



PAIDOS

TIDSSKRIFT FOR NORSK BARNELEGEFORENING

PROFIL

Helene Pande

s. 79

DIAGNOSE

Plutselig død på idrettsbanen

s. 70

AKTUELT

Fokus på smerter hos barn

s. 74



Undervurderes spisetrening?

s. 82

INNHold

69	Presentasjon av styret
70	Plutselig død på idrettsbanen. Kan vi hindre det? LEIF INGE BRUNDVAND
72	Pediaterdagene 2005
74	Forskjeller i smertebehandling Paidos intervjuer THORE HENRICHSEN
76	Notiser
77	Lure Lenker
78	PORTRETET: Helene Pande
82	Undervurderes spisetrening? Paidos intervjuer ATLE MOEN

Paidos skal:

- Speile trender og utvikling innen norsk barnemedisin
- Jobbe for økt interesse for barnehelse i et nasjonalt og internasjonalt perspektiv
- Være et vindu for samfunn og media mot norsk barnemedisin
- Sette fokus på viktige barnemedisinske tema
- Være et medlemsblad for Norsk Barnelegeforening

Redaksjonen mottar med takk alle bidrag fra leserne. Signerte artikler og innlegg står for forfatterens egen regning.

Vil du være med å lage Paidos?

Paidos søker skriveglade barneleger som vil være med å forme bladet fremover. Ta kontakt på epost paidos@barnelegeforeningen.no

LEDER

Helsestasjonen bør være en viktig del av norsk pediatri

Vi har rundt 1200 helsestasjoner spredt over det ganske land, med noe over 210 legestillingshemler, og rundt 2200 sykepleiestillinger. Med stramme, kommunale budsjettammer, i et land med god helse, skjer det for tiden en gradvis svekkelse av helsestasjonens medisinskfaglige del. Noe av hensikten med områdepediatrien da den i sin tid kom, var å øke kvaliteten på den medisinske delen av helsestasjonen og redusere antall henvisninger til annenlinjetjenesten. Den entusiasmen vi den gang hadde i områdepediatrien, er de fleste steder historikk. Dagens samhandling mellom pediater og helsestasjonsleger virker mindre forpliktende. Vi registrerer nå en utvikling der somatiske helsekontroller foretas på fastlegens eget kontor. Helsestasjonslegens rolle svekkes ytterligere ved at helsesøster tar direkte kontakt med pediater ved behov. Er den medisinskfaglige delen av helsestasjonen i ferd med å gå ut på dato?



Leif Brunvand
Leder i NBF

Helsestasjonen er en sentral byggestein i norsk pediatri. Oppfølging av nyfødte barn, overvåkning av barnets vekst og utvikling, støttefunksjon til nybakte foreldre, informasjon om ernæring, søvnproblemer, kolikkplager osv. er viktig feltarbeid utenfor sykehus. Spesielt er dette av verdi for ressursvake grupper og innvandrerfamilier der besteforeldregenerasjonen ikke er tilstede i Norge. Gjennomføring og markedsføring av vaksinasjonsprogrammet er særdeles viktig for å redusere forekomst av alvorlig sykdom hos barn. Kanskje noe av det viktigste er at man får anledning til å følge det samme barnet over lengre tid, få innpass og tillit hos småbarnsforeldre og kan fange opp avvik og problemer på et tidlig tidspunkt. At man kan være til støtte og hjelp.

Det er liten tvil om at den medisinske delen har vært og er for svak i dagens system. At helsestasjonslegen er allmennpraktiker, er et bra utgangspunkt med tanke på feltarbeid og kontakt med lokalmiljø og familie. Svakheten ligger imidlertid på flere plan. Det stilles ikke noe krav til spesialutdannelse utover medisinsk embetseksamen eller tjeneste ved barneavdeling. Man kan ha kort og fragmentert helsestasjonstjeneste med gjesteopptreden en gang imellom, nærmest som et kjært lite avbrekk i en ordinær hektisk, kurativ virksomhet. Det kan være en vanskelig grenseoppgang mellom egen, kurativ virksomhet og rent forebyggende virksomhet der barnet har én fastlege og en annen helsestasjonslege. Det ligger liten faglig prestisje i det å være helsestasjonslege, som kan oppfattes som en hyggelig og lett jobb. I enkelte kommuner er helsekontrollene lagt til legens eget kontor, ikke på helsestasjonen. For helsestasjonen er dette den verst tenkelige løsning. Det gjør noe med samarbeidet inn mot helsestasjonen, det svekker helsestasjonens medisinske fundament og gjør den medisinske delen av hele virksomheten vanskeligere og mindre synlig. Mer medisinsk ansvar legges over på helsesøster slik at den medisinskfaglige delen av helsestasjonens virksomhet svekkes ytterligere. Slik svekkes også tyngden og betydningen av helsestasjonen.

Fortsettes neste side

REDAKTØREN

Kjære kolleger!



Tomas Nordheim
Alme
Redaktør

Få dager før vårmøtet i Stavanger ble jeg oppringt av daværende redaktør Vegard Bruun Wyller. Spørsmålet var om jeg kunne tenke meg å overta vervet som redaktør i Paidos, tidskriftet for norske pediater. På dette tidspunktet hadde jeg jobbet på barneavdelingen i Drammen bare noen få uker i min første jobb i pediatrien. De fleste vil vel si at det naturlige i en slik situasjon ville være å takke pent nei – ”kanskje en annen gang”?

Nå har jeg alltid hatt problem med å si nei, spesielt når forespørselen er såpass spennende. Derfor må Norsk Barnelegeforening for den kommende perioden finne seg i å ha en ivrig førstereisegutt ved roret i Paidos.

Du vil merke en del nytt, både når det gjelder utforming og innhold i det nye Paidos. Dette henger sammen med de målsetninger jeg og resten av styret har for bladet. Norsk Barnelegeforening har tradisjon for å engasjere seg i saker som angår barn og barnehelse både nasjonalt og internasjonalt. Det er et tverrpolitisk, ektefølt engasjement som dreier seg om hvordan vi gjør hverdag og oppvekst best mulig for de aller minste og svakeste. Et viktig poeng for meg som redaktør er å synliggjøre dette engasjementet, både innad i barnelegeforeningen, men også ut mot omverdenen for øvrig. Derfor ønsker jeg å la Paidos være en arena for å presentere det norske barnelegemiljøets syn på saker i samfunnsdebatten som angår oss.

For all del, vi skal fremdeles diskutere fag. Arbeidet med Akuttveilederen og den generelle veilederen for pediatri, er eksempler på viktige krafttak for å sikre god kvalitet ved barneavdelinger over hele landet. Fordi medisinske sannheter har høyst usikker halveringstid, vil vi stadig måtte diskutere og endre våre oppfatninger på bakgrunn av ny kunnskap. Paidos skal reflektere og fascilitere denne diskusjonen.

Et av mine mange juleminner, er den årvisse julepresangen som alltid dukket opp under treet. Hvem Hva Hvor, Aftenpostens aktuelle oppslagsbok. Vi er ikke flere av oss i norsk pediatri, enn at vi kan koste på oss å vite hvem hverandre er. Derfor skal nye Paidos ha mye bilder av dine kolleger, og kanskje også av deg, slik at vi vet hvem som er hvem når vi treffes.

Av og til bør vi også la oss inspirere av historien. Mye av det som vi i dag tar for gitt, er kommet til gjennom hardt og målrettet arbeid av enkeltpersoner. Jeg synes særlig det er viktig at vi som er nye i faget har kunnskap om disse menneskene som hver for seg har hatt betydning for utviklingen av faget vårt. Derfor kommer Paidos i hvert nummer til å presentere en pediater som har satt spor etter seg.

Jeg håper du vil like nye Paidos. Bladet er avhengig av engasjerte lesere som også bidrar med stoff og kommentarer. Jeg håper at noe av det du leser i dag vil provosere deg eller glede deg – la oss få høre om det! Slik gjør vi bladet interessant, og dermed også betydningsfullt. Vel bekomme!

Redaktør: Tomas Nordheim Alme, Klinik for barn og habilitering, Sykehuset Buskerud HF, 3004 Drammen
paidos@barnelegeforeningen.no
Design og lay-out: Anne-Marie Korsberg
Trykket hos PDC Tengen
Opplag: 750
Antall utgivelser per år: 4

Frister:
Frist for innsending av bidrag og annonseringsfrister:
Nr 01/2006 – 1. desember
Nr 02/2006 – 1. mars
Nr 03/2006 – 1. juni
Nr 04/2006 – 1. september
ISSN: 0804-1687 © Norsk Barnelegeforening

Paidos forbeholder seg retten til å oppbevare og publisere artikler og annet stoff også i elektronisk form, for eksempel via internet.
Fagpressens redaktørplakat ligger til grunn for utgivelsen. Alt som publiseres representerer forfatterens synspunkter. Disse samsvarer ikke nødvendigvis med redaksjonens eller Norsk Barnelegeforening sine offisielle synspunkter med mindre dette er presisert.

Leder forts.

Den medisinske delen av helsestasjonsvirksomheten er en spesialoppgave, svært ulik den kurative allmennmedisinske hverdag. Det foretas en klinisk screeningkontroll av friske barn og det gis råd til unge foreldre. Det vil si at man skal plukke ut noen få syke blant mange friske barn. For å kunne fungere godt faglig, må man ha god kjennskap til det sykdomspanorama som er aktuelt i aldersgruppen og man må være motivert og innstilt for å se de faglige utfordringene. Man må vite mye om grenser for normalutvikling hos barn og alle små plager som er så vanlige i aldersgruppen, og som lett kan finne sin løsning der og da. Et typisk eksempel på vanskelig vurdering, er uskyldig hjertebilyd som er tilstede hos 50-60% av alle friske barn. Slik vurdering fordrer erfaring og kunnskap. Det medisinske arbeidet på helsestasjonen er vanskelig fordi sykdom kan være tilstede i nesten alle organsystemer, og grensen mellom normalitet og patologi ikke alltid er like åpenbar. Noe av det spesielle med små barn i motsetning til voksne, er at situasjonen kan endres raskt og at det ved sykdom alltid er av verdi å komme tidlig til med utredning og behandling, om det nå er hørselstap, nevrologisk sykdom, hjertefeil eller annet som er bakgrunnen.

Kontakt med lokal barneavdeling/pediater er svært viktig, både for å få rask vurdering av enkelte barn og for å kunne diskutere tvilstilfeller. Barneleger har behov for å ha erfaring i normal utvikling hos barn, for bedre å kunne vurdere alvorlig syke. Derfor bør barneleger under utdanning ha obligatorisk tjeneste ved helsestasjon. Helsestasjonsleger har behov for erfaring med alvorlig syke barn og bør ha tjeneste ved lokal barneavdeling. Dette vil bedre kontakten mellom helsestasjon og tilhørende barneavdeling, og gjøre det lettere å overføre barn fra sykehus til hjemmet. Det vil redusere terskelen for å ta lege – lege kontakt med pediater ved behov.

