

ISSN 1651-0534

Nr.2/2007

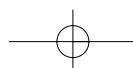
Barnläkaren



SVENSKA BARNLÄKARFÖRENINGEN
SWEDISH PAEDIATRIC SOCIETY



Blackwell
Publishing





*Seretide mite till barn från 4 år som har symptom
trots behandling med inhalationssteroid¹*



Seretide mite (salmeterol/flutikason) är den enda kombinationsbehandling som har indikation från 4 år. Den finns som pulverinhalatorn Diskus och för barn som inte kan eller vill använda pulver finns också den freonfria inhalationsprayen Evohaler.

Indikation: Seretide mite är indicerad för regelbunden behandling av bronkialastma. Vid akuta besvär ska en kortverkande luftrörsvidgande medicin användas. Rekommenderad dosering Seretide Diskus mite (50/100): 1 inhalation 2 gånger dagligen, Seretide Evohaler mite (25/50): 2 inhalationer 2 gånger dagligen. För ytterligare information www.fass.se.

GlaxoSmithKline AB, Box 516, 169 29 SOLNA, 08-638 93 00, info.produkt@gsk.com
Seretide, Diskus och Evohaler är registrerade varumärken som ägs av GlaxoSmithKline.

¹Information från Läkemedelsverket 2002, Nr 2.



Mer liv - Mindre astma

Barnläkare!



Bli medlem i Stiftelsen Acta Paediatrica och gör en av Europas ledande pediatrika tidskrifter ännu bättre! Här kan du få möjlighet att publicera egna forskningsresultat tillsammans med andra vetenskapliga nyheter av högsta internationella klass.

Betala in SEK 25 till Postgiro nr 50 39 83 - 9 och bli medlem på livstid. Glöm inte att ange namn och adress.

Mer information om Stiftelsen Acta Paediatrica finns på [www.blf.net/Stiftelsen Acta Paediatrica](http://www.blf.net/StiftelsenActaPaediatrica)

ACTA PÆDIATRICA
PROMOTING CHILD HEALTH

Innehållsförteckning

Barnläkaren

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

Ansvarig utgivare

Göran Wennergren
goran.wennergren@pediat.gu.se

Chefredaktör

Samuel Lagercrantz
samuellagercrantz@hotmail.com

Redaktionssekreterare

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

Manuskript insändes per mail till:

Samuel Lagercrantz
samuellagercrantz@hotmail.com
Tel: 08-660 23 25

Prenumerationsärenden och adressändringar

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

Annonsera i Barnläkaren

Blackwell Publishing
neil.chesher@oxon.
blackwellpublishing.com

Förlag

Blackwell Publishing Ltd
9600 Garsington Road
Oxford OX4 2DQ, UK
Tel: +44 1865 776868
Fax: +44 1865 714591
martin.vinding@mks.
blackwellpublishing.com

Tryck

COS Printers Pte Ltd, Singapore

Ledare 5

Redaktörens ruta 6

Många intressanta föredrag om pediatrik på Riksstämman 8

Snabb tillväxt i barndomen kan orsaka problem senare i livet 12

Hur mår svenska barn? 14

Stort intresse för att presentera pediatrik forskning under årets Barnvecka 18

Notiser 19

Tillgängligheten viktigaste vårdfrågan för Göran Hägglund 22

Tjuvknep i jakten på dödsviruset 24

Berikande baltiska kontakter 27

Kvinnomakt lönar sig 28

Steven Pinker gör upp med heliga doktriner 29

Forskning som en naturlig del av ST-utbildningen – ett måste för framtidens kliniska forskning 30

Kalendarium 31



gsk
GlaxoSmithKline

GlaxoSmithKlines forskningsstipendium i barnallergologi 2007

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 två stipendiater. I år finns sammanlagt 50.000 kr tillgängligt för utdelning.

Stipendiekommittén utgörs av barnallergologsektionens styrelse tillsammans med medicinsk rådgivare Peter Arvidsson, GlaxoSmithKline AB. Stipendiet utdelas i samband med barnallergologsektionens årsmöte i Lund fredagen 28:e september 2007.

Ansökningsblankett finns på sektionens hemsida www.barnallergisektionen.se

Ansökan skall vara sekreteraren tillhanda senast den 20:e augusti 2007

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



There's more to your journal online!

Access your online journal subscription via *Blackwell Synergy* to...

- *Read* full-text articles that are easy to view on-screen with embedded links, high quality figures and tables.
- *Link* from references, authors and keywords to other databases, such as PubMed (MEDLINE) and ISI Web of Science.
- *Go* directly from references to cited articles in other journals using CrossRef links.

Keep up-to-date
with FREE table of
contents
e-mail alerts



**Blackwell
Synergy**

Improving the quality of your research time



**Blackwell
Publishing**

www.blackwell-synergy.com

Vi behöver både Barnveckan och Riksstämman

KÄRA KOLLEGOR!

Pediatriken har en unik bredd med de olika organspecialiteterna samlade i en gemensam basspecialitet. Men samtidigt som vi värnar om den sammanhållna pediatriken måste vi också bejaka grenspecialiteterna med sin spetskompetens.

Under den gångna tjugofemårsperioden har vi sett en utveckling där kollegorna alltmer valt specialiserade kongresser och symposier framför allmänpediatriska. Denna utveckling har varit generell och förvisso inte bara synts inom pediatriken. Jag tror detta är den viktigaste förklaringen till att Svenska Läkaresällskapets Riksstämma uppvisat vikande besöksiffror.

Men vi behöver mötesplatser där både bredd och djup tillgodoses och där vi möts över grenspecialitetsgränserna. Barnveckan som successivt vuxit fram under de senaste årens BLF-möten har utvecklats till en sådan mötesplats. Där erbjuds både bredd och fördjupning, inte minst genom att så många av BLF:s sektioner och arbetsgrupper liksom BLU och professorsgruppen har valt att lägga aktiviteter under Barnveckan.

Detta nummer av Barnläkaren har flera inslag från Riksstämman. Pediatriksektionen hade ett fint program men de utmärkta presentationerna hade ibland förtjänat fler åhörare. På samma sätt som vi på våren funnit ett vinnande koncept i Barnveckan är jag övertygad om att vi behöver en bred samlingsplats också på hösten. Riksstämman är det naturliga svaret på det behovet. Därför menar jag att vi inom pediatriken ska fortsätta att erbjuda attraktiva program där. Vi borde också utnyttja Riksstämmans rika utbud av symposier bättre. De ger oss möjlighet att vidga våra medicinska vyer.

I detta sammanhang vill jag också passa på att slå ett slag för medlemskap i Svenska Läkaresällskapet. På motsvarande sätt som Sveriges läkarförbund är vår fackliga organisation är Svenska Läkaresällskapet (SLS) vår vetenskapliga organisation. Läkarförbundet och Läkaresällskapet är två separata organisationer och medlemskap i den ena innebär inte att man med automatik är medlem i den andra. Svenska Läkaresällskapets syfte är att främja vetenskap, utbildning och kvalitet inom hälso- och sjukvård och det är SLS som arrangerar Riksstämman. Det är enkelt att bli medlem i SLS. Gå in på www.sls.se och klicka på "Medlemsansökan" i vänsterspalten, så får

du upp ett formulär som du kan fylla i och skicka in via nätet. Den som är medlem i SLS går kostnadsfritt på Riksstämman och får i god tid Riksstämmans programbok hemskickad. Svenska Läkaresällskapets hus på Klara Östra Kyrkogata 10 är en arkitektonisk pärla i välbevarad jugendstil. Vi medlemmar har i huset förnämliga lokaler för sammanträden i sektioner och arbetsgrupper.

Svenska Läkaresällskapet är för övrigt en av Europas äldsta läkarorganisationer med start år 1808. Bland stiftarna fanns den tidens medicinska storheter som Jöns Jakob Berzelius, Anders Johan Hagströmer, Carl Fredrik von Schulzenheim och Carl Trafvenfelt. Nästa år firar således SLS sitt 200-årsjubileum. Då kan vi se fram emot ett flertal jubileumsaktiviteter.

Hjärtliga hälsningar
Göran Wennergren



GÖRAN WENNERGREN
Ordförande i Svenska Barnläkarföreningen

Redaktörens ruta



När de borgerliga la fram nådiga luntan i höstas hade de ökat anslagen till äldreomsorgen med 1,9 miljarder kronor. I media har de välbehövda sanningarna på de äldre fått stor uppmärksamhet. Däremot har det varit tystare om vad regeringen vill göra för barnen. När jag intervjuade socialminister Göran Hägglund i

slutet av förra året var det därför min viktigaste fråga till honom. Hans svar kan du läsa på sidan 20.

Med Jonas Ludvigsson som chefredaktör har Barnläkaren hållit hög klass och jag känner stor entusiasm när jag nu tar över efter honom.

Jag är journalist med inriktning på medicin. Har bland annat medverkat regelbundet i tidningarna Läkemedelsvärlden och Allt om Läkemedel. Jag har också skrivit för dagstidningar och annan fackpress.

Till det här numret har jag fått in flera spännande artiklar från BLF:s medlemmar. Läs till exempel referaten från Riksstämman.

Till sist. Barnläkaren är ett forum för barnläkare. Så skriv en artikel, ett debattinlägg, eller en reflexion. Jag tar tacksamt emot manus. Ring eller e-posta gärna innan du skriver så kan vi diskutera textlängd och upplägg.

Med förhoppning om gott samarbete!

Samuel Lagercrantz

STIFTELSEN ACTA PÆDIATRICA

Stiftelsens medlemmar kallas härmed till

ÅRSMÖTE 2007

TID

Tisdagen den 24 april 2007 kl. 12.30 - 13.30

PLATS

Brigaden Konferens och Restaurang, Brigadgatan 17 (Garnisonsområdet),
Linköping i samband med Barnveckan.

LUNCH

Då en enkel förtäring (lunchsmörgås) kommer att serveras, önskas förhandsanmälan. Anmälan om deltagande görs via BLFs hemsida www.blf.net. I Stiftelsen Acta Paediatricas medlemsförteckning kan du se om du är registrerad som medlem i stiftelsen.

Föredragningslista

1. Årsmötet öppnas
2. Val av ordföranden för årsmötet
3. Val av sekreterare för årsmötet
4. Val av justeringspersoner
5. Fastställande av att årsmötet utlysts i behörig ordning samt av dagordning
6. Verksamheten under 2006. Styrelsens Årsredovisning för 2006
(kan rekvideras från mail@actapaediatrica.se)
7. Bokslut för 2006 (ingår i Årsredovisning för 2006)
8. Revisionsberättelse och fråga om ansvarsfrihet för styrelsen
9. Prenumerationsavgift för 2008
10. Beslut om tecknande av firman
11. Övriga frågor
12. Mötet avslutas

Många intressanta föredrag om pediatrik på Riksstämman

Inledande symposier

Det pediatrika programmet inleddes med ett välbesökt symposium om "Epidemiologi i barnens tjänst". Där diskuterades förändringar över tid i incidensen av bland annat SIDS, allergisjukdomar, diabetes, barnfetma och psykisk ohälsa. Moderator var Sven Bremberg, barnläkare på folkhälsoinstitutet. Talare var Finn Rasmussen, Gisela Dahlqvist, Magnus Wickman och Bruno Häggelöf. Bland annat konstaterades att självrapporterade psykiska symptom från barn och ungdomar har ökat medan incidensen av allvarliga psykiska sjukdomar och suicid inte har ökat. Betydelsen av nationella register betonades.

Programmet fortsatte med ett sektionssymposium: "Barn och läkemedel" med Björn Wettergren som moderator. Läkemedelsbehandling av barn är behäftat med stora risker. Hälften av de läkemedel som ges till barn är inte utprovade på barn. Ofta saknas åldersanpassade barnberedningar och det händer att välfungerande barnberedningar till och med dras in av ekonomiska skäl. Jämfört med sjuka vuxna är sjuka barn en liten grupp. Det är därigenom mindre lönsamt att utveckla läkemedel för barn.



Läkemedelssymposiet "Barn och läkemedel": Per Nydert, Eva Göl Berglund, Lena Hjelte, Anders Rane, Klaus Rose och Björn Wettergren (moderator).

Lena Hjelte inledde med att presentera exempel från CF-vården där det finns brist på utprovade och rabatterade läkemedel och beredningar. Per Nydert, far-

maceut, visade att felmedicinering av barn är tre gånger vanligare än hos vuxna. Ett svenskt nätverk av pediatrikt intresserade farmaceuter har bildats och är intresserade av att ta upp frågor som gäller barn och läkemedel. Anders Rane och Klaus Rose pratade om vad som görs inom EU för att uppmuntra läkemedelsbolagen att pröva ut läkemedel på barn – bland annat föreslås att läkemedelsföretagen ska få sex månaders förlängning av patenttiden.

Högtidsföreläsning och gästföreläsning

Årets högtidsföreläsning hölls av professor Gunnar Sedin, Uppsala, en av pionjärerna inom svensk neonatologi. Han gjorde en exposé över utvecklingen av neonatologin från början av 70-talet och den dramatiskt förbättrade överlevnaden av prematurfödda barn beskrevs som en av den svenska pediatrikens största framgångar. Föreläsningen tog upp utvecklingen av respiratorvård för nyfödda samt de forskningsresultat som lett till en ökad förståelse av det nyfödda barnets behov av (och förluster av) vätska och värme. Framställningen hade en personlig prägel och inkluderade till publikens förtjusning många bilder av vardagen på neonatalavdelningen och forskningslaboratoriet i Uppsala från 70-talet och framåt.

