PAIDOS

TIDSSKRIFT FOR NORSK BARNELEGEFORENING 2011; 29(2): 41-92

Barnefolkehelse i Sverige
Posttraumatiske stressreaksjoner
Barn, katastrofer og krig

Kjære kolleger og venner!

I nesten ett år har vi hatt fokus på vår nabo Russland og gitt informasjon om russiske barns helse. Vi har vist hvor viktig det er å lære av "naboens barn" og inkludere dem.

Cicero uttalte at folkets helse er den høyeste loven. I dette nummeret vender vi blikket over kjølen og ser nærmere på barnehelsen hos vårt broderfolk. Sverige har tradisjoner med stor oppmerksomhet rettet mot folkehelsearbeidet. Lennart Köhler, professor emeritus i sosialpediatri og tidligere rektor ved den Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap i Göteborg forklarer hvordan man kan måle barns helse og anvende indikatorer basert på vitenskap med krav om at kriteriene består over tid og rom og er viktig for barnas helse. Carl Lindgren er svensk barnelege med erfaring fra norsk pediatri og redegjør for sine erfaringer om å diagnostisere folkehelse på gruppenivå og gi ordene apati, uro og tomhet en mening i denne sammenhengen.

På denne siden av kjølen blir det lagt frem et forslag til ny folkehelselov i vår. Kommunene får et større ansvar for å forbygge sykdom og fremme helse for barn og voksne. Parallelt med ny folkehelselov kommer forslag til en Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011-2015 med en samhandlingsreform og økt vekt på forebygging av sykdom for å gi bedre helse der folk bor. Også Sentralstyret i Dnlf har valgt folkehelse og forebyggende helsearbeid som hovedsatsningsområde i tiden som kommer. Forebyggende helsearbeid er ingen ny utfordring, men representerer likevel en ny giv ved at det nå kreves god dokumentasjon på effekt av tiltak som iverksettes, både på individuelt og befolkningsmessig nivå. I vår kultur er vi opptatt av hvor mye behandlingen koster, balansen mellom nytte og kostnad og pasientenes verdier og ønsker.

I et globalt perspektiv blir likevel våre problemer her hjemme små i forhold til det barn opplever i katastrofe-, konflikt-, og krigsområder. I dette nummeret vender vi også blikket mot krigen på Gazastripen og tar opp barns skjebne i akuttsituasjoner samtidig som vi ser på mentale ettervirkninger. Når et barns verden blir ødelagt, mister barnet muligheten til å få en normal utvikling sett i et folkehelseperspektiv. Det er derfor viktig at vi kan presentere forskning som viser at helsemessige konsekvenser av traumer er langvarige og trenger oppfølging. "Har du øyne å se med, mangler du aldri oppgaver" (Brita Lucie Collet Paus, 1917- 1998).

Paidos ønsker alle sine lesere en riktig god sommer. Husk solfaktor.

Med vennlig hilsen
Stefan Kutzsche

Kurs og konferanser
se www.barnelegeforeningen.no

Vårmøte 2011 Førde, 8-10. juni 2011

13 th biannual ESDPPP Congress Oslo, Norge 15-17. juni 2011

AMEE Wien, Østerrike, 27-31. august 2011

European Society of Paediatric Research Newcastle, UK, 14-17. oktober 2011

Paidos©2011
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.

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.

ISSN: 0804-1687 © Norsk Barnelegeforening

Redaktør
Stefan Kutzsche
paidos@barnelegeforeningen.no

Redaksjonsmedlemmer
Kristin Hodnekvam
Ingvild Heier
Torkil Benterud

paidosreaksjonen@barnelegeforeningen.no

Adresse
Paidos redaksjon
Gardeveien 17 (517)
0363 Oslo

Design
Akuttjournalen Arena AS
Liv K. Norland
artdirector@akuttjournalen.com

Materiellfrister
Nr. 03/2011 - 1. august

Forside
©Jörgen Larsson

Opplag:900

Antall utgivelser per år: 4

Paidos på nett
www.barnelegeforeningen.no

[innhold]

Paidos 2011; 29(2): 41-92

42 Redaktøren
Stefan Kutzsche
44 Takk for meg
Thor Willy Ruud Hansen
45 Att mäta barns hälsa med hjälp av indikatorer
Lennart Köhler
50 Svenska barn mår sämre än de har det
Carl Lindgren
52 Barna i Gaza
Mads Gilbert
60 Posttraumatiske stressreaksjoner hos barn og ungdom
Synne Øien Stensland, Helene Flood Aakvaag og Silje Mørup Ormhaug
64 Avansert hjemmesykehus - hva er egentlig gevinsten?
Atle Moen
67 Inndeling og forekomst av belastende hendelser
Synne Øien Stensland og Helene Flood Aakvaag
68 Utkantssykehus i Østnepal trenger ny og bedre kuvøse!
Stefan Kutzsche og Erik Bøhler
70 Førstehjelp til barn etter katastrofer og andre traumatiske hendelser
Grete Dyb
72 Når sjelen skjelver – mentale virkninger av jordskjelv og Tsunami
Atle Dyregrov
73 Satsningsområder Norsk Pediatri 2010-2015
Erik Skei, Norsk barnelegeforening
74 -Kan tannhelsetjenesten være en viktig samarbeidspartner i forbindelse med omsorgssvikt og barnemishandling?
Anne Rønneberg
76 Bildediagnostikk ved fysisk mishandling av barn
Karen Rosendahl
78 Behandling av kronisk hepatitt C hos barn - til hvem, med hva, når?
Astrid Rojahn
80 Behandlingsgrenser for barn
Ingvild Heier
82 Bakvaktkurs
Jørgen Hurum
83 Stikk på kurs!
Ingrid Dannevig
84 Nasjonalt kompetansesenter for prehospital akuttmedisin
Jan Erik Nilsen
85 Bokanmeldelser
88 Nye doktorgrader
90 Highlights from Acta Paediatrica

Flicka med blommor i håret: I Sverige er det skikk å pynte både hus og gård med grønt når det feires midtsommer fredagen i perioden 19-25 juni. Det er også vanlig at barn, kvinner og menn bærer en hjemmelaget blomsterkrans i håret. Foto forside: ©Jörgen Larsson . Publisert med tillatelse av foresatte

Miniatyrbide 1: Midsommarstång, Galö, Sverige Foto: Markus Bernet © Wikimedia Commons

Miniatyrbilde 2: Med et areal på nesten 450 000 km² er Sverige det tredje største landet i EU. I 2010 hadde Sverige 9,400,000 innbyggere, derav 2 millioner under 18 år. Det fødes 108,000 barn per år (tallene er fra 2009). © Wikimedia Commons.

Takk for meg!

Som avtroppende leder i NBF vil jeg benytte anledningen til å si takk for meg og for tilliten dere viste meg da jeg ble valgt. Det har vært fire lærerike, strevsomme, men også svært givende år. Først to år som "læregutt" under Kristin Hodnekvams dyktige ledelse. Deretter to år som leder med Marianne Nordhov som innsatsvillig og inspirert nestleder. Den nåværende nestleder-forfremmes-til-leder ordningen sikrer et vedvarende "trøkk" og samtidig kontinuitet i styrearbeidet. Marianne overtar lederstafetten 1.september, og med henne får NBF en dynamisk, erfaren og kunnskapsrik leder som vil drive vårt arbeide videre framover!

Takk til styret

Arbeidet i NBF er ikke noe "one man/woman show". Styrevervene innebærer en vesentlig arbeidsforpliktelse. Vi har ingen sovende partnere – alle har sine oppgaver og sitt ansvar. Det har vært mitt privilegium å lede et styre der gløden, ansvarsfølelsen og innsatsviljen har vært stor og unison. Tusen hjertelig takk til dere alle! NBFs foreningsarbeid blir lagt merke til i Legeforeningen, både på grunn av den gode organiseringen av styrearbeidet og på grunn av de mange initiativene fra NBFs styrer gjennom årene. Utrettelig arbeid både fra nåværende og tidligere styrer har æren for dette.

Takk til medlemmene

Men en fagmedisinsk forenings styre har begrenset verdi uten en engasjert medlemsmasse. I min lederperiode har dere har vært generøse med ros og oppmuntring til styret for dets arbeid. Det har varmet og blitt satt pris på – fortsett med det! Takk også for deres velvilje i form av mangfoldige bidrag til foreningens arbeid. Mange har hjulpet styret med å utforme gjennomtenkte svar på høringer fra DNLF og offentlige myndigheter. Andre representerer NBF og barnemedisinen i faglige og offentlige utvalg, arbeidsgrupper og komitéer. Dere har hjulpet oss med målsettingen å synliggjøre barnemedisinen i fag og offentlighet. Flere har bidratt med konstruktive faglige innlegg og arbeid i redaksjonskomitéen i Paidos. Atter andre har påtatt seg oppgaver i interessegrupper, i arbeidsgrupper og med våre veiledere, og på den måten bidratt til faglig utvikling. Igjen takk til dere alle.

Quo vadis norsk barnemedisin?

På fallrepet er det fristende å teste sine profetiske gaver. Hvilke endringer i samfunn og medisin vil ha betydning for og forme framtidens pediatri i Norge? I dokumentet "Satsningsområder for norsk pediatri i perioden 2011 – 2015" har styret forsøkt å peke på noen områder som vi mener bør stå i fokus for barnelegers faglige innsats og utvikling i de neste 5 årene. Jeg vil oppmuntre alle våre medlemmer til å lese dette dokumentet og være med på en felles dugnad for å virkeliggjøre målsettingene.
Men altså – profetiene. "Eldrebølgen" vil kreve en betydelig økt ressursinnsats. Kampen om ressursene i spesialisthelsetjenesten vil tilspisses. Det er ikke gitt at helsetilbudet til barn til en hver tid vil få den prioriteringen som vi barneleger skulle ønske oss. Vår utfordring vil være å synliggjøre barnas behov og rettigheter, samt peke på at arbeid for god helse i barneårene vil gi positive virkninger gjennom hele livsløpet.
Økt innvandring fra andre kulturer vil stille krav til oss om kunnskap, sensitivitet, kommunikasjonsevne og toleranse. Samtidig må vi være krystallklare på at barn bosatt i Norge er underlagt norsk lov, både med hensyn til rett til helsehjelp og krav på beskyttelse. Genital mutilering av jenter kan aldri bli akseptabelt, uansett hvor mange som kommer til Norge fra land og kulturer der dette er en sosial eller religiøs norm!
Medisinske framskritt vil føre til nye behandlingstilbud. Det meste av det nye vil sikkert være godt og tjenlig, men det fratar oss ikke ansvaret for å spørre om alt som er teknisk mulig nødvendigvis er til barnets beste. Klinisk etikk vil i økende grad måtte være en integrert del av barnelegers virke. Jeg oppfordrer kolleger over hele landet til å engasjere seg i foretakenes kliniske etikk-komitéer og målbære barnas perspektiv i disse.

John Wesley, Metodistkirkens grunnlegger, skal ha uttalt: "Verden er mitt sogn". Slik er det også for barneleger. Utvikling av media- og kommunikasjonsrevolusjonen vil gjøre verdens barn til en stadig mer synlig del av vår hverdag. Barn som er syke og barn som lider er vårt ansvar, samme hvor de befinner seg. Barneleger må derfor fortsette å engasjere seg i arbeid for barns helse, både hjemme og ute.
Lykke til med et fascinerende arbeid!

Med barnslig hilsen
Thor Willy Ruud Hansen
Leder i Norsk Barnelegeforening

Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap. Foto: Anna Hult.

Att mäta barns hälsa med hjälp av indikatorer

Att kunna mäta och värdera hälsotillstånd är ett centralt problem inom all hälso- och sjukvård: det är viktigt vid varje patientkontakt på individnivå och det är nödvändigt vid studier på gruppnivå, antingen det gäller underlag för dimensionering av vårdresurser eller bedömning av effekter av insatta åtgärder, behandlande eller förebyggande. Men hälsotillståndet hos en befolkning är inte bara resultatet av vårdinsatser på olika nivåer, det är också en del av välfärden och som sådan ett av målen för socialpolitiska insatser.

AV LENNART KÖHLER, BARNLÄKARE, PROFESSOR EMERITUS I SOCIALPEDIATRIK OCH TIDIGARE REKTOR VID NORDISKA HÖGSKOLAN FÖR FOLKHÄLSOVETENSKAP I GÖTEBORG (NHV).

Lennart Köhler

Hälsan som komponent i välfärden

Redan romarna var på det klara med hälsans betydelse som politiskt instrument, *Cicero talade om Salus populi lex suprema*, dvs. Folkets hälsa är den högsta lagen. I dag har välfärdsmätandet kommit att utvecklas vidare, nationellt och internationellt. Och i alla dessa förteckningar över välfärdskomponenter och därmed också mål för politiska insatser intar hälsotillståndet en central position, tillsammans med bland annat utbildning, sysselsättning, inkomst och sociala relationer. I betygssättning av länders framsteg och utveckling ingår regelmässigt en eller flera komponenter som speglar befolkningens hälsa, vanligtvis levnadslängd och vissa dödstal, på senare tid alltmer sofistikerade hälso- och sjuktal.

Indikatorer för barns hälsa

Man har också börjat förstå att det finns starka skäl att inkludera barnen i detta uppdrag. Således har t.ex. WHO, OECD och

EU liksom flera enskilda länder satsat stora resurser på att presentera data som speglar barnens levnadsförhållanden, och då också deras hälsotillstånd. Vanligtvis använder man i sådana kartläggningar olika former av indikatorer.

En indikator är en definierad och oftast kvantitativt mätbar dimension av en viktig del av hälsan, hälsovårdssystemet eller närliggande faktorer. Dess uppgift är inte att ge en fullständig bild, utan den kvantifierar och förenklar företeelser och underlättar förståelsen för sådana komplexa realiteter som t.ex. hälsotillståndet utgör. Den skall vidare vara informativ och känslig för förändringar över tid och mellan områden. Den måste ingå i ett ramverk med allmänt accepterad målsättning om vad som skall mätas och varför. Indikatorerna måste alltså väljas enligt strikta kriterier och de måste på ett adekvat sätt spegla de grundläggande delarna i det system som man vill mäta. För att fylla sin uppgift skall indikatorerna också vara enkla och konkreta.

Sammanfattningsvis kan man säga att de basala kraven på en uppsättning indikatorer för barns hälsa är att de skall vara *vetenskapligt baserade, bestående över tid och rum, viktiga för barns hälsa, samt på bästa sätt spegla barnens hälsa och dess bestämningsfaktorer.*
Under de senaste åren har några försök gjorts att utveckla system av sådana pålitliga indikatorer för att systematisera mätandet av barns hälsa, både internationellt och nationellt.

Child Health in the European Region.

I och med Maastricht-avtalet fick EU ansvar också för folkhälsan i medlemsstaterna. Inte oväntat fann man då att det behövdes ett system för hälsomätning som gör det möjligt att jämföra utvecklingen mellan länder och regioner. Ett projekt i denna riktning är European Commission's Health Monitoring Programme (HMP), som startade 1997.

Ett delprojekt under detta program har varit European Community Health Indicators som utvecklat en uppsättning hälsoindikatorer att användas av varje medlemsland (ECHI 2001). Under denna övergripande rubrik finns en rad delprojekt, som fokuserar på särskilda hälsoproblem, såsom diabetes, hjärt-kärlsjukdomar, cancer, och på särskilda metoder såsom Health Surveys, sjukhusstatistik, primärvårdsdata, och på hälsodeterminanter såsom nutrition.

Dessa indikatorer utgör en balanserad uppsättning, som ska täcka de viktigaste områdena av befolkningens hälsa. När förslagen är färdigbearbetade och koordinerade skall de så småningom presenteras som ett bindande åtagande för alla medlemsstater.

Ett särskilt projekt startades också för att belysa de speciella problem som hör till barn och unga, *Child Health Indicators for Health and Development, CHILD*. I projektet, som pågick i knappt 2 år och rapporterades 2002, deltog experter från alla dåvarande 15 EU-länder plus Norge och Island.

Efter omfattande litteraturstudier och analyser av möjliga indikatorer efter deras vetenskapliga evidens, relevans, representativitet, tillgänglighet och begriplighet utkristalliserades 38 indikatorer, som grupperades i fyra domäner:

A. Demografi och socioekonomi
B. Hälsotillstånd och välbefinnande
C. Bestämningsfaktorer (Risk- och friskfaktorer)
D. Service, stöd och hälsopolitik

Några exempel på indikatorer i de olika domänerna (i förkortad version):

A. Andel barn som lever under fattigdomsgränsen
   Andel barn som lever i familjer med endast en förälder

B. Andel barn som dör i vissa specificerade sjukdomar, såsom skador och självmord, cancer, infektionssjukdomar
   Andel barn som insjuknar i vissa sjukdomar, såsom diabetes, tuberkulos, brott på långa rörbenen

C. Andel barn som ammas
   Andel barn som utsätts för tobaksrök i tidig ålder
   Andel barn som lämnar den obligatoriska skolan i förtid

D. Andel barn som lever fem år efter behandling av akut lymfatisk leukemi i olika åldersgrupper.
   Andel vårddagar som barn under 16 år tillbringar på sjukhus dit 'föräldrar´ har tillgång dygnet runt
   Andel barn som lever i länder med existerande och implementerad lagstiftning för obligatoriskt skydd av barn i trafiken
   Andel barn som skyddas genom särskild lagstiftning mot fysisk bestraffning

Rapporten i sin helhet (på engelska), inklusive vetenskapliga analyser, referenser för varje indikator och förslag till vidare forskning, kan laddas ner från EU:s hemsida (http://www.europa.eu.int/comm/health/ph/programmes/monitor/fp_monitoring_2000_frep_08_en.pdf) eller i kortversion läsas i *European Journal of Public Health 2003:13 (3 suppl):38-46*.

Rapporten har vilat rätt länge nu hos EU-kommissionen, utan att konkreta åtgärder vidtagits för att implementera resultaten. Däremot har indikatorerna använts av WHO för att kartlägga barnens situation i de forna sovjetrepublikerna. Och den har byggt en stabil plattform för fortsatt arbete med att utveckla övervakningssystem i flera europeiska länder.
Förra året startade ett nytt projekt inom EU:s 7:e ramprogram med uppgift att kartlägga och analysera aktuell forskning om barns hälsa, *Research Inventory of Child Health in Europe (RICHE)*. Ett delmål i denna omfattande studie, som omfattar alla EU:s 27 medlemsländer, plus som vanligt Norge och Island, är att identifiera nationella, regionala och lokala uppsättningar av indikatorer (http://childhealthresearch.eu). Denna del av uppdraget leds från NHV.

Kommunerna i Sverige

Trots att Sverige har en lång tradition av välfärdsmätningar är det först under de senaste decennierna som man tagit sig an att regelbundet kartlägga också barnens levnadsförhållanden. Rapporteringen utgår vanligen från riksrepresentativa grupper av barn eller baserar sig på resultat från enstaka områden i landet eller från särskilda åldersgrupper.

Det är först med ett initiativ från Rädda

Barnen att operationalisera några av Barnkonventionens viktigaste rättigheter som man på allvar försöker jämföra barnens levnadsförhållanden i kommunerna. Man ville finna ett sammantaget mått som kan hjälpa till att övervaka förverkligandet av Barnkonventionen på kommunal nivå i Sverige och använda det som modell för regelbundna uppdateringar. Ett första steg till ett sådant kommunalt index är rapporten "*Barns ekonomiska utsatthet under 1990-talet*", (Tapio Salonen 2002). Rapporten operationaliserar "*barns rätt till skälig levnadsstandard*" (artikel 27 i Barnkonventionen). Nästa steg i processen till ett sammanslaget Barnindex var "barns rätt till god hälsa" (artikel 24), *Indikatorer för barns hälsa i Sverige* (Lennart Köhler 2004) Ett tredje steg var barns rätt till utbildning (artikel 28), *Barns utbildningssituation* (Jan-Eric Gustafsson 2006).

Barnhälsoindex för kommunerna i Sverige

Efter en noggrann och systematisk genomgång av kunskapen om barns hälsa i Sverige, identifierades 22 indikatorer. Efter ytterligare granskning föll 16 av dem bort, för att de inte uppfyllde kriterierna på relevans, validitet, reliabilitet eller tillgänglighet. De återstående indikatorerna var:

- andel barn som vårdats på sjukhus för yttre skador
- andel barn vilkas mammor rökt under graviditeten
- andel barn med födelsevikt under 2500 g
- andel barn som ammats vid 4 månaders ålder
- andel barn som fullbordat sin MPR-vaccination
- andel flickor som genomgått abort

Resultaten av de enskilda indikatorerna presenteras för var och en av landets 289 kommuner och ett försök görs att skapa ett sammantaget barnhälsoindex för varje enskild kommun, både vid undersökningstillfället och 10 år tidigare. Kommunerna kan alltså jämföra sig både med sina grannar och med sig själv över en tidsperiod. Det är i första hand ett verktyg för kommunerna att konkret och objektivt bevaka hur barn lever i det egna området.

Studien visar att barns hälsa i stort sett är mycket god och att den förbättrats under 10-årsperioden, men också att det finns stora kommunala skillnader. På en skala 0–100 varierar barnhälsoindex mellan 93,0 och 83,5, med ett medeltal av 88,0. Störst skillnad mellan kommunerna finner man i amning och moderns rökning under graviditeten. Det finns för det sammanslagna barnhälsoindex och för flera enskilda indikatorer ett klart samband mellan hälsa och det fattigdomsindex, som tidigare utvecklats av Rädda Barnen. I stort sett samma kommuner ligger i topp och i botten för alla tre indexen, levnadsstandard, hälsa och utbildning.

Det går naturligtvis inte att dra alltför långtgående slutsatser av den här första studien, eftersom begränsningarna är uppenbara. Bara delar av barnpopulationen och dess hälsospektrum täcks in med dessa få indikatorer. Särskilt stora ar bristerna i förskoleåldern och tidig skolålder samt för den psykiska hälsan. Det saknas också statistik om positiva aspekter på hälsa – alltså välbefinnandet och inte bara sjukdomar – och av barns egen uppfattning av hur de mår.

Det kan också finnas stora variationer inom kommunerna, eftersom medelvärden används. Så är naturligtvis särskilt fallet i storstäderna. Det sammanslagna hälsoindex är summan av flera indikatorer med varierande matematisk tyngd och helt olika betydelse för individers och populationers välbefinnande.

För det fortsatta arbetet utgör rapporten dock en användbar utgångspunkt. Där finns en noggrann och systematisk genomgång av barns hälsa och välfärd och metoder att mäta, allt insatt i ett brett folkhälsoperspektiv. Några få väldokumenterade indikatorer presenteras, som idag är tillförlitliga och tillgängliga och förslag till utbyggnad av indikatorsystemet framläggs. För första gången görs ett försök att konstruera ett Kommunalt hälsoindex för barn, och varje kommun kan se hur långt man kommit på vägen mot Den Goda Kommunen, nu och 10 år tidigare. Genom att studera resultaten av de enskilda indikatorer som ingår i index kan kommunerna prioritera sina insatser.

Eftersom både indikatorerna och det sammanslagna index baserar sig på redan existerande data, som alla finns lätt och billigt tillgängliga i aggregerad form hos centrala myndigheter, kan utvecklingen följas med korta mellanrum.

Den fullständiga rapporten, på svenska eller engelska, kan laddas ner från Rädda Barnens hemsida www.rb.se/

Grönland

I en doktorsavhandling från NHV har Birgit Niclasen analyserat barns hälsa och välbefinnande på Grönland. Hon har där använt och utvecklat både de nationella och kommunala indikatorerna för grönländska förhållanden, och visar bl.a. på de tydliga skillnader som finns mellan barns hälsa i olika sociala, ekonomiska, etniska och geografiska grupperingar. Också tillgängligheten till vård varierar starkt mellan landsbygd och större kommuner, och en av konklusionerna är att hälsovårdssystemet bidrar till att behålla och förstärka ojämlikheten i barnens hälsa.

Göteborg

I Göteborg som är en socialt, ekonomiskt och etniskt starkt segregerad stad pågår ett intensivt politiskt arbete för att komma till rätta med ojämlikheterna. Som en del i detta har man börjat bygga ett nytt sjukhus för att tillgodose större delen av vårdbehovet för befolkningen i de fyra stadsdelarna Bergsjön, Gunnared, Kortedala och Lärjedalen. Barn och ungdomar är en prioriterad målgrupp. Trogen maximen First measure then act blev en tidig åtgärd att först kartlägga hur barnens hälsa och välbefinnande verkligen ser ut i området i dag för att rätt kunna värdera effekten av de insatser som kommer att göras från samhällets sida.

Mitt uppdrag blev således att utveckla ett barnhälsoindex, som ska ge en samlad bild över barnens hälsostatus, både i ett medicinskt och psykosocialt perspektiv, men även ta hänsyn till de indikatorer på hälsa som är viktigt i befolkningens perspektiv. Indexet ska bygga på indikatorer som fyller kraven på

relevans, kvalitet och tillgänglighet, och de ska ge möjlighet att jämföra barnens situation i Nordost, både över tid och med andra kommundelar, med kommunen som helhet och med Västra Götalandsregionen.

De områden som är viktiga för barns hälsa och för dess bestämningsfaktorer har strukturerats i fyra områden eller domäner, A-D, samma som tidigare använts i EU, i de svenska kommunerna, på Grönland och också i det nystartade EU-projektet (RICHE).

En extra nivå av indikatorer, kallad Demografisk beskrivning 0, har skapats för att visa hur speciell barnpopulationen är i dessa 4 stadsdelar i förhållande till resten av staden, regionen och riket. De visar hur stor andel av befolkningen i stadsdelarna som är under 18 år och hur stor andel av den som har utländsk bakgrund, dvs. där barnet eller båda föräldrarna är födda utanför Sverige. I de nordöstra stadsdelarna har således 65 % (36-82 %) av barnen) 0 – 17 år utländsk bakgrund, mot 39 % i hela Göteborg och 18 % i hela Sverige. Dessa tal understryker att speciella insatser och resurser måste tas till för att betjäna dessa stadsdelar. De är ju dock inga egentliga hälsodeterminanter och kan av uppenbara skäl inte räknas in bland dem och heller inte inkluderas i några index.
För att underlätta översikten har också Området C delats upp i a) friskfaktorer och b) riskfaktorer.

Tabell 1. Översiktstabell över de 4 domänerna och de 15 barnhälsoindikatorerna som använts för nordöstra Göteborg. Dessutom 2 indikatorer som belyser barnpopulationens karakteristika (ej inkluderade i index)

Demografisk beskrivning
1. Barntäthet i befolkningen
2. Barn med utländsk bakgrund

A. Socioekonomi
1. Barn och fattigdom
2. Elever och grundskoleutbildning (gymnasiebehörighet)

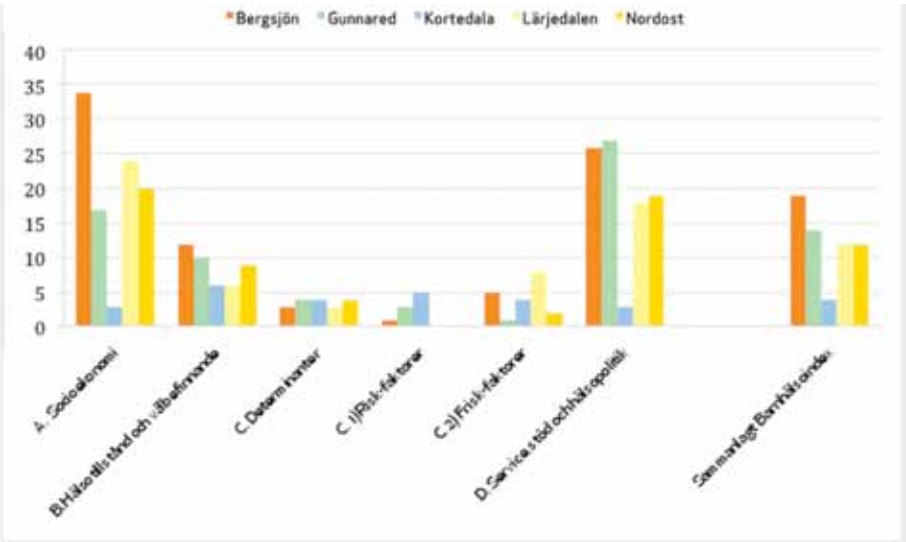
B. Hälsotillstånd och välbefinnande
1. Barn och svåra yttre skador
2. Barn och karies
3. Barn och övervikt/fetma
4. Barns psykiska ohälsa

C. Determinanter
1) Riskfaktorer
1. Barn och låg födelsevikt
2. Barn och tobaksexponering i fosterlivet
3. Spädbarn i hushåll där man röker
4. Barns och ungdomars tobaksrökning
5. Barns och ungdomars alkoholvanor

2) Friskfaktorer
1. Barn som ammas
2. Barn som vaccinerats mot MPR

D. Service, stöd och hälsopolitik
1. Föräldrarnas deltagande i föräldrastöd på BVC
2. Barnens deltagande i förskoleverksamhet

På liknande sätt som tidigare för Sveriges kommuner analyserades kunskaperna om barnens hälsa och ett antal lämpliga indikatorer identifierades. Antalet användbara indikatorer hade nu ökat från 6 till 15, vilket förstås ger bättre täckning. Men man kan också se att det fortfarande finns brister i systemet. Det är trots allt ganska få indikatorer som uppfyller höga krav på giltighet, pålitlighet och kvalitet. Flera indikatorer har tveksam kvalitet, främst för att datainsamlingen inte är systematisk eller bortfallet är stort och inte analyserat.
Indikatorerna täcker också fortfarande bara delar av barnpopulationen och dess hälsospektrum. Särskilt stora är bristerna i förskoleåldern och tidig skolålder och det saknas således uppgifter för att systematiskt följa förskolebarnens psykiska hälsa, både beteende, välbefinnande och livskvalitet. Det saknas vidare helt uppgifter om barns fysiska miljö och dess inverkan på barnens hälsa. Inte heller finns data om matvanor och näringstillförsel, varken överskott eller underskott, eller om kulturutbud och kulturkonsumtion, inklusive det nya mediala inflytandet på barns hälsa, välbefinnande och beteende. De flesta källorna rapporterar data sammanslagna för pojkar och flickor, och så har de förmedlats i denna rapport. Men av många skäl, både hälsomässiga, åtgärdsmässiga och principiella ska naturligtvis data separeras för könen.



Figur 1. Negativ skillnad i index mellan stadsdelar och Göteborg (procentandelar). Göteborg = 0

När man slår samman indikatorerna till index visar det sig att Index A, de socioekonomiska förhållandena för barnfamiljerna, som väntat är genomgående sämre i Nordost, liksom också Index B, Hälsotillstånd och välbefinnande och Index C, Hälsodeterminanter. Bland de sistnämnda är det mest Friskfaktorerna som avviker medan Riskfaktorernas avvikelse från staden som helhet är mer beskedlig. I Index D, Service, stöd och hälsopolitik, återkommer de stora skillnaderna mellan Nordost och staden i övrigt.

Det sammantagna Hälsoindex ger ett klart lägre värde för Nordost jämfört med hela staden.