Helsestasjonen er mer enn bare helsekontroll av barn. Helsestasjonen representerer lokal kunnskap om barn som er nyttig i nærmiljøet – nyttig for barnehagen, skolen og lokalmiljøet. Helsestasjonen bør være viktig som rådgiver i spørsmål om overvekt, barn med spesielle behov, søvnproblemer, atferdsavvik osv. Helsestasjonen trenger derfor et godt lokalt medisinskfaglig fundament. Dette bør medføre en faglig styrking av helsestasjonslegen og et mer forpliktende samarbeid mot tilhørende barneavdeling, eventuelt praktiserende barnelege.

Forebyggende helsearbeid blant barn er et fagfelt i stadig utvikling. Det er behov for å etterundersøke etablerte sannheter, behov for å være oppdatert internasjonalt og behov for akademisk kritikk. Ulykker, atferdsavvik og spiseproblemer er viktige områder med stor morbiditet – kan vi gjøre en bedre forebyggende innsats?

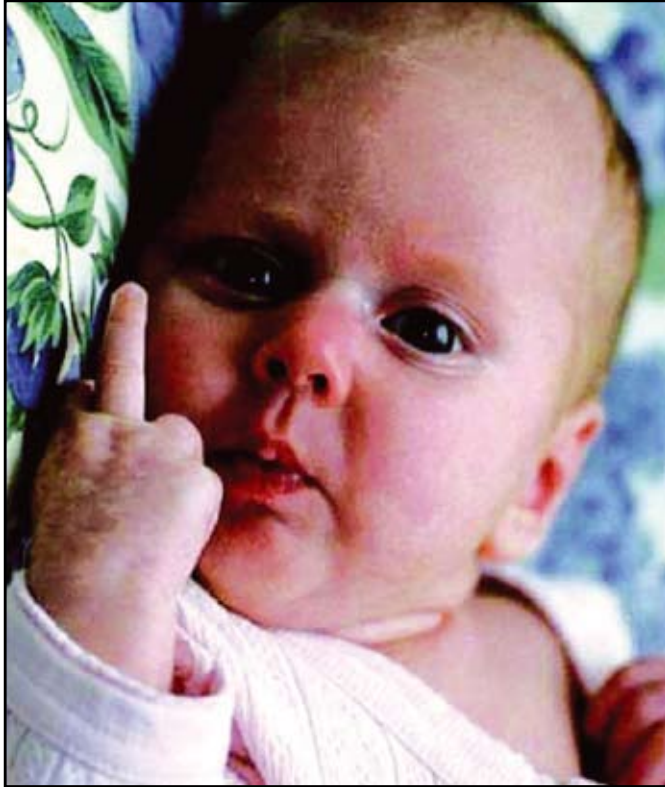
Den medisinske delen av helsestasjonen bør oppgraderes og knyttes nærmere den lokale barneavdeling/pediater. Akade-

miet bør styrkes i tråd med Nye Generalplan for pediatri i Norge (1997). Det bør være krav til etterutdanning og tjeneste ved barneavdeling for helsestasjonsleger og om tjeneste på helsestasjon for spesialistkandidater i pediatri. Antall ansatte helsestasjonsleger bør reduseres, mens antallet stillinger beholdes, slik at virksomheten blir mindre fragmentert. Lokale barneavdelinger bør pålegges større ansvar i å videreutdanne helsesøstre og helsestasjons-leger i somatisk barnemedisin. Slik kan vi oppnå et mer formalisert og tettere samarbeid mellom barneleger og helsestasjonsleger. Spørsmålet er: Hvordan kan vi få alt dette til?

H U S K :

PEDIATERDAGENE 2005

Oslo 13 - 15 oktober 2005



LOKAL ARRANGØR:

Ullevål universitetssykehus

Påmelding: se www.barnelegeforeningen.no

PEDIATERDAGENE 2005

Styret i Norsk barnelegeforening 2005



Leif Inge Brunvand (Leder)

Medisinsk embetseksamen 1980, distriktslege Gamvik kommune, Finnmark 1982-84, Assistentlege Barneavdelingen Fylkessykehuset i Ålesund 1984-86, Fra og med 1986 vært tilknyttet barneavdelingen Ullevål Universitetssykehus. Doktorgrad i 1998, "Migration, Vitamin D and Health". Er nå seksjonsoverlege ved Barnehjerteseksjonen, Ullevål universitetsukehus. Gift 1980, tre barn. Stikkord for fritid er hund, kajakk, turgåing/-løping, bøker og hytte.

leder@barnelegeforeningen.no



Kristin Hodnekvam, 53 år (Nestleder)

Klinikkjef ved Sykehuset Telemark HF. Generell pediater med et hovedområde barnediabetes. Styremedlem i norsk studiegruppe for barnediabetes. For tiden permisjon fra klinikkjefstilling for 1 års overlegevikariat ved Barnesenteret Ullevål. Blir glad av skigåing, musikk, gode filmer og bøker, natur og reiseopplevelser.

nestleder@barnelegeforeningen.no



Elisabeth Selvaag (styremedlem)

Medisinsk embetseksamen fra -87. Arbeidet i pediatrien fra -93, først i Trondheim, deretter på Lillehammer og nå igjen i Trondheim. Her jobber jeg med barneneurologi og -habilitering. Har ellers interessert meg for sosialpediatri. Jeg trives godt hjemme hvor jeg har ett barn. Liker meg dessuten ute i all slags vær og forsåvidt hvor som helst i godt selskap.



Jon Konradsen, 32 år (Sekretær)

Født og oppvokst i Bodø. Studert i Trondheim. Jobbet som assistentelege ved Barneavdelingen i Bodø siden 2003. Gift, ingen barn. Bodø/Glimt supporter!

sekretar@barnelegeforeningen.no



Jannicke Andresen, 31 år (Møtesekretær)

Student i Tyskland (Wuerzburg). Jobbet på barneavdelingen i Fredrikstad fra desember 2000 til mars 2004, deretter ansatt barneklíníken RH, stipendiat ved Pediatrisk Forskningsinstitutt fra februar i år. Samboer, ingen barn, driver med kitesurfing / kiteskiing på fritiden.

motesekretar@barnelegeforeningen.no



Bjarne Dag Andersen (Kasserer/Økonomiansvarlig)

Medisinsk embetseksamen i Oslo 1969. Tjeneste som svensk "prov-läkare" i Kristinehamn. Turnus og senere ass.lege på med avd. Kongsberg s.h.

Ass.lege på Barneavd. Ullevål s.h. 1971-74. Vikariater på barneavdelingene i Lørenskog og Drammen. Spesialistpraksis med avtalehjemmel og deltidsstilling som barnelege ved Kongsberg s.h. siden 1976.

kasserer@barnelegeforeningen.no



Thomas Möller, 40 år (IT-ansvarlig / Webmaster)

Født og oppvokst i Tyskland, utdannet i Kiel og Trondheim. Turnus i Hammerfest, Harstad og Trondheim. Allmennmedisin i 2 år, indremedisin/kardiologi i 1,5 år før jeg begynte i pediatrien. Jobbet på SiA og senere SiV i Tønsberg samt overlegevikariater på AHUS og Barnehjerteseksjon, Rikshospitalet. Spesialist siden 2001. Startet med doktorsgradsprosjekt innen medfødte hjertefeil ved siden av klinisk arbeid i Tønsberg. Bor på Nøtterøy med legekone og tre barn. Fritidsinteresser: musikk, småfly, data.

pedweb@barnelegeforeningen.no



Tomas Nordheim Alme, 31 år (Redaktør Paidos)

Født i Narvik, oppvokst litt her og litt der. Studert i Oslo, turnustjeneste på vakre Voss, assistentlege ved Klinikk for barn og habilitering i Drammen. Bor på Kjeller med kone og to barn. Ved siden av pediatri er friluftsliv, jakt, småfly og musikk viktige fritidsinteresser.

paidos@barnelegeforeningen.no

DIAGNOSE

Bråstopp

Plutselig død på idrettsbanen. Kan vi hindre det?

Når et tidligere helt friskt barn faller om og dør på idrettsbanen utløser det sterke følelser i nærmiljøet. Til tross for at antallet barn og unge som rammes av dette er svært lavt, er det nødvendig å forholde seg til denne problemstillingen.

Leif Inge Brunvand
Seksjonsoverlege på Barnehjerteseksjonen, Ullevål Universitetssykehus

Fra januar til mai 2005 døde seks svenske barn på idrettsbanen. Dette fikk naturlig nok stor oppmerksomhet i svensk presse₁. Barna var mellom åtte og femten år og bodde på helt forskjellige steder i Sverige og ingen hadde kjent hjertefeil. Også i Norge har vi det siste året hatt presseoppslag om barn som dør plutselig under trening eller konkurranse uten kjent hjertesykdom på forhånd₂. Det at et aktivt, tilsynelatende helt friskt barn dør under trening eller konkurranse, får store ringvirkninger for nærmiljøet og det ansvarlige idrettslag. Fysisk aktivitet er i motsetning til stillesitting sunt! Det er overveldende litteratur på at dette er riktig, ingen referanser gis på denne påstanden her. Det er også overveiende sannsynlig at stillesitting ikke er sunt for barn med hjertefeil, og det er noe, men ikke mye dokumentasjon på at fysisk trening for barn med hjertefeil er av det gode.

Flere årsaker. Hvilke hjertetilstander gir økt sjanse for død under trening? Den klassiske hjertefeilen som er forbundet med død under trening eller konkurranse er alvorlig aortastenose. Denne hjertefeilen gir imidlertid precordial bilyd og vil oftest være erkjent i forbindelse med en vanlig legeundersøkelse. Ved enkelte andre hjertesykdommer er det få eller ingen symptomer og funn og en vanlig legeundersøkelse vil ikke avsløre at barnet har en potensielt dødelig tilstand. Dette kan gjelde sykdommer som hypertrofisk kardiomyopati (HCM), arytmogen høyre ventrikel syndrom, enkelte former for lang-QT-syndrom, myokarditt og koronar-anomalier eller annen koronar patologi. Hard fysisk aktivitet kan ved disse tilstandene utløse ventrikkeltachykardi som går over i ventrikkelflimmer, eventuelt via ischemi av myokard eller

torsade du point. En helt spesiell årsak til plutselig død på idrettsbanen er commotio cordis. Et precordialt støt med en viss kraft og hardhet, for eksempel en ball, i en vulnerabel fase av hjertesyklus rett før maksimum av T-takken kan gi ventrikkeltachycardi og påfølgende flimmer. Dette er merkelig nok og heldigvis en svært sjelden tilstand₃. Ved alle tilfeller er elektrokonvertering den mest effektive behandling, ved siden av ordinær hjertelunge redning.

