

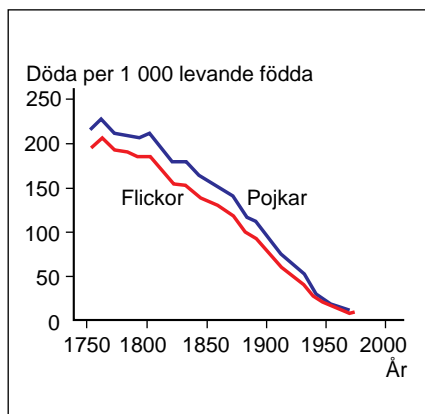
Sätt barn i fokus!

Modell för internationellt utvecklingsarbete

I många låginkomstländer påminner bilden av barns hälsotillstånd fortfarande om den man fann i Sverige under 1800-talet. Inför 2000-talet vill vi förespråka ett internationellt samarbete inom barnhälsa som strävar mot en bredare syn på hälsa och utveckling i låginkomstländer. Detta skulle ge möjlighet till att påskynda nedgången i dödlighet och förbättra hälsan hos barn genom riktade insatser för sjuka barn i förening med förebyggande och hälsofrämjande insatser.

I 1700-talets Sverige var spädbarnsdödligheten drygt 200 per 1 000 levande födda barn; idag är motsvarande siffror 4 per 1 000. Det tog närmare tre århundraden för den höga dödligheten hos barn att sjunka till de nuvarande låga nivåerna (Figur 1). Den i Uppsala verksamma barnläkaren Rosén von Rosenstein beskriver 1764 i boken »Barnsjukdomar och deras botemedel» ett sjukdomspanorama snarlikt det vi ser i många låginkomstländer idag (Ruta).

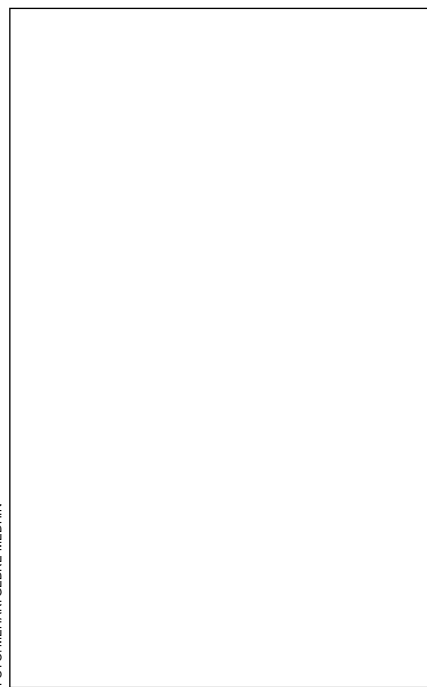
Under 1900-talets andra hälft har det i många länder skett en utveckling liknande den svenska, men under betydligt kortare tid (Figur 2). Detta har varit möjligt tack vare en snabb förbättring av socioekonomiska förhållanden i förening med vissa riktade insatser. Många



Figur 1. Spädbarnsdödligheten i Sverige sedan 1750 för pojkar och flickor. Källa: Nordisk lärobok i Pediatrik. Köpenhamn: Munksgaard, 1985.

länder, främst i Afrika, är dock undantagna från en sådan snabb utveckling, och har fortfarande en sjuklighet och dödlighet hos barn som ligger på en nivå som påminner om den i Europa under 1800-talet. I Afrika söder om Sahara ökar det totala antalet dödsfall före fem års ålder (Figur 3), vilket är en följd av den höga barnadödligheten i kombination med de höga födelsetalen (Figur 4).

I länder där problemen vid infektioner och undernäring mer eller mindre



Friskt barn, Kina.

bemästrats har andra sjukdomar fått en allt större proportionell betydelse [1]. Bilden av det goda hälsoläget i dessa länder grumlans istället ofta av psykiska och sociala problem, våld och marginaliserade grupper som lever i fattigdom [2].

Det allvarligaste hälsoproblemet för barn inför år 2000 förblir dock det stora antalet barn som svälter, insjuknar och dör i låginkomstländerna. Varje månad dör uppskattningsvis en miljon barn under fem års ålder i låginkomstländerna (Figur 5), de flesta under sitt första lev-

Författare

MEHARI GEBRE-MEDHIN

barnläkare, professor i internationell barnhälsovård

PER WEKELL

barnläkare; bägge enheten för internationell barnhälsovård, Uppsala universitet.

nadsår. I de 20 länder som hade den högsta spädbarnsdödligheten under 1995 dog i genomsnitt 133 per tusen barn före ett års ålder [3]. Trots att utvecklingen de senaste decennierna givit en ökad barnöverlevnad, gäller varannan begravning på den afrikanska kontinenten ett barn under fem år [4].