Årets gästföreläsare var Professor Pierre-André Michaud som presenterades av Karin Ahlberg, ordförande för BLF:s arbetsgrupp för ungdomsmedicin. Han höll en entusiasmerande föreläsning betitlad "Why do we need adolescent medicine?", som tog upp alla de multidisciplinära problem som är vanliga hos tonåringar. Han konstaterade att pubertetsåldern gått ned under de senaste decennierna, medan åldern vid vilken man är ekonomiskt oberoende har stigit. Detta resulterar i att ungdomar idag når sin biologiska mognad långt innan de uppnår den sociala vuxenrollen. Detta innebär en ökad risk för bland annat missbruk, suicid, oönskade graviditeter, sexuellt överförbara sjukdomar, trafikolyckor, olycksfall i samband med extrema fritidssysselsättningar med mer. Han visade också hur panoramat för dessa risker uppvisar stora variationer mellan olika länder inom Europa. Professor Michaud visade på den modell av ungdomsmottagning som han byggt upp i Lausanne, Schweiz, där barnläkare ingår som en viktig del i det multidisciplinära teamet. Han betonade att en klar policy för konfidentialitet och sekret-

RIKSSTÄMMAN 2006

ess är viktig för att få en tillitsfull relation mellan läkaren och tonåringen.



Glad Gunnar Sedin efter en väl genomförd högtidsföreläsning.

Mest citerade vetenskapliga arbetet 2005

Ett nytt inslag på riksstämman var presentationen av förra årets mest citerade vetenskapliga arbeten inom pediatrik. BLF:s styrelse har tagit detta initiativ för att visa upp några av de många svenska pediatrika vetenskapliga arbeten som får stor uppmärksamhet internationellt. Styrelsen vill på så sätt stimulera till svensk pediatrik forskning. Sökproceduren utfördes med hjälp av Science Citation Index i ISI Web of Science. Kriterierna var att det skulle vara en originalartikel med publiceringsår 2005 som innehåller sökorden "infant", "child" eller "adolescent" (eller pluralformer av dessa) och där korresponderande författare hade en adress i Sverige. Ett arbete exkluderades eftersom det inte bedömdes ha någon anknytning till pediatrik (det handlade om hantering av donerade äggceller). För att korrigera för det faktum att artiklarna som publicerades i början av 2005 har haft större chans att citeras än de som publicerades i slutet av året, baserades rangordningen på antal citeringar per månad från publikationsmånaden till november 2006. De tio mest citerade artiklarna presenterades först översiktligt av Magnus Domellöf.

Den mest citerade artikeln, som hunnit citeras hela 44 gånger, presenterades av författaren Nele Sigurs. I denna

studie jämförde man barn som vårdats för allvarlig RS bronkiolit under spädbarnsåret med en kontrollgrupp. Vid 13 års ålder fann man att barnen som haft RS bronkiolit hade betydligt högre frekvens av astma/recurrent wheezing (43 procent vs 8 procent) och allergisk rhinoconjunktivit (39 procent vs 15 procent) och även högre förekomst av allergi mot luftvägsantigen och sämre lungfunktion jämfört med kontrollgruppen. Det fanns ingen skillnad i hereditet eller andra riskfaktorer för astma mellan grupperna. Frågan kvarstår dock om huruvida detta beror på att RS-infektionen i sig utlöser astma eller att spädbarn med ökad benägenhet för att få astma blir svårare sjuka i sin RS-infektion. Nele Sigurs själv tror att båda förklaringarna kan vara relevanta men det enda sättet att definitivt avgöra frågan är att göra en preventionsstudie mot RS.

Styrelsemöte och tillväxtsymposium

Nästa punkt på programmet var mötet mellan BLF-styrelsen och representanter för sektioner och arbetsgrupper. På detta möte diskuterades framför allt de nya ST-målbeskrivningarna samt ett förslag till stadgeändring för att reglera BLF:s relation till sektioner och arbetsgrupper som eventuellt kommer att byta namn till delföreningar. Beslut om detta kommer att fattas på BLF:s årsmöte under Barnveckan 2007. Programmet för Barnveckan 2007 i Linköping presenterades också på mötet och såg mycket lovande ut.

Fredagens program inleddes med ett välbesökt allmänt symposium som leddes av Erik Bergström och som hade titeln "Ökad tillväxt under barndomen – en risk för den vuxnes hälsa?". Se separat referat.

Postersession

Slutligen var det dags för postersessionen. Vi hade i år 28 postrar, vilket är en ökning jämfört med 2005. Under postervisningen presenterade författarna sina postrar för besökarna och det uppstod en hel del givande diskussioner. Sex bidrag valdes ut av BLF:s styrelse att presenteras muntligt. Samtliga dessa presentationer var mycket intressanta och publiken fick med mentometerknappar avgöra vilka som skulle få pris för bästa poster. De tre vinnarna fick diplom och prispengar (1 000-3 000 kronor):

- 1) Jan Svedmyr, Pyttan Brinck och Niklas Lindarck (Falun): Inhalation av salbutamol: Inhalationsaerosol med andningsbehållare, nebulisering med mask eller flödning? *En studie av stort kliniskt intresse där man med hjälp av en modell visade att flödning 1-2 cm från munnen är mer effektivt än att använda en tättslutande mask.*
- 2) Malin Garemo, Vilborg Palsdottir och Birgitta Strandvik (Göteborg): Snabb tillväxt från födelsen är associerad med insulinresistens hos friska 4 åriga flickor. *En intressant studie som stöder hypotesen om "metabolic programming".*

RIKSSTÄMMAN 2006

De mest citerade vetenskapliga arbetena inom pediatrik år 2005

- 1) Nele Sigurs et al (Borås): Severe respiratory syncytial virus bronchiolitis in infancy and asthma and allergy at age 13. *Am J Resp Crit Care Med* 2005; 171(2): 137-41. *(Se sammanfattning i texten intill)*
- 2) Tobias Allander et al (Karolinska): Cloning of a human parvovirus by molecular screening of respiratory tract samples. *PNAS* 2005; 102(36): 12891-6. *Man har i detta arbete identifierat och klonat ett helt nytt virus ("humant bocavirus") från barn med nedre luftvägsinfektion.*
- 3) Göran Isacson et al (Karolinska): Selective serotonin reuptake inhibitor antidepressants and the risk of suicide: a controlled forensic database study of 14,857 suicides. *Acta Psychiatr Scand* 2005; 111(4): 286-90. *Denna studie visar att SSRI inte ökar suicidrisken hos barn och tonåringar.*
- 4) Sara Bengtsson et al (Karolinska): Extensive piano practicing has regionally specific effects on white matter development. *Nature Neuroscience* 2005; 8(9): 1148-50. *I detta arbete visas att intensiv pianoträning i barndomen, speciellt före 11 års ålder, ökar myeliniseringen i bl.a. corpus callosum.*
- 5) Erik Melén et al (Karolinska): Haplotypes of G protein-coupled receptor 154 are associated with childhood allergy and asthma. *Am J Resp Crit Care Med* 2005; 171(10): 1089-95. *GPCR 154 är ett potentiellt mål för framtida läkemedel.*
- 6) Anders Grubb et al (Lund): Simple cystatin C-based prediction equations for glomerular filtration rate compared with the modification of diet in renal disease prediction equation for adults and the Schwartz and the Counahan-Barratt prediction equations for children. *Clin Chem* 2005; 51(8): 1420-31. *I denna studie presenteras och utvärderas en praktisk formel för beräkning av GFR från serum-cystatin C hos barn.*
- 7) Jacqueline Schoumans et al (Karolinska): Detection of chromosomal imbalances in children with idiopathic mental retardation by array based comparative genomic hybridisation (array-CGH). *I denna studie fann man submikroskopiska kromosomavvikelser hos 10% av barn med idiopatisk mental retardation och dysmorfa drag.*
- 8) Anders Mårtensson et al (Karolinska): Efficacy of artesunate plus amodiaquine versus that of artemether-lumefantrine for the treatment of uncomplicated childhood *Plasmodium falciparum* malaria in Zanzibar, Tanzania. *Clin Infect Dis* 2005; 41(8): 1079-86. *Detta var en randomiserad studie av två behandlingsregimer mot falciparum-malaria hos barn i åldrarna 0-6 år.*
- 9) Anders Castor et al (Lund): Distinct patterns of hematopoietic stem cell involvement in acute lymphoblastic leukemia. *Nature Medicine* 2005; 11(6): 630-7. *I denna artikel fann man att olika subtyper av ALL har sitt ursprung i olika hematopoietiska stamceller.*
- 10) Malin Carlsson et al (Lund): Deficiency of the mannan-binding lectin pathway of complement and poor outcome in cystic fibrosis: bacterial colonization may be decisive for a relationship. *Clin Exp Immunol* 2005; 139(2): 306-13.

- 3) Barbro Hedin Skogman, Stefan Croner, Jan Ernerudh, Pekka Lahdenne och Pia Forsberg (Linköping): Nya diagnostiska test vid *Neuroborrelios* hos barn. *En studie som visar att en ny panel av antikroppar har bättre sensitivitet än den nuvarande metoden.*

Slutsats

Sammanfattningsvis hade årets riksstämma ett intressant och varierat pediatrikt program. Dock noterar vi att det var få deltagare – bara 30-40 personer på vissa sessioner. Ska BLF fortsätta att vidareutveckla programmet på Riksstämman eller ska vi minska det och istället fokusera på Barnveckan? Vad tycker Barnläkarens läsare? Hör av er till redaktionen.

Text: Magnus Domellöf, vetenskaplig sekreterare i BLF
Foto: Göran Wennergren, ordförande i BLF



Barbro Hedin Skogman och Bertt Alm visar sina poster för Amelie Claus Edwardsson och Kerstin Haugen Lund.

RIKSSTÄMMAN 2006



Jan Svedmyr och Helena E Larsson.



Jan Svedmyr mottog pris för bästa poster.



Johan Tham, Mia Wede och Per Gustafson.



Glada minner på postersessionen: Måna Wallenstein, Calle Johansson och Bengt Lindblad.



Nils Åberg begrundar Birgitta Strandviks och Vilborg Palsdottirs poster.



Tredjepristagaren Barbro Hedin Skogman diskuterar sin poster med Maria Juto.

Snabb tillväxt i barndomen kan orsaka problem senare i livet

Sektionerna för pediatrik och internmedicin anordnade vid Riksstämman ett symposium med titeln "Ökad tillväxt i barndomen – en riskfaktor för den vuxnes hälsa?". Moderator var Erik Bergström.

Inledning

Erik Bergström, Umeå

Det är väl känt bland alla barnläkare att närings- och uppväxtförhållanden tidigt i livet har betydelse för hälsan som vuxen men att uppmärksamheten hittills framför allt har legat på "failure to thrive" det vill säga en hämrad tillväxt. Nuvarande hälsoövervakning på BVC har framför allt koncentrerats på att på olika sätt spåra upp barn som växer dåligt. Mycket tyder nu också på att en alltför snabb tillväxt, inte bara övervikt utan också ökad längdtillväxt, ökar risken för högre sjuklighet i vuxen ålder.

Sekulär tillväxttrend bland svenska barn

Bo Werner, Örebro

De nationella datakällorna beträffande svenska barns och ungdomars tillväxt baseras huvudsakligen på medicinskt födelsemeddelande (MFR) och pliktverkets mönstringsregister. Ett nationellt urval av barn födda 1973 och 1981 finns nu också tillgängligt. Av MFR framgår att barn med födelsevikt >4500 g ökat med mer än 50 procent på 30 år och att antalet barn med FV > 5000 g fördubblats på 20 år. Mellan 1992 och 2001 ökade också medelvärdet för BMI för nyregistrerade gravida kvinnor från 23.4 to 24.5 vilket innebär en ökning med cirka 4 kg. Andelen män som mönstrar har sjunkit drastiskt sedan 2001 vilket innebär att uppgifter från registret inte användas på samma sätt som tidigare vid jämförelser över tid. För pojkar födda på mitten av 50-talet ligger medelvärden för BMI omkring 21,3 för att därefter kontinuerligt stiga. De senaste 20 åren har medelvikten för 18-åriga män ökat med cirka 4 kg för samma kroppslängd (BMI ökat med 1,2 enheter). Vid en jämförelse mellan de nationella urvalen av barn födda 1973 och 1981 ser man att medianvärdet för BMI är högre för både pojkar och flickor för den senare födda kohorten. Den stora skillnaden mellan årskohorterna är att extremgrupperna har blivit betydligt tyngre medan man inte finner någon skillnad i de lättaste grupperna. Jämför man barnen födda 1973 respektive 1981 mot överviktsstandarden föreslagen av Cole *et al* ser man i alla åldrar att andelen överviktiga och andelen med fetma ökar över tid både för pojkar och för flickor.