Epidemiologiske forhold. I en studie av unge aktive idrettsutøvere mellom 12 og 35 år fant man at 2,6 per 100 000 gutter/år og 1,1 per 100 000 jenter /år døde en plutselig hjertedød under konkurranse eller trening₄. I Norge regner man med at det totalt sett dreier seg om rundt 3 barn og unge voksne (<35 år) per år. Relatert til total dødelighet for barn i Norge er ikke antallet stort. Man kan med en viss rett si at det er større sjanse for å dø i en trafikkulykke på vei til trening enn under trening.

Hva alle kan enes om...De fleste kan antakelig enes om noen enkle forebyggende regler. Man bør avstå fra sterk fysisk aktivitet hvis man har feber og føler seg uvel da dette vil forebygge tilfeller som skyldes myokarditt. Hvis man har hatt en synkope eller nærsynkope under pågående trening/ konkurranse, bør man oppsøke lege og gå gjennom testing, inkludert arbeidsbelastning, EKG og ekko-dopplerundersøkelse, før videre hard trening eller konkurranse. Hvis man har nære slektninger (søsken/ foreldre) som er uventet, plutselig døde i ung alder, bør man også testes spesielt før man går inn i et hardt treningsopplegg eller i konkurranse (både HCM og lang QT tid er genetiske sykdommer med familieopphopning). Effekten av disse tiltakene er imidlertid så vidt jeg vet ikke vist i epidemiologiske undersøkelser.

Den italienske erfaring. I Italia har man presentert data fra en stor studie der 33 735 unge aktive idrettsutøvere ble screenet med EKG, spørreskjema og klinisk undersøkelse. Kostnaden ved undersøkelsen var €30 per kontroll. 30 719 kunne straks sorteres ut som friske, 3016 måtte til videre testing. Etter videre testing fant man 22 utøvere med HCM. Disse fikk individualisert oppfølging. Den italienske erfaring viser at det er mulig å plukke ut barn med asymptomatisk HCM.

Føringer fra European Society of Cardiology (ESC). ESC har lagt frem en utredning som omhandler spørsmålet₅. Konklusjonen i rapporten er klar; de enkelte europeiske land bør innføre et system som sorterer ut de idrettsutøverne som har høy risiko for død under hard trening eller konkurranse. Det er antatt at dette totalt sett kan redusere dødeligheten med 50-70%. Denne anbefalingen fra ESC vil gjøre det vanskelig å stoppe en utvikling mot hjertescreening av unge idrettsutøvere også i Norge dersom det norske idrettsmiljøet legger press på denne saken.

Motargumenter. Det er ikke vanskelig å finne fornuftige argumenter mot screening. En screening vil ikke sortere ut de som har koronar patologi, utvikler myokarditt eller som dør av commotio cordis. Det meste av gevinsten ligger i diagnostikk av HCM. Det er imidlertid en vanskelig grenseoppgang mellom hypertrofi av venstre ventrikel på grunn av eksessiv trening og HCM. Begge gir EKG forandringer og fortykkelse av myocard som kan registreres, men ikke sikkert skilles fra hverandre ved en vanlig ekko undersøkelse av hjertet. Det er godt mulig kombinasjonen av Doppler og vevs-doppler er den beste måten å skille de to; eller i fremtiden kanskje en gentest. Per i dag er dette en oppgave som vil kreve en godt skolert kardiolog. Alternativet er en ekkotekniker som er spesielt opplært til å stille diagnosen HCM. Opptil 10% falske positive i screeningstesten kan skremme vannet av klinikeren. Hvor mange friske idrettsutøvere vil fylle ventelistene for å få avklart sin hjertesituasjon? Det vil neppe være noe idrettslag eller noen foreldre som tør å ta ansvaret for trening eller konkurranse før det hele er avklart for en aktuell idrettsutøver. Hvem skal prioriteres av helsevesenet; friske idrettsutøvere med positiv screeningstest eller syke pasienter som trenger en hjertekontroll? Selv om screeningen betales fullt ut av idrettsutøveren, vil det bli økte omkostninger for samfunnet for de som trenger en runde nr 2, hvis dette ikke bakes inn i screeningen.

Bruk av hjertestartere? Hjertestartere kan redde liv, men dette er medisinsk teknisk utstyr som trenger regelmessig tilsyn og opplæring. Sannsynligheten for at en hjertestarter faktisk blir brukt er lav, og selv om utstyret er selvinstruerende, er brukeren nesten alltid uerfaren og det er muligheter for feilbruk. Det å utplassere hjertestartere ved alle idrettsarrangementer og på trening er neppe noen god alternativ strategi når det gjelder plutselig hjertedød hos unge.

Konklusjon. Hjertescreening av aktive idrettsutøvere kan redusere dødeligheten ved trening/ konkurranse, og anbefales innført av et arbeidsutvalg i ESC. Siden antallet falske positive tester er så vidt høyt, vil ringvirkningene for helsevesenet ved en slik screening kunne bli svært store. I alle fall trenger helsevesenet tid og ekstra ressurser hvis man ønsker en slik utvikling og det bør ikke innføres før etter en grundig faglig utredning. Utplassering av hjertestartere er ikke uproblematisk og er antagelig en dårligere løsning enn screening.

Enkle tiltak finnes. Det finnes uproblematiske tiltak nevnt over, kjørereregler for den aktive idrettsutøver, som ikke har noen økonomiske konsekvenser og som kan settes i gang mer systematisk enn tilfellet i dag.

Referanser

1. Aftenbladet 18 mai 2005
2. VG 16.11.04
3. NEJM 1998; 338: 1805-11
4. J Am Coll Cardiol 2003; 42: 1959-63
5. European Heart Journal; 2005; 26: 516-24

Oslo, 13.- 15. oktober: Pediaterdagene 2005

Hvordan går det med de minste premature? Hvilken innvirkninger har jus på dokteravgjørelser? Barnekardiologi, diabetes, vaksiner, osteomyelitt, barnemishandling, smerter og palliativ behandling. Dette er kort oppsummert innholdsfortegnelsen for Pediaterdagene 2005 i Oslo.

Det skal godt gjøres å ikke finne noe av interesse i det fyldige programmet for årets pediaterdager. Både norske og internasjonale eksperter informerer om siste nytt innenfor de fleste pediatriske emner. I tillegg er det en mulighet til å møte kjente og ukjente kolleger.

Pediaterdagene 2005 avholdes på Hotell Bristol i Oslo, og det er Ullevål Universitetssykehus som står som arrangør. Det er fremdeles noen ledige plasser, så har du ennå ikke fått ut fingeren – gjør det nå!

Påmelding elektronisk på
www.barnelegeforeningen.no
eller skriftlig til

Barnesenteret
Ullevål US v/sekretær Anne Grethe Holth
0407 Oslo

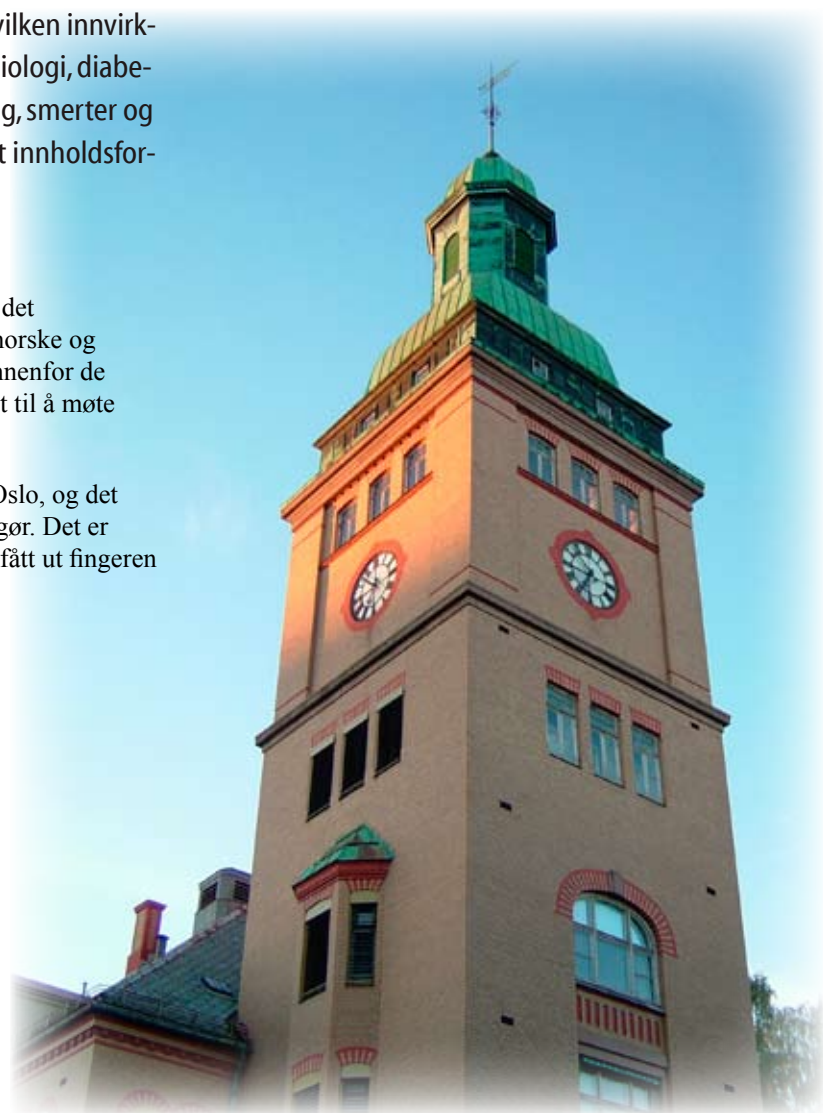


Foto: Tomas Nordheim Alme

Hvem får årets barnehelsepris?

Styret i Norsk Barnelegeforening vedtok i 2004 å innstifte en Barnehelsepris. Prisen skal gå til en person eller en organisasjon som har gjort en innsats for barns helse og oppvekstvilkår i inn- eller utland. Prisen skal ikke primært deles ut til medlemmer i Barnelegeforeningen, og prisvinneren behøver heller ikke å være lege eller helsepersonell. Formålet med

prisen er å sette fokus på barnehelsespørsmål i det offentlige rom. Prisen deles ut i et samarbeid med Barneombudet og årets prisvinner blir offentliggjort under Pediaterdagene i Oslo den 13. oktober.

Pediaterdagene 2005 – program

Torsdag 13.10.05

(felles faglig program: 10.00 - 17.00)

09.00 Registrering

10.00 - 12.00 Hot topics:

Sverre Medbø: 1000-grams studien

Petter Brandtzæg: Adjuvansbehandling ved meningitt/sepsis

Rolf Lindemann: Non-alloimmun ITP hos nyfødte

Jacob Larsen: Tidlig aterosklerose ved barne- og ungdomsdiabetes - når bør vi intervenere?