Sjuttio procent av dödsfallen hos barn under fem år har ett nära samband med fem vanliga sjukdomstillstånd: luftvägsinfektioner, diarré, mässling, malaria och undernäring. Ofta bidrar

Svenska barnsjukdomar på 1700-talet

Innehållsförteckning i 1764 års utgåva av Nils Rosén von Rosensteins »Underrättelser om barnsjukdomar och deras botemedel».

- 1 Underrättelser om Ammor
- 2 Om Förstoppelse
- 3 Om Änd-tarmens Utfallande
- 4 Om Hudlöshet
- 5 Om Wäderbräck
- 6 Om Snufwa
- 7 Om Ref (=kolik)
- 8 Om Ondt för tänder
- 9 Om Tårsken
- 10 Om Convulsioner och Hjärtsprång
- 11 Om Diarrhé hos Barn
- 12 Om Koppor
- 13 Om Koppors Ympning
- 14 Om Mässling
- 15 Om Mässlings Ympning
- 16 Om Upkastning
- 17 Om Hosta hos Barn
- 18 Om Kik-Hosta
- 19 Om Fråssan eller Ältan
- 20 Om Maskar
- 21 Om Ängelska Sjukan
- 22 Om Utslag och Skabb
- 23 Om Ohyra

I konventionen om barnets rättigheter fastslås följande principer:

- Konventionsstaterna skall säkerställa att varje barn skyddas mot alla former av diskriminering.
- Vid alla åtgärder som rör barn skall barnets bästa komma i främsta rummet, vem det än är som vidtar dessa åtgärder.
- Varje barn har en inneboende rätt till livet och konventionsstaterna skall till det yttersta av sin förmåga säkerställa barnets överlevnad och utveckling.
- Barn har rätt att bli hörda.

Källa: Unicef. Fritt översatt från engelska till svenska av författarna.

flera av sjukdomstillstånden till barnets död. Viktigast är kopplingen mellan infektioner och undernäring. Förutom dessa tillstånd bidrar perinatale förhållanden till dödligheten (Figur 5). Det stora flertalet dödsfall skulle kunna förhindras med relativt enkla och billiga hälsoinsatser.

En alldeles färsk rapport visar att det under 1996, i hela världen, dog cirka 460 000 barn i HIV/aids före 15 års ålder [5]. I relation till de fem vanligaste dödsorsakerna före fem års ålder är betydelsen av HIV/aids ej så stor, men det finns stora nationella variationer med både högre nationella siffror och dystra prognoser för framtiden. Utöver detta tillkommer de negativa effekterna av HIV/aids på barnets familj och omgivning.

Urbanisering och befolkningsökningen i låginkomstländernas storstäder utgör ett hot mot barns hälsa. Många av de nyinflyttade i storstäderna hamnar i slumområden och kåkstäder, och får ett liv präglad av såväl fattigdom som psykosocialt betingade problem och otjänlig miljö [6]. Andra utsatta grupper befinner sig på flykt från framförallt krig, som blir allt brutalare för civilbefolkningen, men även från annan social oro och naturkatastrofer. I alla dessa situationer ökar risken för sjukdom, skada och marginalisering. Det är alltid barn som drabbas först och hårdast [7].

Internationellt samarbete inom barnhälsa inför 2000-talet

Internationellt samarbete inom barnhälsa måste sträva mot såväl god hälsa och utveckling som minskad sjuklighet och ökad överlevnad hos barn. Inför 2000-talet menar vi att detta samarbete, förutom dessa aspekter av barns hälsa, med förnyat engagemang måste omfatta speciellt utsatta barn, och barn med funktionshinder och speciella hälsobe-

hov samt de principer som finns nedtecknade i »Konventionen om barnets rättigheter». Vi menar att en sådan inriktning möjliggör såväl helhetssyn som prioritering av relevanta riktade insatser.

Att främja god hälsa och utveckling: Barn är utsatta, känsliga och beroende av föräldrarnas och omgivningens omsorg. Ju yngre barnet är, desto mer utlämnat är det till omgivningens förmåga att tillgodose dess behov. Hälsofrämjande faktorer i barns miljö är intimt förknippade med föräldrars kunskap, situation och miljö. Viktigast är oftast moderns möjligheter att sörja för barnet i vid bemärkelse [8]. Forskningen behöver intensifieras vad beträffar åtgärder som specifikt främjar god hälsa och utveckling hos barn. Sådan forskning kan tjäna som underlag för samhällsplanering, lagstiftning, utbildning och hälsoarbete.

