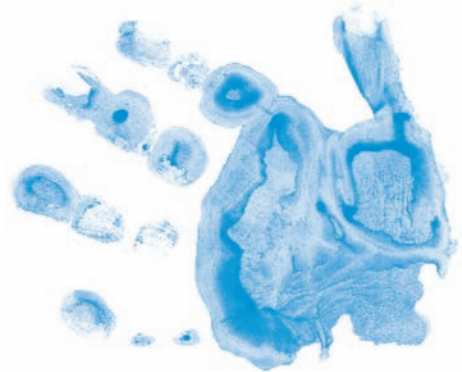


ISSN 1651-0534

Nr.4/2007

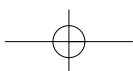
Barnläkaren

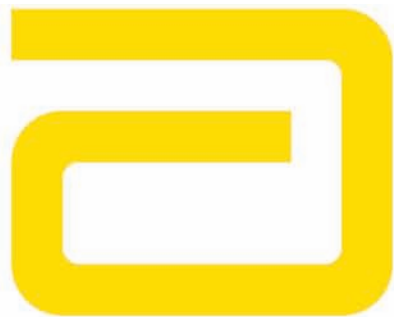
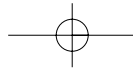


SVENSKA BARNLÄKARFÖRENINGEN
SWEDISH PAEDIATRIC SOCIETY



Blackwell
Publishing





Synagis

– ett skydd mot RS-virus



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

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

SWE/295/12.2006

Indikationer:

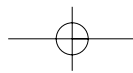
Prevention av allvarliga sjukhuskrävande nedre luftvägsinfektioner orsakade av respiratoriskt syncytialvirus (RSV) hos barn som har ökad risk för RSV-sjukdom:

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

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



Abbott Scandinavia AB, Box 509, 169 29 Solna
Tel: 08-546 567 00, fax: 08-546 569 00, www.abbott.se



Innehåll

Barnläkaren

Tidningen Barnläkaren utkommer med sex nummer årligen och är Svenska Barnläkarföreningens 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

Litteraturredaktör

Carl Lindgren
carl.lindgren@actapaediatrica.se

Manuskript insändes

per mail till:

Samuel Lagercrantz
samuellagercrantz@hotmail.com

Bokrecensioner insändes per mail till:

Carl Lindgren
carl.lindgren@actapaediatrica.se

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

Redaktionsråd

Margareta Blennow
Anders Lindblad
Måna Wallensteen
Björn Wettergren

LEDARE

5

REDAKTÖRENS RUTA

6

BARNMEDICIN

Komjölksallergi är inte laktosintolerans
Pediatriiskt nätverk i Europa

7

9

NOTISER

11

BARNVECKAN

Barnveckan – en samlande faktor
Psykisk ohälsa bland unga i Sverige

12

15

ENKÄT

17

ÖVERVIKT

Barnfetma, Boris och Södertäljemodellen
”Kompetensen är relativt låg”
Expertgrupp samlar in uppgifter om barns tillväxt

18

20

20

INTERVJU

Skilda åsikter om berikning med folsyra

21

VETENSKAPSHISTORIA

Karl Popper, en filosof och vetenskapsteoretiker för vår tid

23

LITTERATUR

Mer litteratur i Barnläkaren

25

RECENSION

Barnläkare når nya höjder

26

DEBATT

Reflektera över PGD-HLA-syskonens rättigheter
Slumpen styr de blivande specialisternas kurser

27

28

KALENDARIUM

30

Make the most of your research time

Access your journal online

visit www.blackwell-synergy.com

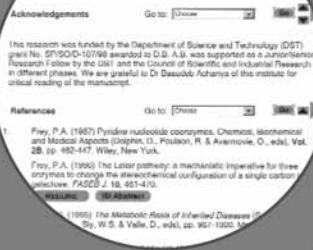
With Blackwell Synergy you can...

- **Keep up to date:** latest tables of contents emailed to you.
- **Save time:** search the articles, save these searches and be alerted when new material is published in your area.
- **Widen your reading:** access to over 670 free sample issues of journals.



An online subscription gives you access to:

- Crossref, author and keyword links including MEDLINE and ISI, plus forward links to articles that cite this article.
- Available online back issues.



improving the quality of your research time www.blackwell-synergy.com



STIFTELSEN SVEN JERRINGS FOND

anslår 2 miljoner kronor till forskning

ANSÖKAN SKALL VARA FONDEN TILLHANDA SENAST DEN 20 SEPTEMBER 2007

Jerringfondens ändamål är att stödja forskning som rör ”fysiskt och psykiskt missgynnade barn”.

Fonden tar emot ett stort antal ansökningar om forskningsanslag och forskningsstipendier varje år. År 2007 har fonden beslutat att prioritera följande forskningsområden;

- Inom medicinsk forskning prioriteras patientnära klinisk forskning
- Inom beteendevetenskaplig forskning prioriteras social integrering av missgynnade barn

Ansökningsblanketter och mera information finns att hämta på fondens hemsida, www.jerringfonden.org, under rubriken **Bidrag till forskning**.

Jerringfonden, Box 12851, 112 98 Stockholm, tel 08-91 10 01, www.jerringfonden.org

Omistlig kurslitteratur om barn och smärta



Psykosomatiska problem, som ont i magen, är mycket vanliga hos barn. Men inom sjukvården vet man inte alltid hur man ska bemöta och behandla barn med svårdiagnostiserade och diffusa symptom. Barnläkaren Gösta Alfvén har lång erfarenhet av arbete med barn med psykosomatiska besvär. I boken medverkar även ett flertal andra auktoriteter på området.

”Det är imponerande att Gösta Alfvén har vågat sig på detta komplexa område och strukturerat det på ett så begripligt sätt. /.../ Boken rekommenderas varmt. Den bör bli en given del av kurslitteraturen för blivande barnläkare. För dem med många års erfarenhet fyller den ett tomrum. Det finns ingen liknande bok på svenska.” Margareta Blennow, Läkartidningen

Köp boken i din bokhandel!
www.norstedtsakademiska.se



MOVICOL®



NYHET! NY BEHANDLING VID FÖRSTOPPNING!

Nu finns äntligen **MOVICOL® Junior** i en smakfri variant tillgänglig på apotek! Den har tilläggsnamnet Neutral och är godkänd för behandling av förstoppning och fekalom hos barn.

En nyligen publicerad 3-månadersstudie där man jämfört **MOVICOL® Junior Neutral** med laktulos visade att!:

MOVICOL Junior Neutral

- Ger fler tarmtömningar per vecka jämfört med laktulos
- Tolereras bättre än laktulos

Till skillnad från laktulos så behövde de barn som behandlades med **MOVICOL® Junior Neutral** ingen kompletterande medicin. De återfick heller inte symtomen under studiens längd.!

Välkommen att förskriva **MOVICOL Junior Neutral!**

Indikation: Behandling av kronisk förstoppning hos barn från 2 år till 11 år. För upplösning av fekalom hos barn från 5 år. Fekalom definieras som svårbehandlad förstoppning med ansamling av faeces i rektum och/eller colon. Förpackningsstorlekar: Pulver till oral lösning, dospåse, 6,9g: 30 st dospåse (receptbelagd - ingår i förmånen). **MOVICOL:** Makrogol 3350 6,6g, natriumklorid 175,4 mg, natriumbikarbonat 89,3 mg, kaliumklorid 25,1 mg.
I. Candy et.al, J Pediatr Gastroenterol Nutr 2006 Jul; 43 (1) 65-70

Norgine AB, Frösundaviks Allé 15, 4 tr, 169 70 Solna, Tel 08-22 30 50

Läs mer om **MOVICOL®** på www.fass.se



www.movicol.se

löser · mjukar upp · fuktar · stimulerar

Barnveckan – en framgång igen!

KÄRA KOLLEGOR!

När jag skriver dessa rader är Barnveckan i Linköping över och vi kan glädjande nog konstatera att framgången från Helsingborg upprepades.

Nina Nelson och alla medarbetare i Linköping hade gjort ett jättearbete med att organisera och arrangera Barnveckan och deras ansträngningar gav god frukt. Både det vetenskapliga och det sociala programmet var förnämligt. Till och med vädret var på Barnveckans sida. Stort tack till Nina och hennes organisationskommitté: Stefan Croner, Karin Fälth-Magnusson, Johnny Ludvigsson, Margaretha Dahl, Lena Forsén, Lena Hanberger och Evalotte Mörelius! Längre in i tidningen finner du mer om Barnveckan i text och bild.

Grunden för framgången var självklart det intressanta och varierade programmet. Till framgången bidrog också att så många av BLF:s sektioner och arbetsgrupper liksom BLU, verksamhetscheferna, professorsgruppen och Stiftelsen Acta Paediatrica nu väljer att lägga aktiviteter under Barnveckan. Därigenom når vi syftet att erbjuda både bredd och fördjupning. Även i år hade vi torsdagen tillsammans med Riksföreningen för Barnsjuksköterskor, ett samarbete som kommer att fortsätta.

Nästa år går Barnveckan av stapeln i Örebro, vecka 16, 14–18 april 2008. Vik redan nu den veckan för Örebro!

Så över till den aktuella och viktiga diskussionen om vi i Sverige bör införa berikning av mjöl med folsyra. Den SBU-rapport som presenterades tidigare i vår kom till slutsatsen att vi för närvarande bör avvakta med generell folsyreberikning av mjöl. Dock förstår man att det inte var med självklarhet som SBU:s arbetsgrupp drog denna slutsats. I stället förordas informationsinsatser för att kvinnor före och i anslutning till graviditet ska inta tillskott av folsyra. Kvinnor i fertil ålder ska uppmanas använda berikat mjöl och berikade produkter.

Något tillspatsat kan sägas att debatten handlar om att väga en minskad risk för neuralrörsdefekter mot en möjlig ökad risk för intestinal cancer. Hugo Lagercrantz och Rolf Zetterström har i en debattartikel i Dagens Nyheter kraftfullt argumenterat för folsyreberikning av mjölet. Själv har jag också kommit fram till att argumenten för folsyreberikning överväger.

Strax efter att SBU-rapporten hade presenterats gick Livsmedelsverket ut med en bred remissrunda och bad om

synpunkter på rapporten. Inför sitt remissvar tillfrågade BLF sina sektioner för neonatologi, neurologi och habilitering samt gastroenterologi och nutrition. Två av sektionerna, neonatologi och neurologi, är positiva till berikning av mjöl med folsyra. Sektionen för gastroenterologi ansluter sig till PENUT:s (Livsmedelsverkets arbetsgrupp för pediatrik nutrition) uppfattning vilken stöder SBU:s slutsats att man bör avvakta med generell berikning. Dessa uppfattningar har BLF redovisat i sitt remissvar till Livsmedelsverket. Läs mer om debatten längre in i tidningen och läs gärna hela BLF:s remissvar på www.blf.net.

Hjärtliga hälsningar
Göran Wennergren



Göran Wennergren
Ordförande i Svenska Barnläkarföreningen

Redaktörens ruta



Karl Popper (1902-1994) var förmodligen förra seklets mest betydelsefulla vetenskapsfilosof. Hans tes om att ingenting kan bevisas fullt ut, men att det däremot går att motbevisa något fullt ut, ledde fram till grundkravet att ett vetenskapligt rön måste vara falsifierbart.

Medan Thomas Kuhn, 1900-talets andra stora vetenskapsfilosof, talade om paradigmskiften där nya teorier omkullkastar gamla ansåg Popper att teorier växer fram gradvis, och när allt närmare sanningen, när deras brister falsifieras.

Barnläkaren och författaren Gösta Alfvén ger oss i det här numret en inblick i Karl Poppers värld. Och för den som fördjupar sig i Popper finns mycket att hämta.

Han var nämligen även en av 1900-talets stora samhälls-politiska tänkare. I den klassiska boken "Det öppna samhället och dess fiender" från 1945 går han till angrepp mot historiens auktoritära och elitistiska ideologer, från Platon till Karl Marx. Som Gösta Alfvén påpekar kan boken också ses som en uppgörelse med nazismen som hade tvingat Popper till landsflykt 1938.

De auktoritära samhällen som Popper varnade för utgör ofta stoff för skrämmande framtidsskildringar. Den, enligt mig, mest läsvärda är George Orwells "1984" som beskriver det sovjetiska skräckväldet, fast i futurum. Än vanligare i framtidsgenren är samhällen som bygger på avancerad medicinsk teknologi. Klassikern i sammanhanget är "Du sköna nya värld" där människorna är indelade i

alfa-, beta-, gamma-, delta- och epsilon. Alfa- och betamänniskorna sköter de intellektuella sysslorna medan de övriga medborgarna hanterar enklare göromål. Med hjälp av psykologisk betingning och den perfekta drogen "soma" är invånarna lyckliga vare sig de tillhör de högre eller de lägre kasterna.

Visserligen är dagens antidepressiva medel långt ifrån perfekta mediciner och KBT fungerar inte på alla tillstånd, men nog är vi en bra bit närmare "Du sköna nya värld" än då läkaren Aldous Huxley skrev boken på 1930-talet.

Ira Levins thriller "Pojkarna från Brasilien" från 1972 leker med den hemska tanken att nazisterna sparat Hitlers gener och att 94 Hitlerkloner växer upp runt om i världen. Den teori som boken bygger på lär idag vara praktiskt möjlig.

I framtidsfilmen "Gattaca" från 1997 väljer läkarna ut friska och starka anlag i provrör. Laboratoriebarne utgör samhällets A-lag medan de barn som blivit till genom naturlig befruktning "kärleksbarne" utgör B-laget.

De genexperiment som utgjort fiktion i många av 1900-talets böcker och filmer är idag ofta fullt möjliga. Andra sidan av myntet är att gentekniken kan hjälpa sjuka människor.