12.00 - 13.00 Lunsj

13.00 - 14.30 Jus og medisin.

Professor Jan Fritjov Bernt, UiB

Lege Hilde Engjom, YLF

Konstituert divisjonsdirektør Odd Bakken, UUS

15.00 - 15.10 Åpning

15.10 - 17.00 Interaktiv sesjon: Kasuistikker

Fasilitator: Barnelege Trond Markestad

17.00 - 17.30 Pause (kaffe+kake)

17.30 - 19.30 Subgruppemøter

21.00 Sosialt samvær

Fredag 14.10.05

(felles faglig program 08.30 - 18.30)

08.30 - 09.30 Professor Usha Raj

Chief Division of Neonatology. David Geffen School of Medicine (UCLA): Regulation of pulmonary circulation in the newborn.

09.30 - 10.30 Forebyggende barnemedisin

Overlege Marianne Bergsaker, Nasjonalt folkehelseinstitutt: Nytt fra vaksinefronten

Barnelege Astrid Alvik: Graviditet og alkohol

10.30 - 11.00 Pause (kaffe)

11.00 - 12.00 Praktiske pediatriske emner. Hva nytt?

Hans Jacob Bangstad: Diabetes ketoacidose.

Thore Henrichsen: Alvorlig dehydrering.

Barneortoped Vera Halvorsen: Nyfødtundersøkelse av hoftene

12.00 - 13.00 Lunsj

13.00 - 14.00 Styrets time

14.00 - 16.00 Smerter/palliasjon

(i samarbeid med Norsk Barnesmerteforening).

Professor Per Brodal: Smerte som homeostatisk respons

Overlege Øyvind Skraastad: Praktisk medisinsk behandling av akutte smerter hos barn

Thore Henrichsen og Jørgen Diderichsen: Tilbaketrekking og tilbakeholdelse av livsunderstøttende behandling

1600 - 16.30 Pause (kaffe+kake)

16.30 - 18.30 Frie foredrag + postere

20.00 Middag på Villa Kruse, Frogner

Lørdag 15.10.05

(felles faglig program 09.00 - 13.00)

09.00 - 09.30 Professor Usha Raj

Newer therapies for treatment of persistent pulmonary hypertension in the newborn.

09.30 - 12.30 Forskningsfronten UUS

Presentasjon av 8 pågående prosjekter (med innlagt pause)

Torild Skrivarhaug: Prognose ved type 1 diabetes

Øystein Riise. Akutt nyoppstått artritt og osteomyelitt

Karianne Wiger: Antibiotikaresistens - hvor stor er trusselen for kreftsyke barn?

Eirik Nestaas: Fartsmålinger i nyfødthjertet

11.00 - 11.30 Pause (kaffe+kake)

Geir Haaland: Kan vi forutsi astma? Del 2 i Miljø- og barneastma-studien

Eva Schumacker: Kan tidlig EEG-monitorering av premature brukes til å forutsi nevrologisk sekvele?

Kristin Brekke: Folat profylakse

Mia Myhre: Hodeskader - hvordan skille påført skade fra ulykke?

1300 Avslutning

Generell informasjon

Møtet er søkt godkjent som tellende timer til spesialiteten pediatri med 20 timer

Hotell og konferansested:

Bristol Hotell AS. Telefon: 22 82 60 00. Adresse: Kristian IVs gt. 7, postboks 6764, St. Olavs plass, 0130 Oslo.

Sosialt program

Torsdag 13 oktober: Museumsbesøk med enkel servering til en rimelig pris (som kommer i tillegg til konferanseavgiften).

Fredag 14 oktober. Middag klokken 20.00 i Villa Krusesgate, Kru-segt 6, 0263 Oslo.

Internett: www.krusesgate.no. Tel: 22 44 83 59. Du får en trereters middag med underholdning og dans. Middagen er inkludert i konferanseavgiften, bortsett fra drikkevarer som må betales av den enkelte.



Forskjeller i smertebehandling

Hva er god smertebehandling? Mye kan tyde på at behandling av smerter hos barn ikke har vært høyt nok prioritert. Undersøkelser fra Sverige og preliminære resultater fra Norge tyder på at det er store forskjeller mellom sykehus i hvordan smerter hos barn behandles. Nå settes dette på dagsorden

Tekst og foto: Tomas Nordheim Alme

– Det er ingen tvil om at smerter hos barn har vært underbehandlet. Langt inn på 60-tallet ble det utført operasjoner på nyfødte uten noen form for analgesi. Det er forbausende, fordi det er så opp i dagen at nyfødte har en godt utviklet smertesans, sier seksjonsoverlege ved Store barn intensiv på Ullevål sykehus, Thore Henriksen.

Bedre smertebehandling. Henriksen sitter i interimstyret til den nystartede Norsk Barnesmerteforening. Foreningen er et resultat av konferansen ”Smerter hos barn” i Skien i 2004. Målsetningen til den nye foreningen er klar: Å fremme tverrfaglig, god smertebehandling av alle barn, i alle ledd av helsetjenesten. Meningen er å utforme en nasjonal konsensus om retningslinjer for ulike typer smertebehandling og å utvikle gode fagmiljøer både innen spesialist- og allmennhelsetjenesten.

– Undersøkelser viser at selv om både kunnskap og tilnærming til området er bedret, har vi et stykke frem før barn kan sies å få fullverdig smertebehandling, og vi barneleger har et spesielt ansvar for å bidra til en slik forbedring, fortsetter Henriksen.

Tverrfaglig initiativ. Håndtering av smerter hos barn er et vidt felt med mange ulike problemstillinger. Derfor er den tverrfaglige tilnærmingen et viktig poeng. Interimsstyret av representanter fra Norsk Psykologforening, Norsk Barnesykepleierforbund, Norsk Fysioterapiforbund, Norsk Anestesiforening og Norsk Barnelegeforening.

– Responsen på den nye foreningen har vært god, og vi har fått viktig økonomisk støtte fra flere av moderforeningene, inkludert Barnelegeforeningen. Kreftforeningen har til nå vært største enkeltbidragsgiver, med viktige 30 000 kroner.

Samarbeid. Barnesmerteforeningen ser for seg å opprette samarbeid med nasjonale helsemyndigheter og arbeide for at alle helseforetak som arbeider med barn skal ha tverrfaglige

FAGDAG OG STIFTELSESMØTE NBSF

Tid: Fredag 25. november 2005 kl 0900
Sted: GSK, Forskningsveien 2, Gaustad
Pris: Kr 500, inkl. lunch og medlemskap ut 2006
 Påmelding til Vigdis Skau, UUS på epost: visk@uus.no

smerteteam som sikrer at barn med smerter får optimal behandling. Foreningen skal også samarbeide med nordiske og internasjonale organisasjoner som arbeider med smerter hos barn. De ulike yrkesforeningene er også viktige partnere for å sikre at kunnskapen når ut i alle ledd. Foreningen er åpen for alle som interesserer seg for smerter hos barn, uansett yrkesbakgrunn.

– Arbeidet med smerter hos barn omfatter hele kjeden fra identifisering og vurdering til i gangsetting av behandlingstiltak og vurdering av effekt. I stor grad dreier det seg om å utarbeide gode nok retningslinjer og så ta disse i bruk. Flere barneavdelinger oppretter nå egne smerteteam som skal fronte kunnskap og holdninger til dette temaet, blant annet på Elverum og her på Ullevål, avslutter Henriksen.

Fokus på smerter hos barn

Fredag 25. november må du merke av i kalenderen. Da inviterer interimstyret i Norsk Barnesmerteforening til kombinert stiftelsesmøte og fagdag i Oslo

- Interimstyret i NBSF som ble sammensatt av deltakerne i paneldebatten under konferansen ”Smerter hos barn”
- i 2004, har satt sammen en fagdag som samtidig tjener som stiftelsesmøte for den nye foreningen. Blant foredragsholderne finner vi tidligere biskop i Oslo, Gunnar Stålsett samt flere av medlemmene av interimstyret som frem til nå sett slik ut:

- Øyvind Skraastad – anestesilege Rikshospitalet
- Thore Henriksen – barnelege, Ullevål Universitetssykehus
- Anne Berle Robstad – barnefysioterapeut, Haukeland US
- Inger Pauline Landsem – barneintensivsykepleier, UNN
- Randi D.Andersen – primus motor/sykepleier, SH Telemark
- Brith Klæboe Ramberg – psykolog BUP, Rikshospitalet

- Den planlagte fagdagen har relevans for alle som arbeider med barn og helse.

Norsk Barnesmerteforening: Program for fagdag 25. november

Start kl. 09:00

Tanker om omsorg og ansvar for en gruppe som i liten grad kan snakke for seg selv (Gunnar Stålsett)

Legeforeningens ”Retningslinjer for smertebehandling i Norge”(Rae Frances Bell)

Resultater fra NBSFs undersøkelse om behandling av akutt smerte hos barn (Øyvind Skraastad, Thore Henriksen)

Veien videre – om tverrfaglig samarbeid i smertebehandlingen av barn; sett fra de ulike faggruppene ståsted

Stiftelsesmøte NBSF

Hvordan smerte setter spor i kroppen. (Eline Thornquist)

Hvordan bryte onde sirkler? Behandling av langvarige smertetilstander hos barn (Brith Klæboe Ramberg)

Ikke-medikamentelle strategier for behandling av prosedyrerelatert smerte (Karin Berg)

Nyere medikamentell behandling (Øyvind Skraastad)

Avslutning og oppsummering (leder NBSF)

Slutt kl 17:00

◀ Thore Henriksen leder interimstyret i NBSF

NOTISER

Avskjedsseminar og festmiddag

Sverre O. Lie, klinikkssjef ved Barneklubben, Rikshospitalet-Radiumhospitalet HF, trer tilbake fra nyttår 2006. Barneklubben vil gjerne gjøre ære på ham, og inviterer til et seminar på ettermiddagen fredag 13. januar 2006, etterfulgt av festmiddag om kvelden. Mange i norsk barnemedisin vil nok være med og takke ham på denne måten. Sett derfor av datoen i din kalender. Program og påmelding til middagen følger senere.

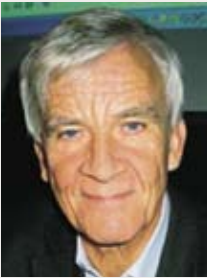


Foto: Eline Feiring

Nyttig om behandling av smerter

Legeforeningen gav i 2004 ut Retningslinjer for smertebehandling i Norge. Dette er et praktisk dokument som tar for seg hvordan smertebehandling bør organiseres og utføres i praksis. Retningslinjene omfatter både voksne og barn, og det finnes et eget kapittel om smerter hos barn. Følgende sitat er hentet derfra og bør være til ettertanke:

Selv de mest immature barn er født med anatomisk og fysiologisk sanseapparat som er tilstrekkelig til smerteopplevelse. Prematurt fødte barn har dårlig utviklet system for modulering og særlig hemming av smerteopplevelsen. Alt ved fødselen har man smertehukommelse. Smerteerfaring som nyfødt kan virke inn på barnets smerteterskel og -atferd senere i livet.

