PAIDOS



TIDSSKRIFT FOR NORSK BARNELEGEFORENING 2012; 30(4): 165-204



Krig, sult og konflikt i Somalia

Ungdomsmedisin

"Mestringskatten"

Kjære kolleger og venner!



I dette nummeret retter vi oppmerksomheten mot krig, sult og sykdom som truer millioner av barns liv. Å involvere barn i en krig påfører dem lidelse, store tap og følelsesmessige påkjenninger (Gilbert, 2011). I dette nummeret kan vi lese om barns lidelse i kriseområde Somalia. Vi kan ikke lukke øynene, vi har alle et ansvar for å bidra til hjelp og for å gi barna håp for et bedre liv. Verdenssamfunnet må legge press på å skape fred i Somalia for å gi barn sikkerhet, en trygg framtid med mat, helse og skolegang.

Paidos trenger ny redaktør fra 2013. Jeg gir stafettpinnen videre til den som har lyst til og interesse for formidling av faget og fagutvikling med debatt. Den nye redaktøren må være på plass i løpet av sommeren. Jeg vil derfor gjerne ha han eller henne med i redaksjonen i produksjon av de to neste utgavene av Paidos. Å være Paidosredaktør er gøy, utrolig inspirerende og spennende. Det gir mange muligheter til å knytte faglige og sosiale kontakter og bygge nettverk for å kunne styrke tidsskriftets bredde, kvalitet og profil. Arbeidsmengden kan variere noe, avhengig av hvor mye resten av redaksjonen påtar seg å gjøre i forhold til et nummer. Min erfaring er at det har vært viktig å planlegge flere utgaver fremover. Liv Norland, art director i Akuttjournalen Arena AS, har gjennom profesjonalitet og kreativitet bidratt til å gi Paidos et nytt og spennende utseende. Tidsskriftet for Norsk barnelegeforening er opptatt av tverrfaglighet og inkluderer alle barnas ambassadører. Paidos har som mål å bidra til å fremme barnehelse i vårt land og i verden for øvrig. I de fire årene som redaktør i Paidos har jeg og mine medarbeidere i redaksjonen jobbet med aktuelle nasjonale temaer utfra NBFs satsningsområder samt internasjonal barnehelse.

2012 har vært et krevende år med innsparinger og nedskjæringer uten at de faglige utfordringene har blitt færre. Samfunnet applauderer antall doktor- og mastergrader samt vitenskapelige publikasjoner. I denne sammenheng blir det lett å glemme de tusenvis av timene med kvalifisert innsats som daglig utføres i barneklinikkenene og kommunene rundt i landet. Vi redder barn og familier og gi dem støtte gjennom vanskelige tider. Hverdagsklinikeren studerer også ved at han/hun henter stadig ny kunnskap inn i det daglige arbeide. Mesteparten av disse studiene foregår i fritiden. Vi håper at 2013 vil legge til rette for integrert kunnskapsutvikling: å gi legene muligheter til å innhente nødvendig kunnskap i arbeidstiden er en trygg investering i forhold til pasientsikkerhet og kvalitetssikring av arbeidet som utføres.

På vegne av Paidos lesere og NBF medlemmer takker jeg for de gode bidragene som vi har fått i de siste fire årene. Fortsett med å sende inn deres manuskripter, alt blir vurdert for publisering.

Jeg ønsker dere en riktig god jul. Som en tradisjon i Paidos minner jeg dere om å ta vare på deres familier og barn i en tid der vi er ekstra opptatt av samhold, nærvær og kjærlighet. Gi barna deres tid og energi – ingen takker oss mer for vår innsats enn vår egen neste generasjon.

Riktig god jul og nyttårsfeiring!

Stefan Kutzsche

Referanser: Gilbert, M. (2011). Barn i Gaza. Paidos, Tidskrift for Norsk Barnelegeforening, 29(2), 52-59

Kurs og konferanser
se www.barnelegeforeningen.no

Pediaterdagene
16-18 jan 2013, Stavanger

Skandinavisk Akuttmedisin
20-21 mars, Gardermoen
Hovedtema: Barnemedisin

ICCEC 2013
9TH International Congress on Clinical Ethics Consultation
14-16 mars 2013, Munchen, Tyskland

Vårmøtet
5-7 juni 2013, Kristiansand

Paidos©2012
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

Sjefredaktør
Stefan Kutzsche
paidos@barnelegeforeningen.no

Redaksjonsmedlemmer
Ingvild Heier, Anja Lee, Guri Skum og Hildegunn Kutzsche

paidosredaksjonen@barnelegeforeningen.no

Adresse
Paidos redaksjon
Gardeveien 17 (517)
0363 Oslo

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

Annonser
Akuttjournalen Arena AS
Kjell O. Hauge
paidos@akuttjournalen.com

Materiellfrister
Nr. 01/2013 - 15. januar

Forsidefoto
Foto: Oli Scarff
Gettyimages® All rights reserved

Opplag:1000

Antall utgivelser per år: 4

Paidos på nett
www.barnelegeforeningen.no

Abonnement
240 kr pr år/4nr. Abonnement på Paidos bestilles ved henvendelse på mail:
paidos@akuttjournalen.com

166 Redaktøren
Stefan Kutzsche

168 Kjære kolleger
Marianne Nordhov

169 Krig, sult og konflikt i Somalia - barna betaler den høyeste prisen
Monica Thallinger

174 Erfaringer fra en afrikansk nyfødtavdeling
Kristoffer Brodwall

177 Pediatrisk endokrinologi i Afrika
Oddmund Søvik

179 Nå har vi fått den! Obstetrikk og nyfødtmedisin i en del av verden med annerledes helsestell
Stefan Kutzsche

180 Stora skillnader mellan mödravården på den vietnamesiska landsbygden och i städerna
Monica Bengtson

182 Kartlegging av ungdomsvennlig helsetjeneste på barneavdelingene
Frøydis Olafsen, Anne Kirsti Høgåsen, Ingjerd Linnebo-Eriksen og Betty van Roy

186 Et besøk ved Columbia University Medical Center, New York
Stefan Kutzsche

189 Childrens Mercy Hospital. En reisebeskrivelse fra Kansas City, MO
Stefan Kutzsche

191 Nærmer vi oss den post-antibiotiske æra?
Ingvild Heier

194 Mestringskatten – en kognitiv behandlingsmetode for barn med angst
Uta Bastian, Simon-Peter Neumer og Trond H. Diseth

198 De gode historiene i pediatrien : Carl August Looft – barnelegepionér i Bergen
Øivind Larsen

199 Nye doktorgrader (PhD)

200 Minneord

201 Bokomtale

202 Highlights from Acta Paediatrica





Forsidebilde: Flykninger i Dadaab leiren i grenseområdet til Somalia. Barn i Somalia dør av mangel på mat, vann, husly og medisinsk hjelp Fattigdom og borgerkrig har drevet mange mennesker på flukt. De rike landene kan gi hjelp til å redusere sult og lidelse. Ressursterke nasjoner må være sitt ansvar bevisst når det gjelder å rekke ut en hånd i tide til de som trenger hjelp. (Foto: Oli Scarff/Gettyimages)

Miniatyrbilde I: Glad og fornøyd pasient og mor. Å se takknemligheten til pasientene vi hjelper gir en utrolig motivasjon til å fortsette den vanskelige jobben.(Foto: Monica Thallinger/MSF)

Miniatyrbilde II: Afrikas Horn. Sommeren 2011 erklærte FN sultkatastrofe på Afrikas horn. Sist gang FN erklærte en sultkatastrofe var i 1991-92. Leger uten grenser hadde lenge før varslet om at krig, tørke og sult kom til å få katastrofale konsekvenser for befolkningen. Det var en varslet katastrofe som fikk fatale konsekvenser for ti tusener av barn. Satelittfoto Somalia. Kilde: Wikimedia Commons.

Kjære kolleger!

Norsk Barnelegeforening kan se tilbake på et år med mye aktivitet. Det er et stort faglig engasjement blant medlemmene som revisjon av veiledere, utforming av foreldreinformasjon, etablering av interessegrupper, aktive arbeidsutvalg og komitéarbeid. Jeg er svært stolt og takknemlig for arbeidet dere utfører for norsk pediatri og ønsker å gi honnør til hver og en av dere! Tusen takk!

Aldersgrensen – igjen....

NBF har tatt et klart standpunkt for å heve aldersgrensen for norske barneavdelinger til 18 år. Pt er det kun noen få avdelinger som har utvidet aldersgrensen, og det fører til at mange ungdom med dels svært alvorlige sykdommer tvinges til å ligge på voksenavdelinger sammen med gamle, demente og døende pasienter. Dette er en uakseptabel tilleggsbelastning som vi ikke kan akseptere. Som barneleger må vi stå frem som gode advokater for ungdommers rett til tilpasset omsorg i helsevesenet. NBF har et utvalg som jobber spesielt med ungdomsmedisin og når deres rapport er levert vil vi bruke den som grunnlag for en ny henvendelse til Helsedirektoratet og de regionale helseforetakene med anmodning om å utvide aldergrensen til 18 år på alle landets barneavdelinger.

Fellesmøte med spesialitetskomiteen

Etter at HDIr overtok spesialistgodkjenningen er spesialitetskomiteens oppgave å fungere som en overvåkingsinstans ovenfor utdanningsinstitusjonene gjennom rapportering og utdanningsbesøk. I møte med spesialitetskomiteen fikk styret rapport om flere bekymringsfulle forhold i spesialistutdanningen, som for eksempel konsekvenser av funksjonsfordeling mellom større og mindre avdelinger, sjelden og lite strukturert veiledning og mangel på gjennomføring av fordypningstid. Fordypningstid er en avtalefestet rett som er viktig! Det finnes ingen retningslinjer for hvordan fordypningstiden best kan utnyttes. Styret og spesialitetskomiteen vil utfordre et LIS-utvalg til å jobbe frem konkrete forslag til slike retningslinjer.

Har du husket å bestille billett til Stavanger?