Uppfödning och tillväxt tidigt i livet – betydelse för senare sjuklighet

Olle Hernell, Umeå

Djurexperimentella och epidemiologiska studier talar för ett samband mellan intrauterin/och eller postnatal viktutveckling och morbiditet i vuxen ålder. Den initiala hypotesen "the fetal origin of adult disease hypothesis" eller Barker-hypotesen menar att låg tillväxthastighet skulle vara orsaken medan den andra, "the growth acceleration hypothesis", hävdar att orsaken snarare är en för snabb postnatal catch-up tillväxt. Oavsett hypotes tycks det klart att amning har en skyddseffekt; jämfört med ersättningsuppfödda barn har ammade barn senare i livet lägre blodtryck, lägre serumkolesterol och minskad risk för övervikt och insulinresistens. Märkligt nog förefaller denna skyddseffekt gälla även för prematurfödda barn vars näringsbehov anses vara större än vad enbart bröstmjolk kan tillföra. De långsiktiga effekterna anses kunna förklaras av så kallad tidig metabol "imprinting" eller programmering. Tänkbara mekanismer kan vara så kallade "epigenetiska effekter", till exempel kan exponering av vissa nutritionsfaktorer i ett kritiskt utvecklingskede leda till bestående förändringar av genuttryck, ett spännande forskningsområde för pediatrika nutritionsforskare.

Transitionen från undernäring till övernäring i utvecklingsländer

Lars-Åke Persson, Uppsala

Det pågår en snabb transition från undernäring till övervikt i låg- och mellaninkomstländer. Många länder har nu en dubbel börda med en hög förekomst av undernäring hos barn och kvinnor, samtidigt som förekomsten av övervikt ökar, framför allt hos vuxna. Undernäringens geografi är fortfarande sådan att en relativt stor andel av barnen i Afrika söder om Sahara och i Sydasiens har en låg vikt för sin ålder. Sydasiens har också en hög förekomst av typ 2-diabetes, som inträffar vid lägre ålder och vid lägre förekomst av övervikt än i västvärlden. Den här dynamiska och rätt så skrämmande situationen är en lämplig miljö att studera den så kallade DOHaD hypotesen (Development Origin of Health and Disease). Ett av de fenomen som väckt viss uppmärksamhet är beskrivningen av "the thin-fat Indian baby" vilket innebär underviktiga mödrar som föder små barn med bibehållet kroppsfett och som utvecklar insulinresistens.

RIKSSTÄMMAN 2006

Frågan är om barn som redan är programmerade för en restriktiv miljö och som får förbättrad nutrition in utero kan få ökad fettmassa och därmed associerad risk för kronisk sjukdom. Många av studierna kring DOHaD hypotesen har varit fokuserade på födelsevikten och senare hälsa. En fokusering bara på födelsevikten kan vilseleda eftersom den dåligt uttrycker dynamiken i den fetala utvecklingen, varför longitudinella studier behövs som även kartlägger fostertiden, och helst inkluderar randomiserade interventioner.

Hög tillväxt - en riskfaktor för typ 1 diabetes

Gisela Dahlquist, Umeå

Incidensen av typ 1-diabetes ökar med accelererande takt bland barn i Sverige och incidensen har fördubblats sedan 1970-talet. Samma trend ses i de flesta länder i världen och ökningstakten är högst bland de yngsta barnen. Ökningen är för snabb för att förklaras av någon förändring i den genetiska bakgrunden till sjukdomen. Av övriga kända riskfaktorer finns ingen relation mellan incidenstrend och exempelvis virusepidemier, kostfaktorer eller perinatal stress. Riskfaktorer som kan tänkas kopplade till accelerering av en redan inledd autoimmun betacellsdestruktion via så kallad "overload" - effekter är mer sannolika. Studier i såväl Sverige som Europa har med prospektivt registrerade data konfirmerat att barns längd och vikt respektive BMI är riskfaktorer för typ 1-diabetes. Mekanismen för den så kallade överlastningseffekten är delvis okänd men experimentella studier har visat dels att den autoimmuna betacellsdestruktionen accelereras vid en ökad belastning på β -cellen, dels att apoptosbenägenheten vid sådan belastning ökar.

Hög tillväxt - en riskfaktor för vuxendiabetes och hjärt- kärlsjukdom

Peter Nilsson, Malmö

Sambandet mellan låg födelsevikt, på basen av intrauterin tillväxthämning, och senare i livet uppträdande ökad risk för hjärtkärlsjukdom och dess riskfaktorer samt typ 2-diabetes har bekräftats i ett flertal studier från bland annat England, Sverige, Finland och Holland.

Svenska studier inom området har även bekräftat att risken för metabolt syndrom är ökad hos 58-åriga män vid hälsoundersökningen, om det finns en utveckling från låg födelsevikt (tillväxthämning) till hög kroppsmassa i samband med mönstringsundersökning vid 18 års ålder. Framtida studier får närmare försöka kartlägga mekanismer bakom dessa samband, till exempel effekter på insulinkänslighet, fettväv och inflammationssvar.

Hög tillväxt - en riskfaktor för cancer

Anders Ekblom, Stockholm

Även när det gäller malignitet i vuxen ålder har man påvisat ett samband med hög tillväxt under barndomen. Sambandet har framför allt påvisats för premenopausal bröstcancer där man funnit att hög födelsevikt, tidig menarche samt lång slutlig kroppslängd ökar risken för denna cancerform. Resultat från Danmark har även visat att, efter att hänsyn taget till dessa ovanstående faktorer, så finns även ett kvarstående samband mellan risken för bröstcancer och längd vid åtta års ålder, längdtillväxt mellan åtta till fjorton år samt ålder vid max tillväxt. Liknande samband har även visats i en mindre studie från England. Ökad hormonell påverkan under fosterlivet och fler celler i bröstkörtel, som ett resultat av ökad tillväxt, är några hypoteser för mekanismen. En svensk studie har visat ett motsatt samband att anorexi i tonåren har en starkt skyddande effekt på bröstcancerrisken.



Vid symposiet om tillväxt medverkade Anders Ekblom, Bo Werner, Lars-Åke Persson, Erik Bergström som var moderator, Olle Hernell, Peter Nilsson och Gisela Dahlquist.

HÖGTIDSFÖRELÄSNING

Hur mår svenska barn?

Svensk barnsjukvård är i många avseenden framgångsrik men vissa områden, till exempel psykisk ohälsa och övervikt, behöver mer uppmärksamhet.

Professor Claes Sundelin har för Barnläkarens räkning sammanfattat sin högtidsföreläsning från Riksstämman 2005.

Föreläsningens tema var en bred överblick av dödlighet, olycksfallsskador, kroppslig sjuklighet och funktionshinder, psykisk ohälsa och livskvalitet hos barn i dag. För att en sådan överblick skall vara meningsfull är det viktigt att beakta tidstrender och sociala sammanhang. Vart är vi på väg? Vad har vi mest anledning att oroa oss för inför framtiden? Vilka barn är idag mest utsatta och behöver vårt engagemang och våra insatser?

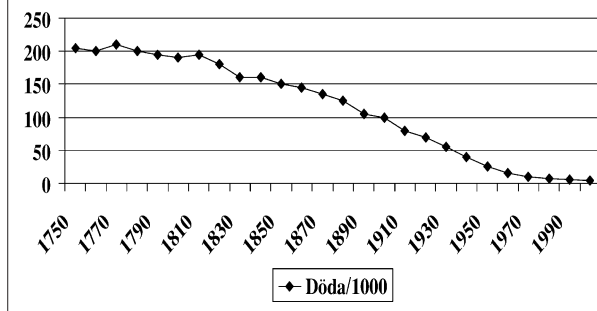
Dödlighet

Sverige är ett av de länder som idag har den allra lägsta spädbarnsdödligheten 2-3 per 1000 levande födda barn. Som framgår av figur 1 var utgångsläget i mitten på 1700-talet att ungefär vart 5:te barn avled under sitt första levnadsår. Vid sekelskiftet 1800-1900 var spädbarnsdödligheten cirka 10 procent. Bakom den dramatiskt positiva utvecklingen ligger framför allt en samhällsutveckling som inkluderar bättre ekonomiska förutsättningar, rimligare sociala villkor och högre utbildningsnivå för folkflertalet. Parallellt med en sådan utveckling följer regelbundet bättre nutrition och hygien, ökad motståndskraft mot sjukdomar, mindre barnkullar och mycket annat allmänt gott. Den medicinska utvecklingen har också bidragit till den positiva utvecklingen – om än relativt sent. De första vaccinationerna kom först på 40-talet liksom kemoterapi och antibiotika. Först under de senaste fyra decennierna har vi kunnat göra något som klart förbättrat överlevnaden hos förtidigt födda barn, det vill säga efter att de mest avgörande vinsterna redan gjorts.

Spädbarnsdödligheten är en bra indikator på ett lands allmänna utvecklingsnivå och hälsoläge. Vi är i sanning lyckligt lottade. Några utvecklingsländer befinner sig än idag i samma situation som vi gjorde på 1700-talet och många på en nivå som vi hade vid sekelskiftet 1800-1900.

Även i övriga åldersgrupper har vi en internationellt sett låg dödlighet. Totalt avlider i Sverige omkring 700 barn, 0-18 år, varje år. Hälften av dessa dör under det första lev-

Spädbarnsdödligheten i Sverige sedan 1750



nadsåret, främst på grund av för tidig födsel och missbildningar. Värt att notera är att åldersgruppen 15-18 år svarar för en oproportionerlig hög andel av dödsfallen. År 2001 svarade denna åldersgrupp för cirka 22 procent av dödligheten under barn- och ungdomsåren mot endast cirka 7 procent för åldersgruppen 5-9 år. Orsaken är inte biologiskt betingade sjukdomar utan överdödligheten i de övre tonåren är i huvudsak sociogen, det vill säga det handlar om skador genom olycksfall, missbruk av droger, mellanmänskligt våld och suicid. Mönstret är detsamma hos unga vuxna, se figur 2. Lite drastiskt kan man dra slutsatsen att om vi idag vill påverka dödligheten för barn och ungdomar i Sverige måste vi förbättra vår skadeprevention och hitta program som förebygger suicid.

Den relativt höga dödligheten på grund av skador under adolescensen hindrar inte att olycksfallsdödligheten totalt sett och i ett längre tidsperspektiv minskat påtagligt som framgår av figur 2. I ett internationellt perspektiv intar Sverige en ledande position genom låg dödlighet hos barn på grund av olycksfall. Andra länder i västvärlden närmar sig nu den svenska situationen men vi behåller ännu ett försprång som har grund i pionjärinsatser som startade redan under 50-talet. Svenska forskare insåg tidigt att olycksfallsproblemen måste angripas såväl på samhällsnivå som på lokal nivå och genom upplysning till föräldrar.

Det vi kan lära av exemplet barnolycksfall är att ett stort samhällsproblem kan angripas genom en systematisk minskning av riskfaktortrycket på hela populationen. Sådana insatser behöver kontinuerligt utvecklas, inte minst därför att morbiditeten i olycksfall fortfarande är hög, omkring 10-15 procent av alla barn måste varje år söka sjukvård på

HÖGTIDSFÖRELÄSNING

grund av olycksfallsskador. Många skador är förvisso banala och hör till livet, men många barn får betala ett högt pris. Det som är en obetydlig notis i tidningen kan vara en händelse som ger men för livet.

Under 70-talet ökade antalet fall av plötslig spädbarnsdöd som kom att etablera sig som den ledande orsaken till postneonatal död. När situationen var som mörkast förlorade vi mer än 100 friska spädbarn per år i det gåtfulla tillståndet. Vändningen kom i början på 90-talet när välgjorda epidemiologiska studier visade att spädbarn som sov på mage (rekommenderat av barnläkarkåren) löpte en betydligt större risk än barn som sov på rygg. Nya råd utfärdades till alla nyblivna föräldrar och under de närmaste åren sjönk incidensen med cirka tre fjärdedelar.

Av detta kan vi lära oss, dels att inte ge råd som inte är noggrant vetenskapligt utvärderade till allmänheten, dels att om man kan identifiera en avgörande riskfaktor behöver man inte känna till patogenesen för att utträta stora saker.

Barn med svåra kroppsliga sjukdomar

Vård och behandling av barn med allvarliga kroppsliga sjukdomar och funktionshinder är pediatrikens kärnuppgift.

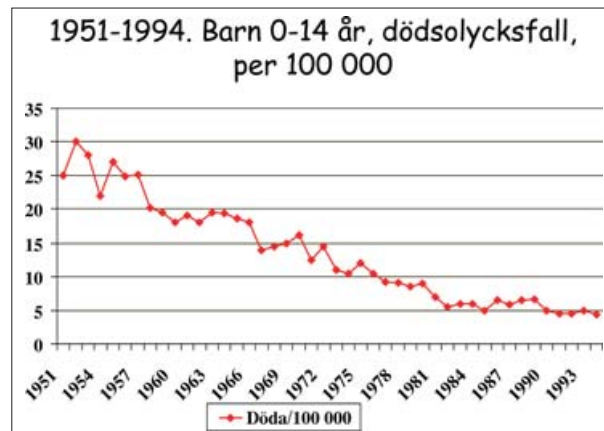
Under min tid som barnläkare har det skett fantastiska framsteg. Vården av för tidigt födda barn och sjuka nyfödda har utvecklats på ett revolutionerande sätt. När jag började som barnläkare i mitten på 60-talet var det bara ett fåtal av barnen med födelsevikt under 1000 gram som överlevde. Chansen att överleva för ett barn född i vecka 25 är idag cirka 80 procent och för ett barn i vecka 24 cirka 60 procent. De allra flesta av dessa barn slipper allvarliga men och utvecklingen av nya metoder har haft stor betydelse för alla sjuka spädbarn.