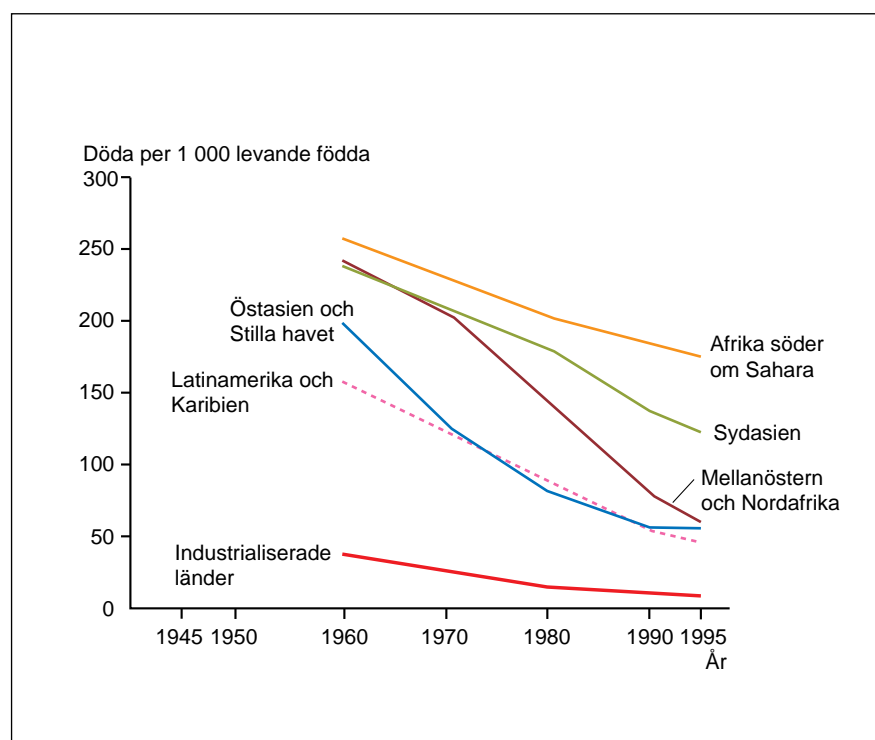
Att förebygga ohälsa: Att förebygga ohälsa är inte samma sak som att främja god hälsa och utveckling. Som exempel på effektiva förebyggande insatser kan nämnas att förbättra omsorg om nyfödda barn [9], att amma [10], att vaccinera [11], att ge lämplig tilläggskost i rätt tid samt ombesörja tillgång till sanitet och rikligt med rent vatten [12]. Andra viktiga insatser är att förebygga jod- och vitamin A-brist; det förstnämnda leder till mentalt och fysiskt handikapp, det sistnämnda till försämrat infektionsförsvar och i uttalade

fall till blindhet [13]. Dessutom är det viktigt att skydda barn mot malaria med till exempel impregnerade sängnät [14]. Mer forskning behövs för att identifiera och utveckla förebyggande åtgärder som kan användas i låginkomstländer.

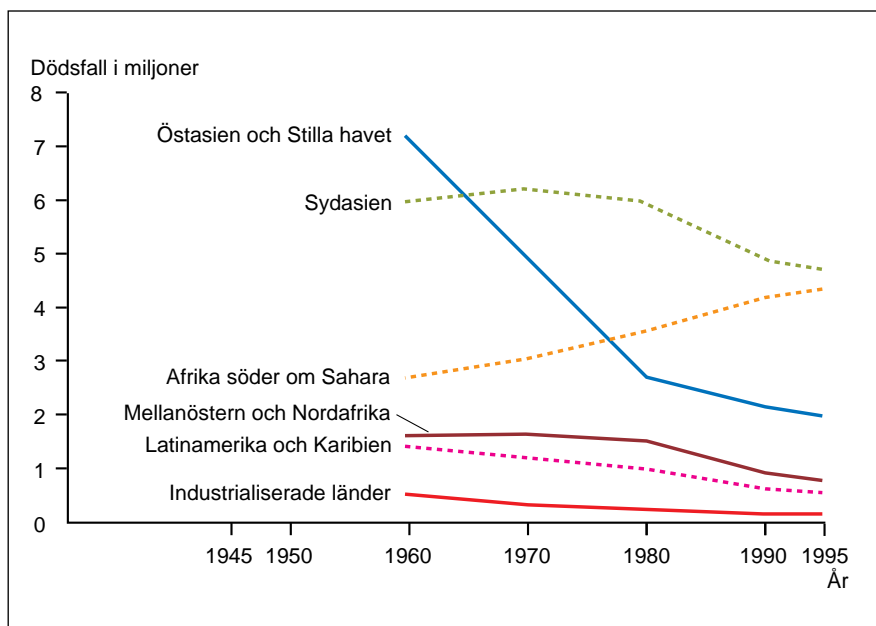
Att behandla sjukdom: Trots allmänna hälsofrämjande insatser och trots adekvata förebyggande åtgärder kommer det alltid att finnas sjukdom hos barn. Det finns ett behov av att utveckla medicinskt effektiva metoder till rimlig kostnad för att förbättra omhändertagandet av sjuka barn i låginkomstländerna. Detta omhändertagande bör ske inom den första inrättning som föräldrar söker med sjuka barn inom hälso- och sjukvårdssystemet (primärnivå). Sådana metoder måste beakta bristen på resurser och utbildad hälsopersonal. Tidigare metoder och insatser som har fokuserat på enskilda sjukdomstillstånd, såsom luftvägsinfektioner och diarré, måste nu breddas.

