs i ST-kontraktet. En handledning innebär i idealfallet att ST-läkare och handledare i lugn och ro kan sitta ner och prata om både vad man bör lära sig och måste kunna och hur det är att vara barnläkare och växa med sin uppgift. Det är oerhört viktigt att varje ST-läkare har en formell handledare som hjälp och stöd under utbildningen! När det sedan gäller att avsätta tid för detta vet alla hur svårt det är. Detta får inte hindra att man försöker om och om igen. Ambitionen måste vara hög och lösningar går att hitta. Och skall man leva upp till en timmes handledning per vecka i genomsnitt måste man ses minst en gång per månad. Äldre kol-

legor måste acceptera att ST-läkare går ifrån för handledning och vara beredda att ta över (rutin)arbetsuppgifter. Så betyget på handledning i praktiken är dåligt.

Jag tycker emellertid att den allra viktigaste formen av handledning, som inte berörs i den här enkäten, är möjligheten att få stöd varje dag och varje stund i arbets-situationen. Att ha möjlighet att alltid få råd och hjälp, för att lära och för att aldrig någonsin behöva uppleva att man ställs inför en uppgift eller i en situation som man inte har kompetens eller erfarenhet att klara av. Sedan vet förstås vi gamla barnläkare att man trots all erfarenhet som går att få ändå kommer att ställas i situationer som vi tycker att det är svåra att klara av, där vi känner att vår kompetens inte räcker. Men under ST-tiden är det en rättighet för ST-läkaren och en skyldighet för kliniken att se till att det alltid finns stöd att få.

Sammanfattningsvis: Handledningen i vardagen är det viktigaste. Den formaliserade handledningen måste prioriteras bättre.

ELISABETH ESBJÖRNER, Klinikchef, Barnkliniken i Örebro

KOMMENTAR 3: Anna Westrup

Tidningen *Barnläkaren* bad ST-läkare Anna Westrup, Karlskrona, kommentera bristen på handledning på svenska barnkliniker.

Barnläkaren: Mer än 2/3 av de som svarat på vår enkät träffar sin handledare mindre än en gång per månad. Är detta ett problem?

Detta anser jag är ett stort problem, handledning under ST-tiden är ett av de viktigare redskapen för att lära sig mer och utvecklas. Detta gäller dels praktisk och teoretisk kunskap om olika sjukdomar men kanske framförallt för att utvecklas i läkarrollen, då behöver man meningsfulla, regelbundna diskussioner med sin handledare.

En lösning för att få till bättre handledning skulle vara schemaläggning i större utsträckning.

Barnläkaren: De flesta ST-läkare har en bra eller mycket bra relation till sin handledare. Skulle du kunna tänka dig att bli handledare när du blir färdig specialist?

Jag skulle verkligen kunna tänka mig att vara handledare eftersom jag tycker det är en mycket viktig funktion. En förutsättning skulle dock vara rimliga villkor i form av avsatt tid och därmed signaler från min klinikledning att det är ett viktigt uppdrag.

ANNA WESTRUP, ST-läkare, Barn- och Ungdomskliniken, Karlskrona

KOMMENTAR 4: Maria van der Pals

Tidningen *Barnläkaren* bad ST-läkare Maria van der Pals, Lund, kommentera bristen på handledning på svenska barnkliniker.

Barnläkaren: Mer än 2/3 av de som svarat på vår enkät träffar sin handledare mindre än en gång per månad. Är detta ett problem?

Jag tycker egentligen att det optimala är att man träffar sin handledare en gång i veckan, 1 timme regelbundet. Åtminstone varannan vecka... Detta är ju förstås oftast svårt att genomföra p g a jourer, externplacering, forskningsledighet osv Att 2/3 träffar sin handledare mindre än en gång per månad är ju väldigt synd och kan vara ett problem, lite förstås beroende på om man har chans till handledning och hjälp på annat sätt t ex där man är placerad. Självt är jag t ex på Barnmottagningen i Landskrona för närvarande och får mycket god fortlöpande handled-

ning här och träffar bara min 'riktiga' handledare i Lund nu under våren ungefär en gång per månad mer för lite allmän diskussion och 'coachning'.