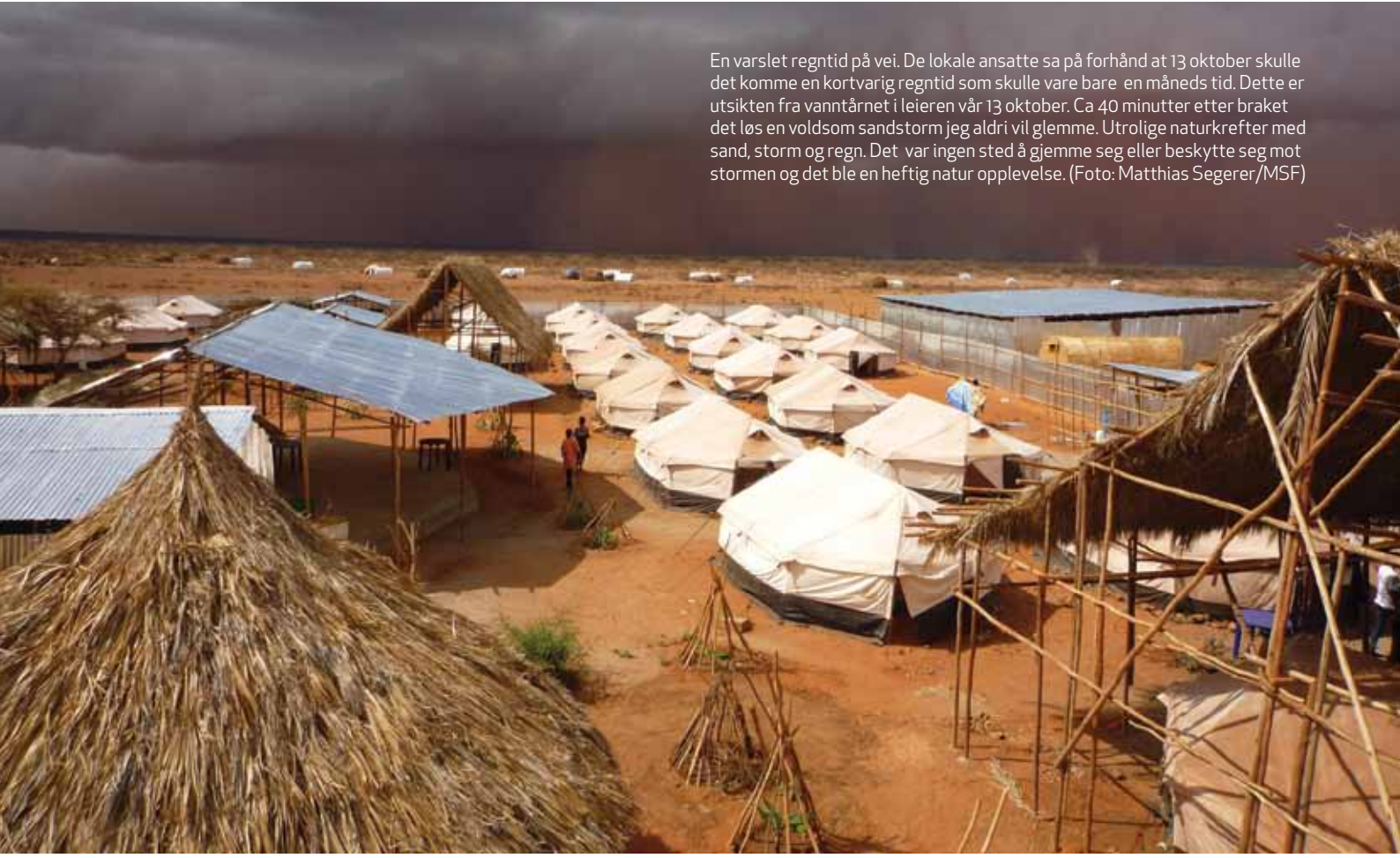
2013 får en pangstart! Barnelegedagene arrangeres i år av Stavanger Universitetssykehus og arrangørene har invitert to internasjonalt svært anerkjente gjesteforelesere. Professor Peter Davis er neonatolog fra Melbourne og er en ledende kapasitet innenfor alternative ventilasjonsstrategier og neonatal resusitering. Han skal forelese både på Pediaterdagene og SPISS kurset onsdag. Professor Joy Lawn er pediater og perinatal-epidemiolog. Hun regnes for en av verdens fremste kapasiteter innen global barnehelse og var blant annet medredaktør for "The Lancet Neonatal series and WHO World Health Report 2005". Sjekk nettsidene våre for fullstendig program og påmelding. – Og glem ikke LIS - og SPISS kursene som arrangeres samme uke!



Global barnehelse er også tema i dette nummeret av Paidos. Hovedartikkelen handler om krig og sult i Somalia. Barnas situasjon i denne delen av verden står i sterk kontrast til vår virkelighet. Artikler som denne er en viktig påminnelse om at vi aldri må slutte å engasjere oss i helseforhold til barn utenfor våre egne landegrenser.

Ha en riktig god jul og et godt nytt år!

Beste hilsen
Marianne Nordhov



En varslet regntid på vei. De lokale ansatte sa på forhånd at 13 oktober skulle det komme en kortvarig regntid som skulle vare bare en måneds tid. Dette er utsikten fra vanntårnet i leieren vår 13 oktober. Ca 40 minutter etter braket det løs en voldsom sandstorm jeg aldri vil glemme. Utrolige naturkrefter med sand, storm og regn. Det var ingen sted å gjemme seg eller beskytte seg mot stormen og det ble en heftig natur opplevelse. (Foto: Matthias Segerer/MSF)

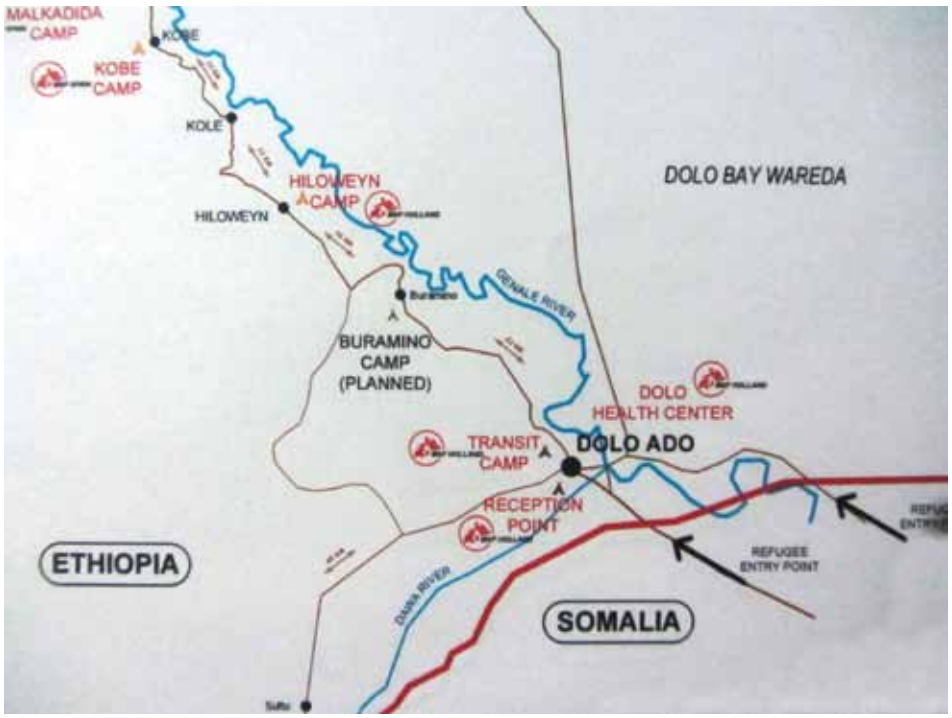
Krig, sult og konflikt i Somalia - barna betaler den høyeste prisen



I løpet av de siste 10 årene er to millioner barn drept i krig og væpnede konflikter, seks millioner er blitt alvorlig såret, og over 22 millioner er på flukt. I Somalia er omtrent halvparten av alle barn på flukt. Totalt 222 barn ble drept og 592 såret i og rundt hovedstaden Mogadishu i 2010. Angivelig døde rundt 30 000 barn i Somalia i løpet av de tre sommer månedene i 2011. Det totale antallet døde barn i sultkatastrofen på Afrikas Horn er uklart men FN anslår tallet til å være titusentalls. Angivelig 1,5 millioner mennesker flyktet fra Somalia inn til nabolandene i løpet av få måneder. Monica Thallinger, Leger Uten Grenser (MSF), har vært på grensen til Somalia for å bistå med medisinsk hjelp og omsorg.

AV MONICA THALLINGER, LIS, OUS, RIKSHOSPITALET OG LEGER UTEN GRENSER (MSF)

22. juli 2011 hadde jeg nattevakt på Rikshospitalet. Jeg var akkurat kommet og satt i rapport da vi hørte et drønn fra byen. Torden, sa noen, for det regnet den dagen og skyene lå tungt over Oslo. 20 minutter senere gikk det alarm på callingen. «Bombe i Oslo, rød beredskap». Det ble en spesiell vakt selv. Vi tok imot fødende som ble overflyttet fra Ullevål, men var ellers ikke direkte involvert i følgene av terrorangrepet. Natten gikk med til å stabilisere to ekstremt premature barn. Neste morgen gikk jeg ut i de stilleste gatene jeg noen gang har opplevd i Oslo. Hjemme satte jeg meg foran TVen og tenkte at det ikke kunne være mulig. Jeg kjente en sterk trang til å hjelpe. Jeg måtte kunne bidra med noe. Dagen etter ringte jeg til MSFs kontor og to uker senere satt jeg på et fly til Etiopia. Med et lite propellfly fra



Verdens Matvare Program landet vi midt i ørkenen. Der utspilte det seg et scenario som i omfang var langt større og krevde mange tusen flere menneskeliv enn katastrofen på Utøya. Det var hva vi på hjelpearbeiderspråket kaller en «emergency».