Att ta hand om barn med funktionshinder och speciella hälsobehov:

Oberoende av vilket samhälle vi rör oss i föds barn med tillstånd som leder till funktionshinder, utvecklingsförsening och kronisk sjukdom. Utöver detta uppkommer dessa tillstånd genom dålig miljö, olyckor, sjukdom och våld [15]. Instiftande av insatser som ger funktionshindrade barn möjlighet till tidig upptäckt, rehabilitering och ett liv med så god livskvalitet som möjligt brådskar och måste kombineras med förebyg-



Figur 2. Dödlighet före fem års ålder per tusen levande födda barn fördelat på region. Källa: Unicef.



Figur 3. Totalt antal dödsfall före fem års ålder fördelat på region. Källa: Unicef.

gande insatser. Funktionshindrade barn måste omfattas av den allmänna gemenskapen och innefattas av skolsystemet. Omsorgen om funktionshindrade, utvecklingsförsenade och kroniskt sjuka barn är ett viktigt område för utvecklingsinsatser.

Att värna om barn i särskilt svåra omständigheter: Ett stort antal barn lever av olika skäl utan föräldrars omsorg och vid sidan av samhället [2]. Vi finner sådana bland gatubarn, arbetande barn, barn vars föräldrar drabbats av aids samt barn utsatta för krig (flyktingbarn och barnsoldater). Barn i särskilt svåra omständigheter utnyttjas i sin sårbarhet såväl sexuellt som för brott och narkotikamissbruk. Marginaliseringen av barn ökar i samband med urbanisering samt vid socialt och politiskt sönderfall. Även dessa barn har rätt till såväl hälsa och utveckling som hälsoinsatser och omsorg.

Att förverkliga konventionen om barnets rättigheter: Av FNs 192 medlemsstater har 187 ratificerat konventionen om barnets rättigheter. Enligt konventionen har barn bland mycket annat rätt till såväl överlevnad, liv som hälsa och utveckling. Barn har rätt till skydd från alla former av faror till kropp och själ. Avsikten med barnkonventionen är att den skall utgöra ett redskap i samband med arbetet för barn i vid bemärkelse. De viktigaste principerna i barnkonventionen framgår av Ruta. Ett viktigt led i internationellt barnhälsoarbete är förverkligandet av barnkonventionen på nationell nivå [16].

Prioritera helhetssyn

En hållbar strategi för att förbättra

barns situation kräver en bakomliggande helhetssyn på barns hälsa och utveckling. Eftersom det idag är möjligt att påskynda den av socioekonomiska förhållanden avhängiga nedgången i barnadödlighet måste sådana insatser ges hög prioritet.

Minskad sjuklighet och ökad överlevnad är mål i sig själva; de är också villkor för god hälsa och utveckling hos barn samt nödvändiga för att nedbringa de i många låginkomstländer höga födelsetalen [17]. Minskad sjuklighet och