Barnläkaren: Bör man avsätta tid på schemat för handledarträffar?

Ja, det är nog en bra ide fast kanske svårt att komma åt problemen som jag nämnde i förra frågan.

Barnläkaren: De flesta ST-läkare har en bra eller mycket bra relation till sin handledare. Skulle du kunna tänka dig att bli handledare när du blir färdig specialist?

Ja, absolut!

MARIA VAN DER PALS, ST-läkare, barnkliniken i Lund och Barnmottagningen i Karlskrona

KOMMENTAR 5: Jonas F. Ludvigsson



Svenska barnkliniker har ett generationsskifte framför sig. För att trygga försörjningen av barnläkare har man på många kliniker anställt ett stort antal ST-läkare. Om vi vill att våra ST-läkare ska växa ut till fullfjädrade kliniker så krävs mer än bara tjänstgöring

på avdelning och akutmottagning, det krävs även tid för diskussion, teoretisk inläsning och reflektion.

BLF har påbörjat ett viktigt arbete med att ta fram nya målbeskrivningar för de barnmedicinska grenspecialiteterna. Än viktigare kanske det är att se över befintlig handledning, här återstår mycket att göra.

JONAS F. LUDVIGSSON, Barnkliniken i Örebro



*Handledarskapets konst.
Fritt tecknat efter Carl-Larsson-målning.
Jonas F. Ludvigsson.*

VERKSAMHETSCHEFER!

Tidningen Barnläkaren genomför nu en webbenkät som riktar sig till verksamhetschefer inom barnmedicinen. Enkäten når du via BLF:s hemsida. Vad tycker svenska verksamhetschefer om sitt arbete? Enkäten är anonym.

www.blf.net

Rein Anari, barnläkare i Helsingborg, visade upp ett antal av sina fina fotografier på Barnläkarveckan i Helsingborg. Här nedan presenterar han fyra av sina bilder för Barnläkarens läsare.



OBS! under kalendariet i tidningen Barnläkaren publiceras enbart kalendariepunkter som registrerats på BLF:s hemsida. Registrera därför din kurs/fortbildning på BLF:s hemsida.

MAJ

24-27/5 Prag. ECPM2006 - European Congress of Perinatal Medicine. www.ecpm2006.cz

29/5-2/6 Halmstad-Tylebäck. Basal Neonatologi

JUNI

2-3/6 Lund. A Precious Elixir for Public use. Biobankssymposium. Info: E-mail annie.melin@sls.se

7-9/6 St Louis, MO, USA. Meeting of The Society for Microbial Ecology and Disease. www.somed.nu

7-10/6 Dreseden/Tyskland. ESPGHAN 2006 (Eur Soc Ped Gastro Hepatol Nutr). www.espghan2006.org

JULI

9-14/7 Lausanne, Schweiz. Eur Training for Effective Adolescent Care and Health (EuTEACH) www.euteach.com

SEPTEMBER

3-6/9 York/UK. ISPCAN Int Congress on Child Abuse and Neglect. www.ispcan.org/congress2006

10-13/9 Trollaregårdens kursgård/Båstad. Det professionella mötet med ungdomar i vår medicinska vardag. IPULS-nr 2006-0021. Info: t.melin@swipnet.se

21-23/9 Aten. 12th Eur Meeting of the Int Assoc for Adolescent Health (IAAH). Obesity and eating disorders. Bio-psycho-social approaches Info: t.melin@swipnet.se

OKTOBER

7-10/10 Barcelona/Spanien. Europaediatrics 2006.

NOVEMBER

19-22/11 Stockholm. Respiratory support options for neonates - from CPAP to ECMO. Kontakt: Jonas.Berner@ki.se

23-25/11 Rom. First European Symposium on Pediatric Inflammatory Bowel Disease

På www.blf.net kan du även läsa om fler kurser/kongresser från år 2007 och framåt.