I figur 1 ser man hur många procentenheter indexen för de nordöstra stadsdelarna avviker från Göteborg som helhet (Göteborg = 0)
I de enskilda indikatorerna kan man urskilja en något mer nyanserad bild

Tabell 2.
Indikatorresultat för barnen i Nordost jämfört med barnen i hela Göteborg

Klart sämre
- fattigdom
- skolresultat
- tandhälsa
- övervikt/fetma
- rökning under graviditet
- rökning i spädbarnshushåll
- bröstuppfödning
- användning av föräldrastöd på BVC

Marginellt sämre
- låg födelsevikt
- inskrivna i förskola

På samma nivå
- vaccination
- sjukhusvård för yttre skador

Något bättre
- användning av tobak och alkohol vid 15 år
- mentala ohälsoproblem

Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap. Foto: Anna Hult.

Den i sammanhanget något överraskande fyndet att tobak och alkohol används sparsammare i Nordost och att de mentala hälsoproblemen är något mindre kan möjligen förklaras av att den största delen av befolkningen är invandrade muslimer och att den inre sammanhållningen i dessa grupper är stark och därmed är hälsofrämjande (socialt kapital). Detta måste förstås undersökas närmare, men det är en intressant hypotes.

Konklusionen är dock generellt mycket tydlig: hos barnen i Göteborg är hälsa och välbefinnande ojämlikt fördelad, och även om åtgärder i första hand inte är medicinska utan sociala och politiska, måste det vara en angelägen uppgift för pediatriken att bevaka utvecklingen på området.

Trots kunskapsluckor och kvalitetsbrister hos data kan rapporten förhoppningsvis ligga till grund för ett fortsatt utvecklingsarbete, så att det till slut existerar en komplett och högkvalitativ uppsättning av indikatorer, som på tillförlitligt och relevant sätt speglar barns och ungdomars hälsa och välbefinnande på kommundelsnivå. I rapporten finns inga rekommendationer om åtgärder för att förbättra barnens hälsa i området, men det är inte svårt att se var åtgärder ska sättas in. Det är kommunens uppgift att tillsammans med regionen analysera och agera på de resultat som presenteras. En bestämd rekommendation för mätningen är dock att upprepa kartläggningen med jämna mellanrum. Kanske har man om något eller några år fått tillgång till flera och bättre data som underlag till flera indikatorer, och kanske har man kunnat öka kvaliteten i datainsamlingarna, så att träffsäkerheten och pålitligheten i hälsoövervakningen förbättrats.

För helhetsbildens skull skulle man önska att indikatoruppsättningen också kunde utvidgas så att den omfattar samtliga kommundelar i Göteborg. Det skulle sannolikt visa att det finns hälsoproblem också i andra stadsdelar, men kanske av annat sort.

Sammanfattning

De här presenterade rapporterna är naturligtvis olika i sina ambitioner, målsättningar och omfattningar, men de ger en uppfattning av att mycket är på gång när det gäller att mäta och värdera barns hälsa och välbefinnande. Gemensamt för dem är att alla satt barnen i fokus för något som tidigare setts som en vuxenangelägenhet. De tillämpar också en bred folkhälsovetenskaplig syn på sättet att närma sig problemen, vilket tillsammans skapar ett perspektiv, som jag skulle vilja kalla barnhälsovetenskapligt. Barnhälsovetenskapen skall inte ses som ytterligare ett försök att skapa en ny specialitet för särskilt utbildade yrkesmänniskor. Det är snarast ett slags perspektiv som är mycket användbart för att analysera just barns hälsa och välbefinnande, för att se sammanhangen och inte minst för att ge riktlinjer för åtgärder. Styrkan med den är att den är baserad på internationellt accepterade hälsobegrepp och hälsostrategier, att den använder folkhälsovetenskapens arbetssätt över gränser mellan vetenskaper och mellan samhällssektorer, och att den därmed sätter barns och ungdomars hälsa och välbefinnande i sitt sociala, ekonomiska och politiska sammanhang.

Att läsa mer

Niclasen Birgit (2009). Folkesundhed i børnehøjde. Indikatorer for børns sundhed og velbefidende i Grönland. Doktoravhandling fra Nordic School of Public Health, Göteborg

Gustafsson Jan-Erik (2006). Barns utbildningssituation. Bidrag till ett kommunalt barnindex. Rädda Barnen, Stockholm

Köhler, Lennart (2004). Indikatorer för barns hälsa i Sverige. Bidrag till ett kommunalt barnindex. Rädda Barnen, Stockholm

Salonen, Tapio (2002) Barns ekonomiska utsatthet under 1990-talet. Bidrag till ett kommunalt barnindex. Rädda Barnen, Stockholm. Årliga uppföljningar har gjorts, den senaste från 2010. Dessa 3 rapporter finns tillgängliga på Rädda Barnens hemsida www.rb.se

Köhler Lennart (1998) Barnhälsovetenskap. Insatser inom utbildning, forskning och service. Läkartidningen 95: 1154-56

Köhler Lennart (2010) Barnhälsoindex för stadsdelarna i nordöstra Göteborg. NHV-Report 2010:3. Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap, Göteborg

Rigby M. & Köhler L. Child Health Indicators of Life and Development (CHILD). European Commission, Luxembourg 2002

Svenska barn mår sämre än de har det

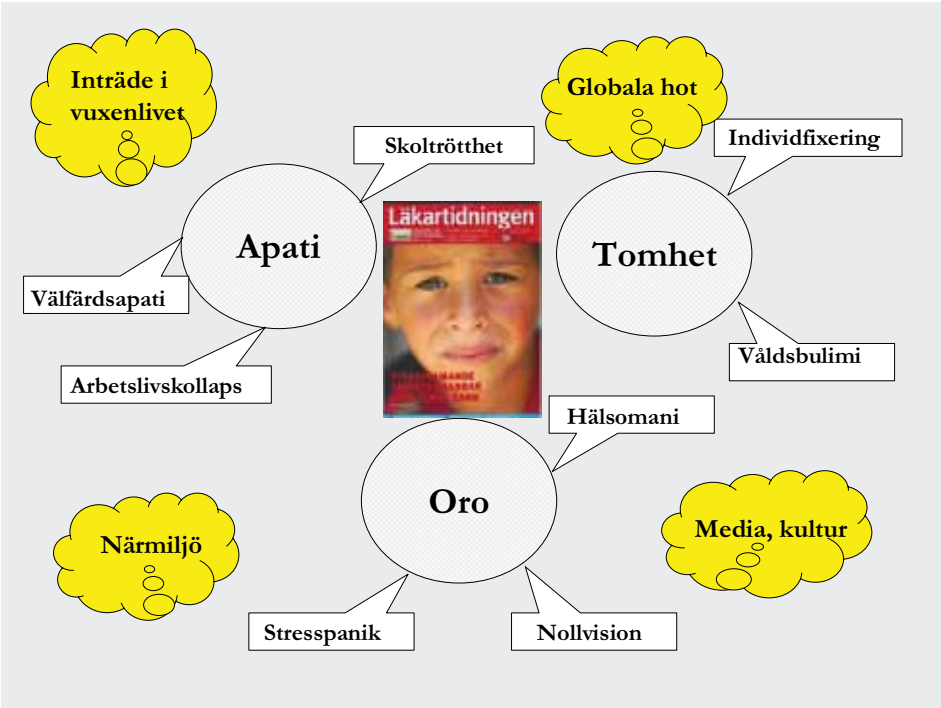
Sedan flera decennier beskriver allt fler unga i Sverige oro, livsleda, sömnsvårigheter och smärtsymtom som huvudvärk och magont. Det är en generell trend i de rika industriländerna, men den är mer uttalad i Sverige än i jämförbara länder. Vilka faktorer kan tänkas ligga bakom att barnen säger sig må allt sämre både över tid och varefter de blir äldre, när de tillfrågas i olika undersökningar? Vad är det som verkar i motsats riktning till alla de goda initiativ som tagits både sociopolitiskt och medicinskt med syfte att öka barns hälsa och välbefinnande?

AV CARL LINDGREN, ÖVERLÄKARE, DR. MED, CARL.LINDGREN@ACTAPAEDIATRICA.SE

Carl Lindgren

Sverige har ju på många områden varit ett föregångsland vad gäller barnhälsovård. Vår barnmedicinska vård och forskning om barns utveckling och speciella behov har varit världsledande. Vi var det första landet som införde förbud mot barnaga, och ett av de första länderna som ratificerade Barnkonventionen. Inte minst har vårt sociala trygghetssystem och sociala reformer som föräldraledighet, barnbidrag, betald vård för barn i hemmet vis sjukdom och en utbyggd förskola med pedagogiskt innehåll vunnit respekt i de flesta andra länder (1).

Kanske finns en paradoxal grundsten tilldagens problem i det goda samhällets ambition att ge alla medborgare skydd och värna om deras hälsa. Skyddade, trygga och friska, tre honnörsord, som trots de välmenande ambitionerna lett till sin motsats. En tänkbar modell för denna utveckling kan sammanfattas i att svenska barn omges av tre kraftfält i form av oro, apati och tomhet, och att dessa i sin tur är avhängiga av olika företeelser som triggar och vidmakthåller dessa kraftfält. Dessa kan likställas med diagnoser, inte på individ-, men på gruppnivå. Bilden nedan illustrerar denna hypotes.



Föräldrar förlitar sig idag i all högre grad på experter i frågor som rör barns hälsa i stället för på sitt eget omdöme. Samtidigt ifrågasätter man eller rent av misstor de man vänder sig till. Man skaffar sig kompletterande information - second opinions, men blir samtidigt mer villrådiga, osäkra och osjälvständiga i sin föräldraroll. Osäkerheten smittar på barnen. Blir man som barn hela tiden betraktad som sårbar och utsatt för hot, faror och sjukdomar kommer man successivt att inkorporera det i sin självbild. Vi föräldrar abdikerar från vår föräldraroll. Förskolan får istället överta rollen som pedagogisk vägledare och skolan får överta barnens sociala fostran. Det är detta som kan resultera i en välfärdsapti. När det gäller hälsa och sjukvård verkar det som det som var tänkt att ge skydd, trygghet och god behandling har övergått i sin motsats, en änglighet att skyddet ska vara otillräckligt, eller behandlingen inte optimal. Vår och barnens kultur har drabbats av något man skulle kunna kalla för hälsomani. Hälsan är inte bara målet för våra ansträngningar. Även alla åtgärder för

att undvika faror och sådant som kan leda till ohälsa får allt mer formen av livsmening. Det är fullt motiverat att skydda barn från reella faror och behandla sjukliga tillstånd. Men att betrakta varje potentiell risk och avvikelse från normalitet och varje avvikelse från det perfekta välbefinnandet som något som måste förebyggas eller åtgärdas skapar mer ångest än trygghet hos både föräldrar och barn. Denna hälsomani i kombination med en vision av frihet från alla symtom leder till en föreställnig om ohälsans nollvision. Det senare begreppet är sedan tidigare väl definierat av Per Fugelli, och i huvudsak applicerat på vuxna, men det äger samma giltighet vad gäller barn(2).

Ett liknande tema är debatten om barns stress. Vi förmodar att den ökande stressen bland barn skulle vara förklaringen till att de inte mår bra. Problemet är att vi skapar en rädsla för stress, men glömmer att en väl avvägd stress kan vara en stimulans för utveckling. Vi förmedlar till våra barn att vi betraktar dem som svaga och måste skyddas från utmaningar. Precis som de måste skyddas från faror och symtom. Vi driver – i vår missriktade välmening - fram en utveckling som skulle kunna betecknas som stresspanik. Inte panik på grund av stress utan panik för att bli stressad. Hälsomani, nollvision och stresspanik resulterar i en existentiell oro. Till kraftfältet apati kan även räknas begrepp som skoltrötthet (som syftar på skolan tröttnat på att vara kunskapsförmedlare och inte på trötta elever). Skolan har en avgörande betydelse för upplevd hälsa. Bland de nordiska länderna intar Finland en särposition så tillvida att barnen beskriver en mycket bättre hälsa än i Sverige och Norge, och den förefaller bli allt bättre över tid. Mycket talar för att detta beror på att den finska skolan inte raserats på samma sätt som den svenska, utan att man behållit en jordnära läroplan som anger rimliga mål uttryckt i konkreta termer (3). Efter avslutad skolgång väntar en arbetslivskollaps de svenska ungdomarna. I Sverige är det fem gånger vanliga att vara arbetslös i åldern 15-24 år jämfört med åldersgruppen 25-65 år, vilket är den högsta andelen i hela OECD. Apatin förvärras således av en kravlösa och stimulansfattig skola och av en arbetsmarknad som är övermättad på ungdomar utan relevant utbildning. Känslan av tomhet förstärks, och tendensen att fylla denna tomhet med pseudofriheter och skenidentiteter ökar. Upptagenheten av den egna kroppen, liksom oron för att hälsan ska svikta och stressen ska bli övermäktig vilket leder till en individfixering. Enligt forskningsprojektet World Values Survey har svenska barn och vuxna de mest rationella och sekulära prioriteringar vad gäller vad som är viktigt i livet. De representerar den mest individfixerade populationen i världen (4). Det innebär att det ställs allt högre krav på att forma sin egen identitet och sin livskarriär i Sverige. En utveckling som tacksamt påhejas av mediedramaturgin, kommersialismen och modeindustrin. En gnagande känsla av tomhet blir följden om man inte lyckas. Ett sätt att fylla denna tomhet är att rikta intresset mot kroppen, det egna utseendet, eller försjunka i ett medialt underhållningsvåld, våldsbulimi, ett annat sätt att fylla ut denna tomhet. Mitt i detta kraftfält befinner sig de svenska barnen idag – och tyvärr delas deras situation i mångt och mycket av barn i andra välfärdsland, men svenska barn uttrycker detta tydligast i förhållande till barn i jämförbara länder när det sammanställs i internationella studier (5).

Det kommer att behövas insatser på många olika fält för att vända denna trend. De avgörande faktorerna som bestämmer barns självupplevda hälsa ligger i huvudsak utanför sjukvårdens domäner. Det är därför viktigt att vi som ser denna utveckling i vårt dagliga arbete engagerar oss utanför vårt ordinarie medicinska arbetsfält och deltar aktivt i samhällsdebatten i stort.

Referenser

1. Lindgren C and Lindblad F, The Enigma of the Welfare State. Excellent Child Health Prerequisites – Poor Subjective Health. Acta Paediatr 2010; 99(6):803-7
2. Fugelli P, 0-visionen, Essays om helse og frihet. Universitetsforlaget, Oslo, 2003
3. PISA 2009 Results: What Students Know and Can Do: Student Performance in Reading, Mathematics and Science. www.oecd.org/edu/pisa/2009
4. www.worldvaluessurvey.org/
5. Adamson P, Child Poverty in perspective – an overview of child well-being in rich countries. Innocenti Report Card 7, UNICEF. Innocenti Research Centre, Florence. www.unicef.org/irc

amee 2011
AN INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR MEDICAL EDUCATION
VIENNA, AUSTRIA
REED MESSE WIEN
27-31 AUGUST 2011

Barna i Gaza

Amal Atteia ser på meg de varme, brune øynene sine. Denne glohete augustdagen i 2009 får Gazas svidde jord til å kjennes enda hetere. Vi er i Zeitun, en fattig bydel i den sørlige utkanten av Gaza by, okkupert Palestina. Jeg skal besøke familien Samuni og legge fram bok-manuskript og bilder til boka 'Øyne i Gaza' til gjennomlesing og godkjenning.

AV MADS GILBERT, KLINIKKOVERLEGE, AKUTTMEDISINSK KLINIKK, UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE
ALLE FOTO: MADS GILBERT

- Marhaba*, sier jeg spakt.
- Marhaba, svarer Amal Atteia med kraft i stemmen.

Hun har på seg en fargesprakende oransje- og hvitstripet poloskjorte med ordene "Swet Gerl" sirlig brodert i hjertet som dekorerer forsiden, en arabisk versjon av "Sweet Girl". Ansiktet hennes er forunderlig rolig og blikket fast og trygt. Den snart 10 år gamle palestinske jenta er slank, nesten mager, men beveger seg raskt og med letthet når hun kommer mot meg. Jeg setter meg på huk, hun strekker hånden fram mot meg og smiler. Jeg griper den, holder den fast og gjentar

- Marhaba! Kif ha'k?**

Tårene presser på. Det blir for sterkt, jeg reiser meg, og storebroren Faraj (22) som står ved siden av Amal omfavner meg. Vi kysser hverandre på kinnene på arabisk vis og tårene renner på oss begge. Jeg kjenner det dype skjebnefellesskapet vi er knyttet sammen, etter redselsnettene i Gaza og på Al-Shifa-sykehuset i januar. Faraj, som klarte å finne sin lillesøster i ruinene av det utbomba lagerbygget der om lag 100 medlemmer av Samuni-klanen var tvunget sammen av tungt væpna israelske invasjonssoldater, klarer å smile gjennom tårene nå.

Han smilte ikke da det skjedde. I grålysningen 4. januar 2009 ble huset med de innesperrede sivile fra Samuni-familien bombardert av israelske styrker. Amal Atteia og Faraj overlevde mens nær 30 andre familiemedlemmer ble drept. Søskenbarnet Jumana (9 mndr) kom til Shifa samme kveld med en knust venstre hånd som vi måtte amputere tre av fem fingre på. Jumanas unge mamma Maysa (18), hadde reddet henne med å dekke barnet med sin egen kropp, men pappa og besteforeldre til Jumana ble drept ved hennes side. Fetteren Mahmoud på 6 år kom inn med flere kompliserte, åpne brudd i sin høyre arm som også ble operert. Han slapp amputasjon, og de dyktige palestinske kirurgene på Shifa berget bein, kar og nerver med ekstern fiksasjon, men armen er grodd i en vond feilstilling.

Over: Amal Atteia Samuni (9 år) har akkurat kommet til Shifa etter at broren omsider fikk gravd henne fram fra ruinene, januar 2009.

T.v.: Amal Atteia Samuni (10) med fetter, Gaza august 2009

* Marhaba: Hei!
** Kif ha'k?: Hvordan har du det?

Amal Atteia lå begravet i ruinene i nesten fire døgn etter den israelske massakren, fordi verken internasjonale eller palestinske hjelpemannskap fikk slippe fram til det utbomba lageret der døde, sårete og uskadde lå om hverandre. Amal Atteia holdt ut, og broren Faraj aluttet ikke å håpe. Han fant henne da de israelske soldatene omsider slapp dem fram på 4. døgnet. Han fraktet henne kald, uttørket og skjelvende til Shifa-sykehuset. Jeg møtte de to ved midnatt på barneavdelingen. Faraj var svart av raseri i blikket der han sto ved søsterens seng. Amal så ut som en gammel kvinne, jeg kunne nesten ikke tro hun bare var 9 år gammel. Vi undersøkte henne grundig, men bortsett fra hypotermi og dehydrering hadde hun ingen livstruende fysiske skader. Hvilke skrekkbilder og redsler som hadde svidd seg fast i hennes unge sinn kunne jeg bare ane. Det samme med Jumana og Mahmoud.

Nå møter jeg igjen de tre barna og de fleste av de voksne som overlevde. Bare ett hus av Samuni-familiens står uskadd tilbake, resten er jevnet med jorda. Ingenting er bygget opp igjen fordi den israelske blokaden hindrer all import av byggemateriell. Jeg inviteres inn og bys høflig på te og kjeks, men takker nei fordi det er Ramadan, den hellige fastemåneden. Enken Maysa Samuni kommer mot meg med Jumana på armen. Velkledde, reine og vennlige ser de på meg med granskende øyne. Jumana er nå blitt 1 ¼ år, og trygg på mammas arm viser hun fram den vesle, vansirete hånden. Pent kirurgisk håndtverk, tenker jeg mens fortvilelse og smerten velter opp ved synet av barnets to spinkle gjenværende 4. og 5. finger.

- Please dr. Mads, take a picture of Jumanas hand, sier Maysa via tolken.
- Why? spør jeg
- Maybe some doctors in your world can make operation and give my daughter fingers back? svarer hun rolig

Jeg legger Jumanas hånd på et A4-ark og fotograferer. Bildet av den vesle ødelagte barnehånden svir seg fast som et symbol på hva Israel påførte den palestinske sivilbefolkningen, ikke minst barna.

Mens verden passivt så på, rullet den nådeløse israelske krigsmaskinen over forsvarsløse palestinere, fullstendig innesperret av den samme okkupasjonsmakten og helt ute av stand

Jumana Samuni (9 mnd) postoperativt etter traumatisk amputasjon av deler av ve. hånd. Shifa-sykehuset, Gaza januar 2009.

Jumana Samuni (16 mndr) sin delvis amputerte venstre hånd, august 2009

til å komme unna bombene, dronene og de hypermoderne våpnene til verdens 4. sterkeste militærmakt. I løpet av det over tre uker lange militære overfallet fra 27.12.08 til 21.1.09 ble nær 1.500 palestinere drept og 5.400 såret. Halvparten var kvinner og barn under 18 år. Ifølge det israelske forsvaret ble 13 israelere drept, 10 av dem var soldater og blant de tre drepte sivile var det ingen barn. Blant de drepte og sårete palestinerne var 431 drepte og 1872 skadde barn under 18 år. Hele 2300 ofre for det israelske militærangrepet var under 18 år, ifølge palestinske helsemyndigheter.

Ingen flyforbudssoner eller internasjonale straffetiltak ble iverksatt for å stoppe de massive israelske angrepene som rammet sivilbefolkningen i Gaza, tross nøyaktige, daglige rapporter over antall drepte og sårede sivile kvinner, barn, menn. Tross rapportene om et helsevesen med sprengt kapasitet, tvunget i kne av årelang, nær total blokade. Tross vitenskapelige rapporter om omfattende og økende underernæring, anemi og stunting blant palestinske barn som følge av den menneskeskapte hungersnøden de israelske straffetiltakene påførte sivilbefolkningen. Tross all denne dokumentasjonen ble *ingen* internasjonale tiltak iverksatt for å beskytte Gazas sivile, spesielt barna og barnefamiliene.

Levekår og sosiale forhold er viktige forutsetninger for barns helse. Man kan ikke skjønne forholdene i Gaza i et folkehelseperspektiv uten å beskrive realitetene for Gazas barnefamilier. Helse og politikk henger nøye sammen. God helse handler først og fremst om grunnleggende levekår og trygghet. Levekår handler om fordeling av ressurser og tilgang til grunnleggende livsforutsetninger som reint vann, sikker mat, personlig sikkerhet, bolig, arbeid, utdanning – og selvsagt helsevesen. Fordeling handler om makt og makt handler om politikk. Derfor er helse og politikk som siamesiske tvillinger å regne. Helse er det viktigste utenrikspolitiske tema i vår tid, og folkehelsa i Gaza og øvrige deler av okkupert Palestina representerer viktige moralske og helsepolitiske utfordringer for alle som kjemper for rettferdighet, anstendige levekår for alle barnefamilier og menneskerettigheter.

Allerede i mars 2008, skrev åtte tunge internasjonale bistandsorganisasjoner følgende om situasjonen for Gazas 1,5 millioner innbyggere:
"The situation for 1,5 million Palestinians in the Gaza Strip is worse now than it has ever been since the start of the Israeli military occupation in 1967. The current situation

in Gaza is man-made, completely avoidable and, with the necessary political will, can be reversed."(1)

Tross denne og mange andre appeller, fortsatte blokaden av Gaza ytterligere 10 måneder før helvete eksploderte 27. desember 2008. Mens vi nøt vår romjulsfred, åpnet himmelen seg og bombene haglet over befolkningen i et allerede utpint Gaza. Israels "*Operasjon Støpt bly*" var en blodig realitet. Sammen med min gode venn og kollega, kirurgen Erik Fosse, reiste jeg til Gaza allerede to dager etter angrepet startet som NORWACs første kriseteam. Etter 12 døgns kontinuerlig arbeid på Gazas største sykehus, Al-Shifa Hospital i Gaza by, ble vi avløst av et nytt NORWAC-team med legene Johannes Brattebø (kirurg), Mohammad Abu-Arab (anestesi), Najib Ramiz (kirurg) og Dagfinn Bjørklid (anestesisykepleier) som også jobbet døgnet rundt sammen med palestinske kolleger på det samme Shifa-sykehuset inntil de israelske styrkene omsider trakk seg ut.

Barnefengselet Gaza

Gaza er en smal landstripe langs Middelhavet, bare 45 km langt og 5-12 km bredt, totalt 365 km^2. Området er omgitt av okkupasjonsmakta Israels militærmakt med murer, minefelt, marine og vakttårn på alle sider og en kort, tungt bevoktet grense mot Egypt i sør. På denne lille stripen solsvidd, karrig jord bor 1,5 millioner palestinere på et område på størrelse med Mjøsa, Molde kommune (363 km^2) eller Trondheim kommune (342 km^2). Dette gjør Gaza til et av verdens tettest befolka områder med 4119 innbyggere pr. km^2. I Nord-Gaza bor folk spesielt tett, og med 6859 innbyggere pr km^2 er det tettere befolket enn både Singapore og Hong Kong. Forskjellen er at innbyggerne i Gaza er helt innesperret og ikke kan bevege seg utenfor det som i praksis fungerer som et gigantisk fengsel. Vatikanet kalte nylig Gaza "verdens største konsentrasjonsleir"(2). Staten Israel har gjennom sine militære styrker fullstendig kontroll over grensene, luftrommet og kyststripa. Ingen slipper ut, ingen slipper inn. Befolkningen i Gaza er svært ung, faktisk den yngste i verden i et geografisk definert "land": Halvparten (49 %) er i alderen 0-14 år, nær 60 % er under 18 år og gjennomsnittsalderen er bare 17,6 år. Gaza er et barnefengsel.

Fig 1. Gaza-stripens plassering. Kilde: http://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/9/93/Gaza_Strip_map2.svg

Grensestasjonen Erez i nord mot Israel er trolig den vanskeligste i verden å passere. Tilsvarende gjelder for grensestasjonen Rafah på grensa til Egypt i sør. Gaza er i praksis hermetisk avstengt, og all transport av varer, drivstoff, lærebøker, mennesker og maskiner er fullstendig kontrollert av Israel. Bortsett fra de mange tunnelene palestinerne har vært nødt til å lage under den egyptisk-palestinske grensen i sør, der i hovedsak nødvendige varer smugles inn, men nok også enkelte lette våpen.

To tredeler av palestinerne i Gaza er flyktninger og bor i permanente, ekstremt trangbodde flyktningleire. Fordi det er så trange forhold har familiene bygget på stadig nye etasjer i høyden i takt med familienes vekst. "Generasjonsboligene" i Gaza kan være både 5 og 6 etasjer høye og blokkene ligger vegg i vegg. Fertiliteten er høy med 5,2 barn/kvinne og 37,8 fødsler/1000 innbygger. Palestinerne er godt utdanna, faktisk helt på topp både regionalt og globalt, men barnehelsen skranter som følge av elendige fysiske, ernæringsmessige og psykososiale forhold som den israelske blokaden skaper.

Harde kår, nådeløs blokade

Selv om befolkningen er svært ung, er levekårene ekstremt harde i Gaza og preget av mangel på bevegelsesfrihet og dyp fattigdom. Over 80 % av innbyggerne lever under FNs offisielle fattigdomsgrense, 80 % er avhengig av matforsyninger fra FNs egen organisasjon for palestinske flyktninger, UNWRA(3). Gaza her verdens laveste vannmengde tilgjengelig pr innbygger, og infrastrukturen er svak. I mange av leirene er det ikke skikkelige VVS-systemer

og Gazas kraftstasjoner er i stor grad satt ut av spill som følge av israelsk bombing. Den lille industrien som fantes har stoppet helt opp de siste to årene grunnet den israelske blokaden av Gaza som verken tillater import eller eksport. Det samme gjelder landbruket. Bare knappe 25 km^2 er dyrkbart, slett ikke nok til å brødfø befolkningen. Det har likevel vært eksport av både frukt (appelsiner, jordbær) og blomster – men alt er vanskeliggjort av de ekstreme og uforutsigbare grenserestriksjonene Israel praktiserer. Gaza har i praksis vært under en jernhard beleiring og blokade i snart fem år og Israel viser ingen tegn til å lette blokaden, tvert imot.

Allerede i januar 2008 var mangelen på mat og energi kritisk i Gaza som følge av den kollektivt avstraffende blokaden Israel gjennomførte. Toppdiplomater fra FN tryglet 20. januar 2008 Israel om å endre avgjørelsen om å stenge alle grensestasjoner mot Gaza-stripen. Både FN og en rekke andre humanitære organisasjoner advarte mot at volden i regionen og blokaden av viktige forsyninger til palestinere i Gaza provoserte frem en humanitær krise og kvalte næringslivet. Som okkupant har Israel et folkerettslig ansvar for sivilbefolkningens helse og sikkerhet i de okkuperte områdene, men velger likevel å gjennomføre aktive tiltak som rammer sivile palestinere med stor kraft.

Effektene av den langvarige israelske blokaden har vært rapportert systematisk, grundig og vitenskapelig, spesielt av FN-organet OCHA (4) og i et eget spesialnummer av The Lancet***. En av forutsetningene for våpenhvilen som ble inngått sommeren 2007 var at blokaden skulle oppheves, noe Israel aldri gjorde. Tvert imot har den blitt stadig mer nådeløs. Lillejulaften 2008 rapporterte FN at det bare var 400 tonn mel igjen i Gaza, nok til ett døgns forbruk. Alle møllene var stengt, og bare noen bakerier var åpne, dels som følge av melmangel, dels fordi bakeriene ikke hadde drivstoff til aggregatene som forsynte bakerovnene med strøm. Gaza sultet. Effektene på barnas ernæringstilstand og helse er godt dokumentert: Stunting som følge av den menneskeskapte matmangelen har økt jevnt blant barn under fem år i Gaza (fig. 2), og barnedødeligheten i okkupert Palestina har stått stille blant barn under 5 år de siste 15 årene (fig. 3).

*** Health in the Occupied Palestinian Territories. The Lancet, March 2009 (Special issue)

Palestinske skolebarn på vei hjem etter endt skoledag i en provisorisk, overbefolket skole i Abbed Rabbo, nord-Gaza, august 2009.

Utpint helsevesen

Alt dette altså ett år *før* "Operasjon Støpt bly" startet 27.12.08. Jeg var på oppdrag i Gaza i mars og oktober 2008 og kunne ved selvsyn observere de ødeleggende effektene av den israelske blokaden: Først og fremst økende fattigdom, omfattende arbeidsledighet og matmangel, men også forvitring av all infrastruktur, ikke minst i helsesektoren. Både primærhelsetjenesten og sykehusene var nedslitt og manglet det meste. Jeg jobbet både på Shifa og Al Quds-sykehuset, og hørte kollegene beskrive i detalj hvor vanskelig situasjonen var. Det manglet viktige medikamenter, reservedeler til medisinsk-teknisk utstyr, bygningsmateriell til nødvendig reparasjoner og oppussing – og den påbegynte nye "sentralblokken" på Shifa-sykehuset sto som et uferdig betongskjelett.

Faglig følte de seg også svært isolerte. En stor internasjonal konferanse i Gaza om "Siege and Mental Health" i oktober 2008 med over 100 internasjonale deltakere, ble også offer for blokaden (5). Israel nektet plutselig alle internasjonale deltakere innreise, og vi som var i Gaza måtte høre de internasjonale ekspertene levere sine forelesninger via storskjerm fra Ramallah på Vestbredden. Man kan - med referanse til den norske debatten om akademisk boikott av Israel - trygt si at Israel allerede driver en systematisk akademisk boikott av akademia i de okkuperte palestinske områdene.

