



Tema | ”Normala barn” – finns de?

Psykomotorisk utveckling hos barn

Vad är normalt antal luftvägsinfektioner?

Hur kan man förbättra strukturen på ST-handledningen?





Små Magar gillar också riktig mat.

Som förälder vill man att sitt barn ska få i sig riktig mat, av bra råvaror. Att *äta ordentligt* är en del av allt vi vill lära dem. Det är en bra strävan – för alla barn är värda riktig mat, oavsett om de behöver sondnäring eller inte.

Därför har vi tagit fram Isosource® Junior Mix som innehåller riktiga råvaror* som kyckling, persikor, ärtor, bönor och apelsin. Sondnäring som innehåller riktig mat eller ingredienser från riktig mat kan leda till ökad tolerans¹⁻³ och förbättrade symtom.⁴

**FÖR
BARN
FRÅN
1 ÅR**



ÄKTA MAT ÄKTA OMTANKE



Isosource® Junior Mix är ett livsmedel för speciella medicinska ändamål och används på inrådan av läkare eller dietist. Sondnäringen är lämplig som enda näringskälla från 1 års ålder och kan förskrivas till barn under 16 år på livsmedelsanvisning.

Referenser: 1. Samela K, et al. Transition to a Tube Feeding Formula With Real Food Ingredients in Pediatric Patients With Intestinal Failure. *Nutr Clin Pract.* 2017;32(2):277–281. 2. Hurt RT, et al. Blenderized Tube Feeding Use in Adult Home Enteral Nutrition Patients. *Nutr Clin Pract.* 2015;30(6):824–829. 3. Kluge A, et al. The Effect of a Low Calorie, Nutrient Dense Formula on the Use of Modular Nutrition Supplements in Children with Developmental Disabilities. *JPGN, Volume 57, Suppl 1, October 2013.* 4. Pentiu S, et al. Pured by Gastrostomy Tube Diet Improves Gagging and Retching in Children with Fundoplication. *J Parent Enteral Nutr.* 2011;35(3):375–379.

*Rehydrerat kycklingkött och grönsaker, persikopuré och apelsinjuice från koncentrat.

Till hälso- och sjukvårdspersonal
www.nestlehealthscience.se



SMS:a

till 72970 och förverkliga en dröm!

Då skänker du 20 kr som förverkligar svårt sjuka barns önskedrömmar, som att besöka en djurpark. Vi skickar också information om hur du kan bli månadsgivare.

www.minstoradag.org



Stiftelsen
MIN STORA DAG

HIGHLIGHTS IN THIS ISSUE

Anna Käll, Hugo Lagercrantz (hugo.lagercrantz@actapaediatrica.se) Acta Paediatrica, Stockholm, Sweden



Outcomes after preterm birth in Austria and the Swedish neonatal quality register

Collaborative networks are playing an increasing role in improving neonatal care. An editorial by Shah and Lehtonen (1) praise Kiechl-Kohlendorfer et al. (2) for developing a robust, national cohort study of preterm infants born at 23–31 weeks in Austria. The overall survival of the cohort, who were born from 2011 to 2016, was 91.6% and 78.2% survived without major neonatal morbidities. Not surprisingly, lower gestational age, lower birth weight, male sex and multiple pregnancies were associated with adverse outcomes. Shah and Lehtonen also comment on the Swedish Neonatal Quality Register, which is described by Norman et al. (3) in this issue. Its completeness and agreement with other registers, especially for preterm infants, was judged to be excellent.



Increase in ear tube insertions despite pneumococcal vaccinations

Ear tube placements are the most common paediatric surgical procedure in high-income countries. Eythorsson et al. report that the incidence of ear tube insertions increased in Iceland after the introduction of the pneumococcal vaccine into the paediatric vaccination programme in 2011 (4). The reasons for these findings are speculative. However, children in the 2011–2015 birth cohorts were less likely to be diagnosed with otitis media or receive antimicrobials before the placement procedure than children in the 2005–2010 cohorts.



Manipulation of oral medication for children is common

Administering paediatric drugs remains a challenge, due to the lack of age-appropriate formulations. A study from the Netherlands by van der Vossen et al. found that nurses and parents frequently manipulated oral medication and that 45% of these changes were not in line with the summary of product characteristics or patient information leaflets (5). The results showed that there is a need for age-appropriate medicines that can deliver correct dosages.



Girls have better outcome than boys after perinatal metabolic acidosis

A cohort study from Gothenburg, Sweden, showed that boys born at term with metabolic acidosis had worse perinatal symptoms and less favourable neurodevelopmental outcomes at 6.5 years of age than girls (6). The findings were seen in those who appeared healthy during the neonatal period. Readers may also be interested in the Evidence-Based Neonatology commentary by Lohmann and Wright, which asks *Does permissive hypercapnia carry increased risk for neurodevelopmental sequelae?* (7).



Overtreatment of babies with bad prognoses

Medical advances mean that critically ill neonates who eventually die are surviving longer. This has raised concerns that neonatal intensive care units are overtreating patients and unnecessarily subjecting them to expensive and burdensome treatment. Prentice et al. have developed a neonatal intervention score to measure how clinicians treat neonates during their admission, in contrast to other tools that only focus on the time around delivery (8). A validation study on preterm babies born at less than 28 weeks indicated that the score was useful and reliable and may facilitate rigorous empirical ethics research and optimise communication between providers and parents.

Figures 1, 3–5: Istockphoto.com, 2: Alamy.com

HIGHLIGHTS IN THIS ISSUE

Anna Käll, Hugo Lagercrantz (hugo.lagercrantz@actapaediatrica.se) Acta Paediatrica, Solna, Sweden



Parental snoring and maternal smoking increased the risk of infants snoring

It is essential to identify the symptoms of sleep-disordered breathing as early as possible, because snoring may have several negative health consequences. Parental reports on 1388 infants in Finland showed that the prevalence of habitual snoring was 3.2% at the age of three months and 3.0% at eight months (1). In addition, the study showed that infants who snored slept for shorter periods of time and were more restless than other infants. Parental snoring and maternal smoking were significantly associated with infant snoring at both ages, while formula feeding and dummy use were only associated with snoring at three months.



Is neurodevelopment in young children linked to asthma?

Bjarnadóttir et al. explored possible prenatal and postnatal factors that influenced neurodevelopment, by analysing data on 650 children from the Copenhagen Prospective Studies on Asthma in Childhood 2010 mother-child cohort (2). The study showed that neurodevelopment scores in early childhood were mostly associated with gender, but there were no associations with breastfeeding, persistent wheeze, eczema and the number of days they were sick.



Parenting style was associated with child behaviour

Children whose parents were highly responsive, but not demanding, were 2.7 times more likely to demonstrate abnormal sensory neurological thresholds than the offspring of parents with stricter parenting styles. More permissive parenting was also associated with both increased internalising and externalising behaviours, according to a cohort study by Neel et al. (3). The authors followed up 82 term and preterm infants in the USA at one and two years of age and reported that stricter parenting was only associated with fewer behavioural problems in the preterm group.



Brain alterations in very preterm children at risk for developmental coordination disorder

An Australian study by Dewey et al. showed that children who were born very preterm and at risk for developmental coordination disorder had smaller brain volumes and no catch-up in brain growth between term equivalent age and seven years (4). Infants born very preterm at the Royal Women's Hospital, Melbourne, in 2001–2005 were studied. At seven years of age, 53/162 children without cerebral palsy had scores up to the 16th percentile on the Movement Assessment Battery for Children—Second Edition and were considered at risk for developmental coordination disorder. Altered white matter microstructures were also seen at that age, particularly in motor areas. Skranes comments on the findings (5).



Oxygen dilemma balances growth and development with retinopathy of prematurity

Sufficient oxygen is crucial for growth and development, but too much can cause retinopathy of prematurity. European consensus guidelines published in May 2013 recommended a target peripheral capillary oxygen saturation range of 90–95% for preterm infants. Klevebro et al. compared clinical practice before and after these were incorporated into local guidelines at Karolinska University Hospital, Sweden, in November 2013 (6). Higher saturation target and tighter alarm limits led to higher mean oxygen saturation and greater adherence to the targets, but increased the time with hyperoxaemia. Stensvold and Saugstad comment on the findings (7).

Figures 1–5: Istockphoto.

Barnläkaren

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

Ansvarig utgivare

Per Brolin
E-mail: ordf@barnlakarforeningen.se

Chefredaktör/Annonskontakt

Margareta Munkert Karnros
info@barnlakaren.se

Vetenskapsredaktör

Synnöve Lindemalm
synnove.lindemalm@gmail.com

Kulturredaktör:

Göran Wennergren
info@barnlakaren.se

Manuskript insändes

per mail till:
Margareta Munkert Karnros
info@barnlakaren.se

Prenumerationsärenden

och adressändringar
Meddelas per mail till:
info@barnlakaren.se

Tryck

DanagårdLiTHO

Redaktionsråd

Anna Undeman Asarnej
Hugo Lagercrantz
Synnöve Lindemalm
Josef Milerad
Göran Wennergren

Omslagsbild

iStock photos

Innehåll

LEDARE 7

REDAKTÖRENS RUTA 8

TEMA: "NORMALA BARN" – FINNS DE?

Synen på barns autonomi i historiskt perspektiv *Carl Lindgren* 10
Varje barns rätt – vad innebär det? *Lars H Gustafsson* 12
Normal psykomotorisk utveckling *Antonia Reuter* 14
Psyisk ohälsa – sjukdom och/eller tidstecken? *Ingemar Engström* 16
Normal vikt, fetma och undervikt från ett internationellt perspektiv och över tid *Sven Bremberg* 18
Från tillväxt till pottråning – vad är barnets normala utveckling ur ett globalt perspektiv? *Sahar Nejat* 20
Vad är normalt antal luftvägsinfektioner hos barn? *Inge Axelsson* 22

BARNMEDICIN

Hur kan man få en bra struktur på ST-handledningen? 24
- tips till ST-läkare och huvudhandledare *Henriette och Antonios Loizos*

KULTUR

Tag mig, håll mig, smek mig sakta *Göran Wennergren* 25
Medaljongerna i Florens *Göran Wennergren* 28

KALENDARIUM

30

Tankar kring det normala

Sommaren är på väg att övergå i höst, och den traditionsenliga semesterveckan i familjens gamla gård i Hälsingland är över för denna gång. Ifjol var ju sommarvädret rekordvarmt och brandröken låg tät över de förtorkade Hälsingeskogarna. Vädrets makter bjöd denna gång på en mer "normal" svensk sommar, med lite sol och ganska mycket regn. Tack vare blötan var dock mängden kantareller i skogarna långt över det normala!