PDG-HLA-debatten eller "reservdelssyskondebatten" är en av de viktigaste etiska diskussionerna just nu och som Ingemar Kjellmer påpekar kommer barnläkare att vara högst involverade i urvalet av tänkbara kandidater till den nya metoden.

Läs Ingemar Kjellmers inlägg på debattsidorna och tänk efter hur du ställer dig till genteknikens framsteg.

Trevlig fortsättning på sommaren!

Samuel Lagercrantz

Komjölksallergi är inte laktosintolerans

Barn med komjölksallergi kan ha besökt flera läkare utan att ha blivit hjälpta. Gunnar Meeuwisse tipsar om hur du undviker att ställa fel diagnos.

Som pensionerad barnläkare möter jag numera komjölksallergiker bland spädbarn eller förskolebarn när jag hoppar in som ersättare på BVC. Äldre barn träffar jag ännu som skolläkare. Ibland kan någon av barnens föräldrar berätta om egna mångåriga bukbesvär, som ingen har förstått sig på eller som bara har benämnts som ”irritabel kolon”.

Innan jag med ålderns rätt helt slutar med barnläkarverksamhet, vill jag till barnfamiljernas fromma hjälpa kollegor att undvika allt för vanliga diagnosmissar.

Så hittar du fallen

Lättast att komma på rätt spår är vid mer eller mindre ständigt lösa avföringar. Näst därefter kommer recidiverande buksmärtor hos i övrigt till synes friska individer. Särskilt de yngre barnen kan parallellt ha flera symtom som nämns här i ena faktarutan, men de noteras ofta inte om de inte specifikt efterfrågas. Många barn har tidigare varit plågade av spädbarnskolik. Inte ovanligt är att barnet är mindre förtjust i att dricka mjölk.

Avsaknad av bra laboratorieprover försvårar diagnosen. Pricktester och RAST fungerar bara vid snabba (reaginutlösta) reaktioner, som jag nu inte närmare berör. Sambandet mellan mjölkkonsumtion och symtom är då så tydligt att testet bara bekräftar det man redan vet. Det finns några rapporter om att lapptest har ett större värde vid fördröjda födoämnesreaktioner, men klinisk tillämpning är ovanlig och jag har själv ingen erfarenhet av dem.

“Felslut kan göras på många håll, välrenommerade barnkliniker är inte undantagna”

Den komjölksallergiska patienten tål inte proteiner i mjölken, men tillståndet förväxlas ofta med laktosintolerans. Det är populärt att utföra laktosbelastning vid misstanke om av mjölk utlösta bukbesvär. Det är ett dåligt prov, som man helst ska sluta med, i varje fall när det gäller barn. Medfödd laktasbrist är extremt sällsynt och förekommer bara hos finländsk befolkning. Den genetiskt betingade nedregleringen av laktasaktiviteten hos större delen av världsbefolkningen är partiell. Ett flertal studier har visat att barn i Asien, Afrika och Latinamerika gott kan tolerera regelbundna begränsade mängder komjölk, till exempel ett glas i samband med måltider en eller två gånger om dagen, trots att de har utvecklat hypolaktasi. Sådana mängder klarar inte barn med komjölksproteinallergi!

Utredning och behandling

Ta gärna prov för vävnadsglutaminasantikroppar med tanke på eventuell celiaki, men fler prover kan oftast undvaras. Ta en ordentlig anamnes och ordinera några veckors komjölksfri diet. Dietist kan behövas för råd om lämplig mjölkersättning och vilka dietfel som ska undvikas. Till en början bör soyaprodukter inte användas, i varje fall inte hos de mindre barnen.

SYM TOM VID KOMJÖLKSALLERGI

- Diarré, eventuellt med slem och/eller lite blod
- Frekventa buksmärtor
- Eksem
- Ständigt störd nattsömn
- Nattsvett, mest på huvudet hos småbarn
- Luftvägsobstruktivitet
- Ständig snuva med färglöst sekret
- Oklara febertoppar
- Enures
- Vaginalflytning

BARNMEDICIN

Låt dieten fortsätta vid tydlig förbättring. Om inte spontana dietmissar redan visat kvarvarande känslighet är det riskfritt att efter cirka ett halvår försiktigt testa om diagnosen var rätt. Senare upprepning kan också behövas. Tolerans kan kanske påvisas för mjölk i mat som varit rejält upphettad, för mindre mängder riktigt smör eller lagrad ost. Mjölk som dryck får provas sist. Många spädbarn växer ur sin mjölkallergi under andra levnadsåret, men inte alla och perioder med besvär kan växla med fria intervall.

Fallbeskrivning

Felslut kan göras på många håll, välrenommerade barnkliniker är inte undantagna, vilket kan illustreras med följande:

Ett veckogammalt helt bröstuppfött spädbarn med blod i flera avföringar presenteras en lördag som akutfall på en barnklinik. Melena spuria utesluts med Abts test. Allmäntillståndet är gott men Hb är något lågt. Viss nervositet hos mottagande läkare leder till kontakt med barnkirurgjour som inte vill ta emot på grund av platsbrist. Den för barnets ålder osannolika diagnosen Meckels divertikel övervägs och barnkirurgen tar emot någon vecka senare. Proktoskopi görs inte. Technetiumscintigrafi görs däremot med normalt resultat. Barnets mor nämner herediteten för mjölkallergi, men doktorn säger att så tidigt kan ingen ha utvecklat allergi. Modern slutar en tid

med att inta mjölkprodukter och problemet upphör.

Ett par månader senare flyttade familjen och en annan barnklinik anlätades, då barnet flera gånger fick diarré vid försök med flaskstillägg på grund av svag viktökning. Diagnos: *laktosintolerans!* Utan tillägg mår patienten bra, och som bekant innehåller modersmjölk minst lika mycket laktos som gängse ersättningar. Detta tycks inte ha stört doktors tankegång. Modern däremot råkar veta det, men säger inget mer.



Gunnar Meeuwisse är docent i pediatrik med specialintresse för gastroenterologi och nutrition. Fram till pensionen var han överläkare vid barn- och ungdomsmedicinska kliniken i Karlskrona.

UTMÄRKANDE FÖR KOMJÖLKSALLERGIKER

- Alla åldrar är representerade.
- Ytligt sett verkar de oftast friska, men livskvalitén är nedsatt.
- De kan ha allehanda symtom som inte direkt pekar på allergi.
- Efter intag av allergenet kan symtomen uppträda först nästa dag.
- Familjärt inslag är vanligt.
- Gängse allergitester är till ingen hjälp för diagnos.
- De kan ha haft en eller flera läkarkontakter utan att ha blivit hjälpta.
- Om trots allt dietförsök har gjorts, var det ofta otillräckligt strikt genomfört.

Pediatrik i Läkemedelsboken

Läkemedelsboken (LB) är viktig för många, en tegelsten på läkar- och sköterskeexpeditioner, och en elektronisk upplaga på Apotekets hemsida.

Nu förbereds Läkemedelsboken 2009/2010. Jag har fått i uppdrag att läsa igenom LB 2007/2008 med pediatrika glasögon, för att komma med förslag om ändringar till upplagan 2009/2010, t ex att ange barndoseringar eller införa en barnläkare som medförfattare i något kapitel.

Har du några förslag så hör gärna av dig till mig senast i början av augusti.

Inge Axelsson, barnkliniken i Östersund
 inge.axelsson@miun.se

Pediatriiskt nätverk i Europa

I juli 1958 bildade nationella representanter för sex medlemsländer i EU en sammanslutning, the European Union of Medical Specialists (UEMS). Syftet var att arbeta med medicinska frågor rörande hälso- och sjukvård, utbildning och information, på en europeisk nivå och ha lobbyverksamhet mot olika EU-organ.

För barnläkare bildades inom UEMS Confederation of Specialists in Paediatrics (CESP) med syfte att arbeta för hög kvalitet på den hälso- och sjukvård som ges till barn och ungdomar inom EU samt att eftersträva en harmonisering av högkvalitativ utbildning till barnläkare. Varje medlemsland inom EU har rätt att delta i CESP med två delegater med en gemensam rösträtt.

Inom CESP finns flera arbetsgrupper. En av dem, European Board of Paediatrics, (EBP), har arbetat fram målbeskrivningar för barnläkarutbildningen på olika nivåer och där också försökt att finna en struktur som kan passa samtliga länder. I EBP ingår ordförande för de olika subspecialiteternas europaföreningar som bidragit med att ta fram målbeskrivningar för egen subspecialitet (grenspecialitet/ påbyggnadspecialitet). En målbeskrivning som godkänts av CESP måste också godkännas av UEMS för att vara giltig som ett officiellt dokument inom EU. För de flesta subspecialiteterna finns det idag målbeskrivning där neurologi och metabolisk medicin var de senaste att bli godkända. Immunologi har en egen utbildningsbeskrivning som kan kopplas till annan subspecialitet då de flesta önskade ha denna kunskap inom sin målbeskrivning. Utöver att uppfylla målbeskrivningen ansågs att man skulle arbeta 50 procent av sin tid inom subspecialiteten.

De första målbeskrivningarna som godkändes gällde den basala delen om tre års utbildning i allmän pediatrik, så kallad "common trunc". Denna första del skulle följas av antingen ett program för "secondary care", motsvarande utbildning till barnläkare på länssjukhus, eller barnläkare i öppenvård. Det andra alternativet var att kunna direkt påbörja en subspecialistutbildning, så kallad "tertiary care" som då skulle kunna vara färdig inom sex till sju år.

Bedömer kvalitet

EBP har försökt att arbeta fram instrument för bedömning av utbildningens kvalitet; dels genom att pröva om den engelska skrivningen var lämpad för andra länder, dels genom att ta fram ett program för inspektion av utbildningscentra, visitation program.

Övriga arbetsgrupper är de för etik, vaccination, olycksfallsprevention, adolescensmedicin, CME/CPD (continuous medical education/continuous professional development) och Läkemedel för barn (Medicines for Children). För Sverige har Staffan Mjönes varit aktiv i arbetsgruppen för olycksfallsprevention samt gruppen för etik. Det arbete

som Trafiksäkerhetsverket har gjort i Sverige angående barnaspekter i trafiken tas upp som ett föredöme. Staffan har varit engagerad i flyktbarnens situation och arbetat tillsammans med arbetsgruppen för etik för att förbättra barnens rätt i samhället. Han organiserade också ett möte i Sigtuna för CESP-delegater. Jeanette Martinell har arbetat med utbildningsfrågor både i arbetsgruppen för primary/secondary care samt CME/CPD och också varit aktiv inom arbetsgruppen för adolescensmedicin. Vid senaste mötet i maj 2007 anordnades ett välbesökt förmöte där Kristina Berg-Kelly och Juan Carlos Suris gav information om EUTEACH, ett utbildningsprogram i ungdomsmedicin som finns att tillgå på nätet (www.euteach.com). Arbetsgruppen har gjort en omarbeting av målbeskrivningen för basal utbildning där ungdomsmedicinska aspekter har lagts till samt utformat ett dokument angående program för överföring till vuxenmedicin av kroniskt sjuka ungdomar.

EU-rekommendationer för vaccination

Mycket arbete har senaste åren lagts ner i arbetsgruppen Medicines for Children och har bland annat lett till framtagande av de aktuella avtal som nu gäller för läkemedelsprövning på barn.

Arbetsgruppen för vaccination har presenterat de nya vacciner som framtagits på tidigare förmöten och ett aktuellt arbete pågår där CESP tillsammans med European Society for Paediatric Infectious Diseases ska ta fram rekommendationer för ett program för barnvaccination på Europainivå. De flesta länderna inom EU har idag infört Hepatit B vaccin i sitt vaccinationsprogram och de vacciner som närmast väntar på att införas är mot varicellae, rotavirus, pneumokocker och humant papillomavirus.



Kristina Berg-Kelly och Jeanette Martinell under en paus vid ett möte på Cypern.

BARNMEDICIN

En nystartad grupp arbetar med indikatorer avseende barns- och ungdomars hälsa, där Björn Wettergren är ordförande.

CESP är också delarrangör tillsammans med UNEPSA i den europeiska pediatrika kongressen Europaediatrics, som 2006 hölls i Barcelona. I kongressen deltog flera subspecialiteter och det blev ett brett utbud av utbildning enligt samma koncept som vår Barnvecka. Kongressen blev en framgång med 2500 deltagare och hålls nästa gång i Nice, oktober 2008.


Större slagkraft

Samarbetet inom CESP kan tyckas gå långsamt men det är synnerligen viktigt att samtliga medlemsländer kan acceptera de förslag som läggs fram och implementera dem, annars blir de inte verkningsfulla. Under senare år har ändå mycket hänt. Inom CESP har man även genom att kontinuerligt se över struktur och processer effektiviserat verksamheten och fått större slagkraft. Som ett led i detta sker nu en form av integrering av CESP och European Academy of Paediatrics, EAP, med möjlighet

för alla barnläkare i Europa att bli medlemmar. Detta kommer bland annat att underlätta samarbetet med experter och expertgrupper inom olika områden. Även om den politiska organisation, som CESP i grunden utgör, kvarstår upplevs detta som ett betydande utvecklingssteg och det markeras även med en namnändring från CESP till: *UEMS section for Paediatrics, EAP*.

Klart är att det finns skäl för BLF att fortsätta engagera sig på denna europeiska spelplan. Samarbetet inom EU kommer att få allt större betydelse och en samlad pediatrikkår kan hjälpas åt att lyfta barnperspektivet inom EU. Sverige ligger i frontlinjen inom många av pediatrikens områden, inte minst när det gäller prevention. Vi har mycket att lära ut men också mycket att lära. För att vara kraftfulla måste vi också hjälpas åt och växla representation. Staffans och Jeanettes stafettspinnar tas nu för en period över av Boel Andersson-Gäre och Björn Wettergren.