Dolo Ado hadde vært en støvete liten landsby som inntil våren 2011 fikk lite oppmerksomhet fra internasjonale organisasjoner. Det var noen tusen somaliske flyktninger der, men de fleste flyktningene dro til Daadab i Kenya noen kilometer lenger sør. MSF hadde hatt en klinikk for underernærte barn i Dolo Ado i to år, men det hadde vært så utrygt for utenlandske hjelpearbeidere å være der at aktiviteten for det meste hadde foregått ved «remote control» av lokale hjelpearbeidere. Fra januar til august 2011 krysset over 120 000 flyktninger grensen til Dolo Ado. Et stort hjelpeapparat måtte etableres i rekordfart. Flyktningene var i dårlig forfatning og mange var svært syke. Hver dag kom det flere hundre mennesker over grensen, og UNHCRs Transit Camp var overfylt.

UNHCR (United Nations High Comissioner for Refugees) er FNs flyktningorgan. Landet som mottar flyktningene har det offisielle ansvaret for flyktningene, i dette tilfellet Etiopia. UNHCR bistod Etiopia som koordinerende aktør for hjelpearbeidet. I løpet av få måneder skulle et hjelpeapparat bli satt opp midt i ørkenen og det var en svært krevende prosess. Forskjellige oppgaver ble delegert til forskjellige aktører, og MSF fikk hovedansvaret for deler av helsetilbudet i flere av flyktningleirene. Over 25 hjelpeorganisasjoner kom inn i området. Andre aktører var ACF (Action contra Le Fame), Flyktninghjelpen, UNICEF, Oxfam, Redd barna m. fl.

Jeg ankom Dolo Ado i august og MSF hadde akkurat åpnet en klinikk i den nyeste flyktningleieren, Hiloweyn Camp. 40 000 mennesker satt fast i Transit Camp og ventet på overflytting til leiren. Transit Camp var i utgangspunktet bygget for 5000 mennesker og det var der man ble plassert etter å ha registrert seg ved grensen. Nå satt altså 40 000 mennesker i Transit Camp med lite mat og svært dårlige sanitære forhold. Omtrent hver tredje dag flyttet FN 1000 flyktninger over til Hiloweyn Camp og mange av dem måtte komme direkte til klinikken fordi de var så syke. Vi var to leger og fem sykepleiere. I tillegg fikk vi fløyet inn 30 sykepleiere og tre health officers fra Addis Abeba, og vi ansatte rundt 100 lokale hjelpearbeidere til å utføre diverse oppgaver på klinikken. Dette ble gjort i løpet av få uker og det var en iherdig prosess med å få alt på plass fort nok. Mottaksklinikken var et stort telt med trepåler, blikktak og plastikkvegger.

Rundt 500 barn ble inkludert i underernæringsprogrammet i løpet av en uke. Innen utgangen av september hadde vi 2500 barn i programmet. Til å begynne med foregikk all aktivitet poliklinisk mens vi bygget et feltsykehus med 60 senger på baksiden av mottakssenteret. Jeg tegnet utkast til hvordan feltsykehuset skulle organiseres; en «avdeling» for voksne med tre telt, åtte telt for de alvorlig underernærte barna med komplikasjoner, ett telt for fødende kvinner, ett for pasienter med meslinger og ett telt for kolerasyke. Siden vi befant oss midt i ørkenen var det vanskelig å få bygget latriner og avfallssystem. Det tok tre måneder å få bygget sykehuset. Vann ble levert av Oxfam som pumpet det opp fra en elv i nærheten, men og det var ofte vannmangel., så det var vanskelig å opprettholde hygienen på sykehuset.

Jeg fikk utfordringer som jeg aldri hadde vært borti før, som for eksempel å forholde seg til klanledere når man skulle ansette flyktninger. Det var viktig at alle klaner var representert slik at man ikke favoriserte noen.

Det var først og fremst underernæring som var hovedproblemet og det vi skulle fokusere på. Men det var ikke tvil om at det var et akutt behov for et generelt medisinsk tilbud, og vi måtte behandle alt mulig. Fem sykepleiere fikk opplæring i å vurdere de fleste underernærte barna. Barna ble registrert veid og målt. MUAC (Main Upper Arm Circumference) ble målt og Z-score ble vurdert med en WHO standard for å fastslå graden av underernæring. Veldig mange barn hadde Z-score under -3 standardavvik, som betyr alvorlig underernæring. Sykepleierne tok anamnese og ga standardmedisiner som antibiotika, folat, A vitamin, antihelmintica og meslingevaksine. Barna fikk utdelt rasjoneringskort for RUTF (Ready to Use Therapeutic Food), som brukes til behandling av alvorlig underernærte barn. De skal spise et visst antall porsjoner per dag tilsvarende den bestemte mengden kalorier som kreves for å sikre vektøkning.



Ambier er 10 år gammel. Hun flyktet med sin onkels familie og sin søster. Moren var død av tuberkulose og faren ble igjen i Somalia for å passe på det lille familien eide. Hun hadde kraftig diare og var svært alvorlig underernært. Jeg mistenkte egentlig IBD, men siden moren hennes hadde død av tuberkulose og vi ikke kunne gjøre ordentlig diagnostikk forsøkte jeg å gi henne tuberkulose medisiner som et siste alternativ å redde livet hennes. Hun kviknet til og begynte å legge på seg i vekt. Hun var ei veldig spesiell jente. Det at hun var kresen i mat veien gjorde det ikke så lett. Hun elsket tunfisk på boks som jeg stjal fra vår mat og gav til henne hver dag. (Foto: MSF)

Barna følges en gang i uken for å sjekke vekt, evt. komplikasjoner, og få beregnet en ny mengde RUTF. Ved komplikasjoner som diare, lungebetennelse, eller malaria ble barnet innlagt for behandling på Inpatient Therapeutic Feeding Centre. ITFC ble etter hvert en del av feltsykehuset. MSF fikk også ansvaret for å utvide og bygge opp kirurgisk virksomhet i Dolo Ado. Dette arbeidet kom i gang, men ble ikke fullført mens jeg var der.

Mange pasienter ble først vurdert av en health officer. Disse pasientene fikk som regel poliklinisk behandling, og ble tildelt medisiner som de kunne ta på egen hånd. Men veldig mange kom inn til mottaksrommet der vi to legene byttet på å jobbe. Én av oss måtte holde seg på feltsykehuset og én måtte være på mottaksrommet. Pasientene ble ofte båret inn bevisstløse og svært dårlige. Ofte var det for sent og mange døde rett etter oppstart av behandling. Pasientene ble bragt inn i et overveldende tempo og det var vanskelig å holde tritt. De sykeste ble forsøkt stabilisert og så flyttet til feltsykehuset, hvor den andre legen gikk visitt på alle pasientene og behandlet svært mange dårlige og ustabile barn.

Mest intenst var det de dagene da flyktningtransporten pågikk. Mange flyktninger kom rett til klinikken i svært dårlig forfatning. Mange av disse flyktningene hadde gått barføtt i ukesvis. De fortalte forferdelige historier fra flukten. Mødre måtte forlate sine døende barn i veikanten og mange ble trakassert, voldtatt og drept av Al Shabab militiaen. Mange menn og unge gutter ble holdt tilbake med makt og tvunget inn i militiaen. 70 % av flyktningene som kom var kvinner og barn. De hadde sittet og ventet uten mat og husly i dager og uker før de kom til Hiloweyn. De hadde med seg det lille de kunne bære.

Den første tiden var jeg mye på mottaksrommet, men etterhvert som det massive trykket på mottaket avtok fokuserte jeg mer på å bygge opp underernæringssenteret. Jeg har sett mange dårlige pasienter på de tidligere reisene mine med MSF, men dette var noe helt annet. Det er helt umulig å beskrive den overveldende mengden av pasienter og hvor ekstremt syke



Livet i Hiloweyn Camp er tøft for beboerne. Tryggheten har en stor pris. Flesteparten av flyktningene er kvinner og barn. Her henter en mor brensel sammen med barna sine. Å finne nok brensel til flyktningene ble etterhvert et problem både flyktningene selv men også for miljøet i området. (Foto: Krysta Hatlen/MSF)

de var. De første åtte ukene jobbet jeg døgnet rundt og sov og spiste svært lite. Hvis ikke jeg eller den andre legen så disse menneskene ville ingen gjøre det. Vi var deres eneste håp.

Etterhvert ble vi tre leger og fem health officers, men fortsatt var det stor pågang av pasienter og vanskelig å holde tritt. Vi hadde brukt opp akuttlagrene med medisiner, og fra midten av september begynte vi å gå tom for de vanligste typene antibiotika og behandlingen vi ga til de underernærte barna. Det tok tid å få fraktet inn medisiner fra Addis fordi veiene var dårlige. Men etterhvert fikk vi litt mer utstyr og medisiner på plass. Vi fikk et par oksygen konsentratorer, sug, vakuumpumpe til fødsler osv. Vi hadde lite eller ingen laboratoriefasiliteter. Vi hadde hurtigtest for Leishmaniasis og malaria, urin stix og hurtigtest på meningitt. Det var det.

Jeg så ganske raskt at veldig mange pasienter hadde tilstander som vi ikke kunne diagnostisere og behandle med de få midlene vi hadde til rådighet. Det var flere pasienter som var kachektiske og jeg mistenkte langtkommet HIV på mange pasienter. Jeg begynte også å ane et betydelig omfang av tuberkulose. Når et barn ikke responderer på vanlig behandling av underernæring kan man gjøre noe som heter ”Crofton Score” som kan gi deg en mistanke om TB. Somalia er det landet i Afrika med høyest forekomst av tuberkulose. Jeg fikk vår medisinske koordinator til å kontakte de lokale helsemyndighetene i Dolo for å få tak i tuberkulosemedisiner, men det viste seg å bli en vanskelig prosess. Vi fikk medisiner for 2 måneder til 50 pasienter. Myndighetene krevde positive sputumprøve for de pasientene som mottok medisinene. Jeg hadde verken mikroskop eller utstyr å gjøre dette. Jeg forsøkte å frakte sputum til Dolo men pga varmen ble prøvene ødelagte. I tillegg mistenkte jeg TB hos veldig mange barn som uansett ikke kunne avlegge sputumprøve. Jeg skjønte allerede før jeg fikk medisiner at det kom til å være alt for lite og jeg måtte selektere pasientene som skulle få medisinene. Dette var svært svært vanskelig og jeg følte ofte at det var uetisk å gjøre forskjell på pasientene, men jeg hadde ikke noe valg. De pasientene som fikk medisinen var de som rett og slett var døende av sykdommen. De som var noenlunde oppegående måtte vente. Men det var hjerteskjærende å avvise dem. De visste godt hva tuberkulose var og at de tilslutt ville dø hvis de ikke fikk behandling. De tryglet og ba om medisiner.