Barn med astma har blivit 2-3 gånger fler men behandlingsmöjligheterna har samtidigt blivit så mycket bättre att slutna vård nu bara behövs i undantagsfall.

Barn med operabla medfödda hjärtfel kan korrigeras tidigt, med liten letalitet (under 1 procent i anslutning till operationen) och med mycket goda funktionella resultat.

Barn med cystisk fibros har idag goda chanser att leva ett kvalitativt bra liv långt upp i vuxen ålder. För några decennier sedan var prognosen usel även i det korta perspektivet. Diabetes- och reumatikervården har gjort betydelsefulla framsteg som lett till att de drabbade barnen fått betydligt högre livskvalitet och framtidsutsikter.

Barn med akut lymfatisk leukemi hade för några decennier sedan små överlevnadsmöjligheter såsom framgår av figur 3. Barn i den senast insjuknade kohorten i figur 3 har däremot en överlevnadschans på 80-90 procent. Såsom



framgår av figuren har framgångarna inte kommit språngvis utan i många små steg. Dagens betydligt gynnsammare situation har skapats genom att ansvariga läkare påpassligt har utnyttjat många framsteg. Våra onkologer har samarbetat på nordisk och europeisk bas för att fortlöpande modernisera behandlingsprotokoll och dokumentera resultat. Insikten om de små stegens värde är viktig att framhålla när administratörer, hälsoekonomer och politiker ställer sig tveksamma till investeringar i nya behandlingsformer på grund av begränsad "marginalnytta". Om barn med svåra sjukdomar inte får rätt till bästa möjliga behandling skadar man inte bara det enskilda barnet utan i själva verket sätter man en stadig käpp i hjulet på en utveckling som skulle kunna rädda livet på många kommande patienter.

Listan på framgångar inom den kurativa medicinen kan göras mycket lång. Här har jag bara kunnat nämna några framträdande exempel. En sak bör dock tilläggas. De medicinska framgångarna har skett samtidigt som omvårdnaden av barnen blivit radikalt förbättrad. Barnet i vården har blivit ett subjekt som behandlas med respekt, det har tillgång till lekterapi och skola och ovärderligast av allt – det har sina föräldrar nära och delaktiga i vården.

Till myntets baksida hör att allergisjukdomarna ökat liksom övervikt och fetma. Ifråga om allergisjukdomarna är ett vetenskapligt genombrott beträffande orsaksmekanismerna bakom sensibiliseringen helt avgörande för verklig framgång. Allergenen (djurepitel, pollen) är för vanliga och spridda för att kunna elimineras. Det innebär att utan verkliga kunskaper om de biologiska mekanismerna bakom IgE-medierad allergi är vi hänvisade till sekundärprofylax, nog så viktigt och bra, men åtgärderna påverkar inte incidensen och prevalensen av de vanliga allergiska besvären.

Med övervikt och fetma ligger det annorlunda till. Den fundamentala mekanismen är känd, barn äter för mycket

HÖGTIDSFÖRELÄSNING

och/eller rör sig för lite. Den ekologiska balansen är rubbad. Åtgärderna mot ett sådan problem måste likna de insatser som gjordes i syfte att reducera barnolycksfall, det vill säga ett samlat primärpreventivt grepp på samhällsnivå, lokal nivå (barnhälsovård, förskola, skola) och familjenivå (primärpreventiv information till alla barnfamiljer om hur man förebygger övervikt och fetma).

Primärpreventionen mot infektionssjukdomar genom vaccinationer har blivit allt effektivare. De senaste påtagliga framgångarna gäller kikhosta och invasiva hämofilus-infektioner samt systematisk identifikation och vaccination av barn med ökad risk att infekteras med hepatit-B virus.

Identifikationen av funktionshinder och utvecklingsstörningar genom barnhälsovårdens försorg har förbättrats och det är idag få barn som inte får behandling vid en tidpunkt som ger gynnsamma förutsättningar för behandling och rehabilitering.

Psykisk ohälsa

Epidemiologiska befolkningsstudier visar att i skolåldern har 5-10 procent av alla barn psykiska problem som motsvarar en psykisk störning enligt de internationella klassifikationsystemen. Ångestillstånd, ADHD och depressioner i tonåren är de vanligast förekommande störningarna. Till detta kommer utbredd förekomst av psykosomatiska besvär, sömnstörningar och allmänt nedsatt välbefinnande. Dessa problem förefaller ha ökat över tid och framförallt utgör utvecklingen för flickornas del anledning till oro.

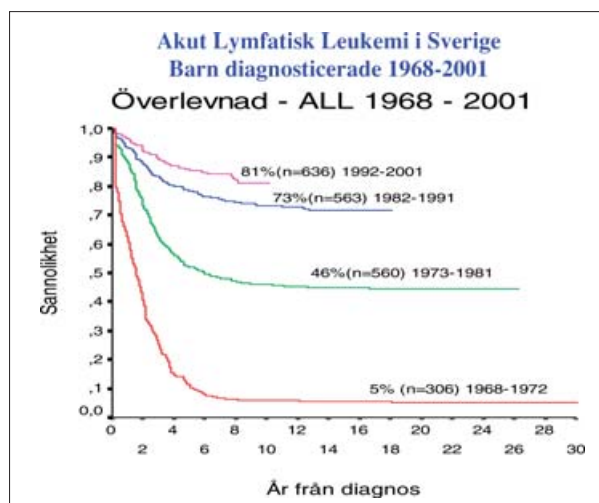
Ifråga om riskbeteenden och livsstilsindikatorer som rökning, alkohol- och drogvvanor, fysisk aktivitet och osäker sex utmärker sig de svenska ungdomarna inte särskilt gentemot andra ungdomar i jämförbara länder, men situationen är långt ifrån tillfredställande. Det finns starka förbindelser mellan vantrivsel, dålig skolsituation och skadliga livsstilmönster.

Det som framför allt behövs är utveckling av evidensbaserade preventiva program, som kan förebygga framtida ohälsa.

Det framstår som mycket angeläget att både rusta upp elevvården i våra skolor och att föra fördjupade diskussioner om vårt skolsystem. De svenska skolbarnen har i ett internationell perspektiv inte tillfredställande prestationer, tecken på skral psykisk hälsa och trivs inte något vidare vare sig med skolan eller sina liv.

Barn som far illa

Barnmisshandel som leder till död eller allvarliga skador förefaller varken ha minskat eller ökat under de senaste



decennierna. Från internationell synpunkt har vi en låg incidens av sådana händelser. Den förr så vanliga kroppssagan förefaller ha minskat och en stor majoritet av föräldrarna tar nu avstånd från kroppslig bestraffning. Skadlig behandling av barn genom brist på omvårdnad, kärlek och stimulans kvarstår som ett stort samhällsproblem. I dessa fall är det vanligen inte fråga om avsiktlig skadlig behandling utan om tillkortakommanden hos föräldrar som har sin grund i exempelvis personlighetsstörningar, psykisk sjukdom, missbruk eller bedrägliga sociala förhållanden. För barnsjukvården liksom för andra institutioner är det viktigt att ta anmälningskravet på djupt allvar. Olika studier visar att skadlig behandling av barn är notoriskt underrapporterad till de sociala myndigheterna.

Sociala gradienter

För dödlighet såväl som för så gott som all sjuklighet och ohälsa hos barn gäller att barn som har det socio-ekonomiskt sämre drabbas oftare och hårdare än andra barn. De relativa riskerna för de barn som har det sämst är vanligen minst 50 procent, inte sällan 100-200 procent högre än för mer privilegierade barn. Pediatrisk prevention och behandling måste vara som starkast där barn har det som sämst socialt sett. Bristen på socioekonomisk jämlikhet slår hårt mot barn med utländsk bakgrund. I stor utsträckning växer de upp i resurssvaga förortsmiljöer.

Slutord

Vi kan glädja oss åt att de svenska barnen har låg dödlighet och god fysisk hälsa i ett internationellt perspektiv. De har

HÖGTIDSFÖRELÄSNING

tillgång till förskola, utbildning samt hälso- och sjukvård på hyfsat jämlika villkor. Det är en stor sak. Vi måste ägna ökad uppmärksamhet och forskning åt stigande allergiförekomst och övervikt-fetma. Den psykiska ohälsan behöver uppmärksammas mer än hittills och den måste kunna hanteras i förskola och skola. Den psykiska ohälsan kan inte ses som något som barnpsykiatri ensam skall klara. På strukturell nivå måste samhället slå vakt om den unga familjen ekonomiskt och socialt och kvaliteten i förskola och skola måste värnas.

Pediatriken behövs i samhällsdebatten, samhällsdebatten behövs i pediatriken.

Den Svenska Barnläkarföreningen har stolta traditioner och bör även fortsättningsvis konstruktivt och framåtsyftande diskutera inte enbart de viktiga kliniska problemen utan också barnhälsovårdens, skolhälsovårdens och öppenvårdspediatrikens uppdrag, metoder och organisation i dagens samhälle.

Claes Sundelin, Professor och barnläkare, Uppsala.

"Om barn med svåra sjukdomar inte får rätt till bästa möjliga behandling skadar man inte bara det enskilda barnet utan i själva verket sätter man en stadig käpp i hjulet på en utveckling som skulle kunna rädda livet på många kommande patienter."

BARNVECKAN

Stort intresse för att presentera pediatrik forskning under årets Barnvecka

Förra årets Barnvecka i Helsingborg blev en succé. När Barnveckan den 23-27 april hålls för andra gången sker det i Linköping. Nina Nelson, barnläkare och verksamhetschef, är en av dem som håller i årets sammankomst.



Nina Nelson är en av dem som håller i årets Barnvecka.

Vilka är välkomna på Barnveckan?

- Alla barnläkare och blivande barnläkare. Finns det andra som vill komma går det också att ordna. Priset är lägre för BLF:s medlemmar.

Hur kommer årets Barnvecka att skilja sig från den i Helsingborg?

- Vi har tagit fasta på det som var särskilt framgångsrikt i Helsingborg. Bland annat var det sociala programmet mycket uppskattat.
- I år kommer vi inte att ha några posters. Eftersom nästan alla sektioner har anmält föredragshållare finns det inte utrymme för det. Det är roligt att intresset för att presentera pediatrik forskning är så stort!

Kan du berätta något om programmet?

- Under torsdagen har vi en gemensam dag med barnsjuksköterskorna som jag rekommenderar. Då kommer temat

att vara barn och stress. Lena Nyberg som är Barnombudsman och Sven Bremberg från Folkhälsoinstitutet håller föredrag.

- Samma dag talar zoologiprofessorn Sverre Sjölander och chefsveterinär Bengt Röken från Kolmården om våra barn och djurens ungar. De brukar vara hysteriskt roliga att lyssna på. Författaren Viveca Lärn ska också föreläsa
- Under onsdagen kommer en amerikansk professor tillsammans med barnläkaren Lars Gelander att tala om tillväxtkurvor som är vetenskapligt komplicerat och ett oerhört viktigt fundament i den dagliga pediatriken.
- Måndagen fokuserar på utbildning. Bland annat kommer den nya ST-utbildningen att presenteras och vi kommer att berätta om läkarutbildningen i Linköping.

Vad bör deltagarna i mötet passa på att se när de är i Linköping?

- Avstånden i Östergötland är rätt små och det finns mycket kultur och historia här. Det finns också en varierande natur. Bergs slussar är roliga och intressanta att titta på och Omberg är oerhört vackert och sägenomspunnet.
- Grannstaden Norrköping är dynamisk och spännande. De två städerna har ett dualistiskt förhållande. Linköping är den gamla lärdomsstaden, medan Norrköping mer har en bakgrund som industristad med lite av storstadspuls. Vill man få ytterligare en dimension på stadsbesök i Östergötland är Vadstena med all sin historia och tankeväckande kultur väl värt ett besök.
- Om man har med barn kan man till exempel åka till Kolmårdens djurpark, även om en kväll med delfinshow är inplanerad i det sociala programmet.
- Att åka längs Kinda kanal rekommenderas varmt för den som vill ha det lugnt och stillsamt. Det är mycket vackert. Man kan också göra som Harry Martinson och gå vägen till Klockrike.

Samuel Lagercrantz

Mer information om Barnveckan och fullständigt program finns på Barnläkarföreningens webbplats.

NOTISER

Ledande experter på diabetes träffas i Linköping

Förutom Barnveckan pågår en konferens om diabetes i Linköping i slutet av april. Den 27 och 28 april samlas experter på området där för att delta i Sweden Seattle Diabetes Conference. Första dagen handlar bland annat om orsaker till Typ 1-diabetes hos barn och varför sjukdomen blir allt vanligare. Andra dagen fokuserar på prevention, där det nu börjar komma fram mycket intressanta möjligheter.