Jeanette Martinell, barnläkare, Göteborg
Björn Wettergren, barnläkare, Uppsala



Styrgruppen för BORIS

INBJUDER

till en heldag om barnfetma och kvalitetsregister!

Stockholm den 8 november 2007

SE ES GR

Inbjudan avser två personer från varje enhet/klinik

BORIS (BarnObesitasRegister i Sverige), det nationella kvalitetsregistret för barnobesitas stöds ekonomiskt av Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting. Besök gärna hemsidan, www.e-boris.se, för mer information kring BORIS!

Styrgruppen: Claude Marcus, professor/överläkare, registeransvarig. Anders Ekblom, professor, Enh I klin epidemiologi, Karolinska Institutet. Carl-Erik Flodmark, Med dr/överläkare, Universitetssjukhuset MAS. Jan Kowalski, Biomedicinsk statistiker, JK Biostatistics. Pernilla Danielsson, barnsjukvårdare/doktorand, Karolinska Universitetssjukhuset. Staffan Mårild, Med dr/överläkare Dr Silvias barn- och Ungdomssjukhus. Sven Klaesson, Med dr/överläkare, Södertälje Sjukhus. Viktoria Svensson, dietist/databasansvarig, Karolinska Universitetssjukhuset. Koordinator: Märta Fredriksson, Karolinska Institutet

PRELIMINÄRT PROGRAM
10.00 – 15.00 (plats meddelas senare)

Förmiddag

Barnfetma – Var står vi idag?
Utbredning
Behandlingsstrategier
Nya behandlingsformer – läkemedlens plats idag och i framtiden

Vad är BORIS?
Nyttan och nöje med BORIS i praktiken: Olika sätt att få in BORIS i det dagliga patientarbetet

Lunch

BORIS-resultat från Rikscentrum Barnfetma och från behandlingsteamet överviktiga barn på Södertälje Sjukhus
Inspiration till hur den egna kliniken kan använda BORIS för att utveckla verksamheten

Representant från Socialstyrelsen/SKL hjälper oss att reda ut regelverk och begrepp kring kvalitetsregister

SE ES GR

Dagen är kostnadsfri (lunch och kaffe ingår)
Bindande anmälan till pernilla.danielsson@karolinska.se senast den 19 oktober!

NOTISER

Barnmottagning bäst i test

Barnmottagningen vid Norrtälje sjukhus, en del av vårdbo-laget Tiohundra, är vinnare av Arbetsmiljöforums stora arbetsmiljöpris. Cirka 100 organisationer var nominerade.

Sedan 2003 är barnläkaren Ingmar Zachrisson enhetschef på mottagningen.

Juryns kriterier var bland annat god stämning, möjlighet att kombinera arbete och fritid, jämställdhet, bra chefer och högt i tak.

”När medarbetarna är synliggjorda och får uppskattning skapas en familjär stämning som ger möjlighet till en hög arbetstillfredsställelse. Mottagningen har (åter)infört tänketid/reflektion.”, står det i juryns motivering.



Personalen på barnmottagningen i Norrtälje samlad i väntrummet. Från vänster: Kjell Strandberg, Carin Hedlund Eriksson, Maud Dubois, Tomas Engvall, Ingmar Zachrisson, Gunilla Eriksson, Veronica Österberg. Närmast i bild Anette Ericsson.

Sydsveriges barnläkare träffades i Ystad

Den 1 juni träffades medlemmarna i Sydsvenska Pediatriska Föreningen för sitt årliga medlemsmöte, denna gången i Ystad. Föreningen ansluter barnläkarna i södra Sverige och höll sitt första möte för 84 år sedan. Medlemstalet är för närvarande imponerande 308 stycken.

Årets möte innehöll som vanligt tre delar: en vetenskaplig del, ett årsmöte samt en social aktivitet.

Värdar var Barn- och Ungdomsmottagningen i Ystad, som hade skapat ett intressant och varierande program.

Först ut var Ystads egen ”kändis”, ortopeden och idrottsmedicinaren Sven-Anders Sölveborn, som höll en engagerad föreläsning om barn och idrott. Han redogjorde för ”Plötslig sportbarns-död”. Det är inte vanligare med plötslig död bland tävlingsidrottande ungdomar jämfört med övriga! Hjärtsjukdom helt dominerande orsak. I Sverige rekommenderas hjärtscreening (anamnes, status och EKG) för elitspelare inom bland annat fotboll och handboll. Huvudbudskapet var dock vikten av fysisk aktivitet för alla barn och ungdomar. Bland annat Bunkefloprojektet har visat stora positiva effekter av ökad mängd idrott i skolan.

Sven Wiklund fortsatte engagerat om förgiftningar och menade att vi sannolikt gör onödigt många ventrikeltömningar.

Förra årets stipendiatar, Lotta Webb och Ulrika Uddenfeldt, berättade om coeliaki respektive malaria. Ulrika kommer senare i år att lägga fram en avhandling om malaria, i Holland. Svensk som lägger fram avhandling om

malaria, i Holland – känns det igen? Givetvis – årsaktuelle Carl von Linné gjorde precis samma sak. Ett lustigt sammanträffande!

Slutligen berättade Helena Larsson om diabetesscreening, ett rykande aktuellt ämne.

Årsmötet erbjöd inga överraskningar. Styrelsen ser ut enligt följande: Ordförande: Martin Jägervall, Växjö. Sekreterare: Jan Bergils, Kristianstad. Kassör: Charlotta Schaedel, Lund. Ulf Tedgård, Malmö, Anders Blohmé, Karlshamn samt Carolina Karlsson, Trelleborg.

Slutligen fick hugade resenärer se Ystads prisade stadskärna via minitåg – perfekt upplägg för en barnläkarförening!

Ett stort TACK till Ystadkollegorna för ett mycket trevligt och lärorikt möte!

Martin Jägervall, ordförande



Ordförande Martin Jägervall, i mitten, i full färd med att smaka av Ystadmötets lunchbuffé.

BARNVECKAN

Barnveckan – en samlande faktor

Sol och stimulans i Linköping 23-27 april 2007

Text Nina Nelson

Foto Göran Wennergren och Per Odelberg-Johnson

Att sätta barnet i fokus och barnfrågor på kartan är viktigt inte bara inom professionen utan också i relation till samhället i stort. Syns vi inte finns vi inte. Bland annat därför är en framgångsrik barnvecka av betydelse för framtidens hälso- och sjukvård för barn och ungdomar.

Blev Barnveckan lyckad? Att döma av all positiv och varm återkoppling som strömmat emot oss i organisationsskommittén var veckan en succé! Detta intryck stärks också av de enkätsvar som hittills inkommit. Men det som stärkt oss allra mest är kanske den stämning som rådde under själva veckan. Att uppleva ett så livfullt utbyte inom kåren, över generationsgränser och mellan olika specialområden ger hopp om en ljus framtid med ytterligare utvecklad kompetens i ordets vidaste bemärkelse.

Deltagandet under veckan hade en god spridning över dagarna med högst frekvens onsdag och torsdag vilket glädjande nog dock inte innebar manfall övriga dagar som också var livligt välbesökta.



Elisabeth Brandberg, Lina Månsson, Karsten Kötz och Ann-Charlotte Andreasson visar glada miner under en kaffepaus.

Måndagen präglades av utbildningsfrågor med tonvikt på den nya målbeskrivningen för ST-utbildningen i Barn- och ungdomsmedicin. Verksamhetschefsmötet var välbesökt (30 st) liksom BLU-mötet och gemensamt diskuterades bland annat ST-utbildningen livligt. Vid professorsmötet gick också diskussionens vågor höga med stort intresse och engagemang för framtida villkor för blivande barnläkare. Hur ska klinisk forskning stimuleras och premieras parallellt med att utbildningen ger förutsättningar för att handläggas tillräck-

ligt många patienter inom de områden som målbeskrivningen ska täcka?

Landets sex SPUR-inspektörer samlades också denna dag som avslutades med att Hälsouniversitetets dekanus och en nyutexaminerad före detta läkarstudent beskrev den omvittnat goda läkarutbildningen i Linköping.

Svårt att välja

Alla dagar utom torsdagen innehöll tre parallella sessioner, vilket vi uppfattat som ett positivt uttryck för att våra olika delföreningar verkligen funnit det angeläget att träffas och bjuda kollegor runt om i landet på sin kunskap. För att inte trötta läsaren kommer jag här inte rabbla upp hela programmet utan ge några axplock som särskilt uppmärksammats i enkätsvaren.

De avsnitt som berörde allergologi, neuropediatrik, pulmonologi, onkologi och neonatologi har flera kongressdeltagare uttryckt särskild uppskattning över. Av enkätsvaren att döma uppfattade man programmet varierat, allmänbildande och intressant men att det stundtals var svårt att välja. Flera deltagare saknade kardiologin som ställdes in. Arbetsgruppen för infektionssjukdomar och vaccinationer gjorde ett framgångsrikt programval med temat "Nya vacciner, en prioriteringsdiskussion"; salen var välfylld, argumenten välslipade och auditoriet aktivt med många dagsaktuella frågor.



Lars Gelander, Kathryn Dewey och Johnny Ludvigsson, moderator, efter väl genomfört symposium om tillväxtkurvor

BARNVECKAN



Lena Forsén, Evalotte Mörelius och Lena Hanberger ur organisationskommittén med Britt Marie Ygge ordförande i Riksföreningen för barnsjuksköterskor.



"Våra barn och djurens ungar" – ett engagerande symposium. Sverre Sjölander, Bengt Röken och Viveca Lärn föreläste. Nina Nelson var moderator.

Ett föredrag på onsdagen samlade oss alla: "Tillväxtkurvor – nationella och internationella perspektiv". Professor Kathryn Dewey och barnhälsovårdsöverläkare Lars Gelander täckte området på ett utomordentligt sätt, såväl innehållsligt som i pedagogisk framställning. Jag tror att alla fick mycket att tänka på och ämnet är långt ifrån uttömt, debatten lär fortsätta!

Den gemensamma dagen, med tema stress, med barnsjuksköterskorna – hur uppfattades den? För somliga alltför specialiserad, för andra alltför generell. Genomgående och mer representativa var dock omdömen som "suveränt", "precis rätt", "högt kunskapsvärde", "kände stor glädje och stimulans", "tankeväckande och intressant". Särskilt avsnittet "Våra barn och djurens ungar" har av flera deltagare uppmärksammats som särskilt givande.

På den 6-gradiga enkätskalan uttryckte 73 procent av barnläkarna och 92 procent av barnsjuksköterskorna sig på den positiva hälften av skalan till en samarrangerad dag. Nästan 15 procent av barnläkarna svarade "vet ej". På frågan om fler gemensamma dagar var svaret nej hos 59 procent av barnläkarna, ja hos 10 procent medan inställningen hos barnsjuksköterskorna är nästan den omvända. Representativiteten är dock svår att bedöma när många enkätsvar fortfarande saknas. Värt att notera är dock frågan om andra yrkeskategorier skall ges möjlighet att samverka med oss denna vecka. För en del av oss är denna fråga högst väsentlig. Jag tänker då i första hand på HÖV-sektionen, Hälso- och Öppenvårdsprogrammet, där samarbetet med flera yrkeskategorier är så viktig att man överväger (har beslutat?) att förlägga sina utbildnings-/mötesdagar till annan tidpunkt än Barnveckan.



Pia Laurin, Barbro Hedin Skogman och Per Odelberg-Johnson.

Vårt eget årsmöte i BLF under ledning av ordförande Göran Wennergren var nog ett av de mer välbesökta årsmöten som föreningen haft. En förening är ju dess medlemmar och ett aktivt årsmöte känns därför väsentligt. Här ges möjlighet att i dialogform få inblick i exempelvis ekonomifrågor, remisshantering, styrelseaktiviteter, medlemsfrågor och mycket annat.



Linköpings biskop i skådespelet "Historiens vingslag".

BARNVECKAN



Åsa Andersson och Caroline Grufman informerade vid Apotekets utställning.

Nå, blev Barnveckan en succé? Vi hade närmare 700 deltagare och 28 utställare. Drygt 90 procent av enkätsvaren utföll positiva för frågorna om konferensen var lärorik, ämnesråden intressanta, bra nivå på föreläsningarna och kongressen välorganiserad. De sociala arrangemangen har lovordats, vädrets makter var vänligt sinnade och jag tror att många gladdes med oss i att se så många av våra unga medarbetare närvarande och engagerade. Och kära pensionärer och emeriti; ni är givetvis oerhört värdefulla även ni – i att bidra med djup och bred kunskap och förmedla lite av vad historiens vingslag fört med sig till dagens pediatrik. Återstår nu för våra vänner i Örebro att förvalta och utveckla en fin Barnvecka vidare. Kanske ska vi ha fler paneldiskussioner? Kanske ska vi hörsamma de som önskar föreläsningar med mer spets-

kompetens? Eller är det de som önskar föreläsningar med mer praktisk, klinisk inriktning som skall hörsammas? Fler pro- and con-debatter? Fast hälften säger sig inte veta...

Och så den eviga och tillika svåra men viktiga frågan om posters!

Jag vill slutligen tacka alla er som på olika sätt bidragit till en fin Barnvecka - till att ni kom, såg och berikade samvaro och kunskapsbank! Jag och övriga i organisationsskommittén känner att 13 månaders arbete var mödan värd om ni är nöjda. Vi för med glädje stafettpippen vidare - väl mött i Örebro vecka 16, 2008!