Retningslinjer for smertebehandling i Norge kan lastes ned fra legeforeningens nettsider på adressen <http://www.legeforeningen.no&?id=43266> og bør finnes tilgjengelig på alle barneavdelinger i Norge.

Norsk diabetesregister fikk status som Nasjonalt kvalitetsregister

Medisinske kvalitetsregistre er et viktig og nødvendig verktøy i kvalitetsarbeidet i norsk helsetjeneste. De fleste registre er opprettet av fagmiljøene, ofte med utgangspunkt i spesialforeninger under Den Norske Lægeforening. Tradisjonelt har registrene kun vært brukt innad i fagmiljøene, men man har etter hvert funnet at enkelte data fra disse registrene også har interesse for beslutningstakere høyere opp i organisasjonene.

På bakgrunn av dette har Helsedepartementet lagt ansvaret for opprettelse og drift av nasjonale kvalitetsregistre til de regionale helseforetakene fra 2004. De ca 60 registre som allerede er opprettet skal forankres i RHF som nasjonale kvalitetsregistre. Det er en overordnet målsetning at det skal opprettes kvalitetsregistre for alle områder av spesialisthelsetjenesten.

Norsk Diabetesregister er anbefalt av Sosial- og Helsedirektoratet som et nasjonalt kvalitetsregister. Diabetesregisteret ble

Skriv i Paidos - vinn 3000 kr

Har du disputert og sitter sprekkeferdig med fagkunnskap som har interesse for dine kolleger? Eller har du opplevd et ekstraordinært sykdomstilfelle? Paidos ønsker å mobilisere Norsk Barnelegeforenings medlemmer i en artikkelkonkurranse i 2006 og belønner de to beste bidragene med 3000 kroner.

Alle innsendte bidrag vil bli vurdert av en jury bestående av styremedlemmene i Barnelegeforeningen og det vil bli plukket ut 6 finalister som får artiklene på trykk i Paidos i 2006. Konkurransen har to klasser; pasientkasuistikk og doktorgradsarbeide. Det vil bli trukket ut én vinner i hver klasse. Vinnerne i de to kategoriene blir presentert under Pediatredagene 2006 og vil dessuten bli presentert i oktobernummeret av Paidos 2006.

Pasientkasuistikk

Har du hatt en spennende pasient som kan være lærerik for oss andre? I vurderingen legges det vekt på språk, pedagogisk fremstilling og bruk av illustrasjoner og/eller figurer. Det er minst like interessant å beskrive historier der man ikke har truffet spikeren på hodet på første forsøk, og hva man eventuelt har lært av det.

Doktorgradsarbeide

Har du disputert innen et pediatrik område? Skriv en artikkel for Paidos som bygger på doktorgradsarbeidet ditt og vær med i trekningen av 3000 kr. I vurderingen legges det vekt på språk, pedagogisk fremstilling og bruk av illustrasjoner og/eller figurer. Artikkelen bør også vinkles slik at den i størst mulig grad er matnyttig for dine kollegaer.

Frist for innsending er 1. desember 2005. Send bidraget ditt per e-post til paidos@barnelegeforeningen.no. Merk e-posten med "Artikkelkonkurranse". Dersom du har vedlegg i papirform, kan disse ettersendes per post etter nærmere avtale. Paidos forbeholder seg retten til mindre språklige justeringer.

opprettet i 1989 og registrerer alle nye tilfeller av diabetes mellitus type I hos pasienter under 18 år i Norge. I tillegg til studier av insidens og årsaker til type 1 diabetes, følges materialet opp med studier av livskvalitet, komplikasjoner og dødelighet.

Registeret har sin faglige basis i Norsk Studiegruppe for barndiabetes og diabetesmiljøet ved Ullevål Universitetssykehus og Aker Universitetssykehus. Det er også tett samarbeid med Institutt for medisinsk genetikk ved Ullevål universitetssykehus og Senter for diabetesgenetikk på Haukeland Universitetssykehus. Registeret tilknyttes Helse-Øst og er ett av fem registre som har fått status som Nasjonalt kvalitetsregister.

–Det betyr svært mye for oss at vi får en fast ramme rundt driften istedenfor prosjektfinansiering, sier Geir Joner, som er daglig leder for registeret.

Nyttige ressurser på nett

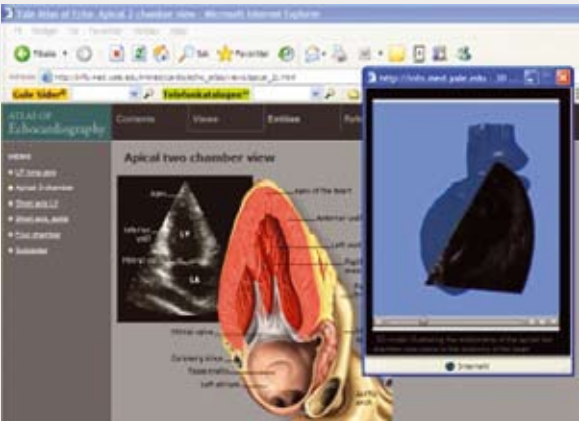
I denne spalten vil vi i hvert nummer presentere et knippe lenker til nettressurser som tar opp tema som er av interesse for pediaterne. Noen vil være mest interessante for leger under spesialisering, andre vil være mer generelle. Alle lenkene som legges ut her vil også bli lagt ut på www.barnelegeforeningen.no.

To av dagens lenker dreier seg om kardiologi. I tillegg tar vi med adressen til et nettsted som alle bør vite om, rett og slett fordi det er så nyttig.

Paidos tar ikke ansvar for innholdet på nettstedene som det lenkes til. Har du tips og forslag til lure lenker? Send en epost til paidos@barnelegeforeningen.no

Ekkokardiografi

Går du med en liten barnekardiolog i magen, eller skulle du bare ønske at du forsto litt mer av de gråhvite skyggene som flimrer over ekko-skjermen? Her er to nettsteder med gode og pedagogiske fremstillinger av prinisippene for ekkokardiografi.



YALE ATLAS OF ECHOCARDIOGRAPHY

Dette er en fantastisk nettressurs! Rikt illustrert med både video og skisser som forklarer slik at selv personer blottet for evne til å tenke i flere enn to dimensjoner forstår det. Atlaset består av en systematisk oversikt over vanlige views, og et flott moment er at de har laget strektegninger som gjenspeiler det som vises på videosnuttene av undersøkelsene. På den måten kan du være sikker på at du ser på riktig sted. I tillegg har atlasen en oversikt over vanlige tilstander og deres fremtreden ved ekkokardiografi. Atlasen inneholder ikke pediatrike hjerter og er dermed mest egnet for å få inn de basale begrepene. Oppbygning og utforming er et eksempel til etterfølgelse for undervisningsnettsteder og absolutt verdt et besøk.

http://info.med.yale.edu/intmed/cardio/echo_atlas/contents/index.html

LURE LENKER



ECHO IN CONTEXT

Dette er et nettsted utarbeidet av Duke University Center for Echo i North Carolina. Echo in Context er en årlig telemedisinsk konferanse om ECCO som med sine 20 år påstår seg eldst i telemedisinsk formidling. På nettstedet finnes konferansene tilbake til 1997 gratis tilgjengelig, og med et klikk er du midt inne i velproduserte miniforelesninger om kardiologiske emner. Noen av temaene har relevans for barnekardiologi. For nybegynnere finnes et område som heter Learn the Basics. Her finnes også egne avsnitt om medfødte hjertefeil. Tekstene er lette å lese, og selv om det rent multimediamessig kanskje ikke er like imponerende som atlasen fra Yale, er det mye å lære. Anbefales!

Farmakologi



INTERAKSJONER.NO

For deg om ennå ikke har oppdaget dette utrolig arbeidsbesparende verktøyet, er det bare å synkronisere fingrene gjennom følgende tastekombinasjon:

www.interaksjoner.no

Norske farmakologer med Olav Spigset i spissen har laget et praktisk verktøy som lar deg sjekke interaksjoner mellom et ubegrenset antall legemidler. Du kan bruke både generisk og salgsnavn. Du får informasjon om interaksjoner med kildehenvisninger lenket direkte mot PubMed, presentert med røde, gule og grønne varseltekanter alt etter alvorlighet av interaksjonene. Dette verktøyet kan også lastes ned til PC om du ikke alltid er på nett.

Helene Pande

Det er en tidlig fredags morgen og jeg svinger av fra rush-trafikken og inn i fredelige Ullevål Hageby. Jeg er invitert på frokost hos Norsk Barnelegeforenings ferskeste æresmedlem. Under Vår møtet i Stavanger i år ble Helene Pande utnevnt til æresmedlem etter et langt yrkesliv som barnelege.

Tekst: Tomas Nordheim Alme
Foto: Frødis Geithus – studio:fazett

For meg har navnet Helene Pande en helt spesiell klang. Da min far startet sin pediatrike spesialisering i 1976 var det nettopp i Bodø under Helene. Pande ble en naturlig del av mitt stadig økende ordforråd, sammen andre nordnorske dialektord som prematur og sepsis. I min barnefantasi ble Pande nærmest en mytisk skikkelse, som alltid ble omtalt med respekt og beundring. Kanskje er det nettopp derfor jeg har en nesten sakral følelse når jeg stiger ut av bilen og ringer på hos Helene.

Det er et par milde øyne og et fast håndtrykk som møter meg. Kaffe og ferskt brød fra Åpent bakeri står på bordet. Praten er straks i gang, om felles kjente, om det å være fersk assistentlege slik jeg er, anekdoter fra ett langt og ett kort dokterliv. Det er mer enn 25 år siden jeg så henne sist, men samtidig virker det som om vi kjenner hverandre.

Student etter krigen. Helene startet sin medisinske utdanning på Universitetet i Oslo i 1948, i en tid som fremdeles var preget av 2. verdenskrig. Etter studiet fulgte turnustjeneste i Porsgrunn, fulgt av tjeneste på kirurgisk avdeling. Porsgrunn hadde også barneavdeling med en hyggelig sjef, så etter to år meldte hun overgang til pediatrien. Hun omtaler seg

selv muntert som norgesmester i underordnet tjeneste, med yrkesopphold både i Porsgrunn, på Rikshospitalet, på Oslo Observasjonshjem for Åndssvake, Barneklubben i Bergen og flere utenlandsopphold i Afrika og Midtøsten.

Midtøsten. I 1967 ble Helene hanket inn til å reise til Midtøsten etter 6-dagers krigen. Det ble et sterkt møte med mennesker som var drevet fra sine hjem og fristet en ynkelig tilværelse i telt på ørkensand. Diaré, pneumoni, underernæring, fornedrelse, fortvilelse og sinne. Dette er opplevelser som har fulgt Helene siden.

