

ÖREBRO UNIVERSITET  
Institutionen för hälsovetenskaper  
Barnets rättigheter i ett folkhälsoperspektiv 7,5 hp  
Barn och ungas villkor 3,0 hp  
Examinationsuppgift 1  
Jan Pilotti  
VT 2016

## Barnens hälsa offras på girighetens altare

*”Barn och mödrar dör därför att de som har makten att förhindra deras död väljer att inte handla”* Chefredaktör för The Lancet Richard Horton (2008)

## Barn och ungas livsvillkor – skriande skillnader mellan länder

Även om det under de senast årtionena har gjorts stora framsteg för barns hälsa i medelinkomstländer där ca en tredjedel av världens barn bor är det sämre i många låginkomstländer där en annan tredjedel av världens barn bor. Och även om vissa framsteg gjorts genom koncentrerad politisk satsning på hälsosystemet, t.ex. i Tanzania, när det gäller mödra- och nyföddhetsdödsfall är Hortons (2008) dystra slutsats som ovan. Bara 16 av 68 prioriterade länder är på väg att nå millenniemål 4 när det gäller barnadödlighet – att minska dödlighet för barn under fem år med två tredjedelar (Horton 2008). ”Nästan 10 miljoner barn under fem års ålder dör varje år i världen, huvudsakligen av orsaker som kan förhindras ... Minst hälften ... i Afrika söder om Sahara och flertalet inträffar i endast 60 utvecklingsländer.” (Blair, Stewart-Brown, Hjern, Bremberg, 2013 s. 58).<sup>\*</sup> Dödsorsaker som kan förebyggas är t.ex. låg födelsevikt, infektioner i andningsvägarna och diarrésjukdomar och många sammanhänger med fattigdom och undernäring samt flera sjukdomar som kan förebyggas med vaccin (Blair 2013).

Undernäring orsakar 20 % av mödrarnas och 35 % av dödligheten för barn under fem år, men näringsstöd svarar bara för ca 10 % av de totala hjälpinsatserna (Horton 2008). Man missar även att förhindra HIV smitta från mor till barn fast detta är medicinsk möjligt och i Afrika söder om Sahara har i tolv stater dödligheten för barn under fem år istället ökat (Horton 2008).

Ett barn i Sierra Leone har en risk på nära 30 % att dö före sin femårsdag, nästan 80 gånger högre risk än för barn i Sverige, Norge eller Japan (Blair 2013)

Barnens hälsoproblem i låginkomstländer liknar de som förekom i Europa på 1700- och 1800- talet och den absoluta fattigdomens sjukdomar och vanliga infektioner är mer avgörande än tropiska sjukdomar och början ökas ytterligare av HIV, psykisk ohälsa och olyckor (Blair 2013). Psykisk ohälsa, beteendeproblem och funktionsnedsättningar är vanliga även i höginkomstländer men art och incidens skiljer sig mot låginkomstländer och graden förvärras av fattigdom och andra sjukdomar (Blair 2013)

**I en FN rapport visas att barnadödligheten före 5 års ålder minskat till 5 miljoner 2017  
<https://www.aftonbladet.se/senastenytt/ttnyheter/utrikes/article26285174.ab>**

**men med tanke på hur separatismen sprider sig i väst när vi måste ta hand om våra medmänniskor som flyr  
anser jag att analysen i denna uppsats ändå är giltig**

När det gäller sjukdomar är tillgången till adekvata läkemedel ett allvarligt problem i låginkomstländer. Läkemedelsindustrin satsar inte heller på forskning kring sjukdomar som är vanliga i låginkomstländer och endast 16 av 1393 nya mediciner som kom 1975 - 1999 gällde t.ex. behandling för tropiska sjukdomar och tuberkulos. Läkemedelsföretag motsätter sig att billigare s.k. generikaläkemedel används vilket var ett stort problem när det gällde aids. (Blair 2013)

Blair (2013) liksom den omfattande s.k. Marmotkommissionens rapport (Marmot 2008) tar båda också upp att klimatförändringarna som beror på överdriven och ohållbar energianvändning i höginkomstländerna kommer drabba fattiga länder och barnens hälsa där hårdast.

Marmotkommissionen visar på barnfattigdomen som ett avgörande hinder för att förbättra hälsan och minska hälsoorättvisorna och betonar vikten av de sociala bestämningsfaktorerna för hälsan och hur de beror på politiska och ekonomiska faktorer. Och på denna punkt är Horton (2008 p. 1218) också tydlig:

”Denna likgiltighet – hos politiker .. forskningsfonder och civilsamhället är ett svek mot vårt kollektiva hopp.. tecken på en obalanserad värld där endast de med pengar, militär stryka och politiskt inflytande bestämmer vad och vilka som räknas. Som hälso- och sjukvårdspersonal bör vi inte acceptera denna avsaknad av respekt för människolivet. Vi har en röst, en position och en yrkesroll som vi bör använda för att bidra till en radikal förändring”.