Nina Nelson

Barn- och ungdomskliniken, Linköping



Nina Nelson och Göran Wennergren.

Psykisk ohälsa bland unga i Sverige

Finska ungdomar mår bättre än svenska

Psykiska problem har blivit vanligare bland unga. Den negativa utvecklingen har varit mer påtaglig här jämfört med andra länder i Europa.

Sven Bremberg vid Statens folkhälsoinstitut talade på Barnveckan i Linköping om hur barn och unga mår i Sverige idag.

En förklaring till de tilltagande problemen är sannolikt den drastiskt försämrade arbetsmarkanden för ungdomar i Sverige. En annan bidragande förklaring är de ökade krav som ställs på den enskilde i ett modernt, individualiserat och informationstätt samhälle.

Under de senaste 10-20 åren har flera rapporter visat att det blivit vanligare att ungdomar är nedstämda oroliga, har svårt att sova och har värk. I SCB:s undersökningar av levnadsförhållanden angav år 1989 nio procent av kvinnor i åldern 16-24 år att de hade besvär av ångslan, oro eller ångest. Sexton år senare, år 2005, är det tre gånger fler, 30 procent, som har sådana problem. Fem andra liknande svenska studier av ungdomar i åldern 15-24 år, genomförda under perioden 1980-2005, visar på liknande utveckling. Ökningen av problem är mest markant under tiden efter 1990. Psykiska besvär har ökat även i befolkningen i stort men ökningen är mest uttalad i åldern 16-24 år och ökningen saknas helt för de äldsta.

Psykiska besvär har ökat i ungdomsgruppen även i andra höginkomstländer. Ökningen bland ungdomar förefaller vara fortsättningen på en trend med början efter andra världskrigets slut. Twenge har sammanställt flera studier från USA som gäller barn och ungdom. Hon finner att oro och neurotiska symptom blivit betydligt vanligare under perioden 1952 till 1993. Ett genomsnittligt amerikanskt barn under 1980-talet är mer ångsligt och oroligt än de barn som under 1950-talet behandlades på barn- och ungdomspsykiatriska kliniker.

Utvecklingen i Sverige under de senaste decennierna har några tydliga särdrag. Den internationella studien Skolbarns hälsovanor gör det möjligt att jämföra utvecklingen bland elva-, tretton- och femtonåringar i elva länder i Europa. År 2002 var situation bland elvaåringar i Sverige påfallande gynnsam. Situationen bland trettonåringar är i det internationella perspektivet sämre men ändå genomsnittlig. När barnen nått femton års ålder når ungdomar i Sverige inte ens upp till den genomsnittliga nivån.

Studien tyder således på att svenska barn mår bra medan ungdomar i Sverige klarar sig relativt dåligt. Jämförelsen med grannlandet Finland är tänkvärd. Där ligger barnens välbefinnande i topp i alla de tre åldrarna.

Levnadsförhållanden inverkar

Läget har inte alltid varit på detta sätt i Sverige. Under perioden 1986-2002 ökar förekomsten av besvär i flera länder. Försämringen bland ungdomarna i Sverige går dock snabbare än i något annat europeiskt land.

Hälsoläget i en befolkning bestäms i första hand av levnadsförhållanden. Nordisk välfärdsforskning har utvecklat en tradition för att beskriva människors levnadsvillkor. Denna tradition avspeglas i undersökningar av levnadsförhållanden (ULF). Välfärdsresurser beskrivs där i tolv dimensioner: Arbetsmiljö, Boende, Ekonomi, Fritid, Hälsa, Materiella tillgångar, Medborgerliga aktiviteter, Sociala relationer, Sysselsättning, Transporter, Trygghet samt Utbildning. Dessa dimensioner är lämpliga att använda för att beskriva ungdomars levnadsvillkor. Välfärdsforskningen fångar dock inte alla aspekter. Därför krävs komplettering med andra uppgifter. Vissa fritidsaktiviteter har potentiellt stor betydelse. Det gäller bruk av alkohol och droger, fysisk aktivitet och IT-bruk (tv, datorspel, sms, internet).

För att klargöra om förändringar av några av dessa aspekter kan förklara ökningen av psykiska problem behöver faktorerna analyseras, faktor för faktor. En förutsättning för att en faktor uppfattas spela roll är att det finns studier med god kvalitet som visar att faktorn kan påverka den psykiska hälsan. Ett andra villkor är att faktorn förändrats i ogynnsam riktning under de senaste decennierna.

Förklaringar till utvecklingen

En genomgång av de välfärdsfaktorer som beskrivs i ULF och av andra faktorer som förekommit i den allmänna debatten visar att de förändringar som förekommit vanligen inte kan förklara utvecklingen av psykisk ohälsa eftersom de två angivna kraven inte uppfylls. Ungdomars levnadsförhållanden har istället i många avseenden förbättrats. De stora undantagen utgörs av en avsevärt försämrad arbetsmarknad för unga, ett ökat bruk av alkohol och droger samt mer differentierade roller i samhället, ofta kallat "individualisering".

BARNVECKAN

Möjligheterna till få förvärvsarbete för unga har drastiskt försämrats. I samband med 1990-talskrisen försvann ett stort antal arbetstillfällen för unga. Den bestående förlusten var netto omkring 300 000 arbetstillfällen, det vill säga arbetstillfällen som inte har kommit tillbaka. Den bestående förlusten av arbetstillfällen har nästan enbart drabbat ungdomar medan andra åldersgrupper påverkats endast i begränsad omfattning.

De minskade möjligheterna till förvärvsinkomster har påverkat ungdomarnas ekonomi. Andelen fattiga bland ungdomar i åldern 16-24 år, som ej bor kvar i föräldrahemmet, har nästan fördubblats 1982-2003. Hela ökningen inträffar efter år 1990-91. Delvis, men inte helt, kan utvecklingen förklaras av att fler ungdomar studerar. Fyrtio procent av alla personer som lever på bistånd (socialbidrag) är i åldern 18-29 år. Den försämrade ekonomin medför att ungdomar bor kvar längre hos föräldrarna.

Istället för att arbeta studerar ungdomar i ökad omfattning. Praktiskt taget alla går i gymnasiet och 41 procent har påbörjat en högskoleutbildning. Skolan har därför fått ökad betydelse. Det finns dock tecken på att skolan inte kunnat motsvara de nya kraven. Av alla 20-åringar saknar 28 procent slutbetyg från gymnasieskolan, trots att de varit inskrivna i denna skolform. Under 1990-talet blev alla gymnasieprogram treåriga för att alla ungdomar skulle bli behöriga till högskolan. Förklaringen till att stora grupper av ungdomar saknar betyg från gymnasieskolan kan delvis förklaras av att gymnasieskolan inte kunnat erbjuda en undervisning som kvalificerar de flesta ungdomar till denna nivå. Denna brist kan delvis vara en följd av problem i grundskolan där andelen som slutar år nio utan godkända betyg har ökat sedan införandet av nuvarande betygssystem år 1997 och nu är uppe i omkring tio procent.

Individualisering och differentiering

När ungdomar får frågor om stress framhåller många att det finns en mängd motstridiga krav som de ska leva upp till. Om kraven på att hantera mångfalden blir alltför stora upplevs möjligheterna som en påfrestning istället för en rikedom. Därför är det befogat att diskutera dagens mångfald som en källa till stress och psykisk ohälsa.

Med industrialiseringen ökar produktiviteten. Allt fler människor kan ägna sig åt verksamhet som tillgodoser behov utöver de basala. Därigenom blir samhällets roller mer differentierade. Det postindustriella samhället utgör

en fortsättning av denna trend. Ett villkor för att produktiviteten ska kunna öka är att människor överger gamla sätt att arbeta och istället löser uppgifter på nytt sätt. Detta förutsätter att människor övergår från att fästa vikt vid traditionell auktoritet till att istället värderar det egna självständiga och rationella tänkandet.

Med ökad differentiering blir tillvaron mindre förutsägbar. Upplösningar av traditionella roller har varit ett framträdande tema i ungdomsforskningen. Sociologen Zygmunt Bauman använder begreppet "liquid modernity" (flytande modernitet) för att beskriva ett samhälle där inga gränser längre är klara.

World Value Survey är ett omfattande internationellt system som används för att följa utvecklingen av människors värderingar. World Value Survey särskiljer två dimensioner som anknyter till begreppet individualisering. En dimension gäller traditionell auktoritet versus sekulär-rationell auktoritet. Personer med sekulär-rationella värderingar har en allmänt ifrågasättande attityd och anser att den enskilde kan göra egna rationella bedömningar. I Sverige dominerar sekulär-rationella värderingar. En annan dimension som särskiljs i World Value Survey gäller inriktning på överlevnad och materiella förhållanden versus individuellt självförverkligande. I Sverige dominerar värderingar knutna till självförverkligande. I 1990 års översikt ingick ett knappt hundratal länder. Sverige representerar extremen för båda dimensionerna. Det innebär att vi i Sverige mer än i något annat land utgår från sekulär-rationell auktoritet och betonar individuellt välbefinnande och självförverkligande mer än i andra länder.

Åtgärder

Samhället investerar mer än 100 miljarder kronor i utbildningssystemet. Det är samhällets främsta sätt att förbereda unga människor för livet som vuxna. I grannlandet Finland mår ungdomar bättre än i Sverige. Skolan i Finland ligger i världstopp. En förbättrad skolan är därför en central åtgärd.

Sven Bremberg,

Barn- och ungdomsläkare, Statens folkhälsoinstitut

Referens

Utbildnings- och kulturdepartementet. Ungdomar, stress och psykisk ohälsa. Analyser och förslag till åtgärder. SOU 2006:77.

ENKÄT

Anser du att barn ska ha rösträtt genom sina föräldrar?



Lisa Bondjers
ST-läkare, Göteborg

Antal barn: 3

- Nej, jag är inte säker på att föräldrar ser till barnens bästa i valsituationen.



Pär Ansved
Klinikchef, Kalmar

Antal barn: 5

- Lutar åt ja ju mer jag tänker på det.



Christian Penno
Överläkare, Helsingborg

Antal barn: 2

- Nej, men sänk rösträttsåldern till 15 år.



Ralph Bågenholm
Överläkare, Göteborg

Antal barn: 2

- Nej, jag tror inte att jag och min säg 14-åriga dotter har samma politiska åsikt.

ÖVERVIKT

Barnfetma, Boris och Södertäljemodellen

Södertälje sjukhus ger barn ny ork

Text Sven Klaesson

Barn och ungdomsmedicinska mottagningarna, BUMM, är en avgörande faktor i att få en fungerande vårdkedja kring barnfetma. Tyvärr har det i praktiken varit svårt att etablera behandlingsteam och skapa en struktur för behandlingen på enskilda mottagningar. Erfarenheterna från Södertälje visar att genom att arbeta med BORIS (Barnobesitas registret i Sverige) har behandlingen inte bara kvalitetssäkrats utan registret har också som bieffekt skapat struktur, stöd och underlättat det dagliga direkta patientarbetet. Och registret har *inte* blivit en ytterligare arbetsbelastning.

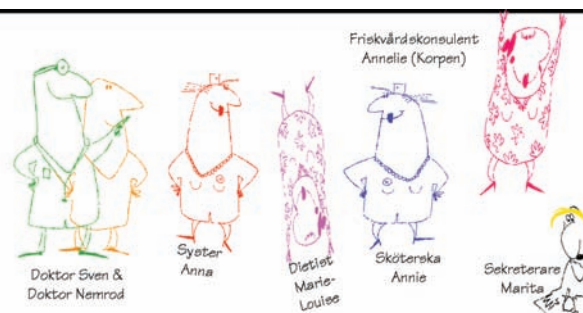
I Sverige är cirka varannan man och var tredje kvinna överviktig. Övervikt/fetma ökar även bland de yngre barnen och ungefär 25 procent av våra barn och ungdomar beräknas vara överviktiga (4-6 procent har fetma). Preventiva insatser är nödvändiga men för de som ändå utvecklar fetma krävs ibland livslång behandling. Studier visar att en kombination av livsstilsförändringar, motion och rätt kostvanor, kan ha en gynnsam effekt på viktutvecklingen i specifika åldersgrupper. I de flesta landsting och regioner finns nu vårdprogram/vårdkedjor upprättade.

År 2004 presenterade Stockholms läns landsting sin handlingsplan mot fetma. Målsättningen är att under en tioårsperiod halvera antalet personer med fetma i länet. I implementeringen av vårdprogrammet är barn ett prioriterat område men det har i praktiken visat sig svårt att etablera fungerade och sammanhållna vårdkedjor trots olika projekt och ekonomiska satsningar. I toppen av "pyramiden" finns den högspecialiserade vården vid Rikscentrum för barnfetma på Karolinska Universitetssjukhuset och i basen BVC där numera alla familjer erbjuds hälsosamtal och alla barn screenas för övervikt och fetma vid fyra till fem års ålder. Mellan dessa vårdnivåer finns BUMM som är en av de viktigaste länkarna i att få en fungerande vårdkedja. Tyvärr har det i praktiken varit svårt att engagera BUMM.

En strukturerad behandling av barnfetma i närsjukvården
Barnmedicinska enheten på Södertälje sjukhus blev tidigt involverad i ett pilotprojekt då handlingsprogrammet i Stockholm utvecklades. *Södertäljemodellen* för behandling av barnfetma i öppenvård har på fem år utvecklats till en av Sveriges största och bygger på ett team bestående av läkare, sköterskor, dietist och Korpen Södertälje.

Behandlingen individualiseras utifrån barnets och föräldrarnas behov i syfte att etablera bestående livsstilsförändringar och består av enskilda besök samt gruppbesök i

form av föräldrautbildning/viktskola och olika fysiska aktiviteter under minst tre till fyra år.