Under sommarsemestrarna har det varit lite mindre aktivitet än normalt i mailkorgen, men från BLFs styrelse försöker vi i olika sammanhang fortsätta att lyfta fram våra barns behov och rättigheter. Under årets Almedalsvecka i Visby ordnade vi två seminarier, dels om nya dyra läkemedel för barn och dels om digitala vårdmöten för barn. Seminarierna har bland annat uppmärksammats i Läkartidningen och finns nu tillgängliga online via BLFs hemsida. Vi hoppas att många vill ta del av de intressanta och givande diskussioner som uppstod. Vi kommer också att arbeta vidare med bl.a. rekommendationer för hur digitala vårdmöten för barn bör gå till.

Dagarna i Almedalen gav många intressanta tillfällen till fördjupning i aktuella samhällsfrågor, och även till mer filosofiska resonemang. Jag kan till exempel rekommendera de etiskt samtal som anordnades av Statens Medicinsk-Etiska Råd (se www.smer.se). Man kan ha olika synpunkter på evenemang som Almedalen, men nog är det ändå i grunden mycket glädjande att vi i vårt demokratiska samhälle ser det som helt normalt att kunna diskutera alla möjliga frågor i ett öppet samtalsklimat.

När nu vardagen åter står för dörren passar jag därför på att reflektera lite mer över det normala, det som vi tar för givet. På jobbet är ju detta med normalitet ofta något positivt – proverna ser normala ut, lungröntgen var normal... Härom veckan, när jag var schemalagd som mellanjour och bland annat ansvarade för ett ansenligt antal BB undersökningar varje dag, kom jag på mig själv med att ofta kom-

mentera att "allt ser normalt ut". Vid ett tillfälle framkallade denna enkla kommentar en extra tydlig emotionell reaktion hos de nyblivna föräldrarna. Mamman berättade då tårögt om att de tidigare förlorat ett barn i intrauterin fosterdöd, och hon beskrev hur stor lättnad hon nu kände över att "allt såg normalt ut".

Inte sällan består ju vårt arbete som barnläkare inte bara av att som Hippokrates "ibland bota, ofta lindra, alltid trösta", utan även av att bekräfta, lugna och just framhålla det normala. Men samtidigt får vi inte glömma att framhålla det unika, att bekräfta att alla barn är olika och att det finns ett värde och något vackert i denna variation, i att allt inte måste vara normalt alla gånger.

Min första tanke när jag såg temat för detta nummer av Barnläkaren var att detta blir en utmaning. "Normala" barn – finns de? Tidningen ni håller i er hand kanske inte ger svaret, men den ger er garanterat spännande läsning och utrymme för reflektion. Stort tack till vår gästredaktör Sven-Arne Silfverdal och alla andra som bidragit till en snarast onormalt intressant tidning!



Per Brolin, ordförande,
Svenska Barnläkarförbundet

**DET ÄR INTE KONSTIGT.
VÅRA BARN VILL VARA MED.**

PG 90 00 71 - 2 www.rbu.se



RBUS

Riksförbundet för Rörelsehindrade Barn och Ungdomar



Vi har alla någon gång frågat oss vad som egentligen är "normalt" vare sig det gäller människor, miljöer eller annat i omgivningen, och vi är ofta angelägna om att få svar. Eftersom begreppet är en tolkningsfråga är det svårt att tydligt definiera i några meningar. I litteraturen kan vi läsa om "normalt" som normerande, regelrätt, ett rättesnöre, eller genomsnittlig, ordinarie, vanligt. Går vi till statistiken talar man om normalfördelning, om medelvärden och medianer. Det vi vet säkert är att det ligger i vårt mänskliga behov att vilja ha en utgångspunkt vid beräkning, att helt enkelt ha en trygg "mall" att jämföra med och förhålla oss till. Ursprungligen, i en tid långt bortom dagens sociala skyddsnät, handlade denna vaksamhet inför avvikelser säkert många gånger mer om överlevnad än om filosofi.

Speciellt intressant blir begreppet "normalt" i sjukvården. Vi vet att när det gäller hälsa och sjukdomar kan avvikelse från vad som anses normalt, betyda just detta utan att något egentligen bör ställas till rätta. De flesta föräldrar är angelägna om att inte missa ett sjukdomstecken eller annat väsentligt som kan behövas tas om hand och rättas till. "Betyg godkänd" ger oss tillfredsställelse, men kan samtidigt skugga vikten och värdet av att varje barn har sin egen personlighet, egna förutsättningar och att utvecklingen hos barn är dynamisk och i ständig förändring. Det är därför vi ibland hör dessa historier om elever med årtal av skolbänksproblematik bakom sig som når sin fulla kapacitet och högt uppsatta mål, bara de ges utrymme att göra på sitt eget sätt. Vår tids strävan efter

"normalt" är inte enbart positivt utan bidrar även till exkludering/ökade samhällsklyftor. Använt i rätt sammanhang kan det dock vara en värdefull måttstock. I temadelen har vi samlat en skara kunniga specialister som tagit sig an detta mångsidiga ämne, var och en på sitt vis.

Med oss i detta nummer har vi även Barnläkare under utbildning (BLU). Via ett nytt projekt hoppas de kunna bidra till en bättre struktur på handledningen både för ST-läkare och handledare. Regelbunden och fungerande handledning är en viktig del av ST-utbildningen och stor vikt läggs från Socialstyrelsen på handledarens roll i ST-läkarens professionella utveckling. Många ST-läkare har välfungerande huvudhandledarsamtal men det finns även en del brister, framför allt rörande förväntningar på själva handledningen. Båda dokumenten under QR-koderna i artikeln finns även på BLU:s hemsida. Vi passar på att tillägga att vår egen hemsida www.barnlakaren.se nu uppdaterats till en mer mobilvänlig version (tack till vår webmaster, Susanne Svahn).

Med detta önskar vi er givande läsning och hoppas att ni alla haft en trevlig sommar. Hann ni inte riktigt med så mycket skönlitteratur under ledigheten som ni hoppats på, så passa på att bläddra fram till kultursidorna och Göran Wennergrens text om Harriet Löwenhjelm. Detta är poesi som inte går att värja sig mot när man väl börjat läsa.

Ha en fin höst!

Margareta Munkert Karnros

Margareta Munkert Karnros

Temaredaktör i detta nummer: Sven-Arne Silfverdal



Sven-Arne Silfverdal

Sven-Arne Silfverdal är docent i pediatrik vid Umeå universitet, är universitetslektor kombinerat med tjänst som barnhälsovårdsöverläkare vid Region Västerbotten. Är utbildad i barnmedicin i Örebro, tropikmedicin/internationell hälsa vid sjukhuset La Pitié Salpêtrière och Université Pierre-et-Marie-Curie i Paris, forskarutbildad i Örebro och Linköping. Han har under 1980-90-talen bott och arbetat i Centralafrikanska republiken på missionssjukhuset i Gamboula och därefter kortare vistelser för att stärka den förebyggande mödra- och barnhälsovården. Han arbetade i Örebro som barnläkare och skolläkare, ordförande i Örebro läns landstings Barncentrum, och i Östersund som barnhälsovårdsöverläkare.

De kliniska erfarenheterna från Afrika har påverkat inriktningen på hans forskning som rört främst infektionsepidemiologi, nutrition (amning, D-vitamin) fetma/övervikt, och på senare tid prevention av psykisk ohälsa i samarbete med Salutsatsningen inom Region Västerbotten och den nystartade barnkohorten NorthPop vid Pediatrik, Umeå Universitet. Sedan 1980-talet har han varit prövare i ett 20-tal vaccinstudier; först vaccin mot kikhosta, sedan mot pneumokocker, HPV, meningokocker och nu RSV. Har varit ledamot i Referensgruppen för nationella vaccinationsprogram vid Folkhälsomyndigheten och Expertgrupp för pediatrik nutrition resp. nutrition och folkhälsa vid Livsmedelsverket.



HJÄLP BARNEN SOM FLYR!

Just nu har vi akuta insatser i bland annat Syrien, Grekland, Italien, Serbien och här hemma i Sverige. Men det räcker inte. Vi behöver din hjälp. Vi behöver bli fler. **Bli Barnrättskämpe på räddabarnen.se**

Vår verksamhet kontrolleras av Svensk Insamlingskontroll. Vårt 90-konto garanterar att dina pengar används så effektivt och ansvarsfullt som möjligt.



NU med SUBVENTION*

*Vid behandling av funktionell obstipation hos barn mellan 6 mån-8 år när laktulos inte är lämpligt

forlax Junior 4g

Makrogol 4000

Pulver till oral lösning, dospåse

Forlax Junior (makrogol) 4 g, pulver till oral lösning i dospåse. Laxantia, osmotiskt aktiva medel (ATC-kod: A06AD15). Indikation: Funktionell obstipation hos barn från 6 månader till 8 år. Innan behandlingen påbörjas ska organisk sjukdom ha uteslutits av en läkare, speciellt i åldersgruppen under 2 år. Forlax Junior ska vara en tillfällig tilläggsbehandling till livsstils- och koståtgärder lämpliga vid förstoppning. Maximal behandlingstid är 3 månader. Om symtomen kvarstår trots gjorda kostförändringar bör man misstänka en underliggande orsak och behandla denna. Varningar: Kontraindicerat vid allvarlig inflammatorisk tarmsjukdom (ulcerös kolit, Crohns sjukdom), toxisk megakolon, gastrointestinal perforation eller risk för gastrointestinal perforation, ileus eller misstänkt blockerad tarmpassage eller symptomatisk stenosis samt vid magsmärtor utan känd orsak. Patienter med det ärftliga tillståndet fruktosintolerans bör inte använda detta läkemedel. Om diarré uppträder skall försiktighet iaktas hos patienter som har benägenhet för problem med vatten-elektrolytbalansen och kontroll av elektrolyter skall övervägas. Fall av aspiration har rapporterats när stora volymer av polyetylen glykol och elektrolyter gavs med ventrikelsond. Neurologiskt nedsatt barn som har oromuskulär dysfunktion är särskilt utsatta för aspiration. Forlax Junior är receptbelagt. (F) Subventioneras endast för behandling av funktionell obstipation hos barn från sex månader till åtta år när laktulos inte är lämpligt. Texten är baserad på produktresumé daterad: 2018-11-15. För ytterligare information samt priser se www.fass.se.

