

studie har visat att de som behöll sin målvikt hade lägre initial vikt [3].

Detta stödjer vår uppfattning att Viktväktarnas program inte är lika bra för barn, där vi endast behandlar de mest överviktiga hos vilka arvet spelar en stor roll.

Oklart om målvikter

Björn Isakssons resonemang rörande målvikterna är oklart. Den korrekta tolkningen av vår studie och de brittiska normalvärdena är att en målvikt för vuxna på BMI 20 motsvarar 17 vid 10 år, medan vi endast behandlar de över 23.

Vi har vidare tillgång till Viktväktarnas normalvärden för barn, där högsta målvikten för flickor vid 11 år är BMI 18,2. I vårt material är medelvärdet + 2 SD = 22,0 vilket betyder att hela populationen skulle pressas ned under mittpunkten.

Således synes Viktväktarnas målvikt vara väl låg. Dessa rekommendationer är sannolikt gamla, men de meddelas fortfarande våra patienter, eventuellt endast vid en informell fråga av en överviktig förälder.

Skilj på olika grupper

Slutligen bör man bättre skilja mellan överviktiga utan hereditet med lätt övervikt – där Viktväktarnas program säkert är alldeles utmärkt – och de med svår övervikt och hereditet, där målvikterna måste sättas högt av biologiska skäl.

Även om programmet för barn och ungdomar skiljer sig från vuxnas är det svårt att karakterisera behandlingen av vuxna som annat än hårdbantning. Kvinnor kan där rekommenderas äta 1 000 kcal per dag under de första fyra veckorna varefter 1 200 kcal ges (enligt broschyrmaterial om QuickStart-programmet). Risken finns att detta ger signal till flickor strax under 15 år att detta är bästa sättet.

Vi har istället funnit att en gradvis ändring av livsstilen, med lika gradvis ändring av vikten, är mycket bättre för barn och kanske även för vuxna. Den gruppemenskap som Viktväktarna står för är dock mycket värdefull för långtidsresultatet, och vi hoppas att denna diskussion kan leda till en vidareutveckling av Viktväktarnas program, där vi gärna bidrar.

Carl-Erik Flodmark
barnhälsovårdsöverläkare,
Universitetssjukhuset
MAS, Malmö

Referenser

1. Leander G. Viktväktarna. Lönsam affärsidé och folkrörelse. Läkartidningen 1996; 93: 1634-5.
2. Biesalski HK, Brodda K. The base data from Weight Watcher's groups as the parameter for long-term follow-up of weight reduction. Z Ernahrungswiss 1990; 29: 97-111.
3. Stuart RB, Guire K. Some correlates of the maintenance of weight lost through behavior modification. Int J Obes 1978; 2: 225-35.

Barn med särskilda behov – samverkan behövs

I en artikel i Läkartidningen 21/96 om barn med funktionshinder, framkom bland annat brister i kommunikationen mellan barnavårdscentral och barnhabiliteringen.

I Norrtälje kommun har nyligen gjorts en kartläggning av barn i kommunen med särskilda behov i åldrarna 0–16 år. Norrtälje kommun har ca 49 400 invånare varav 11 245 i åldern 0–16 år med jämn könsfördelning. Studien gällde barn som under perioden 1 juli 1993–30 juni 1994 krävt särskilda stödinsatser beroende på olika psykiska/psykosomatiska/somatiska symtom eller tecken på psykosocial ohälsa. Kartläggningen gjordes av landsting och kommunala verksamheter som arbetar med barn, på initiativ av barnläkarna i Norrtälje. Förutom en liknande studie som gjordes i Rinkeby 1992 har ingen sådan studie gjorts tidigare.

Få en uppfattning om behovet

Syftet var att i tider med krympande resurser få en uppfattning om storleken av gruppen barn med särskilda behov i Norrtälje kommun, belysa stödinsatser och samverkan kring barnen samt lyfta fram problemgrupper i behov av ytterligare insatser.