De amerikanska gästerna, och även en del svenska, är internationellt ledande diabetesforskare! Den sociala aktivitet som kommer att ingå i avgiften för konferensen blir en galakonsert i Linköpings Konsertsal till förmån för Barndiabetesfonden.

För anmälan och program se BLF:s webbplats.



Två tunga böcker tillgängliga i nytt tryck

Två viktiga pediatrika böcker blir nu lättare att få tag på.

En ny upplaga av läroboken Barnmedicin finns redan tillgänglig. Denna tredje upplaga är uppdaterad och innehåller fem nyskrivna kapitel. Redaktörer är Tor Lindberg och Hugo Lagercrantz.

Snart kommer också handboken Akut pediatrik i nytryck. Redaktörer för Akut pediatrik är Agne Larsson, Svante Norgren och Bo Lindquist.

BARNVECKAN I LINKÖPING

PROGRAM FÖR BARNVECKAN I LINKÖPING 2007

Måndag 23/4					Tisdag 24/4					
Registrering fr kl 08.00					Registrering fr kl 08.00					
Plats Brigaden					Plats Brigaden					
<p>09.00-14.30 Möte för BLU 9.00-9.30 BLUs årsmöte 9.30-10.00 BLU under 2007 10.00-11.00 Diskussion 11.00-11.15 Fika 11.15-12.00 Verksamhetschefsmöte med BLU 13.00-14.00 Föreläsning: Inge Axelsson "EBM för barnläkare" 14.00-14.30 Diskussion</p> <p>10.00-14.30 Möte för verksamhetschefer 11.15-12.00 gemensamt med BLU</p> <p>11-14.30 Möte för professorsgruppen</p>					<p>A 09.00-09.05 Välkomsthälsning</p> <p>09.05-10.30 BLFs sektion för gastroenterologi och nutrition Robert Saalman</p> <p>10.30-11.00 Utställning + kaffe</p>			<p>B 09.00-09.05 Välkomsthälsning</p> <p>09.05-10.30 Svensk neuro-pediatrisk förening "Ryggmärgsbräck – igår, idag och imorgon" Sven Mattsson, moderator</p> <p>10.30-11.00 Utställning + kaffe</p> <p>11.00-12.30 Arbetsgruppen för barnreumatologi "Akut barnreumatologi – finns det?" Magnus Lindén, Bo Magnusson</p>		<p>C 09.00-09.05 Välkomsthälsning</p> <p>09.05-17.00 BLFs sektion för hematologi och onkologi 9.30-11.20 Stråleterapi inom barnonk inkl partikelterapi, Thomas Björk-Eriksson</p> <p>10.15-10.35 Utställning+ kaffe</p> <p>11.30-12.30 Nya medikamentella och immunologiska behandlingsprinciper, Gudmar Lönnholm</p>
12.00-13.00 Lunch					12.30-13.30 Utställning – lunch 12.30-13.30 ACTA Paediatrica Årsmöte - lunchmöte					
A 13.00-15.00 Möte för SPUR-inspektörer	B 13.00-14.30 forts... BLU	C 13.00-14.30 forts... Verksamhetschefer	D 13.00-14.30 forts... Professorsgruppen	E 13.00-17.00 BLFs sektion för gastroenterologi, hepatologi och nutrition Arbetsmöte kring Infiximab-användning vid IDB hos barn och ungdomar (anmälan via barnveckan)	A 13.30-15.00 BLFs sektion för barnkardiologi "Svimming & Kollaps R559" Anders Jonzon, Per Winberg	B 13.30-15.00 Sektionen för barnallergologi "Hur vi gick från elimination till exponering – om paradigmskiftet i allergiprevention" Karin Fälth-Magnusson, Bengt Björkstén, Thomas Abrahamsson, Catrin Furuhielm	C 13.30-17.00 forts... BLFs sektion för hematologi och onkologi			
14.30-15.00 Kaffe					13.30-14.15 Långtids-effekter efter barnonk behandling – presentation av studie samt SALUB's rekommendationer, Johan Arvidsson					
15.00-15.45 Nya ST-utbildningen "Arbetet med den nya målbeskrivningen för ST-utbildningen" Jeanette Martinell					14.15-14.30 Utställning + kaffe					
15.45-16.30 Läkarutbildningen Ad modum Linköping "Hur utbildar Hälsouniversitetet läkare för framtidens krav" Mats Hammar					14.30-15.00 Information om den nya grenspecialiteten, Birgitta Lannering					
19.00 Gemensamt kvällsprogram					15.00-16.00 Årsmöte					
19.00 Gemensamt kvällsprogram					18.00 Gemensamt kvällsprogram					

BARNVECKAN I LINKÖPING

Onsdag 25/4 Registrering fr kl 08.00 Plats Konsert och Kongress			Torsdag 26/4 Registrering fr kl 07.30 Plats Konsert och Kongress			Fredag 27/4 Registrering fr kl 08.00 Plats Brigaden			
A 09.00-09.05 Välkomsthälsning	B 09.00-09.05 Välkomsthälsning	C 09.00-09.05 Välkomsthälsning	Symposium 08.30-08.45 Introduktion av dagen moderator Nina Nelson			A 09.00-09.05 Välkomsthälsning	B 09.00-09.05 Välkomsthälsning	C 09.00-09.05 Välkomsthälsning	
09.05-10.30 BLFs arbetsgrupp för ungdomsmedicin "Hur kommer man bakom den finna fasaden? Teori o praktiska ex gällande anamnestagande i ungdomsåren" Laslo Erdes, Margrethe Krabbe, Julian Preda	09.05-10.30 Arbetsgrupp för infektionssjukdomar och vaccinationer "Nya vacciner, en prioriteringsdiskussion" Rutger Bennet, Margareta Blennow, Leif Gothefors, Kari Johansen, Percy Nilsson, Maggan Eriksson, Birger Trollfors	09.05-10.30 Arbetsgrupp för pediatrik pulmonologi "Lungfunktionsundersökningar under spädbarnsåren /i forskoleåldern" Per Tunqvist, Per Gustafsson "CF-patogenes o behandling av lunginfektioner" Anders Lindblad	Session I "Våra barn och djurens ungar" 08.45-09.05 Bengt Röken, chefsveterinär 09.05-09.25 Sverre Sjölander, professor 09.25-09.50 Viveca Lärn, författare 09.50-11.15 Diskussion 10.15-10.45 Utställning + kaffe			09.05- 16.30 BLFs sektion för hälso- och öppenvård 9.05-9.50 "Introduktion till ett Nationellt Centrum för barns rättigheter" Staffan Jansson 9.50-10.30 "Konsensusrapport om ny behandlingsrutin för retention testis" Olle Söder	09.05-12.30 Arbetsgrupp för epidemiologi "HIV/AIDS hos barn" Ann-Britt Bohlin, Erik Belfrage Lars Navér, Johanna Rubin, Christina Ralsgård, Lotta Rydstrom, Jonas Ludvigsson	09.05-10.30 Arbetsgruppen för barnfetma + sektionen för endokrinologi och diabetes "Svårbehandlad fetma hos tonåringar" Claude Marcus, Carl-Erik Flodmark, Staffan Märlid	
10.30-11.00 Utställning +kaffe	10.30-11.00 Utställning + kaffe	10.30-11.00 Utställning + kaffe	Session II "Hur mår barn i Sverige?" 10.45-11.15 Sven Bremberg, docent 11.15-11.45 Lena Nyberg, Barnombudsman 11.45-12.15 Diskussion			10.30-11.00 Utställning + kaffe	10.30-11.00 Utställning + kaffe	10.30-11.00 Utställning + kaffe	
11.00-12.30 Tillväxtkurvor – nationella och internationella perspektiv Professor Kathryn Dewey, University of California, Davis, USA + Lars Gelander, barnhälsovårdsöverläkare Moderator – Johnny Ludvigsson			12.15-13.15 Utställning + lunch			11.00-12.30 Årsmöte HÖV-sektionen			
12.30-13.30 Utställning + lunch			12.15-13.15 Utställning + lunch			12.30-13.30 Lunch			
13.30-13.45 Ronald McDonald stipendium			13.15-13.30 Pianokonsert			A 13.30 –16.30 forts... HÖV-sektionen	B 13.30-16.30 BLFs sektion för neonatologi "Uppföljning av för tidigt födda" Aijaz Farooqi/Fredrik Serenius, Karel Marsal, Anna-Karin Ekstedt-Bonamy, Stefan Johansson	C 13.30-17.00 Diabetesprogram Sweden – Seattle conference	
13.45-15.15 BLF's årsmöte Ordförande Göran Wennergren			Symposium moderator Karin Fälth-Magnusson						
15.15-15.45 Utställning + kaffe			Session III "Kroppens svar på stress" 13.30-14.10 Elvar Theodorsson, professor 14.10-14.30 Evalotte Mörelius, barnsjukköterska, med dr 14.30-14.50 Anneli Sepa, beteendevetare, fil dr 14.50-15.05 Diskussion 14.05-15.35 Utställning + kaffe						
A 15.45-17.00 BLFs sektion för hälso- och öppenvård Möte för BHVÖL, aktuella barnhälsovårdsfrågor	B 15.45-17.00 Arbetsgrupp för ämnesomsättnings-sjukdomar "Utvidgad neonatal screening och betaoxidationsdefekter" Ulrika von Döbeln, Maria Halldin Moderator Anna Nordenström	C 15.45-17.00 "Varför har de så svårt att berätta? Om barn som far illa och Barnahus-modellen" Professor Carl-Göran Svedin	Session IV "Vad ökar och minskar stress hos barn och ungdomar" 15.35-16.05 Johnny Ludvigsson, professor 16.05-16.25 Peter Nilsson, lektor 16.25-16.45 Nina Nelson, docent 16.45-17.00 Diskussion						
18.30 Gemensamt kvällsprogram			18.00 Gemensamt kvällsprogram						

INTERVJUN

Tillgängligheten viktigaste vårdfrågan för Göran Hägglund

Göran Hägglund (kd) inrättar ett särskilt kunskapscentrum för att ge stöd åt barn och unga som riskerar att utveckla psykiska problem. Han vill tillåta privatläkare som går i pension att överlåta sin praktik till yngre kollegor, men han tänker inte ändra abortlagen.

Göran Hägglund har varit socialminister i ungefär ett halvår. Några dagar före jul fick Barnläkaren en pratstund med den första borgerliga socialministern på tolv år. Då hade han nyligen lanserat startlagen och var i färd med att presentera direktiven för ett nytt apotekssystem.

Han anser att den viktigaste frågan för vården är tillgängligheten. Till exempel anser han att avskaffandet av ett statligt monopol på försäljning av läkemedel kommer att öka tillgången på mediciner i landet.

Han säger att det finns många betydelsefulla frågor för svensk barnsjukvård, men pekar särskilt på att psykiatrin behöver förstärkas.

- Vi ser tyvärr, tyvärr att många barn och ungdomar far illa i Sverige idag. Inte minst tjejer som växer upp och som utsätts för en väldig press. För en del blir pressen för stor och de behöver stöd och hjälp och den hjälpen finns inte alltid till hands.

Kunskapscentrum inrättas

För att prioritera området genomför regeringen ett antal satsningar under året. Bland annat inrättas ett nationellt kunskapscentrum för barn som riskerar att utveckla psykiska problem. Centrumet ska ha till uppgift att samla och föra ut kunskap för att identifiera och stötta barn och unga som riskerar att drabbas av svår psykisk ohälsa.

Regeringen utökar också vårdgarantin för barn och unga. Istället för att barn ska behöva vänta 90 dagar på en utredning ska maximalt antal dagar vara 30.

En tredje reform som Göran Hägglund hoppas ska hjälpa den här gruppen är en satsning på baspersonalens kompetens. Inom äldreomsorgen finns Kompetensstegen, ett program som syftar till att stimulera personalen till fortbildning. Hägglund har föreslagit att ett liknande program för till exempel mentalskötare och kommunal omsorgspersonal ska tas fram.

Ändrar inte abortlagen

Inom borgerligheten har det länge funnits olika syn på abort. Medan folkpartiet har arbetat för kvinnors rätt till abort har abortmotståndet ibland ansetts vara en profilfråga för kristdemokraterna. Frågan är då vad det innebär att Fredrik



Socialminister Göran Hägglund (kd) vill underlätta för privatpraktiserande läkare.

Reinfeldt tillsatte två kristdemokrater på de tyngsta posterna på Socialdepartementet.

Bör de alliansväljare som röstade liberalt känna sig lurade? Göran Hägglund anser inte det. Han säger till Barnläkaren att han inte vill ändra den nuvarande lagen på området.

- Det finns en del föreställningar om vad kristdemokraterna står för när det gäller abortlagstiftningen, men vi har inte föreslagit några ändringar av den svenska abortlagen. Vi har inte föreslagit några ändringar när det gäller veckogränser. Vi har heller inte föreslagit ändringar när det gäller att det, upp till en viss tidsgräns, ytterst är kvinnan själv som fattar beslutet om abort, säger han och betonar att just det är viktigt, att det är kvinnan själv som fattar beslutet.

INTERVJUN

Vill upphäva förbud

En av de viktigaste vårdpolitiska frågorna för högerblocket är att tillåta och underlätta för läkare och andra vårdgivare som vill öppna privata mottagningar.