Barnens fysiska hälsa i Sverige rankades av UNICEF 2006 som den bästa bland de rika länderna. Men inte lika positivt när det gäller den psykiska hälsan där mycket talar för att den psykiska ohälsan i Sverige har ökat under senaste decennierna och är därmed ett viktigt område för svenskt barnhälsoarbete (Blair 2013)

## ADHD och sveket mot både forskningen och barnen i Sverige

FN:s barnrättskommitté riktade i sin kommentar 2015 bl.a. kritik mot handläggning av ADHD i Sverige med för många diagnoser och för mycket och ensidig betoning på medicin. Kommittén går därmed emot den officiella (Socialstyrelsen m.fl.) synen på

ADHD i Sverige (Pilotti 2015) Även om kommittén inte redovisar den vetenskapliga grunden för sina ställningstaganden har de kommit till väsentligen samma slutsats som den svenske läkaren, dopaminforskaren och psykiatern TL som tidigt larmat om detta men utan gehör. Han har berättat följande skrämmande historia:

Då socionomen Eva Kärfve skrev sin bok DAMP och kritiserade den syn som psykiatriprofessorn Christoffer Gillberg lanserat i Sverige tillsatte Socialstyrelsen en kommitté för en grundlig granskning av den vetenskapliga grunden för diagnos och behandling av ADHD. TL hade själv börjat med en sådan granskning utifrån sina erfarenheter som kliniker inom såväl vuxen- som barnpsykiatri och sin forskning på hjärnans dopaminsystem, störningar i vilket påstods vara orsak till ADHD. TL blev då adjungerad till Socialstyrelsens ADHD kommission. Efter ca ett år hade TL genom sin kritiska granskning av nästan all tillgänglig forskning visat att det inte är vetenskapligt hållbart att kalla ADHD för ett "neuropsykiatriskt funktionshinder" utan den modell som bäst kan förklara ADHD, liksom all annan psykiatri, är en stress-sårbarhetsmodell. Han skrev då detta i arbete och lämnade till Socialstyrelsen. Sedan blev han inte kallad till ett enda möte. Hans skrev sedan en bok med sin omfattande genomgång AD/HD i nytt ljus 2008. Ingen har bemött hans resultat. Attention en förening där många föräldrar är aktiva försökte stoppa att TL fick hålla föredrag på BUP i Stockholm och de drogs sig inte för falska personliga angrepp. Attention får enligt TL pengar från läkemedelsindustrin.

Den officiella linjen som alla känner till är att bl. a. ADHD har hög ärftlighet 80 %. Men TL har visat att det är helt fel. Det man visat är heritabilitet men som faktiskt betyder något annat vilket är lätt att förstå eftersom man med samma metod, där man jämför s.k. konkordansen för enäggstvillingar med konkordansen för tvåäggstvillingar, har visat att heritabiliteten för tuberkulos också är 80% fast vi vet att tuberkulos orsakas av en bakterie. Det heritabiliteten betyder är att om alla i en grupp utsätts för samma negativa påverkan, bakterie eller social stress, avgör genetiken vilka som får symtom. Men utan bakterie ingen tuberkulos och högst sannolikt utan social stress mycket mindre ADHD.

TL säger att det uppenbart finns krafter i Sverige som inte vill se varför barn mår dåligt och att Socialstyrelsen och andra myndigheter (som kunskapguiden.se) som skriver i denna fråga helt har lämnat vetenskapen.

Han blev hoppfull när FN:s barnrättskommitté kom med sin kritik men ingen myndighet har reagerat. Varken UNICEF Sverige eller BO nämner denna kritik mot ADHD i sina sammanfattningar på hemsidorna. BO ska komma med en rapport om situationen för barn och ungdomar med funktionsnedsättning till regeringen nu i mars. I dessa rapporter intervjuar de barn, i enlighet med FN:s barnkonvention men även vuxna experter. De har dock inte kontaktat TL så han tror att BO som alla andra myndigheter kommer hålla sig till den officiella linjen och därmed inte bry sig om vare sig FN:s barnrättskommittés kritik eller vetenskap. [Tyvärr blev det så BO svek grovt. se http://www.na.se/opinion/debatt/sverige-far-kritik-av-fn-om-synen-pa-adhd-behandling](http://www.na.se/opinion/debatt/sverige-far-kritik-av-fn-om-synen-pa-adhd-behandling)

Till sist berättade TL att nu har Cochrane institutet visat att det inte finns tillräckligt underlag som visar effekt av centralstimulantia utöver placebo. Många tusen barn får alltså en medicin som vi inte ens vet att den har effekt, där vi inte vet och inte satsar pengar på att forska på långtidseffekter av en medicin som ges till även förskolebarn och i många år och som påverkar deras växande hjärna.