-Jeg overvar en fødsel i et telt der barnet fort fikk sand på seg, og i de bibelske omgivelser tenkte jeg at en krybbe ville vært et bedre sted å legge det.

- Året fra 1967 til 68 hvor jeg arbeidet med såkalt "ånds-svake", var også viktige holdningsskapende år. Jeg spurte 60 foreldre til barn med Downs syndrom om hvordan de fikk vite diagnosen. "Doktoren sa ikke noe", gikk igjen. Mange beskrev kolleger som virket brydd, ikke hadde tid, ikke hørte på. Så var det altså å prøve å være fullstendig "tilstede", og ikke så opptatt av hva jeg selv skulle si.

Spranget til Bodø. Etter å ha samlet seg nærmere 20 års underordnet erfaring, hvorav 6 år som reservelege på henholdsvis Rikshospitalet og Haukeland, tok hun spranget til

overlegestilling på den helt nyåpnede barneavdelingen i Bodø i 1974. Pediatri var ennå et ungt fag og det var flere historier om proteksjonistiske indremedisinere som ikke skjønte hva man skulle bruke pediater til. I Bodø var situasjonen helt motsatt. Helene ble hjertelig mottatt av en stab som var interessert i å bygge ny kompetanse. De områdene som først og fremst trengte fokus, var nyfødtnedisin og arbeidet med funksjonshemmede barn.

– Vi fikk frem en fin nyfødtavdeling og fordi rednings-sentralen lå i Bodø, var det nærliggende at vi ble med ut for å hente nyfødte som trengte behandling fra de andre sykehusene i fylket. Fra England hadde jeg lært å ta med et polaroidkamera og etterlate i alle fall et bilde til moren, inntil hun selv kunne komme etter.

Lapidryppingen. Helene har alltid hatt lett for å engasjere seg. Jeg kjente ilden i meg, sier hun gjerne når vi diskuterer ulike saker hun har vært engasjert i.

–Jeg hadde ordnet et hospiteringsopphold på Queen Charlotte’s Hospital i England. En dag det var lite å gjøre på nyfødtintensiv, gikk jeg ned på barsel. Det som slo meg voldsomt var de nyfødte barna som lå og tittet med vidåpne, klare øyne. Mine britiske kolleger lo litt av meg. ”Du skjønner, vi drypper ikke med Lapis her”, sa de.

Under fødselen kan gonoroisk infeksjon overføres fra mor og gi konjunktivitt hos barnet som ubehandlet kan forårsake arr i hornhinnen og i verste fall blindhet. Credes profylakse innebærer rutinemessig drypping med Lapis (2% sølvnitrat) i øynene til alle nyfødte. Denne behandlingen ble innført på slutten av 1800-tallet i Norge. Gonoroisk konjunktivitt forekommer svært sjelden her i landet, og kan behandles med antibiotika.

// Barna lå der med de forferdelige, rennende øynene – og vi ”så” det ikke!

– 30% av barna som gjennomgikk denne unødvendige, forebyggende behandlingen fikk voldsom pussdannelse som så ganske forferdelig ut og ganske sikkert påvirket den tidlige kontakten mellom mor og barn. Barna lå der med de forferdelige, rennende øynene – og vi ”så” det ikke!

Helene viser frem bilder av nyfødte barn med øyne fulle av iatrogen forårsaket puss, ved siden av et barn med et åpent, tilsynelatende nysgjerrig blikk.

Helsedirektoratet snudde. Med en god porsjon stahet og press via bekjenskaper fikk hun til slutt lov til å igangsette en prospektiv studie ved barneavdelingen i Bodø, hvor man blindt dryppet øynene til 1200 barn med henholdsvis lapis, kloramfenikol og placebo. Studien ble publisert i Tidsskriftet i 1984 og Helsedirektoratet foreslo samme år at denne praksisen kunne opphøre i Norge.

HELENE PANDE

- Født i Oslo 1928
- Cand. med Oslo 1954
- Godkjent spesialist i barnesykdommer i 1964
- Avdelingsoverlege Nordland Sentralsykehus 1974 - 1982
- Overlege Buskerud Sentralsykehus 1982 - 1995

– England og Norge er naboland. Likevel visste vi ikke om dette. Ved hjelp av helsesøstre og Folkeregisteret lykkes det også å følge opp denne kohorten etterpå. Dette var før Apenes tid i Datatilsynet. Det viste seg at barna med ”klare øyne” fikk morsmelk lengre. Kanskje har det noe med ”bonding” å gjøre?

Barn og foreldre. En annen viktig sak som Helene engasjerte seg i, var barnas rett til å ha med seg foreldrene på sykehus. I dag er det fullstendig utenkelig at ikke foreldrene skal kunne være med barna sine under sykdom. På begynnelsen av 70-tallet måtte foreldrene forholde seg til visittider noen få ganger i uken.

–Det var mange argumenter for å beholde den gamle ordningen som i ettertid virker ganske selsomme, og jeg opplevde faktisk litt mobbing fra leger og sykepleiere over at jeg var så sterkt engasjert i dette.

I 1979 kom det retningslinjer fra sosial- og helsedepartementet som sikret denne rettigheten for alle barn som innlegges i sykehus. Dette ble fulgt opp av Forskrift om barn på sykehus i 1989.

– Det er en billig argumentasjon å dømme fortiden i lys av nåtiden. Likevel er det en tanke som ofte går igjen hos meg; hva er det vi ikke ”ser” i dag? Vi har et kompass inne i oss som nok forteller oss når noe ikke føles riktig. Det at noe alltid har vært slik, er ikke noe argument for at det er riktig.

Drammen. Etter åtte år i Bodø trakk hensynet til familie og venner henne sørover igjen og hun begynte ved barneavdelingen i Drammen i 1982. Særlig fikk nyfødtintensiv nytte godt av henne i de 13 årene hun jobbet der. Helene nevner ikke så mye om dette selv, men jeg vil forestille meg at overgangen fra en lederrolle i en pionertid for barneavdelingen i Bodø til en ”vanlig” overlegerolle i Drammen var stor.

– Britisk medisin har alltid betydd mye for meg, i likhet med mange andre som ble pediater på min tid. Jeg var heldig og fikk til gode hospiteringsopphold, og lærte mye både om nyfødtnedisin og ikke minst om barnenevrologi, som på den tiden sto svakt i Norge. Barnenevrologi har alltid vært viktig for meg.

Nye oppgaver. I 1995 ble Helene ”pensjonist” og gikk først inn i Fransiskushjelpen i Oslo, deretter Lovisenberg Hospice og de siste 2 1/2 årene ved Kreftavdelingen i Bærum. Medisin ved livets slutt kan nok fra et rent kronologisk synspunkt

oppfattes som langt fra nyfødtnedisin, men erfaringen fra pediatrien var på ingen måte irrelevant.

– Jeg og en annen pensjonert dokter reiste ut til pasientene, hjemme og på sykehus og bisto i de vanskelige avgjørelsene. Når er det riktig å ikke starte behandling? Skal pasienten på sykehus, eller er han så syk at hjemmet er det beste stedet? Vi fikk gode tilbakemeldinger på jobben vi gjorde, og hadde nok ønsket at det kunne blitt en mer permanent ordning, som en tjeneste til sykehjem og hjemmetjeneste. Jeg mener at dette kan være meningsfylte oppgaver for kolleger som går over i pensjon. For det dreier seg om å ha tid, og å bruke den.

Eutanasi ble naturlig nok et viktig tema, og på nytt ble Helenes engasjement tent.

– Meningen var ikke først og fremst å mene så sterkt for eller mot i dødshjelpsdebatten, men på det tidspunktet var det nødvendig med en avklaring av begrepene. Det ble sagt at det å slå av en respirator var aktiv dødshjelp. Da er det vanskelig å føre en saklig debatt. Omsorg for døende mennesker må heller ikke forenkles til ”veterinærmedisin”.

Helenes grundighet viser også igjen her. Når de nordiske biskoper kom sammen og forfattet hyrdebrevet om behandling og pleie i livets siste fase, dukker Helenes artikkel om temaet i Tidsskriftet opp som referanse.

Golf. I 1998 slo Helene for første gang en golfball.

–Jeg husker fra ungdomstiden, da min bror var caddy for golfspillerne på Bogstad, at jeg hadde en oppfatning av golf som en snobbete sport. I dag er det i alle fall ikke slik. Vi er en mengde eldre mennesker som har dette som ypperlig mosjon kombinert med naturopplevelse. På en av de siste golfturene kom jeg hjem med én kilo sopp!

– Ny ledelse ved Kreftavdelingen i Bærum fant i 2003 plutselig ut at fastlegene like godt kunne overta den oppgaven som vi ”pensjonistene” hadde gjort, og jeg ble fulltidspensjonist med 3 ukers varsel. Den sommeren ble det mange rasende golfslag i mange umulige retninger, men det ble en god trøst.

For mange pliktoppfyllende? Jeg kan ikke unngå å spørre Helene omkring det å være en markant fagperson og kvinne. Helene blir skarp i blikket.

// Tenk om vi får en ny legegruppe som har blitt leger fordi de er flinke til å gjøre som de har fått beskjed om.

– De bulker jeg har pådratt meg har jeg fått fordi jeg har håndtert ting mindre bra, ikke fordi jeg er kvinne. Selvfølgelig er det forskjeller i egenskaper mellom kvinner og menn, men det blir galt å si at tapte slag skyldes feil kjønn. Det blir for enkelt.

Hun har også gjort seg tanker om selekteringen til legeyrket som preges både av utviklingen i skolen og i



samfunnet generelt.

– Om vi får for mange av de pliktoppfyllende og for få av de kreative og fantasifulle, blir det ganske snart en umulig legesituasjon. Alle egenskaper har to navn; stahet kontra pågangsmot, nøysomhet kontra gjerrighet, raushet kontra ødsel. Tenk om vi får en ny legegruppe som har blitt leger fordi de er flinke til å gjøre som de har fått beskjed om. Jeg vet ikke om det er slik, men jeg er engstelig hvis det er det.

Mytologi. Fantasi er et ord som forekommer hyppig i samtale med Helene. Stadig dukker det frem anekdoter til ære for gode kolleger som ikke er redde for å bruke fantasi og kreativitet i arbeidet sitt. Stahet og fantasi er egenskaper som er viktige i dette faget og som også er ord hun ønsker å assosieres med.

– Lurer du på hva jeg leser for tiden? Harry Potter! JK Rowling har en fantastisk fantasiverden og en god kjennskap til mytologi som hun på denne måten lærer bort til leserne. Jeg er veldig fascinert.

Hva opptar Helene nå?

– Jeg har et tema som jeg kunne tenke meg å skrive noe om. Jeg har ikke så sterk ild i meg lengre, men dette synes jeg noen må ta tak i.