I løpet av september var 64 pasienter inkludert i TB-programmet og det var svært krevende å følge dem opp med ”direkte observert terapi ” (DOTS). Man hadde ingen adresser i leiren. Pasientene skulle komme en gang i uken for å motta medisiner og mange uteble. Jeg ansatte en helserådgiver som snakket somali og en assistent som kunne pakke medisiner. Etter hvert fikk jeg også hjelp av en sykepleier. Vi hadde ansatt flyktninger som skulle være «home visitors». Problemet var at de ikke kunne lese og skrive slik at det nærmest var umulig å bruke et system for å spore opp pasientene. De skulle bruke hukommelsen, men det fungerte ikke når de fikk mer enn 4-5 pasienter å følge opp. Å finne flyktninger som kunne lese og skrive var svært vanskelig. Det var ikke mulig for meg å være borte en hel dag i uken. I tillegg fikk jeg beskjed om at jeg ikke fikk flere medisiner hvis fraværet av pasienter var mer enn tre ganger per uke. De fleste møtte trofast opp hver tirsdag for å motta

medisiner. Jeg brukte utrolig mye energi på å starte TB programmet, og det var gleden over å se bedringen hos pasientene som gjorde at vi ikke ga oss.

Dødeligheten på sykehuset var høy og hver dag døde det barn eller voksne. Rundt åtte prosent av barna som ble innlagt døde. I begynnelsen var tallet mye mye høyere. Det utviklet seg raskt en meslingeepidemi i leiren selv om vi hadde vaksinert mange da de kom over grensen. De ansvarlige etiopierne lot oss bare vaksinere barn under 5 år. MSF ønsker å vaksinere barn opp mot 15 år i slike settinger. Vaksinedekningen blandt somalierne var så lav at vi så utrolig mange voksne med alvorlig meslingesykdom. Vi måtte avvise folk når de kom til klinikken hvis de ikke var livstruende syke og trengte innleggelse.

Etterhvert så vi at dødligheten falt i campen og også på sykehuset. Vi hadde egne folk som gikk rundt i campen og telte graver hver dag. MSF rapporterte dødsfallene til UNHCR og slik fikk vi dokumenert mortaliteten i flyktningerleieren. Arbeidet mitt i Hiloweyn Camp besto av en rekke oppgaver som gikk langt ut over mitt egentlige fagområde, og jeg måtte ofte gjøre ting jeg syntes var ubehagelige fordi jeg følte jeg hadde for liten erfaring og kunnskap. Det var godt å være tre leger med forskjellig spesialiteter (en emergency doctor fra USA, en indremedisiner fra Hong Kong og en pediater fra Norge) og vi utfylte hverandre godt. Jeg måtte bl.a. gjøre småkirurgi, fjerne fremmedlegemer, legge thoraxdren, tappe ascites m.m. Jeg måtte gjøre en god del obstetrikk og tok imot et titalls barn. Jeg måtte gjøre vakuumfødsler og prøvde også å legge tang et par ganger. Det var veldig frustrerende å få inn kvinner med fødselskomplikasjoner. Vi mistet et par kvinner og mange babyer fordi vi ikke kunne gjøre keisersnitt. Nærmeste sykehus var i Kenya fire timer unna, men etter en stund forbød Etiopiske myndigheter oss å sende pasienter dit. Alternativet var et sykehus med forferdelig standard som lå seks timers kjøretur unna. En håpløs situasjon.

Det var intens jobbing i tre måneder. Det som holder meg oppe og gjorde at jeg klarte å fortsette var å se takknemligheten til de pasientene som ble friske og som vi reddet. Noen pasienter vil jeg huske for alltid. En natt ble det lagt inn en gutt på 15 år som jeg var sikker på skulle dø. Han var bare skinn og bein, og minnet meg om en døende kreftpasient. Jeg mistenkte meningitt, fordi han var i en komatøs tilstand. Jeg ga ham antibiotika, intravenøs væske og steroider og håpet på det beste. Jeg kunne ikke gjøre noen undersøkelser for å bekrefte diagnosen. Hans far var fryktelig bekymret for gutten og anklaget seg selv. Han hadde ikke bragt ham til klinikken fordi han selv var syk. Jeg plasserte ham i et telt og bad sykepleieren skifte intravenøs væske når den gikk tom. Neste dag var han fortsatt i live. Tredje dag begynte han å bevege seg. Fjerde dag var han våken og da jeg kom på visitt smilte han som en sol og kysset hånden min. Jeg gråter veldig sjelden og nesten aldri i jobbsammenheng, men da klarte jeg ikke å holde tårene tilbake. Ti dager senere gikk han selv ut av sykehuset. Når man ser at man kan hjelpe slike pasienter, ja da er det verdt alt slitet.

Å jobbe i Dolo Ado var en emosjonell berg- og dalbane hver eneste dag. Mens det i det ene øyeblikket var død og elendighet var det glede og lykke i det neste. I tillegg til den intense arbeidssituasjonen bodde vi i telt i en ørken, spiste dårlig, ensidig mat, måtte bruke enkle latriner og hadde ingen dusj. Jeg ble syk med influensa et par ganger og jobbet med brennende feber og hoste. Ingen andre kunne gjøre jobben min og det stod mellom liv og død for pasientene. I tillegg hadde jeg flere episoder med diare og fikk også Giardia. Etter seks uker hadde jeg en liten pause som føltes godt. Sikkerhetssituasjonen bidro også til at man ble sliten. Jeg var alltid på vakt. Selv om vi hadde strenge sikkerhetsrutiner og nærmest aldri var utenfor sykehusområdet, var frykten for kidnapping alltid tilstede. Vi hadde flere hendelser hvor vi havnet i spente situasjoner som var veldig ubehagelige og som gjorde meg mer på vakt og bekymret. Mens jeg var der ble to av mine kolleger i Daadab kidnappet. De ble kidnappet 150 km inn i Kenya. Skjedde det i Kenya kunne det skje hos oss. Vi mistenkte og visste at Al Shabab var i leiren vår og at vi ble overvåket. Mine to kolleger er fortsatt savnet ett år etter kidnappingen. Jeg tenker ofte på dem ofte og håper de snart vil bli løslatt.

Jeg vet ikke hvor mange som overlevde og som vi reddet i løpet av de tre månedene jeg var i Dolo. August 2011 var krisens topp punkt og det var dager hvor så mye som 1500 mennesker krysset grensen til Dolo. Jeg vet at jeg så flere hundre pasienter om dagen i perioder, og at pasientene døde rundt meg uten at jeg hadde tellingen. Mortalitets statistikken viste 5 dødsfall per 10 000/dag som er langt over "emergency treshold". I følge MSF ble det gjort 50 000 polikliniske konsultasjoner i løpet av et år i Hiloweyn og 10 000 barn ble behandlet for underernæring. Jeg husker og kjenner på følelsen av overveldende arbeidstempo og enden av kø av pasienter som aldri tar slutt. På minnet mitt har det brent seg fast mange enkelt skjebner og pasienthistorier. Situasjoner jeg har stått i, hvor det har dreiet seg om liv og død, står like levende for meg som da jeg var der. Det hele er pakket inn i minner av opplevelsen å være på et sted Gud må ha glemt , i midten av Ingenmannsland med et brutalt klima. Men til syvende og siste tenker jeg på: Jeg kunne iallfall dra hjem til trygge forhold. Det kunne ikke de titusener av flyktningene som bodde i leiren, og som kanskje fortsatt bor der. De titusener av barna som lever under slike forhold fortjener så inderlig en bedre start på livet enn dette. Somalia fortjener fred, NÅ!

Kilder:
Graça Machel, From Words to Action. Final Conference Report. The International Conference on War-Affected Children. Winnipeg, Canada, September 10 to 17, 2000.

ICCEC 2013
9th International Congress on Clinical Ethics Consultation
Munich, Germany
March 14-16, 2013

Erfaringer fra en afrikansk nyfødtavdeling

I 2011 startet det vi sikter mot skal bli et langvarig samarbeid mellom det største sykehuset på Zanzibar og Helse Bergen. Opprusting av nyfødtavdelingen har vært et hovedsatsningsområde fra begynnelsen, og vi har fått erfare viktigheten av at de helt grunnleggende rutinene er på plass samt at mye kan oppnås med relativt lite avansert utstyr.

AV KRISTOFFER BRODWALL



Kilde: Wikipedia Commons

Zanzibar er en øygruppe utenfor Tanzania, og er for nordmenn flest kjent som et vakkert ferieparadis. Store deler av lokalbefolkningen er imidlertid fattig, og helsevesenet er etter norske forhold svært dårlig utviklet. I følge Zanzibar Human Development Report fra 2009 (1) har det vært en rask vekst av brutto nasjonalprodukt siden 1990, blant annet grunnet fasilitering av private investeringer. Allikevel viser samme rapport at 38-74 % av befolkningen (avhengig av region) lever under fattigdomsgrensen (definert som beløpet man trenger for å dekke grunnleggende behov), mens 7,8-3 3 % av befolkningen (avhengig av region) er for fattige til å ha råd til nok mat (Food poverty line).