- Kommer det att bli fler privatpraktiserande barnläkare under den här mandatperioden?
- Om de vill och om landstingen vill, men jag tycker att det är bra och kommer att verka för fler alternativ och för att underlätta bland annat när det gäller ersättningsetablering, säger Göran Hägglund.

Ersättningsetablering innebär att en privatläkare som har ersättning enligt nationella taxan fritt kan överlåta sin verk-

samhet till en yngre kollega. Ett år efter att den borgerliga regeringen 1994 hade infört etableringsfrihet för läkare avskaffades systemet av den tillträdande socialdemokratiska regeringen. Sedan dess har läkare som gått i pension inte haft rätt att fritt överlåta sin praktik till en annan läkare vilket gjort att antalet privatläkare minskat under senare år.

Socialdemokraternas argument mot ersättningsetablering har varit att landstingen måste ha rätt att styra den vård som de finansierar. De borgerliga argumenterar istället för att de vill öka valfriheten för patienter och läkare.

Samuel Lagercrantz

Göran Hägglund

Född: 1959 i Degerfors.

Familj: Hustrun Karin som är lärare och sönerna Anton och Felix.

Första jobb: Springschas på Brukshallen (Konsum) under högstadiet.

Blir glad av: Mina barn och utförsäkning.

Blir arg av: Orättvisor och barn som far illa.

Läser: Arto Paasilinna är rolig. Lars Gustafsson, alltid

läsvärd. Favoriten, alla kategorier, är Graham Greene. Senast lästa bok var Världens bästa by av Arto Paasilinna.

Viktigaste frågan för vården: Tillgängligheten.

Gör på fritiden: Läser, springer, utförsåker och lyssnar på musik.

Kuriosa: Har nästan en namne i centerpartisten Jöran Hägglund.

Tjuvknep i jakten på dödsviruset

Cirka 40 miljoner människor är i dag hiv-positiva. De allra flesta lever i Afrika och Asien. I en nyskriven bok skildras den intensiva jakten på det okända dödsvirus som i början av 1980-talet drabbade främst haitier och homosexuella män.

Mellan 33 och 46 miljoner människor bar på hiv i slutet av 2005 (uppgift från FN-organet Unaid: www.unaids.org). Cirka fyra miljoner av dessa hade fått hiv under samma år. I organisationens "Global report" hävdas att andelen insjuknade människor i världen nu är stabilt men att antalet ändå ökar, främst som ett resultat av befolkningstillväxten, men också på grund av att överlevnaden ökat som en följd av bättre behandling.

Afrika är särskilt drabbat. I Sydafrika finns fem miljoner smittade, vilket motsvarar ungefär en femtedel av den vuxna befolkningen mellan 15 och 49 års ålder. Nästan var tredje gravid kvinna är hiv-positiv. Det var i närliggande Tanzania mitt eget första möte med hiv/aids ägde rum 1991. Jag såg avmagrade människor bäras in på akutmottagningarna. Vi sade att de led av "slim disease" men menade aids (slutstadiet av hiv). Läkarna tog inga prover, aids var en så kallad "spot diagnosis", det vill säga det räckte oftast med ögonkast för att ställa diagnosen.

I boken *The Epidemic: A Global History* (Smithsonian Books, 388 s) har Jonathan Engel skildrat aids-epidemiens historia. Även om boken har lätt slagsida mot amerikanska förhållanden ges även hiv i övriga delar av världen utrymme.

Hiv uppkom i Afrika. Sannolikt bildades viruset på 1930-talet. Under större delen av 1900-talet begränsades sjukdomen till mindre områden i Afrika, men sannolikt spreds den utanför Afrika vid minst 19 tillfällen under åren 1950–72. Känd är den sjöman, David Carr, som 1959 lades in i Manchester med en bild som nu i efterhand uppvisar alla karakteristika av långt gånget aids. Carr avled i *Pneumocystis carinii*-infektion. *Pneumocystis carinii* drabbar företrädesvis människor med påverkat immunförsvar. Från Afrika spred sig sedan sjukdomen, eventuellt via Haiti, till västvärlden. 1982 upptäcktes det första svenska fallet av hiv. Året innan hade aids påträffats i USA, där huvuddelen av Engels bok utspelar sig.

Sommaren 1981 rapporterade det amerikanska smittskyddsinstitutet CDC att fem unga män i Los Angeles behandlats för *Pneumocystis carinii*. Alla fem var också infekterade av cytomegalvirus, och alla fem var homosexuella. Två månader senare hade mer än 100 fall

av *Pneumocystis carinii* eller den mycket ovanliga cancerformen Kaposi sarkom inrapporterats till CDC. Hälften av de drabbade dog inom ett par månader. Den höga förekomsten av Kaposi sarkom var anmärkningsvärd, dittills var risken att drabbas av cancerformen mindre än en på miljonen. Förutom homosexualitet lyckades forskarna snart identifiera ytterligare en riskfaktor: antalet sexuella förbindelser. De homosexuella (företrädesvis män) som drabbades hade i genomsnitt haft 60 sexualpartners året före insjuknandet, att jämföra med i snitt 25 för homosexuella män som inte insjuknat.

Mot bakgrund av den galopperande ökningen av *Pneumocystis carinii*/Kaposi sarkom bland homosexuella prioriterades forskningen om hiv allt högre. De drabbade delades 1982 in i fyra grupper: homosexuella och bisexuella, vilka stod för 75 procent av alla fall, intravenösa drogmissbrukare (13 procent), blödarsjuka (0,3 procent) och heterosexuella haitier utan missbruk (6 procent). Vad sade detta om sjukdomens uppkomst? Teorierna var många och sträckte sig från "spermie-överbelastning" hos homo- och bisexuella män till vattenförgiftning. Andra forskare förde fram teorin att detta var en ny yttring av cytomegalvirus.

Men ingen dåtida modell kunde fullt ut förklara de alltfler heterosexuella med hiv, bland dem mer än 20 kvinnor och nyfödda barn under 1982. Alltmer framstod blodsmitta som den sannolika spridningsvägen. Virusforskare världen över intensifierade sitt arbete med att finna viruset bakom hiv. Här skildrar Engel väl en av de legendariska drabbningarna inom modern forskning; fransmannen Luc Montagniers och amerikanen Robert Gallos kapplöpning för att först identifiera viruset bakom hiv. En kapplöpning som filmatiserats ("And the Band Played On", 1993).

Hiv är en sjukdom som drabbar immunförsvaret. Högst på listan över kandidatvirus var därför virus som påverkade immunförsvaret och 1983 föreslog amerikanska forskare, däribland Gallo, att hiv/aids orsakades av HTLV-viruset (humant T-lymfotropt virus). Men data stämde inte. Vissa försvarsceller hos aidspatienter betedde sig inte som motsvarande försvarsceller hos patienter med känd HTLV-infektion. På andra sidan Atlanten jobbade Luc Montagnier med ett närbesläktat virus som han kallade för LAV (lymphadenopathy virus). Och det var i själva verket Montagnier som först lyckades isolera hiv, men hans upptäckt gick först de flesta förbi.

VETENSKAPSHISTORIA

Montagniers fynd publicerades i tidskriften Science. Alla vetenskapliga artiklar granskas före publicering av andra forskare, ett system som kallas för peer review. Som en ödets nyck var det Gallo som blev ombedd att granska Montagniers Science-artikel. Då Montagnier först inte skrivit någon sammanfattning som skulle inleda artikeln erbjöd sig Gallo att skriva denna. Montagnier tackade ja. Gallo använde därefter rivalens förtroende till att i sammanfattningen beskriva det nya viruset som ytterligare ett virus i HTLV-familjen, något Montagnier aldrig tänkt sig! Året därpå hävdade så Gallos forskarlag att man upptäckt hiv-viruset och gav det namnet HTLV-III.

Nästan omedelbart fattade dock Montagnier misstankar, och lyckades visa att Gallo för sin upptäckt använt en mindre mängd LAV-virus som han fått av Montagnier året innan! Gallo hade alltså döpt om Montagniers LAV-virus till HTLV-III och presenterat viruset som sin egen upptäckt. Amerikanska patentverket som först givit Gallo rätt till upptäckten ändrade därför sitt beslut och patentet och äran för upptäckten tillföll i efterhand Luc Montagnier och Pasteurinstitutet i Paris.

Under slutet av 80-talet blev västvärlden alltmer medveten om hiv, men missuppfattningarna var många. Att hålla en hiv-positiv människa i handen, att få ett insektsbett eller att hålla i samma ledstång som någon med hiv troddes kunna ge hiv. Över hälften av alla föräldrar uppgav att de skulle hålla sina barn hemma från skolan om någon av klasskamraterna fick hiv. Patienter utan hiv var rädda att smittas av sina läkare och tandläkare (dessa förmodades ha hiv oftare eftersom de ju träffade hiv-positiva patienter). Denna oro späddes på när det 1987 visade sig att en hiv-positiv tandläkare i Florida avsiktligt smittat minst nio personer. En allmän rädsla för blod medförde att många amerikaner slutade lämna blod. Bristen på blod förvärrades av att sjukvården saknade effektiva instrument för att spåra hiv-positivt blod.

Kring 1985 började antalet nya fall av hiv bland homosexuella i USA att stabiliseras. En ökad medvetenhet om sexualvanornas betydelse för hiv-risken, samt en från samhällets sida mycket negativ inställning till de så kallade bastuklubbarna, hade lett till ett förändrat sexuellt beteende bland amerikanska homo- och bisexuella. Tidningarna fylldes av nyheter om kända personer som avlidit i aids, i USA var det Rock Hudson, i Sverige mode-designern Sighsten Herrgård. Behandlingsmöjligheterna var få; och bot inte möjlig. I stället höjdes rop på ökad kondomanvändning och andra preventiva åtgärder.

Mycket av den tidiga debatten kom att handla om de homosexuellas rädsla för stigmatisering och isolering (läs: karantän). Många kristna konservativa fruktade i lika hög

utsträckning ökad sexualundervisning i skolan. Den första tillgängliga behandlingen mot hiv var azidotymidin (AZT). AZT tillverkades första gången 1964 och utvecklades egentligen för att behandla leukemi, men 1985 observerades goda effekter på hiv. Problemet var att medicinen inte var godkänd för användning mot hiv. Det amerikanska läkemedelsverkets regelverk var inte heller anpassat för att snabbt lotsa läkemedel igenom en byråkratisk process som i typfallet tog 8–10 år. Men här stod man inför en befarad epidemi där unga människor dog inom ett halvår efter att de visat symptom. Under hårt tryck från de drabbade (en av dem liknade AZT vid en ännu icke certifierad fallskärm på ett flygplan som håller på att störta), godkändes dock i praktiken AZT snabbare än något annat läkemedel i historien.

Hiv uppkom i Afrika, och Afrika är också den kontinent som drabbats hårdast. Spridningen i Afrika var troligen snabbare än man först förstod. Redan 1980 var sju procent av alla prostituerade i Nairobi i Kenya smittade, 1984 var andelen 51 procent. Samma år var en av sex stadsbor i Rwanda hiv-positiv. Men hiv och aids var något man talade tyst om i Afrika. Rwandas hälsominister sade det bäst själv: "Vi föredrar att tala om malaria, diarré, parasitinfektioner och svält". Skillnaderna mellan hiv i väst och i Afrika var slående. I Afrika drabbades människor oavsett sexuell läggning och socialklass. En av anledningarna kan ha varit att få använda kondom (till exempel blott 5 procent av sexuellt aktiva i Tanzania). Kvinnans svaga ställning i många afrikanska samhällen gjorde det också svårt för henne att gentemot mannen hävda behovet av kondom. En annan förklaring kan sökas i urbanisering, stora folkmflyttningar på grund av arbetslöshet vilket ofta innebar sönderslagna sociala strukturer och påverkat sexualbeteende. Många afrikanska länder (med Malawi och Uganda som två lysande undantag) har också varit sena med att erkänna aids-epidemins monumentala inverkan på samhället. Detta kombinerat med att kondomanvändning aktivt motarbetats av religiösa ledare och att pengar till mediciner saknats, har bidragit till att hiv och aids fortfarande ökar snabbt i Afrika. Stor debatt har också prissättningen av hiv-läkemedel i u-länderna väckt. På många håll i världen har astronomiska kostnader omöjliggjort för den lokala sjukvården att förse de hiv-smittade med brosmsmediciner.

I Asien försäkrade myndigheterna i slutet av 80-talet att hiv bara var ett hot för den som umgicks med utländska turister eller prostituerade. Kinesiska myndigheter skyllde hiv på utlandsimporterat blod. I Asien var heroinmissbrukarna de första att drabbas. Via drogmissbruk tog sig smittan vidare till prostitutionsmarknaden och värst

VETENSKAPSHISTORIA

drabbades Thailand, Vietnam, Kambodja och Burma (heroinmissbruket är utbrett i Burma). Snart blev det uppenbart att hiv fanns hos fler än bara ett fåtal. De sista åren har många asiatiska länder visat prov på stor öppenhet i sin strävan att kontrollera hiv och i synnerhet Thailand har jobbat aktivt tillsammans med internationella organisationer för att få ned hiv. Stora affischer har visat vackra kvinnor med texten "aids syns sällan"; och bilder på mödrar som gråter över söner och döttrar som tynar bort i aids. Indien är i dag det asiatiska land som har flest drabbade, cirka sex miljoner invånare är hiv-positiva.