Hun smiler lurt, blikket er i ferd med å bli skarpt igjen.

– Nå er du i ferd med å få meg i gang igjen.

Stiller spørsmål ved ambulant spisetrening av premature:

Undervurderes spisetrening?

-Hva er egentlig tidlig hjemreise etter prematur fødsel, og på hvilke premisser skal det foregå? Dette spørsmålet stiller seksjonsoverlege ved Nyfødt Intensiv i Drammen, Dr.med. Atle Moen. Flere norske sykehus har i de senere årene hatt prosjekter der barna sendes hjem mens de fremdeles sondeernæres og hvor man har etablert ambulerende team av sykepleiere som reiser rundt til familiene etter utskrivelse for å hjelpe til med overgang til per oral ernæring. I Drammen har man valgt en annen tilnærming.

Tekst og foto: Tomas Nordheim Alme

- Alle kan være enige i grunntanken om å ikke gjøre sykehusoppholdet lengre enn strengt nødvendig. Først og fremst fordi det er belastende for familien, men også fordi det representerer en gal bruk av avdelingens tilgjengelige ressurser, sier Moen.

- Likevel må man spørre seg om ordningen med å sende hjem barn med ernæringssonde for så å følge opp spisetreningen i hjemmet er riktig vei å gå.

Tidlig hjemreise. Prosjektene med tidlig hjemreise bygger i stor grad på arbeidene til svenske Ørtenstrand og medarbeidere. I deres populasjon ble barn skrevet ut til videre ambulant oppfølging hjemme ved 36+0 ukers alder, med en gjennomsnittsvikt på 2224 gram. Oppfølgingsprogrammet varte i gjennomsnitt i 19,6 dager. I Norge kjører nyfødtavdelingene på AHUS og i Stavanger lignende prosjekter med oppfølging fra sykepleiere som reiser hjem til pasientene etter hjemreise fra avdelingen.

Nyfødt Intensiv ved Sykehuset Buskerud er en nivå 2-avdeling som behandler premature fra 28 uker gestasjonsalder (GA). Fødepopulasjonen omfatter ca 3000 barn per år, med ca 350 innleggelser, hvorav ca.70 er født før uke 34. I tillegg



Atle Moen, seksjonsoverlege
Nyfødt Intensiv, SH Buskerud

vil premature med GA under 28 uker, hjemmehørende i sykehusets nedslagsfelt, bli overført fra Rikshospitalet til avdelingen så snart de er stabile. Dermed utgjør populasjonen utskrevet fra avdelingen så godt som alle premature barn fra Buskerud og nordre del av Vestfold.

- Ser vi på tallene fra januar til september i år, har vi skrevet ut 46 premature født med GA under 34+0

uker. Gjennomsnittlig GA var 31+0 uker og vekt var 1658 gram. I gjennomsnitt ble disse barna skrevet ut ved 36+2 uker og da med en gjennomsnittsvikt på 2313 gram. Syttifem prosent var utskrevet ved 36+4 uker, sier Moen

Gode resultater. Liggetiden ved Nyfødt Intensiv i Drammen har sunket dramatisk, som resultat av et systematisk arbeid med mer målrettet pleie og spisetrening for alle pasientgrupper.

- Vi har de siste tre årene hatt hovedfokus i avdelingen på å forbedre så vel medisinsk behandling som ernæring og pleie av barn i stabil fase. Resultatene er slående og gjennomsnittlig liggetid for hele avdelingen er redusert fra 15,4 døgn i 2001 til 10,3 døgn hittil i 2005, sier Moen. Med 350 pasienter årlig gir det en reduksjon i totale liggedøgn i avdelingen fra 5390 til 3605 døgn. For få år siden slet avdelingen med kronisk overbelegg. I dag kan vi med vår bemanning gi et tilbud som balanserer godt med det reelle behovet uten at man får en vedvarende slitasje i pleiegruppen med utbrenthet og mye sykemeldinger på grunn av kronisk overbelegg.

Bedre oppfølging. Hvert barn og familie krever og får mer oppfølging i den perioden barnet er inneliggende, og med en reduksjon i total behandlingstid frigjøres ressurser til å gjen-



- Det er vår erfaring at en øket oppmerksomhet fra hele avdelingen og en systematisk veiledning av foreldre med stimulering av barna i vesentlig grad bidrar til tidligere modning, både med hensyn til spiseferdigheter og stabilitet for øvrig (Foto gjengitt med tillatelse)

nomføre et slikt opplegg. Moen mener at tilbudet til barnet og familien er vesentlig forbedret både medisinsk og pleiemessig.

- Vi får regelmessige tilbakemeldinger fra familiene om at de føler seg ivaretatt og at de er trygge på sin egen evne til å ta ansvar for og til å vurdere barnet sitt ved hjemreise

Også når det gjelder ammefrekvens, er tallene fra Buskerud gode. Av premature barn født før uke 34 som er skrevet ut frem til september i år, fullammer 52% ved utreise. 35% ammer kombinert med morsmelk eller erstatning på flaske. Kun ett barn er skrevet ut til hjemmet med sonde, på bakgrunn av en alvorlig asfyksiskade.

- Foreløpig finnes lite konkret informasjon om resultatene fra avdelingene på AHUS og i Stavanger. Det ville vært spennende å se hvor lang tid det tar å spisetrene barna etter deres modell. Sammenligner vi med Ørtenstrands tall, er det slik at vi skriver ut barna selvspisende og uten behov for videre oppfølging på et tidspunkt hvor Ørtenstrands populasjon bruker 18 dager ekstra med ambulerende sykepleie og sondeernæring i hjemmet, sier Moen, og han fortsetter:

- Det er vår erfaring at en øket oppmerksomhet fra hele avdelingen og en systematisk veiledning av foreldre med stimulering av barna i vesentlig grad bidrar til tidligere modning både med hensyn til spiseferdigheter og stabilitet for øvrig. I vår populasjon kan vi ikke se at det er rom for ambulerende sykepleie i det hele tatt. De ni barna som hittil i år er skrevet ut etter uke 37 hadde andre medisinske eller psykososiale forhold som forlenget oppholdet, og de ville uansett ikke ha vært kandidater for et ambulerende opplegg.

Systematisk registrering. Ved Sykehuset Buskerud er det igangsatt en systematisk registrering av pleie og behand-

lingstiltak rettet mot denne pasientgruppen. Siktemålet er å gi en mer detaljert beskrivelse av de faktorer som fremmer tidligere modning og hjemreise uten behov for ambulerende pleie i etterkant. Prosjektet skal gå over tre år og man håper å inkludere ca 200 barn. Det vil også bli oppfølging i etterkant med tanke på vekst og ernæring gjennom første leveår.

- Det finnes for lite helhetlig dokumentasjon eller retningslinjer for hvordan denne fasen gjennomføres, og ut ifra hva man sporadisk hører og får referert, kan det virke som om det er store ulikheter i tilnærmingen. Nivå 2-avdelinger bruker mellom 50 og 70% av sine totale behandlingsdøgn til pasienter som skal stabiliseres, vokse og lære seg å spise. Vi ønsker å bidra til øket interesse og kunnskap om en behandlingsfase som til nå har fått mindre oppmerksomhet og interesse enn hva den fortjener, sier Moen

Bedre dokumentasjon. I tillegg til prosjektet som nå iverksettes ved Sykehuset Buskerud, gjør Moen seg også andre tanker om hvordan denne viktige delen av nyfødtmedisin kan dokumenteres bedre.

- Man bør diskutere om man ved hjelp av Norsk Nyfødtmedisinsk Nettverk og Neonatalprogrammet skal etablere kvalitetsindikatorer som beskriver avdelingens håndtering av premature etter akutt fasen. Dette burde etter mitt syn ikke være vanskelig. Vekt, liggetid, ammefrekvens og ernæringsform ved hjemreise er enkle parametere som vil fungere godt ved sammenlikning mellom avdelinger som skriver ut en uselektert prematur populasjon, noe som gjelder de fleste norske nyfødtavdelinger. Med et slikt grunnlag blir det også enklere å vurdere berettigelsen av nyskapninger som ambulerende sykepleie til sondeernærte barn.

NYHET

Den første og eneste inhalasjonsaerosol med telleverk!

Seretide® inhalasjonsaerosol med telleverk gir dine pasienter forsikring om at:

- de kan nøyaktig telle sine doser
- de vet nøyaktig hvor mye medisin de har igjen

Vil du vite mer om

Seretide® inhalasjonsaerosol med telleverk, ta kontakt på telefon 22 70 20 00

– eller se demonstrasjonsfilm på www.seretide.no



Seretide® GlaxoSmithKline®
Adrenenergikum + kortikosteroid.

ATC-nr.: R03A K06

T INHALASJONSÆROSEL 25/50, 25/125 og 25/250: Hver dose inneh.: Salmeterol. xinaf. aeqv. salmeterol. 25 µg et fluticason. propion. 50 µg, resp. 125 µg et 250 µg, norfluran (1,1,1,2-tetrafluoretan).

T INHALASJONSPULVER 50/100, 50/250 og 50/500 i Diskus: Hver dose inneh.: Salmeterol. xinaf. aeqv. salmeterol. 50 µg et fluticason. propion. 100 µg, resp. 250 µg et 500 µg, lactos.

Indikasjoner: Astma: Vedlikeholdsbehandling av bronkialastma, der en kombinasjon av langtidsvirkende beta₂-agonist og kortikosteroid er indisert. **Kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS):** Symptomatisk behandling av pasienter med alvorlig KOLS (FEV₁ <50% av forventet verdi) som har hatt gjentatte eksacerbasjoner og som har vesentlige symptomer på tross av jevnlig bruk av bronkodilaterende legemidler.

Dosering: Må brukes regelmessig, også i symptomfrie perioder, for optimal behandlingseffekt. Terapeutisk effekt av flutikason inntreffer etter 4-7 dager. Behandlingen må ikke avsluttes brått, og dosen endres kun etter avtale med lege. Dosen justeres til en oppnår kontroll, eller lavest mulig dose som gir tilfredsstillende klinisk effekt. Når symptomkontroll opprettholdes med laveste styrke (dvs. 50/100) 2 ganger daglig, kan neste steg være et forsøk med dosering 1 gang daglig, dersom dette anses å kunne opprettholde symptomkontroll. Alternativt kortikosteroid alene. Ved dosering 1 gang daglig gis dosen fortrinnsvis om kvelden ved nattlige symptomer, respektive om morgenen til de pasienter som har mest symptomer om dagen. Dersom aktuell dosering ikke dekket av kombinasjonspreparatet, forskrives passende dose beta₂-agonist og/eller kortikosteroid. **Astma:**

Inhalasjonsaerosol: Voksne og barn over 12 år: 2 inhalasjoner (å 25/50) 2 ganger daglig (morgen og kveld) eller 2 inhalasjoner (å 25/250) 2 ganger daglig (morgen og kveld) eller 2 inhalasjoner (å 25/250) 2 ganger daglig (morgen og kveld). **Barn: 4-12 år:** 2 inhalasjoner (å 25/50) 2 ganger daglig (morgen og kveld). Data foreligger ikke for behandling av barn <4 år. **Inhalasjonspulver:** Inhaleres ved hjelp av Diskus. **Voksne og barn over 12 år:** 1 inhalasjon (50/100) 2 ganger daglig (morgen og kveld) eller 1 inhalasjon (50/250) 2 ganger daglig (morgen og kveld) eller 1 inhalasjon (50/500) 2 ganger daglig (morgen og kveld). **Barn: 4-12 år:** 1 inhalasjon (50/100) 2 ganger daglig (morgen og kveld). Data foreligger ikke for behandling av barn <4 år. **KOLS: Inhalasjonspulver: Voksne:** 1 inhalasjon (50/500) 2 ganger daglig. Dosejustering ikke nødvendig for eldre eller pasienter med nedsatt nyre- eller leverfunksjon. Pasienter bør skylle munnen og gurgle halsen med vann etter hver inhalasjon.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for innholdsstoffene.