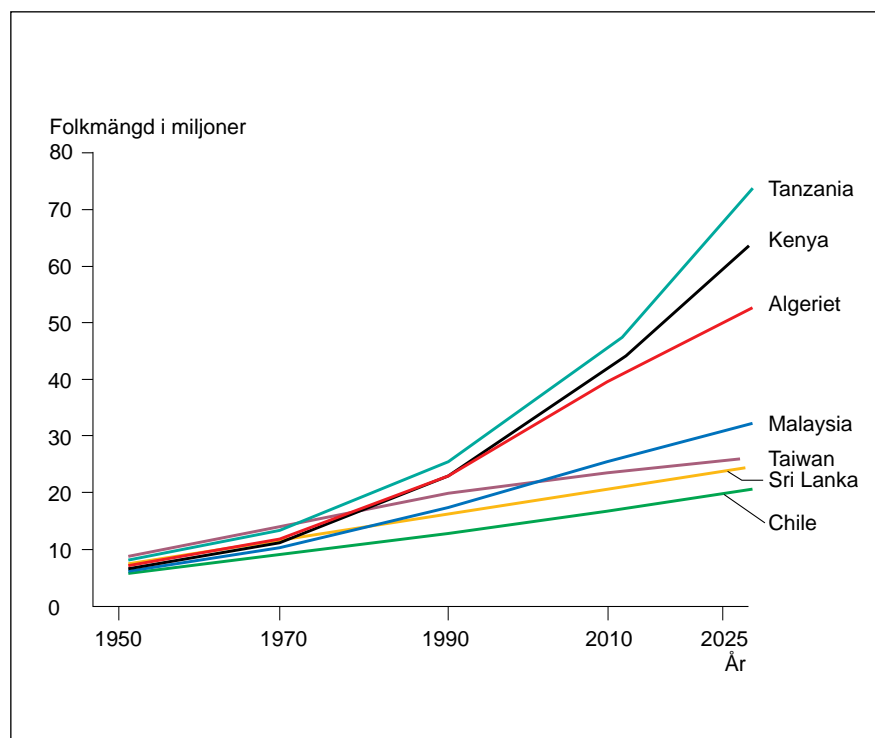
ökad överlevnad skulle kunna bli startpunkten för en bred satsning på barn i ett globalt perspektiv.

Sänkt barnadödlighet, en utmaning

Förutsättningarna för att få till stånd en snabbare nedgång av den höga barnadödligheten i låginkomstländer, genom att förbättra omhändertagande av sjuka barn, har ökat genom insatser som prioriterar de tillstånd som utgör det största hotet för barn. I en lovande ansats har WHO och Unicef sammanställt och vidareutvecklat riktlinjer för omhändertagande av sjuka barn som bygger på erfarenheterna på primärnivå i låginkomstländer.

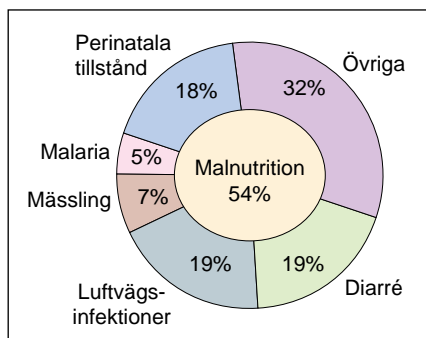
Ansatsen behöver kombineras med förebyggande åtgärder och hälsofrämjande insatser. Avsikten är att säkerställa att sjuka barn får behandling för de viktigaste och vanligaste sjukdomarna (Figur 5). Tanken i detta arbetssätt är att hälsoarbetaren utifrån ett begränsat antal systematiserade frågor och en enkel undersökning skall kunna göra en bedömning av barnets tillstånd. Utifrån denna bedömning fattar sedan hälsoarbetaren beslut om vårdnivå och behandling [18].

Omsorgen om det sjuka barnet vilar på samarbetet mellan föräldrarna och hälsoarbetaren. Effekterna av en satsning på primärnivå förstärks av ett fungerande remitteringsförfarande och tillfredsställande sjukhusvård på distriktsnivå. En förbättrad vård och ökad över-



Figur 4. Faktisk och prognostiserad folkmängd i sju länder som 1950 hade ungefärligen samma folkmängd. Källa: United Nations. World population prospects, the 1992 revision, 1993. Data for Taiwan from the World bank 1993.

ANNONS



Figur 5. Fördelning av 11,6 miljoner dödsfall hos barn före fem års ålder i alla låginkomstländer, 1995. I figuren ingår perinatale tillstånd, vilket innebär att även dödfödda barn har inkluderats. Begreppet »Dödlighet före fem års ålder» brukar vanligtvis endast innefatta levande födda barn. Källa: Division of Child Health and Development, CHD/WHO.

levnad kan bidra till att höja motivationen hos en ofta frustrerad och desillusionerad hälso- och sjukvårdspersonal. Detta ökar föräldrars förtroende för hälsosystemet och förståelse för förebyggande insatser.

Barnhälsa i utvecklingsamarbete

Det finns således anledning att på nytt föra fram och diskutera barnens situation i låginkomstländerna. Erfarenheten talar för att barnen ofta drar det kortaste strået i kampen om begränsade resurser. I samband med biståndssamarbete har barnhälsofrågor ofta tagits upp tillsammans med program som gäller den allmänna primärhälsovårdsuppläggningsen eller mödrars hälsa. I dessa program har det inte tagits tillräcklig hänsyn till barnets speciella behov. Vi menar att barn i låginkomstländer i högre grad behöver bli föremål för de ändamålsenliga och effektiva insatser som finns idag. Fortsatt utveckling och utvärdering av såväl nya som befintliga metoder är också nödvändigt; ett exempel är regelbundna viktkontroller [19].