1 791 eller 15,9 procent av barnen i aktuell åldersgrupp rapporterades. I skolåldern var siffran 20,3 procent, dvs vart femte barn i en skolklass. 10,3 procent av barnen totalt i studien

rapporterades symtomfria men där särskilda stödinsatser ändå satts in av andra skäl – så kallade »riskbarn».

I hela materialet är pojkar överrepresenterade och överväger i olika utagerande symtom.

Flickorna har mer psykosomatiska symtom som huvudvärk, diffusa smärtor och psykiska symtom som nedstämdhet.

Det vanligaste enskilda symtomet var försenad tal- och språkutveckling (13,5 procent av barnen) där nästan 40 procent rapporterades sakna insats från logoped/talpedagog. Detta avspeglar väl verkligheten med kraftigt underdimensionerad logopedverksamhet.

Barn som fått diagnosen MBD/DAMP var endast 34 (1,9 procent), men många barn rapporterades ha koncentrationssvårigheter (13,1 procent), kamratproblem (12,0 procent), inlärningsvårigheter (10,9 procent), motorisk utvecklingsförsening (10,3 procent), dvs svårigheter förenliga med diagnoserna. De visar på problemen hittills med alltför långa väntetider för utredning på barnhabiliteringen och PBU. Studien pekar också på dålig kännedom om varandras insatser kring barnen, vilket tyder på en dålig samverkan kring barnet och dess familj.

Arbetet med kartläggningen och diskussion av resultaten har givit goda förutsättningar för förbättrat samarbete. Vi har lyft fram problemgrupper med vilka vi arbetar vidare. Vi diskuterar fortlöpande med tjänstemän och politiker inom kommun och landsting för att visa på behoven och nödvändigheten av samarbete och en mer långsiktig planering. Det har dock visat sig svårt för de olika huvudmännen att gemensamt finansiera de åtgärder man är överens om krävs. Det vore mycket intressant om liknande kartläggning gjordes i fler kommuner för jämförelse.

Lotta Mellvig
leg läkare, barnläkarmottagningen, Norrtälje

*

»Kartläggning av barn med särskilda behov i Norrtälje kommun», december 1995, kan rekvideras från Lotta Mellvig, Barnläkarmottagningen, 761 45 Norrtälje.

Varför är ett ACTH-preparat sämre än annat vid astma?

Som gammal doktor har jag en undring inför ett fenomen som gjort mig litet förbryllad. Det gäller preparatet Acton prolongatum, som nu avregistreras. Jag var med om den kliniska prövningen av preparatet i början av 1950-talet, och det har varit ett av mina favoritpreparat. Dess indikationsområde har ju med åren stadigt begränsats, senast till indikationen bronkialastma.

Mina patienter har mått bra

Jag har aldrig gillat att bespruta sjuka bronkialslemhinor med kemikalier, vilket ju är standardbehandlingen sedan länge, och mina patienter har mått bra på den här behandlingen.

I livshotande situationer måste ju annat till, men den dagliga besprutningen av bronkerna med pulver och sprayer har jag haft svårt för. I bakhuvudet har jag en rebellisk tanke att det kan vara detta vitt spridda bruk som ligger bakom den ökande dödligheten i astma – vem vet?

När nu Acton försvinner finns ett annat kortikotropinpreparat att tillgå, nämligen Synacthen. I indikationerna för Acton prolongatum står bronkialastma m m. Under Synacthen står: »Försiktighet: Hos patienter med allergiska besvär, framför allt astma.»

Min fråga är: Varför är ACTH i form av Acton bra för astma men inte så bra i form av Synacthen?

Lennart Kjellson
leg läkare, Herrljunga

Kommentar

Synacten är en syntetisk peptid som ger upphov till allergiska reaktioner i högre frekvens än Acton prolongatum. Detta är skälet till att preparatet inte är lämpligt vid astmabehandling. För övrigt kan nämnas att inhalation av kemikalier i form av steroider och beta-stimulerare är gyllene standard vid astmabehandling idag.

Björn Beermann
professor,
Läkemedelsverket,
Uppsala