För svenskt vidkommande är den snabba ökningen av hiv i Ryssland och Baltikum av särskild relevans. Den snabba samhällsomdaningen har lett till ökad social utslagning och alltfler intravenösa missbrukare. Antalet unga intravenösa missbrukare i St Petersburg ökade tjugofaldigt under slutet av 90-talet. Många av dem bär på hiv.

Engel tar i sin bok upp den förhållandevis låga spridningen av hiv bland heterosexuella utan drogmissbruk. När hiv tog steget från homosexuella till intravenösa drogmissbrukare trodde många européer och amerikaner att den stora massan heterosexuella snart skulle drabbas. Tidskriften Time frågade sig 1992 om slaget var förlorat; det var det inte i västvärlden. Västvärlden synes ha undkommit en farsot, men aids är ändå ett av de största hälsoproblemen i världen. Det måste uppmärksammas även under årets övriga 364 dagar.

*Text och foto: Jonas F Ludvigsson
Barnläkare och docent i Örebro och tidigare chefredaktör för Barnläkaren.*

Artikeln har tidigare varit publicerad i Svenska Dagbladet. Då i samband med Världsaidsdagen den 1 december 2006.



Många barn blir föräldralösa när föräldrarna dör av AIDS. En del barn blir smittade redan i samband med förlösningen.



Söktrycket på många landsbygdsmottagningar i Afrika är enormt. Väntetiderna på akutmottagningarna sträcker sig ibland över mer än ett dygn. För att lätta upp stämningen framför en av de anställda vid just denna mottagning i Ghana en sång.

Under Barnveckan i Linköping ordnar arbetsgruppen för epidemiologi ett seminarium kring HIV hos barn och ungdomar på fredagen 27/4. Varmt välkommen till Seminariet!

//Jonas F Ludvigsson och Ann-Britt Bohlin

Hiv hos barn och ungdomar

9.00-9.10 Inledning, Jonas Ludvigsson

9.10-9.30 Prevention of Mother to Child Transmission of HIV – an international perspective. Tanya Doherty

9.30-9.40 Hiv bland barn och ungdomar i Sverige Ann-Britt Bohlin

9.40-9.50 Mor-barn transmission av hiv och resultat av profylaktiska åtgärder. Ann-Britt Bohlin

9.50-10.10 Hur ska vi hitta hiv hos barn och ungdomar i Sverige

idag? Vilken roll har öppenvården, skolhälsovården och BVC? Erik Belfrage

10.10-10.40 Prognos, behandlingsindikationer, behandling. Lars Navér

10.40-11.10 Fika + utställningar

11.10-11.30 Rapport från en hiv-klinik i Swasiland. Johanna Rubin

11.30-12.10 Hur stödjer vi barn och ungdomar att leva med sin hiv-infektion? Lotta Rydström, Christina Ralsgård

12.00-12.30 Avslutande diskussion, Jonas Ludvigsson

Berikande baltiska kontakter

Stora framsteg har skett i den baltiska sjukvården under de senaste femton åren. Kontakter mellan svensk och baltisk sjukvård är till ömsesidig glädje och nytta.



Från vänster: Gary Appleby, Marika Augutis, Eva Brodin, Irina Krastina, som är chef på barnkliniken på Valmiera Centralsjukhus, och Staffan Mjönes.

Under 1990-talet hade många svenska barnläkare olika projekt i Baltikum. Dessa projekt var till en del sporadiska medan andra var långvariga med klara utvecklingsmål och systematiska föreläsningar och ingående diskussioner. Många balter fick också komma till Sverige och här följa arbetet på olika barnkliniker och habiliteringsinstitutioner.

Västernorrlands läns landsting har sedan 1995 haft ett utbytesprojekt med Valmiera Centralsjukhus i regionen Vidzemene i norra Lettland.

Sedan dess har en betydande utveckling skett, bland annat centralisering av riskförlossningar till Valmiera liksom reduktion av antalet barnplatser på olika småsjukhus belägna 40-50 kilometer från Centralsjukhuset.

Vi ansökte om pengar för ett fem års fortbildningsprogram från Östeuropakommittén men detta blev omöjligt i och med Lettlands allmänna framsteg och inträde i EU.

I april 2006 besökte en grupp från Västernorrland

sjukhuset i Valmiera. Besöket stöddes med EU-medel från Leonardoprojekten.

Länk till superspecialist

De av oss som varit där tidigare kunde notera att delar av sjukhuset byggts om och att en kontinuerligt pågående ombyggnad sker. Vi hade också tillfälle att se en nybyggd vårdcentral på landet, byggd med tyskt privat bistånd, och en nybyggd privat liten men mycket rationell barnmottagning. Vi besökte även ett habiliteringscentrum för barn samt ett kriscentrum för misshandlade barn. Utrustningen verkar helt ha skiftat karaktär under dessa år och är numera ofta av modern europeisk standard.

Kriscentrumet imponerade genom att man hade en mycket genomtänkt plan bland annat med videoinspelning – inklusive länk till superspecialist i Riga för att undvika att förhören måste köras i flera omgångar. Vi fick där vidare höra om en speciell utbildning på 60 timmar för fosterföräldrar. Detta är något som borde tas upp också i Sverige.

Vår grupp deltog sedan i ett två dagar långt pediatrikt symposium om gemensamma problem kring vanliga sjukdomstillstånd tillsammans med kollegor från Valmiera och Riga. Det var välorganiserat och deltagarna fick till och med CME -poäng för sitt deltagande.

Utvecklingen inom lettisk sjukvård sker snabbt. Ett betydande inflytande finns nu från tysk medicin. Om Sverige och Norden vill behålla sina kontakter med de baltiska länderna bör vi fortsätta att ha kontakt med våra tidigare vänner och utbyta erfarenheter med dem. Det finns mycket att lära för oss från de länder som på 15 år genomgått en radikal förändring. Detta gäller både för oss som har sett framstegen i Sverige och de yngre som skall driva det fortsatta förändringsarbetet.

De baltiska länderna har ju även mycket intressant kultur och annat som kan intressera för privata resor till dem!

Gudmund Bergqvist, barnläkare i Göteborg.

Staffan Mjönes, barnläkare i Sundsvall.

Gary Appleby, barnläkare i Sundsvall.

LÄSTIPS

Kvinnomakt lönar sig

Unicefs årliga flaggskeppspublikation *The State of the World's Children* handlar 2007 om kvinnor och barn. Den röda tråden i rapporten är att ökad jämlikhet för kvinnor har en positiv effekt också på barnen.

Rapporten behandlar den diskriminering och brist på makt som de flesta kvinnor i världen upplever. Rapporten beskriver vad som bör göras för att eliminera könsdiskriminering och för att tillgodose mer makt åt flickor och kvinnor.

Skälet till att Unicef 2007 behandlar kvinnor har en enkel förklaring: Jämlikhet för kvinnor och välfärd för barn är varandras förutsättningar. I de situationer när kvinnor har makt att leva fullständiga och produktiva liv, mår barnen också bra. Erfarenheten visar också det motsatta: När kvinnor diskrimineras, drabbas också barnen. Unicef menar att arbete för att uppfylla det 3:e av FN:s millenniemål - jämlikhet mellan könen och makt åt kvinnorna - kommer att ge en dubbel utdelning: bättre liv åt både kvinnor och barn.

Ökad kvinnomakt bidrar också till att uppfylla de andra millenniemålen, från fattigdomsreduktion, till minskad barnadödlighet, förbättrad mödrahälsa, bättre utbildningsstatus, mindre sjuklighet i malaria, HIV/AIDS och andra sjukdomar och en förbättrad miljö. Trots det internationella samhällets retorik om att stödja jämlikhet för kvinnor, kännetecknas miljontals kvinnors och flickors liv av diskriminering, maktlöshet och fattigdom.

Rapporten belyser många utmaningar som finns kvar: Kvinnor och flickor drabbas opropotionerligt hårt av HIV. Många flickor tvingas in i barnäktenskap, ibland före 15 års ålder. Mödradödligheten är oförsvarbart hög i många län-

der. Nästan överallt tjänar kvinnor mindre än män för samma arbete. Över hela världen lider kvinnor och flickor av fysiskt och sexuellt våld, med få möjligheter till beskydd eller rättvisa.

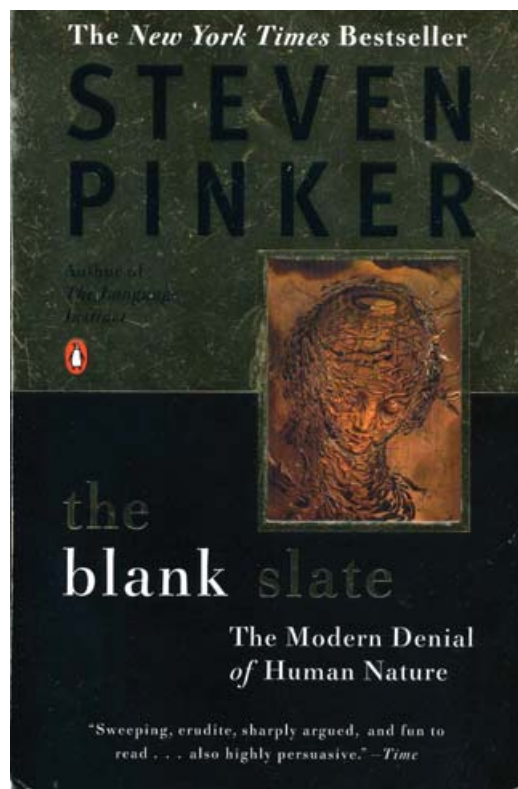
Det kanske mest intressanta med rapporten är resonemanget kring de "dynamiska" effekterna av kvinnomakt, nämligen den att man får "dubbel utdelning". På 1990-talet, särskilt efter det att Världsbanken tog initiativet i debatten kring global häslolicy, talades det mycket om vilka faktorer som leder till ökad eller minskad hälsa. I början av 2000-talet talar man mer om den omvända situationen: Hur investering i socialt kapital, som hälsa, påverkar andra sektorer, till exempel hur ett gott hälsoläge är en förutsättning för ekonomisk tillväxt eller hållbar utveckling. I hög utsträckning har WHO:s Kommission för Makroekonomi, och dess ordförande Jeffery Sachs, angett tonen i denna debatt. Resonemanget om kvinnomakt ligger i analogi med detta; det handlar också om investering i socialt kapital. Det borde ju vara en självklarhet, att friska kvinnor har större möjligheter att ta hand om sina barn, men när det gäller andra uttryck för sambandet mellan kvinnomakt och barns välbefinnande, är dessa kanske inte lika tydliga, utan behöver måhända belysas. *The State of the World's Children 2007* lyser därför upp detta mörker.

Rapporten kan laddas ner från Unicefs hemsida: www.unicef.org

*Anders Jeppsson
Chefsrådgivare på Ministry of Health Dar-es-Salaam,
Tanzania, och läkare.*

RECESSION

Steven Pinker gör upp med heliga doktriner



Varken lättläst eller lättsmält, men absolut mödan värd att ta sig igenom, skriver Bernt Alm om *The Blank Slate - The Modern Denial of Human Nature* - av Steven Pinker. Boken utkom 2002 på förlaget Penguin Books.

Titeln på Steven Pinkers bok, "The Blank Slate", är hämtad från upplysningsfilosofen John Locke, som i sin skrift "*An Essay Concerning Humane Understanding*" (1689) argumenterar mot förekomsten av medfödda idéer, och beskriver den nyföddes hjärna vid födelsen som ett oskrivet blad, där erfarenheten skriver in idéerna. Locke använde själv uttrycket "*white paper*". Långt tidigare hade filosofer använt begreppet "*Tabula rasa*", det vill säga en från skrift renskrapad vaxtavla, för att beskriva detta tillstånd.

Pinker (*1954) är experimentell psykolog vid MIT, och har i Noam Chomskys efterföljd utvecklat dennes syn på språket som en medfödd förmåga hos människan, bland annat i boken "*The Language Instinct*" (1994).

I "The Blank Slate" återkommer Pinker till detta tema, och söker vidga uppfattningen till att inte bara gälla

språket. Han hävdar i denna att det bland moderna intellektuella idag finns tre, som han säger, "heliga doktriner" som strider mot den mänskliga naturen. Den första av dessa tre är just tron på den mänskliga kunskapen som uteslutande empirisk – det "oskrivna bladet". Den andra är den romantiska föreställningen om "den ädle vilden" – tanken att människans urtillstånd var ett lyckosamhälle utan krig och konflikter, idag även en uppfattning om allt "naturligt" som gott och ofarligt *per se*. Den tredje kallar han för "anden i maskinen"; den dualistiska tanken på en själ som är åtskild från den fysiska kroppen. Doktrinerna är inte bundna till varandra, men förekommer ofta tillsammans genom idéhistorien. Delvis kan de ses som en upplysningsfilosofins reaktion på Thomas Hobbes extremt materialistiska och pessimistiska syn på människan, när denne bland annat hävdade nödvändigheten av en stark stat för att begränsa människans egoism.