Blokaden er smertefull og nedverdigende for palestinerne. Kanossagangen gjennom grensestasjonen Erez hver gang jeg er i Gaza er en nesten ubeskrivelig ydmykende opplevelse selv for meg som er "hvit og vestlig" – og en brutal påminnelse om at okkupasjonen og den israelske politikken representerer et brutalt apartheid-system, der mennesker systematisk forskjellsbehandles. "Verre enn apartheid i Sør-Afrika", er Nelson Mandelas karakteristikk av staten Israels politikk overfor palestinerne. Han har gitt uttrykk for dirrende indignasjon over at det internasjonale samfunnet forholder seg så passivt til det han oppfattet som institusjonalisert og strukturell rasisme rettet mot den palestinske befolkninga (6).

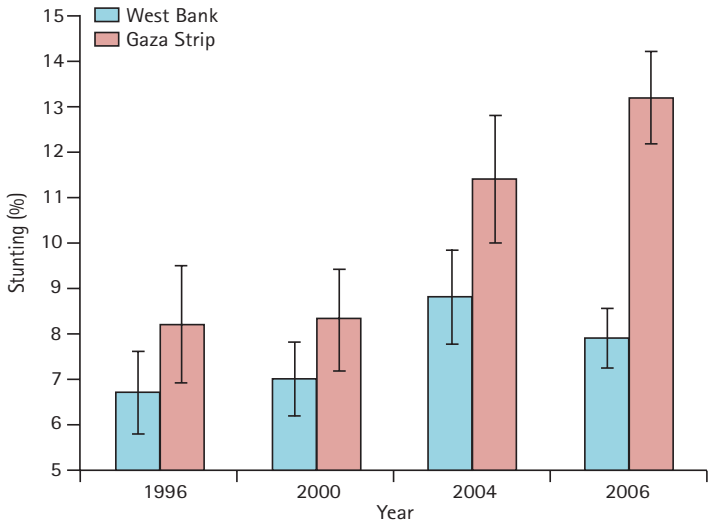
"Operasjon Støpt bly"

- Omlag 100 bomber fra israelske jagerfly slo ned rundt 50 forskjellige steder i Gaza i det enorme angrepssveipet som startet ca klokka 11.30 lokal tid. Flyene skal bare ha brukt mellom tre og fem minutter på å utføre oppdraget. Ifølge talspersoner for det israelske militæret (IDF) traff angivelig 95 % av bombene målene sine: Bygninger der israelerne mener Hamas hadde tilhold. Ifølge avisa den israelske avisa Haaretz omfattet angrepet blant annet treningsleirer og politistasjoner, hvorav flere er plassert i sivile bygninger. IDF understreket allerede på angrepets første dag at sivile som bor i områder der Hamas holder til alltid står i fare for å bli skadd. Israel opplyste også at

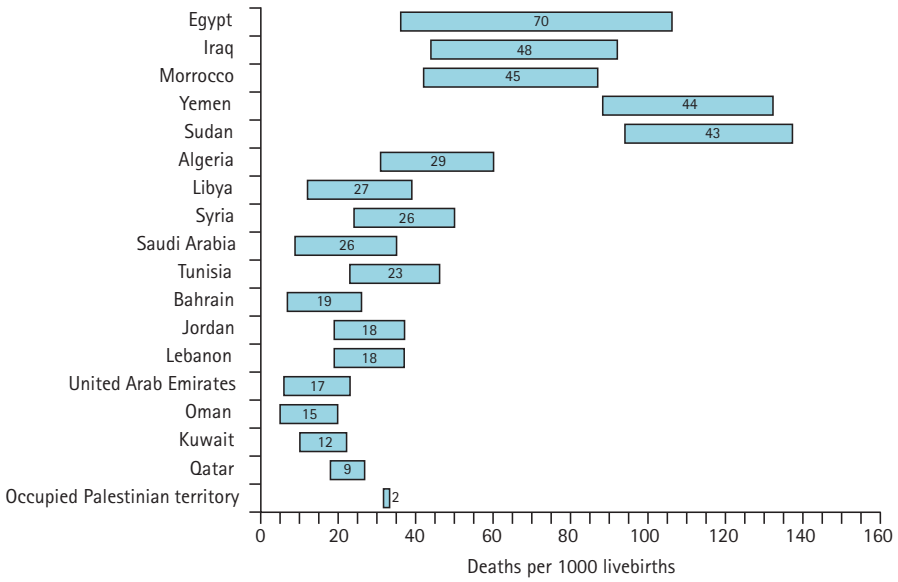
"operasjonen" ville pågå i flere dager, skrev Dagbladet samme ettermiddag som angrepet startet 27.12 2008. (7)

Resultatet av den første angrepsbølgen var forferdelig: FN rapporterte at "minst 280 palestinere ble drept i angrepet og omlag 900 andre ble behandlet på sykehusene, 650 av disse ble innlagt og 115 var kritiske skader. De fleste drepte var sivile politifolk, blant de drepte var også minst 20 barn, ni kvinner og 60 andre ubevæpna sivile. De fleste drepte falt i løpet av angrepets første få minutter. Dette er det høyeste tapstallet på en enkelt dag registrert i de okkuperte palestinske territoriene siden 1967." (8)

Denne tredje juledagen ble grusom for palestinerne. Våre kolleger på Gazas sykehus, spesielt i nord-Gaza, ble fullstendig overrumplet av antall og omfang på skadene. Fra de israelske angrepene på Gaza i 2006 og 2008 hadde de erfaringer med en ny type skader som domineres av omfattende, brutale ekstremitetsamputasjoner kombinert med trykkbølgeskader som spesielt rammer buk og brysthule. Det var behov for mye og krevende livreddende kirurgi og det ble operert "overalt" på sykehuset. Mange med reddbare skader på Shifa Hospital døde før de rakk å bli operert denne dagen (9).



Figur 2. Økende stunting blant palestinske barn under 5 år grunnet underernæring sekundært til blokaden av Gaza. Stunting in children <5 years in the occupied Palestinian territory by year and region. Rahim et al. Lancet, 2009;373:967-977. DOI:10.1016/S0140-6736(09)60108-2



Figur 3. Ingen reduksjon i barnedødelighet i okkupert Palestina siste 15 år , i motsetning til alle andre arabiske land som har hatt tildels betydelig reduksjon i barnedødelighet. (1990-2005)
Reduction in mortality rates in children <5 years, 1990-2005 in Arab countries. Rahim et al. Lancet, 2009;373:967-977. DOI:10.1016/S0140- 6736(09)60108-2

Reisen

Erik Fosse og jeg bestemte oss raskt for å reise til Gaza. Vi har begge lang erfaring fra området og kjenner mange i Gaza, både på sykehusene, i ambulansetjenesten og i administrative stillinger. Mange av mine beste venner er kolleger og deres familier som bor og jobber i Gaza. Nå trengte de støtte, ikke fordi de ikke har dyktige fagfolk og langt bedre erfaring i å takle denne type situasjoner enn oss, men fordi de nok en gang sto med ryggen mot veggen i et krigshelvete i et hermetisk lukket fengsel. I slike situasjoner er solidaritet og praktisk støtte nyttig.

- Når dere kommer føler vi oss ikke så alene. Det gir oss pågangsmot og energi, sier våre kolleger i Gaza.

Erik foreslo at vi skulle dra sammen i regi av NORWAC (som vi var med på å grunnlegge i 1983). Norsk UD ga straks robust økonomisk og praktisk støtte. Koordinator i teamet var John Eivind Jenssen, erfaren sykepleier og NORWACs prosjektansvarlig for Gaza. Med en kjapp avgang og kjapp innreise med uvurderlig støtte fra UDs lokale folk på den norske ambassaden i Kairo, nådde NORWACs "Team 1"fram til Al-Shifa Hospital i Gaza by formiddagen nyttårsaften, knapt 4 døgn etter bombingen startet. John Eivind ble igjen i Egypt som viktig koordinerende ankerfeste.

Gaza og Al Shifa Hospital

Vi hadde et varmt og sterkt møte med venner og kolleger, og stor begeistring over at vi hadde klart å komme oss inn. Alle rutene i Shifa-sykehusets østside var knust etter bombingen av Shifa-moskeen rett over gata, og den første drepte vi så var en kollega som ble båret ut fra sykehuset av familie og venner, drept sammen med paramedic'en da ambulansen deres ble truffet av israelske raketter. Vi skulle få erfare at ingen ble skånet i de israelske angrepene, verken sivile kvinner og barn, gudshus, sykehus, ambulanser, helsepersonell, journalister, skoler, offentlige bygninger eller fiskebåter. For den israelske krigsmaskinen var alt et bombemål. Ingen kunne flykte. Alle grensene var komplett stengt. Heller ikke hjelpesendinger, feltsykehus, medisiner eller helsepersonell slapp inn.

De første åtte døgnene var vi trolig de eneste vestlige legene i Gaza. Vi var derfor også de eneste som kunne rapportere med vestlige

øyne og stemmer. Vi har allerede gitt en beskrivelse av forholdene på Shifa (10). Sykehuset var smekkfullt og vi ble straks satt i arbeid. Jeg jobbet mest i katastrofemottaket, på "Emergency room"(ER) og operasjonsstuen (OR), mens Erik var mest på OR og deltok i det operative arbeidet.

De skadde kom i bølger, døgnet rundt. Vi vente oss kjapt til de kontinuerlige bombedrønnene og lyden av de førerløse flyene, dronene, som sirklet over oss kontinuerlig. De kan både drive detaljertovervåking, styre ildgiving og bære våpen, spesielt de frykta rakettene.
Dagene, bombingen og skadeomfanget varierte, men hele tiden dominerte de sivile og de mange barna. Pr 12.2.09 var 1455 drept og 5300 skadet (11). Legger man til de omlag 350 aborter og dødfødsler som følge av krigshandlingene, er antall drepte nærmere 1700. Hver tredje drepte var et barn og halvparten av de skadde var kvinner og barn under 18 år. Resten var sivile menn. Selv så jeg mindre enn en håndfull fightere blant de drepte og skadde på Shifa. Det overveldende flertallet var sivile.
Det var imponerende å se med hvilken disiplin og innsatsvilje alt personell på Shifa arbeidet. Døgnet rundt sto de klare til å ta imot nye bølger av skadde og døende. Antallet varierte fra dag til dag, men på de to verste døgnene kom det 120 og 140 skadde bare til Shifa. Mens de jobbet, lyttet de fleste til lokale FM-stasjoner med øreprop på mobilen. Alle var selvsagt engstelige for at det området de selv bodde i skulle rammes av bombingen. Flere av våre kolleger mistet sine egne, eller opplevde å ta imot egne ektefeller og barn med alvorlige skader etter den israelske bombingen av bolighus og boligområder. Tross sine dobbeltroller, sto de sine vaktskift på 12-20 timer. Mange bodde på sykehuset døgn etter døgn, både fordi arbeidet krevde det men også fordi det var forbundet med livsfare å reise hjem for de som hadde sine boliger i de mest utsatte områdene.

Skadene

Skadebildet var dominert av to ting: De mange svært unge ofrene – mange barn - og de mange svært brutale skadene. Det var mange konvensjonelle krigsskader som følge av fragmenter, splinter og stumpe traumer etter sammenrasing av bygninger. Vi så ingen fosforskader den perioden vi jobbet på Shifa, men hørte mange rapporter om slike skader fra andre kolleger og andre sykehus i Gaza, og det erkjent at IDF brukte fosforgranater under angrepene, spesielt etter bakkeinvasjonen startet.

En av våre mange modige kolleger på Shifa-sykehuset, kirurgen dr. Awad med kone og seks barn heime i Gaza by.

Det som kanskje gjorde aller sterkest inntrykk var de mange brutale, høye ofte multiple traumatiske amputasjonene ofte kombinert med store brannskader og omfattende trykkbølgeskader mot buk- og brysthule. Jo yngre ofrene var, jo høyere – og mer dødelige – var amputasjonene. Traumatiske amputasjoner, hodeskader, buk- og brystskader dominerte, og selvsagt kombinasjoner av disse skadetypene.

Vi så også mange skadde barn som trolig var rammet av de nye "small diameter bombs" eller "DIME"-våpen (12). Slike skader er sett or rapportert gjentatte ganger under tidligere israelske angrep på Gaza, seinest våren 2008. Skadene er karakterisert av voldsomme og høye underekstremitetsamputasjoner, brann- og trykkskader, men uten metallfragmenter eller metallsplinter. Disse våpnene er basert på tungmetalle-alloy (wolfram, nikkel, kobolt) som eksploderer ved en fisjonsprosess og gir en ekstremt kraftfull energibølge som er dødelig innen en radius på noen meter, ødeleggende litt lenger unna, men uten kraft bare 10-15 meter fra eksplosjonen grunnet stor luftmotstand mot "metalldampen". Ladningen er i en komposit-pakning som ikke avgir metallsplinter, men tungmetallfragmentene bombene etterlater er mutagene og genotoxiske.(13) Cellebiologiske og dyre-eksperimentelle studier med eksponering og implantasjon av lav-strålings tungmetallpartikler etter DIME-våpen i celler og i laboratoriedyr har vist rask cellulær carcinogenese og dødelig utvikling av aggressivt pulmonalt metastaserende rhabdomyosarcom i forsøksdyr (14,15). Vi vet lite om langtidseffekter på overlevende barn med tanke på disse våpnenes carsinogene potensialer. Humane observasjonsstudier finnes ikke, men de mange barn som er amputert

i Libanon og Gaza etter skader fra sannsynlig bruk av DIME-våpen bør følges systematisk av internasjonale helseorganisasjoner og nasjonale forskningsinstitutter som for eksempel WHO og kanskje Folkehelsa og norske pediatriske fagmiljø?

Det kliniske arbeidet

Prehospitalt var det ekstrem "load and go" som gjaldt. Faren for å bli bombet og beskutt av israelske styrker var overhengende, og kortest mulig skadestedstid og evakuering til nærmeste sykehus var helt nødvendig også sikkerhetsmessig. Israelske militære styrker har gjennom mange år unnlatt å respektere folkeretten mht beskyttelse av helseinstitusjoner og ambulanser (16). Israelerne respekterte heller ikke nå godt merkete ambulanser og sykehus: 15 ambulanser beskutt, bombet eller ødelagt, 16 helsearbeidere ble drept og 36 skadd, de fleste ambulansearbeidere men også leger. Sju sykehus og 20 helsestasjoner ble beskutt, bombet eller totalt ødelagt (17).

De skadde kom i alle typer kjøretøy, ikke bare ambulanser. Gående skadde ble tatt til et mottak for lettere skadde, bårepasienter ble tatt inn i akuttmottaket som fungerte som katastrofemottak med ca 12-15 bårepposisjoner. De alvorligste skadene ble tatt til "Emergency room" (ER) med to bårepposisjoner or mer utstyr. Skadeprioriteringen var resolutt og dynamisk, men det sier seg selv at forholdene tidvis var svært kaotiske – som i alle katastrofer. Shifa har et akuttmottak på gateplan, innefor dette er akuttrommet (ER) med to bårepposisjoner og bra med utstyr, og Intensiv ligger også i første etasje. De seks operasjonsstuene ligger i 3 etasje og heisene var trange - og gamle.

Sykehuset manglet alt. Det var ikke nok bårer, det manglet alt fra monitorer, mandrenger og mat til strøm, sakser og sikkerhet for personale og pasienter. Det som gjorde aller sterkest inntrykk var disiplinen, pågangsmotet og arbeidsmoralen blant alle som jobbet på sykehuset. De aller fleste bodde der døgn etter døgn med 2-4 timers søvn maksimum og etter hvert helt marginalt med mat. Våre kollegers og de andre helsearbeidernes tapperhet, samhold og høye moral var kanskje det som gjorde aller sterkest inntrykk på oss under våre 12 døgn i Gaza.

Hvordan klarte de å arbeide under slike forhold? Svaret er egentlig enkelt: Lang erfaring med massseskader under svært vanskelige forhold har gitt de palestinske helsearbeiderne viktige erfaringer. De er ekstremt dyktige til å klare seg med det de har, improvisere og jobbe målretta og være svært raske med 'damage control surgery'. Noen ganger var tempo i beslutningene så høyt at man med en smule observasjon og avventende klinisk vurdering kunne spart ett toraksdren eller to, men handlingskraften kombinert med rask iverksetting sparte trolig flere liv enn et lavere tempo ville gjort. Dessuten var det slik at hver bølge med pasienter raskt kunne etterfølges av en ny bølge. Det var derfor viktig å "rydde" både akuttmottak, ER og OR så kjapt som mulig for å opprettholde kapasiteten.

Barn og krig

Krigsopplevelser har selvsagt en varig, ødeleggende effekter på mange barn som opplever redslene på nært hold . Etter krigen om Kuwait rapporterte 70 % av de berørte barna moderate tilsterke posttraumatiske stressreaksjoner (18). De fleste barn i Gaza har vært eksponert til krig og krigsliknende angrep i hele sin levealder, og så mange som 73% av disse barna er rapportert å ha milde, mens 41% har moderate eller alvorlige PTSD-symptomer (19). Slike negative krigserfaringer kan selvsagt utvikle seg til persisterende symptomer med negative langtidseffekter på barnets psykologiske utvikling og føre til kronisk psykopatologi. Dyregrov har studert den psykologiske tilpasningen til barn som opplevde Gulfkrigen i 1992 og fant at de stressrelaterte symptomene vedvarte, om enn i redusert form, to år etter påkjenningen (20). Andre har vist at slike kkrigstraumer kan føre til svært forsinkete PTSD-symptomer hos barn og først ergjennes etter fem år (21).

Flere typer intervensjoner rettet mot krigstraumatiserte barn og deres nærmeste har vært prøvet med varierende, noen ganger ganske gode resultat. Ragnhild Dybdahl og medarbeidere fant god effekt av et intervensjonsprogram rettet mot mor og barn som hadde opplevd krigen i Bosnia-Herzegovina (22). Gjennom ukentlige gruppemøter gjennom 5 måneder fikk mødrene opplæring i symptomforståelse, åpenhet og håndtering av barnas problemer. Intervensjonen viste reduksjon i barnas psykologiske problemer og mødrenes velvære. En tilsvarende studie fra Gaza med opplæring i forståelse av stressymptomer og oppmuntring til å uttrykke følelser viste imidlertid ingen positive effekter (23). Det spesielle for Gazas barn og unge er at krigs- og beleiringstilstanden er kronifisert fordi Israel aldri tillater normalisering av forholdene gjennom gjenreising av befolkningens ødelagte habitat, infrastruktur, skoler og barnehager. Leketerapi hadde gunstig effet på israelske barn som ble utsatt for krigens traumatiske inntrykk under konflikten mellom Israel-Libanon-krigen i sommeren 2006 (24).

Man kan spørre seg hvordan det er mulig at barn som nesten bare har opplevd krig, likevel *ikke* blir syke eller viser psykologske symptomer og psykopatologi? Svaret er trolig at barn har en stor elastisitet også i forhold til sterke traumatiske stressorer, og at denne "elastisiteten" (resiliens) kan forsterkes av flere enkle, men grunnleggende faktorer (25). Tross omfattende blokade, interne konflikter og barbariske israelske angrep på sivilbefolkningen i Gaza, har kompetente kolleger og fagfolk klart å drive viktig og nyskapende forskning i Gaza (26). Spesielt er forskningen rundt mental helse i regi av Gaza Community Mental Health Program under ledelse av dr. Eyad El Sarraj viktig for å forstå situasjonen i Gaza (http://www.gcmhp.org/).

Dr. Sarraj fikk Olof Palme-prisen i 2010 for sitt utrettelige arbeid i Gaza for befolkningens helse og for fred.

Også ernæringsforskningen som er gjort i regi av Islamic University i Gaza og ulike ernæringssentra dokumenterer at barna i Gaza er utsatt for en systematisk, menneskeskapt fattigdom og underernæring som resultat av langvarig beleiring og blokade kombinert med systematisk ødeleggelse av palestinernes egen

landbruksproduksjon og fiske (27). Den siste FN-rapporten (UNDP, Inside Gaza, 2009) viste at 65 % av Gazas befolkning, nær en million mennesker, nå levert under fattigdomsgrensen, og nær 40% lever i ekstrem fattigdom. Åtte av ti familier i Gaza er avhengig av humanitær hjelp for å overleve.

Hva kan vi gjøre?

Gazas barn trenger vår støtte og faglige oppmerksomhet. Den omfattende blokaden fortsetter og gjenoppbyggingen av det utbombete og ruinerte sivilsamfunnet står helt i stampe. Det må reises en sterkere internasjonal, faglig opinion som øker presset mot den kollektive straffen Gazas barn rammes av gjennom den israelske blokaden. Den viktigste forutsetningen for å minimalisere de negative langtidsvirkningene av de omfattende krigstraumene blant Gazas barn, er å gjenopprette familiene og lokalsamfunnenes normale dagligliv, gjenreise familienes boliger og samfunnets skoler og barnehager . Redusert arbeidsledighet, bedret samfunnsøkonomi og stabil forsyning av sikker mat og vann er selvsagte menneskerettigheter som også Gazas barn har rett til. Muligheter for en meningsfull framtid med rett til personlig sikkerhet, utdanning, rett til å reise og å ha en nasjonal identitet er avgjørende forutsetninger for å kunne skape fred. Det mest avgjørende er imidlertid at okkupasjonen av Palestina bringes til opphør og befolkningens liv kan normaliseres gjennom politiske, ikke militære løsninger - eller som både Goldstone-rapporten og The Lancets spesialnummer konkluderte med:

- Hope for improving the health and quality of life for the Palestinians will exist only when people recognize that the structural and political conditions that they endure in the Occupied Palestinian Territories are the key determinants of population health (29)
- Rebuilding Palestinian lives and livelihoods will not be fully possible until the effects of the occupation, the blockade and successive military incursions are eliminated . . . Ending the occupation is a prerequisite for the return of a dignified life for Palestinians. (30)

Ønsker vi fred i Midt-Østen – og i verden – må vi alle ta ansvar for å skape menneskeverdige forhold for Palestinas barn, ikke minst de hundredetusener av barn i Gaza som fortsatt lever under okkupasjon, beleiring, blokade og systematiske militære angrep fra Israel. Det finnes ingen militære løsninger, bare politiske.

Kilder

Kart:http://www.lib.utexas.edu/maps/middle_east_and_asia/gaza_strip_may_2005.jpg
UNWRA: http://www.un.org/unrwa/
OCHAopt: http://www.ochaopt.org/

Nyttig lesing

1. http://www.thelancetglobalhealthnetwork.com/archives/604
2. OCHA: Easing the blockade: Assessing the humanitarian impact on the population of the Gaza Strip. (Mars 2011). http://www.ochaopt.org/documents/ocha_opt_special_easing_the_blockade_2011_03_english.pdf
3. Thabet, A.; Alison, A.; Abu Tawahina, A.; El Sarraj, E.; Panos V. (2009) "Trauma, grief, and PTSD in Palestinian children victims of War on Gaza", Gaza Community Mental Health Programme. Available at www.gcmhp.net/File_files/AbstractMar2k9.pdf.
4. http://www.athabet.org/athabet/up_files/files/Mental%20health%20problems%20among%20labour%20children%20in.pdf
5. Mads Gilbert, Erik Fosse: Øyne i Gaza. Gyldendal 2009.

Referanser

1. The Gaza Strip: A Humanitarian Implosion. http://www.oxfam.org.uk/resources/policy/conflict_disasters/downloads/gaza_implosion.pdf
2. Uttalelsen kom fra kardinal Renato Martino, som leder Vatikanets Råd for rettferdighet og fred. http://uk.reuters.com/article/worldNews/idUKTRE5066OA20090107
3. UNWRA: http://www.un.org/unrwa/
4. OCHAopt: http://www.ochaopt.org/
5. http://gazaconference.net/
6. http://www.fn.no/nyheter/kronikker/skal_vi_vente_paa_sikkerhetsraadet
7. http://www.dagbladet.no/2008/12/27/nyheter/gaza/hamas/israel/4170901/
8. http://www.ochaopt.org/documents/ocha_opt_gaza_situation_report_2008_12_28_english.pdf
9. Personlig meddelelse, overlege Mohammed Kashifs, Al-Shifa Hospital
10. Mads Gilbert, Erik Fosse. Inside Gaza's Al-Shifa hospital. The Lancet, Volume 373, Issue 9659, 17 January 2009-23 January 2009, Pages 200-202; Mads Gilbert og Erik Fosse: 'Øyne i Gaza', Gyldendal 2009
11. Palestinian National Authority, Ministry of Health: Health Management Information Systems Unit Report 120209
12. DIME: Dense Inert Metal Explosives, bomber med voldsom sprengkraft basert på tungsten alloy i et komposit-basert sprenglegme som kan skytes fra alle typer våpen, men oftest trolig fra droner og jaberbompere. Ved eksplosjonen utvikles en voldsom sprengkraft som avtar over kort avstand grunnet stor luftmotstand. Våpnet har trolig modifiserte "kjernefysiske" egenskaper fordi eksplosjonen bygger på en fisjonsprosess og redisualmaterialet forårsaker aggressiv canser i form av rabdomyosarkom i forsøksdyr.
13. Miller AC et al. Effect of the militarily-relevant heavy metals, depleted uranium and heavy metal tungsten-alloy on gene expression in human liver carcinoma cells (HepG2) Molecular and Cellular Biochemistry 255: 247–256, 2004.
14. Miller AC et al. Neoplastic transformation of human osteoblast cells to the tumorigenic phenotype by heavy metal–tungsten alloy particles: induction of genotoxic effects. Carcinogenesis, Vol. 22, No. 1, 115-125, January 2001
15. Kalinich JF et al. Embedded Weapons-Grade Tungsten Alloy Shrapnel Rapidly Induces Metastatic High-Grade Rhabdomyosarcomas in F344 Rats. Environ Health Perspect. 2005 June; 113(6): 729–734.
16. Gilbert M. Beskytt helsepersonell i krigssoner (leder). Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122:892
17. Palestinian National Authority, Ministry of Health: Health Management Information Systems Unit. Report on damage and destruction of health staff and health infrastructure, 120209
18. Nader KO, Pynoos RS, Fairbanks LA, Alajeel M, Alasfour A. A preliminary-study of PTSD and grief among the children of Kuwait following the Gulf crisis. Br J Clin Psychol. 1993;32: 407–416
19. Thabet AAM, Vostanis P. Post-traumatic stress reactions in children of war. J Child Psychol Psychiatry. 1999;40:385–391
20. Dyregrov A, Gjestad R, Raundalen M. Children exposed to warfare: a longitudinal study. J Trauma Stress. 2002;15:59–68
21. Laor N, Wolmer L, Cohen DJ. Mothers' functioning and children's symptoms 5 years after a SCUD missile attack. Am J Psychiatry. 2001;158:1020–1026
22. Dybdahl R. Children and mothers in war: an outcome study of a psychosocial intervention program. Child Dev. 2001;72: 1214–1230
23. Thabet AA, Vostanis P, Karim K. Group crisis intervention for children during ongoing war conflict. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2005;14:262–269
24. Avi Sadeh, Shai Hen-Gal and Liat Tikotzky. Young Children's Reactions to War-Related Stress: A Survey and Assessment of an Innovative Intervention. Pediatrics 2008;121;46-53
25. Qouta S, Punamäki RL, Sarraj EE. Child development and family mental health in war and military violence: The Palestinian experience. Int J Behavioral Develop 2008;32: 310-321
26. Qouta S, Punamäki RL, Sarraj EE. Prevalence and determinants of PTSD among Palestinian children exposed to military violence. Eur Child & Adolescent Psych 2003;12: 265-272.
Punamäki RL, Qouta S, Sarraj EE. Resiliency factors predicting psychological adjustment after political violence among Palestinian children. Int J Behavioral Develop. 2001; 25: 256-267
27. Kanoa1 BJ, Hamed AT, Zabut BM. Nutrition and Eating Patterns among Preschoolers in Gaza Strip. Pakistan Journal of Nutrition 2011;10: 492-499
28. Qouta S, Punamäki RL, Sarraj EE. Resiliency factors predicting psychological adjustment after political violence among Palestinian children. Gaza Community Mental Health Programme, Gaza, Palestine. Int J Behavioral Develop. 2008;32:310-321
29. Health in the Occupied Palestinian Territories. The Lancet, March 2009 (Special issue)
30. The Goldstone report. http://www2.ohchr.org/english/bodies/hrcouncil/specialsession/9/docs/UNFFMGC_Report.PDF

Posttraumatiske stressreaksjoner hos barn og ungdom

Hvordan kan barnelegen møte barn og ungdommer som har opplevd traumatiske hendelser?

AV SYNNE ØIEN STENSLAND, HELENE FLOOD AAKVAAG OG SILJE MØRUP ORMHAUG. NASJONALT KUNNSKAPSSENTER OM VOLD OG TRAUMATISK STRESS (NKVTS)

Innledning

De fleste barn og ungdom utsettes for noen belastende livshendelser uten å bli syke. Det er når vanskelighetene overstiger barnets mestringsevne at helse og utvikling trues. Dette kan gi seg utslag i somatiske, kognitive, emosjonelle og/eller atferdsmessige symptomer. Ofte vil barnets omsorgspersoner fange opp disse signalene som respons på stress, og med deres hjelp og støtte vil barnet kunne mestre vanskelighetene. Barnelegen presenteres først for symptom på potensielt traumatiserende hendelser når barnets nærmiljø ikke lenger vurderer symptomene som normalreaksjoner. Møtet med barn som strever med posttraumatiske stressreaksjoner kan variere fra oppfølging av et barn etter intensivbehandling på grunn av sepsis til poliklinisk time med en ungdom med kronisk hodepine. Utfordringer i møtet med disse utsatte barna er å sette stressreaksjonene i sammenheng med underliggende belastende livshendelser, avdekke hvilke barn som er truet med hensyn til helse og utvikling, og tilpasse intervensjon på grunnlag av en helhetlig vurdering. Med tilpasset intervensjon, som sikrer trygging av omsorgsmiljø og ivaretagelse og støtte av barnet, er prognosen for de fleste barn god. Dette krever kartlegging av eksponering og symptomer, og en helhetlig vurdering.

Vi vil her presentere en klinisk modell, som integrerer kunnskap om posttraumatisk stresslidelse (PTSD) hentet fra de foreslåtte kriteriene i Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V), med kartleggingsverktøy for eksponering og belastende hendelser, og praktiske råd for en helhetlig vurdering av barnets situasjon. Videre vil vi gi en kort oversikt over en validert terapiform, traumefokusert kognitiv og adferdsterapi (TF -CBT). Som bakgrunn for kartlegging, vurdering og intervensjon vil vi se på barn og ungdoms sårbarhet og posttraumatiske stressreaksjoner, med spesielt fokus på PTSD.

Barnets sårbarhet for traumer

Individuell sårbarhet og stress

Det er stor individuell variasjon i barns sårbarhet i forhold til belastende hendelser. Sårbarhet varierer med genetiske og nevrobiologiske egenskaper, psykomotorisk utviklingstrinn, tilknytningsmønster, selvbilde, kognitive evner og oppvekstmiljø (1, 2). Når og hvordan barnet eksponeres for belastende hendelser påvirker derfor om, og eventuelt hvordan, barnet forstyrres i sin utvikling. Dysreguleringen av følelser, tenkning og tolkning av kroppslige signaler er knyttet til stress-medierte nevrobiologiske posttraumatiske forandringer. Et eksempel på slike forandringer er økt basal og stress-mediert respons i hypothalamus-hypofyse-binyrebark aksen, endringer i kortisolnivå, forstyrrelser av immunforsvar, forandringer i det serotonerge systemet, endrede cerebral cortex funksjoner og redusert hippocampusvolum (3). Patologiske posttraumatiske reaksjoner karakteriseres ved at kroppen forblir i et varslings-modus, og viser seg klinisk i form av emosjonelle, kognitive, somatiske og/eller atferdsmessige forstyrrelser. Slike forandringer vil også gi økt sårbarhet ved nye påkjenninger, og risiko for reviktimisering.