Institut Produits Synthèse (IPSEN) AB, Färegatan 33, 164 51 Kista

FLX-SE-000001 Feb 2019

Var fjärde niondeklassare utsätts för sex-kontakter på internet.

Ecpat är en barnrättsorganisation som arbetar för att minska siffrorna. Du kan påverka statistiken. Läs hur på ecpat.se



MOT BARNSEXHANDEL

HAR NI TID ATT HJÄLPA OSS MED EN SPLITTERSKADA?

Alla kan inte vara läkare. Men alla kan rädda liv. Och med en ganska liten handling kan ni uträdda stordåd. Utan ert bidrag har vi gränser. Hoppas ni vill vara med.

www.lakareutangranser.se/foretagsvan

BLI FÖRETAGSVÄN

Ring 010-1993300 eller besök oss på webben.



MEDECINS SANS FRONTIERES
LÄKARE UTAN GRÄNSER



Ellen Key (1849-1926) lät sig inte imponeras av pedagogen Friedrich Wilhelm August Fröbel idé om s k "Kindergartens". Idén spreds senare till Sverige och utvecklades till vår tids förskolor.

Synen på barns autonomi i historiskt perspektiv

Barn brukar traditionellt definieras utifrån sina brister i förhållande till vuxna. Den franske historikern Philippe Ariès (1914–1984) hävdade att man under medeltiden vare sig hade något begrepp om barns olika åldrar eller deras åldersspecifika behov (1). Visst, men inte övertygande, stöd för detta kan man finna i samtida konstnärliga målningar av barn. Andra forskare menar att redan under tidig medeltid differentierade mellan relativt väl avgränsade faser i barnets utveckling (2).

Efter första världskriget startade en dynamisk period vad gällde att forma barns kompetens, autonomi och ansvar genom pedagogisk skolning. Centralgestalten inom den progressiva pedagogiken var den amerikanske filosofen John Dewey (1859 – 1952) som med sin pragmatiska aktivitetspedagogik myntade begreppet "learning by doing". Men utvecklingen hade startat tidigare. I Schweiz hade Johann Heinrich Pestalozzi (1746 - 1827) tagit hand om föräldralösa barn efter Frankrikes krig mot Schweiz 1798.

Janusz Korczak och "Barnens rätt till respekt"

I Tyskland inspirerades pedagogen Friedrich Wilhelm August Fröbel (1782 -1852) av Pestalozzis tankar. Fröbel är kanske idag mest ihågkommen för att han etablerade ett antal barnträdgårdar, Kindergartens som senare även startades i Sverige. Redan 1879 besökte Ellen Key (1849 – 1926) en av Frøbels Kindergarten i Hamburg. Hon var inte imponerad av vad hon såg i form "av ett systematiserat lärande i flock, av att leka och arbeta efter plan och göra små dumma och onödiga handarbeten". En som inspirerades av Ellen Key var den polske barnläkaren Henryk Goldszmit (1878-1942) mer känd som Janusz Korczak (3).

Korczaks huvudarbete är Barnets rätt till respekt (1920). Det är hans tankar i dessa som till dels ligger till grund för principer för barnens skydd och rättfärd som Nationernas Förbund antog 1924. Som förberedelse för detta dokument hade Korczak redan 1919 formulerat barnets rättigheter i det han benämnde Magna Carta Libertatis där han fastslog följande tre grundläggande förutsättningar för ett barns autonomi: Barnets rätt till sin död; till den dag som är och att vara som det är (4). Av dessa tre kan rätten till sin död förefalla förbryllande.

Vad Korczak avsåg var emellertid att de vuxna genom överbeskydd hindrar barnet att fritt få utforska världen och våga utmana sina begränsningar. "För att vi inte vill att de ska dö låter vi dem inte leva", skriver Korczak. Under sina sjukbesök bland Warszawas högreståndsfamiljer hade han förfärats över hur barnen isolerades för att undgå såväl infektiös som social smitta. "Hur ofta har jag inte, i ett vitmålat rum, med fläckfria vitlackerade möbler, sett ett blekt barn i vita kläder leka med sina vita leksaker och känt mig illa till mods". Men det är inte en gränslöshet han förordar, utan en frihet inom tydliga ramar. "Byter man de absoluta förbud mot total utlevelse riskerar man att förvandla en uttråkad slav till en blaserad tyrann", skriver han vidare.

Att beskydda ett barn är en fullt legitim ansats, särskilt i ett globalt perspektiv. Men gränsen mellan beskydd och överbeskydd är svårdefinierad. Överbeskydd kan i sig vara ett mått av maktutövning och ett uttryck för den vuxnes bristande respekt för eller tilltro till barns kompetens, autonomi, ansvar och agerande utifrån en subjektposition.



Gränsen mellan beskydd och överbeskydd är en gräzon och kan i vissa fall utgöra ett verktyg för t ex maktutövning hos vårdnadshavaren. Foto: iStock

Referenser

1. Ariès P. *L'enfant et la vie familiale sous l'Ancien Régime*. Seuil, Paris, 1975.
2. Österberg B. *De små då. Perspektiv på barn i historien*. Natur och Kultur, Stockholm, 2016.
3. Lindgren C, *A man of vision who blazed the trail for children's rights and died a hero's death*. Acta Padiatr 105(4), September 2015.
4. Korczak J. *Jak kochac dziecko. Hur man älskar ett barn, i översättning av Ros Mari Hartman och Mira Teeman-Halden*, HLS förlag, Stockholm, 1992.

Carl Lindgren, med dr,
barnläkare och författare,
Stockholm

E-mail:
carl.lindgren@ki.se





Foto: iStock

Varje barns rätt – vad innebär det?

Finns det en grupp barn som är i behov av särskilt stöd och en annan som inte är det? Eller är det snarare så att alla barn är i behov av särskilt stöd ibland – men några mer och oftare än andra? Vilka för- och nackdelar finns det med att betona bara ett av dessa synsätt? Är det möjligt att hålla båda perspektiven levande vid sidan av varandra?

I min utbildning av elevhälsans personal har jag ofta ställt de frågorna, som brukar ge upphov till livliga samtal. Ombedd att reflektera över barnkonventionens syn på normalitet dyker frågorna upp på nytt. Båda perspektiven finns nämligen representerade i konventions-texten. Å ena sidan definieras i texten grupper av barn som ska ha särskilda rättigheter och därmed särskilt stöd. Artikel 22 handlar till exempel om barn på flykt och artikel 23 om barn med funktionsnedsättningar. Den senare inleds med orden:

Konventionsstaterna erkänner att ett barn med fysisk eller psykisk funktionsnedsättning bör åtnjuta ett fullvärdigt och anständigt liv under förhållanden som säkerställer värdighet, främjar tilltron till den egna förmågan och möjliggör barnets aktiva deltagande i samhället.

Lägg särskilt märke till formuleringen "ett barn" (alltså inte bara "barn") och till begreppet "värdighet", ett av konventionens nyckel-

ord. Det återkommer i artikel 39 om barn som utsatts för övergrepp:

Konventionsstaterna ska vidta alla lämpliga åtgärder för att främja fysisk och psykisk rehabilitering samt social återanpassning av ett barn som utsatts för någon form av vanvård, utnyttjande eller övergrepp ... Sådan rehabilitering och sådan återanpassning ska äga rum i en miljö som främjar barnets hälsa, självrespekt och värdighet.

För oss som barnläkare är det naturligt att tolka texten så här: Om vi efter vår utredning kan konstatera att ett barn har en funktionsnedsättning eller har utsatts för ett allvarligt övergrepp så hör det barnet definitionsmässigt till gruppen barn i behov av särskilt stöd. Och då ska det också ha rätt till det stödet!

Vi är nämligen vana att tänka i kategorier. Men lägg på nytt märke till formuleringen "ett barn", som återkommer i båda artiklarna. Konventionen handlar inte om barns rättigheter i största allmänhet utan

om varje enskilt barns rätt. Detta individperspektiv blir särskilt tydligt i artikel 3, den viktiga portalartikeln, som börjar:

Vid alla åtgärder som rör barn, vare sig de vidtas av offentliga eller privata sociala välfärdsinstitutioner, domstolar, administrativa myndigheter eller lagstiftande organ, ska i första hand beaktas vad som bedöms vara barnets bästa.

Varje barns behov i fokus

I den skoldebatt som pågår har jag påpekat att det inte är nog med en skola för alla. Vi måste dessutom ha en skola för varje barn. Inget enskilt barn får offras för en principers skull eller för att majoriteten ska få det bra. Det kan gälla allt från inkludering av barn med funktionsnedsättningar till utformningen av skolans idrottslektioner.