Forsiktighetsregler: Både heshet og candidainfeksjon kan forebygges ved gurgling av hals og skylning av munnhule med vann etter inhalasjon. Symptomerende candidainfeksjoner kan behandles med fungicider til lokal bruk, samtidig som behandling med preparatet fortsetter. Paradoksale bronkospasmer kan inntreffe umiddelbart etter dosering og preparatet seponeres da straks. Pasienten behandles deretter med korttidsvirkende bronkodilator til inhalasjon, med raskt innsettende effekt. Etter klinisk vurdering av pasienten gis alternativt terapi dersom det er nødvendig. Preparatet er ikke til behandling av akutte anfall, men for regelmessig behandling. Pasienten trenger en bronkodilator med raskt innsettende effekt og kort virketid (f.eks. salbutamol) til behandling av akutte symptomer. Dersom pasienten må øke forbruket av beta₂-agonister med kort virketid for å kontrollere symptomene, tyder dette på en forverring av sykdommen og pasienten bør kontakte lege. Plutselig og tiltagende forverring av astmasymptomene er potensielt livstruende og pasienten bør umiddelbart undersøkes av lege. En

bør vurdere å øke dosen av inhalert kortikosteroid. For pasienter med astma eller KOLS bør en ved økende symptomer vurdere tilleggsbehandling med systemisk kortikosteroid og/eller et antibiotikum dersom det er en infeksjon med i sykdomsbildet. Systemiske effekter kan forekomme ved høye doser brukt over lengre tid. Ved langtidsbehandling av barn anbefales kontroll av høyde. Pga. mulig svekket binyrebarkrespons, bør pasienter som overføres fra oral steroidterapi til inhalasjonssterapi følges nøye og binyrebarkfunksjon kontrolleres jevnlig. Etter introduksjon av inhalasjonsbehandling, reduseres oral behandling gradvis. I tiden etter overføring fra peroral behandling kan pasientens binyrebarkrespons være svekket. Vurder tillegg av systemiske steroider ved stress, f.eks. forverring av astmaanfall, infeksjoner eller kirurgiske inngrep. Overgang fra systemisk behandling til inhalasjonsterapi kan også avdekke tidligere steroidmaskerte allergier. Disse behandles symptomatisk. Både selektive og ikke-selektive betablokkere bør unngås, med mindre det er svært tungtveiende grunner for bruk av disse. Preparatet bør brukes med forsiktighet hos pasienter med alvorlig kardiovaskulær sykdom inkl. hjertearytmier, ubehandlet hypokalemi, lungetuberkulose og/eller tyreotoksikose. Inhalasjonspulver: Hjelpstoffet laktosemonohydrat inneholder 0,1-0,2 % melkeprotein. Det må utvises forsiktighet hos pasienter med allergi mot melkeprotein.

Interaksjoner: Ritonavir (høypotent CYP 3A4-hemmer) kan gi sterk økning i plasmakonsentrasjonen av flutikasonpropionat og sterk reduksjon i serumkonsentrasjonen av kortisol. Cushings syndrom og binyrebarksuppresjon er rapportert ved samtidig bruk av ritonavir, og kombinasjonen bør derfor unngås. Andre CYP 3A4-hemmere gir uvesentlig (erytromycin) eller mindre (ketokonazol) økning i systemisk eksponering for flutikasonpropionat. Det må utvises forsiktighet ved samtidig bruk av sterke CYP 3A4-hemmere f.eks. ketokonazol, pga. potensiell fare for økt systemisk eksponering for flutikasonpropionat.

Graviditet/Amming: Overgang i placenta: Ikke klarlagt. Dyrestudier viser reproduksjonstoksiske effekter (ganespalte, forsinket forbenning), som indikerer en mulig risiko for fosterskader. Kombinasjon av salmeterol og flutikason skal kun brukes ved graviditet hvis fordelene oppveier en mulig risiko. **Overgang i morsmelk:** Går over i melk hos rotte. Det er ikke klarlagt om barn som ammes påvirkes.

Bivirkninger: Som for salmeterol og flutikasonpropionat hver for seg. Tremor, hodepine og palpitasjoner er vanlig, som regel forbigående og avtagende ved jevnlig dosering. **Hyppige (>1/100):** Candidainfeksjoner i munn og svelg. Heshet og irritasjon i svelg. Palpitasjoner, hodepine, tremor og muskelkramper. **Mindre hyppige:** Kutane hypersensitivitetsreaksjoner. Takykardi. **Sjeldne (<1/1000):** Paradoksale bronkospasmer. Hypersensitivitetsreaksjoner med symptomer som angioedem (hovedsakelig i ansikt og svelg), respirasjonssymptomer (dyspné og/eller bronkospasme) og anafylaktiske reaksjoner. Arrtangi og myalgi. Arytmier (inkl. atrieflimmer, supraventrikulær takykardi og ekstrasystoler). Angst, søvnproblemer, adferdsendringer inkl. hyperaktivitet og irritabilitet (hovedsakelig hos barn). Mulige systemiske effekter er: Cushings syndrom, karakteristisk kjennetegn på Cushings syndrom, binyrebarksuppresjon, vekstretardasjon hos barn og ungdom, nedsatt ben tetthet, katarakt og glaukom.

Overdosering/Forgiftning: Symptomer på overdosering av salmeterol er tremor, hodepine og takykardi. Dersom bruk av høyere enn godkjent dose flutikasonpropionat har pågått over lengre tid, er betydelig suppresjon av binyrebarken mulig. Det har vært meget sjeldne rapporter om akutte adrenale kriser, hovedsakelig hos barn eksponert for høyere enn godkjente doser over lengre perioder (flere måneder eller år). Observerte karakteristika inkluderer hypoglykemi med påfølgende nedsatt bevissthet

og/eller kramper. Situasjoner som potensielt kan utløse akutte adrenale kriser inkluderer eksponering for traume, kirurgi, infeksjon eller enhver hurtig reduksjon av dosen inhalert flutikasonpropionat. **Behandling:** Antidot ved symptomer på over-dosering av salmeterol, er kardioselektive betablokkere som skal brukes med forsiktighet hos pasienter med kjent bronkospasme i anamnesen. Dersom behandling med Seretide må avbrytes pga. overdosering av betaagonistkomponenten, bør hensiktsmessig kortikosteroidterapi opprettholdes.

Egenskaper: **Klassifisering:** Kombinasjonspreparat av kortikosteroid med høy lokal antiinflammatorisk aktivitet (flutikason) og selektiv langtidsvirkende beta₂-agonist (salmeterol). **Virkningsmekanisme:** Flutikasonpropionat: Potent antiinflammatorisk effekt i lungene og forebygger eksacerbasjoner. Salmeterol: Relaksere bronkialmuskulatur og virker symptomforebyggende. Den bronkodilaterende effekten inntreffer etter 10-20 minutter og varer i minst 12 timer. **Absorpsjon:** Flutikasonpropionat: Systemisk biotilgjengelighet er ca. 10-30 %. Ubetydelig oral biotilgjengelighet (<1 %). Salmeterol: Maks. plasmakonsentrasjon etter 1 dose (50 µg) er ca. 200 pg/ml. **Proteinbinding:** Flutikasonpropionat: I plasma ca. 90 %.

Fordeling: Flutikasonpropionat: Distribusjonsvolum ca. 300 liter. Halveringstid: Flutikasonpropionat-reseptorkomplekset i lungevev: Ca. 10 timer. Terminal halveringstid ca. 8 timer. **Metabolisme:** Flutikasonpropionat: Hovedsakelig i lever via CYP 3A til en inaktiv karboksylsyremetabolitt. Salmeterol: Utstrakt hydroksylering i lever. Hovedmetabolitten er aktiv, men effekten er av kortere varighet. **Utskillelse:** Flutikasonpropionat: Hovedsakelig via fæces. Clearance 1,1 liter/minutt. Salmeterol: Hovedsakelig via fæces.

Oppbevaring og holdbarhet: Inhalasjonsaerosol: Oppbevares ved <25°C. Beskyttes mot direkte sollys. Effekten av legemidlet kan reduseres dersom aerosolen er nedkjølt. Må ikke fryses.

Andre opplysninger: Inhalasjonspulver: Til inhalasjon ved hjelp av Diskus. Administreringsmåte: Se pakningsvedlegg. Inhalasjonsaerosol: Preparatet inneholder freonfri drivgass. Et telleverk viser antall resterende doser gjennom et vindu bak på inhalatoren; se pakningsvedlegget. Pasienter som har koordineringsproblemer ved bruk av inhalasjonsaerosol bør bruke et inhalasjonskammer som hjelpemiddel. Metallbeholderen må ikke utsettes for vann.

Rekvireringsregel: Inhalasjonsaerosol: Behandlingen bør være instituert ved sykehus eller av spesialist i lungemedisin. Inhalasjonspulver: Behandlingen av barn skal være instituert ved sykehus eller av spesialist i lungemedisin eller pediatri. Behandlingen av voksne bør være instituert ved sykehus eller av spesialist i lungemedisin.

Pakninger og priser: Inhalasjonsaerosol: 25/50: 120 doser kr 340,00, 25/125: 120 doser kr 488,00, 25/250: 120 doser kr 641,80, Inhalasjonspulver: 50/100: 60 doser kr 367,60, 3 x 60 doser kr 1033,90, 50/250: 60 doser kr 496,70, 3 x 60 doser kr 1421,20, 50/500: 60 doser kr 627,00, 3 x 60 doser kr 1812,30.

T. 2g), 30a)7.
Sist endret: 21.06.2005
Priser av 01.06.2005



GlaxoSmithKline AS Forskningsveien 2 A, Postboks 180, 0319 Oslo.
Telefon: 22 70 20 00. Telefaks: 22 70 20 04. www.gsk.no