Modifiserende oppvekstmiljø

Omsorgsgiver utgjør en viktig del av barnets beskyttende vern mot verden (1). Kliniske studier av traumatiserte barn viser at tilgang til en stabil og kjærlig omsorgsgiver også modererer effekten av traumet, og gir lavere forekomst av psykopatologi (4). Imidlertid kan denne stabiliteten ofte være fraværende etter et traume. Barnet kan ha mistet nære i hendelsen, omsorgsgiver kan selv utvikle reaksjonsformer som svekker omsorgsevnen, eller omsorgsgiver kan være årsak til traumene, som ved omsorgssvikt som mishanding, neglekt eller vitne til vold i hjemmet. Barn som opplever potensielt traumatiserende hendelser og samtidig lider tap av omsorgsgiver, for eksempel ved død, skade, skilsmisse eller svik, er mer utsattefor sykdomsutvikling (5), som PTSD eller komplisert sorg. Omsorgsmiljø og tap er derfor avgjørende for betydningen av traumer for barnet.

Når vanskelighetene overstiger barnets mestringsevne

Forekomst av posttraumatisk stresslidelse (PTSD), og konsekvenser for barn og unges helse

Om barn utsettes for potensielt traumatiserende hendelser vil egenskaper ved hendelsen, barna og omsorgsmiljøet være bestemmende for hvorvidt barnet utvikler PTSD, eller andre posttraumatiske stressreaksjoner. Studier av barn som har opplevd en kollektiv hendelse,

som en katastrofe, viser at andelen som utvikler PTSD varierer fra rundt 5 % (6) til over halvparten (7), mens omkring en tredjedel av barn som har opplevd interpersonlige hendelser, som fysiske og/eller seksuelle overgrep har blitt funnet å utvikle PTSD (8). Generelt gir interpersonlige traumer større risiko for negativt helseutkomme enn kollektive traumer, særlig ved vedvarende eksponering (9). Barn som opplever flere ulike former for overgrep har også høyere risiko for sykdomsutvikling (8). Ved fysisk og/eller seksuell mishandling i familien vil tilleggsbelastning som neglekt og emosjonell mishandling være hyppig (10). I en norsk tverrsnittsundersøkelse fant man at ungdom utsatt for vold og overgrep hadde dårligere helse, mer psykiske plager, høyere medikamentbruk, økt forbruk av rusmidler, tidligere seksuell debut og økt voldsbruk (11). Videre er slike livsstilsvansker og forstyrret nevrobiologi forbundet med økt sykelighet og død både av psykiatrisk og somatisk sykdom, som rusmisbruk, selvmord, depresjon, hjertekarsykdom, kreft og diabetes type II (12).

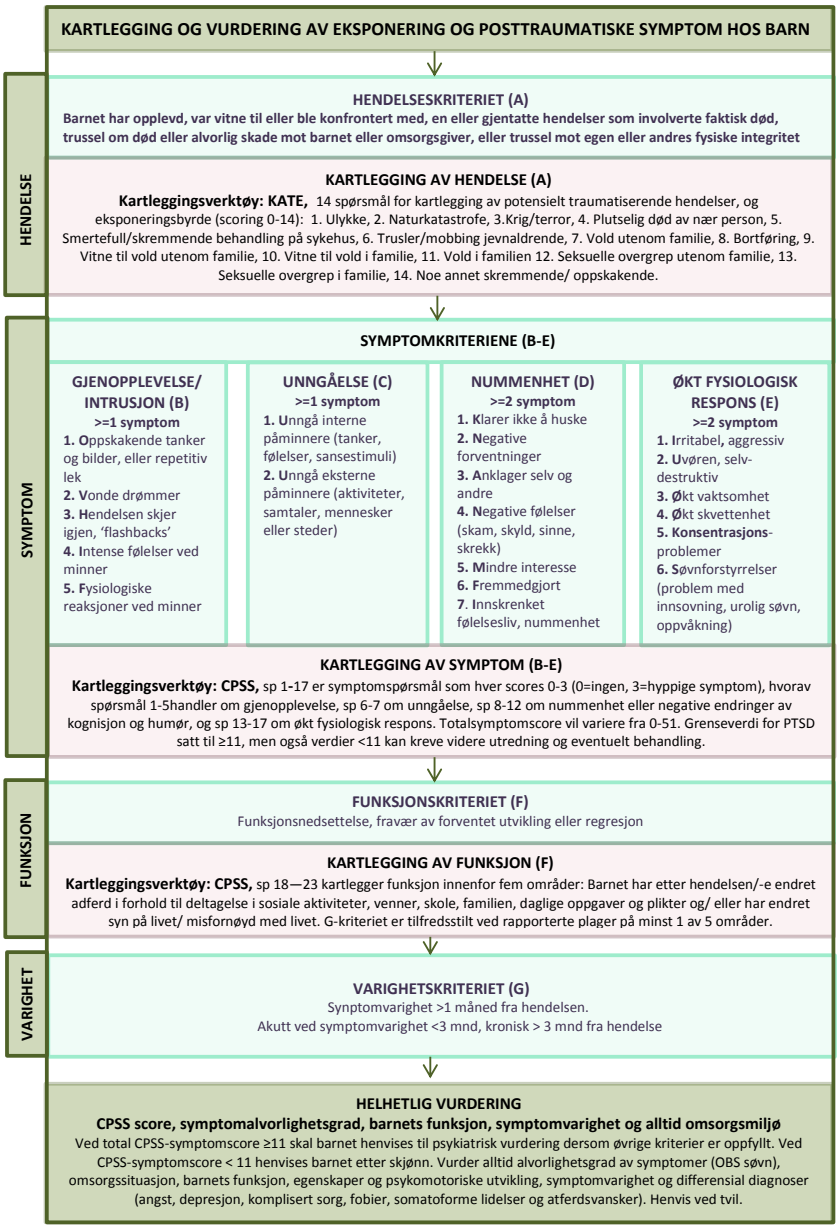
PTSD

For å få diagnosen PTSD må barnet ha vært utsatt for en eller flere potensielt traumatiserende hendelser, og i etterkant ha utviklet stressreaksjoner som forstyrrer barnet i hverdagen, se modell. Eksempel på slike hendelser er alvorlige trafikkulykker, en naturkatastrofe, krigshandlinger, plutselig død av nær person, smertefull eller skremmende behandling på sykehus, trusler/mobbing jevnaldrende, vold, vitne til vold eller seksuelle overgrep i eller utenom familien, eller noe annet veldig truende, forvirrende, skremmende eller oppskakende. De utløsende hendelsene kalles hendelses-, eller A-, kriteriet, og kan kartlegges ved hjelp av kartleggingsverktøy for traumeerfaringer (KATE) (13).

I foreslåtte DSM-V deles de posttraumatiske symptomene inn i 4 akser; gjenopplevelse, unngåelse, nummenhet og økt fysiologisk respons (14). Disse fire aksene kalles symptomkriteriene, B, C, D og E. Gjenopplevelsessymptomene (B) karakteriseres ved at barnet stadig får forstyrrende følelser av å gjenoppleve hendelsen i hverdagen, gjennom oppskakende tanker og bilder, vonde drømmer og intense minner. Hos barn kan gjenopplevelse klinisk observeres som repetetiv lek. Unngåelsessymptomene (C) er barnets strategier for å unngå tanker, følelser, sansestimuli, aktiviteter, samtaler, mennesker eller steder som minner om hendelsene. Nummenhetssymptomene (D) beskriver negative endringer av barnets tanker og følelsesliv, som økt mistillit til seg selv og andre, følelse av å være fremmedgjort, negative forventninger til livet og mindre interesse for hverdagslige aktiviteter, og følelser av skam, skyld, sinne eller skrekk. Symptom på økt fysiologisk respons (E) kan arte seg som økt irritabilitet, aggressivitet, uvørenhet, vaktsomhet eller skvettenhet, konsentrasjonsproblemer eller søvnforstyrrelser. Symptombyrden kan kartlegges ved bruk av Child PTSD Symptom Scale (CPSS) som er et validert kartleggingsverktøy oversatt til norsk og utprøvd på norske barn. Skalaen danner et kontinum som mål for symptombelastning (15, 16). I tillegg er det noen enkeltsymptom er så belastende for barnet at de i seg selv kan utgjøre en trussel mot barnets utvikling og helse. Det gjelder blant annet ved alvorlige søvnforstyrrelse eller sosial isolasjon.

Varighetskriteriet (F) krever at symptomene må ha vart i minst en måned fra hendelsen/e inntraff. De klassifiseres som akutte ved varighet under 3 måneder og som kroniske ved varighet over 3 måneder.

Videre må symptomene i henhold til funksjonskriteriet (G) medføre funksjonsnedsettelse. Hos barn kan funksjonsnedsettelse fremtre som fravær av forventet utvikling, "Sånn har han alltid vært…", eller tydeliggjøres i form av regressiv atferd.



Figur 1.

Helhetsvurdering av symptombyrde og alvorlige enkeltsymptom, barnets egenskaper, omsorgsmiljø og differensialdiagnostiske vurderinger avgjør behovet for videre utredning (2). Angst, depresjon, komplisert sorg, fobier, somatoforme lidelser og adferdsvansker er vanlige differensialdiagnoser til PTSD. I tillegg er det også stor grad av komorbiditet mellom disse tilstandene.

Modell for kartlegging og vurdering av eksponering og posttraumatiske symptom hos barn

Veiledende klinisk modell, for kartlegging av eksponering for traumatiske hendelser og posttraumatiske stressymptomer hos barn og ungdom. Modellen tar utgangspunkt i diagnosekriteriene foreslått for PTSD hos barn i DSM-V og kartleggingsverktøyene KATE og CPSS, for en helhetlig vurdering av barns posttraumatiske stressymptomer. DSM-kriteriene følger turkis, mens kartlegging av eksponering og symptomer er farget rosa, og forslag til utredning grønn. (Figur 1)

Behandling av PTSD

Barn med PTSD har opplevd at en bit, eller store deler, av verdenen deres har vist seg truende og uforutsigbar. Stabilitet og forutsigbarhet hjemme, på skolen og i behandlingssituasjonen er derfor viktig for at barnet igjen skal kunne føle seg trygg, og utvikle tillit til at deres verden er et godt sted å være. Tiltak for å sikre tryggheten rundt barnet varierer individuelt fra støttesamtaler med urolige, omsorgsfulle foreldre til omsorgsovertagelse til barnevernet, psykologisk pedagogisk (PPT) oppfølging i skolen eller samtaler med helsesøster. Samordning av tiltak av fastlegen, som kan sikre god kommunikasjon mellom de involverte partene, vil være avgjørende for at behandling og støttetiltak fungerer samlet og støttende rundt barnet.

Britiske National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) har evaluert randomiserte, kontrollerte studier for behandling av PTSD hos barn, og anbefaler bruk av traumefokusert kognitiv atferdsterapi (TF-CBT) (17). TF-CBT for barn og unge integrerer kognitiv atferdsterapi og familieterapeutiske intervensjoner. Blant viktige intervensjoner er psykoedukasjon, avspenning- og affektreguleringsteknikker, konstruksjon av traumenarrative og kognitive mestringsteknikker (18). Omsorgsgiver involveres i behandlingen der dette ikke er kontraindusert (som ved pågående mishandling i hjemmet).

Det store spennet i type hendelse, reaksjoner og omsorgssituasjon ivaretas i TF-CBT ved fleksibilitet i modellen, slik at terapeuten kan bruke mer tid på enkeltfaser i saker der dette er hensiktsmessig. Metoden er tenkt som en korttidsintervensjon (18). NICE (17) understreker at de anbefaler tidlig intervensjon ved PTSD hos barn.

Kliniske implikasjoner

Barn som utvikler symptomer på posttraumatisk stress og vedvarende nedsatt funksjonsnivå, tilpasningsvansker, regresjon eller manglende forventet utvikling etter eksponering for traumatiske hendelser trenger hjelp. Hvis vi tolker epidemiologiske funn med forsiktighet, kan vi estimere at 10 % av barnepopulasjonen utsettes for alvorlige potensielt traumatiserende hendelser, og at 1/3 av disse utvikler PTSD (19). Denne gruppen vil være overrepresentert i barnemedisinsk sammenheng. Klinikerens oppgave blir da å kartlegge eksponering og posttraumatiske symptomer som grunnlag for vurdering og videre henvisning. Ved utredning av en rekke kroniske plager bør man vurdere om symptomene har sammenheng med uavdekte ytre stressorer eller bakenforliggende hendelser. Barn skjuler ofte erfaringer de antar at de voksne ikke tåler å få kjennskap til (20). Det vil derfor være opp til klinikeren å åpne for at vanskelige hendelser, historier og plager kan snakkes om. Kartverktøyene KATE og CPSS kan fungere som hjelpemidler for å ufarliggjøre og åpne for samtale rundt barns traumer. Flere studier viser til at det er lettere for klinikere å spørre etter traumeerfaringer dersom dette innføres som rutine i klinikken (21). Det kan være greit å starte med en generell uttalelse som " Vi vet at mange barn og ungdom opplever forferdelige hendelser, og at dette gjør at noen kan bli syke. Derfor spør vi alle som kommer til oss om de har opplevd noe av det vi har på denne listen". De aller fleste barn og familier blir lettet over at helsepersonell tar initiativ til å snakke om vanskelige hendelser. Snakk både med barnet og de voksne, sammen og eventuelt hver for seg. Det er vist at informasjon kun fra omsorgsgiver kan hindre innsikt i barnets historier og symptomatologi. Dette gjelder kanskje spesielt for yngre barn (22).

Noen praktiske råd for en helhetlig vurdering

Basert på anbefalinger for barnepsykiatrisk kartlegging i primærhelsetjenesten, og anbefalinger til utredning i sykehus (2, 23) presenterer vi her noen praktiske råd til hjelp ved kartlegging og utredning, se tabell.

Dette danner grunnlag for den helhetsvurderingen som kreves for effektiv intervensjon og behandling. Husk differensialdiagnostikk. En henvisning til BUP krever helt konkret at man angir symptomene barnet har som tegn på overbelastning eller patologi i tillegg til traumeeksponering. Barnevernet trenger så konkrete opplysninger som mulig om traumeeksponering, symptom og oppvekstmiljø.

Avslutning

De fleste barn som blir utsatt for potensielt traumatiserende utvikler ikke posttraumatiske stressreaksjoner. Utfordringen er å identifisere de barna som etter eksponering for belastende hendelser strever med symptomer som overgår egen og omsorgsmiljøets mestringsevne. Dette krever kartlegging av eksponering for potensielt traumatiserende hendelser og symptomtrykk. Vi foreslår bruk av kartleggingsverktøy tilpasset norske forhold, KATE og CPSS. Ved posttraumatiske stressreaksjoner hos barn er den helhetlige vurderingen av barnets

1. Eksponering
Kartlegg traumeeksponering ved hjelp av KATE.

2. Symptomene
Utforsk symptomene og tilleggs-symptomer. Bruk kartleggingsverktøyet CPSS, se modell. Hvor stor er symptom-byrden? Er det noen symptomer som i seg selv krever intervensjon, som søvnvansker, sosial isolasjon eller funksjonsnedsettelse?
Foreligger fysiske, emosjonelle, kognitive forstyrrelser og/eller atferdsvansker?

3. Barnets utvikling og personlige egenskaper
Vurder barnets utvikling og personlige egenskaper. Tilknytning, intelligens, sosiale egenskaper, hørselshemming, bevegelseshemming, osv.

4. Omsorgsmiljø og risikofaktorer
Still direkte spørsmål med henblikk på aldersadekvat ivaretagelse av barnets behov. Eksempler kan være spørsmål om matpakke, varm middag, rene klær, noen som er glad i og støtter deg, hjelp med lekser, kjefting osv. "Hvordan har dere det hjemme?". Vurder omsorgsgivers evne og vilje til å håndtere hverdagen og til å bygge en trygg, forutsigbar, kjærlig relasjon til barnet. Kartlegg risikofaktorer for dårlig omsorg som diskontinuitet i omsorgsrelasjonen, omsorgsgivers egen traumebyrde, samlivsproblemer, rus, somatiske og psykiske lidelser og dårlig indre arbeidsmodell av barnet (som ved kjefting, negativ omtale, eller negativ holdning til barnet) (2, 5).

symptomer, helse, utvikling og omsorgsmiljø avgjørende for vurdering av tiltak. God støtte og behandling vil ofte kreve tverrfaglig samarbeid rundt familiene. Hvis PTSD blir identifisert er traumefokusert kognitiv atferdsterapi (TF -CBT) en validert behandlingsform hos barn og unge, og viser til gode resultater i randomiserte, kontrollerte studier. Prognosen for de fleste av disse utsatte barna er god hvis omsorgssituasjonen deres trygges og de får tilgang til adekvat behandling.

Takk til kollegaer for gode innspill

Referanser

1. Pynoos RS, Steinberg AM, Piacentini JC. A developmental psychopathology model of childhood traumatic stress and intersection with anxiety disorders. Biol Psychiatry. 1999; 46: 1542-54.
2. Grøholt B, Sommerschild H, Garløv I. Lærebok i barnepsykiatri. Oslo: Universitetsforl.; 2008.
3. Lanius RA, Vermetten E, Pain C, editors. The impact of early life trauma on health and disease. The Hidden Epidemic. 1 ed. Cambridge: Cambridge University Press; 2010.
4. Kaufman J et al. Social supports and serotonin transporter gene moderate depression in maltreated children. Proc Natl Acad Sci U S A. 2004; 101: 17316-21.
5. Killén K. Sveket, I, Barn i risiko- og omsorgssviktsituasjoner. Oslo: Kommune-forlaget; 2009.
6. Shannon MP, Lonigan CJ, Finch Jr AJ, Taylor CM. Children Exposed to Disaster: I. Epidemiology of Post-Traumatic Symptoms and Symptom Profiles. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry 1994;33: 80-93.
7. Yule W, Bolton D, Udwin O, Boyle S, O'Ryan D, Nurrish J. The Long-term Psychological Effects of a Disaster Experienced in Adolescence: I: The Incidence and Course of PTSD. Journal of Child Psychology and Psychiatry. 2000; 41: 503-11.
8. Ackerman PT, Newton JEO, McPherson WB, Jones JG, Dykman RA. Prevalence of Post Traumatic Stress Disorder and Other Psychiatric Diagnoses in Three Groups of Abused Children (Sexual, Physical and Both). Child Abuse & Neglect. 1998; 22: 759-74.
9. Green BL, Chung JY, Daroowalla A, Kaltman S, DeBenedictis C. Evaluating the Cultural Validity of the Stressful Life Events Screening Questionnaire. Violence Against Women. 2006; 12: 1191-213.
10. Claussen AH, Crittenden PM. Physical and psychological maltreatment: Relations among types of maltreatment. Child Abuse & Neglect. 1991; 15: 5-18.
11. Mossige S, Dyb G. Voldsutsatte barn og unge i Oslo: forekomst og innsatsområder for forebygging. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring; 2009.
12. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, et al. Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. American Journal of Preventive Medicine 1998; 14.
13. Jensen T, Ormhaug SM, Holt T. Kartleggingsverktøy for traumeerfaringer (KATE). Oslo: Nasjonalt Kunnskapssenter om Vold og Traumatisk Stress (NKVTS), www.nkvts.no; 2011 [updated 26.04.2011].
14. APA. 309.81 Posttraumatic Stress Disorder, DSM-5 Development, Proposed Revision, www.psych.org. Arlington2010; http: //www.dsm5.org/ProposedRevisions/Pages/proposedrevision.aspx?rid=165].
15. Foa, Johnson, Feeny, Treadwell. Child PTSD Symptom Scale (CPSS). Oversatt ved Nasjonalt Kunnskapssenter om Vold og Traumatisk Stress (NKVTS), www.nkvts.no; 2008 [cited 2011].
16. Foa EB, Johnson KM, Feeny NC, Treadwell KR. The child PTSD Symptom Scale: a preliminary examination of its psychometric properties. J Clin Child Psychol. 2001; 30: 376-84.
17. NICE. Post-traumatic stress disorder. The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. London: National Institute for Clinical Excellence2005.
18. Jensen T. Posttraumatisk stress hos barn og unge – forståelse og prinsipper for behandling. Tidsskrift for Norsk psykologforening. 2011; 48: 17-23.
19. Finkelhor D, Turner H, Ormord R, Hamby S, Kracke K. Children's exposure to Violence: A comprehensive National Survey Juvenile Justice Bulletin [serial on the Internet]. 2009.
20. Bluebond-Langner M. The private worlds of dying children. Princeton, N.J.: Princeton University Press; 1978.
21. Lothian J, Read J. Asking About Abuse during Mental Health Assessments: Client's Views and Experiences New Zealand Journal of Psychology. 2002; 31: 98-103.
22. Dyb G, Holen A, Brænne K, Indredavik MS, Aarseth J. Parent-child discrepancy in reporting children's post-traumatic stress reactions after a traffic accident: Nordic J Psychiatry; 2003.
23. Myhre MC, Lindboe AW, Dyb G. Oppdager sykehusene barnemishandling?: en kartlegging av utredningspraksis. Oslo: NKVTS og Oslo universitstssykehus [sic]; 2010.

DEBATT:

Avansert hjemmesykehus - hva er egentlig gevinsten?

Jens Grøgaard presenterer avansert hjemmesykehus (AHS) ved barneavdelingen Ullevål sykehus OUS (Ullevål) i en lengre artikkel i Paidos nummer 29(1). Hans konklusjon er at AHS er et godt faglig tilskudd til barnemedisinen og reduserer behovet for heldøgnssenger i avdelingen. Det hevdes også at de totale kostnadene reduseres begrunnet med at kostnadene for inneliggende pasienter på akuttpost sammenlignes med pasienter i AHS hvor personalkostnaden er i følge Grøgaard er 1/3 av kostnadene ved innleggelse.

AV ATLE MOEN, AVDELINGSOVERLEGE DR.MED BARNEAVDELINGEN VESTRE VIKEN HELSEFORETAK, DRAMMEN

Undertegnede har i tidligere i Paidos uttrykt skepsis til at denne driftsformen slik den praktiseres i Norge gjennom de såkalte NAST og NAT prosjektene ved nyfødtavdelingene ved Stavanger og Akershus universitetssykehus. AHS er en utvidelse av denne tankegangen til å omfatte hele barneavdelingens pasient populasjon.

Sammenligning mellom avdelinger kan være krevende fordi det er ulikheter i populasjonene mht. alders sammensetning og etnisitet. Hvordan dette skal kompenseres for er ikke gitt, men dersom forskjellene i sengetall er betydelige er det allikevel grunn til å stille spørsmålstegn ved om ikke andre grep mht. driften ville gitt et bedre resultat både økonomisk og kvalitativt.

Tabell 1 er et forsøk på å objektivisere noen av forskjellene og likhetene mellom de tre avdelingene med lokalsykehus funksjon i Oslo området. Antall senger er satt etter forespørsel til klinikksjef Jan Petter Odden ved Barneavdelingen Akershus universitetssykehus (Ahus), avd.sjef Anne Amdam, Barneklinikken OUS og avd.sjef nyfødt intensiv OUS Sverre Medbøe samt tall fra egen barneavdeling i Vestre Viken HF Drammen (VV). Befolkningsstatistikk er hentet fra statistisk sentralbyrå og Oslo kommunes befolkningsstatistikk 2009 og 2010 tilgjengelig via Internett. Antall med innvandrerbakgrunn representerer antall personer i hvert sykehusområde med opprinnelse fra Asia med Tyrkia, Afrika eller Sør- og Mellom-Amerika og er således ikke tall for barn spesielt, men for hele innvandrer populasjonen. I beregningen av sengetallet er bare sykehussenger inkludert og ikke senger i AHS eller NAT. Ahus opplyser at de har 3 behandlingsplasser for nyfødte i hjemmet hvilket tilsvarer 0,5 per 1000 fødsler. Antall senger totalt etter nyfødtperioden gjenspeiler avdelingenes barnesenter funksjon hvor en del senger brukes til barn som behandles i andre avdelinger, hovedsakelig ulike kirurgiske pasientgrupper. Rene barnemedisinske senger gir tallet på senger som belegges med barn innlagt og behandlet i barneavdelingen.

Tabell 1

	Ahus	VV	Ullevål
Barn under 16 år totalt	102474	92289	85047
Barn under 5 år	38349	33477	40495
Barn 5-16 år	64125	58817	44552
Antall fødsler	6007	5134	8660
Antall senger tot. etter nyfødtperioden	38	29	52
Antall senger kun barnemedisin	29	23	42
Antall senger nyfødt	23	18	29
Tot senger	61	47	81
Nyfødt senger per 1000 fødsler	3,8	3,5	3,3
Barne senter senger/1000 barn	0,37	0,31	0,73
Senger barnemed/1000 barn	0,28	0,25	0,49
Personer med innvandrerbakgrunn	59359	29096	68769

Tallene viser status etter at hovedstadsprosessen er gjennomført med flytting av barnebefolkningen i Asker og Bærum fra RH til VV og barnebefolkningen i Grorud, Stovner og Alna bydeler til Ahus.

Ahus er nå den avdelingen i hovedstadsområdet med den største barnebefolkningen < 16 år etterfulgt av VV. Ullevål sykehus lokalsykehusområde er totalt sett det med færrest barn under 16 år, men alderssammensetningen i Oslo er annerledes ved at Oslo har betydelig flere fødsler. Barnebefolkningen under 5 år er 17% større i Oslo enn i VV og 5% større enn i Ahus sitt opptaksområde. Tilsvarende er barnebefolkningen i VV 5-16 år 24% større og ved Ahus 31% større enn ved OUS Ullevål .
Det er fortsatt flest personer med innvandringsbakgrunn i Oslo, men etter overføring av tre bydeler med en stor innvandrerbefolkning til AHUS har Ullevål bare 15% større innvandrerbefolkning i sitt opptaksområde enn Ahus. Dermed blir disse to avdelingene ganske sammenlignbare med hensyn befolkningssammensetning både på alder og etnisitet. VV har en noe annen profil

med hensyn til disse variablene som tilsier et noe lavere antall senger. Man må imidlertid huske at innvandrerbefolkningen med denne bakgrunnen totalt sett fortsatt utgjør en mindre del av populasjonsgrunnlaget med 16% (Ullevål), 14% (Ahus) og 7% (VV) av befolkningen i opptaksområdet. Antall fødsler i Ullevåls innvandrer befolkning utgjør 22% av alle fødsler i opptaksområde. Tallet på barn med innvandrerbakgrunn må derfor antas å ligge høyere enn fordelingen av innvandrere generelt i befolkningen skulle tilsi, for Oslos del trolig nærmere 22% enn 16%.

Hvis man ser på antall nyfødtsenger er det noen variasjoner hvor Ullevål har 0,2/1000 senger færre enn VV. I følge avd.sjef Sverre Medbøe ble tallet redusert fra 36 til 32 senger i forbindelse med opprettelsen av hjemmesykehus for nyfødte i 2002 og ytterligere redusert til 29 senger fra 1/1-11. Ahus har flest nyfødt senger med 3,8/1000 på tross av et hjemmesykehus tilbud med 0,5 senger per 1000 fødsler.

Innen nyfødtmedisin finnes det sammenlignbare tall som illustrerer mulige effekter av å bygge opp et hjemmesykehus tilbud for å få barna tidligere ut fra nyfødt avdelingen. Karolinska sjukehuset, Danderyd har et slikt hjemmesykehus for nyfødte som skrives tidlig ut fra avdelingen. Danderyd har ca 10 000 fødsler per år og behandler barn fra 27 uker, men ikke barn med respiratorbehov. Danderyd har 24 senger for nyfødte, altså 2,4/1000 fødsler med ca 10 pleieplasser i hjemmeteam (Overlege Bjørn Westrup personlig meddelelse). Her er det mulig å se effekten av hjemmesykehus for nyfødte ved at antallet senger inne i sykehuset er redusert med 1,1/1000 sammenlignet med nivået i VV og 1,4 sammenlignet med Ahus. VV har ikke et hjemmesykehus prosjekt for nyfødte. For Ullevål kan man til en viss grad hevde at hjemmesykehus gir seg utslag i reduksjon i sengetallet, men om dette er som forventet sammenlignet med Danderyd avhenger av hvor mange av plassene i AHS som brukes til nyfødte. Ved et godt fungerende hjemmesykehus burde det være mulig å komme ned på sengetall som ligger i nærheten av det sengetallet Danderyd opererer med per 1000 fødsler, men det ville kreve en meget tett oppfølging av engasjerte og interesserte nyfødtleger for å sørge for at barna sendes tidlig nok ut i hjemmesykehus og at liggetiden ikke er lenger enn nødvendig. Undertegnedes erfaring er at når den siste fasen av oppholdet med spisetrening og vurdering av utskrivnings tidspunkt overlates til sykepleiergruppen blir liggetiden forlenget. Hvorvidt hjemmesykehus for nyfødte representerer en ressursmessig innsparing er jeg imidlertid ikke sikker på. Alternativet med å involvere foreldre aktivt i alle deler av pleie og stell av barnet under oppholdet vil kunne ha en effekt på ressursbruken svarende til et hjemmesykehus tilbud. Spørsmålet da blir bare hvor sengene befinner seg.

For innlagte barn etter nyfødt perioden er det imidlertid større grunn til å etterlyse den reelle effekten av AHS ved Ullevåls barneavdeling. Antallet rene barnemedisinske senger per 1000 barn i opptaksområdet er 0,28 ,0,25 og 0,49 senger for Ahus, VV og Ullevål. Ullevål har flere barn under 5 år i sin populasjon enn spesielt VV, men bare 5% flere enn Ahus. Barn under 5 år utgjør flertallet av innleggelser i en barneavdeling og en forskyvning mot lavere aldersgrupper genererer flere innleggelsesdøgn. Ahus har imidlertid 30% og VV 24% flere barn fra 5-16 år, noe som bidrar noe til å jevne ut den totale forskjellen i behovet for senger basert på alderssammensetning.

Slik jeg leser Grøgaards beskrivelse av virksomheten ved AHS er det en stor del av pasientene i den kategorien som ved vår avdeling i Drammen håndteres som dagpasienter. Dette gjelder spesielt de onkologiske pasientene, noen infeksjonspasienter og en del andre kroniker grupper. Altså er det lite å spare på sengedriften da alternativet hadde vært dagpasient virksomhet. Sammenligningen med bemannings kostnaden på en akutt post er ikke relevant når driftsgevinsten av AHS skal synliggjøres. Det er snarere grunn til å spørre seg om ikke dette er en dyrere driftsform sammenlignet med en dagenhet. Men for noen av pasientgruppene er det sannsynligvis et bedre tilbud servicemessig. Da er det en ren prioriterings med hensyn til hvor mye man er villig til å bruke på ulike pasient grupper.
Det er også grunn til å stille spørsmål ved om det er tilstrekkelig pasientgrunnlag i Ullevål sitt opptaksområde til at 10 senger i AHS lar seg fylle på en rasjonell og ressursmessig forsvarlig måte. Erfaringer fra egen avdeling gjør det litt vanskelig å se. Grøgaards henvisninger til andre skandinaviske prosjekter relaterer seg til områder med en vesentlig større barnebefolkning enn vi har i hovedstadsområdet i og rundt Oslo.