Att det lönar sig att satsa på barn framgår bland annat av det så kallade »Disability adjusted life years» (DALY), vilket är en metod att mäta olika sjukdomstillstånds betydelse för uppkomsten av funktionsinskränkta levnadsår och för tidig död. Tanken är att DALY på sikt skall utvecklas till ett hjälpmedel för att fördela hälsoresurser. Den mest använda varianten av denna metod innehåller två värdeantaganden som underskattar betydelsen för dödlighet och sjukdom hos barn. Trots detta får barns sjukdom och dödlighet ett betydande genomslag på det totala antalet förlorade DALY. Framförallt är detta fallet för sjuklighet och dödlighet före fem års ålder, som svarar för 38 procent

av det totala antalet förlorade DALY i världen. I Afrika söder om Sahara är motsvarande siffra 52 procent! [20]. Figur 6 visar på betydelsen av några viktiga sjukdomstillstånd hos barn uttryckt i förlorade DALY.

Internationellt samarbete

Vi befinner oss vid tröskeln till 2000-talet, vilket ger en möjlighet till ett nytt avstamp i arbetet för barn. Vårt förslag förespråkar ett internationellt samarbete inom barnhälsa mellan universitet, högskolor, frivilligorganisationer och statliga organ med utgångspunkt i en bred syn på barns hälsa i låginkomstländer. En satsning som bygger på en sådan syn kommer att påskynda nedgången i dödlighet och förbättra hälsan hos barn genom att förena omhändertagandet av sjuka barn med förebyggande och hälsofrämjande insatser.

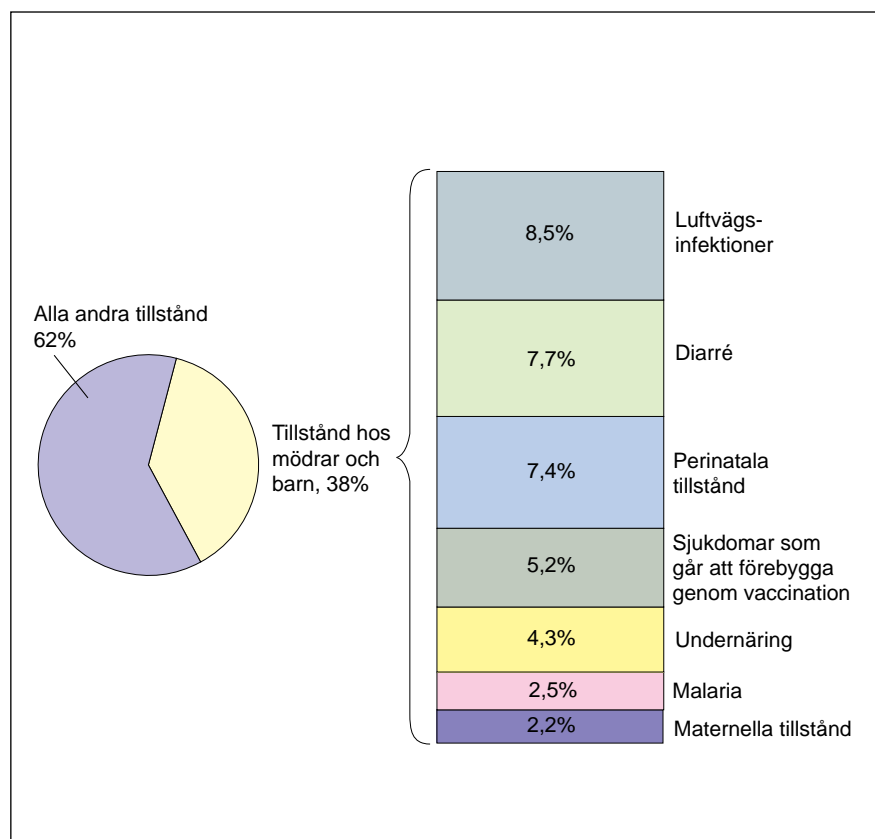
Vi vill understryka behovet av att arbeta med de barnhälsoproblem som hänger samman med barns speciella behov: utsatthet, marginalisering och funktionshinder. Större uppmärksamhet måste fästas vid konventionen om barnets rättigheter, som det fundament på vilket arbetet för barn i bred bemärkelse vilar. Arbetet för barns hälsa är inte välgörenhet utan en rättighet. Ratificeringen av barnkonventionen förpliktar således världssamfundet och enskilda nationer till internationellt sam-

arbete med ökat engagemang.