I 2011 startet et utvekslingsprogram for helsepersonell mellom Haukeland universitetssykehus og Mnazi Mmoja Hospital, som er det største sykehuset på Zanzibar (2). Programmet omfatter så langt enkelte utvalgte avdelinger, og barneavdelingen har vært et hovedsatsningsområde, med særlig vekt på omsorgen for syke nyfødte. Det er innsatsen på nyfødtavdelingen som vil bli omtalt i denne artikkelen.

Statistikk omkring mortalitet

Offisielle statistikker fra FN og verdens helseorganisasjon viser ikke egne tall for Zanzibar, men for hele Tanzania (3).

Etter å ha arbeidet i dette landet, kan man imidlertid ikke tenke annet enn at slike tall har en høy grad av usikkerhet. Rapportene fra Zanzibar er basert på månedlige innleveringer av tall til Ministry of Health. Disse rapportene baserer seg igjen på det som føres i loggbøker på avdelingene, og etter at undertegnede la seg til rutinen med å lese gjennom disse bøkene regelmessig, ble det fort klart at uteglemmelse av dødsfall er en ukentlig foreteelse. Dersom nyfødte dør innen få timer, hvilket skjer relativt hyppig, vil barnet i mange tilfeller aldri ha blitt registrert som pasient i avdelingen. Etter utskrivelse/ død er arkiveringen av journaler svært lite tilfredsstillende, hvilket vanskeliggjør kvalitetssikring av det som finnes av dokumentasjon.

Erfaringen vår fra nyfødtavdelingen på Mnazi Mmoja Hospital (MMH) i perioden jeg var der, er at 5-10 nyfødte dør på sykehuset hver uke. Et forsiktig estimat tilsier dermed 250 dødsfall per år. Med omkring 10 000 fødsler per år, tilsier det en rate på 25 per 1000 for nyfødte i

År	Neonatal mortalitetsrate	Mortalitetsrate for spedbarn	U5M
2010-	26	50	76
2007-2008		54	79
2004-2005		61	101

Tabell Mortalitet hos barn i Tanzania.Tallene er angitt som antall barn per 1000 levende fødte. U5M: under 5-år-mortalitetsrate



Figur 1: Arkivsystemet for pasienter som skrives ut fra nyfødt eller døde. Journalene deres blir puttet i denne pappkassen, uten noen form for organisering.

sykehuset. Ettersom neonatal mortalitetsrate er definert som død innen 28 dager fra fødselen, og de fleste nyfødte reiser hjem fra Mnazi Mmoja Hospital kun få timer etter fødselen, er det derfor vanskelig å forestille seg at total neonatal mortalitetsrate ikke skal være høyere enn 26 per 1000 levende fødte, som angitt i FN-statistikken (3). Mange fødsler skjer hjemme eller hos mer eller mindre kvalifiserte fødselshjelpere, og det er god grunn til å tro at dødeligheten er minst like stor blant disse fødslene.

Organisering av nyfødtavdelingen

Vi var de første i den norske delegasjonen til barneavdelingen, og vi måtte bruke noen uker etter ankomsten på å bli kjent med hvordan sykehuset og helsevesenet var organisert og fungerte. Ved sykehusfødsler var de nyfødte barna som hovedregel sammen med mor i avdelingen i 3-6 timer etter fødselen, før de reiste hjem. Ved prematuritet, asfyksi eller åpenbare misdannelser ble barnet innlagt på nyfødtavdeling. I mange tilfeller ble barna innlagt fordi mor ikke kunne ta seg av barnet pga keisersnitt, eklampsi eller store blødninger. Liggetiden til de nyfødte er derfor i større grad styrt av mors tilstand enn av barnets tilstand. Da vi begynte på avdelingen var det ofte få eller ingen barn innlagt på nyfødtavdelingen.

På dagtid var det 2-3 sykepleiere på nyfødt-avdelingen, mens på kveld og natt var det kun én pleier på jobb, og vedkommende måtte stadig bidra på fødeavdelingen, slik at de nyfødte i praksis ofte er uten tilsyn.

Sviktende rutiner

Da vi begynte å arbeide på MMH var nyfødtavdelingen drevet utelukkende av sykepleiere og jordmødre, uten at leger var involvert i driften. Pasientene hadde kort liggetid, og knapt tilsyn mens de lå der. Avdelingen hadde flere kuvøser, men disse sto ikke påskrudd og ble brukt mer som skap til å lagre ting enn til nyfødte. Ivaretakelse av håndhygiene var fullstendig fraværende. Vitalparametre ble ikke målt, og dersom medisiner ble gitt, var dokumentasjonen av dette begrenset. Dersom mors tilstand tilsa at hun ikke kunne ta seg av barnet, kunne det bli liggende i timesvis, noen ganger dager, uten å få mat eller bli skiftet på. At barn ble funnet døde i en kuvøse eller seng, uten at noen visste hvor lenge de hadde vært døde, var ingen sjeldenhet.

Før man kunne forbedre utredning eller behandling av enkeltpasienter, måtte det etableres grunnleggende rutiner. Vi startet med å innføre observasjonsskjemaer for regelmessig måling av temperatur, puls, respirasjonsfrekvens og oksygenmetning. I denne forbindelse introduserte vi pulsoksymetre, som har vist seg som et enkelt og veldig verdifullt instrument.

Den største utfordringen har vært å involvere de lokale sykepleierne, og særlig var det mye motvilje mot endring de første ukene. Med tiden har imidlertid noen enkeltpersoner fulgt våre systemer og viste egne initiativer for å gjøre forbedringer.

Diagnoser

Med begrensede muligheter for utredning vil mange diagnoser være befengt med usikkerhet, men de fleste av pasientene som var innlagt på nyfødtavdelingen på MMH var der pga asfyksi eller prematuritet. Særlig var inntrykket vårt at investeringer i omsorg for moderat premature var nødvendig og kunne gi store helsegevinster. Dette passet godt med at anslagsvis 12,3 % av alle fødsler i Afrika sør for Sahara skjer prematurt, hovedsakelig som fødsel mellom 32 og 37 svangerskapsuker (5).

For øvrig hadde mange av de nyfødte på Mnazi Mmoja Hospital risikofaktorer eller



Figur 2: Statistikk fra nyfødtavdelingen viser blant annet 10 169 fødsler i 2010. Totalsummen for året 2011 var ikke klar da bildet var tatt.



Figur 3: Nyfødtavdelingen etter at utstyr som pulsoksymetere, oksygenkonsentratorer, sug og lyskilde for fototerapi var kommet på plass.

symptomer som gjorde at infeksjon ikke kunne utelukkes og de fikk derfor antibiotika. En del hadde dyspné og var hypoksiske, og trengte oksygenbehandling. Noen hadde gulsot, og når laboratoriet fungerte målte vi bilirubin, men ellers startet fototerapi på klinisk mistanke.

Mat, klær og luft

I følge WHO-rapporten "Born too soon" (6) blir 1 av 10 barn i verden født prematurt, og mer enn 90 % av disse barna blir født i utviklingsland. Rapporten trekker videre frem at omkring 84 % av disse er moderat premature, altså født etter 32 svangerskapsuke. De fleste barn som er født etter såpass langtkommet svangerskap kan behandles med relativt enkle midler og til en lav kostnad. De fleste dødsfall kan unngås. Fire fokusområder trekkes frem: forbygging av hypotermi, hygiene og infeksjonsforebygging, ernæringsstøtte, og respirasjonsstøtte.

Relevansen av denne rapporten er tydelig når man ser hva som utgjør utfordringene på en nyfødtavdeling som den på MMH. Det kan være vanskelig å tro at noe slikt kan være et problem i et tropiske land, men alvorlig hypotermi hos moderat premature barn som ikke er tilstrekkelig påkledd eller som ligger i våte klær, er dessverre en sørgelig hyppig problemstilling. På den annen side opplevde vi at mange av barna ble overopphetet i den varme årstiden, så regelmessig kroppstemperaturmåling er et viktig enkelttiltak. Å etablere rutiner slik at dette faktisk ble gjort viste seg å være krevende, og dette måtte stadig minnes om.

Det forventes at barn som er innlagt på nyfødtavdeling skal få nøvendig ernæring uten at det stilles spørsmål ved dette. Allikevel opplevde vi gang på gang at de nyfødte barna fikk for lite mat eller ikke fikk mat i det hele tatt. De to risikogruppene i så måte, var premature som ikke klarte å spise nok selv, samt barn der mor ikke var i stand til å komme til avdelingen. Mating via nasogastrisk sonde til de premature, innføring av matingslister og daglig måling av barnas kroppsvekt har bedret situasjonen. Daglige påminnelser har imidlertid vært nødvendig for å oppnå varig effekt.

Håpløshet og motivasjon

Det mest sjokkerende for en nordmann som kommer til MMH, er i hvor liten grad de lokale helsearbeiderne følger opp pasientene, slik at tilstander som i utgangspunktet er enkle å behandle blir dødelige. Forklaringen på dette er nok svært sammensatt, og omfatter antagelig både kulturelle, religiøse, sosiale og økonomiske faktorer. Mye virker allikevel å handle om at de føler at de mangler nødvendig resurser for å behandle pasientene, slik at de gir opp. Uansett forklaring er dette en vesentlig begrensende faktor, som krever en mye større del av jobben vi gjorde på Zanzibar, enn det man kunne forvente utifra litteratur som produseres om medisin i lav- og mellominntektsland.

Tilført utstyr

Vi hadde med en container full av utstyr da prosjektet startet opp, og har gått sakte frem når det gjelder innføring og bruk av utstyret. En erfaring vi gjorde oss, som nok ikke er ny for folk som har arbeidet i u-land, er at det allerede finnes ganske mye utstyr, men at det ikke er vedlikeholdt og at folk ikke vet hvordan de skal bruke det. Nyfødtavdelingen hadde for eksempel allerede et sug og en oksygenkonsentrator, men begge disse fungerte ikke som de skulle, og sto bare og opptok plass, i stedet for å bli flyttet eller reparert. Derfor satte vi ikke ut mer utstyr enn vi kunne ha kontroll over, og ventet med å introdusere mer utstyr inntil vi så at våre lokale kollegaer var blitt godt kjent med utstyr som allerede var satt inn.