Jeg kan ikke se at den påståtte ressursbesparende effekten av AHS er dokumentert i Grøgaards artikkel ,og spesielt er den vanskelig å se for den delen av virksomheten som omfatter barn etter nyfødt perioden. Barneavdelingen Ullevål drives fortsatt med vesentlig flere heldøgns behandlingssenger enn naboavdelingene på Ahus og i VV uten at dette lar seg forklare ut ifra barnebefolkningens sammensetning eller antall.

Det er ønskelig at de ansvarlige for AHS legger frem en mer spesifikk en beskrivelse av virksomheten med tall på pasientkategorier, diagnoser, liggetid i AHS og totalt i sykehus, ressursbruk per pasient, totale kostnader per pasient og per konsultasjon i AHS før jeg synes det er mulig å ta stilling til innføring av lignende organisering i egen avdeling. Man bør også legge ut en del av de samme driftsparameterne for barneavdelingens sengeposter slik at effekten kan sees i sin sammenheng. Den som introduserer nye behandlinger og driftsformer har også et ansvar for å fremlegge forståelig og lett lesbar dokumentasjon av effekten. Dersom dette ikke finnes er det rimelig å forholde seg avventende og spørrende til implementering av en slik driftsform.

Den 19/4 fremgår det av oppslag i Dagbladet at AHS er truet av nedleggelse på grunn av ressurs situasjonen ved OUS. I en virkelighet der de økonomiske ressursene er begrenset må man kreve av nye "ressurs effektive" driftsformer at de faktisk er nettopp det og ikke bare kommer som et tillegg til øvrig drift med totalt lengre liggetid i sykehus for pasienten. Populasjonsbaserte analyser av sengetall ved de tre barneavdelingene i hovedstadsområdet gir ikke grunnlag for å konkludere med at AHS har gitt et slikt bidrag til driften av barneavdelingen Ullevål.

Inndeling og forekomst av belastende hendelser

Hva som utgjør potensielle, psykosomatisk traumatiserende hendelser for barn og ungdom er avhengig av en rekke faktorer ved selve hendelsen, egenskaper ved det enkelte barnet og omkringliggende forhold. For barn er også omsorgsgivers rolle i hendelsesforløpet; som beskytter mot fare, utøver av overgrep, eller offer for hendelsene, avgjørende for forståelse av traumets betydning, ettersom trussel om tap av, diskontinuitet i, eller forstyrrelse av relasjonen til omsorgsgiver truer både barnets 'selv' (tilknytning og integritet) og barnets vern mot farer.

AV SYNNE ØIEN STENSLAND OG HELENE FLOOD AAKVAAG, NASJONALT KUNNSKAPSSENTER OM VOLD OG TRAUMATISK STRESS (NKVTS)

Typologi

Nettopp den utviklingsbetingede balansen mellom 'farer i verden', og barnets tilgang til indre og ytre beskyttende vern, er kanskje nøkkelen til forståelse av potensielt traumatiserende hendelser hos barn og ungdom (1).

I klinisk praksis betyr dette at barnet, klinikeren og eventuelt omsorgsgiver, sammen må kartlegge om barnet har vært utsatt for noe veldig skremmende eller oppskakende, og hva denne eller disse hendelsen/-e eventuelt bestod av. Selv om belastende hendelser må defineres individuelt, ut fra en helhetlig vurdering, kan det være hensiktsmessig å ha noe kjennskap til traumekategorisering for å 'rydde hodet' i møtet med komplekse kliniske problemstillinger.

Det er vanlig å skille enkelthendelser fra vedvarende eksponering, og interpersonlige hendelser fra kollektive. Ulykker, krig eller katastrofer er hendelser som rammer kollektivt, mens interpersonlige hendelser rammer innenfor barnets relasjoner til nære, bekjente eller fremmede. WHO subklassifiserer videre både interpersonlige og kollektive traumer som emosjonelle, fysiske og/eller seksuelle traumer, og/eller neglekt/deprivasjon (2). Interpersonlige hendelser kan variere fra tap av signifikante andre ved død eller skilsmisse, egen eller andre næres alvorlige psykiske eller somatiske sykdom, vold fra fremmed i offentlig rom, eller vedvarende overgrep og neglekt innenfor husholdet. Gjentatte interpersonlige traumer, enten de forekommer i en krigssone eller innenfor et hushold, er forbundet med stor grad av morbiditet og også mortalitet, og skadepotensialet tiltar jo tidligere barnet utsettes, jo nærere overgriper står barnet relasjonelt, jo mer uforutsigbare hendelsene er og jo lengre barnet eksponeres (3,4). Å bevitne vold mellom foreldre er en annen kategori hendelser som er av spesiell betydning for barn på grunn av deres fysiske og emosjonelle avhegighet av omsorgsgiver. Disse erfaringene klassifiseres ofte under emosjonelle, interpersonlige traumer. Alvorlig vanskjøtsel eller neglekt er også forbundet med høy grad av morbiditet og mortalitet (4). Tradisjonelt defineres neglekt under belastende livserfaringer, men WHO har valgt å la voldsdefinisjonen omfatte deprivasjon (2). For emosjonelle, fysiske og seksuelle overgrep og fysisk, kognitiv og emosjonell neglekt som forekommer innenfor husholdet er samlebetegnelsen omsorgssvikt -barnet er sveket (5).

Forekomst

Traumebyrden i barnepopulasjonen fordeler seg også ujevnt, slik at de barna som eksponeres for alvorlige hendelser også er mer utsatte for multitraumatisering og reviktimisering. Finkelhor et al. så på vold mot barn, i en omfattende, amerikanske studie fra 2008, og fant at omkring 60% av alle barn og ungdommer opplevde en eller flere belastende hendelser i løpet av siste år. Av disse opplevde 10% 5 eller flere belastende hendelser, og 10% opplevde omsorgssvikt (3). Disse tallene står i overensstemmelse med funn fra norske undersøkelser av interpersonlige traumer blant ungdom, der man blant annet har funnet at 1 av 4 har vært utsatt for ungdomsvold, og 8% oppgir noen gang å ha blitt utsatt for grov vold fra foreldre. Forekomsten av seksuelle overgrep i aldersgruppen 15-16 år lå på omkring 4%, fordelt ulikt mellom kjønnene med forekomst på 6% for jenter og 1.5% for gutter (6). Myhre med kollegaer har sett på omsorgssvikt-betingede skader utredet på legevakt eller sykehus, og funnet at 1/3 av skadene hos barn under 18 måneder og 1/10 av skadene hos barn under fem år skyldes mishandling (7). Vi kjenner ikke til prevalenser på andre type hendelser, som plutselig død i nær familie eller ulykker og katastrofer hos norske barn og ungdommer (8) .

Risikoen for å oppleve traumer og økt traumebyrde er høyere for ungdom med spesielle problemer som hørselshemming, bevegelseshemming eller psykisk utviklingshemming, eller med omsorgsgivere med spesielle problemer, enten det dreier seg om rus, psykisk eller somatisk sykdom, samlivs problemer eller økonomiske vansker. Ungdom av foreldre med innvandrerbakgrunn eller lav utdannelse har også noe økt risiko for voldseksponering (5,6).

1Referanser

1. Pynoos RS., Steinberg AM., & Piacentini JC. A developmental psychopathology model of childhood traumatic stress and intersection with anxiety disorders. Biological Psychiatry 1999; 46: 1542-1554.
2. Krug, EG et al. World report on violence and health, World Health Organization. Geneva: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. 2002
3. Finkelhor D., Turner H., Ormord R., Hamby S., & Kracke K. Children's exposure to Violence: A comprehensive National Survey Juvenile Justice Bulletin. Retrieved from www.ojp.usdoj.gov/ojjdp 2009
4. Klevens J., & Leeb RT. Child maltreatment fatalities in children under 5: Findings from the National Violence Death Reporting System. Child Abuse and Neglect 2010; 34: 262-266.
5. Killén, K. Sveket, I, Barn i risiko- og omsorgssviktsituasjoner. Oslo: Kommuneforlaget. 2009
6. Mossige, S., & Dyb, G. Voldsutsatte barn og unge i Oslo: forekomst og innsatsområder for forebygging. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring. 2009; Vol. 22
7. Myhre, M. C., Lindboe, A. W., & Dyb, G. Oppdager sykehusene barnemishandling?: en kartlegging av utredningspraksis. Oslo: NKVTS og Oslo universitstssykehus. 2010
8. Jensen, T. Posttraumatisk stress hos barn og unge – forståelse og prinsipper for behandling. Tidsskrift for Norsk psykologforening 2011; 48, 17-23.

Utkantssykehus i Østnepal trenger ny og bedre kuvøse!

Okhaldunga Community Hospital.

Hvert år dør 4 millioner nyfødte i løpet av de første måneder av livet, de fleste i utviklingsland. Årtusenmål for å redusere barnedødeligheten oppnås ikke hvis ikke vi klarer å reduserer dødeligheten blant nyfødte barn, spesiel gjelder det i Subsahara- og SØ- Asia regionen. Flere millioner barn kan reddes med relativ lav kostnadsinnsats. Ledere i rike nasjoner og UN må ta ansvar for sine løfter om å øke bistanden og gjør fremgang i der hvor problemene er store (Horton, 2005).

AV STEFAN KUTZSCHE, REDAKTØR OG ERIK BØHLER, OKHALDHUNGA COMMUNITY HOSPITAL, UNITED MISSION TO NEPAL
FOTO: ERIK BØHLER

Som andre sykehus i Nepal foreligger det markante behov og det trengs hjelp til finansiering av livsnødvendig utstyr. Sykehuset i Okhaldhunga distrikt, er det eneste i et område på 900 km^2 med ca. 200 000 innbyggere (Bøhler, 2010). Distriktet er uveisomt og terrenget består av fjell, gjennomskåret av elvedaler, med en høyde over havet fra 600 til 3.500 meter.

Sykehuset har nå ca. 500 fødsler i året. Ca. 90 prosent av alle fødseler i distriktet skjer i hjemmene. Barn som blir innlagt på sykehuset er problem-fødsler. Nyfødte med fødselskomplikasjoner, premature barn og syke spebarn trenger å ligge i kuvøse (av fr. couveuse, rugehøne). Nyfødte som har blitt født hjemme og så blir syke, trenger behandling i kuvøse. Dette gjelder særlig premature som fødes hjemme om vinteren, og så bringes til sykehuset med hypotermi, spiseproblemer og infeksjoner.

Okhaldunga sykehus har to kuvøser hvorav den ene er håndlaget som en kasse i glass og treverk og som varmes opp av tre lyspærer. Det er laget hull for oksygeninntak på toppen. Hele fronten må åpnes for å få tilgang til barnet, og dermed blir det lett kaldt (illustrasjonsfoto 1).

Den andre kuvøsen er 20 år gammel og produsert i Nederland. Glasset både på oversiden og foran er sprukket, og begge lukene i forsiden er ødelagt. Den brukes bare i nødsituasjoner og i mangel av noe annet (illustrasjonsfoto 2). Ingen av kuvøsene er hensiktsmessig til for eksempel lysbehandling av nyfødte, heller ikke til å holde på varmen om vinteren i dette fjelldistriktet.

Det er en utfordring å behandle barn med kuvøser som holder en standard under det man hadde rundt 1900 i Europa og USA, f.eks. Tarniers kuvøse (Baker, 2000). I mange land er tilgjengeligheten for brukbare kuvøser begrenset pga den høye utstyrskostnaden dette medfører ($ 1500 - $ 2500 per enhet) samt utgifter for vedlikehold. Alternative løsninger med selvkonstruerte kuvøser med en veldig enkel design har fått utgiftene ned til $ 50 per enhet (Lipper, 2009). Slike enkle kuvøser kan kombineres med fototerapi og har vært i bruk på sykehus i Nicaragua, Guatemala, Sør-Afrika, Malawi, og Botswana der det ikke fantes bedre alternativer. I 2006 fikk sykehuset i Førde donert en ny kuvøse for en verdi av 300,000.- norske kroner (NRK, 2006). Prisen for indisk produserte kuvøser i Kathmandu ligger på ca. 20,000 norske kroner. Sykehuset i Okhaldunga har nå tatt initiativ til å få en bedre kuvøse til de mange syke nyfødte som trenger hjelp.

Litteratur

1. Baker, J.P., 2000. Historical Perspective: The Incubator and the Medical Discovery of the Premature Infant. Journal of Perinatology 5, 321–328.
2. Bøhler E., 2010.Utkantmedisin i Nepal. Tidsskr Nor Legeforen 24, 130, 2506-2508 http://pdf.tidsskriftet.no/tsPdf.php
3. Horton, R., 2005. The Lancet's neonatal survival series. The Lancet http://www.thelancet.com/collections/neonatal_survival.
4. Lipper, A., 2009. Neonatal incubator and b ilirubin phototherapy device. http://enx.org/content/m19530/1.2/
5. NRK, 2006. http://nrk.no/nyheter/distrikt/nrk_sogn_og_fjordane/1.494325

Vår hjemmesnekrede kuvøse.

Vår 20 år gamle kuvøse.

Tvillinger i hjemmesnekret kuvøse.

Sykepleier sondeforer prematur i vår gamle kuvøse.

Førstehjelp til barn etter katastrofer og andre traumatiske hendelser

Etter en katastrofe og andre traumatiske eller svært skremmende hendelser er det mange familier som vil greie å komme over hendelsen etter en tid. Støtte fra familie, venner og organisasjoner vil være svært verdifullt i å forstå og bearbeide det de har opplevd. Tiden det tar å bearbeide hendelsene, vil være avhengig av hvor alvorlig opplevelsene var, hvordan evakueringen skjedde, og ikke minst av skader og tap. Noen familier vil kunne vende tilbake til vanlige rutiner i et intakt hjem, andre vil måtte forholde seg til å ha mistet et familiemedlem. Barn vil trenge tid til å forstå og bearbeide tap. I tillegg kan fysiske skader og nødvendig medisinsk behandling være en belastning.

AV GRETE DYB, DR.MED. , SPESIALIST I BARNE- OG UNGDOMSPSYKIATRI

Barns fungering vil være avhengig av hvordan foreldre og andre nære personer mestrer situasjonen. Barn vender seg til voksne for informasjon, trøst og hjelp. Det er viktig at foreldre forsøker å være rolige og forståelsesfulle for de ulike reaksjoner barn viser.

De følgende reaksjoner er vanlig hos barn etter å ha opplevd katastrofer:

- Frykt for egen sikkerhet og sikkerhet for andre
- Frykt for å være borte fra foreldre og familemedlemmer
- Klenging til foreldre, søsken eller lærere
- Redsel for nye hendelser (ny flodbølge, andre farer)
- Økt aktivitetsnivå (rastløshet)
- Nedsatt oppmerksomhet og konsentrasjon
- Tilbaketrekning fra andre mennesker
- Sinneutbrudd
- Aggresjon rettet mot foreldre, søsken, venner
- Fysiske plager som hodepine og vondt i magen
- Skoleproblemer (f.eks. nedsatt yteevne)
- Vedvarende fokus rettet mot hendelsen, f.eks. gjentatte fortellinger om hendelsene eller gjentagelser i lekesituasjoner
- Følsom for påminnelser av hendelsen
- Forandret søvnmønster
- Endret appetitt
- Mindre interesse for daglige aktiviteter, inkludert lek med venner
- Gjøre ting slik de pleide å gjøre når de var yngre (barnslig lek eller språk, suge tommel, tisse i sengen etc)
- Noen ungdommer kan vise tendens til å gjøre dristige ting som å involvere seg i farlige aktiviteter, bruke rusmidler etc.

Denne listen vil ikke gjelde alle barn og omfatter heller ikke alle tegn barn viser. Imidlertid vet vi fra lang erfaring med barn etter store katastrofer, at disse reaksjonene opptrer ofte.

Hva kan foreldre og andre gjøre for å hjelpe barnet ?

Foreldre bør bruke mye tid på å snakke med barna om det som har skjedd, og forklare dem at det er greit å stille spørsmål og fortelle om det de er opptatt av. Det er ofte vanskelig å finne god tid til å gi rom for samtaler med barna i denne situasjonen. De mest naturlige situasjoner er felles måltider og sengetid, som kan skjermes for andre forstyrrelser (f.eks. telefoner). Foreldre kan fortelle barn hva som har skjedd i familien, med venner og i katastrofeområdet dersom barna er opptatt av det. Ærlig og forståelig informasjon er viktig for at barn skal ha mulighet til å fatte hva de har opplevd og det som skjedde rundt dem. Sjekk at barna har forstått ved å spørre dem om deres mening og tanker rundt det dere snakker om. Spørsmål kan komme opp flere ganger og foreldre bør være tålmodig og åpen for å gjenta svar. Etter slike samtaler kan det være fint å lese en favorittbok eller gjøre en annen aktivitet sammen med familien for å understreke trygghet og fellesskap.

I denne situasjonen har vi følgende råd til foreldre:

- Forsøk å være rolig
- Samtaler mellom voksne kan i unødvendig grad skremme barn, vær oppmerksom på hva barn overhører
- Begrens tilgang til mediadekningen både på internett, TV, radio og aviser (særlig TV-bilder kan forverre barns stressopplevelser)
- Forsikre barna om at de er trygge, og tilbring mye tid sammen (utendørs aktiviteter, lesestunder eller lignende). Vis omsorg og kjærlighet.
- Erstatt tapte gjenstander som kosedyr o.l. snarest
- Dersom barnet kjenner flere som har vært i fare, gi barnet informasjon om hvordan de har det nå
- Fortell barnet positive ting om hjelpearbeidet og alt som gjøres for å komme andre til unnsetning i området og her hjemme
- Vær oppmerksom på at barnet får nok hvile, mosjon og skikkelige måltider
- Forsøk å opprettholde daglige rutiner i

mest mulig grad
- Forsøk å opprettholde regler og avtaler i hjemmet slik som før
- Ved skolestart trenger barn ekstra oppfølging (f.eks. med leksearbeid og samvær med venner). Gjør avtaler med skolen og senk kravene etter barnets behov den første tiden.
- Hjelp barnet med å komme igang med fritidsaktiviteter som samvær med venner, sport og andre strukturerte avtaler.
- Ved sengetid vil barna trenge ekstra støtte, og kan være spesielt følsom for å bli forlatt alene på rommet. Ha tålmodighet og start leggingen tidlig slik at dere har ekstra tid sammen.
- Hjelp barna til å se håp. Selv i de vanskeligste situasjoner, er det viktig å opprettholde optimisme om fremtiden og se postitive ting i verden og nærmiljøet. Det kan hjelpe dem til å komme gjennom selv de mest utfordrende situasjoner.
- Søk profesjonell hjelp dersom du har spørsmål eller er bekymret for barnet ditt.

Denne listen av tiltak er ikke ment som en oppskrift på hvordan foreldre må opptre. Den er basert på erfaringer foreldre har hatt fra tidligere katastrofer, og kan være til hjelp.

Det forventes at barn kommer igang med bearbeiding i løpet av noen uker og at reaksjoner avtar gradvis. Etter ca 6 uker, vil det forventes at reaksjonene er betydelig dempet. Ved betydelige tap, som tap av foreldre eller søsken, er barn i en særskilt utsatt situasjon og vil kunne trenge spesiell oppfølging. Andre hendelser i flomkatastrofen og tiden etterpå, kan også ha ført til at barnet trenger spesiell oppfølging.

Fastlege eller helsesøster er ofte de som kan bidra til å hjelpe eller skaffe hjelp fra andre profesjonelle hjelpere for å sikre at familien og barnet får tilgjengelig hjelp.

Det er forventet at barn som har vært sterkt eksponert for katastrofen vil vise en del reaksjoner den første tiden. Barn kan også utvikle posttraumatiske stressforstyrrelse (etter minimum 4 uker). Dersom stressreaksjonene ikke avtar, eller tiltar i tiden etter hjemkomst, er det viktig å kontakte personell med spesifikk traumekompetanse for å vurdere dette (spesialisthelsetjenesten).

Vanlige posttraumatiske stress reaksjonene omfatter:

- påtrengende bilder eller indre film fra katastrofen. Disse kan komme i løpet av dagen, når barnet gjør lekser, skal sove eller som mareritt.
- andre påtrengende sanseminner: smak (f eks. saltvann), lukt (f. eks liklukt) lyd (f. eks vann, skrik)
- angst for å skilles fra foreldrene eller søsken (separasjonsangst) slik at dette hemmer barnet
- spesifikk angst (fobi), f eks for vann
- søvnvansker. Mindre problemer med å sovne vil kunne oppstå i kortere perioder også utover de første ukene avhengig av ytre omstendigheter/påminnere, men barnet bør kunne roe seg raskt med litt hjelp og være opplagt til å kunne fungere på dagtid.
- store problemer med å konsentrere seg. Konsentrasjonsvansker og skolevansker er å forvente også utover de første ukene, spesielt om barnet har mistet noen. Her må omfanget vurderes. Skolen bør og skal ha strategier for dette.
- generell angst og bekymring som forstyrrer gjenopptagelse av vanlig fungering
- sinne og irritabilitet slik at det forstyrrer relasjoner eller fungering
- svært triste og grublende uten at dette kan forklares kun som sorgreaksjoner

I kartleggingsprosessen må vi som fagfolk være oppmerksomme på hva foreldrene har oversett av det barna har tatt inn og opplever av påtrengende bilder eller sanseinntrykk. Det kan derfor være hensiktsmessig å spørre både barna og foreldrene om dette.

Barns bearbeiding og mestring

I tiden etter hendelsen er det viktig å balansere mellom to viktige behov:

1) Behov for å forholde seg til hendelsen

Barna vil ha behov for å snakke om det de har opplevd, hvordan andre ble rammet, hva som skjedde og hvorfor det skjedde. Foreldre må være tydelige og åpne i slike samtaler og ikke bagatellisere eller avvise barnas spørsmål eller initiativ. I slike samtaler er det også viktig å fokusere på hvilken hjelp de rammede får både hjemme og i katastrofeområdet. Spesielt hvordan norske barn får hjelp, som kanskje er verre rammet enn dem selv.
Det er viktig at barna får snakke om det de har opplevd med jevne mellomrom på deres egne premisser også utover den første krisepregede tiden. Dette fordi minner og forståelse av hva som skjedde vil endre seg etter som barna blir eldre og gradvis får integrert mer informasjon og sine egne inntrykk. Dette gjelder både deres egne opplevelser men også den kognitive forståelsen av hva som skjedde, hvorfor det skjedde og faren for at dette kan skje igjen.

2) Behov for å komme i gang med hverdagen og mestring

Barna må på en nennsom måte utfordres til gradvis å gjenoppta sitt vanlige liv med fritidsaktiviteter og venner i tillegg til skole og barnehage. Barnas oppmerksomhet vendes etter hvert mot det vanlige livet, rutiner og aktiviteter, og dette er viktige mestringsfaktorer. Barna må få hjelp til å regulere eksponering for traumatiske reportasjer, og til å forstå og få balansert informasjon om hvordan områder får hjelp.

Media vil i lang tid være opptatt av katastrofen å sende billedreportasjer fra hendelsen. Men også av hjelp til de katastroferammede områdene og gjenoppbygning av disse.

Barns sorg

Det er viktig å være åpen med barna og ikke vente med å fortelle dem om dødsfall i nær familie. For å unngå forvirring bør man fortelle at den døde ikke vil komme tilbake og isteden forklare og gi informasjon tilpasset barnets alder.

Barn som får beskjed om at en nær person er død, opplever ofte uvirkelighet, vantro, sinne og/eller fravær av sterke følelser. Når det første sjokket gir seg, kommer gjerne gråt, tristhet, protest ("det er ikke sant"), eller sinne. Barn går imidlertid mer til og fra i sin sorg enn voksne. At barnet etter kort tid igjen synes uberørt og leker, kan være uttrykk for dette. Barn som har foreldre eller søsken som er savnede må få informasjon om hva det betyr.

Støtte- og hjelpetiltak

Det er og viktig å oppfordre foreldrene til å jevnlig skaffe informasjon om hvordan barna fungerer på skole, barnehage og fritidsaktiviteter. Familiens behov av støtte og hjelp bør ses under et. Støtte bør gis slik at barna i minst mulig grad skilles fra foreldrene i tiden etter katastrofen.

Når sjelen skjelver
– mentale virkninger av jordskjelv og Tsunami

I mange år har fagfolk fra Senter for Krisepsykologi og den bergenske stiftelsen Children and War Foundation arbeidet med de psykiske ettervirkningene som barn og voksne opplever etter jordskjelv. Vi har i jordskjelvområder i Tyrkia, Iran og Kina sett hvordan slike hendelser medfører store mentale utfordringer for overlevende og for lokal- og storsamfunn. Nå er det Japan som er rammet, først og fremst som følge av Tsunamien som har utradert et stort kystområde. Selv om Japan er et velorganisert land, vil mange av de overlevende og etterlatte slite med posttraumatiske problemer og andre mentale virkninger. Tidlig etter katastrofen er sjokket beskyttende og selv om både det japanske samfunn og verdenssamfunnet står sammen om å hjelpe, er det mange som vil trenge psykososial hjelp. Når medieinteressen etter Tsunamien dempes, vil mange i befolkningen leve videre med minnene fra det de har opplevd. I akuttsituasjonen aktiveres en bølge av empati og hjelp, i det lange løp er færre til stede og mange sliter mer alene.

AV ATLE DYREGROV, SENTER FOR KRISEPSYKOLOGI, BERGEN. Gjengitt fra www.krisepsyk.no med tillatelse av forfatteren.

De psykiske ettervirkningene varer ved over tid

Vi ønsker å tenke at mennesker har stor styrke, at de er motstandsdyktige og relativt raskt kan legge bak seg slike hendelser og se fremover, at de kan bygge opp en ny hverdag etter at de døde er begravd. Et flertall av befolkningen som ikke bor nær de rammende områder vil greie seg meget bra, det vil også svært mange av de som overlever katastrofen, spesielt de som ikke har mistet noen av sine og de som i tillegg er heldige og har begrensede materielle tap. Med tap av nære og sterk eksponering for livsfare, kan de langsiktige mentale skadevirkningene være store for mange mennesker. Barn som voksne blir redde, intenst redde, og alt som de knytter til jordskjelvene og Tsunamien kan utløse sterke reaksjoner. Minnene strømmer stadig inn i tankene uten at de har kontroll med dem, de forsøker å unngå situasjoner og tanker som minner dem om hva som skjedde, og mange får sterk kroppslig uro og venter bare på hva som skal bli det neste som skjer. Dette har vi erfart etter hvert jordskjelv vi har jobbet med. Der storsamfunnet mobiliserer og strekker ut mange hjelpende hender leges sårene fortere. I en rekke undersøkelser er det vist at naturkatastrofer dramatisk kan øke psykologiske problemer som angst, spenning, irritasjon og søvnforstyrrelser. Mange år etter jordskjelv har for eksempel Goenijan og medarbeidere, som fulgte opp jordskjelvofre i Armenia i 1988, vist at mer enn halvparten av overlevende ungdommer slet med såkalte posttraumatiske stresslidelser (PTSD). Dette innebærer betydelige psykiske helseplager som til dels gjør dem ute av stand til å fungere i hverdagen. I tillegg sliter mange med depressive plager. Fordi så mange blir etterlatte kommer kompliserte sorgreaksjoner på toppen av dette. Overlevende fortsetter å leve i et landskap fylt av sterke traumatiske påminnere og i tillegg til jordskjelv og Tsunami kan både risiko for radioaktivitet, temporær og trang bosituasjon, separasjon fra kjære, m.m. øke slitasjen.

Det nytter å hjelpe

Til tross for at langtidsplagene kan være store, kan jordskjelv- og Tsunamiskatastrofer også styrke sosiale bånd, fremme samhold og vise oss det beste av menneskelig hjelperånd. Wang og medarbeidere viste etter et jordskjelv i Kina hvor viktig den støtte og hjelp som mobiliseres er for de som er rammet av jordskjelv. De sammenlignet to landsbyer, den ene beliggende en halv kilometer fra sentrum for jordskjelvet, den andre 10 kilometer borte. I byen nært sentrum av jordskjelvet ble 80 % av husene ødelagt, mens under 5 % av husene falt sammen i den andre byen. Likevel var det nesten bare halvparten så mange personer som utviklet posttraumatiske stresslidelser i den mest rammede byen, sammenlignet med den mindre eksponerte byen. For den høyeksponerte byen ble det mobilisert mange team med hjelpere som ble sendt inn for å hjelpe i gjenoppbyggingsarbeidet og mange hjelpeorganisasjoner var nærværende i tiden etterpå. Innbyggerne i denne byen kjente seg mye bedre ivaretatt både pga den materielle assistanse og den mentale støtten de mottok. Forskerne konkluderer med at det er viktig å se på hvor hurtig og effektiv støtte gis etter en katastrofe, og at slik støtte kan redusere sannsynligheten for mentale plager i ettertid. I Japan satser verdenssamfunnet stort på å hjelpe, og godt organisert bistand kan redusere både fysiske og mentale plager.

Nå tidlig etter katastrofen er det primære behov som må dekkes, så følger gjenoppbygging. Mentalt er det ikke psykologer og psykiatere de rammede først og fremst trenger, men god informasjon og oversikt over hva som har skjedd med deres kjære og hva som skal skje videre fremover. Tidlig gjenforening med kjære er svært viktig og at det finnes gode, støttende personer rundt dem.

Den mentale gjenoppbygging tar tid, men også her er det håp at mye kan gjøres for de som sliter. Gode psykologiske hjelpeprogrammer kan

redusere de mentale problemene. For eksempel har de manualer som er utviklet av "Children and War Foundation (CAW)" vist seg å dempe posttraumatiske reaksjoner hos barn, ungdom og voksne. Nå har manualene blitt brukt i stor målestokk etter jordskjelv og andre katastrofer i mange land, og vi forventer at de også vil bli tatt i bruk i Japan. Norsk UD muliggjorde at CAW i 2009 trente personell fra 9 asiatiske land i hvordan de gjennom gruppeintervensjoner kunne hjelpe barn og unge etter katastrofer. Treningen ble organisert gjennom Asian Disaster Preparedness Center, som også støttes av norsk UD. Med den kunnskap som finnes om omfattende og langsiktige mentale konsekvenser av jordskjelv/Tsunamier er det viktig at mennesker ikke bare får materiell hjelp, men også hjelp til de psykologiske ettervirkningene. Dette arbeidet starter nå, men fortsetter over lang tid.

Satsningsområder Norsk Pediatri 2010-2015

AV ERIK SKEI, NORSK BARNELEGEFORENING

Norsk Barnelegeforening (NBF) har tidligere utarbeidet to såkalte "generalplaner", publisert i hhv 1979 og 1997. Styret har nå utarbeidet et nytt dokument Satsningsområder for Norsk Pediatri . Under følger en kort gjennomgang av hovedpunktene i dette dokumentet.