På Södertälje sjukhus samarbetar experter tillhörande olika professioner för att hjälpa barn med viktproblem.

Då BVC, och i viss mån skolan, numera genomför hälsosamtal och screening för övervikt och fetma är målsättningen att alla barn med fetma skall erbjudas behandling tidigt i livet. Viktskolan kompletteras därför nu med en strukturerad föräldrautbildning som bygger på pedagogisk framtagning för föräldrar till barn med ADHD (COPE). För äldre barn med speciella behov erbjuds lägerprojektet NYork (läs ny ork) som drivs med stöd från Folkhälsoanslaget. Utifrån resultat kan behandlingen för de svårast sjuka intensifieras med till exempel lågkaloridiet och läkemedelsbehandling ofta i samarbete med Rikscentrum. Teamet stödjer också vårdkedjan med bland annat utbildning av skolpersonal, BVC och andra vårdgivare och senaste året har också flera utvecklings- och forskningsprojekt påbörjats.

Vad är en strukturerad behandling?

Södertäljemodellen utvecklades i och med tillkomsten av landstingets vårdprogram. Ett tvärprofessionellt team krävde också resurser framför allt för att organiseras, utbildas och lära sig tala "samma språk". Vi började tidigt att samla data från våra patienter men ganska ostrukturerat och med mer personligt engagemang än struktur. Syftet var från början att möjliggöra någon form av valitetsarbete/utvärdering av vår verksamhet men det var inte förrän BORIS presenterades år 2005 som vi faktiskt tvingades att se över vår ganska amatörmässiga datainsamling. I tiden sammanföll detta med att verksamheten växte och fler personer engagerades i teamet. Plötsligt var behandlingsstrukturen inte självklar; Säger vi samma saker? Vad skall anamnesen innehålla? Föräldrarnas roll? Hur ofta ska vi mäta blodtrycket? Hur planerar du uppföljning? etcetera.

ÖVERVIKT



I Södertälje investerar sjukvården i att hjälpa överviktiga barn. Bilden visar Marenbron i den centrala delen av staden.

Ett tydligt behov av att strukturera och utveckla en metodbok uppstod. Arbetet har påbörjats och kommer att resultera i ett första utkast till hösten. Metodboken skall inte bara beskriva det praktiska patientarbetet utan också teamets olika delar och funktion, ekonomiska överväganden och beskriva en struktur för att utvärdera resultat baserat på BORIS.

Nybesök och årskontroller

I BORIS bygger datainsamlingen på att data insamlas och struktureras utifrån ”nybesök” och ”årskontroller” och matas in på ett ganska enkelt sätt direkt via ett webbaserat protokoll. I Södertälje hade vi tidigare utvecklat en enkät som föräldrar och barn fyllde i innan besöket (jfr t ex med BLF's allergiprotokoll). Tack vare BORIS har vi nu utvecklat tre stycken protokoll; en förälder/patientenkät för nybesöket, en motsvarande för årskontroller och ett tredje protokoll för läkaren att fylla i.

Alla barn har nu också en tydlig besöksstruktur som förutom ny- och återbesök innehåller årskontroller där vi mer systematiskt tittar tillbaka på uppnådda resultat, upprättar en individuell behandlingsplan och gör en årlig läkarkontroll (status, eventuell provtagning etc). Föräldrar/barn-protokollet skickas alltid hem med kallelsen till besöket. Hittills har responsen från föräldrarna varit positiv och många uttrycker att de uppfattar frågorna som ett stöd i behandlingen då man mer systematiskt förbereder sig inför läkarbesöket. Vid själva besöket går den igenom av läkaren tillsammans med barn och föräldrar och läkaren gör sin undersökning och fyller i sitt protokoll. Därefter häftas de ihop och läggs för

registrering i BORIS. Frågorna följer ordningen i registret så det blir relativt enkelt för den person som registrerar. Vi har valt att lägga det arbetet på en särskild person, en barnsköterska, men självklart kan ju läkaren också göra det direkt i anslutning till besöket. För läkarna har protokollen i praktiken underlättat, strukturerat och faktiskt sparat tid i det direkta patientarbetet (och har inte som vi befärade blivit en ytterligare belastning). *Protokollen kan erhållas per mail av undertecknad och får fritt modifieras och skrödarsys utifrån egna behov.*

Metodbok på väg

Det finns ett stort behov av att samverka mellan sjukvårdens verksamheter, att kommunens hälsoarbete utvecklas utifrån lokala förutsättningar och att närsjukvården, både primärvård och barnläkare, utvecklar rutiner och handlingsprogram för upptäckt och behandling av barnfetma.

Det goda exemplet efterfrågas stort och vid seminarier och föreläsningar uppstår alltid en efterfrågan på skrivet material, nedtecknade erfarenheter och praktiska tips. En sådan metodbok behövs men för att den skall bli vederhäftig krävs också att den inte bara visar på ”verktygen” utan också resultat.

Utbildningsdag i höst

Vi ser nu framåt mot hösten då vi för första gången, på ett mer vetenskapligt sätt, kan börja utvärdera vår behandlingsmodell med hjälp av BORIS. Resultaten blir en viktig input i arbetet med vår metodbok som vi hoppas kan bli ett stöd för andra BUMM att starta upp ett mer strukturerat behandling av barnfetma.

Nästa steg blir att med hjälp av BORIS börja jämföra de olika behandlingsmodeller som finns i Sverige. Alla större centra har påbörjat en registrering av data och flera andra, såväl barnsjukhus som enskilda mottagningar, har visat intresse för att kvalitetssäkra sina data via BORIS.

En kostnadsfri utbildningsdag kring barnfetma och kvalitetsregister kommer därför att anordnas den 8 november 2007 för särskilt intresserade från varje enhet/klinik (se särskild annons).



*Sven Klaesson,
Barnläkare och verksamhetschef, Södertälje
sven.klaesson@sns.sll.se*

Södertäljemodellen

Barnläkarmottagningen på Södertälje Sjukhus ansvarar för cirka 26000 barn (kommunerna Salem, Nykvarn och Södertälje). Nyinsjuknandet i fetma innan sju års ålder beräknas till cirka 50 barn per år.

Södertäljemodellen bygger på Stockholms läns landstings handlingsprogram mot fetma och innebär att barn mellan fem och tolv år med fetma skrivs in för en strukturerad behandling i syfte att etablera bestående livsstilsförändringar.

Det är nu cirka 200 barn i aktiv behandling. Familjen erbjuds dietistkontakt och föräldrautbildning/viktskola det första året samt fortlöpande regelbunden kontakt med läkare och sköterska de första fyra åren. Parallellt med mottagningsbesöken erbjuds fysträning i grupp via Korpen.

Alla barn följs tom 18 års ålder med en särskild årlig läkarundersökning. Resultaten registreras och följs i BORIS. Verksamheten kräver cirka 50 procent läkarresurs, 50 procent sköterska samt externa resurser i form av dietist och friskvårdskonulent. Under 2007 skall behandlingen utvärderas vetenskapligt.

ÖVERVIKT

BORIS (Barn Obesitas Register I Sverige), är ett nationellt webbaserat kvalitetsregister för barnobesitas som startades under 2005. Registret stöds ekonomiskt av Socialstyrelsen och Sveriges kommuner och landsting.

Det grundläggande syftet med registret är att långsiktigt följa behandling av barnfetma i landet. Vilka behandlingsformer erbjuds och hur är resultaten? Sker en kvalitetshöjning i takt med att kompetensen och utbildningsnivån höjs? Med hjälp av ett nationellt kvalitetsregister kvalitetssäkras vården lokalt gentemot hur det ser ut i Sverige totalt.

En målsättning med registret är att det ska tillhandahålla enkla arbetsinstrument både för den som drar igång ett behandlingsprojekt, men också för den kliniska verksamheten.

Besök gärna hemsidan, e-boris.se, för mer information!

“Kompetensen är relativt låg”

I Sverige är cirka varannan man och var tredje kvinna överviktig. Övervikt och fetma ökar bland de yngre barnen. 25 procent av barn och ungdomar beräknas vara överviktiga (4-6 procent har fetma). Fetma och övervikt är relativt jämt fördelat mellan könen, men det finns stora etniska och sociala skillnader.

Fetma leder till ökad risk för sjuklighet och förtidig död i hjärt- och kärlsjukdomar, komplikationer till typ II-diabetes och cancer. Barn- och ungdomsfetma är särskilt allvarlig då epidemiologiska undersökningar visar att det är farligare ju tidigare fetman utvecklas. Prognosen för att barn med fetma och övervikt utan behandling blir normalviktiga som vuxna är dålig.

Det finns idag väl utvecklade vårdprogram. Behandlingen bör starta tidigt och det finns relativt god evidens för olika typer av beteendestrukturerad behandling för yngre barn och ungdomar. För barn med svår fetma och för tonåringar i 15-årsåldern är effekten av beteendebehandling sämre. Därför prövas nu kirurgisk behandling och läkemedel.

Ökat engagemang behövs

Fetmavården för barn och ungdomar byggs snabbt ut i Sverige för närvarande. Samtidigt är kompetensen relativt låg, vilket medför risk för att vårdkvaliteten blir ojämn. Ett annat problem är att det finns regionala, geografiska, etniska och sociala skäl som gör att behandlingen blir ojämnt fördelad i befolkningen.

Intention och pengar är inte alltid det som saknas utan vad som behövs är ett ökat engagemang inom vårdprofessionen

och etablering av de program och metoder som finns tillgängliga. Från barn- och skolhälsovården framförs stor oro för att bland annat BUMM inte kan klara av sitt uppdrag.

Sven Klaesson



Det klassiska receptet mot övervikt: frukt och grönsaker.

Expertgrupp samlar uppgifter om barns tillväxt

Sveriges Kommuner och Landsting, SKL, har under våren tillsatt en expertgrupp för att samla in uppgifter om barns tillväxt.

Nationella expertgruppen för frågor om barns tillväxt, Next, leds av Claes Sundelin, professor emeritus och barnläkare i Uppsala. Barnläkarföreningen är representerad av Margareta Blennow som är barnhälsovårdsöverläkare vid Sachska Barnsjukhuset i Stockholm.

Next har bland annat till uppgift att skapa en nationell referensskälla för barn- och skolhälsovården.

INTERVJU

Skilda åsikter om berikning med folsyra

Statens beredning för medicinsk utvärdering SBU har nyligen avslutat en utredning om "Nytta av att berika mjöl med folsyra i syfte att minska risken för neuralrörsdefekter".

Utredningens syfte var att studera det vetenskapliga underlaget för om ökat intag av folsyra leder till minskad förekomst av neuralrörsdefekter (NTD) och ökar risken för förekomst av tvillinggraviditeter.

SBU:s slutsats är att inte rekommendera obligatorisk berikning av mjöl.

Claes Sundelin, barnläkare, ledde utredningen.

Hugo Lagercrantz, barnläkare, hävdar i en debattartikel i Dagens Nyheter, att barn drabbas i onödan av fosterskador om vi inte berikar mjöl med folsyra.

Barnläkaren frågar Claes Sundelin:

Idag föds 20-25 barn med NTD. Utredningens vetenskapliga underlag talar för att berikning med folsyra i mjöl skulle minska förekomsten av NTD. Varför är du beredd att låta foster och barn fortsätta att drabbas?

– SBU:s expertgrupp har haft som främsta uppgift att genom systematisk litteraturgenomgång värdera nytta av obligatorisk berikning med folsyra i mjöl i syfte att minska förekomsten av NTD hos foster och barn. I andra hand har det ingått i uppdraget att beakta eventuella risker med en sådan berikning.

– Expertgruppen har sett det som etiskt, medicinskt och samhällsekonomiskt betydelsefullt att minska förekomsten av NTD om detta inte är förenat med någon signifikant risk för oönskade effekter.

– Den relevanta litteraturen, främst studier från USA och Kanada, utgörs av ekologiska kohortstudier där man följt förekomsten av NTD över tid före och efter berikning som infördes i slutet på 90-talet.

– Varje enskild sådan studie har ett svagt bevisvärde, inte minst på grund av osäker/ofullständig rapportering av avbrytande på grund av NTD under en period när ultraljudsdiagnostik av NTD blivit allt mer vanligt förekommande. Den samlade bilden enligt expertgruppen är trots dessa reservationer att det föreligger medelhög evidens för att berikning minskar förekomsten av NTD.

– I Sverige föds för närvarande 20-25 barn per år med NTD och årligen sker cirka 80 sena avbrytanden på denna indikation. Berikning av mjöl med folsyra skulle kunna leda till att dessa siffror minskade med cirka en tredjedel, det vill säga det skulle födas 12-15 barn med NTD och antalet avbrytanden skulle uppgå till cirka 50-60.

– Att expertgruppen trots denna bedömning inte stannat för att entydigt rekommendera berikning beror inte på

cynisk likgiltighet inför drabbade barn och familjer utan på svaret på fråga tre nedan.

Varför utvärderade SBU tvillinggraviditet som en risk?

– Frågan om obligatorisk berikning av mjöl har varit aktuell i Sverige i ett tiotal år. För några år sedan var myndigheterna nära ett positivt beslut men frågan lades på is sedan en svensk studie visat ett samband mellan intag av folsyra i anslutning till graviditet och ökad förekomst av tvillingfödselar. Tvillinggraviditeter är förenade med högre risk för fosterskador. Eftersom tvillingfrågan varit så väsentlig i den svenska debatten och internationella sammanställningar saknades ansåg expertgruppen det väsentligt att göra en systematisk genomgång av litteraturen på området. Resultatet av denna genomgång visade att det vetenskapliga underlaget var motstridigt. I vissa studier har forskare funnit ett positivt samband mellan intag av folsyra vid konceptionen och tvillinggraviditet men detta fynd har inte reproducerats i andra studier med motsvarande kvalitet.