Den utmaning vi står inför är att å ena sidan bevaka så att barn med bestående funktionsnedsättningar och andra allvarliga svårigheter får det stöd de har rätt till. Och å andra sidan vara öppna för hur dynamiskt livet faktiskt är. Ett barn som vi ställt diagnos på kan ibland klara sig bra utan särskilt stöd i en välfungerande verksamhet, till exempel i en liten klass med erfarna pedagoger. Samtidigt som ett annat barn utan diagnos eller andra kända svårigheter av olika skäl kan hamna i en svacka då det under en tid behöver särskilda insatser för att återfå fast mark under fötterna. Barnkonventionen handlar alltså om varje barns rätt att i livets olika skiftningar få sina mänskliga rättigheter tillgodosedda, oavsett våra kategoriseringar och oavsett hur förskolan

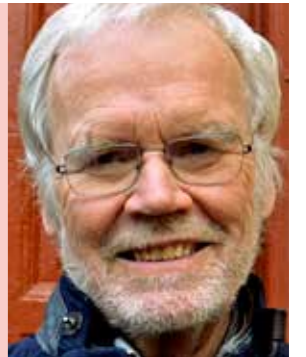
och skolan organiseras. Det viktigaste är att det enskilda barnet alltid görs synligt och får behålla sin värdighet. Det sker bäst genom att det självt får komma till tals. Så som det stadgas i artikel 12:

Konventionsstaterna ska tillförsäkra det barn som är i stånd att bilda egna åsikter rätte att fritt uttrycka dessa i alla frågor som rör barnet.

Vår uppgift som barnläkare är att lyssna mycket noga, använda vår erfarenhet och sedan, i enlighet med barnkonventionens artikel 24, hjälpa varje barn till "bästa möjliga hälsa".

Lars H Gustafsson, barnläkare och författare, Lund

E-mail: lars.h.gustafsson@gmail.com



Hjälp människor på flykt!

Just nu är 60 miljoner människor på flykt undan krig och förföljelse i världen. Din hjälp behövs.

SMS:a FLYKT150 till 72980 och ge 150 kronor. Eller swisha valfritt belopp till 123 90 01 645. Tack!

Sverige för UNHCR FN:s flyktingorgan



Foto: iStock

Normal psykomotorisk utveckling

Kunskap om barns utveckling är grundläggande för förståelse för och främjande av barns hälsa och utveckling. Den möjliggör att följa barns utveckling på universell och individuell nivå, förstå betydelsen av samverkan mellan arv och miljö, utvärdera interventioner och dela kunskap. Barns utveckling omfattar flera områden. Utvecklingspsykologiska studier berör biologiska, emotionella, sociala och kognitiva processer och har mestadels genomförts i västerländsk kontext, i Nordamerika och Europa, och ligger till grund för uppföljning och bedömning av utvecklingen.

Psykomotorisk utveckling är ett tvärvetenskapligt område. Det delas vanligen in i grov- och finmotorik, kognition och performance, personlig och social utveckling samt tal och språk, vilka samtliga styrs av hjärnans och centrala nervsystemets tillväxt och utveckling. En genetisk programmering finns, men exakt när, hur och vad som sker ser olika ut, exempelvis kryper inte alla barn innan de går. Utveckling sker i en kontext där arv och miljö samspelar, där miljöfaktorer har stor betydelse för hjärnans och den tidiga och fortsatt utveckling (1,2,3). Pianot som metafor, med dna- strängen utlagd som tangenter, som berörs av handens och fingrarnas olika grad av nedslag, som i sin tur leder till varierad musik kan passa bra.

”Normal”- ett begrepp som väcker frågor

Hur ser då barnets normala psykomotoriska utveckling ut? ”Normal” är ett begrepp som väcker flera frågor, med svar som kan leda såväl till oro som till lugn och tillförsikt. Det är ett relativt begrepp, normal i förhållande till vad? När blir utvecklingen onormal? Beskrivningar

av normal utveckling, att nå en specifik färdighet, relateras till den åldern då en bestämd andel av barnen når färdigheten (nyckelålder, milstolpe). Utvecklingsuppföljningen inom barnhälsovården bygger på nyckelåldrar då 80 procent av barnen har nått färdigheten (4). Variationen tillåts vara relativt stor inom en färdighet och det råder skillnader mellan barn.

Vi har idag inte all kunskap om när helt friska barn når utvecklingsmässiga milstolpar och vilka milstolpar som är gemensamma för olika kön och länder som är kulturellt olika i ett globalt perspektiv. Forskning pågår, bland annat initierat av WHO där barns utveckling studeras utifrån etnicitet, kultur, kön och levnadsvillkoren. Det finns studier som visar tecken på att flera likheter finns mellan barnen gällande uppnådda färdigheter och milstolpar, men också att det finns skillnader. Exempelvis visar en studie som omfattar fyra länder att barn i Syd Afrika kan dricka själva ur en mugg vid medianåldern åtta månader, medan de i Argentina gör det vid 16 månader. Att kunna gå upp och ner i en trappa gör barn i Sydafrika och Argentina tidigare än

barn i Indien och Turkiet. Dessa exempel liksom olikheter gällande språkutveckling är något som forskarna relaterar till barns erfarenheter, föräldrars förhållningssätt och förväntningar på vad barnet ska klara av, hur föräldrar språkligt förstår och tolkar barnet och barnets/familjens levnadsvillkoren (5).

En aktuell fråga för barnhälsovården är nuvarande utvecklingsuppföljning och dess relevans idag. Vi lever i ett mångkulturellt samhälle med hög förändringstakt, segregation, ökade ojämlika levnadsvillkoren, förändrade hälsobeteenden och förändrade och olika uppväxtvillkor för barn. Utifrån detta och rådande normer och värderingar behöver normalitet relaterad till barns utveckling diskuteras. Vi behöver ta del av aktuell forskning gällande barns utveckling. Vilka milstolpar varierar gällande debut av färdighet, vilka är mer eller mindre universella, vilka är mer eller mindre relaterade till den kontext barnet lever i och vilka säger något om barnets fortsatta utveckling och behov av insatser som ger effekt? Ett spännande, lärorikt och viktigt område för att kunna främja alla barns utveckling och hälsa!

Referenser

1. Sarkadi A, Gredebäck G, Riholm Mothander. (2018), Spädbarnets utveckling och behovet av en trygg bas. www.forte.se/publikation/fk-spadbarn

2. Keller H, Greenfield P M. (2013), History and Future in Development in Cross-Cultural Psychology, *Journal of Cross-Cultural Psychology* 2000;31 :52
3. Bellman M, Byrne O, Sege R. (2013), Clinical Review, Developmental assessment of children, *BMJ* 2013; 346 :e8687
4. Magnusson M, Blennow M, Hagelin E, Sundelin C. (2016), Barnhälsovård – att främja barns hälsa. Liber AB Stockholm
5. Ertem I O m fl. (2018), Similarities and differences in child development from birth to age 3 years by sex and across four countries: a cross-sectional, observational study.

Antonia Reuter, psykolog, specialist i klinisk och pedagogisk psykologi, psykoterapeut. Hälso- och specialistvård barn och unga Västra Götalandsregionen.

E-mail: toni.reuter@vgregion.se



Är du med människa?

Eva är frivillig i Röda Korset på Öland.

I Sverige och Europa ökar den organiserade intoleransen och rasismen. Samtidigt är vi allt fler som aktivt tar ställning i ord och handling för humanitet. Röda Korset kämpar för ett öppet och medmänskligt samhälle där alla respekteras. Ta ställning. Bli frivillig i Röda Korset.



Foto: iStock

Psykisk ohälsa – sjukdom och/eller tidstecken?

Såväl media som myndigheter ger budskapet att den psykiska ohälsan bland unga ökar dramatiskt. Bakomliggande data bör emellertid granskas vetenskapligt innan olika insatser föreslås för att förebygga och behandla problemet. Det är tveklöst så att psykisk ohälsa kan innefatta ett betydande lidande, som också riskerar att följa den unge upp i vuxenlivet. Frågan är dock vilken slags hjälp som behövs och i vilket sammanhang.

Den dominerande datakällan på området är den europeiska enkätstudien "Skolbarns hälsovanor" (1). Frågorna handlar om trivsel med livet, hälsa, skola, mobbning samt kamrat- och föräldrelationer. Svenska unga rapporterar vid en internationell jämförelse en mycket god hälsa på i stort sett alla områden. Om detta skrivs det nästan aldrig.

Resultaten om psykisk ohälsa baseras i studien på åtta frågor som kallas psykosomatiska symtom. I gruppen psykiska symtom frågas om du "känt dig irriterad eller på dåligt humör", "känt dig nere", "känt dig nervös" eller "har svårt att somna". I gruppen somatiska symtom frågas om "huvudvärk", ont i magen", "ont i ryggen" eller "yrsel". Om minst två sådana symtom, mer än en gång i veckan, rapporteras, klassas det som psykisk ohälsa. Det är här svenska unga rapporterar ökande besvär. Det är värt att notera att ribban för inklusion i denna grupp är mycket låg.

I den grupp som rapporterar symtom finns det säkerligen de som har betydande psykiska problem medan många andra rapporterar vardagsfarenheter som inte är tecken på psykisk sjukdom utan som har med vår tids livsvanor att göra.

Fördubbling av diagnoser

Själva begreppet psykisk ohälsa är dessutom närmast ett specifikt

svenskt uttryck som saknar motsvarighet i flertalet andra länder. Det går inte att säga "mental unhealth" på engelska. På danska säger man snarare "mistrivsel" eller, som det rubricerades i en nyligen utkommen artikel om den svenska diskussionen, "ondt i vardagslivet" (2).

En avgörande fråga är därför om förekomsten av psykisk sjukdom också har ökat. Institute of Health Metrics and Evaluation (IHME) sammanställer och bearbetar epidemiologiska studier från hela världen. Enligt IHME har förekomsten av klinisk depression och ångestsyndrom varit i stort sett oförändrad bland unga i Sverige under perioden 1990-2017. Den samlade bilden talar för att siffrorna i Skolbarns hälsovanor därför representerar något annat än psykisk sjukdom i medicinsk mening.

Socialstyrelsen utgår i sin rapport (3) från andelen unga som sökt sjukvården och fått en psykiatrisk diagnos och/eller psykofarmaka. På knappt tio år har det skett en fördubbling av diagnoser och en mer än tredubbel ökning av alla sorters psykofarmaka. Socialstyrelsen tolkar detta som en reell ökning av psykiska sjukdomar.

Ökad medikalisering av mänskliga problem

Detta kan dock inte anses vara vetenskapligt säkerställt då vårddata inte kan tas till intäkt för faktiska epidemiologiska forskjutningar. Det faktum att fler söker BUP och får en psykiatrisk diagnos och/eller lä-

kemedel kan istället bero på att det inte längre är lika stigmatiserande att ha psykisk ohälsa, att det är lättare att komma till vård eller att BUP ändrat sina behandlingar.