Norsk Barnelegeforening vil:

- Arbeide for at alle norske barneavdelinger/-klinikker omdannes til fullverdige barne- og ungdomsavdelinger/-klinikker med 18 års aldersgrense.
- Styrke samarbeidet mellom barnemedisinen, barnepsykiatrien og barnehabiliteringstjenesten og arbeide for å samlokalisere disse virksomhetene i de nye barne- og ungdomsavdelingene/-klinikkene.
- Bidra til å utforme og kvalitetssikre gode systemer for overføring av barn med kroniske sykdommer til voksenmedisinen.
- Foreslå og bidra til konkrete tiltak som styrker kompetansen innen ungdomsmedisin blant annet gjennom å opprette en egen interessegruppe og utfordre miljøet til å utvikle et eget etterutdanningskurs innen ungdomsmedisin.
- Styrke ferdighetstrening og –vedlikehold i tilknytning til norske barneavdelinger.
- Oppfordre til at alle barneavdelinger/-klinikker tilrettelegges med tanke foresattes samværsrett.
- Oppmuntre til en økt satsning på og økte bevilgninger til "Barneprogrammer" som ivaretar hele barnet under opphold på sykehus fordi dette er spesielt viktig for barn med kroniske lidelser.
- Arbeide for god samhandling mellom første- og andrelinjetjenesten, mellom skole, barnehage og barnemedisin spesielt når det gjelder barn med kroniske lidelser.
- Arbeide for at flere leger avtjener basistjeneste ved barneavdelinger og at flere allmennleger tar sideutdanning ved barneavdeling eller ansettes i bistillinger ved sykehus.
- Støtte arbeidet for felles journalsystem og raskere overføring av informasjon mellom institusjoner og behandlingsnivåer.
- Styrke betingelsene for forskning blant annet gjennom å bedre finansieringen, øke muligheten for å kombinere laboratorieforskning og klinisk arbeid, stimulere til mer forskning i fordypningsstillingene (D-stillingene) og samarbeid mellom lokale barneavdelinger og universitetsklinikkene.
- Gå inn for at den akademiske delen av professorater minimum er 50 % og se hvordan man bedre kan utnytte barneleger med doktorgrad som akademisk ressurs blant annet ved å belønne god forskningsinnsats med økt tilgang til forskningstid.
- Beholde dagens modell med en generalistutdanning før en starter med subspesialisering.
- Vurdere flere obligatoriske kurs og oppfordre Dnlf til å gå inn for eksamen som en kvalitetskontroll etter endt spesialistutdanning.
- Spesielt oppmuntre til forskning og egne etterutdanningskurs innen pediatrisk farmakoterapi og klinisk rettsmedisin.
- Gå inn for at barneleger får god trening i og opprettholder fokuset på etikk og kommunikasjon blant annet ved at dette prioriteres i utdanningen av våre spesialistkandidater.
- At barneleger engasjerer seg offentlig for forebygging innenfor sine spesialfelt i tillegg til det forebyggende arbeidet i klinikken.
- Styrke arbeidet ovenfor de sårbare barna, blant annet ved å gå inn for etableringen av et kurs innen sosialpediatri, samt allianser og samarbeid med andre organisasjoner.
- Arbeide for barn og unges særskilte behov blant annet i kontakten med Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet.
- Være en aktiv pådriver for økt innsats for global barnehelse fram mot 2015 og i lengre perspektiv, samt være en arena der det internasjonale perspektivet skal være langt framme.
- Være en aktiv pådriver for utveksling av erfaring og kontakt mellom ulike barnemedisinske miljøer i landet.

-Kan **tannhelsetjenesten** være en viktig samarbeidspartner i forbindelse med omsorgssvikt og barnemishandling?

Den offentlige tannhelsetjenesten har som oppgave å gi et oppsøkende tilbud om tannbehandling til barn og ungdom fra 0 til 18 år. Tannleger, tannpleiere og tannhelsesekretærer er helsepersonell som ser barn jevnlig gjennom barne- og ungdomsårene. De har en lovbestemt plikt til å melde bekymring til barnevernet ved mistanke om omsorgsvikt eller barnemishandling (Barnevernloven § 6-4 og helsepersonelloven § 33). Likevel viser statistikk at det kommer få bekymringsmeldinger fra tannhelsetjenesten og at de i liten grad benyttes som samarbeidspartner i det tverrfaglige samarbeidet rundt barn og ungdom.

AV ANNE RØNNEBERG, SPESIALIST I PEDODONTI, KLINIKKSJEF AVDELING FOR PEDODONTI OG ATFERDSFAG OG INSTITUTT FOR KLINISK ODONTOLOGI, DET ODONTOLOGISKE FAKULTET, UNIVERSITETET I OSLO

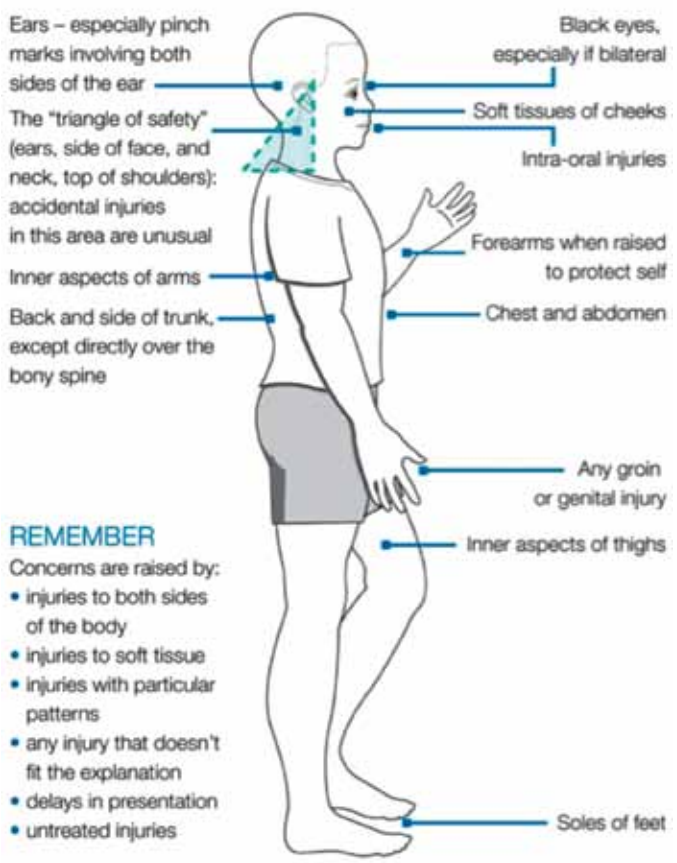
Barn i Norge blir jevnlig innkalt til Den offentlige tannhelsetjenesten fra de er ca. 3-4 år og frem til de er 18. Tannbehandlingssituasjonen er spesiell. Vi jobber i nær kontakt med barnet, i en godt opplyst situasjon og har følgelig en unik mulighet til å legge merke til fysiske skader i hode-halsregionen. Barnets forhold til egen munn, samspillet med foresatte og manglende fremmøte er viktige faktorer som kan si noe om det er grunn til bekymring. Undersøkelser viser at skader i hode-halsregionen utgjør opptil 76 % av skadene som skyldes fysiske overgrep, som følge av barnemishandling (da Fonseca et al,1992). Skadene kan eksempelvis være: tannskader, håravrivning, merker etter sigaretter, kvelningsforsøk, ulike typer bløtvevsskader, petechier i overgangen harde/bløte gane, etc. Bekymring bør oppstå der det ikke er samsvar mellom skade og påstått hendelsesforløp. Eller, er det tidligere ubehandlede skader? Er det bilaterale skader? Har skaden noe bestemt mønster? Samsvarer skaden med barnets utvikling? Er barn og foreldres forklaringer i overensstemmelse? Kommer barnet sent til undersøkelse/behandling? (”delays in presentation”) Slike spørsmål kan det være greit å stille seg som behandler.

Slimhinneblødninger suspekt for et voldelig overgrep. Foto: Oslo Universitetssykehus, barneklinikken

En undersøkelse fra Det odontologisk fakultet, UiO, viste at 80 % av tannlegene, fordelt på tre norske fylker, synes de hadde sett tegn til barnemishandling eller omsorgssvikt i løpet av sin yrkeskarriere (Urke, Hernæs og Kristiansen, 2008). Dessverre hadde bare litt over en fjerdedel sendt bekymringsmelding til barnevernet, og 95 % av de samme tannlegene uttrykte ønske om å lære mer om temaet. Dette viser at det er viktig å øke kunnskap og bevissthet om dette, både i grunn- og etterutdannelsen av norske tannleger og tannpleiere. Det er nødvendig at tannhelsepersonell får mer kunnskap om hva de skal se etter og hvordan de skal gå frem i en situasjon der de får mistanke om at det er grunn til bekymring for et barn. Det er også viktig å fokusere på en tverrfaglig forståelse og oppfordre til samarbeide med andre etater som arbeider med barn og unge. En nylig undersøkelse fra Sverige konkluderte med at kronisk syke og funksjonshemmede barn er mer utsatt for overgrep og barnemishandling enn funksjonsfriske barn (Svensson et al, 2011). Vi vet at skolehelsetjenesten og helsestasjonene har blitt nedbemannet over en årrekke. Blant helsepersonell, er det bare tannhelsetjenesten som ser og observerer barn jevnlig gjennom barne- og ungdomsårene.

”Massiv tannråte er omsorgssvikt inntil det motsatte er bevist”, sa barnelege og forsker Geir Borgen, i et intervju med Den norske tannlegeforenings Tidende i 2006. Tannråte hos barn generelt har blitt et mindre problem, men det er fortsatt noen som har massiv tannråte (grav karies). Tannhelsetjenesten og barnevernet i flere fylker og kommuner har de siste årene fokusert på et økt samarbeid. Dette har ført til at tannhelsetjenesten er blitt flinkere til å melde fra til barnevernet der det er grunn til bekymring.

For barnevernet, som etter barnevernloven skal fremskaffe bevis for fylkesnemda i saker om tiltak, er det ofte vanskelig å innhente nok informasjon. Her kan tannhelsetjenesten være en viktig informant. Tannleger og tannpleiere har muligheter for å dokumentere ved å være flinke til å ta fotos, røntgenbilder og journalnotater som kan ha stor betydning i saker hvor det er viktig å fremskaffe bevismateriale. Også barneleger som ser barn



Steder hvor det er mindre vanlig å skade seg. Legg spesielt merke til det skraverte området som kalles "Triangle of safety". Dette er et område hvor en bør bli oppmerksom på skade og stille spørsmål.

i sykehus bør være observante i forhold til grav karies og intraorale skader. Dette gjelder også sporsikring, eksempelvis ved mistanke om orale seksuelle overgrep. Det er viktig å implementere tannhelsesektoren i tverrfaglige konsultasjon- og behandlingsteam. Eksempelvis bør det være et samarbeid mellom Barnehusene og Den offentlige tannhelsetjenesten. Dette belyste Barneombudet i en henvendelse til Helse- og omsorgsministeren i februar 2010. Det ble etterlyst blant annet et mer forpliktende tverrfaglig samarbeid med de kommunale tjenester. Det etterlyses også fra tannhelsetjenestens side i større grad å bli invitert til å delta i tverretatlige drøftningsfora (Helsedirektoratet og Barne- ungdoms- og familiedirektoratet, 2008; Sæbønes, 2006). Stortingsmelding nr.35 (2006-2007), (Helse- og omsorgsdepartementet, 2006) fremhever tydelig betydningen av å inkludere tannhelsetjenesten mer aktivt i det tverrfaglige behandlingstilbudet som gis til barn og unge. Dessverre er dette ikke nevnt i Flatø-utvalgets utredning om bedre samordning av tjenester som ble lagt frem høsten 2009 (Barne- og likestillingsdepartementet, 2009).

Tannhelsetjenesten tok derfor selv initiativ til en stor nordisk konferanse med tema "Hvorfor spør vi ikke?" i 2009. Der deltok å bla. alle de nordiske lands barneombud. Et resultat av dette var at barneombudene skrev følgende anmodning til sentrale helse-myndigheter i sine respektive land: om å "sikre at tannhelse-tjenestens viktige rolle anerkjennes i alt nasjonalt arbeid for å forebygge og avdekke omsorgssvikt og overgrep mot barn." (Aula en al, 2009)

Tannhelsetjenesten bør oppfattes som en sentral og viktig samarbeids-partner for alle som arbeider med barn og ungdom, ikke minst i arbeidet med avdekking og dokumentering av barnemishandling og omsorgssvikt. Spesialister i pedodonti bør være naturlige samarbeidspartenere ved alle barneklinikkene ved de store sykehusene. Den offentlige tannhelsetjenesten bør ha skriftlig forankrede samarbeidsrutiner både med barnevern, barnehus og tverrfaglige team som jobber med barn og unge på fylkes- og kommunale plan, som et ledd i det videre arbeidet med å styrke barn- og unges rettigheter.

Litteratur:

1. Aula, M.-K., Guldberg, C., Malmberg, F., Sigurdadottir, M. M., & Hjermann, R. (2009). Uttalelse fra de nordiske barneombudene. (Uttalelse i forbindelse med konferanse i Oslo 7. - 8. mai om tannhelsetjenestens rolle for å oppdage omsorgssvikt og overgrep mot barn). Oslo: De nordiske barneombudene.
2. Barne- og familiedepartementet. (2005a). Rundskriv Q-24/2005: Barnevernet og taushetsplikten, opplysningsretten og opplysningsplikten. Oslo: Barne- og familiedepartementet.
3. Barne- og familiedepartementet. (2005b). Rundskriv Q-25/2005: Barnevernet og det forebyggende arbeidet for barn og unge og deres familier. Oslo: Barne- og familiedepartementet.
4. Barne- og likestillingsdepartementet. (2009). NOU 2009: 22: Det du gjør, gjør det helt. Bedre samordning av tjenester for utsatte barn og unge (foreløpig utgave).
5. Barneombudet. (2010). Tannhelsetjeneste og meldeplikt til barneverntjenesten (Brev til Helseministeren). Oslo: Barneombudet.
6. Barnevernloven. Lov 17. juli 1992 nr. 100 om barneverntjenester
7. Cairns, A. M., Mok, J. Y., & Welbury, R. R. (2005). Injuries to the head, face, mouth and neck in physically abused children in a community setting. International Journal of Paediatric Dentristry, 15(5), 310-318.
8. da Fonseca, M.A.,Feigal,R.J.,ten Bensel, R.W (1992) Dental aspects of 1248 cases of child maltreatment on file at a major county hospital. Paed Dent 1992; 14:152-57
9. Dyvi, E. B. (2006). Er du bekymret så er du bekymret. Intervju med barnelege og forsker Geir Borgen, Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. Den norske tannlegeforenings tidende, 116(5), 292-293.
10. Dyvi, E. B. (2009a). Bekymring satt i system. Den norske tannlegeforenings tidende, 119(4), 234-235.
11. Dyvi, E. B. (2009b). Hvorfor spør vi ikke? Den norske tannlegeforenings tidende, 119(2), 128-129.
12. Harris, J. M., Elcock, C., Sidebotham, P., & Welbury, R. R. (2009a). Safeguarding children in dentistry: 1. Child protection training, experience and practice of dental professionals with an interest in paediatric dentistry. British Dental Journal, 206(8), 409-414.
13. Harris, J. M., Elcock, C., Sidebotham, P., & Welbury, R. R. (2009b). Safeguarding children in dentistry: 2. Do paediatric dentists neglect child dental neglect? British Dental Journal, 206(9), 465-470.
14. Harris, J. M., Sidebotham, P., & Welbury, R. R. (2006). Child Protection and the Dental Team: an introduction to safeguarding children in dental practice. Sheffield: Child Protection and the Dental Team Project.
15. Helse- og omsorgsdepartementet. (2006). St.meld. nr. 35 (2006-2007). Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning. Framtidas tannhelsetjenester.
16. Helsepersonelloven. Lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell
17. Rønneberg, A. (2009). Tannhelsetjenestens rolle i forbindelse med mistanke om overgrep og barnemishandling. Presentasjon på konferansen "Hvorfor spør vi ikke? Tannhelsetjenestens rolle ved omsorgssvikt og overgrep mot barn". http://www.nfpedodonti.no/seminar2009_overgrep/Presentasjoner/13_AR_Oslo_2009.pdf.
18. Sæbønes, A.-M. (2006). Helsen til barnevernsbarn krever samarbeid. Tidsskrift for Den norske legeforening, 126 (9), 1296.
19. Svensson,B., BornehagC.G., Janson S. Chronic conditions in children increase the risk for physical abuse – but vary with socio-economic circumstances Mars 2011,Acta Paediatrica 2011 100, pp. 407–412
20. Urke, M., Hernæs, T. G., & Kristiansen, A. (2008). Barnemishandling og omsorgssvikt - tannlegens rolle: Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo.

Bildediagnostikk ved fysisk mishandling av barn

Omfanget av grov fysisk vold mot barn er vanskelig å anslå, men man antar at det årlig forekommer om lag 1-1,5 tilfeller pr. 1000 barn under 4 år i Norge, dvs. opptil 200 pr år. Majoriteten av disse er under 2 år, og ifølge Dr Grøgaard ved Ullevål Universitetssykehus er 5-10 av tilfellene fatale. Skjelett- og hodetraumer sees hyppigere hos de aller yngste, mens abdominalskader sees oftere hos mobile barn.

AV KAREN ROSENDAHL, PROFESSOR, RADIOLOGISK AVDELING, HAUKELAND UNIVERSITETSSYKEHUS, BERGEN

Terskelen for *full radiologisk utredning* bør være lav når mishandling kan være en mulig forklaring på barnets symptomer og funn, eller når det ved en (poliklinisk) røntgen undersøkelse er påvist skade som ikke harmonerer med den oppgitte skademekanisme. Hensikten med en slik utredning er å avdekke mulig mishandling, kartlegge aktuell skade, se etter skjulte og eldre skader samt vurdere hvorvidt det foreligger generell skjelettsykdom som kan forklare eventuelle skader. Her har kliniker, så vel som radiolog en viktig oppgave!

Dersom bildediagnostisk utredning er indisert (d.v.s. uforklarlige ytre skader så som blåmerker hos barn som ennå ikke har begynt å gå, brennmerker, hevelser), bør det gjøres en fullstendig radiologisk utredning, inkludert CT hode. Utredningen bør utføres i en avdeling som er utstyrt for barneundersøkelser, og har kompetanse i takning og tolkning av disse. Dersom dette ikke er praktisk mulig, bør en vurdere å konsultere barneradiolog i forkant av undersøkelsen.
En fullstendig radiologisk utredning hos barn under 2-3 års alder inkluderer (1) :

1) Cerebral CT (uansett om der er kliniske tegn til hodeskade eller ei)
2) Røntgen totalskjelett innen 24 timer, eller så snart barnet er stabilisert (med supplerende undersøkelse etter behov)
3) Hvis funn på cerebral CT utført dag 1, eller klinikk: cerebral MR (inkluder spinalkanalen (2) dag 3-4
4) Hvis funn på MR dag 3-4: CT dag 10, samt oppfølging med cerebral MR etter 2-3 mndr., evt gjenta etter 6-12 mndr.
5) Dersom mistanke om buktraume: CT abdomen (fremfor ultralyd, som har relativt lav sensitivitet- selv i øvede hender - for de vanligste mishandlingsskadene, så som pancreas og leverskader, samt skade av gastrointestinal traktus).

For barn eldre en 2-3 år bør utredningen tilpasses individuelt, i samarbeid med radiologen. Hvorvidt cerebral CT skal inngå i utredningen kan diskuteres. Undersøkelsen er inkludert i de britiske retningslinjene fordi små subdurale hematomer kan være relativt lite symptomgivende, og fordi det er nyttig med en basis undersøkelse i tilfelle hodeskader skulle oppstå senere. Funn av slike okkulte /skjulte skader er av meget stor betydning pga risiko for ny, og alvorligere skade (eller død) dersom ikke omsorgssituasjonen endres. Eventuelle funn er også av stor rettslig betydning. CT-undersøkelsen er utført i løpet av sekunder, krever sjelden narkose og medfører en relativt beskjeden stråledose (om lag 0.9-1.3mSv, hvilket er betydelig mindre enn den årlige bakgrunnsstrålingen her i landet (2-7mSv)).

Røntgen totalskjelett skal utføres ihht anbefalte standarder (http://www.bspr.org.uk/nai.htm), med høy-oppløsning teknikk, korrekt posisjonert barn, og med korrekt innblendede bilder. God bildekvalitet er helt avgjørende for diagnostikken – det er viktig at også henvisende lege er kvalitetsbevisst her! Ved usikre funn bør det suppleres med sidebilde (evt.også skråbilde) av lange rørknokler/ledd.

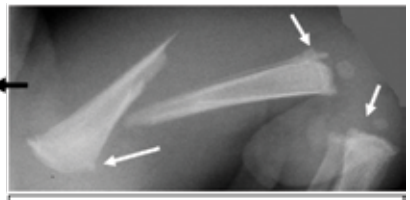
En supplerende CT kan være aktuelt ved mistanke om ribbensbrudd - alternativt kan man gjenta rtg. thoraxskjelett etter ca 2 uker for å se etter callusdannelse / tilheling. Ved mistanke om metafyseskade, kan rtg.gjentas etter 5-6 uker. En metafyseskade, som ofte tilheler uten callus, vil da være tilhelet. Nytten av en rutinemessig, ny rtg. totalskjelett etter 2 uker er ikke tilstrekkelig validert, og kan således ikke anbefales (3).

Bruken av skjelett scintigrafi for å påvise skjelettskade ved normalt røntgen totalskjelett er kontroversiell, blant.annet fordi opptaket i metafyser / vekstsoner er normalt høyt hos barn og således kan maskere metafyseskade. Sensitiviteten for ferske ribbensfrakturer er høy, mens sensitiviteten for skallefrakturer er lav.

Bruk av helkropps MR for påvisning av skjelettskade (som ikke er synlig på røntgenundersøkelsen) er ikke tilstrekkelig validert. Den ene studien som foreligger viser lav sensitivitet for påvisning av både metafyse- og ribbensrudd (4). Pr dags dato har vi heller ikke tilstrekkelig kunnskap om hvordan det normale barne-skjelettet ser ut på de ulike MR-sekvensene. I en fersk undersøkelse av 89 friske barn mellom 5 og 15 år, hadde minst halvparten uforklarlige MR-funn forenelig

Kliniske funn som ikke harmonerer med sykehistorien

Full radiologisk utredning



Uventede funn ved rtg.undersøkelse; **Nei** – ikke femurfrakturen, men metafyseskadene

med benmargsødem (ie lavt signal på T1 vektet og høyt signal på T2 vektet opptak) i minst ett av håndrotsbeina (Figur 1) (5). Slike funn er altså svært uspesifikke, og ikke beviselig for skjelett skade eller patologi hos barn. Lignende funn er også rapportert for bekkenet (6).

Hvilke typer bruddskader ser vi ved mishandling, og skiller disse seg fra de vi ser ved aksidentelle skader? Opptil halvparten av fysisk mishandlede barn har en eller flere frakturer, hyppigere hos de yngste (7;8). Brudd gjennom de lange rørknokler sees hos en av tre, mens ribbensbrudd og metafyseskader sees hos en av fire og skallebrudd hos ca 15% (7). Ved aksidentelle brudd er skademønsteret et helt annet (9;10), med clavikulafraktur som den hyppigst forekommende hos barn under ett år, distale humerus mellom 1 og 3 år og distale radius fra 4 til 14 års alder (9). Metafyseskader og ribbensbrudd sees svært sjelden. En stor, systematisk litteratur gjennomgang har imidlertid vist at ingen fraktur alene er patognomonisk for ikke-aksidentell-skade (11). Forfatterne konkluderer med at hos barn under 18 måneders alder skal enhver fraktur der sykehistorien ikke harmonerer med de synlige skader, gi mistanke om ikke-aksidentell skade. Multiplisitet og frakturer av ulik alder er øvrige funn som skal henlede mistanken mot mishandlingsskader.

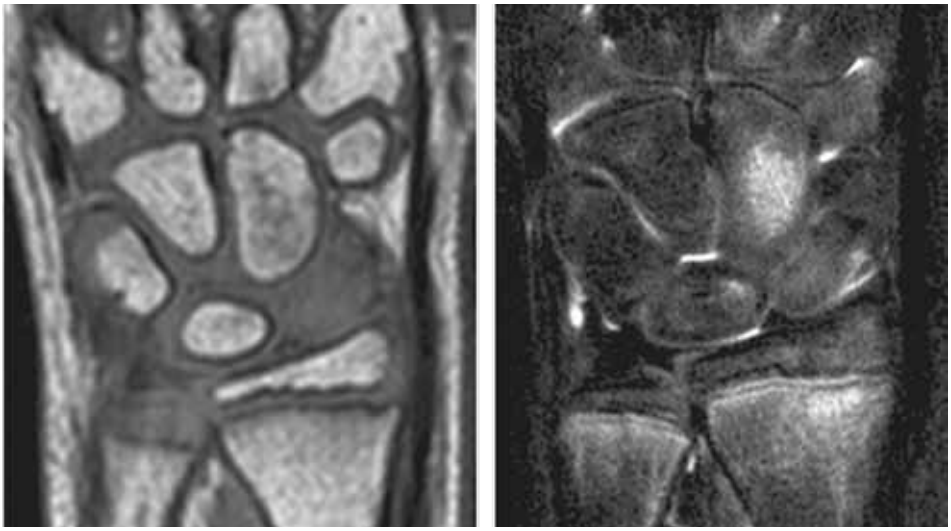
Abdominale skader. Også for abdominale skader er mønsteret ulikt det vi vanligvis ser ved aksidentelle skader. Alle parenchymatøse- og hul- organer kan affiseres, med pancreas, lever og duodenum/jejunum som de hyppigste. Milt og nyreskade sees sjeldnere i denne konteksten. Skade mekanismen er ofte direkte traume mot buken. Opptil en tredjedel av barna har ledsagende skjelettskade. Abdominal skadene kan være beskjedne, og derfor lett overses ved ultralydundersøkelse. CT abdomen er derfor den anbefalte bildediagnostiske metoden (12). Mindre abdominalskader kan også gi lite symptomer, og noen av disse vil tilhele spontant. Allikevel lav terskel for utredning da abdominal skade tilsier at barnet er i stor fare for senere skade som kan få fatalt utfall, og funn av en abdominal skade er et kraftig bevis i retten.

Hodeskader kan forårsakes av direkte, indirekte eller kombinert traume, og inkludere hud- og underhudsskade, fraktur, ekstraaksiale blødninger, spesielt subduralt hematom pga broveneruptur, skade av hjerne parenchym (kontusjon, blødning, diffus axonal skade (”shear injury”), hypoxisk-ischemisk skade) og medullær skade. Det har de senere år vært mye usikkerhet og diskusjon omkring mulige skademekanismer (direkte traume (”impact”) og eller filleristing (”shaken baby (impact) syndrom”) og tolkning av radiologiske funn. Som for skjelettskade, er ingen funn patognomoniske for ikke aksidentell hodeskade (NHAI), men triaden subduralt hematom (SH), hypoksisk-ishemisk skade og øyebunns blødninger hos et tidligere friskt barn som angivelig ikke har vært utsatt for høyenergi-traume bør gi mistanke om dette.

Tolkning av funn påvist ved cerebral CT og MR undersøkelser ved mistanke NAHI er vanskelig, og bør gjøres av (barne)nevroradiolog med erfaring i denne type diagnostikk og vurdering.

Rikets tilstand – hvor er vi – sammenlignet med Great Ormond Street Hospital i London? Bildediagnostikk ved mistanke om barnemishandling er kompleks, og det er, slik jeg ser det, for lite kunnskap om emnet utenfor den engere krets av barneradiologer/barneradiografer her til lands. Det samme gjelder for naboene i vest, les UK. I løpet av mine 5 år ved avdelingen i London fikk jeg ukentlig inn mellom 1-3 totalskjelett for sekundærgranskning mhp mishandlingsskader, hvorav majoriteten av undersøkelsene var av suboptimal kvalitet. Dette medførte at frakturer ble oversett, eller også at normal-varianter- hvorom der er skrevet tykke lærebøker- ble mistolket som skader. Det store mediepresset i enkelte av sakene medførte og en viss engstelse blant fagfolk, og færre og færre radiologer turde å nevne muligheten for ikke aksidentell skade i røntgen besvarelsene sine. Løsningen ble å opprette en kompetansegruppe av barneradiologer i London, med det formål å dele kunnskap og ansvar. Jeg tror det samme kan være nyttig i Norge, og har derfor tatt initiativ til en interessegruppe for mishandlingsskader i regi av Norsk forening for Barneradiologi. Vi vil i fremtiden være tilgjengelige for henvendelser via vår hjemmeside (pt. www.radiologforeningen.no, under oppgradering). Inntil da, tar vi gjerne mot henvendelser direkte (Karen.rosendahl@helse-bergen.no).

Tusen takk til Mia C. Myhre, barnelege, NKVTS og Oslo Universitets sykehus HF, overlege Arne K. Myhre, St. Olavs Hospital og overlege Kathinka Aslaksen, barnelege, Sørlandet sykehus HF Kristiansand for verdifulle kommentarer.



Figur 1

Referanser

1. Jaspan T, Griffiths PD, McConachie NS, Punt JA. Neuroimaging for non-accidental head injury in childhood: a proposed protocol. Clin Radiol 2003 January;58(1):44-53.
2. Kemp AM, Joshi AH, Mann M, Tempest V, Liu A, Holden S et al. What are the clinical and radiological characteristics of spinal injuries from physical abuse: a systematic review. Arch Dis Child 2010 May;95(5):355-60.
3. Prosser I, Maguire S, Harrison SK, Mann M, Sibert JR, Kemp AM. How old is this fracture? Radiologic dating of fractures in children: a systematic review. AJR Am J Roentgenol 2005 April;184(4):1282-6.
4. Perez-Rossello JM, Connolly SA, Newton AW, Zou KH, Kleinman PK. Whole-body MRI in suspected infant abuse. AJR Am J Roentgenol 2010 September;195(3):744-50.
5. Muller LS, Avenarius D, Damasio B, Eldevik OP, Malattia C, Lambot-Juhan K et al. The paediatric wrist revisited: redefining MR findings in healthy children. Ann Rheum Dis 2010 December 20.
6. Ording Muller LS, Avenarius D, Olsen OE. High signal in bone marrow at diffusion-weighted imaging with body background suppression (DWIBS) in healthy children. Pediatr Radiol 2011 February;41(2):221-6.
7. Carty H, Pierce A. Non-accidental injury: a retrospective analysis of a large cohort. Eur Radiol 2002 December;12(12):2919-25.
8. Loder RT, Bookout C. Fracture patterns in battered children. J Orthop Trauma 1991;5(4):428-33.
9. Rennie L, Court-Brown CM, Mok JY, Beattie TF. The epidemiology of fractures in children. Injury 2007 August;38(8):913-22.
10. Brudvik C. Child injuries in Bergen, Norway. Injury 2000 December;31(10):761-7.
11. Kemp AM, Dunstan F, Harrison S, Morris S, Mann M, Rolfe K et al. Patterns of skeletal fractures in child abuse: systematic review. BMJ 2008;337:a1518.
12. Carty H. Non-accidental injury: a review of the radiology. Eur Radiol 1997;7(9):1365-76.

Behandling av kronisk hepatitt C hos barn - til hvem, med hva, når?

Hepatitt C forårsaker en lavgradig inflammatorisk tilstand i leveren som på lang sikt kan føre til fibrose, cirrhose og hepatocellulært carcinom. Forekomsten av hepatitt C hos barn i Vest Europa og USA er mellom 0,2 og 0,4 %. Vi kjenner ikke forekomsten hos barn i Norge.

AV ASTRID ROJAHN, OVERLEGE, KVINNE-OG BARNEKLINIKKEN, OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS

Vertikal smitte er den viktigste smitteveien hos barn. Voksne smittes først og fremst i forbindelse med intravenøst rusmisbruk. Hvis mor er HCV positiv har barnet en risiko på mellom 4 og 7 % for perinatal smitte (1, 2). Ved samtidig HIV infeksjon øker transmisjonsraten fra mor til barn. Keisersnitt beskytter ikke sikkert mot smitte og det er ingen holdepunkter for at HCV smitter ved amming (3).