Claes Sundelin.

Varför utvärderade inte SBU risk för cancer?

– SBU:s expertgrupp har inte haft vare sig uppdrag, tid eller kompetens att göra systematisk genomgång av den omfattande och snabbt växande litteraturen om det eventuella sambandet mellan folatnivåer och cancerutveckling. Vi har emellertid noterat att det betraktas som biologiskt plausibelt att höga folatnivåer kan stimulera tillväxt av maligna cellförband och förstadier till cancer och att det finns enstaka djurexperimentella studier som stöder denna hypotes samt att det exempelvis finns en nyligen publicerad svensk studie där man funnit att låga folatnivåer innebär minskad risk att insjukna i coloncancer (3).

– Sammanfattningsvis: Expertgruppen har ansett att tvångsmässig exponering av en hel population kan innebära svårvärderade risker för tredje man. Det är sant att denna risk är diffus och för närvarande omöjlig att kvantifiera. Vi har dock funnit den tillräckligt viktig att låta analysera i grunden före ett eventuellt beslut om obligatorisk berikning av mjöl, ett beslut som skulle innebära att barn och ungdomar lätt får ett folatintag som överstiger rekommenderade doser.

INTERVJU

Barnläkaren frågar Hugo Lagercrantz

Djurexperimentella studier visar att ökat folsyraintag kan stimulera tillväxt av tumörer. Risken för människa är inte klarlagd. Även en liten riskökning skulle kunna innebära fler cancerfall. Anser du att det går att bortse från denna svårvärderade risk? Om ja - varför?

– Man kan naturligtvis inte bortse från denna risk. Enligt Van Guelpen et al (Gut 2006;55:1461-6) är relationen mellan folsyra och coloncancer "bellshaped", det vill säga att såväl låga som höga plasmanivåer verkar ha en protektiv effekt.



Hugo Lagercrantz

– Om man har kunnat bevisa att folsyratillsatsen ökar risken för coloncancer i USA, så borde väl flera advokater ha stämt FDA för länge sen, vilket jag ej hört talas om. Man kan heller inte bortse från folsyrans positiva effekter när det gäller att förebygga hjärtkärlsjukdom och demens hos vuxna (se Lancet vol 369 sid 208, 2007)

Om obligatorisk berikning blir genomförd hur tycker du personer med cancer eller förstadium skall informeras? Skall de rekommenderas undvika mjölkprodukter eller ej?

– Precis som man säljer jodfritt salt skulle man även kunna sälja icke-folsyra-berikat mjöl.

Vid berikning kommer hela befolkningen att exponeras för folsyra. Stora bröd- och pastakonsumenter, till exempel barn och ungdom, kan komma att överskrida rekommenderade intag. Vilken risk anser du detta innebära?

– Den rekommenderade berikningen med folsyra innebär att man får i sig den mängd folsyra man skulle få i sig ändå som kroppsarbetare utan berikning. De finns idag väldigt

få personer i cancerrisk-åldern, som sätter i sig så mycket bröd och pasta. För ungdomar tror jag inte det spelar någon roll.

– Frågan om berikning med folsyra är intressant därför den visar att Livsmedelsverket, Socialstyrelsen och SBU värnar mer om den vuxna befolkningens hälsa än om barnens. I vår artikel tog vi också upp några andra exempel såsom snuset och pneumokockvaccination. Jag är övertygad om att om man i fler studier kan visa att folsyra skyddar mot demens och hjärtkärlsjukdom kommer det bums att tillsättas i mjöl.

Intervjufrågor Margareta Blennow och Gunilla Hedlin



Mjöl med eller utan folsyra? SBU har sagt sitt men debatten går vidare.

Karl Popper, en filosof och vetenskapsteoretiker för vår tid

Text: Gösta Alfvén

Whenever a theory appears to you as the only possible one, take this as a sign that you have neither understood the theory nor the problem which it was intended to solve (K Popper)

We all remember how many religious wars were fought for a religion of love and gentleness; how many bodies were burned alive with the genuinely kind intention of saving souls from the eternal fire of hell (K Popper)

No rational argument will have a rational effect on a man who does not want to adopt a rational attitude (K Popper)

We must plan for freedom, and not only for security, if for no other reason than that only freedom can make security secure (K Popper)

Vetenskapens övergripande mål är att bättre förstå den värld vi lever i och att öka vår kunskap. Kan man lita på sina sinnen och på sin erfarenhet? Hur ställer man vetenskapliga frågor och hur skiljer man det som är sant ifrån det som är falskt? Finns det några eviga sanningar eller är kunskap ett lappverk av mer eller mindre välprövade hypoteser?

Karl Popper, 1902-1994, filosof och vetenskapsteoretiker, ägnade sitt liv åt dessa frågor.

Han föddes i Wien. Modern tillhörde en musikalisk släkt och spelade piano mycket bra och väckte tidigt ett musikaliskt intresse hos sonen. Fadern hade en stor boksamling med många böcker ifrån den klassiska grekiska och romerska litteraturen som sonen tidigt tog del av.

Fadern var advokat med filantropiska intressen. Han hjälpte till att organisera och finansiera hem för fattiga barn. Under en period tog man där hand om barnet Adolf Hitler, då han levde fattigt och nödställt. Kanske räddade det Hitlers liv. Ett ödets ironi, då fadern liksom modern var judar. Tjugo år senare, 1938, tvingade Hitlers judeförjelse Karl Popper att lämna Österrike och som flykting bosätta sig på Nya Zeeland, där han erhöll en professur i filosofi.

Popper inleder sin "En intellektuell självbiografi" med en skildring av ett möte som han säger fick djupgående kunskapsteoretiska följder. Han arbetade som lärling hos en möbelsnickare, som ställde svåra frågor till honom såsom:

– Vem uppfann kragstövlarna? Vet du inte det? Det var Wallenstein.

Popper hade inte svar på några av hans kluriga frågor, men det hade möbelsnickaren.

– Se där, du kan fråga mig vad du vill, jag vet allt.

Popper skriver med en lätt ton av ironi: "Jag tror jag lärde mig mer kunskapsteori av min käre allvetande mästare... än av

någon annan av mina lärare. Ingen gjorde lika mycket för att förvandla mig till Sokrates lärjunge. Ty det var min mästare som inte bara lärde mig hur lite jag visste utan också att den enda visdom jag någonsin kunde eftersträva enbart kunde bestå i att jag allt högre insåg hur oändligt okunnig jag var.

Kritiserade Marx

Poppers huvudsakliga intresse var filosofi och vetenskapsteori, men han var även väl förtrogen i matematik och fysik. År 1934 gav han ut boken "Logik der Forschung" där han framlade sina grundläggande och revolutionerande vetenskapsteoretiska tankar. Boken nådde blott en mindre, tyskspråkig krets och först i och med att den gavs ut på engelska 1959 nådde den en bredare krets.

Det är med boken "The Open Society and its Enemies", 1945, som han når ut till en stor publik samtidigt som han återvänder från Nya Zeeland. Boken är en uppgörelse med dogmatism och slutna tanke-system och pläderar för att samhället måste byggas steg för steg i en anda av kritisk rationalism. Den gör upp med Platons idealstat och Marx kommunism, men vänder sig i grunden likaväl mot Hitlers fascism, mot rasism och religiös intolerans. Boken bidrar till att han efter kriget får en professur i vetenskapsteori vid London School of Economics. Han verkade i England fram till sin död 1994.

En god, grundläggande bild av hans tankar och möten och samtal med ledande vetenskapsmän och filosofer under 1900-talet får man genom att läsa hans självbiografi.

"Det finns ett viktigt val, säger Popper, det mellan irrationalism och rationalism. Det förra leder lätt till våld, att den enes tro står över den andres tankar!"

Popper är *realist*. Han anser att världen är reell och att människor och djur genom sina sinnen kan avläsa världen. Människan tar med sina sinnen in verkligheten i ett rikt flöde och tolkar den. Frågan är inte om verkligheten finns eller ej utan med vilken precision vi uppfattar verkligheten och om vi tolkar den rätt.

Kunskap erövrar genom hypotetisk deduktion

Popper anser att kunskap erövrar genom *hypotetisk deduktion*, vilket innebär att man prövar sig fram och

VETENSKAPSHISTORIA

sorterar bort de sämre alternativen, de som är mindre sanna. I konkreta livssituationer liksom i vetenskapligt arbete gissar vi vad som kan vara en bästa lösning på en fråga, det må vara vilken föda vi ska äta, vilket brudgubud vi ska bjuda eller vilken teori vi ska tro på. Gissningen, hypotesen, prövas sedan. Smakar maten bra, mår jag bra av maten? Spelar det någon roll för världen om jag väljer miljövänligt fortskaffningsmedel eller ej? Är högt intag av Omega-3 fetter av godo eller av ondo?

Så här formulerar Popper detta:

$$P_1 \rightarrow TT \rightarrow EE \rightarrow P_2$$

P_1 = problem; TT = tentativ teori; EE = error elimination; P_2 = förnyad problemställning

Steg för steg ökar vi vår kunskap, men den blir aldrig fullständig. Kritisk rationalism är prövande, odogmatisk och icke-deterministisk och står i motsatsställning till en vetenskap byggd på induktion. Induktion bygger på tanken att man skarpsinnigt kan räkna ut naturens lagar och att man med hjälp av detta kan förutsäga framtiden. Världen är förutsägbar, hävdar man och den dag vi förstår alla dess lagar så vet vi hur dessa inducerar kommande skeden. Detta, menar Popper, är en vetenskaplig myt.

Prövning genom kritisk granskning

Det finns *absoluta sanningar*, men vi kan inte veta om vi har funnit en sådan, det finns inget test som kan avslöja detta. Därför finns det inget slutgiltigt svar på frågor som vi uppställer i sökandet efter sanning, eller rättare: vi kan inte veta om vi funnit det.

Vetenskapligt uppställda hypoteser bör sålunda prövas genom kritisk granskning. Detta sker genom att man aktivt söker fel på hypotesen. Man söker vederlägga den, som Popper uttrycker det falsifiera den. Misslyckas detta är hypotesen, förhoppningsvis, en ny och bättre förklaring till det fenomen man studerat. Men om den är sann kan man inte med visshet säga. Fakta som visar att hypotesen/teorin är fel kan komma senare. Hittills har inga stora teorier visat sig hålla i det långa loppet.

Kunskap är ett lappverk

Popper hävdar att vår kunskap är ett lappverk som endast

kan öka gradvis, bit för bit. Det innebär inte att man underkänner verkligheten, blott att man är osäker på om och hur man förstår den. Vår kunskap och våra doktriner förblir hypotetiska. Kritisk rationalism strävar efter att vidga vår kunskap. Våra försök att söka och finna sanning är inte slutgiltiga.

Enligt Popper finns det huvudsakligen två sätt på vilka en teori kan vara överlägsen: den kan förklara mer och den kan vara bättre testad.

Vetenskapens uppgift är alltså att söka efter sanning. Men sanningen är bräcklig och föränderlig. Hur vet man då om en hypotes för oss närmare sanningen och att den är bättre än en annan hypotes?

- En bättre hypotes har ett rikare innehåll än en sämre
- En bättre hypotes motstår tester bättre
- En bättre hypotes har högre precision
- En bättre hypotes beskriver och förklarar fakta bättre

Popper ger oss alltså inget dogmatiskt, vetenskapligt system som vi kan lära oss en gång för alla. Men många av Poppers tankar kan vara en hjälp på vägen, både i vårt individuella liv, i våra relationer, i vårt förhållande till samhället och i vår vetenskap, om vi nu är intresserade av sådant. Det finns ett viktigt val, säger Popper, det mellan irrationalism och rationalism. Det förre leder lätt till våld, att den enes tro står över den andres tankar. Men även hos en god rationalist finns ett mått av irrationalitet.

Vi kan lära oss att tänka bättre och bättre. Men det ger oss inte skydd mot kritik från andra, tvärtom, det gör oss öppna för kritik av andra och gör oss öppna för förändring.



Gösta Alfvén
Barnläkare, Stockholm

Litteratur av Karl Popper

Karl Popper. En intellektuell självbiografi. Doxa. Lund 1988.

The Logic of Scientific Discovery. Routledge Classics. London and New York 2002 (Logik der Forschung. Julius Springer Verlag, Wien, Austerreich 1935).

The Open Society and Its Enemies. Routledge Classicss, London and New York 2006 (Först publicerad i *Economica* 1945).

Conjectures and Refutations. Routledge and Kegan Paul. 1968.

Objective Knowledge. Oxford University Press. 1972.

En utmärkt sammanställning av valda delar av Poppers skrifter finns utgiven: Popper Selections, editor David Miller. Princeton University Press, New Jersey 1985.

En charmig och inträngande skildring av Popper och hans möte med Ludwig Wittgenstein finns skildrad i boken Wittgenstein och Popper, ett eldfängt möte mellan filosofer. David J Edmands och John A Eidinow. Svenska Förlaget, Falun 2001.