## Vad orsakar sveket mot barnen i världen och Sverige?

Den stora barna-dödligheten och sjukligheten i låginkomstländerna beror inte på kunskapsbrist. Inte heller på resursbrist utan på brist på solidaritet och rättvis fördelning av resurser.

Den överdiagnostik av ADHD och överförskrivning av medicin i Sverige som nu också FN:s barnrättskommitté kritiserar beror inte heller i grunden på att det saknas relevant kunskap utan på att de myndigheter och vetenskapssamfund som ska ansvara för att vård ska baseras på vetenskap helt lämnat den vetenskapliga metoden med kritisk granskning utan istället ägnar sig åt att helt negligera just vetenskaplig granskning som gjorts. Det är uppenbart i ett land som Sverige att detta inte har något som helst med resursbrist att göra.

Marmotkommissionen pekar på erfarenheter som visar att kommersialisering av viktiga sociala nödvändigheter som utbildning och hälsovård skapar hälsoorättvisor och de därför måste styras av det allmänna och inte lämnas till marknaden.

Min uppfattning är att problemet att vi inte använder våra gemensamma resurser till att i enlighet med både FN:s barnkonvention och ett moraliskt imperativ se till att alla barn får

lika och reella möjligheter till ett värdigt och hälsosamt liv beror på en ohelig allians mellan en kapitalistisk ekonomi och materialistisk världsbild och människosyn.

Läkemedelsindustrin styr mycket av vården genom att ta överpriser som dränerar vården, propagandistisk information och drar sig inte heller för direkt vetenskapsfusk t.ex. genom att undanhålla studier som ej ger resultat som stödjer läkemedel. En möjlig väg att förhindra detta och samtidigt inrikta forskningen på de vanligaste sjukdomarna är att WHO tar över all forskning och handel med läkemedel. Men om en sådan delreform går att genomföra så länge kapitalismen råder är tveksamt. Kapitalismen med fokus på vinst drivs av girighet och begär och har aldrig och kommer aldrig kunna tillgodose allas rättmätiga behov. För detta krävs ett helt nytt system och arbete pågår med detta (Blomberg 2016).

När det gäller att frånga den vetenskapliga metoden kan de många gånger också handla om ekonomisk girighet då alltför ofta forskare avslöjats med att undanhålla material som talar emot läkemedelsindustrins intressen mot ett ekonomiskt arvode. Men det rör sig nog också om en girighet som gäller makt och ”vetenskaplig” prestige.

På ett djupare plan gäller det hela vår civilisations värdegrund. Edris (2015) har i en djupgående historiefilosofisk analys av det västerländska samhällets utveckling argumenterat för att vi befinner oss i en situation i likhet ned Romarrikets fall och i behov av en ny civilisationsbärande vision. Han menar att den teologiska förhandlingsprodukt som han kallar kyrkokristendomen, som tog över som civilisationsbärande vision efter Romarrikets fall och som började bekämpas genom upplysningstiden nu gett vika för en dröm om det rationella paradiset. Men denna har blivit en pseudoreligion som inte kan ges oss de svar som behövs för att bygga en fungerande civilisation då den helt saknar trovärdiga och existentiellt bärande svar på människans eviga frågor om ”vadan och varthän”, meningen med livet, målet och försoning med lidandet. Enligt Edris är det endast med en sådan grund, som också kommer innehålla en syntes mellan vetenskap och religion och ett vetenskapligt bevis för själens existens, som vi kan övervinna vår egoism och samverka i ett samhälle som uttrycker solidaritet och tillgodoser allas rättmätiga behov. Först då kan målet med rättvisa förutsättningar för allas hälsa, vuxna som barn, förverkligas

## Referenslista

Blair, M., Stewart-Brown, S., Hjern, A., & Bremberg, S. (Red) (2013)

*Barnhälsovetenskap*

Blomberg T (2016) Manifest för behovsekonomi <http://www.drpilotti.info/solidaritet.html>

Edris, K-E., Vart är världen på väg? Info på <http://www.edris-ide.se/bocker/vart-ar-varlden-pa-vag/>

Horton, R., 2008 direktcitad i svensk översättning från Blair (2013) s. 53

Övriga uppgifter från originalartikeln

Horton, R. *Countdown to 2015: a report card on maternal, newborn, and child survival* -

Lancet Vol 371 April 12, 2008

Marmot, M. (red) (2008) *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health*. WHO

Pilotti, J., *Sveket mot barnen*. Tidskriften svensk Psykiatri nr 3 2015