Blant det aller første utstyret vi innførte, var digitale vekter og termometere. Ambu-bagger for resuscitering måtte også tidlig på plass, og har blitt flittig brukt. Etter noen uker innførte vi med det første pulsoksymeteret, et sug og en ny oksygenkonsentrator. Det tok noen uker før alle mestret bruken av dette. Senere gikk vi videre og innførte gradvis seks oksygenkonsentratorer. Vi har også innført lysterapi for neonatal ikterus, samt blodsukkerapparater.

Konklusjon

Opprusting av en nyfødtavdeling i Afrika er mulig med relativt enkle midler, men krever at man går langsomt frem. Det er ikke nok å donere utstyr, man må også drive opplæring i bruk av utstyret, og i mange tilfeller er det rutiner heller enn ressurser som må til for å bedre på tilstanden. Mangel på kompetent helsepersonell kan være en begrensende faktor. Samarbeidet mellom Haukeland US og MMH skal pågå over flere år. Det er derfor håp om at fremskrittene vi har sett så langt kan bestå, slik at man kan bygge videre på det. I så fall er det rimelige å tro at overlevelsen blant de nyfødte på Zanzibar også vil bedre seg. Å dokumentere en slik effekt vil imidlertid være utfordrende, siden gjeldende registreringer ikke er grundige nok til å gi pålitelig statistikk.

Litteratur:

1. Khamis Mussa Omar, Principal Secretary, Ministry of Finance and Economic Affairs. ZANZIBAR HUMAN DEVELOPMENT REPORT. [Internett] 2009. http://www.zifa.ac.tz/data/ZPHDR.pdf.
2. Engjom T, Brodwall K. Institusjonsbasert samarbeid i tropisk klima- På oppdrag for Helse Bergen på Zanzibar. Tidsskriftet for Dnlf.
3. WHO. Global Health Observatory Data Repository. [Internett] http://apps.who.int/gho data/?vid=20700&theme=country#.
4. The revolutionary government of Zanzibar. the Zanzibar strategy for growth and reduction of poverty: 2010-2015 (ZSGRP). [Internett] oktober 2010. http://planipolis.iiep.unesco.org/upload/Tanzania %20UR/Zanzibar/Zanzibar-Mkuza-II-2010-2015.pdf.
5. Blencowe H, Cousens S, Oestergaard MZ et al. National, regional, and worldwide estimates of preterm birth rates in the year 2010 with time trends since 1990 for selected countries: a systematic analysis and implications. The Lancet. Vol. 379, 2012, 9 June 2012 (Vol. 379, Issue 9832, Pages 2162-2172).
6. World Health Organization; March of Dimes; The Partnership for Maternal, Newborn & Child Health; Save the Children. Born too soon. [Internett] 2012. http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/born_too_soon/en/.

Pediatrisk endokrinologi i Afrika

Pediatric Endocrinology Training Centre (PETCA) i Nairobi, Kenya er opprettet for å gi afrikanske barneleger en mulighet til å kvalifisere seg i endokrinologi. Senteret tilbyr et 18 måneders program med forelesninger, kollokvier, klinisk tjeneste, utarbeidelse av en forskningsprotokoll, og en avsluttende eksamen. Programmet støttes faglig av ESPE (European Society for Pediatric Endocrinology) og ISPAD (International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes), og disse organisasjonene er ansvarlig for en tutor-tjeneste som er ment å sikre et faglig høyt nivå. Programmet er administrativt lagt til Gertrude`s Children`s Hospital, Nairobi, som er et privat barnesykehus med relativt høy faglig standard. Sånn sett skiller dette sykehuset seg i vesentlig grad fra barneavdelingen ved Kenyatta National Hospital, som har enkle lokaliteter med stor pasienttilstrømning og vanskelige arbeidsforhold.

AV ODDMUND SØVIK, BARNEKLINIKKEN I BERGEN

Jeg var internasjonal tutor i tidsrommet 16. febr – 3. mars 2012 og det var en interessant og utfordrende oppgave. Mens man her hjemme for lengst er utgått på dato, kan man i Afrika fortsatt oppleve å gjøre nytte for seg. Det som teller i Afrika, blir det sagt, er alder og erfaring.

Deltakerne som jeg møtte var vel kvalifiserte og høyt motiverte barneleger. To var fra Sudan, en fra Uganda og en fra Mauritius (Figur). Min oppgave var å lære dem klinisk diabetologi. Martin Ritzén fra Stockholm hadde på forhånd drillet dem i klassisk endokrinologi. Sykdomsspekteret skiller seg ikke i vesentlig grad fra det man kjenner hjemmefra. Vi møter thyroidea-lidelser som hypothyreose og struma, vekstforstyrrelser, kjønnsanomalier, adipositas, og rakitt. Og særlig type 1 diabetes, som er den klart hyppigste endokrine sykdom blant barn i Afrika, som ellers i verden. Den store forskjellen fra våre breddegrader er mulighetene for laboratoriediagnostikk og moderne terapi. Man kan gjerne rekvirere HbA1c, men hvis ikke familien har sykeforsikring, blir analysen bare ikke utført. Og når familien selv må betale for testmaterialet, blir hjemmekontroll av blodsukker sjelden eller aldri gjort. Gratis insulin ordner seg oftest på et eller annet vis, men er slett ikke garantert.

For norske barneleger med kompetanse i endokrinologi og/eller diabetes vil jeg anbefale et PETCA-oppdrag i Nairobi. Det setter vår virksomhet her hjemme i et nyttig perspektiv. Nairobi ligger på ekvator, men med 1670 meter over havet er klimaet behagelig. Man møter nesten bare blide og vennlige mennesker. Som by utmerker Nairobi seg negativt på tre måter; ved det verdenskjente slumområdet Kibera, ved en svært ufordelaktig kriminalitetsstatistikk, og ved en biltetthet og et trafikkaos som overgår det meste. Dette kan skremme noen og hver. Men som tutor blir man tatt vel vare på, innlosjert i enkel, men grei sykehusleilighet og fraktet trygt mellom arbeidsplassene i wonderview cab.



Den sjette gruppe i PETCA.programmet. Fra venstre: Cissy (Uganda), Tutor, Omer (Sudan) sittende, Bachoo (Mauritius) og Huda (Sudan).

Pediaterdagene 2013

17–18 januar

Stavanger Universitetssjukehus/Stavanger Forum

Lis-kurs og SPISS kurs i forkant av pediaterdagene
Interessegruppemøter

Foreløpige hovedtema

Global Barnehelse
- Klimaendringer- betydning for global barnehelse
- FN/s tusenårsmål - status og hva skjer nå?

Lungesykdommer
- Den vanskelige pasienten - kroniske lungesykdommer de første leveårene-nye diagnoser
- Hvordan går det med lungene etter ekstrem prematuritet
- Medikamentell behandling av lungesykdommer hos barn

Nyfødt medisin
- CPAP behandling og strategier for non-invasiv respiratorisk støtte

Forskningsnytt fra Vestlandet:
- Antibiotikaresistens hos nyfødte
- Tidlige risikofaktorer for atopisk sykdom
- Langtidskonsekvenser av bronkiolitt
- Borreliose
- Periodisk febersyndrom
- Norske barns liv og levnet - det er ikke et fett

Frie foredrag

Sosialt program

Onsdag: Curling i Stavangers nye curlinghall, lett bespisning.
Torsdag: Omvisning på oljemuseet. Festmiddag på Bølgen og Moi.

Detaljert program med forelesere kommer over sommeren på **www.barnelegeforeningen.no**

Stavanger Universitetssjukehus
Helse Stavanger HF



Norsk barnelegeforening
DEN NORSKE LEGEFORENING

Nå har vi fått den!

Obstetrikk og nyfødtmedisin i en del av verden med annerledes helsestell

Kuvøsen er fremme. NBF bevilget midler til prosjekt "kuvøse til Okhaldhunga sykehus i Nepal" i 2011. Kuvøsen ble kjøpt og betalt tidlig på sommeren 2011, men transporten over fjellene tok sin tid. Kuvøsen har stått en periode på lager i Kathmandu. Grunnen til det var at selv om det finnes en kjørbar vei fra Kathmandu og til Okhaldhunga, er denne i regntiden oftest uframkommelig. Etter at det sluttet å regne og transportmulighetene ble noe bedre, ble kuvøsen endelig sendt til sykehuset med bil.

AV STEFAN KUTZSCHE, PAIDOS REDAKTØR FOTO: ERIK BØHLER

Dr. Erik Bøhler, som jobber i Okhaldhunga, forteller at like etter at kuvøsen var kommet på plass ble det innlagt en kvinne med en sykehistorie som er temmelig ulik hva en vanligvis ser i Norge. Vakthavende lege og dr. Bøhler ble plutselig tilkalt til avdelingen en kveld. De fikk beskjed om at en kvinne i fødsel hadde navlesnorsfremfall og de løp. Denne 40 år gamle kvinnen hadde født åtte barn tidligere, fem sønner og tre døtre, alle hjemmefødsler. Alle barna lever og er friske. Nå var hun gravid igjen. Hun hadde aldri vært til svangerskapskontroll, og husket ikke når hun hadde siste menstruasjon. På formiddagen, åtte timer før ankomst til sykehuset, hadde hun født en liten jente hjemme, som viste seg å være den første av tvillinger. Men fødselen var ikke over, så folk skjønte at det var et barn igjen inni i magen, og ettersom det ikke kom ut av seg selv bar de henne til sykehuset.

Da hun ankom sykehuset gjorde sykepleier en vaginal undersøkelse. Imellomtiden gikk vannet på tvilling nummer to, navlesnoren falt fram, og en hjelpepleier løp umiddelbart etter legen som bodde et par minutter fra sykehuset (man har for tiden ikke andre måter å tilkalle lege på). Heldigvis ble tvilling to født mindre enn ett minutt etter at vannet gikk og navlesnoren falt fram. Men da legen kom fram få minutter senere var barnet dårlig, uten respirasjon og med bare langsom hjerteaksjon. Barnet kom seg raskt på ventilering med bag og maske, og intubering ble ikke nødvendig.