Mer litteratur i Barnläkaren

”Medicinen är min lagvigda hustru,
men litteraturen är min älskarinna”

Citatet tillskrivs den ryske läkaren och dramatikern Anton Tjechov. Han personifierar en av många bland oss som parallellt med den kliniska verksamheten skriver på den egna kammaren. Många exempel finns på läkare, som i likhet med Tjechov lämnar kliniken och övergår till författandet på heltid. Detta, liksom att den antika guden Apollon ansågs kunna räkna både medicinen och litteraturen inom sitt fögderi, exemplifierar det nära sambandet mellan medicin och litteratur. Mot bakgrund av detta kan man ställa sig frågan: Blir man en bättre läkare genom att läsa eller skriva skönlitteratur? Det är svårt att finna några belägg för det. Vi har säkert alla sett exempel på lysande kollegor, beundrade och älskade av sina patienter som sannolikt endast med uppbringande av sina yttersta krafter skulle förmås fördjupa sig i en roman eller diktsamling. Men även mycket belästa, kultiverade kollegor som inte kunnat förmå omsätta sina vunna upplevelser och erfarenheter från böckerna i kontakten med sina patienter. Kan man trots det tänka sig att fiktion kan tjäna som faktisk kunskapskälla, i synnerhet vad gäller insikt i patientens symptom eller sjukdom resulterande i skarpare diagnostisk skärpa? Internationellt har stor uppmärksamhet ägnats insikten att patientens upplevelse i kombination med läkarens specifika kunskaper kan presenteras som en berättelse vilket gett upphov till ett helt nytt medicinskt kunskapsområde: *den narrativa medicinen*. Eyvind Johnson menade i sin essä *Flykten från verkligheten – flykten till verkligheten* (1943), att ”*det är genom fiktionens omdiktning vi verkligen förmår se hur det egentligen är*”. Erik Johan Stagnelius, förvisso inspirerad av nyplatonisk tänkande och tysk idealism, formulerade tanken på att det är i lyriken som den fördolda eller maskerade sanningen uppenbaras för oss:

*Så tänkte jag och diktens spegel höll
För mänskohjärtats stormande passioner
Väl vetande att blott i diktens spegel
Sig tingen måla i sin urgestalt.*

Professorn i litteraturvetenskap Merete Mazzarella har i olika sammanhang pläderat för läkarnas behov av skönlitteratur i sin utbildning, och via denna vinna förståelse för berättandets konst. Hon påpekar att det behövs en motvikt till det strängt naturvetenskapliga, biomedicinska och frag-

menterade perspektivet. Läkare måste också intressera sig för sjukdomens upplevelsemässiga sida det vill säga patientens berättelse. Den franske filosofen Paul Ricoeur har i samma anda hävdad: ”*att förstå en människa är att förstå hennes berättelse*”. Detta borde väl inte bara gälla under utbildningen.

Vi är alla vana vid att formulera oss i text genom att skriva medicinska journaler. Vad som karakteriserar dessa texter är dock i första hand neutralitet och distansering. De databaserade journalmallarna har väl också, på gott och ont, slutligen tagit död på ett metaforiskt språkbruk i dessa sammanhang. Det är emellertid bevisligen många läkare som har skrivit och publicerat sig i skönlitterär form och gör så även idag. När Läkartidningen år 2004 utlyste en novelltävling på temat ”*Att vara doktor*” kände sig över 300 läkare, däribland många barnläkare, manade att skriva en novell som skildrar just detta.

Som litteraturredaktör vill jag i samma anda uppmana er att skicka in kortare litterära bidrag med anknytning till det medicinska verksamhetsfältet till tidningen. Jag mottar såväl beskrivningar om patientmöten, etiska konflikter vad gäller behandling eller information eller personliga reflektioner kring arbetets förutsättningar och innehåll. Lika välkommet är recensioner av böcker författade av andra som ni vill delge som lästips. Gunnar Norvenius inleder detta med en reflektion över vår kollega Knut Lykkens beskrivning av hans anfader i de norska fjällen.



Carl Lindgren
Litteraturredaktör
carl.lindgren@actapaediatrica.se

RECESSION

Barnläkare når nya höjder



Knut Lykken med utsikt över Kattanakken.



Knut B. Lykken. *Turglede med konger og kunstnere*.
Förlag Lykken konsult, Arvika, 2005.
ISBN 91-631-7233-X

Knut B. Lykken är förutom barnläkare i Arvika en hängiven fjällentusiast med djup förankring i norsk fjällturism. Han blev medlem av Den Norske Turistforening redan år 1942.

Lykkens *oldefar*, Knut Lykken, var högfjällsbonde och en av de tidigaste fjällförarna. Han deltog kring 1875 i högfjälls-

bestigningar tillsammans med engelsmannen Slingsby, som senare anklagade *oldefar* för feighet, då han vägrade att följa med till toppen av Store Skagastølstind i Jotunheimen. Denne tillämpade emellertid de regler för fjällsäkerhet, som nu gäller. Lykken har delvis skrivit boken för att återupprätta *oldefars* ära. Den tidiga turismen upptäckte delar av den okända fjällvärlden. Även botanister, geologer och andra naturvetare, ofta med konstnärlig talang, tog del i utforskandet och bidrog till karteringen av det inre av Norge. Allt fler konstnärer drog till fjälls. Grunden för det norska landskapsmåleriet lades. Lykken ger en bred och mycket fängslande bild av hur den norska konsten växte fram under 1800-talet, även samtida musik, folklöre och litteratur tas upp.

Tillblivelsen av det nya Norge var dramatisk. Det centrala året var 1814. Freden i Kiel i januari innebar för Danmark att Norge skulle överlämnas till Sverige. Som motprestation skulle Svenska Pommern och Rügen gå till Danmark inklusive en större penningssumma. Norrmännen vägrade att erkänna Kiofreden. Den danske prinsen Christian Frederik hade året före kommit till Norge som dansk ståthållare. Han vann norrmännens hjärta och valdes av den grundlagssiftande församlingen i Eidsvoll till norsk kung den 17 maj. Krig utbröt mellan Sverige och Norge. Freden i Moss i augusti innebar att Sverige förenades med Norge i en personalunion sedan Christian Frederik abdikerat i oktober. Han återkom i historien som dansk kung, Christian VIII. Viktigast för Norge var, att den norska grundlagen stod fast.

Kronprins Karl Johan kröntes till norsk kung 1818. Han hade sedan 1814 i realiteten varit brödrarikenas kung. Sonen Oscar (I), född 1799, fick med sin hustru Joséphine barnen Karl (XV), Gustaf (Sångarprinsen, med *Sjungom studentens lyckliga dar*), Oscar (II), Eugénie och August. Som kronprins anställde Oscar I år 1834 en ung norrmann, Otto Aubert, som lärare för barnen i Stockholm. Aubert aktiverade barnen, uppmuntrade till lek och utevistelse året om. Aubert hade dock tuberkulos liksom två av hans syskon haft. Han smittade sannolikt sina elever; Karl dog vid 46 års ålder i tarmtuberkulos, prins Gustaf vid 23 års ålder i lungtuberkulos. Mest robust var Oscar som dog vid 78 års ålder. Smittvägar och förebyggande åtgärder vid tuberkulos var på den tiden okända.

Knut B. Lykken förmedlar glädjen av fjällvistelse och norsk kultur. Han har länge i västra Värmland organiserat fjällresor till Norge. Boken är vackert illustrerad. Han skriver självfallet på norska, det ger god språkträning för svenska läsare. Vid tveksamhet kan den norska ordboken på nätet konsulteras: www.dokpro.uio.no/ordboksoek.html. Ett besök på Knut Lykkens hemsida, lykken.se, rekommenderas för vidare information och beställning av boken.

Gunnar Norvenius

Nyligen pensionerad barnläkare, Göteborg
gunnar.norvenius@medfak.gu.se

DEBATT

PGD-HLA: Vad händer sedan?

För ett år sedan trädde lagen om preimplantatorisk genetisk diagnostik i kombination med HLA typning av embryon i kraft. Nu har Socialstyrelsen givit tillstånd till PGD-HLA i tre fall.

Lagen finns, Socialstyrelsen har givit riktlinjer för den fortsatta hanteringen. Så varför diskutera nu? Och varför i Barnläkaren?

Därför att frågan rymmer långt större principiella aspekter än vad som kommit fram i den allmänna diskussionen och därför att barnläkarna kommer att vara starkt involverade i urvalet av tänkbara kandidater för PGD-HLA och i genomförande av transplantationerna.

Socialstyrelsens beslut har i stort sett mottagits med entusiasm i den allmänna diskussionen och flera kommentatorer har passat på att ironisera över de få tveksamma rösterna. De kollegor, som uttalat sig har pekat på att tekniken ger barn, som bär på anlag för en svår sjukdom, möjligheten till ett friskt liv genom transfusion av blodstamceller från navelsträngsblod från det nyfödda syskonet. Balansen i det godas favör verkar helt klar: ett barn kan bli friskt och ett annat barn, utvalt bland flera embryon, behöver bara stå till tjänst med navelsträngsblod, som annars skulle kastas bort.

Men... det verkar som om man alldeles glömt bort två frågor.

Är det försvarbart att för första gången träda över en tidigare klar gränslinje, att ingen individ skall utnyttjas som medel för en annan individ? Det genetiskt utvalda barnet kommer förhoppningsvis att bli lika älskat som sitt syskon, men det är ostridigt att själva urvalet av HLA-identiskt embryo innebär en selektion för att det nyfödda barnet skall kunna fungera som medel för att syskonet skall bli friskt. Det är störande att denna principiellt fundamentala fråga inte har diskuterats på allvar utan att man valt att glida förbi den.

Den andra frågan är svårare: När nu ett HLA-identiskt syskon finns till hands, vad händer då när den första blodstamcellstransplantation misslyckas?

Skall syskonet då ställa upp som benmärgsdonator? En gång? Flera gånger? Och om nu ändå tekniken finns, skall vi utnyttja PGD-HLA för att ta fram en donator till ett syskon med obotlig njursjukdom. Det är rimligt att tänka sig att tekniken att levertransplantera med en lob kommer att förfinas så att även små barn kan bli donatorer. I och med att vi accepterat att ett syskon får bli till för att tjäna som givare av blodstamceller, tränger sig frågan på om små

barn också kan bli donatorer av benmärg, njure eller lever. Har vi inte tidigare insett att frågan gäller det HLA-identiska syskonets rättigheter så är det hög tid att starta den diskussionen nu. FN:s barnkonvention är, som alltid, ett dokument att luta sig mot.

Är det förenligt med barnets bästa (artikel 3) att fungera som donator? Om vi tillåter små barn att bli benmärg-, njur- eller leverdonatorer, lever vi då upp till artikel 36: "Konventionsstaterna skall skydda barnet mot alla andra former av utnyttjande som kan skada barnet i något avseende."?

Jag tycker det är dags att vi diskuterar detta inom barnläkarkåren, så att vi hunnit tänka igenom dessa svåra frågeställningar, när den medicinska utvecklingen tränger sig på. Vår yrkesverksamhet leder oss till att identifiera oss med svårt sjuka barn och deras familjer och engagera oss för deras bästa, men låt oss inte glömma bort ansvaret för syskonet och respektfullt väga argumenten för varje barns rättigheter.

Jag välkomnar en diskussion. Min inställning är: möjligen hit men absolut inte längre. Vad tycker du?



Ingemar Kjellmer
Barnläkare, Göteborg
ingemar.kjellmer@pediat.gu.se

|| Har vi inte tidigare insett att frågan gäller det HLA-identiska syskonets rättigheter så är det hög tid att starta den diskussionen nu ||

DEBATT

Slumpen styr de blivande specialisternas kurser

BLU om kurser under specialiseringstjänstgöringen

En av de viktigaste frågorna för BLU, Barnläkare under utbildning, har under en lång tid varit tillgängligheten av kurser under ST-utbildningen. Ett underlag för behovet av SK-kurser (och komplementära kurser) togs fram av BLU under 2004 och bidrog till ökade anslag och en välbehövlig ökning av antalet kursplatser. Problemet med alltför få utbildningsplatser på SK-kurserna kvarstår dock. Trots tillägg av komplementära SK-kurser har de flesta ST-läkare endast möjlighet att gå kurser under sista året. Urvalet blir då naturligtvis begränsat. Generellt är det fortfarande fem till sex sökande per plats på de statligt finansierade SK-kurserna.

Vi inom BLU anser att detta är olyckligt av flera skäl. Dels innebär det att deltagarnas potential under många kurser inte kommer till sin rätt, man skulle helt enkelt kunna utnyttja kunskapen bättre om man fick den tidigare (eller kanske senare i vissa fall) under ST-utbildningen. Detta är ju allra viktigast för de kurser som har en uttalad basal prägel, och där man för att komma förbi detta problem testat alternativa antagningsförfaranden med varierande framgång. Det är även olyckligt för att systemet leder till att ST-läkaren får gå de kurser som råkar ges under den period då han eller hon kommer in på kurserna, vanligen under sista året. Det blir då slumpen som styr kursvalet snarare än specifika intressen eller kunskapsbehov. En översyn av kursutbudet och ett helt nytt system kan komma till rätta med dessa problem och är angeläget när nu målbeskrivningen för ST-utbildningen skrivs om.

Ny stadieindelning

BLU uppskattar ett behov av cirka 300-350 kursplatser per år beräknat på antal ST-läkare och kursönskemål. Detta för att ST-läkaren skall hinna gå sex kurser under sin ST-utbildning. Behovet av kursplatser är givetvis större för de basala kurserna än för de mer ämnesspecifika, där å andra sidan fler kurser krävs.

BLU föreslår ett nytt och stadieindelad system där alla ST-läkare erbjuds grundläggande kurser, "Steg-1-kurser". De bör utgöras av en kurs i basal pediatrik och en i basal neonatologi. Kurserna skall erbjudas under de första två åren av ST-utbildningen oavsett om vederbörande innehar ST-block eller vikariat. Dessutom bör en kurs i akut pediatrik ingå som ett obligatorium tidigt under utbildningen. Betydligt fler bör få möjlighet att gå den så kallade APLS-kursen.



En översyn av kursutbudet och ett helt nytt system är angeläget när nu målbeskrivningen för ST-utbildningen skrivs om.