Utvecklingen kan till stor del istället tillskrivas en ökad medikalisering av mänskliga problem (4). Vårt språk är idag impregnerat med psykiatriska termer. Vi lever i en tid där fler vardagliga problem tolkas som psykisk ohälsa. Frågan är hur dessa personer bemöts i vården och vad vården själv bidrar med när det gäller tolkning av symtom och rubricering av problem? Risken är att unga låses fast i en medicinsk tolkningsmodell, som är helt adekvat och rimlig för vissa, men som för andra kan ha motsatt effekt.

Väsentligt att ge unga redskap för livets med- och motgångar

Vi måste ta signalerna från unga på allvar. Siffrorna visar att något håller på att gå snett i vår tid. Det viktiga nu är att klargöra orsaker och rikta samhällets insatser mot dessa och inte uppgivet stanna vid att betrakta symtomen som kroniska sjukdomar. Risken för en medikalisering av normala livserfarenheter är uppenbar.

Vi kanske ska tala om psykisk ohälsa på ett annat sätt – inte som en lättare form av psykisk sjukdom som ska diagnostiseras och behandlas i sjukvården, utan som ett fenomen i tiden där trycket på ungas liv märks. Vi behöver lära oss att livet innehåller både sorg/glädje och hopp/förtvivlan. Alla behöver, själva eller med hjälp av andra, utveckla redskap för att hantera denna mix av erfarenheter som är livet självt. På så sätt kan vi rädda de ändligen resurserna inom vården till de som har det allra svårast med sina liv.

Referenser

1. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/s/skolbarns-halsovanor-i-sverige-201718---grundrapport/>
2. *Ondt i vardagslivet*. Weekendavisen, 2019-07-05, sid. 8-9.
3. <https://www.socialstyrelsen.se/publikationer2019/2019-5-12>
4. Bondevik H m.fl. (2017). *Snart er vi alle pasienter. Medikalisering i Norden*.

Ingemar Engström, överläkare, forskningsledare, Universitets- sjukvårdens forskningscentrum, Örebro. Tid. adj. professor i barn- och ungdomspsykiatri, Örebro universitet.

E-mail:
ingemar.engstrom@regionorebrolan.se



Teman i Barnläkaren 2020

	Utgivning:	Materialdag:
1. Forskning	28 jan	14 dec
2. Nutrition	22 mars	18 feb
3. Barnhälsovård	24 maj	12 april
4. Övergång från barn - vuxenmed	22 juli	17 juni
5. Barnet i kulturen	23 sept	16 aug
6. Barnläkaren - råd till föräldrar	25 nov	21 okt

www.barnlakaren.se

Normal vikt, fetma och undervikt från ett internationellt perspektiv och över tid

Det ligger nära tillhands att uppfatta begreppet "normal" som ett statistiskt mått. Om ett barn har en vikt som ligger nära genomsnittet i en aktuell ålder, då är vikten normal. Liknande innebörd gäller om man korregerar för kroppslängd och anger ett mått som Body Mass Index (BMI).



Foto: iStock

Det finns dock även en innebörd i begreppet "normal", utöver den statistiska, som anger att tillståndet är önskvärt. I ett medicinsk sammanhang innebär det att vid en given vikt (BMI) barnet har bästa möjliga hälsa. Ett entydigt mått på bristande hälsa är dödlighet. En systematisk översikt av studier som analyserat samband mellan hög BMI före 18 års ålder och dödlighet visar upp till fem gånger högre dödlighet i ung vuxen ålder bland individer med övervikt och fetma (1). Det går dock inte allt utsluta att sambandet mellan fetma och dödlighet kan förklaras av en tredje underliggande faktor. En sådan faktor är socialt utsatt position, något som ökar risken både för fetma och för död i förtid. Det finns således risk för att det föreligger ett skensamband. Mekanismerna är också oklara eftersom ungefär 2/3 av dödsorsakerna i höginkomstländer före 40 års i ålder utgörs av olycksfallsskador, självmord och drogbruk. Det är svårt att se hur fetma kan orsaka sådan död.

En senare publicerad systematisk översikt analyserade istället samband mellan fetma under barndomen och olika former av relevant sjuklighet i ung vuxen ålder, exempelvis diabetes och kranskärlssjukdom (2). Kraven på den vetenskapliga kvalitén för de ingående 37 studierna var tydliga. Författarna fann en mindre riskökning för några tillstånd men riskökningen var inte stor nog för att barnets BMI ska kunna förutsäga sjuklighet i vuxen ålder. Skälet var att majoriteten av den fetma-relaterad sjukligheten uppträder hos individer som först i vuxen ålder har utvecklat fetma. Således kan insatser för barn med fetma inte väsentligt påverka den fetmarelaterade sjukligheten i vuxen ålder.

En ofta citerad amerikansk studie av vuxna visade att dödligheten är som lägst vid BMI=22-23 kg/m². För vuxna har dock den optimala nivån för BMI stigit. En aktuell studie av vuxna danskar som rekryterats 2003-2013 visar att dödligheten är som lägst med BMI omkring 27 (3).

Betydelsen av låga BMI värden är också oklar. Japanska tonårsflickor i åldern 15-19 år hade år 1996-2000 genomsnittligt BMI om 20,6 kg/m²(4). En fjärdedel av flickor som levde i storstäderna hade BMI<18.5 vilket inte är långt från den gräns som DSM-V anger för diagnosen anorexia nervosa (BMI<17.5). Det är tänkvärt att japanska kvinnor lever längre än kvinnor i något annat land.

Att mäta längd och vikt och beräkna BMI har praktiskt kliniskt vär-

de då de används för urskilja barn med sjukliga tillstånd som kräver behandling. Mätningarna har relativt hög precision men innebörden är långtifrån klar. Det innebär att värdet av screening är mycket begränsat. Liksom de flesta andra biologiska mått varierar värdena inte bara efter barnens ålder och kön utan även över tid och geografisk lokalisering.

Referenser

1. Reilly JJ, Kelly J. Long-term impact of overweight and obesity in childhood and adolescence on morbidity and premature mortality in adulthood: systematic review. *International journal of obesity*. 2011;35(7):891.
2. Llewellyn A, Simmonds M, Owen CG, Woolacott N. Childhood obesity as a predictor of morbidity in adulthood: a systematic review and meta-analysis. *Obes Rev*. 2016;17(1):56-67.
3. Afzal S, Tybjaerg-Hansen A, Jensen GB, Nordestgaard BG. Change in Body Mass Index Associated With Lowest Mortality in Denmark, 1976-2013. *JAMA*. 2016;315(18):1989-96.
4. Takimoto H, Yoshiike N, Kaneda F, Yoshita K. Thinness among young Japanese women. *Am J Public Health*. 2004;94(9):1592-5.

Sven Bremberg är barn- och ungdomsläkare och docent i socialmedicin vid institutionen för Folkhälsovetenskap, Karolinska Institutet.

E-mail: sven.bremberg@ki.se



Barns lycka ligger i vuxnas händer.

Miljontals barn tvingas växa upp på barnhem eller på gatan trots att de har familj i livet. Dessa barn löper större risk än andra att utsättas för våld och övergrepp. Men med rätt stöd kan det undvikas. Childhood stödjer projekt i 16 länder som arbetar förebyggande för att familjer inte ska tappa taget. Hjälpt oss att ge fler barn en trygg och kärleksfull barndom. [Bli månadsgivare på childhood.se](http://childhood.se)

CHILDHOOD

WORLD CHILDHOOD FOUNDATION
FOUNDED BY H.M. QUEEN SILVIA OF SWEDEN

Childhood kontrolleras av Svensk Insamlingskontroll och är 90-kontoinnehavare.



Foto: iStock

Från tillväxt till pottränning – vad är barnets normala utveckling ur ett globalt perspektiv?

Hur definieras normen för barns utveckling globalt? Är det alltid barnen som har det bäst som sätter ribban och finns det exempel där barn i mindre optimala förhållanden borde visa vägen?

Året är 2007 och jag är i Kaabong, Uganda, för att arbeta med ett undernäringssprojekt. Tillväxtkurvor utgör navet för verksamheten. De styr vilka barn som skrivs in, när de skrivs ut, om de ska få näringsrik mjölk, jordnötspasta eller gröt. Tillväxtkurvorna ger projektet ett existensberättigande. Fram till dess hade nutritionsprogram använt sig av tillväxtkurvor baserat på flaskuppfödda, amerikanska, parasitfria barn födda på 70-talet. Att det en skulle dag uppenbara sig en "flygande nutritionist" eller "flying nut", som vi skämtsamt kallade det, och meddelade att kurvan som legat till grund för hela projektet och alla nutritionsprogram globalt plötsligt skulle bytas ut var minst sagt omtumlande.

Skillnader i uppväxtmiljö stor betydelse

Det var under mitten av 90-talet som WHO hade börjat ifrågasätta

de amerikanska NCHS-kurvorna och huruvida tillväxt hos flaskuppfödda amerikanska barn var representativt för ammande barn globalt. För att svara på frågan startades ett unikt forskningsprojekt som studerade tillväxten av barn i sex regioner (Brasilien, Ghana, Indien, Norge, Oman och USA)(1). WHO definierade normen efter barn som hade det bäst ställt med optimala förutsättningar för att växa. Det vill säga avsaknad av sjukdom, goda socioekonomiska förhållanden, icke rökande mödrar och en majoritet som ammade exklusivt i minst fyra månader (1). De som hade det bäst fick sätta ribban.

Efter sex år av idog datainsamling (1997-2003) hade WHO kommit fram till att barn under fem år, runtom i världen som levde under optimala tillväxtförhållanden, växte så pass "påfallande" lika att man globalt kunde använda en och samma standardkurva för tillväxt (1). Resultaten visade att skillnader i uppväxtmiljö hade större betydelse

för den tidiga tillväxten, än genetiken.