Tvillingene var klart premature og veide henholdsvis 1.650 og 1.700 gram. Barna ble estimert til å ha en gestasjonsalder på 32 uker. Blodprøver viste hypoglykemi og leukocytose på 35.000 på tvilling to. Tvilling én hadde et lavt antall blodplater og hypoglykemi. Begge barn fikk sepsisbehandling og glukose intravenøst. Disse to barna ble de første som ble lagt i kuvøsen som Norsk Barnelegeforening skaffet til prosjektet "premature barn i Okhaldhunga" .

Erik Bøhler forteller at kuvøsen har vært i svært flittig bruk i det året som nå er gått siden den ankom sykehuset. Den er til uvurderlig hjelp i arbeidet med de minste. Sykehuset i Okhaldhunga sender en hjertelig takk til Norsk Barnelegeforening!



En ny kuvøse på plass; Takk til Norsk Barnelegeforening.



Okhaldhunga District Hospital, Øst-Nepal.



Dr. Erik Bøhler med to av sine medarbeidere.

Stora skillnader mellan mödravården på den vietnamesiska landsbygden och i städerna

För första gången har en forskare i Vietnam kunnat kartlägga skillnader i landets mödravård, på landsbygd och i städerna. Den ökande tillgången på mödra- och förlossningsvård uppvisar stor ojämlikhet mellan regioner och socialgrupper.

AV MONICA BENGTSON, NORDIC SCHOOL OF PUBLIC HEALTH NHV

– De fattiga på landsbygden besöker inte mödravården tillräckligt ofta medan de resursstarka i städerna använder högspecialiserad vård som kejsarsnitt långt mer än vad som är medicinskt motiverat, säger forskaren Dr Toan Khanh Tran som lagt fram avhandlingen Antenatal and delivery care utilization in urban and rural contexts in Vietnam vid Nordic School of Public Health NHV.

Toan Khanh Tran undervisar idag vid Hanoi Medical University, som sedan länge har etablerad forskarsamverkan med Nordic School of Public Health NHV, i Göteborg.



Dr Toan Khanh Tran. Foto: NVH

I Vietnam har allt fler gravida kvinnor, både i städerna och på landsbygden, fått tillgång till adekvat mödra- och förlossningsvård. Mödra- och barnadödligheten har emellertid inte minskat i förväntad grad. Den är trots den utbyggda mödravården hög, och då särskilt bland dem med små ekonomiska resurser. Läkaren och forskaren Toan Khanh Tran har nu utfört den första kartläggningen av dessa demografiska skillnader.

Det populationsbaserade registreringssystemet DodaLab urban health and demographic surveillance site (HDSS), som etablerades i Vietnam 2007, innebar att demografiska data i en geografiskt definierad stadspopulation kunde hämtas in. Sedan 1999 användes systemet FilaBavi HDSS, i landsbygdsdistriktet Bavi i den norra delen av landet.

”Etablerandet av FilaBavi och DodaLab innebar att jag kunde utföra min studie parallellt i landsbygds- och stadsmiljö”, berättar Toan Khanh Toan.

Tidigare studier av mödravård i Vietnam, som således utförts på landsbygden, har varit tvärsnittsstudier, vilket innebär att man vid ett tillfälle tittar på en situation i en befolkning. Toan Khanh Tran genomförde nu en kohortstudie bestående av två grupper om 2,575 gravida kvinnor som identifierats genom data från HDSS. Information om 2,515 födslar analyserades i förhållande till förlossningsvård. 2,132 kvinnor följdes upp med intervjuer, som analyserades.

För att kartlägga användning av mödravård valde Toan Khanh Tran följande kriterier: antalet visiter, tidpunkt för det första besöket och även vårdens innehåll. Det visade sig alltså att ojämlikheten fortfarande är stor, mellan olika regioner och socialgrupper.

Studien konkluderas med att alltför få landsbygdskvinnor använder mödravården i tillräcklig utsträckning. De rekommendationer för säker graviditet och förlossning som identifierats, vilka rekommenderas i de nationella mödravårdsprogrammen, efterföljs endast av mindre än en femtedel. Toan Khanh Tran menar att detta huvudsakligen kan förklaras med landsortsmödrarnas lägre utbildningsnivå, låga ekonomisk status och att privata vårdalternativ används i stor utsträckning.

I städerna föredrar de bättre bemedlade kvinnorna högspecialiserad privatvård, vilket har inneburit att användningen av



Fokus bör vara att förstärka servicen på landsbygden, Foto NVH

kejsarsnitt ökat dramatiskt. I dag förlöses 38.5 procent av stadskvinnorna med kejsarsnitt. ”Användningen av kejsarsnitt överskrider kraftigt vad som kan förväntas av medicinska skäl”, menar Toan Khanh Tran. Användning av kejsarsnitt är relaterat till goda socioekonomiska förhållanden och dessutom sker det oftare när det gäller kvinnor som är gravida med pojkar. Det beror på att Vietnamesiska familjer tillmäter pojkar stor betydelse och de som har resurserna vill göra det man tror kan säkra den ofödda pojkens hälsa.

Toan Khanh Trans studie visar att alla kvinnor, både i landsbygds- och stadsmiljöstudien, använder ultraljud i genomsnitt 4,5 gånger under sin graviditet. Den visar också att trots att grundutbudet i mödra- och förlossningsvården är tillgängligt på landsbygden och rekommenderas för normalgraviditeter, så föder de flesta på centralsjukhusen.

Det finns ett stort behov av ökad kunskap och förändring av attityderna hos alla involverade, det vill säga vårdtagare såväl som vårdgivare, slår Toan Khanh Tran fast. Generellt sett kan man säga att kvinnornas kunskaper om mödravård måste förbättras och att det kan ske genom utbildning och upplysning. Men de som arbetar med hälsovård måste också utbildas för att i högre grad anpassa sitt arbete till de nationella riktlinjerna, som finns för mödra- och förlossningsvård.

”Fokus bör vara att förstärka servicen på landsbygden, men även att kontrollera omotiverad användning av teknologi, vilket framför allt handlar om ultraljudsundersökningar och kejsarsnitt och framförallt i städerna”, säger Toan Khanh Tran. Eftersom det visar sig att så olika förhållanden råder inom landet måste olika strategier och lösningar komma till stånd när det gäller att öka kunskapen. Om detta ska uppnås är det nödvändigt att delvis utforma de nationella mödravårdsprogrammen olika för landsbygd och stad, menar han.

Avhandlingens fullständiga titel: Antenatal and delivery care utilization in urban and rural contexts in Vietnam/A study in two health and demographic surveillance sites.

Pdf finns inom kort för nedladdning på www.nhv.se/publikationer



Kartlegging av ungdomsvennlig helsetjeneste på barneavdelingene

Styret i Barnelegeforeningen har utarbeidet et dokument som omtaler satsningsområder for norsk pediatri 2011-2015.(1) Et av disse områdene er ungdomsmedisin. I den forbindelse er det opprettet et arbeidsutvalg som består av artikkelforfatterne. Utvalget har valgt å konsentrere seg om følgende oppgaver: Kartlegging av ungdomsvennlig helsetjeneste og etablering av etterutdanningskurs i ungdomsmedisin for leger.
Kartleggingen ble utført ved utsendelse av spørreskjema til alle klinikksjefer/ avdelingsoverleger ved landets barneavdelinger. Til sammen 21 avdelingsledere svarte på spørreundersøkelsen. I det følgende vil spørsmålene og besvarelsene gjennomgås.

AV FRØYDIS OLAFSEN[1], ANNE KIRSTI HØGÅSEN[2], INGJERD LINNEBO- ERIKSEN[3] OG BETTY VAN ROY[3]
[1] KAL KLINIKKEN - FROEOL@ONLINE.NO
[2] BARNEAVDELINGEN, SYKEHUSET INNLANDET LILLEHAMMER
[3] BARNE- OG UNGDOMSAVDELINGEN, AHUS

Aldersgrenser

Hvilken øvre aldersgrense er det på inneliggende og polikliniske pasienter?

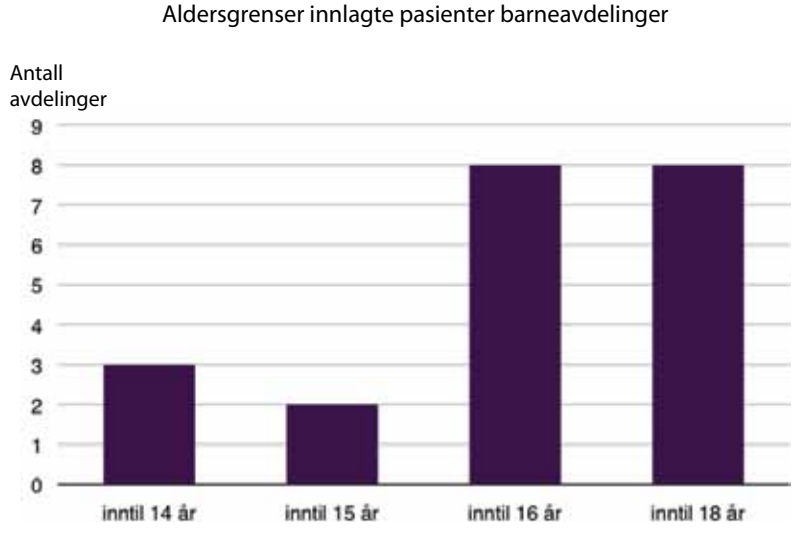
Aldersgrense på inneliggende pasienter varierer fra inntil fyllte 14 til 18 år. (figur 1)

Det er åtte avdelingsledere som oppgir at avdelingen har aldersgrense 18 år på inneliggende pasienter. For disse gjelder samme aldersgrense på polikliniske pasienter, unntatt på en avdeling der ungdommene følges til de er 19-20 år.

Det er åtte avdelinger som har aldersgrense inntil fyllte 16 år på inneliggende pasienter. Av disse er det tre avdelinger som har aldersgrense 18 år på polikliniske pasienter, tre avdelinger har aldersgrense 16-18 år, en avdeling har aldersgrense 16-20 år og en avdeling har samme aldersgrense på polikliniske og inneliggende pasienter, nemlig 16 år .