Neocate®

Till barn med
födoämnesallergi

■ Snabb LINDRING av symptom

■ Säkert RESULTAT

■ Fullkomlig TRYGGHET



Neocate® Advance
1-10 år



Neocate® 0-1 år

■ Snabb LINDRING av gastrointestinala symptom efter endast tre dagar⁽¹⁾. LINDRING av alla symptom (t ex eksem, atopisk dermatit) efter endast 14 dagar^(2,3).

■ Neocate® säkerställer optimal tillväxt för spädbarn med födoämnesallergi⁽⁴⁾.

■ Det är proteinets struktur som särskiljer Neocate® från andra modersmjölksersättningar. Proteinets i Neocate® består till 100 % av aminosyror, garanterat fria från komjölk. Endast aminosyror kan anses vara hypoallergena⁽⁵⁾.

Referenser:

1) D. de Boissieu et al. Allergy to extensively hydrolysed cow milk proteins in infants; identification and treatment with an amino acid-based formula. *J. Pediatr.* 1997; 131: 744-747 2) J.A. Vanderhoof et al. Intolerance to protein hydrolysate infant formulas: An unrecognized cause of gastrointestinal symptoms in infants. *J. Pediatr.* 1997; 131: 741-744 3) D.J. Hill et al. The natural history of intolerance to soy and extensively hydrolysed formula in infants with multiple food protein intolerance. *J. Pediatr.* 1999; 135: 118-121 4) E. Isolauri et al. Dietary products used in infants for treatment and prevention of food allergy. *Arch. Dis. Child.* 1999; 81: 1:80-84 5) A. Host et al. Dietary products used in infants for treatment and prevention of food allergy. *Arch. Dis. Child.* 1999; 81: 1: 80-84.

Bröstmjolk är den bästa födan för det späda barnet.

NUTRICIA

Nutricia Nordica AB, Box 1348, 111 83 Stockholm
Tel: 08-24 15 30 • Fax: 08-24 18 80 • E-post: info@nutricia.se • www.nutricia.se

B



Taylor & Francis
Box 3255
103 65 STOCKHOLM

Vänta inte tills
problemet har
blivit större
än lösningen



**Symbicort® variabel dosering™ tar tidigt hand om
astmasymtomen och inflammationen.**

Ger 40% färre exacerbationer än Seretide® enligt SUNDI!*



Förhindra exacerbationer innan de uppstår.

Genom att behandla en variabel sjukdom som astma med en variabel dosering minskar risken för exacerbationer. Symbicort är den enda kombinationsbehandlingen som, med en och samma inhalator,** ger patienten möjlighet att anpassa medicineringen efter sjukdomens variationer.

Detta har i studier visat sig resultera i betydligt färre exacerbationer, jämfört med Seretide eller Symbicort i fast dosering.¹⁻⁵

* I primärvariabeln (WCAW) sågs ingen skillnad mellan behandlingarna.

** Vid anfallsakupering ska en snabbverkande luftrörsvidgare användas.

Indikation: För regelbunden behandling av bronkialastma. Symtomatisk behandling av patienter med svår KOL (FEV₁ <50% av förväntat normal) och tidigare upprepade exacerbationer och som har signifikanta symtom trots regelbunden behandling med långverkande bronkdilaterare. Symbicort innehåller inhalationssteroiden budesonid (160µg) och beta₂-agonisten formoterol (4,5µg), den långverkande bronkdilateraren som ger effekt inom tre minuter.⁶ För vidare information se www.fass.se. **Referenser:** 1. Aalbers et al, Current Medical Research and Opinion, 2004; 20:225-240. 2. Ställberg et al, International Journal of Clinical Practice, 2003;57:656-661. 3. FitzGerald et al, Canadian Respiratory Journal, 2003; 10:427-434. 4. Kardos et al, Pneumologie 2001;55(5):253-257. 5. Leuppi et al, Swiss Medical Weekly 2003;133:302-309. 6. Palmqvist et al. Pulmonary Pharmacology & Therapeutics (2001) 14:29-34.



SYMBICORT®
budesonide/formoterol

Rätt dos vid rätt tillfälle