Boken är en mycket läsvärd uppgörelse med dessa doktriner. Vi får över 400 sidor med argument och exempel som söker visa deras ohållbarhet. Den amerikanskt akademiska prosastilen är varken lättläst eller lättsmält, men den är absolut mödan värd att ta sig igenom. Pinker visar på en kunskap som sträcker sig över många och vida fält, och exemplen är hämtade från såväl socialantropologi som nationalekonomi och litteraturvetenskap.

Pinker hävdar att anledningen till att många idag håller fast vid dessa doktriner, och är närmast fobiskt rädda för förklaringsmodeller som innehåller genetik, är rädsla för ojämlikhet, omöjlighet att förbättra samhället, determinism och nihilism. Han ger otaliga exempel på att detta inte är obligata följder om vi skulle överge dessa tre doktriner, utan snarare underlättas vår strävan mot deras motsatser av att vi inte ger oss i kast med att kämpa mot den biologiska basen för vår existens.

Efter läsningen av boken känner man tyngden av argumenten. Jag tycker nog att man kan säga att Steven Pinker har lämnat starka bidrag till diskussionen om det oskrivna bladet och den ädle vilden – om han inte lyckas lika bra med anden i maskinen skall inte ligga honom till last. Han är i gott sällskap genom hela idé- och filosofihistorien.

Bernt Alm, barnläkare i Göteborg.

Forskning som en naturlig del av ST-utbildningen – ett måste för framtidens kliniska forskning

I Barnläkaren 6/2006 redovisas en enkät för verksamhetschefer som bland annat rör deras syn på forskning. Svaren föranleder detta öppna brev, för att diskutera den kliniska forskningens villkor vid våra sjukhus och hur våra ytterst ansvariga ser på detta.

Sverige har en tradition av att vara ledande inom translationell forskning, men sedan en längre tid minskar andelen läkare bland forskarstuderande i Sverige. Orsaken till förändringen har under många år debatterats och enstaka försök att vända trenden har misslyckats. Utan att vara alltför spekulativ torde man dock kunna finna vissa gemensamma orsaker: svårighet att få tid till forskningen i en pressad klinisk tillvaro, svårigheter att finansiera sin forskning med krympande centrala anslag samt avsaknad av ekonomiska och karriärmässiga incitament.

Det är i skenet av detta inte speciellt uppmuntrande att läsa resultatet i "Chefsenkäten". Vår huvudsakliga invändning rör verksamhetschefernas syn på forskningen och dess eventuella varande under ST-utbildningen. Disputation/docentur medför en effekt på lönen vid 19 av 22 sjukhus vilket alltså innebär att tre av de svarande inte anser att en akademisk grad bör belönas. Det har vi svårt att förstå. Likaså anser hälften av de tillfrågade att forskning skall medföra senarelagd specialistexamen, i många fall dessutom med bibehållen ST-lön under den tiden forskningen adderar. Av dem som ändå ansåg att forskning skulle få räknas in i ST-utbildningen ansågs fyra till sex månader vara rimligt. Med sådana attityder är lätt att förstå den sjunkande andelen forskande läkare och att hälften av de läkare som ändå disputerar därefter snabbt lägger av. Att forska fram till disputation innebär idag att man halkar efter sina jämnåriga specialister cirka fyra år, vilket med dagens löneläge innebär ett inkomstbortfall på nästan en halv miljon kronor. Om man dessutom tillbringar en del av denna tid på stipendier och utbildningsbidrag (och det gör man) ökar denna summa ytterligare.

Hur förändrar vi då denna utveckling? Den allra viktigaste förändringen är våra egna attityder, läkarstudenter träffar med all säkerhet på någon lärare under första veck-

an som faller en spydig kommentar om forskare och "riktiga läkare". Vänd på det resonemanget: är det inte lite suspekt att arbeta ett helt liv med en kategori patienter utan att någonsin vilja bedriva någon form av utvecklingsarbete för dessa? Vi anser att forskning och utvecklingsarbete är en naturlig del av en klinikers arbete, och att vi som blivande pediatriker måste lära oss detta. Att tillgodoräkna sig fyra till sex månader må vara en rimlig tid för lärande av kritiskt tänkande och forskningsmetodik, men förutsatt att forskarämnet är pediatrikt är tolv månader ett mer rimligt tidsmått. Här kommer förhoppningsvis den generella översynen av ST-utbildningarna ge liknande rekommendationer då ju en av anledningarna till översynen är att harmonisera ST med övriga EU-länder och USA.

Vi bedriver forskning för att det är roligt, kreativt, stimulerande och spännande. Det ger oss mängder av intressanta kontakter och erfarenheter, och vi vägrar att tro annat än att det gör oss till bättre och kunnigare barnläkare. Men det får inte kosta hur mycket som helst, och just nu befinner vi oss på fel sida av den gränsen.

Ronny Wickström, ST-läkare neuropediatrik, Karolinska Universitetssjukhuset.

Ulrika Åden, ST-läkare neonatologi, Karolinska Universitetssjukhuset.

Eric Herlenius, ST-läkare pediatrik, Karolinska Universitetssjukhuset.

"är det inte lite suspekt att arbeta ett helt liv med en kategori patienter utan att någonsin vilja bedriva någon form av utvecklingsarbete för dessa?"

KALENDARIUM

OBS! under kalendariet i tidningen Barnläkaren publiceras enbart kalendari punkter som registrerats på BLF:s hemsida. Registrera därför din kurs/fortbildning på: www.blf.net.

APRIL 2007

16-17/4 Symposium kring Tyrosinemi Typ 1, Stockholm, Karolinska Institutet.

Information: Nina.Ivers@swedishorphan.com

23-27/4 Barnveckan i Linköping. Kontaktperson: Nina.Nelson@lio.se

25-27/4 Nordiske Kongress om Barn og Smerte, Skien/Norge, se www.barnogsmerte.no.

MAJ 2007

5-8/5 Pediatric Academic Societies' Annual Meeting i Toronto. Webb: www.pas-meeting.org E-post: info@pas-meeting.org.

6-9/5 Det professionella mötet med ungdomar i vår medicinska vardag. Trollarehögens kursgård, Båstad.

Info: t.melin@swipnet.se

7-9/5 Det asfyktiska barnet. Teamarbete pre- och postnalt, Stockholm, Södersjukhuset.

10 - 11/5 Kan det vara en medfödd ämnesomsättningssjukdom. Ågrenska villan, Göteborg. Info: annika.reims@vregion.se

24-25/5 Vårmetet i perinatologi i Östersund. För mer information se www.kongress.ostersund.se

28/5-1/6 Basal neonatologi, Halmstad.

JUNI 2007

14-17/6 Europaedics 2008. Istanbul, www.europaedics2008.org

SEPTEMBER 2007

20-22/9 XXXVII Nordic Meeting in Pediatric Cardiology. Stockholm, Läkarsällskapet. Info: www.karolinska.se/pedcard

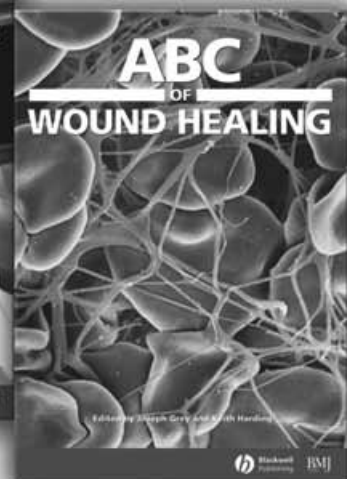
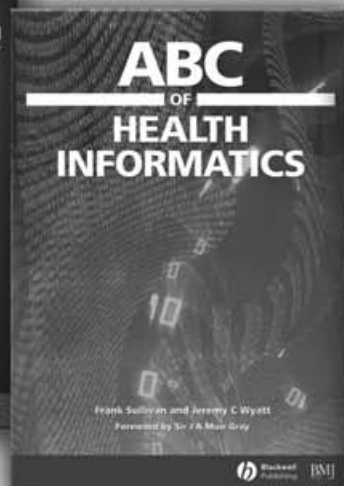
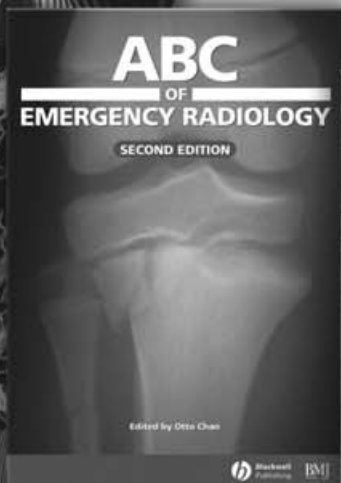
Nästa nummer

kommer den 29 maj och har tema barn och läkemedel. Numret kommer att finnas tillgängligt på BLF:s webbplats tidigare. Manusstopp är den 28 mars. Manusstopp för nummer fyra är den 1 juni.



ABC SERIES

- More than 40 titles supplying quick and dependable answers to your most common questions on a range of topics in all the major specialties
- Each title reflects the high standards of the BMJ, which peer reviews and serialises the articles before being published in this great series of books
- A consistent format keeps the books easy to use, with pages laid out in two columns and a heavily illustrated 'slide show' accompanying the text
- Key features such as photographs, graphs and diagnostic images help pull out the fundamental points



 **Blackwell
Publishing**
Partnerships in learning, research
and professional practice

For further information on the whole of
the ABC series, please visit

www.bmjbooks.com

BMJ
Books

www.bmjbooks.com

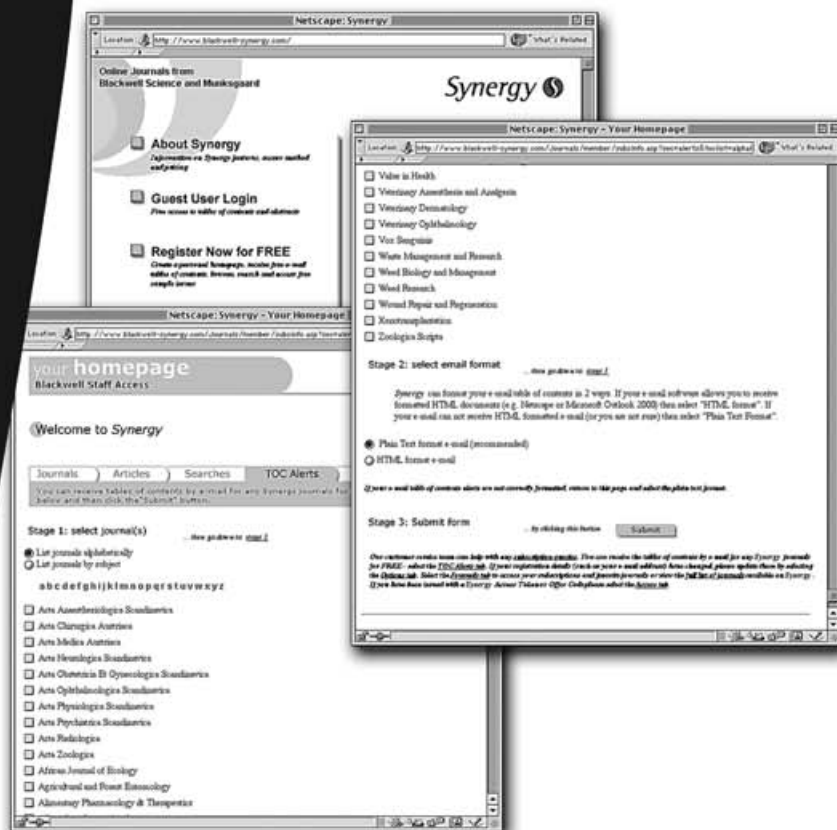
Be the first to know that a new issue of your favourite journal has published!

**Blackwell
Synergy** 

E-mail Table of Contents Alerts

Blackwell Synergy can send you e-mail alerts when each new issue of your favourite journal is published.

The TOC Alert e-mail messages contain the full contents listing for the latest issue, with links direct to the articles online in Blackwell Synergy.



Go to **www.blackwell-synergy.com** now and follow these 3 easy steps:

1. Register with *Blackwell Synergy* if you have not already done so – this is **FREE**
2. On Your Homepage, click the blue tab that says "TOC Alerts"
3. Check the box alongside the journal (or journals – you can receive as many as you like!) of your choice, choose the format for your e-mail messages and submit the form.

Sign up for TOC Alerts now – and make sure you never miss a useful article!



Blackwell
Publishing

www.blackwell-synergy.com

GE LEENDET ÅTER TILL BARN MED MJÖLKALLERGI

UTAN

Extensivt hydrolyserat kasein



Kliniskt väldokumenterad
Näringsmässigt komplett

MED



Viktigt: Bröstmjolk är spädbarnets bästa föda. Om amningen avbryts kan det vara svårt att börja igen och tillägg av ersättning kan minska tillgången på bröstmjolk. Man bör tänka igenom amningens fördelar innan ersättning introduceras. Det är mycket viktigt att följa tillredningsinstruktionerna. Felaktig hantering kan påverka spädbarnets hälsa. Föräldrar skall alltid informeras av vårdpersonal. Nutramigen skall användas på inrådan av läkare eller dietist.

Nutramigen. Vetenskap för barnens bästa

Mead Johnson Nutritionals
Box 15200
167-15 Bromma
Telefon 08-704 71 00
www.meadjohnson.nu
A Bristol-Myers Squibb Company