Det faktum att barns hälsa ingår i ett komplext sammanhang gör inte barns behov av relevanta riktade hälsoinsatser mindre. Även i väntan på att fattigdomen på allvar börjar bekämpas har barn rätt till hälsoinsatser. I det långa perspektivet är en investering i barn en investering för framtiden, kanske den bästa.

Referenser

1. Forfar JO. Demography, vital statistics and pattern of disease in childhood. In: Campbell AGM, McIntosh N. Forfar and Arneil's textbook of paediatrics. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1992: 1-18.
2. The state of the world health. In: World Health Report. Genève: WHO, 1995:17.
3. Unicef. The state of the world's children 1997. Oxford: Oxford University Press, 1997.
4. The World Bank. Statistical Appendix. In: Better health in Africa, experience and lessons learned. Washington: The World Bank, 1994: Table A-4.
5. Report on the global HIV/AIDS epidemic. UNAIDS/WHO, 1997.
6. Blanc CS with contributors, Unicef. Urban children in distress, global predicaments and innovative strategies. Yverton: Gordon & Breach, 1994: 1-54.
7. The state of the world's children 1996. New York: Unicef, 1996.
8. The World Bank. World development report 1993: Investigating in health. New York: Oxford University Press, 1993.
9. Division of Family Health/WHO. Essential newborn care report of a technical working



Figur 6. Fördelning av den totala sjukdomsbördan i världen. Procent av det totala antalet förlorade DALY under 1990. Källa: Division of Diarrhoeal and Acute Respiratory Disease Control, CDR/WHO.

- group, Italy 25-29 April, 1994 (Draft). Geneva: WHO, 1994.
10. Hanson LÅ, Ashraf R, Zaman S, Karlberg J, Lindblad Jalil F. Breast feeding is a natural contraceptive and prevents disease and death in infants, linking infant mortality and births rates. *Acta Paediatr Scand* 1994; 83: 3-6.
 11. State of the world's vaccines and immunisation. Geneva: WHO/Unicef, 1996.
 12. Huttly SRA, Morris SS, Pisani V. Prevention of diarrhoea in young children in developing countries. *Bull World Health Organ* 1997; 75: 163-174.
 13. Nutrition Programme, WHO Nutrition. Highlights of recent activities in the context of the world declaration and plan for action for nutrition. Geneva: WHO, 1995.
 14. Curtis C, Lines J, Chandraniohan D. Preventing malaria. *Child Health Dialogue* 1997; First Quarter Issue 6: 4-5.
 15. Zinkin P. Framework; Priorities. In: Zinkin P, McConavhie H. Disabled children and developing countries. London: Mac Keith Press, 1995; 10-4.
 16. Himes JR. Implementing the convention of the rights of the child, resource mobilization in low-income countries. The Hague: Martinus Nijhoff Publishers, 1995.
 17. Jolly R. UNICEF policy and perspectives: child survival, population growth environment and development. *Transaction of Royal Society of Trop Med and Hyg* 1993; 87 (suppl 1): 32-5.
 18. Wekell P, Håkansson A, Krantz I, Forsberg B, Troedsson H, Gebre-Medhin M. Även barn i fattiga länder har rätt till god vård. *Läkartidningen* 1997; 94: 3637-41.
 19. What happened to growth monitoring? *Lancet* 1992; 340: 149.
 20. Murray JL, Lopez AD. The global burden of disease. In: Global burden of disease and injury series. United States: WHO, Harvard School of Public Health, The World Bank, 1996.

Summary

Focus on children! A model for international development co-operation

Mehari Gebre-Medhin, Per Wekell

Läkartidningen 1999; 96:188-93

The plight of children in many low-income countries continues to be reminiscent of conditions in 19th century Sweden. At the threshold of the 21st century, we would urge global co-operation in child health with the aim of realising a broader concept of health and development in low-income countries. This would enable the reduction of mortality to be accelerated and child health to be improved by targeting sick children for specific intervention, combined with preventive and health promotion measures.

Correspondence: Professor Mehari Gebre-Medhin, Section for International Child Health, Dept of Women's and Children's Health, Akademiska sjukhuset, SE-751 85 Uppsala, Sweden. E-mail: mehari.gebre-medhin@ich.uu.se

KORTKLIPP



Operera eller vänta vid intrakraniellt aneurysm?