Mellom 19 og 24 % av barn som smittes vertikalt kvitter seg spontant med viruset i løpet av de første 2-3 leveårene. De resterende 70-80 % utvikler kronisk hepatitt C (4, 5).

Barna er friske med normal leverfunksjon og vanligvis svært milde histologiske forandringer. Leversykdommen utvikler seg langsomt de første 15-20 årene og etter 20 år har mellom 2-5 % utviklet cirrhose. Med økende alder øker risikoen for både levercirrhose og hepatocellulært carcinom (6,7,8). Genotype eller virusnivå ser ikke ut til å ha prognostisk betydning når det gjelder det naturlige forløpet.

I en studie av 112 ubehandlede barn utviklet ett barn cirrhose og fem alvorlig fibrose i løpet av observasjonstiden på 8 år. Et minimum på 10 år med infeksjon så ut til å være nødvendig for utvikling av fibrose (8). I en amerikansk studie viste leverbiopsi av 121 ubehandlede barn, uten kliniske tegn til leversykdom, minimal inflammasjon hos 42 %, mild-moderat hos 55 % og alvorlig hos 3 % (alder 2-16, gjennomsnitt 9.8 år). Inflammasjonens alvorlighetsgrad korrelerte med grad av fibrose, sykdomslengde og overvekt (9). Begge studiene indikerer at leversykdom progredierer med økende alder.

Behandling av barn:

Formålet med behandlingen er primært å forhindre cirrhoseutvikling, som gir økt risiko for hepatocellulært carcinom og dekompensert leversykdom og å gjøre pasienten smittefri.

Peg-IFN-α 2b og ribavirin er nylig godkjent både av legemiddelverket i Norge og i resten av Europa for behandling av barn med kronisk HCV infeksjon.

Peg-IFN gis subkutant 1 gang per uke. Interferonet binder seg til spesifikke membranreseptorer på celleoverflaten og initierer en rekke intracellulære mekanismer som fører til hemming av virusreplikasjon. De vanligste bivirkningene er depresjon, irritabilitet, gastrointestinale symptomer, autoimmune tilstander og influensalignende symptomer.

Ribavirin gis peroralt, enten som tabletter eller mikstur, 2 ganger daglig. Virkningsmekanismen er ukjent. De vanligste bivirkningene er anemi, nøytropeni, hypotyreoidisme, gastrointestinale symptomer, influensalignende symptomer og labilitet.

Det kreves hyppige blodprøvekontroller i forbindelse med behandlingen. Utvikling av nøytropeni, anemi eller hypo/hypertyreose kan føre til at medikamentdosene må reduseres, eventuelt at barnet må substitueres med tyroxin eller også seponere behandlingen.

Det er aktuelt å legge inn barnet i forbindelse med første injeksjon av Peg-IFN for å observere bivirkninger, som er mest uttalt etter første injeksjon, og for opplæring av familien. HCV RNA kvantitering anbefales etter 4 uker og 12 uker. Ved negativ PCR etter 4 uker er sannsynligheten for respons på behandling svært god. Behandlingen seponeres dersom PCR fortsatt er positiv eller har falt med <2 log10 etter 12 ukers behandling, da sannsynligheten for behandlingsrespons er liten.

P.g.a. risikoen for hemmet tilvekst anbefales det å avvente behandling til etter 3 års alder. Dersom kontraindikasjoner ikke foreligger bør man tilstrebe å behandle barnet i førskolealder/tidlig skolealder.

Absolutte kontraindikasjoner for behandling

- Dekompensert leversykdom
- Autoimmun hepatitt
- Organtransplanterte
- Ubehandlet alvorlig anemi
- Overfølsomhet ovenfor aktuelle legemidler
- Barn under 3 år
- Graviditet

Relative kontraindikasjoner for behandling

- Nøytropeni < 0.75 x 109 /L
- Hb < 10 g/dL
- Trombocytopeni < 50 x 109 /L
- Moderat til alvorlig depresjon
- Andre psykiatriske lidelser
- Epilepsi
- Nyresvikt (kreatinin-clearance < 50 mL/min)
- Hjertesykdom
- Hemoglobinopatier (ribavirin)
- Autoimmune sykdommer som ikke responderer godt på behandling

Ved genotype 2 og 3 oppnås en behandlingsrespons hos barn på over 90 %. Ved genotype 1 og 4 er behandlingsresponsen rundt 50 % (10,11,12).

Internasjonalt er det nå enighet om at vertikalt smittede barn med HCV, genotype 2 og 3 skal få tilbud om behandling med peg-IFN og ribavirin etter 3 års alder. Når det gjelder genotype 1 og 4 er det uenighet.

I de Svenske retningslinjene (13) foreslås det å avvente behandling av genotype 1 og 4 hvis leverhistologien viser lite uttalt fibrose og inflammasjon.

Det er utviklet nye medikamenter som hemmer spesifikke proteaser og polymeraser hos hepatitt C viruset. Medikamentene er under utprøving til voksne og kombinert med peg-INF og Ribavirin ser de ut til å gi en bedret behandlingsrespons ved genotype 1 og 4 (14). I fremtiden kan de nye medikamentene være aktuelle også til barn. Ved genotype 1 og 4 bør det tas leverbiopsi for å vurdere graden av inflammasjon og virusmengden bør kvantiteres. Det foreligger en viss dokumentasjon for en relativt god behandlingsrespons ved virusmengde under 600.000 IU per ml (16).

Behandlingsresponsen er best i ung alder, etter kort sykdomsvarighet og ved liten grad av fibrose. Dessuten tolererer barn behandlingen bedre enn voksne.

Norske barn med hepatitt C bør nå få et behandlingstilbud. Det er viktig å være klar over at behandlingen er langvarig og ofte fører til plagsomme bivirkninger. Sannsynligheten for en positiv behandlingsrespons, risikoen for bivirkninger og barnets/familiens motivasjon og gjennomføringsevne bør vurderes i hvert enkelt tilfelle før behandlingen starter.

Både behandlingsresponsen og varigheten av behandlingen (24-52 uker) er avhengig av genotype og fall i virusmengde/PCR negativitet underveis i behandlingen.

Behandlingen bør foregå ved regionssykehus, hos barnelege med erfaring med antiviral behandling.

En detaljert nasjonal behandlingsprotokoll ble publisert på Barnelegeforeningens hjemmesider i 2010 http://www.legeforeningen.no/asset/48022/1/48022_1.pdf.

Behandlingsresponsen måles som SVR "sustained virologic response" - definert som negativ HCV-RNA 24 uker etter seponering av behandling.

Indikasjon for behandling

- Barn over 3 år uten kontraindikasjoner for behandling
- Genotype 2 eller 3: HCV-RNA positivitet
- Genotype 1 eller 4: HCV-RNA positivitet og histologiske forandringer tilsvarende fibrosestadium ≥ 2 eller inflammasjonsgrad > 2 (etter Glaumann) og/eller virusmengde < 600.000 IU/ml.
- Ved sterk motivasjon for behandling og virusmengde < 600.000 IU/ml bør behandling av genotype 1 og 4 overveies, også ved svært milde histologiske forandringer.

Behandlingsvarighet

- Genotype 2 og 3: 24 uker.
- Genotype 1 og 4: 48 uker.
  - HCV-RNA etter 12 uker: Ved negativ HCV-RNA eller fall i virusmengde på minst 2 log10 Units kontinueres behandlingen i 24 uker.
  - HCV RNA etter 24 uker: Ved negativ HCV-RNA kontinueres behandlingen i 48 uker.
- Behandlingen seponeres
  - Hvis HCV-RNA ikke har falt med minst 2 log10 Units etter 12 uker
  - HCV-RNA er positiv etter 24 uker

Referanser

1. Roberts EA, Yeung L. Maternal-infant transmission of hepatitis C virus infection. Hepatology 2002; 36: S106-S113.
2. Nordbø SA. Vertikal overføring av hepatitt C-virus I Sør-Trøndelag. 122 ed. 2009; 1977-80.
3. European Paediatric Hepatitis C Virus Network. Effects of mode of delivery and infant feeding on the risk of mother-to-child transmission of hepatitis C virus. 108(4) ed. 2001. p. 371-7.
4. Resti M, Jara P, Hierro L, Azzari C, Giacchino R, Zuin G, et al. Clinical features and progression of perinatally acquired hepatitis C virus infection. J Med Virol 2003; 70: 373-7.
5. European Perinatal HCV network. A significant sex but not elective cesarean section effect on mother-to-child transmission of hepatitis C virus infection. 192(11) ed. 2005. p. 1872-9.
6. Jara P, Resti M, Hierro L, Giacchino R, Barbera C, Zancan L, et al. Chronic hepatitis C virus infection in childhood: clinical patterns and evolution in 224 white children. Clin Infect Dis 2003; 36: 275-80.
7. Casiraghi MA, De PM, Romano L, Biffi R, Assi A, Binelli G, et al. Long-term outcome (35 years) of hepatitis C after acquisition of infection through mini transfusions of blood given at birth. Hepatology 2004; 39: 90-6.
8. Guido M, Bortolotti F, Leandro G, Jara P, Hierro L, Larrauri J, et al. Fibrosis in chronic hepatitis C acquired in infancy: is it only a matter of time? Am J Gastroenterol 2003; 98: 660-3.
9. Goodman ZD, Makhlouf HR, Liu L, Balistreri W, Gonzalez-Peralta RP, Haber B, et al. Pathology of chronic hepatitis C in children: liver biopsy findings in the Peds-C Trial. Hepatology 2008; 47: 836-43.
10. Wirth S, Pieper-Boustani H, Lang T, Ballauff A, Kullmer U, Gerner P, et al. Peginterferon alfa-2b plus ribavirin treatment in children and adolescents with chronic hepatitis C. Hepatology 2005; 41: 1013-8.
11. Sokal EM et al. Peginterferon alfa 2a plus ribavirin for chronic hepatitis C virus infection in children and adolescents. J Hepatol 2010; 52: 827-31
12. Wirth S, Ribes-Koninckx C, Bortolotti F ZL, Jara P et al.High sustained virologic response rates in children with chronic hepatitis C receiving peginterferon alfa-2b plus ribavirin. J hepatol 2010; 52: 501-507
13. Lakesmeddelverket. Lakesmedelsbehandling av kronisk hepatitt C hos vuxna og barn. Uppdaterad rekommendation. 2008.
14. Soriano V, Peters MG, Zeuzem S. New therapies for hepatitis C virus infection. Clin Infect Dis 2009; 48:313-20.

Behandlingsgrenser for barn

Barnelegeforeningen arrangerte i samarbeid med Senter for medisinsk etikk (SME), Universitetet i Oslo, 21.03.11, et fordypningsseminar om behandlingsgrenser for barn. Bakgrunnen var at det er gått 13 år siden konsensuskonferansen i 1998 ble holdt.

AV INGVILD HEIER, PAIDOS REDAKSJON

Denne konkluderte med at man i Norge skulle yte livreddende behandling til alle premature ved fullgåtte 25 ukers gestasjonsalder (GA), mens man skulle vurdere behandling av barn født før denne tiden. I ettertid har det vært praksis ved norske barneavdelinger at man også behandler alle barn ved fullgåtte 24 uker, mens man i uke 23 har vært mer restriktiv. Anbefalingen har vært at man skulle vurdere barnets vitalitet og ikke utelukke behandling med tanke på at gestasjonsalder kan være usikker. Nå som 13 år er gått, var det ønskelig å få belyst om fremskritt i den medisinske behandlingen av premature har medført endringer som tilsier at rådene fra 1998 er modne for revisjon. Seminaret berørte imidlertid også temaer som angikk andre alvorlig syke barn enn de ekstremt premature.

Professor Reidun Førde ved SME holdt innledningsforedraget. Hun trakk opp historiske perspektiv på behandlingsretningslinjer av premature og presenterte de ulike problemområdene. I 1992 ble det første seminaret om temaet avholdt i Norge. Man opererte da med en anbefalt nedre grense for livreddende behandling på 750 gram, uavhengig av GA. Man var også da opptatt av at medisinske framskritt skaper nye dilemmaer i behandlingen av premature. Det sentrale spørsmålet, da som nå, er "hva er barnets beste" og i hvor stor utstrekning skal foreldre være medvirkende i avgjørelser om behandlingen? I hvilken grad skal foreldre ta ansvar og være delaktige i beslutninger, bl.a. om behandlingen skal igangsettes, fortsettes eller evt. avsluttes. Hvor mye skal foreldrenes psykososiale ressurser vektlegges? I et etisk perspektiv ligger det premature barnets status i skillet mellom "foster og barn". Hos fostre har man lettere akseptert ikke-behandling, pga psykososiale forhold i familien, mens dette anses som vanskeligere hos fødte premature. Hun presenterte en modell for systematisk drøfting av etiske dilemma (se ramme).

SME-modellen for systematisk drøfting

Hva er det etiske problemet?
Hva er fakta i saken? (prognose for premature, føler de smerte, samfunnet og ressursbruk)
Identifikasjon av berørte parter (barnet, familie, søsken, helsepersonell/-vesen)
Identifikasjon av relevante verdier/prinsipper/lover
Identifikasjon av handlingsalternativer
Oppfølging og evaluering

Trond Markestad, professor ved Haukeland, presenterte de siste forskningsresultatene på langtidsresultater hos premature. Resultatene fra en 5-års oppfølgningsstudie ble nylig presentert i Pediatrics og viser at den medisinske utviklingen de siste 10-15 årene ikke har hatt betydelig påvirkning på behandlingsresultatene. 25 % av barna født i uke 24 hadde alvorlig handicap (CP, døv og/eller blind). Trenden med at piker klarer seg bedre enn gutter finnes fortsatt og Markestad spekulerer i at guttenes hjerne er mer umoden enn pikenes ved samme GA. Viktige prediktive faktorer i tillegg til GA var cerebral patologi og i mindre grad behandlingstid med steroider >21 dager. Ex-premature født uke 24 scorer inntil 20 poeng lavere på IQ-tester enn terminfødte jevnaldrende. Han poengterte også at når man følger opp ex-premature i voksen alder, ser man ofte mer subtile endringer i kognitiv funksjon som kanskje ikke fanges opp av de testene som brukes. De har ofte angstproblematikk. Ved ADHD-problematikk er det ofte oppmerksomhetssvikten som står mer i forgrunnen enn hyperaktiviteten. Et tilsynelatende paradoks er at pasientene selv gjennomgående beskriver seg selv som bedre fungerende og at de har bedre livskvalitet enn det deres foreldre og helsepersonell vurderer.

Sofia Moratti er universitetslektor i filosofi, jus og etikk ved Universitetet i Trieste og tok doktorgraden i nyttebegrepet, "futility", ved Universitetet i Groningen, Nederland. Begrepet "futile" brukes ofte i engelsk fagspråk men kan på norsk (og nederlandsk) oversettes både med "sjanseløs/nytteløs" og "hensiktsløs/meningsløs". Hun presenterte to studier, en kvalitativ og en kvantitativ, om syn på behandlingsgrenser hos ekstremt premature fra Nederland. >95% av alle dødsfall ved NICU i Nederland skjedde etter at en avgjørelse hadde blitt fattet om å avslutte eller ikke igangsette behandling. Av disse var 58 % fordi behandling var ansett som "sjanseløs" og 42 % fordi behandling ble ansett som "meningsløs". Hensyn til fremtidig livskvalitet var den viktigste faktoren for klinikerne i vurderingen av behandling. Nederlenderne tar også i betydelig grad hensyn til foreldrenes evne til å ta seg av et barn med potensielle alvorlig sekveler. Faktorer som ble vektlagt var emosjonell status hos foreldrene, sosialt nettverk, kognitive evner og sosioøkonomiske faktorer. Foreldrene hadde vært involvert i 100 % av behandlingsavgjørelsene. Der det var vurdert som "meningsløst" var det initialt konflikt med foreldrene i 12 % av tilfellene men disse kunne løses gjennom flere møter mellom helsepersonell og foreldrene. I fem tilfeller ble behandling ikke avsluttet, selv om legene mente det var det riktige, pga sterk religiøs overbevisning hos foreldrene. De viktigste risikofaktorene for konflikt mellom foreldre og helsepersonell var religiøse overbevisninger, dårlig kommunikasjon og ulik kulturell bakgrunn.

Marit Halvorsen, Professor i jus ved UiO, presenterte juridiske aspekter om temaet. Loven sier ingenting om disse sakene konkret, da hver sak er situasjonsbetinget, men sier noe om hvem som skal bestemme. I Helsepersonelloven legges det vekt på krav til forsvarlighet i behandlingen og plikten helsepersonell har til å innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner. I forsvarlighetsvurderingen ligger det krav til omsorgsfullhet i tillegg til faglighet. Det tilligger fagmiljøene og ikke juristene å si hva som regnes som faglig forsvarlig til en hver tid. I Pasientrettighetsloven er det angitt at barn fra fylte 16 år har selvbestemmelsesrett, og fra 12 år skal deres ønsker høres og tas hensyn til utfra barnets modenhet. Nytt i loven er at det er tilstrekkelig at en av foreldrene samtykker til behandling, dersom kvalifisert helsepersonell sier at den er nødvendig. Dersom den andre foresatte er uenig kan avgjørelsen påklages til Helsetilsynet og dette kan vedta at helsehjelpen skal avsluttes inntil det er fattet vedtak på grunnlag av klage fra den andre forelderen eller andre med foreldreansvaret.
Foreldrenes kompetanse til å bestemme over barnet er imidlertid begrenset til a) å samtykke til behandling som er forsvarlig, b) nekte hvis behandlingen er uforsvarlig og c) foreldre kan ikke nekte behandling når å nekte er uforsvarlig.

Per Nortvedt, Professor i medisinsk etikk, UiO, snakket om foreldrenes medbestemmelsesrett i saker der avgjørelser skal tas om behandling av barn. Han la vekt på viktigheten av beslutningsprosessene og god kommunikasjon mellom behandlende leger og foreldrene. Han siterte British Medical Association i et utsagn fra 2007 og argumenterte for at foreldrene i større grad bør være de som tar avgjørelsen om behandling eller ikke i saker der de medisinske vurderingene er vanskelige eller usikre. Argumenter mot dette er risikoen for skyldfølelse hos foreldrene dersom de må ta avgjørelser men det er i følge ham lite empiri på dette. Han trakk fram en studie fra USA på avgjørelser om å avslutte behandling av syke barn. Man fant der at skyldfølelse var et lite problem mens flertallet så på denne avgjørelsen som en plikt og del av foreldreansvaret. Her møtte han motstand fra salen, blant annet fra professor Aslak Syse og neste foredragsholder:

Trude Linja, medisinstudent og mor til et barn med alvorlig medfødt hjertefeil, fortalte om sine erfaringer som forelder i slike vanskelige prosesser. Hennes bidrag var personlig og et nyttig og interessant innspill for klinikerne i salen. Hennes klare ønske var at foreldre må få slippe å føle at de sitter med avgjørelsen om å behandle eller ikke.

Marianne Bahus, jurist, stipendiat og mor til et sykt barn, ga kommentarer til de foregående innleggene. Hun oppsummerte problemene med prinsippene som legges til grunn i en behandlingssituasjon (barnets beste, nåværende og fremtidig livskvalitet, behandlingens nytte, fordeler og ulemper) som relativt vage, uforutsigbare og subjektive. Hun trakk fram en undersøkelse blant norske leger som viste at mange var villige til å gi behandling som ikke var medisinsk indisert dersom foreldrene insisterte. Hun mente at beslutningssansvaret må ligge hos legene og at de rettslige grensene for foreldrenes medbestemmelse i større grad bør anvendes i praksis. Foreldrene bør være beslutningsdeltagere men ikke –ansvarlige.

Reidar Pedersen, stipendiat ved Senter for medisinsk etikk, UiO snakket om de klinisk-etiske komitéene. Han refererte til en undersøkelse fra USA som viste at rundt 50% av leger under spesialisering i pediatri følte seg usikker på kommunikasjon med foreldrene om vanskelige temaer og viste til at det også i spesialistutdanningen i Norge er lite systematisk trening på slik kommunikasjon. I etterkant av den opprivende Kristina-saken er det utviklet en Nasjonal veileder for beslutningsprosesser for begrensning av livsforlengende behandling hos alvorlig syke og døende. Denne inneholder blant annet et flytskjema som kan være til hjelp i situasjoner der beslutningsprosessen er vanskelig. Det vises til at man skal involvere barnevernet i saker der foreldre eventuelt motsetter seg behandling som åpenbart er medisinsk indisert. Et viktig prinsipp er at ingen kan pålegges å gi livsforlengende behandling som er hensiktsløs eller som ikke er faglig forsvarlig. Ingen har heller krav på informasjon og slik behandling. De tverrfaglige klinisk etiske komitéene (KEK) finnes ved alle helseforetak. De har 8-12 medlemmer fra ulike profesjoner og brukes til drøfting av konkrete saker, undervisning og utvikling av retningslinjer. De kan komme med råd men kan ikke ta beslutninger. De representerer heller ikke noe klageorgan.

Rolf Lindemann, Professor og overlege ved nyfødtavdelingen, OUS Ullevål, snakket om problemene knyttet til livreddende behandling av de ekstremt premature. Han fokuserte på usikkerheten med hensyn til den kliniske vurderingen av "vitalitet" og også på usikkerheten som hefter ved terminfastsettelsen. Studier har vist at fostre i andre trimester har svært varierende biparietal diameter, som er det viktigste parameteret som brukes for å anslå gestasjonsalder og at man kan ha en usikkerhet på opptil to uker ved såkalt ultralydkorrigert termin. Det blir derfor nærmest meningsløst å forholde seg rigid til grenser for gestasjonsalder. Han minnet også om de betydelige skadene som er blitt påført pasienter opp igjennom den medisinske historien av velmenende og kanskje overivrige leger – "iatroepidemics" – og stilte spørsmål ved hvordan historien vil bedømme vår aktivitet.

Thor Willy Ruud Hansen, Professor og overlege ved nyfødtavdelingen, OUS, Rikshospitalet stilte spørsmålet om nyfødte premature diskrimineres i forhold til andre pasientgrupper. En fersk undersøkelse på holdninger blant norske leger viste at mange ville prioritert en 80-årig dement framfor behandling av en prematur. Det kom også fram at flere ville avstå fra behandling dersom det var deres eget barn det gjaldt enn om det ikke var det.

Sammenlignet med pasientgrupper i voksen alder med ulike cancerdiagnoser er overlevelse på 50 % ikke et dårlig resultat. Han argumenterte for at det at voksne pasientgrupper med tilsvarende overlevelse og risiko for alvorlige sekveler som ekstremt premature blir behandlet, representerer diskriminering av nyfødte. Årsaker til dette kan være hensyn til kostnader, frykt for å påføre barn lidelse og at man er usikker på prognose på lang sikt. Han viste til at det er svært vanskelig å plukke ut a priori dem det vil gå bra med og at "vitalitet" er et dårlig kriterium. Han argumenterte derfor for at man må igangsette behandling for alle og heller gå over til palliativ behandling når det blir klart at det ikke kommer til å gå bra, i stedet for å la være å behandle alle utfra gestasjonsalder ("Kan ikke la være å redde Kari for å skåne Ola"). Han argumenterte videre med at for at medisinen skal utvikle seg må man prøve ut nye ting og at grenser flytter seg ikke av seg selv – mye av det vi gjør i dag framstod som science fiction for bare 20-30 år siden. Fra salen kom det innspill om at hensyn til "det levede liv" er viktig når leger heller vil vurdere å behandle en 50 åring med cancer med dårlig prognose enn en ekstremt prematur. Det kom også innspill som gikk på at man ikke må prøve å skyve grensene for gestasjonsalder nedover "for å bli bedre", slik at barn blir brukt som middel for andre.

Debatten gikk ellers friskt både i plenum og i pauser og flere etterlyser en ny konsensuskonferanse og at det arbeides for at man utvikler en lik praksis i hele landet, når det gjelder behandling av de ekstremt premature.

Bakvaktkurs

Referat fra Bakvakt-kurset november 2010, Oslo

AV JØRGEN HURUM, BARNEAVD. LILLEHAMMER

Kombinasjonen av færre kritisk syke barn og flere barneleger fører til at den enkelte LIS og vakthavende overlege sjeldnere og sannsynligvis for sjeldent møter det kritisk syke barnet. Vi har nådd et kritisk punkt hvor pediaterens livreddende ferdigheter ikke erhverves og ikke opprettholdes i ordinært klinisk arbeid. Denne alvorlige bekymringen - som i sin ytterste konsekvens berører pediatrifagets fremtidige eksistens - er drøftet i Paidos og andre fora de siste årene (Paidos 28(3)). Simulatortrening er i dag en meget viktig del av pediatrisk utdannelse og videreutdannelse. NBF har tatt konsekvensen av dette blant annet gjennom støtte til etablering og videreføring av APLS-kursene samt etablering av *Ferdighetsutvalget* som presenterte sin rapport på Vårmøtet 2010. Rapportens åttende punktforslag lyder: *Det utvikles et eget "Bakvakt-kurs" for spesialister som går i bakvakt og trenger oppfrisking og trening på akutte prosedyrer.*

Så skjedde 25.-26. nov 2010. Norsk Barnelegeforening og Nyfødtavd., Kvinne- & Barneklinikken, Institutt for Kirurgisk Forskning og Avd. for Komparativ Medisin Oslo Universitetssykehus HF – Rikshospitalet og Utdanningssenteret Oslo universitetssykehus HF – Ullevål arrangerte sammen det første bakvakt-kurset.

12 overleger i bakvakt var påmeldt – og møtte. Det var god geografisk spredning blant deltakerene, men aldersmessig var yngre overleger overrepresentert. I god tid før kurset ble deltakerene anmodet om å forberede seg i det nettbaserte forkurset Crises Resource Management (CRM) som ligger på Læringsportalen til Helse Sør-øst . CRM skisserer regler for kommunikasjon, oppgavefordeling og væremåte i team.

Selve kurset med et nyttig og ressurskrevende program startet grytidlig på Institutt for Kirurgisk Forskning på OUS RH. Kursleder Thor Willy Ruud Hansen og hans flertallige lokale mannskap ledet oss stramt og kyndig gjennom etablering av navlekatetere, arteriekran, intubering, ulike typer thoraxdren og intraossøs nål hos anesteserte spedgriser.

På det velutstyrte utdanningssenteret OUS Ullevål møtte vi resten av den entusiastiske arrangementsgjengen – de fleste med lang ansiennitet i APLS-miljøet. Neste del av første dag var viet demo i HLR, intubering og defibrillering med påfølgende meget nyttig trening i grupper.

Annen dag startet med workshops i sentrale akuttpediatriske emner. Hadde deltakerene brakt med egne kasuistikker som arrangørene anbefalte hadde nytteverdien nok vært enda større. Avanserte simuleringsdukker og filming av ulike kliniske scenarioer fylte resterende del av en krevende dag. Pulsen til deltakerne er muligvis høyere på scenarier på utdanningssenteret enn på eget lokalt akuttrom i reelle kliniske situasjoner

Personlige erfaringer

Bakvakt-kurset er meget godt organisert og ledet av tilsynelatende utrettelige idealistiske kolleger. Det var gledelig å registrere en godt samkjørt, likeverdig og kreativ arrangørgjeng representert fra nær alle universitetsmiljøene. Kurset er nyttig for bakvakter fordi det vitterlig frisker opp ikke-daglige kliniske prosedyrer. Bakvaktskurset har fellestrekk med, men bør ikke erstatte APLS-kurset.

Forslag til videreføring av kurset

Selve bakvaktsrollen kan vektlegges ytterligere i teori og i rollespill under scenariene. Utbyttet av kurset ville muligvis øke i verdi med en bedre blanding av eldre og yngre overleger. Eller skal det arrangeres egne seniorkurs? Jeg anbefaler og utfordrer alle bakvaktkolleger - i alle aldre – til å delta på dette kurset under tesen om at "tør du gå bakvakt, tør du gå bakvakt-kurs".

Personlig tror jeg at fremtiden med økende formelle kompetansekrav vil gjøre bakvaktskurset obligatorisk. Kurset følger i dag prinsippet om at erfarne og kompetente klinikere instruerer og kontrollerer klinikere.
I vårt "controllersamfunn" er jeg bekymret for at det i fremtiden vil være byråkratene som kontrollerer klinikerne og dermed erstatte faglig idealisme med byråkratisk livløshet.

News from Free Binayak Sen Campaign
Pressemelding 22 April 2011

Dr. Binayak Sen was given a life sentence by order of the court in December 2010. However on 18th April 2011, the Supreme Court released him on bail. Indeed, it was very good news to hear of his release on bail by the Supreme Court though it is also difficult to say how the final decision will be made by the Indian justice system. We are very much concerned about the sentence, as he has been dedicating his whole life to the poor. He has won the 2011 Gwangju Prize For Human Rights, South Korea's most prestigious award for those working on peace, democracy and justice issues in Asia.

Stikk på kurs!

- Introduksjon til nyfødtmedisinske teknikker og prosedyrer

AV INGRID DANNEVIG, LEGE, BARNE- OG UNGDOMSKLINIKKEN, AKERSHUS UNIVERSITETSSYKEHUS
FOTO: THOR WILLY RUUD HANSEN, OVERLEGE, NYFØDTSEKSJONEN, OUS RIKSHOSPITALET

Tenk deg følgende scenarioer:

1) Du blir bedt om å komme på fødeavdelingen fordi det er født et barn som ikke puster. Du får intubert det etter et par minutter men barnet er fortsatt vanskelig å ventilere. Du oppdager en stor pneumothorax etter å ha tatt røntgen thorax. Barnet blir tiltagende dårlig og hypoksisk. Du må legge thoraxdren men har aldri gjort det før og bakvakten din er en halvtime unna med bil.

2) Du står i akuttmottaket. Du har fått inn et bevisstløst barn på 2 år med petekkier. Det er mistanke om sepsis. Han er dehydrert og dårlig sirkulert. Det er ingen synlige perifere årer å stikke på. Du prøver for tredje gang å få inn en veneflon for å få gitt barnet væske og antibiotika. Du bommer igjen. Du har hørt om intraossøs nål men har aldri brukt det før og blir svett bare av tanken.

Vi er mange som har stått i lignende situasjoner med dårlige barn der det haster å få gjort praktiske prosedyrer som man kanskje bare har sett blitt utført uten at man føler seg kompetent nok til å gjøre det selv. Teknisk krevende prosedyrer på nyfødte og større barn blir ofte utført av de mest erfarne legene på avdelingene fordi det haster og for å skåne barnet. Det har overlege Thor Willy Ruud Hansen på Nyfødtseksjonen ved OUS Rikshospitalet tatt konsekvensen av og arrangerer derfor det etter hvert så populære kurset "Introduksjon til nyfødtmedisinske teknikker og prosedyrer" for barne- og anestesileger. Jeg var heldig og fikk plass på kurset som ble arrangert i mars i år. På kurset gjennomgår Thor Willy de vanligste teknikker og prosedyrer som brukes i nyfødtmedisinen inkludert blant annet perifer venenål, perifer arterienål, navlevene- og navelarteriekateter, thoraxdren, spinalpunksjon, intubering, blærepunksjon og intraossøs nål. Hver kursdag starter med en teoretisk innføring der dagens prosedyrer gjennomgås i detalj. Deretter blir teknikken demonstrert av instruktører som er erfarne barneleger ved OUS Rikshospitalet og Ullevål. Deretter følges demonstrasjonen opp med gjentatte øvinger på modell. For de fleste teknikkene brukes anesteserte dyr (rotte og spedgris) som modeller. Kurset er på 30 timer, går over 5 dager og arrangeres to ganger i året. Så langt har nærmere 210 leger gjennomgått kurset. Det er kun plass til 16 deltagere på hvert kurs og for påmelding praktiseres førstemann til mølla. Etter å ha trent på prosedyrer i fire dager i strekk ble femte kursdag viet team-trening på dukker på computerisert lab ved OUS Ullevål ledet av overlege Thomas Rajka. Her ble vi drillet på resuscitering av nyfødte, filmet og evaluert. Det ble også satt av tid til å diskutere etikk rundt resusciteringssituasjoner. Dette er uten tvil det mest matnyttige kurset jeg har deltatt på og anbefales til alle barne- og anestesileger. Jeg tror samtlige som deltok på vårens kurs dro hjem med en betydelig større selvtillitt og mestringsfølelse i forhold til tekniske prosedyrer på barn.