I Kaabong, skulle övergången från en tillväxtkurva till en annan ske över en dag vilket gav upphov till viss nervositet. Vi hade nära 1400 barn inskrivna i vårt nutritionsprogram och WHO hade beräknat en möjlig ökning av barn med svår undernäring på 2-4 gånger. I projektet förbereddes övergången genom att lagra terapeutisk mat och anställa mer personal. Ett liknande projekt i Niger noterade att inskrivning av barn med svår undernäring ökade nästan nio gånger efter övergången, men med färre barn i behov av inläggande intensivvård (2). Fem år efter introduktionen av WHO:s standardkurva hade 125 länder antagit kurvan, och därmed den nya normen baserat på hur barn borde växa.

Studier av olikheter mellan länder

Men ska normen alltid sättas av de barn som har bäst levnadsförhållanden? Ett motsatt exempel är mognadsåldern för pottränning. Med blöjor som enligt reklamen har en magisk absorptionsförmåga och som får barn att bli balettdansöser och superhjältar, i kombination med samhällets krav på föräldrar och förskolors kapacitet, sker pottränning i Sverige i allt högre åldrar.

För ca 60 år sedan påbörjades pottränning ofta före 18 månaders ålder jämfört med mellan 21 och 36 månaders ålder idag, skriver en europeisk översiktsartikel (3). I en jämförelse mellan Sverige och Vietnam, hade 89 procent påbörjat pottränning i Vietnam vid sex månaders ålder medan endast fem procent pottränade i Sverige vid 24 månaders ålder (4). I en studie från 2005 mätte medianåldern för dagtorrhet för barn i Sverige till 3,5 år. En belgisk studie visade att pottränning före 18 månaders ålder var vanligare bland barn till mammor med lägre utbildningsgrad. Ingen sådan koppling fanns med faderns utbildningsgrad (5).

Rikshandboken rekommenderar att information om goda toalettvanor ges senast vid 10 månaders ålder. Även om fler fått upp ögonen för tidig pottränning, har råden fortfarande inte haft något starkt genomslag på populationsnivå.

Svenska pottränningen anpassas efter samhällskraven

Vilken är då den normala eller rätta åldern för pottränning? I Sverige har barnets normala fysiologiska förmåga fått stå tillbaka för samhällets krav på effektivisering, föräldrars och förskolors vardag och superblöjornas intåg. När vi nyligen diskuterade tidig pottränning på områdesträffar på BVC upplevde många BHV-sjuksköterskor att föräldrar ibland avvaktade med pottränning eftersom förskolan inte hade kapacitet att fullfölja träningen på småbarnsavdelningen. Självklart är det bra för ett barn att ha nöjda föräldrar och förskolor. Något som måste vägas mot risk för blöjdermatit, barnets obehag, påverkan på självkänsla och i vissa fall förstoppningsbesvär, i relation till ålder. Det finns också en miljöaspekt av blöjanvändning där Naturskyddsföreningen uppskattar att varje barn använder runt 5000 blöjor. Att tidigrelägga pottränningen 1-2 år skulle därför ha tydliga både ekonomiska och miljömässiga vinster.

Frågan om vad som är normalt fortsätter att gäcka pediatriken. Tillväxtkurvor och blöjanvändning är bara två exempel där normen rubbats och där en global jämförelse kring skillnader bidrar till eftertanke. WHO valde att definiera tillväxten efter hur barn borde växa under optimala förhållanden. När det gäller pottränning finns en del

av svaret ännu i Vietnam. I båda fallen förklaras skillnaderna mellan länder främst av omgivningsfaktorer och utvecklingens tidsaxel, snarare än genetik.

Huruvida Vietnam kommer kunna hålla fast vid sin tidiga pottränning i takt med att föräldrars köpkraft och tillgång till engångsblöjor ökar, återstår att se. I Sverige finns det utrymme för barnen att bli blöjefria tidigare om samhällets krav bättre kunde anpassas till barnens bästa.

Läs mer om Toalettvanor på www.rikshandboken.se samt lyssna på BVC-podden avsnitt 20 "När är det dags att skaffa potta?" <https://bvc-podden.fireside.fm/guests/ulrikacasselbrant>

Referenser

1. Group WHOMGRS. Assessment of differences in linear growth among populations in the WHO Multicentre Growth Reference Study. *Acta Paediatr Suppl.* 2006;450:56-65.
2. Minetti A, Shams Eldin M, Defourny I, Harci G. Impact of the shift from NCHS growth reference to WHO(2006) growth standards in a therapeutic feeding programme in Niger. *Trop Med Int Health.* 2009;14(10):1210-4.
3. Kaerts N, Van Hal G, Vermandel A, Wyndaele JJ. Readiness signs used to define the proper moment to start toilet training: a review of the literature. *Neurourol Urodyn.* 2012;31(4):437-40.
4. Duong TH, Jansson UB, Holmdahl G, Sillen U, Hellstrom AL. Urinary bladder control during the first 3 years of life in healthy children in Vietnam--a comparison study with Swedish children. *J Pediatr Urol.* 2013;9(6 Pt A):700-6. 8. Jansson UB, Hanson M, Sillen U, Hellstrom AL. Voiding pattern and acquisition of bladder control from birth to age 6 years--a longitudinal study. *J Urol.* 2005;174(1):289-93.
5. Kaerts N, Vermandel A, Van Hal G, Wyndaele JJ. Toilet training in healthy children: results of a questionnaire study involving parents who make use of day-care at least once a week. *Neurourol Urodyn.* 2014;33(3):316-23.



Sahar Nejat, Barnhälsovårdsöverläkare, Stockholm.

E-mail:
sahar.nejat@sll.se



Foto: iStock

Vad är normalt antal luftvägsinfektioner hos barn?

Feber eller andra infektionssymtom hos barn är en dominerande orsak till kontakt med 1177.se Vårdguiden och akutbesök på vårdcentral. I runt 80 procent orsakas symtomen av en luftvägsinfektion (1).

Allmänläkaren Katarina Hedin i Växjö har skrivit en doktorsavhandling om infektioner hos 18 månader gamla barn och deras familjer i Småland och Dalarna (2). I en delstudie, som påbörjades under 2002 och publicerades 2006, förde varje familj dagbok under en månad över infektionssymtom hos alla familjemedlemmar (snuva, hosta, öronvärk, halsont, diarré eller kräkningar med eller utan feber). De små barnen (18 månader gamla) hade både fler och längre infektionsperioder än storsyskonen och föräldrarna. Hela 93 procent av dem hade infektionssymtom någon gång under månaden och 34 procent hade symtom minst halva tiden (se tabell).

Antalet infektionsepisoder under månaden var i medeltal 1,6 för de minsta och 1,0 för storsyskonen. Det var inga skillnader mellan könen. För de minsta barnen varade infektionssymtomen i medeltal 5-6 dagar, läkare konsulterades i 14 procent av episoderna och i 6 procent

av episoderna förskrevs antibiotika. Dessa siffror var lägre hos storsyskonen. I 23-30 procent av symtomdagarna stannade förskolebarn och skolbarn hemma men i de flesta fall tog föräldrarna inte ut någon ersättning.

Hur mycket hostar barn?

Det finns många studier med enkäter till föräldrar med frågor om hur mycket barnen hostar. Det finns också en studie där man registrerat elektroniskt hur 41 barn i London hostade under 24 timmar (3). Barnen var 8-12 år, friska, hade inte astma eller andra luftvägssjukdomar och hade inte haft luftvägsinfektion under senaste månaden. De hostade i medeltal 11 gånger per dygn (spännvidd 1-34 gånger) men bara två barn hostade på natten. Daghosta är alltså normal men natthosta är ofta tecken till luftvägsinfektion och/eller astma.

Dagar med symtom	18 månaders ålder		Syskon			Föräldrar	
	Flickor n=408	Pojkar n=440	19 mån – 3 år n=172	4-6 år n=272	7-17 år n=227	Mammor n=828	Pappor n=729
	Procent						
0	7	7	13	18	34	31	37
1-7	29	28	43	52	45	39	42
8-14	30	30	25	22	17	19	13
≥15	34	35	19	8	4	11	8

Tabell. Antal dagar med infektionssymtom under en månad. Efter Hedin (2007).

Referenser

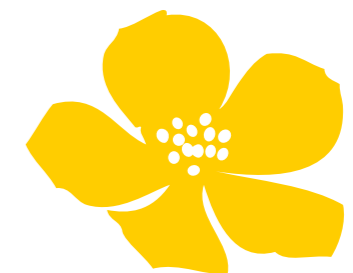
1. SBU. Behandling av luftvägsinfektioner hos barn med läkemedel och andra preparat. En kartläggning av systematiska översikter. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU); 2016. SBU-rapport nr 251.
2. Hedin, K. (2007). Infections in small children and their families - symptoms, consultations and antibiotics. Department of Clinical Sciences, Lund University. (Doktorsavhandling.)
3. Munyard P, Bush A. How much coughing is normal? Archives of Disease in Childhood 1996;74:531-534.



För 700 spädbarn går solen ned alldeles för tidigt.

www.solvanda.nu

Plusgiro: 90 02 12 - 2



SPÄDBARNSFONDENS
solvanda



Foto: iStock

Hur kan man få en bra struktur på ST-handledningen? – Tips till ST-läkare och huvudhandledare

Regelbunden och fungerande handledning är en viktig del av ST-utbildningen, och stor vikt läggs från Socialstyrelsen på handledarens roll i ST-läkarens professionella utveckling. Syftet med handledningen är att huvudhandledaren ska stödja ST-läkaren i dennes kompetensutveckling, fungera som mentor och kontinuerligt utvärdera ST-läkarens kunskaper, färdigheter och förhållningssätt enligt målbeskrivningen (1).



QR-kod 1: Checklista



QR-kod 2:Handledningsmall

Många ST-läkare har välfungerande huvudhandledarsamtal, men våra medlemmar har också påpekat upplevda brister, framför allt rörande förväntningar på själva handledningen. Många upplever därtill svårigheter med att få till stånd regelbundna handledarträffar, att man som ny ST-läkare saknar kunskap om hur en ST-utbildning är uppbyggd och att det saknas en struktur för vad man egentligen borde tala om. Även nyblivna specialister som för första gången ska ta sig an uppdraget som huvudhandledare upplever svårigheter att åstadkomma en bra struktur och innehåll vid handledningstillfällen.