Intrakraniella aneurysm är vanliga, men de flesta rupturerar inte. Eftersom operationsrisken är stor är det väsentligt att klarlägga naturalhistorien, vilket nu gjorts i en multicenterstudie. Resultaten, som redovisas i *New England Journal of Medicine* (1998; 339: 1725-33, 1774-5), bygger på dels retrospektiv genomgång av 1 449 patienter med icke rupturerade aneurysm (hälften hade tidigare haft subarahnoidalblödning från annat aneurysm som reparerats), dels resultat efter behandling av 1 172 patienter med nydiagnostiserat aneurysm.

Risken för ruptur bland dem som hade aneurysm mindre än 10 mm i diameter var mycket låg (kumulativ risk 0,05 procent per år) om de inte tidigare haft subarahnoidalblödning från annat aneurysm (grupp 1) – men om de haft det (grupp 2) tiofaldigades risken. Om de senares aneurysm var större än 25 mm i diameter var rupturrisken första året efter diagnos så hög som 6 procent.

Risken med operation i grupp 1 väger tyngre än risken för ruptur, konkluderar forskarna. Utöver aneurysmets storlek måste dock också lokaliseringen och patientens ålder vägas in i bedömningen. Efter ett år var den operationsrelaterade mortaliteten och morbiditeten i denna grupp 6,5 procent för patienter under 45 år, men den steg till 32 procent för dem som var över 64 år. I det enskilda fallet måste förstas läkaren ta hänsyn till ännu fler faktorer, inte minst patientens andra sjukdomar, kondition – och egna önskemål, påpekar en ledarskrifent.

Aneurysm i toraxaorta hos allt fler äldre kvinnor

Introduktionen av datortomografi och mer avancerad ekokardiografi har lett till att allt fler fall av aneurysm i toraxaorta avslöjas. En analys av 133 patienter i Minnesota visar att incidensen under de senaste 15 åren trefaldigats jämfört med den föregående 30-årsperioden (till 10,4 per 100 000 personår) och att prognosen förbättrats väsentligt (*JAMA* 1998; 280: 1926-9).

Äldre kvinnor utgör en ökande andel av patienterna med toraxaortaneurysm, som avslöjas mer än tio år senare hos kvinnor än hos män. Av dem som drabbas av ruptur är mer än tre fjärdedelar kvinnor. Risken för ruptur under en femårsperiod var 0 procent vid aneurysm mindre än 4 cm i diameter; den steg till

31 procent vid aneurysm större än 6 cm; i mellangruppen var risken 16 procent.

Osäkerhet om effekterna av takrin enligt metaanalys

Alzheimer-patienter som behandlas med takrin har efter 12 veckor en långsammare försämring i kognitiv funktion än de som behandlas med placebo. Det är osäkert om förbättringen i fråga om beteendestörningar är av klinisk betydelse, och någon signifikant positiv effekt på patientens funktionella oberoende har inte visats. Den kliniska betydelsen av kolinesterashämmare är således kontroversiell, och det behövs långtidsstudier med kliniskt relevanta resultatmått för att klarlägga nyttan, konkluderar en Cochrane-grupp i en metaanalys av tolv studier, redovisade före 1 januari 1996. I de randomiserade, dubbelblinda och placebokontrollerade studierna ingick 1 984 Alzheimer-patienter (*JAMA* 1998; 280: 1777-82).

Fördelar med omskärelse av pojkar överskattade?

Var sjätte pojke och man i världen är omskuren, oftast av religiösa skäl, men också medicinska motiv för detta kontroversiella ingrepp anförs. Proceduren anges förebygga fimos, parafimos och balanit, minska risken för peniscancer och för urinvägsinfektion (UVI) hos småbarn. Icke omskurna pojkar har tidigare rapporterats ha 10–20 gånger större risk för UVI än omskurna, men en stor kanadensisk studie tyder på att riskökningen när det gäller UVI som kräver inläggning på sjukhus är mindre, 3,7 gånger (1,73 gånger om även UVI-fall i öppen vård inkluderas). För att förebygga en intagning på grund av UVI under första levnadsåret skulle det krävas 195 omskärelser, rapporterar forskarna i *Lancet* (1998; 352: 1813-6).

Studien omfattar mer än 29 000 pojkar, som blev omskurna på sjukhus under den första månaden, och lika många icke omskurna. Det var samtliga som föddes under ett år i Ontario, och de följdes upp under minst två år. En svaghet i arbetet är att varken omskärelser i öppen vård (enligt en uppskattning 3 procent av samtliga) eller UVI som inte krävde sjukhusinläggning kunde studeras. Genomgång av läkarräkningar tyder på att varje inläggning motsvaras av öppen vård på grund av UVI för fem omskurna och elva icke omskurna småpojkar.

Yngve Karlsson, *Läkartidningen*