Foto: Carl Lindgren

Steg 1-kurserna kan med fördel ordnas som komplementära SK-kurser på mindre kliniker än universitetskliniker. Dessa barnklinikers kompetens och breda angreppspunkt gör dem utomordentligt lämpliga för denna typ av utbildning. På så sätt involveras fler lärosäten i ST-utbildningen, och resurser frigörs på de större klinikerna att anordna fler ämnesspecifika kurser. Troligen kommer det finnas behov av att ge dessa kurser minst två gånger årligen med totalt cirka 50 platser per år. Vid verksamhetschefsmötet i Umeå 2005 fick verksamhetscheferna uppdraget att inventera möjligheten att anordna basala pediatrika kurser på sina respektive hemorter. Vi har ännu inte tagit del av några resultat i den frågan, men hoppas att alla studieorter vill vara en del av ST-utbildningen i framtiden.

"I nuläget känner ingen ansvar för vilka kurser som erbjuds"

Under tredje till femte året av ST-utbildningen fokuseras istället på mer ämnesspecifika så kallade "Steg 2-kurser". Här ges möjligheten att styra innehållet i utbildningen efter intresse eller behov. Dessa kurser motsvarar de flesta av dagens kurser, såsom SK-kurser i barnkardiologi eller barnonkologi. Här ser

DEBATT

vi också gärna kurser med en tydlig fördjupningsprägel som bygger på steg 1-kurserna, till exempel neonatal intensivvård. Till skillnad från steg 1-kurserna kommer inte alla ST-läkare gå igenom alla steg 2-kurser varför färre platser krävs. I gengäld behövs ett större kursutbud. Det är viktigt att alla kurser ges årligen så att alla ST-läkare har möjlighet att delta. BLU har även tagit fram ett underlag över vilka kurser ST-läkarna själva vill gå för att kunna dimensionera dessa rätt. Samma svar torde lätt kunna fås genom att se hur övertecknade de respektive kurserna blir. Steg 2-kurser kan ges var som helst där kompetens och intresse finns, men de stora utbildningsorterna och universitetssjukhusen måste känna ett ansvar för att dessa kurser erbjuds.

Antagningsförfarande

Steg 1-kurserna kan ha ett vanligt rakt antagningsförfarande, det vill säga antalet månader av ST/vikariat är meriterande, upp till 24 månader. Alla läkare med fler tjänstgöringsmånader får samma ranking. På detta vis kommer alla erbjudas plats inom de två första åren, förutsatt att antalet kursplatser är tillräckligt. Ett alternativ skulle kunna vara att definiera en optimal tid för kurserna, exempelvis tolv månader in på ST, och därefter anta ST-läkare beroende på hur nära denna tidpunkt de hamnar. På så vis skulle elva och tretton månader vara lika meriterande och så vidare.

För steg 2-kurserna ser vi inget akut behov av att förändra systemet från det nuvarande om tillräckligt antal kurser erbjuds. Ett undantag kan vara steg 2-kurser av bred och allmän karaktär (till exempel barnallergologi). Där kan man tänka sig att, på samma sätt som ovan, styra antagningen till exempelvis 36 månaders ST. Att tänka på vid detta system är att det finns en risk att ST-läkaren missar kursen om den ges med för långa intervaller. Det exakta antagningsförfarandet behöver finslipas ytterligare.

Slutsats

Att endast verka för införandet av fler kurser för att möta utbildningsbehovet är inte tillräckligt. Vi efterlyser istället en helhetssyn på ST-utbildningen och dess kurser med en större tydlighet avseende vad som bör vara en del av samtliga ST-läkares formella utbildning. Därutöver skall

mer specifika kurser naturligtvis erbjudas i en omfattning som motsvarar efterfrågan. Vi hoppas att frågan om SK-kurser tas med i arbetet med den nya ST-målbekrivningen och att resultatet blir ett mer formaliserat kursutbud. I nuläget känner ingen ansvar för vilka kurser som erbjuds. I alltför stor utsträckning styr slumpen vilka kurser de blivande specialisterna får möjlighet att gå. Önskvärt vore en viss samordning, eller i alla fall tydlig redovisning, av innehållet i framförallt kurser av allmän eller basal karaktär. Risken är annars att flera kurser till stor del täcker samma områden. Ett enkelt sätt att lösa detta på är att ge kursarrangörerna ett forum för att sinsemellan komma överens om avgränsningar och överlappningar. Ett ställningstagande från BLF i frågan om kurser under specialiseringsstjäntgörningen skulle väga tungt. Kanske är utbildningskommittén en lämplig grupp att driva detta ärende? Vi i BLU är ivriga att hjälpa till i det arbetet. Effekten av bra kurser i rätt tid blir givetvis skickligare ST-läkare snabbare.

Sammanfattning

- Vilka kurser ST-läkare går styrs alltför mycket av slumpen.
- En stadiindelning med basala kurser tidigt och avancerade kurser senare under ST vore mer ändamålsenligt än dagens system.
- En tydlighet i målbeskrivningen avseende kurser under ST skulle underlätta.
- Ett gemensamt forum för kursansvariga skulle kunna harmonisera utbudet och minska eventuell överlappning.

För BLU:s styrelse

Jens Bäckström

Ordförande

” Effekten av bra kurser i rätt tid blir givetvis skickligare ST-läkare snabbare ”

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.

SEPTEMBER 2007

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

OKTOBER 2007

6-8/10 48th ESPR. Prag, www.kenes.com/Paediatric-Research/

MAJ 2007

3-6/5 Pediatric Academic Societies' Annual Meeting, Honolulu. www.pas-meeting.org, info@pas-meeting.org

Nästa nummer

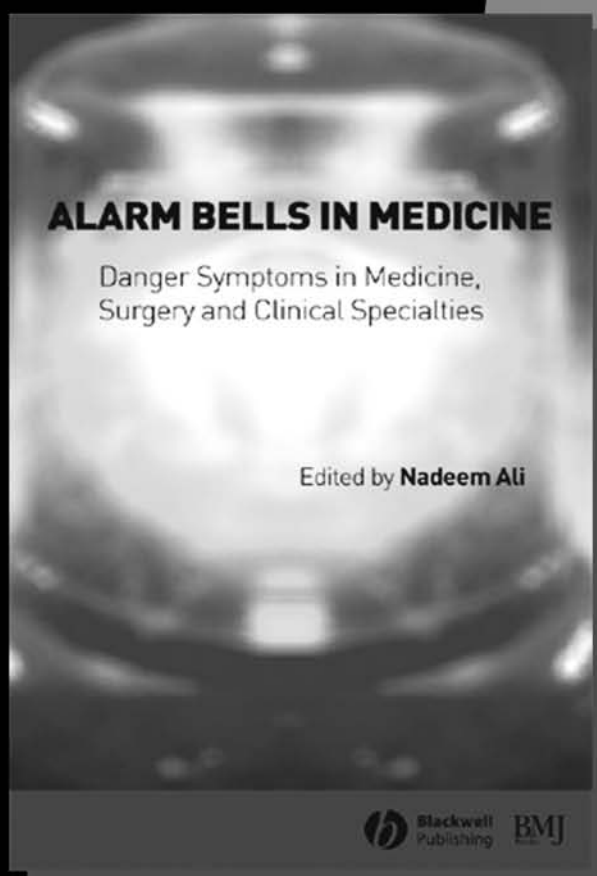
utkommer den 28 september. Då kan du bland annat läsa om hur det står till med jämställdheten på barnvårdscentralerna och om hur Astrid Lindgrens Barnsjukhus fick sitt namn. Numret kommer att finnas tillgängligt på BLF:s webbplats tidigare. Manusstopp för nummer fem är den 2 augusti. Varmt välkommen att medverka i tidningen! Glöm inte att skriva under din artikel med namn, titel och arbetsplats (till exempel Anders Andersson, Barnläkare, Malmö). Skicka endast slutversion av manus. Kontakta Barnläkarens chefredaktör om du har några frågor.



Addressing the biggest fear faced by all doctors

ALARM BELLS IN MEDICINE

Edited by Nadeem Ali



- b** Brings you up to speed on recognising the symptoms of serious illnesses
- b** Internationally renowned authors list the most crucial presenting symptoms in their own specialties that should ring the alarm bells
- b** Clear information on diagnosis and action organised under the relevant specialties
- b** Information is quick and easy to find

ISBN: 0727918192

ISBN13: 9780727918192

Paperback

August 2005

For more information, contents list or to order online, go to:

www.blackwellpublishing.com/0727918192

Or order by phone:

US: (800)-216-2522

UK/Rest of the World: +44(0) 1235 465500

AUS/NZ: +61(2) 8778 9999



Blackwell
Publishing

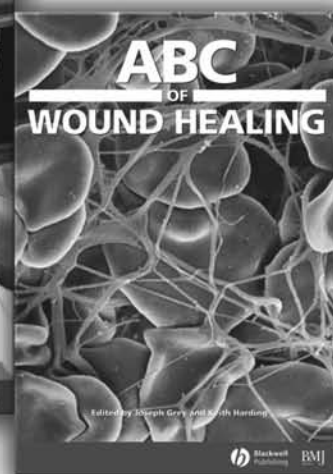
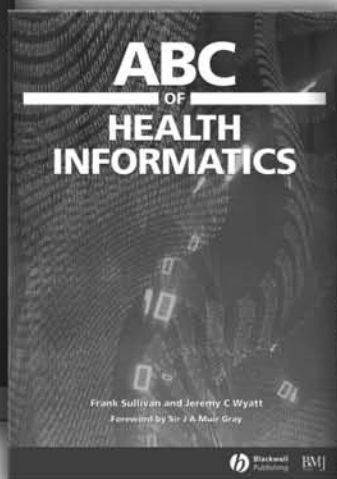
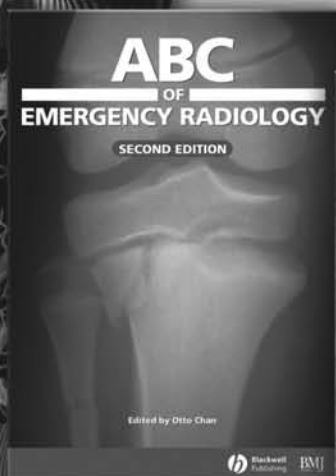
BMJ
Books

www.bmjbooks.com

Partnerships in learning, research and professional practice

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



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

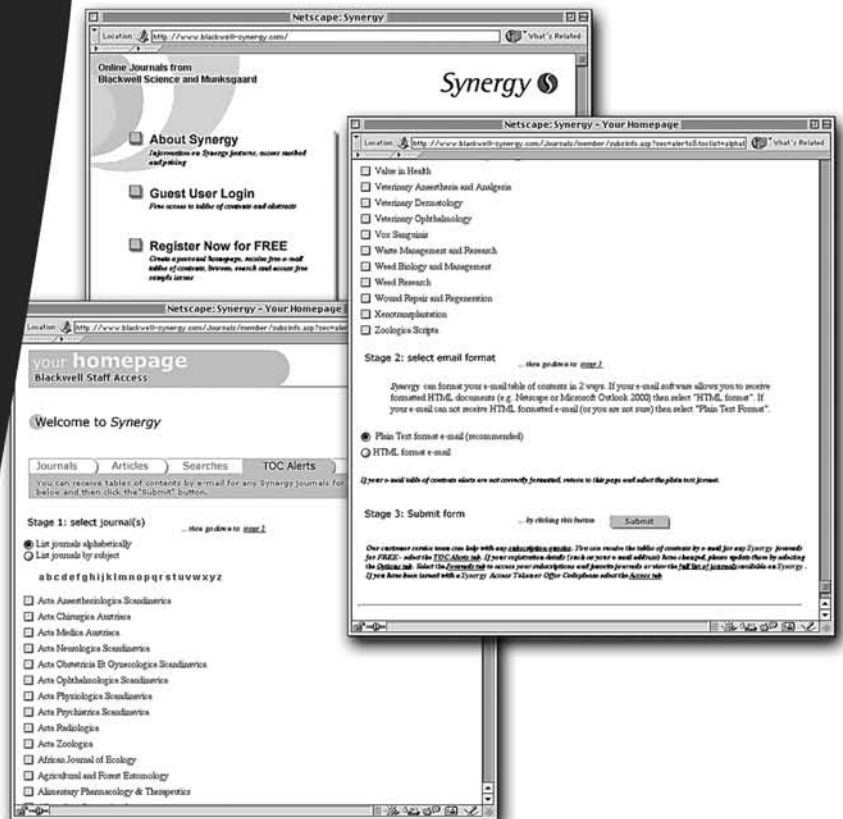
Be the first to know that a new issue of your favourite journal has published!

**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



Mage i balans

Semper lanserar en innovativ nyhet – gröt och välling med tillsats av probiotiska laktobaciller.

Laktobaciller är vänliga bakterier. De hjälper till att upprätthålla en balanserad mikroflora i matsmältningskanalen genom att hindra andra skadliga mikroorganismer att föröka sig.

Studier har visat att tillförsel av laktobaciller kan innebära:

- Minskad risk för infektioner
- Minskad användning av antibiotika
- Positiv effekt vid infektiös diarré
- Positiv effekt med färre frånvarodagar på dagis

De aktuella produkterna är:

Semper Äpple-Pärongröt med aktiv bakteriekultur, från 6 månader. Berikad med *Lactobacillus casei* F19.

Semper Fullkornsvälling banan plommon med aktiv bakteriekultur, en helt ny välling från 1 1/2 år. Berikad med *Lactobacillus reuteri*.

Varje portion gröt eller välling innehåller 100 miljoner levande bakterier.



Semper

Konsumentkontakt 020-62 20 00. www.semper.se