Barnläkare under utbildning (BLU) presenterar här en strukturerad strategi för huvudhandledarsamtal, som kan användas under ST-utbildningens gång. Det består av en checklista och en handledningsmall, där checklistan är tänkt att användas för att få en överblick över ST-tjänstgöringens utformning och kan med fördel användas under ST-utbildningens första år (QR-kod 1).

Handledningsmallen är ett verktyg för att dokumentera och följa upp handledningssamtalen (QR-kod 2). Båda dokumenten finns även på BLU:s hemsida(2). Vi hoppas med detta kunna bidra till en bättre struktur på handledningen, både för ST-läkare och handledare.

Referenser

1. Specialtjänstgöringsguiden 2015 (ver. 2/rev 2016-09-05)
2. Barnläkare under utbildning, <http://blu.barnlakarforening-en.se>

BLU:s styrelse, genom Henriette och Antonios Loizos



Henriette Loizos, ledamot, BLU, ST-läkare, ALB, Karolinska Universitetssjukhuset, Huddinge.

E-mail:
henriette.loizos@sll.se



Antonios Loizos, ledamot och webmaster, BLU, ST-läkare, Sachsska Barn – och ungdomssjukhuset, Södersjukhuset.

E-mail:
antonios.loizos@sll.se



Bild 1. Självpporträtt. Akvarell. Bilden är del av ett julbrev till familjen Mörner. Foto: Kungliga Biblioteket.

Tag mig, håll mig, smek mig sakta

En av 1900-talets vackraste svenska dikter skrevs av en ung, svårt tuberkulosjuk kvinna på ett sanatorium nära Tranås. Den unga kvinnan var Harriet Löwenhjelm, sanatoriet var Romanäs och året var 1918. Efter det att Harriet Löwenhjelm hade skrivit dikten dröjde det inte länge innan tuberkulosen släckte hennes liv.

Harriet Löwenhjelm kom från en aristokratisk, välbärgad familj. Fadern var kavalleriofficer och kammarherre, modern kom från släkten Dickson, den förmögna göteborgsfamiljen med skotska rötter. Harriet föddes 1887 i Helsingborg men skolgången skedde i Stockholm dit familjen hade flyttat sedan fadern hade utnämnts till överste.

”Hela lifvet ligger framför mig som en stor solbelyst slätt”

Efter skolgången vidtog fortsatt utbildning, inledningsvis på Anna Sandströms seminarium och sedan mer målinriktat för att bli konstnär, först på Konstakademien och sedan på Carl Wilhelmsons privata målarskola i Stockholm (Bild 1). Harriets nära vänner sedan tidiga skol- och ungdomsår var Honorine Hermelin och Elsa Björkman (senare Björkman-Goldschmidt), som båda skulle bli kända svenska kvinnor. Inom släkten stod kusinen Marianne Mörner, kallad Murrar, henne särskilt nära.

... sjuk och trött och ledsen

Under 1913 kände sig Harriet trött, hon fick feber och magrade. I november hörde brodern Carl, som var läkare, rassel på hennes lungor

och diagnosen lungtuberkulos ställdes. Möjligen hade sjukdomen börjat redan våren 1910. Konstnärstudier måste nu avbrytas. I januari 1914 reste Harriet till Löts sanatorium utanför Strängnäs. Carl var överläkare på sanatoriet och Harriet fick bo i läkarvillan.

I april 1914 fick Harriet flytta till Vejlejordens sanatorium på Jylland. Där hade Carl vårdats på sin tid, och han hade blivit frisk. Men det var svårt att alltid hålla missmodet borta. I ett brev till Elsa Björkman skrivet i juni sände Harriet den dikt som börjar:

Är jag intill döden trött,
ganska trött,
mycket trött,
sjuk och trött och ledsen.
Lång var vägen som jag mött,
ingen liten vän jag mött,
Jag är trött,
ganska trött,
sjuk och trött och ledsen.



Bild 2. Romanäs sanatorium från trädgårdssidan år 1917.
Foto: Ulf von Konow.



Bild 4. Det kanske mest kända fotografiet av Harriet Löwenhjelm. Bilden är tagen på Romanäs sanatorium i augusti 1917 av medpatienten Ulf von Konow.
Foto: Ulf von Konow.

Romanäs sanatorium

När Första världskriget bröt ut i slutet av juli 1914 kallade fadern hem Harriet till Sverige och hon anlände till Romanäs sanatorium i mitten av augusti. Romanäs sanatorium byggdes åren 1905–1907 på en naturskön plats vid sjön Sommen, 5 km norr om Tranås. Sanatoriet hade kommit till efter privat initiativ och var tänkt för mer välbärgade tuberkulospatienter. Arkitekt för den jugendinspirerade byggnaden var Carl Westman (Bild 2). Ungefär samtidigt skapade Westman Svenska Läkaresällskapets vackra jugendhus på Klara Östra Kyrkogata 10.

Romanäs ansågs som ett av Sveriges finaste sanatorier. En annan författare som senare vårdades där var Olof Lagercrantz. Romanäs huvudbyggnad finns fortfarande kvar (Bild 3).

I början 1916 fick Harriet Löwenhjelm byta miljö till Mesnaliens kursted för bröstsvage i fjällen ovanför Lillehammer. Man hoppades att miljöombyte och fjällluft skulle göra nytta, men Harriet försämrades i stället. Det visade sig att tuberkulosen hade spridit sig till strupen. Hösten 1916 var Harriet tillbaka på Romanäs. Där skulle hon tillbringa sina sista två år.

I natt skall jag dö

Under hösten 1917 kom Harriet till insikt om att hon nog inte skulle klara sig. Trots att sjukdomen successivt bröt ner kroppen lyckades Harriet behålla sin klara blick på tillvaron och hon upplevde stunder av skapande kraft (Bild 4).

I den älskade dikten Att dö märks den nyktra och osentimentala

blicken på en situation utan hopp, samtidigt som situationens ousägliga vemod förmedlas.

att dö ..

*Tag mig – håll mig – smek mig sakta!
famna mig varligt en liten stund
Gråt ett grand för så trista fakta!
Se med ömhet mig sova en blund.*

*Gå ej ifrån mig! Du vill ju stanna,
stanna tills själv jag måste gå.
Lägg din älskade hand på min panna!
Än en liten stund är vi två.*

*I natt skall jag dö. Det flämtar en låga
Det sitter en vän och håller min hand
I natt skall jag dö. Vem? Vem? skall jag fråga
varthän jag skall resa, till vilket land.
I natt skall jag dö och hur skall jag våga?*

*I morgon finns det en ömkansvärd
och bittert hjälplös stackars kropp
som bäres ut på sin sista färd
att slukas av jorden opp.–*



Bild 3. Nutida foto av Romanäs. Foto: Jönköpings läns museum.

Harriet Löwenhjelm skrev dikten när hon kände att slutet närmade sig. Överskriften "att dö .." är Harriets egen från manuskriptbladet. Dikten har en innerlighet och ett vemod som griper mycket starkt.

I slutet av april 1918 telegraferade Harriet med hjälp av Utrikesdepartementet efter vännen Elsa Björkman som var med Röda Korset i Ryssland. Efter en lång och dramatisk resa med tåg genom Polen och Tyskland, Finland var stängt på grund av inbördeskriget, kom Elsa via Berlin fram till Romanäs 22 maj. Harriet överlämnade sin litterära och konstnärliga kvarlåtenskap till henne. Harriets flämtande livslåga slocknade natten till den 24 maj 1918. Elsa höll Harriets hand när döden kom.

Att dö trycktes året efter i samlingen Dikter som redigerades av Elsa Björkman och Harriets kusin Christer Mörner. En utvidgad samling av Dikter gavs ut på Norstedts år 1927, samma förlag som 1913 hade refuserat Harriets första diktverk, Konsten att älska. Diktsamlingen recenserades nu entusiastiskt av både Anders Österling och Hjalmar Gullberg och Harriet fick postumt sitt litterära genombrott, nio år efter sin död.

Litteratur

1. Hackman B. Att skjuta en dront: Harriet Löwenhjelm – dikt, bild, konstnärskap. Albert Bonniers förlag, Stockholm, 2011. ISBN 978-91-0-011107-6. Finns även som e-bok.
2. Björkman-Goldschmidt E. Harriet Löwenhjelm. Norstedts.

Stockholm, 1947.

3. Wistrand J. Poetisk inblick i en svunnen medicinsk epok. Läkartidningen 2018; 115 (21): E63D.
4. Käck M. Harriet Löwenhjelm:s värld: en collagebok. Harriet Löwenhjelm-sällskapet, 2018. ISBN 978-91-63782-25-1.
5. Harriet Löwenhjelm. Samlade dikter. Med förord och kommentarer av Boel Hackman. Podium. Stockholm, 2015. ISBN 978-91-89196-49-0.

Länk

Harriet Löwenhjelm-sällskapet.
<https://www.harrietlowenhjelm.se/>

Göran Wennergren
Seniorprofessor, överläkare
Avdelningen för Pediatrik,
Göteborgs universitet
och Drottning Silvias barn-
och ungdomssjukhus, Göteborg.

E-mail:
goran.wennergren@pediat.gu.se





Bild 1. Det första emblem som användes av American Academy of Pediatrics. Foto: American Academy of Pediatrics. Återgivet med tillstånd.

Medaljongerna i Florens

Alla barnläkare som har som läst Pediatrics har, även om de kanske inte har tänkt på det, sett Andrea della Robbias lindebarnsmedaljong från Florens. När American Academy of Pediatrics skulle välja emblem hämtade man motivet från della Robbias medaljonger. Emblemets syns både här och där i organisationens flaggskepp Pediatrics.