Den alltid blide og entusiastiske Thor Willy Ruud Hansen loset oss gjennom alle prosedyrene helt i tråd med den kinesiske filosofen Konfutse: " Tell me and I will forget, show me and I may remember, involve me and I will understand."

Vårens kursdeltagere.

Fire kursdeltagere i dyp konsentrasjon.

Nasjonalt kompetansesenter for prehospital akuttmedisin

Nasjonalt kompetansesenter for prehospital akuttmedisin (NAKOS) ble etablert i 2003 som et offentlig kompetansesenter finansiert av Helsedepartementet. Senteret ble opprettet etter forslag fremsatt i NOU 1998: 9 "Hvis det haster. Faglige krav til akuttmedisinsk beredskap" og i St.meld. nr. 43 (1999 – 2000) "Om akuttmedisinsk beredskap".

AV JAN ERIK NILSEN, DAGLIG LEDER NAKOS / OVERLEGE

NAKOS ble organisatorisk lagt inn under daværende Prehospital klinikk ved Ullevål universitetssykehus. Senterets første leder var dr. med. Lars Wik.

En reorganisering ble gjennomført i 2009. Senteret har flyttet til nye lokaler i bygning 37, Kirkeveien 166, Oslo. Organisatorisk er senteret plassert i Avdeling for forskning og utvikling, Akuttklinikken, Oslo universitetssykehus HF. Gjennom dette er NAKOS en del av et stort forskning- og utviklingsmiljø innen hele bredden av anestesifaget. Akuttmedisin er en av de fire faglige søyler i spesialiteten anestesiologi.

Senteret arbeider etter en nettverksmodell og har en nasjonal referansegruppe med representanter for samtlige regionale helseforetak og samarbeidende kompetansesentra.

Prehospital akuttmedisin i Norge står foran store utfordringer knyttet til struktur- og funksjonsendringer i helseforetakene, demografiske endringer og økede krav og forventninger til innhold, kvalitet og servicenivå i tjenesteområdene.

I tillegg kommer en svært rask kunnskapsutvikling innen akuttmedisin og medisinsk teknologi.

Akuttmedisinsk beredskap er gjenstand for betydelig interesse i media og i befolkningen. Det er et stort behov for å kvalitetssikre akuttmedisinsk beredskap og klinisk praksis gjennom forskning, fagutvikling og utdanning.

NAKOS er i en oppbyggingsfase og har i dag 3,3 stillingshjemler. Fagpersonalet består av daglig leder (lege), seniorforsker(lege) og seniorrådgiver (sykepleier/ paramedic). Stilling for professor II i akuttmedisin er under tilsetting.

NAKOS vil prioritere fagutvikling og kompetansehevende aktiviteter, ved siden av forskning.

Oppbygging av eget nettsted og læringsportal er gitt høy prioritet. Følg med på www.nakos.no.

Vi vil gjerne komme i kontakt med kolleger som kan tenke seg å gi faglige bidrag til portalen gjennom å engasjere seg som fagredaktører og gjennom deltakelse i nettbaserte faggrupper.

NAKOS er i dag engasjert i en rekke forsknings- og utviklingsprosjekter. Det er tilsatt egen prosjektleder for oppretting av nasjonalt kvalitetsregister for hjertestans. I tillegg arbeider en prosjektleder med lokale kvalitetsregistre for lagring og bruk av data fra defibrillatorer, med formål intern kvalitetssikring av HLR-praksis i akuttmedisinske tjenester.

I samarbeid med Norsk Resuscitasjonsråd vil NAKOS bidra til å videreføre APLS®- og PLS®-kursene i Norge. Vi anser kursene som viktige bidrag i sikre god behandling av akutt syke og skadde barn.

Ferdighetstrening.

NAKOS står også bak årlige fagkonferanser i akuttmedisin. Årets konferanse samlet nær 500 deltakere fra hele Skandinavia. Informasjon om neste års konferanse finnes på www.akuttmedisin2012.org.

NAKOS ønsker kontakt og samarbeid med alle som er interessert i utvikling og kvalitetssikring av prehospital akuttmedisin i Norge.

Av Hélène Sogge, faglærer i sykepleie

Det friske og det syke mennesket – 2. utgave

Forfatter: Vegard Bruun Wyller
Utgitt av Akribe forlag
Utgivelsesår: 2009 – andre utgave
2410 sider
ISBN 9788279501299
pris kr. 2 888.-

Den nye utgaven av læreverket med 6 boksett består av 2 separate bøker DFM og DSM: I) grunnleggende biologi og medisin, II) sirkulasjonsorganene og respirasjonsorganene, III) fordøyelsesorganene og utskillelsesorganene, IV) hormonsystemet og nervesystemet, bevegelsesapparatet, V) overflateorganet, infeksjonsforsvaret og forplantningsorganene og VI) barn og gamle, biologi og medisin i et helhetsperspektiv. De 12 bøkene og et registerhefte byr på mer fleksibilitet og er lettere å bruke enn den første utgaven.

Dette læreverket egner seg meget godt til sykepleier- og andre helsefagstudenter i grunn- og videreutdanning som kan bruke bøkene som støtte til undervisningen og fordype seg i enkelte kapitler. Det egner seg også som oppslagsverk for forelesere og andre helsearbeidere samt medisinerstudenter. Minoritetsspråklige helsearbeidere som trenger å lære det norske helsefagspråket kan ha god nytte av dette verket. Pasienthistoriene kan hjelpe helsepersonell med flerkulturell bakgrunn til å forstå tilnærmingen til pasienten, bli kjent med navn på prøver og undersøkelser og samarbeidsmåter med bl.a. legen i det norske helsevesenet.

Tolv oversiktlig oppbygde bøker med fargekoder for hver av fagområdene gjør det lett å finne ønskede emner. Registerheftet med oversikt over pasienthistorier og stikkordregister for hele verket er til god hjelp når leseren trenger svar for et bestemt spørsmål.

DFM forteller det normale slik at studenten har et grunnlag for å forstå sykdomsprosessen og den medisinske behandlingen. Bøkene tar utgangspunkt i pasienthistorier fra virkeligheten med informasjon om pasienten som mennesket: symptomer, arbeid og familie rundt pasienten. Klart språk med nyttige observasjoner knyttet til pasientens helse vekker interessen og gjør det lettere å forstå sykdomsbildet, analyse av situasjonen og faglig refleksjon. De konkrete eksemplene binder sammen teoretiske kunnskaper med situasjoner fra praksis som kan være til god hjelp for studenter som aldri har vært i praksis i helsevesenet. Noen pasienthistorier er knyttet til tidligere presenterte pasienthistorier for å vise likhet i symptomer og forskjeller mellom sykdomsbildene. Korte dikt og sanger i bøkene bidrar til å forstå anatomien til det levende mennesket som et tenkende vesen.

Bøkene gir studentene et verktøy for å analysere en situasjon, anvende teoretiske kunnskaper, og utvikle et klinisk blikk og resonnement i praksis. For eksempel å lete etter konkrete symptomer, iversette yterliggere undersøkelser på egen hånd, vurdere behov for legehjelp og andre aktuelle tiltak. DSM gir også en kort innføring i de viktigste legemidlene, både preparatnavn og virkning og evt. bivirkninger.

Teksten er logisk, klar og nøktern, tegningene er gode, tabeller er klare og et omfattende stikkordregister gjør at faglige kunnskaper er lett tilgjengelige og bøkene er dermed lette å bruke. Studenten kan også teste sine kunnskaper ved å løse oppgaver på www.friskogsyk.no Studenten kan også kjøpe egen arbeidsbok med oppgaver og svarveiledning knyttet til pasienthistoriene.

Svangerskapet, fødselen og barselperioden står omtalt i bind V mens nyfødtperioden og barnealderen står i bind VI. Viktige temaer som ufrivillig barnløshet og sykdommer knyttet til svangerskapet blir også omtalt. Bruk av alkohol, narkotiske stoffer og legemidler under svangerskapet har en kort men viktig plass for å gi sykepleiere, helsesøstre og jordmødre nok kunnskaper for å kunne informere og veilede pasienter og pårørende. DFM om barn gir et godt grunnlag for å tilegne seg kunnskap om kroppslig, tankemessig og følelsesmessig utvikling av barn fra nyfødtperioden, barnalderen til puberteten. DSM omtaler barnemishandling og psykisk utviklingshemning og gir et faglig grunnlag for etisk refleksjon.

DSM dekker viktig sykdomslære, men ikke omsorg og sykepleie til pasienter med bestemte sykdommer. Leserne må selv finne frem til annen faglitteratur, yrkesetiske retningslinjer, praktiske prosedyrer i sykepleietjenesten (PPS) eller egne prosedyrer på arbeidsplassen for å få svar på denne type spørsmål. Noen lesere vil sikkert savne en fordypning i enkelte emner eller fagstoff om sjeldne sykdommer, men en grunnleggende bok kan ikke dekke alt. Forfatteren har klart dette bokprosjektet på et glimrende måte: innholdet er grundig, pedagogisk fremstilt og likevel ikke for omfattende. Lesere som ønsker å fordype seg i enkelte emner vil kunne bruke referansene til tilleggslitteratur, internettsider og PPS som er nevnt på slutten av hvert kapittel. Nettstedet www.friskogsyk.no gir en detaljert presentasjon av bokverket med bilder.

Bokverket DFM og DSM kan med fordel anbefales til studenter i helsefag, minoritetsspråklige studenter og helsearbeidere som ønsker fordypning eller bare oppgradering av kunnskap.

Av Ragnhild Bjørknes, doktorgradsstipendiat ved Atferdssenteret, Universitet i Oslo.

En etterlengtet bok om kulturens betydning for oppdragelse og atferdsproblemer!

Kulturens betydning for oppdragelse og atferdsproblemer. Transkulturell forståelse, veiledning og behandling
Forfatter: Cecilie Javo
Utgitt av Universitetsforlaget
Utgivelsesår 2010
259 sider
ISBN: 9788215016160
Pris kr. 299.-

Boken " Kulturens betydning for oppdragelse og atferdsproblemer. Transkulturell forståelse, veiledning og behandling" er et særdeles viktig bidrag for profesjonelle som jobber med etniske minoritetsfamilier. Dette er et av de første faglige bidragene som setter fokus på oppdragelse og atferdsproblemer sett i lys av et kulturelt perspektiv i Norge. Forfatteren Cecilie Jávo er barnepsykiater og overlege ved Samisk nasjonalt kompetansesenter – psykisk helsevern, avdeling for barn og unge. Boken bærer preg av at forfatteren har både forskning- og erfaringsbasert kunnskap, noe som gjør den til interessant lesning.

Boken er skrevet for fagfolk i ulike grunn- og videreutdanninger innen helse og sosialsektoren. Den er spesielt godt egnet for tverrfaglig videreutdanninger i psykososialt arbeid med barn og unge, slik som utdanningen innen barne- og ungdomspsykiatrien, barnevernet og helsesøsterutdanningen.

Boken er omfangsrik og gir en imponerende oppdatering av utgitte forskningsresultat og pågående forskningsprosjekter. Dette gir et godt bakgrunnsteppe for å veilede profesjonelle som møter etniske minoritetsforeldre som strever med egne barn. Den er delt inn i syv kapitler, og dekker både temaer om innvandrer familier og samiske familier. De fire første kapitlene oppsummerer teori og forskning på temaer som etnisitet, barneoppdragelse og atferdsvansker hos barn sett i lys av et kulturelt perspektiv. De tre siste kapitlene omhandler hvordan fagutøvere kan ha en kultursensitive tilnærminger i sitt arbeid med etniske minoritetsfamilier. Her dekkes både arbeid med familier innen psykiske helsetjenester og i forebyggende arbeid.

Boken har et godt språk, men mulig en liten omarbeidelse av enkelte detaljer kunne vært på sin plass. For eksempel henvises det til at barn over 8 år har særlig effektiv av Parent Management Training – Oregon Modellen (PMTO), men det den henviste studien faktisk viser er at barn under 8 år har best utbytte av PMTO (side 132).

Det er spesielt de tre siste kapitlene som gjør at denne boken er et viktig og etterlengtet bidrag. Forfatteren drøfter kultursensitivt arbeid slik som bruk av tolk versus minoritetsrådegiver, etnisk matching mellom familier og kliniker samt barrierer mot å oppsøke hjelp, der temaene belyses av ny forskningslitteratur. Boken er dermed godt egnet til å dekke et opplæringsbehov for fagfolk som arbeidet etniske minoritetsfamilier. Dette faglige bidraget har stor nytteverdi i et relativt ungt fagfelt i Norge. Jeg vil absolutt anbefale denne boken for studenter og praktikere som jobber med etniske minoritetsfamilier.

Av Axel Ødegaard, Senter for psykisk helse barn og ungdom, Akutteam Barn og Ungdom (ABU), Oslo Universitetssykehus

Øyne i Gaza

Forfattere: Mads Gilbert og Erik Fosse
Utgitt av Gyldendal forlag
Utgivelsesår: 2009
308 sider
1. utgave
ISBN: 9788205393813
Pris kr. 399.-

Vitneskildringer fra en krig er aldri hyggelig lesning. Boken til Mads Gilbert og Erik Fosse, Øyne i Gaza, er en smertefull beretning om lemlestete barn som offer i en bestialsk konflikt mellom voksne, nasjoner og religioner. Våre to kolleger var de som så barnas smerte på Shifa sykehuset i Gaza by for to år siden, åpnet verdens øyne, skrek ut sitt raseri samtidig som de utførte en nesten umenneskelig legegjerning med stor empati for et helt folk. Boken som ble utgitt samme år, 2009, er viktig både som politisk og medisinsk katastrofe dokumentasjon, men primært som varsel om voksnes og systemenes urett mor barn.

I alle kriger er barn tapere. I følge UNICEF er 2 millioner barn drept i væpnede konflikter siste 10 år, 6 millioner lemlestet eller alvorlig skadet, en million barn blitt foreldreløse og 20 millioner har måttet flykte fra sine hjem. Den som ser har plikt til å si fra og beskytte.

Legene Gilbert og Fosse har en unik kunnskap om og vennskap med palestinere. En sterk tilknytning gir rom for sterke følelser og meninger som blir drivkraft for deres humane handlinger. Derfor blir boken også engasjerende og mer enn beskrivelse av katastrofemedisinsk arbeid. Fokus settes på barns lidelse, reaksjoner på akutte og kroniske traumer, hva som beskytter og, kanskje mest skremmende, de religiøse fundamentalistenes holdninger som kynisk setter likhetstegn mellom fiende og barn. Det blir motoren i eskalerende terrorisme. Fosses oppsummering blir meningsfull: "Angrepet på Gaza var en humanitær katastrofe for palestinerne, men det var en moralsk katastrofe for Israel".

Angrepet på Gaza i jule- og nyttårshelgen 2008-2009 kom etter en langvarig blokade og isolering av Gaza stripen siden Hamas vant valget i 2006. Boken gir en levende skildring av stemningen i en by under ild, en by i et land som i praksis fungerer som fengsel for 1,5 millioner mennesker på et område på 1X4 mil. Lyder fra bombing som kommer nærmere, summingen til førerløse droner, predatorene, som ser og beregner sitt bytte, fjernstyrt fra en bunker langt borte, klapringen til tanksens larveføtter mot asfalt, hylene fra sårete og redde mennesker, sammenraste bolighus og gudshus. Markeder, skoler og flyktningeleirer ble ikke skånet. Ingen steder var trygge soner, selv ambulanser ble angrepet. Gjennom Israels massive grensekontroll med målsetting å hindre innførsel av våpen, blir barn utsatt for mangel på grunnleggende goder som mat, medisiner, leker og skolemateriell med potensielt alvorlige konsekvenser for barnets fysiske og psykiske utvikling, I tillegg til den fysiske utarmingen blir den kroniske frykten familiene opplever og mangelen på påvirkningsmulighet en psykisk belastning som kan føre til avmakt, depresjon eller raseri.

Gilbert viser i et kapittel til undersøkelser gjort blant barn og ungdom i Gaza. Majoriteten av palestinske barn i Gaza, 9 av 10, har sett, hørt eller vært i nærheten av angrep, død og lemlestelse. 3 av 4 barn i alder 6-11 har symptomer på kronisk stress av lett til moderat grad, 4 av 10 i alvorlig grad, skoletilfredsheten er svært lav.

Kronisk stress av en slik styrke barn opplever i Gaza er en alvorlig helsetrussel. Repeterende traumer påvirker naturlige modningsprosesser i hjernen og får betydning for kognitiv utvikling, affektregulering og evne til å håndtere senere belastninger. Forskning viser økt risiko for utvikling av helseproblemer som voksen, angst/depresjon, psykosomatiske og somatiske plager. Det kan påvises strukturelle endringer i hjernen til barn med alvorlig stress/PTSD i barneårene, sannsynlig mediert gjennom økte konsentrasjoner av cortisol via HPA aksen, med destruksjon av nevroner som konsekvens. Dette kan påvirke hukommelse, tilknytning, stressregulering, emosjonelle uttrykk og moralsk utvikling. Barn i Gaza blir på denne måten utsatt for multiple stressorer i sin sårbare utviklingsfase, og som kan ha betydelige konsekvenser for voksen fungering og helse. Underernæring, PTSD, tilknytningstraumer, tap av nære omsorgspersoner, tap av trygghet. Ikke rart de pårørende skriker ut sin fortvilelse: " Hvem beskytter oss?". Gilbert og Fosse så tragedien som ble forsøkt skjult fra vestens blikk. De så og beskriver også befolkningens desperate forsøk på å beskytte sine barn, selv om det noen ganger førte til at slekter ble lurt inn i drapsfeller av de israelske soldatene. Når barn ble såret og brakt til sykehus kom alltid en slektning, forelder, bror, bestemor, en som kunne formidle en historien og viktigst: en som kunne trygge barnet. Det medførte store utfordringer mht prioritering og organisering av katastrofearbeidet ved Shifa sykehuset.

Gilbert beskriver også beskyttelsesfaktorer, resiliens, der nære, empatiske støttepersoner kanskje er viktigst for barn i en katastrofe. Andre faktorer som gode kognitive evner, opplevelse av påvirkningskraft ift eget liv og utvikling, følelse av å forstå eller se sammenheng idet som skjer, og optimisme blir mindre anvendelig i all meningsløsheten. Tvert i mot kan strategier for overlevelse bli et redskap i en ond sirkel der terror skaper terror, der påvirkning av egen utvikling i en klemt situasjon blir å ta igjen og støtte radikale grupperinger som kan hevne, slik vi ser tendenser til i Gazas utvikling siden angrepet for to år siden.

Vår hjerne tilpasser seg det miljø vi lever i, og da kan hensiktsmessig adferd være å leke selvmordsbombere slik barnelek i Gaza beskrives i boken. Leken blir uttrykk for desperat søken etter beskyttelse. Slik blir boken også en "lærebok" i hvordan voksnes holdninger og adferd bidrar til å øke voldsspiralen gjennom generasjoner. Ledere som ydmyker et folk er farlige.

Mads Gilbert og Erik fosses overlevelsesstrategi blir eksempel på det motsatte: Humor og empati for hverandre og helsepersonellet de samarbeidet med i en desperat og håpløs situasjon, samtidig med varslingen for en hel verden om uretten som ble gjort mot en hel generasjon barn.

Ny doktorgrad i medisin

NBF og Paidos gratulerer

"Resuscitation of the newborn. An experimental study of toxic effects of supplementary oxygen in newborn piglets".

Rønnaug Solberg

Kandidat: **Rønnaug Solberg**
Institutt: **Pediatrisk Forskningsinstitutt, Oslo Universitetssykehus**
Veiledere: **Ola Didrik Saugstad og Magnar Bjørås**
Disputas: **29.mars 2011**

Ca 5-10% av nyfødte trenger hjelp til å komme i gang med å puste etter fødselen og rundt 1% trenger full gjenoppliving. Dersom ekstra oksygen (100% oksygen) gis til nyfødte i forbindelse med gjenoppliving, vil det kunne gi mer skade og høyere dødelighet.

Ved å etterligne situasjonen nyfødte barn kan være i har barnelege og forsker Rønnaug Solberg, i eksperimentelle studier utført på spedgris, funnet flere skadelige effekter av å gi ekstra oksygen ved gjenoppliving. Det ble funnet en klar sammenheng mellom mengde oksygen gitt ved gjenoppliving og risiko for skader indusert av oksydativt stress. Selv en moderat oksygentilførsel på 40% gir signifikant mer skade enn 21% som tilsvarer det vi har i vanlig luft. Dersom 40%, 60% eller 100% oksygen blir brukt til gjenoppliving, ble det funnet en trinnvis økning av DNA skade sammenlignet med 21%. Ekstra oksygen førte også til mer vevsskade, reduksjon av stoffer som kan beskytte hjernen samt at mitokondriefunksjonen normaliserte seg langsommere.

Når et barn blir født slapt eller livløst, kan det være viktig å vite hvor lenge barnet har vært i en kritisk situasjon. I avhandlingen viser Rønnaug Solberg og medarbeidere også at de har oppdaget metabolitter som kan måles i blodet og som presist kan angi hvor lenge en hypoksi har vart. Disse resultatene håper en kan brukes til å utvikle en bed-side test som kan gi viktig og nyttig informasjon i forskjellige kliniske situasjoner.

Hvert år er det på verdensbasis ca 5-7 mill nyfødte som trenger gjenoppliving. Ved å unngå å bruke 100% oksygen, kan en redde opptil 200 000 barn ekstra.

Ny doktorgrad i samfunnsmedisin

NBF og Paidos gratulerer

Cerebral parese i Norge - forekomst, undertyper og alvorlighetsgrad.

Guro L. Andersen

Kandidat: **Guro L. Andersen**
Institutt: **Institutt for laboratoriemedisin, barne-og kvinnesykdommer, NTNU**
Veiledere: **Torstein Vik, Lorentz M. Irgens, Alf E. Meberg, Jon Skranes og Kjell Å. Salvesen**
Disputas: **28.april 2011**

Cerebral parese (CP) er fortsatt den vanligste årsak til varig motorisk funksjonsnedsettelse hos barn. Det finnes ingen tidligere nasjonale studier som beskriver panoramaet av undertyper, alvorlighetsgrad eller risikofaktorer hos barn med CP i Norge. Dette er en populasjonsbasert studie av én fødselskohort, barn født 1996-1998, i Norge. Disse barna er registrert i Cerebral pareseregisteret i Norge. Definisjonen av CP og klassifikasjonen av de enkelte undertyper er den samme som er anbefalt og benyttes av Surveillance of Cerebral Palsy in Europe (SCPE). Studien viste at forekomsten av CP i Norge var 2.1 per 1000 levende fødte, likt det som er funnet i andre sammenlignbare populasjoner. De fleste var klassifisert i undertypen spastisk bilateral (49 %), ca. en tredel (33%) i spastisk unilateral og mindre enn 10% i undertypene dyskinesi eller ataksi. Både denne fordelingen av de ulike CP undertyper og fordelingen av grader av grovmotoriske vansker var i samsvar med det som er funnet i andre vestlige land. Flere barn i denne studien hadde fin motoriske vansker og tilleggsvansker. Som tilleggsvansker regnet vi både talevansker og spisevansker samt syn- og hørselshemming, kognitive vansker og behandlingstrengende epilepsi.

Vi fant at både seteleie og igangsetting av fødsel var uavhengige risikofaktorer for CP. Det var en signifikant økning av risiko for å få CP hvis barnet ved forløsningstidspunktet lå i seteleie sammenlignet med hodeleie (bakhodefødsel). Risikoen var høyest blant enkeltfødte forløst vaginalt til termin. Seteleie var imidlertid ikke forbundet med spesielle undertyper CP eller grader av grov- eller fin- motoriske vansker. Det var også økt risiko for CP hos de barna der fødselen ble igangsatt. Etter igangsetting av fødsel var det en større andel av barna som fikk spastisk bilateral CP og, hos de født til termin, som hadde spastisitet i både armer og ben (alle fire ekstremiteter).

Da vi undersøkte ulike risikofaktorer (sykdom hos mor, kunstig befruktning, unormale forhold ved morkake, blødning i svangerskapet, veksthemming, avvikende leie (ikke bakhodeleie), lav Apgar (<7 ved 5 min) og prematur fødsel) fant vi at en økning av antall risikofaktorer var forbundet en eksponentiell økning av risiko for CP. Kombinasjoner av risikofaktorer var vanligere hos de premature enn hos barn født til termin. I begge grupper (barn født prematurt og barn født til termin) var det få barn med CP som hadde de samme risikofaktorene.

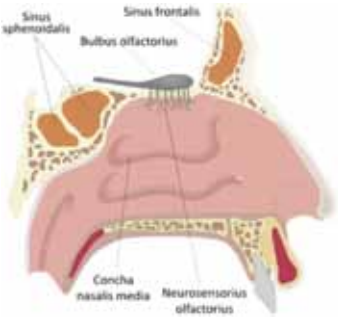
ACTA PÆDIATRICA
NURTURING THE CHILD

Highlights from Acta Paediatrica 2011; (100): 317

Hugo Lagercrantz (hugo.lagercrantz@actapaediatrica.se)
Acta Paediatrica, Karolinska University Hospital, Stockholm, Sweden

Smaller babies after antenatal corticosteroids

Antenatal corticosteroids to women at risk of preterm delivery is well established therapy to prevent respiratory stress syndrome (RDS) etc. It has also been found to reduce neonatal death. Hanna Norberg et al report in this issue (pp. 364–369) that multiple causes of antenatal corticosteroids significantly reduce birth weight, birth length and head circumference even after adjusting for possible confounders. Studies of the long-term outcome are under way.



Exploring the olfactory environment

Preterm newborns are highly sensitive to odours. Ambient odours in the incubator may modify the behaviour. Therefore, Pierre Kuhn et al have conducted a nationwide survey to evaluate the nature and the variability of frequency with which odour products are used in French neonatal units. Although many of the products are necessary for the care of newborn infants, they can probably be used in a wiser way to avoid harm (see pp. 334–339).

Risk of spanking and bullying

Children with certain disabilities, particularly behaviour and mental health problems are more often subjected to physical abuse. See article by Birgitta Svensson et al (pp. 407–412). These children are also more often subjected to bullying in school, since they are regarded as clumsy. See also article by Susanne Bejerot et al (pp. 413–419). Special prevention programmes identifying these children are necessary to protect and empower them.

Fathers' involvement

Paid paternity leave for fathers was first introduced in Sweden in 1974. This has been followed by some other countries. However, fathers seem to receive less support from child health nurses, and many nurses were ambivalent about fathers' caring abilities according to Pamela Massoudi et al (see pp. 396–401). The authors conclude that methods must be developed to involve both parents in child health care.

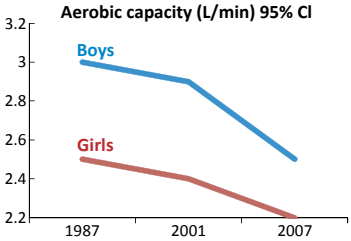
RSV prophylaxis for USD 1.2 billion

The most popular preparation of monoclonal antibodies palivizumab received a blockbuster status with sales of USD 1.2 billion in 2008 over United States. Immunoprophylaxis was found to reduce RSV hospitalizations in patients with bronchopulmonary dysplasia (BPD) and acyanotic congenital heart disease. However, the results regarding patients with cyanotic heart disease or preterm infants without BPD were inconclusive. No effect was found with regard to the mechanical ventilation or death. The findings are reported by Joan MV Pons et al (pp. 324–329).

ACTA PÆDIATRICA
NURTURING THE CHILD

Highlights from Acta Paediatrica 2011; (100): 475

Hugo Lagercrantz (Hugo.Lagercrantz@actapaediatrica.se)
Acta Paediatrica, Karolinska University Hospital, Stockholm, Sweden



Worse physical fitness among Swedish youngsters

Aerobic capacity was estimated in Swedish youngsters when performing bicycle ergometry. Fitness was found to be lower 2007 in comparison with 2001, when it was lower as compared to 1987. If a 16-year-old boy born in 1991 would compete with an age matched boy born in 1979, he would be beaten with 400 m in a 12-min running race. This may increase the risk of metabolic syndrome independently of overweight status. Furthermore, physical fitness is also related to cognitive performance. See article by Örjan Ekblom et al. (pp. 565–569).

To exchange blood – or not

Newborn infants are presently discharged from maternity hospitals much earlier than a few years ago. This increases the risk of missing hyperbilirubinemia. Dag Bratlid et al. (pp. 499–505) present the national guidelines for treatment of jaundice in Norway. The recommendations are not only based on bilirubin levels but also related to birth weight. Following the introduction of these guidelines, fewer babies in Norway receive phototherapy, and no cases of chronic kernicterus have been reported during the study period. In the same issue, Michael Kaplan and Arthur Eidelman discuss whether some preterm infants are being exposed to too high bilirubin concentrations before exchange transfusions are performed. The authors advocate phototherapy and reserve exchange transfusions for the minority of babies where bilirubin continues to rise (pp. 479–481). This is a commentary to Jacob Kuint et al. who claim that the risk of exchange transfusion does not outweigh the potential risk of bilirubin-induced neurological injuries (pp. 506–510). See also article by Manoel de Carvalho et al. (pp. 620–623).

Breastfeeding

Infants born after assisted reproductive technology (ART) are less likely to be breastfed more than 3 months. Karin Hammarberg et al. believe that these mothers are more anxious, and intervention to promote maternal confidence in breastfeeding is encouraged. Poonam Pannu et al. present evidence that individualized breastfeeding information in both antenatal and postnatal periods promotes breastfeeding (pp. 529–533). See also the viewpoint by Wendy Brodribb (pp. 486–490), and the commentary by Sven-Arne Silfverdal (pp. 482–483). Although milk components are changed in diabetic mothers, women with diabetes should nevertheless be strongly encouraged to breastfeed their children according to Glilciane Morcelli et al. (pp. 550–556).

Further support for the Barker hypothesis

A number of epidemiological studies have demonstrated the relation between low birth weight and thinness at birth with an increased risk of metabolic syndrome. However, these findings have mainly been based on analysis of middle age or elderly people. Anni Larnjkær et al. present data demonstrating that children who are thin at birth have higher insulin resistance at the age of 10. However, insulin resistance was not related to birth weight or weight gain from 0 to 9 months (pp. 511–514).

All patients are not equal

The decision to resuscitate an incompetent patient seems to be dependent on age. Irish consultants, trainees in neonatology, paediatrics, obstetrics and medical students were asked whether they would resuscitate critically ill patients with high risk of bad neurological outcome. Almost all the respondents would resuscitate patients between 2 months and 50 years, but were more likely to withhold resuscitation of 24-week preterm infants as well as term infants. About 65% were willing to withhold resuscitation which is about the same figure as for 80-year-old dementia patients. This is reported by Kathryn Armstrong et al. (pp. 519–523).