American Academy of Pediatrics

När American Academy of Pediatrics (AAP) bildades år 1930 behövde sammanslutningen ett emblem. Emblemets bild hämtades från Andrea della Robbias välkända medaljonger med lindebarn i Ospedale degli Innocenti i Florens (1, 2). En senare styrelseledamot och ordförande i AAP, doktor Henry Helmholtz, tyckte emellertid inte om bilden i emblemet (Bild 1). Han tyckte att den såg ut som en tanig yngling snarare än att den återgav della Robbias bilder på rundkindade lindebarn. Helmholtz lät därför en kusin som var konstnär göra om emblemet. Som förlaga valde kusinen, Leo Helmholtz Junker, en av della Robbias bilder där lindningen hänger löst kring barnets ben och fötter (Bild 2). Detta blev det emblem som AAP fortfarande använder (Bild 2).

Andrea della Robbia

År 1419 fick Filippo Brunelleschi i uppdrag av Florens förmögna sidskrå, Arte della Seta, att rita Ospedale degli Innocenti, Hittebarnshuset (2, 3). Komplexet byggdes i omgångar och invigdes formellt år

1445. Sidenskrået hade tagit på sig att svara för att övergivna barn togs omhand och Ospedale degli Innocenti var den välgörenhetsinstitution som skötte barnen.

På framsidan av den vackra renässansbyggnaden finns en pelarförsedd loggia som vetter mot piazzan utanför (Bild 3). Ovanför varje pelare finns en rund keramikplatta, tondo, som Brunelleschi lämnade utan dekoration, men omkring år 1490 fick Andrea della Robbia (1435–1525) i uppdrag att dekorera dem (3). Han utförde nu de vackra keramikmedaljonger som blivit så kända. Medaljongerna visar reliefer med lindebarn i vitt på blå botten. Associationerna går både till Jesusbarnet och till Hittebarnshusets uppdrag. Relieferna är modellerade med stor konstnärlig skicklighet. Alla är olika i sin utformning (4).

Andrea della Robbia kom från en framstående konstnärsfamilj. Han hade gått i lära hos sin farbror, Luca della Robbia, som gjorde omtvackta glaserade terrakottaskulpturer. Andrea blev en mästare i att skapa vackra emaljerade reliefer i terrakotta (4). Många av hans verk har bevarats och han kan förutom i Italien beundras på bland annat



Bild 2. Till vänster den av Andrea della Robbias medaljonger som blev förlaga till det nya emblemet. Till höger det nya emblemet som fortfarande används. Foto: Hidden Italy (medaljongen) och American Academy of Pediatrics (emblemet). Bilderna återgivna med tillstånd.



Bild 3. Ospedale degli innocenti, framsidans loggia med de medaljongkrönte pelarna. Foto: Hidden Italy. Bilden återgiven med tillstånd.

Louvren i Paris och på Metropolitan Museum of Art i New York.

Lindebarn

Lindning av spädbarn har en lång tradition. Vi behöver bara tänka på julevangeliets text: ”Medan de befann sig där var tiden inne för henne att föda, och hon födde sin son, den förstfödde. Hon lindade honom och lade honom i en krubba, eftersom det inte fanns plats för dem inne i härbärget.” Luk. 2: 6-7, Bibel 2000.

Lindning av spädbarn användes länge även i Europa och torde ha varit brukligt i Florens på 1400-talet (1). I vårt land upphörde metoden att användas under 1800-talet. I en del kulturer lever lindning som bekant fortfarande kvar. Syftet med lindning var att hålla spädbarnet varmt och skyddat och det fanns även tankar att lindningen skulle motverka krumma ben. Uppgifterna varierar om hur länge barnen lindades, alltifrån tre månader (1) upp till sex till tolv månader (5). Nordiska Museet, som ger det högre åldersspannet, säger att man efter halva tiden lämnade armarna fria (5). Här infinner sig en motsägelse eftersom lindebarnen på Andrea della Robbias medaljonger ser ut att vara äldre än spädbarn. De ser snarare ut att vara uppemot 18 månader (1). Kanske har della Robbia utnyttjat sin konstnärliga frihet för att få effektfulla skulpturer. Kanske var det tidens konstnärliga tradition att ge spädbarn utseende som mindre versioner av äldre barn.

Referenser

1. Beaven PW. The origin and significance of the Academy's Della Robbia insignia. *Pediatrics* 1956; 17 (5): 765-9.
2. Kahn L. The "Ospedale degli Innocenti" and the "bambino" of the American Academy of Pediatrics. *Pediatrics* 2002; 110 (1 Pt 1): 175-80.
3. Wikipedia. Ospedale degli Innocenti. <https://en.wikipedia.org/wiki/Ospedale degli Innocenti>. Besökt 2019-07-09.
4. Wikipedia. Andrea della Robbia. <https://en.wikipedia.org/wiki/Andrea della Robbia>. Besökt 2019-07-09.
5. Nordiska Museet. Linda, knyta, bära - från vaggan till graven. <https://www.nordiskamuseet.se/artiklar/linda-knyta-bara-fran-vaggan-till-graven>

Göran Wennergren, Seniorprofessor, överläkare
Avdelningen för Pediatrik, Göteborgs universitet och Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus, Göteborg.
E-mail: goran.wennergren@pediat.gu.se

OBS! Under kalendariet publiceras enbart kalendarietpunkter som registrerats på BLF:s hemsida. Registrera därför din kurs/fortbildning på www.barnlakarforeningen.se

SEPTEMBER

30/9 - 4/10 Kurs i avancerad pediatrik, Örebro
Info: <http://www.barnlakarforeningen.se/kalender>

NOVEMBER

11/11-15/11 ST-kurs i vaccinationer och resemedicin, Umeå
Info: <https://www.regionvasterbotten.se/smittykydd/utbildning>

14/11 Barnortopedi i öppenvård (för allmänläkare, barnläkare, skolläkare, fysioterapeuter och naprapater)
Info: <http://www.barnlakarforeningen.se/kalender>

30/11-3/12 the 19th FIGIJ World Congress of Paediatric and Adolescent Gynaecology, Melbourne
Info: <https://wcpag2019.org/>

DECEMBER

2/12-3/12 Scholars International Conference on Pediatrics and Neonatology, Newcastle
Info: www.uicc.org/events/scholars-international-conference-pediatrics-and-neonatology

2020

30/3-2/4 Barnveckan 2020, Växjö
Info: <http://www.barnlakarforeningen.se/barnveckan/barnveckan-2020/>

Nästa nummer...

Nästa nummer har temat **Endokrinologi - puberteten** och utkommer den **25 november**.
Det kommer dock att finnas tillgängligt på Barnläkarens hemsida www.barnlakaren.se tidigare.
Via vårt nyhetsbrev och Twitter får du information om när detta sker.

Varmt välkomna att medverka i tidningen. Glöm inte att skicka med ett högupplöst porträttfoto av er själva och att skriva under med namn, titel och arbetsplats och e-mail (exempel: anders.andersson, barnläkare, barnkliniken, anders.andersson@hotmail.com).

Max 500 ord, 5 referenser/artikel. Tipsa gärna om nyheter: info@barnlakaren.se



Cornelia har hittills i sitt liv blivit medvetlös och krampat 4 gånger.

Tror du att man vänjer sig vid det?

Stöd kampen mot typ 1 diabetes:

Pg 90 00 59-7
Swish 9000597

Cornelia är 4 år gammal och har haft typ 1 diabetes sedan hon var 2 år gammal.

Hittills i sitt liv har hon tagit 5 100 sprutor och 7 300 blodsockerprov.

Foto: Cecilia Hultström



NYHET!
LactiPlus Baby
Barndroppar – för de minsta barnen.

För mer information:
www.lactiplus.se

För kontakt:
info@baltex.se
08-640 05 95



En orsak till magbesvär hos de allra minsta kan vara att det lilla barnets tarmflora inte är fullt utvecklad, vilket påverkar både matsmältning och näringsupptag. Mjölksyrabakterier har under årtionden varit många spädbarnsföräldrars räddning för att hjälpa barn som har besvär, oftast efter rekommendation på BVC.

För de minsta barnen

- Från födseln
- 2 miljarder levande mjölksyrabakterier per dagsdos
- Ekologisk rapsolja (omega 3, 45 mg)
- Med smidig doseringspipett

Bredspektrum av specifikt utvalda bakteriestammar:

- Bifidobacterium longum* LA101
- Lactobacillus helveticus* LA102
- Lactobacillus lactis* LA103
- Streptococcus thermophilus* LA104
- Lactobacillus rhamnosus* LA801

Garanterat väldokumenterade stammar:

- Stamspecifik dokumentation
- Genetisk identifiering
- Patenterade skyddstekniker
- Säkerhetsstuderade

LACTIPLUS HITTAR DU PÅ APOTEK OCH I HÄLSOBUTIKER:



Marknadsförs av Baltex AB. Konsumentkontakt: 08-640 05 95. www.lactiplus.se

Rekommenderad dagsdos bör inte överskridas. Kosttillskott bör inte användas som alternativ till en varierad kost. Det är viktigt med en mångsidig och balanserad kost och hälsosam livsstil.
Referensstudier: *Lactobacillus GG in the prevention of gastrointestinal and respiratory tract infections in children who attend day care centers: A randomised, double-blind, placebo-controlled trial.* Iva Hjsak, Natalija Snovak, Slaven Abdovic, Hania Szajewska, Zrinjka Misak, Sanja Kolacek. Publicerad i Clinical Nutrition 2009. *Lactobacillus GG in the prevention of nosocomial gastrointestinal and respiratory tract infections.* Hojsak I, Abdovic S, Szajewska H, Milosevic M, Krznaric Z, Kolacek S. Publicerad i Pediatrics 2010.

DryNites®

Enures är ett utbrett problem

14% av alla 4-15 åringar har kissat i sängen på en eller annan tidpunkt i deras liv. DryNites® nattbyxor hjälper både barn och föräldrar att få en god nattsömn. DryNites® ger ett högabsorberande, diskret skydd och har designats så att de liknar vanliga underbyxor. De finns i 3 storlekar från 3-15 år till både pojkar och flickor. Som extra skydd finns även BedMats, ett absorberande engångsunderlakan som håller madrassen torr när olyckan är framme.



Gratis informationsbox



Informationsboxen innehåller:

- Prover på DryNites 4-7 år och 8-15 år
- Informationsfolder om sängvätning och DryNites-produkterna



Beställ boxen via mail: info@retail-partner.dk

Få mer information om enures hos barn på www.drynites.se