Det er bare to avdelingsledere som oppgir aldersgrensen «inntil fyllte 15 år» på inneliggende pasienter. Den ene av disse oppgir 18 år, eventuelt høyere , som øvre aldergrense på polikliniske pasienter. På den andre avdelingen følges ungdommene poliklinisk inntil fyllte 18 år.

Det er tre avdelinger som har øvre aldersgrense 14 år på inneliggende pasienter. På en av avdelingene følges ungdommene poliklinisk inntil fyllte 14 år, den andre til de er 14-16 år og på den siste avdelingen til de er 16-18 år.



Figur 1.

Gjelder samme aldersgrense for medisinske og kirurgiske pasienter?

Det er ni avdelinger som har samme aldersgrense på disse pasientene, mens ti ikke har det. En avdelingsleder svarer at dette ikke er relevant, og en avdelingsleder vet ikke om det er samme aldersgrense. Øvre aldersgrense på kirurgiske pasienter varierer fra 7 til 18 år på de ulike avdelingene.

For avdelinger som ikke har 18-års aldersgrense: Planlegges dette gjennomført?

Det er tolv avdelingsledere som oppgir at 18-års aldersgrense planlegges innført, mens en avdelingleder rapporterer at dette ikke planlegges. De fleste, til sammen ni avdelingsledere, vet ikke når denne aldersgrensen skal innføres, mens tre avdelingsledere konkretiserer dette til årstallene 2014, 2015 og 2025.

Årsakene som oppgis i forhold til at avdelingen ikke har 18-års aldersgrense fordeles likt mellom økonomiske ressurser, stillingsmangel og avdelingens bygningsmasse/areal.

Ungdomsvennlig tilnærming

Avdelingens miljø

Det er åtte avdelinger som har internett-tilgang for innlagte pasienter, seks har ungdomsrom (oppholdsrom) og fire har egne rom for ungdom som er innlagte i avdelingen.

Forøvrig rapporteres playstation (2), bøker og spill (2), ungdomskrok (1), datahule (1), basseng (2), skolestue (1), ungdomsgrupper (1), aktivitetsleder (1) og uteareal (1) som eksempler på ungdomsvennlig tilnærming ved avdelingen.

Har avdelingen personell med spesiell interesse og /eller kunnskap om ungdom?

Det er ti avdelinger som har personell med kompetanse innenfor ungdomsmedisin. Sykepleiere og leger (6), ungdomskoordinator (1), pedagog (3), psykolog (1) og ungdomsutvalg (1) er eksemplene som nevnes.

Har avdelingen formalisert samarbeid om ungdomspasienter med BUP?

Det er tretten avdelingsledere som oppgir at de har formalisert samarbeid med BUP. Dette samarbeidet fordeles likt mellom samorganisering og felles møter. Det er åtte avdelinger som ikke har formalisert samarbeid med BUP om ungdomspasienter.

Har avdelingen «barn og ungdom» i navnet (eksempel: Barne- og ungdomsklinikken)?

Åtte av landets barneavdelinger har «ungdom» i navnet, og fem av disse har 18-års aldersgrense på innlagte pasienter. Det vil si at det er tre avdelinger med «ungdom» i navnet som ikke har 18-års aldersgrense. Disse avdelingene har barne- og ungdomspsykiatri som en egen enhet i avdelingen.

Det er tre avdelinger uten «ungdom» i navnet som har 18-års aldersgrense på innlagte pasienter.

De resterende ti avdelingene har verken 18-årsaldersgrense eller «ungdom» i navnet.

Har avdelingen program for overføring fra barne- til «voksen»-avdeling?

Det er tretten avdelinger som har slike overføringsprogram. Det opplyses at programmene kun er for enkelte diagnosegrupper. Eksempler som nevnes er: Onkologi (2), cystisk fibrose (2), habilitering (5), epilepsi (5) «vanskelige kronikere» (2), gastrointestinale sykdommer (3), diabetes (8), kardiologi (5), reumatologi (1).

Overføringsprosessen starter på ulike tidspunkt. Som eksempel på dette kan nevnes at av de fire avdelingene med 18-års aldersgrense som oppgir at de har overføringsprogram, starter prosessen ved henholdsvis 13-14 år, 16-18 år, 18 år og 17,5-19 år.

Samarbeid med andre spesialister og/eller fastlege i forbindelse med overføring?

Det er nitten avdelingsledere som har svart på dette spørsmålet, og ti av dem svarer bekreftende, og at felles konsultasjon er det som praktiseres.

Har avdelingen planer om å utvikle fagområdet ungdomsmedisin?

Det er seksten avdelingsledere som bekrefter dette.

Tiltak som nevnes er: Heve aldersgrensen (2), kompetanseutvikling (8), samarbeid BUP (2), egne ungdomsrom (1), klinikkovergripende pasientforløp for ungdom (1), grupper/samlinger for ungdom (3), ungdomspoliklinikk (1), ungdomsutvalg (1), opprette avdeling som samarbeidsprosjekt overføring barn - voksen (1)

Kurs

Barnelegeforeningen vurderer å utvikle et etterutdanningskurs i ungdomsmedisin. Er det behov for et slikt kurs? Noen tanker om hva et slikt kurs i så fall bør inneholde?

Alle avdelingsledere svarer bekreftende på at det er behov for et etterutdanningskurs i ungdomsmedisin. Kognitiv utvikling (13), juridiske rettigheter (15) og samtaleteknikker (12) er tema som er alternativer på skjemaet. Andre forslag til tema fra avdelingslederne er: Rus (5), overvekt/spiseforstyrrelser (2), førerkort (1), seksualitet (6), transisjon (1), compliance (1), barnevern (1) , BUP (2) og spilleavhengighet (1)

Forslag til tiltak som kan styrke fagfeltet ungdomsmedisin?

Det er åtte avdelingsledere som har svart på dette spørsmålet.

Forslag som nevnes er:

- Fokus fra Helse og omsorgsdepartementet med klare føringer for hvem som skal håndtere ungdom, slik at ungdomsmedisin blir et anerkjent fagområde.
- Engasjerte innlegg om temaet på barnelegemøter for å skape entusiasme.
- Norske spesialister med spesialkompetanse/engasjement. Avdeling som profilerer feltet. Forkurs i forbindelse med pediaterdagene/vårmøtet.
- Opprette egen spesialisering innenfor pediatri.
- Bevisstgjøring, markedsføring, organisering/tilrettelegging, fagutvikling/kursing, kvalitetssikring.
- Forankre satsingen i oppdragsdokumentet fra Helsedirektoratet til RHFene. Dessuten bør forskriften for barn på sykehus endres til «for barn og ungdom».
- Kurs, interessegruppe.
- Obligatorisk kurs for leger i spesialisering.

Tilleggkommentarer?

Det er fire avdelingsledere som hadde tilleggskommentarer.

- Viktig å få frem at det må følge ressurser med for at barneavdelingene skal overta denne gruppen. Utgjør ikke stort volum ved overføring, men hvis de skal samles på en avdeling vil det medføre behov for ekstra stillinger.
- Som liten avdeling i større foretak stiller jeg meg undrende til at det ikke kommer pålegg fra departementshold om felles aldersgrenser for barn/unge og hvilket medisinsk tilbud barn og unge skal ha.

Ulike aldersgrenser avhengig av geografi og diagnose vanskeliggjør samordning og samarbeid innad i egen helseregion.
- Gledelig at Barnelegeforeningen tar opp dette. Sliter med å få aksept i eget sykehus og nødvendigheten av ressurser. Hjelper hvis det kommer press fra eksternt hold.
- Dilemma 1: Ressurser (fagpersoner og areal). Dilemma 2 : Avklaringer og logistikk i forhold til medisinsk avdeling som kan ha bedre kompetanse på enkelte områder.

Diskusjon

Resultatene i kartleggingen bekrefter at det er stor variasjon i ungdomsvennlig helsetjeneste mellom de ulike avdelingene, men også internt på eget sykehus.

Dette gjelder også i forhold til aldersgrenser på innlagte, poliklinske, kirurgiske og medisinske pasienter. I oppdragsdokumentene fra Helsedirektoratet til RHFene er det angitt at 18-års aldersgrense er ønskelig (2), men foreløpig er det altså bare åtte av landets barneavdelinger som har dette. I tillegg er det elleve avdelinger som har forskjellige aldersgrenser på innlagte og polikliniske pasienter. Dette gjør at den medisinske behandlingen og oppfølgingen i forhold til akutte og kroniske tilstander blir lite samhandlende.

Kartleggingen viser også at det i varierende grad er etablerte overføringsprogram. Dette gjelder både i forhold til ulike diagnoser, men også i forhold til hvordan overføring til annen avdeling eller praksis utøves. «Transisjon» både i forhold til biopsykososial utvikling, men også i forhold til medisinsk oppfølging, er sentral i all ungdomsrelatert helsetjeneste. Dette er derfor et område som det spesielt bør fokuseres på i tiden fremover.

Ungdomsvennlig helsetjeneste i Norge er ikke definert. I Storbritannia er dette beskrevet i et dokument fra Department of Health (3) som omtaler blant annet tilgjengelighet, taushetsplikt, miljø, kvalifisert helsepersonell og brukermedvirkning. Kartleggingen ved barneavdelingene viser at det er stor variasjon i forhold til hva som er et ungdomsvennlig miljø. På syv avdelinger er dette eksempelvis kun tilgang til internett.

Det er ingen formell etterutdanning i ungdomsmedisin. Flere avdelingsledere besvarer spørsmålet om «personell med kunnskap og/eller interesse for ungdom» med «ikke utover det vanlige». Samtidig er kompetanseheving et av de tiltakene som nevnes flest ganger i forhold til å utvikle ungdomsmedisin på egen avdeling. Alle klinikksjefer/avdelingsoverleger ønsker at det skal arrangeres etterutdanningskurs i ungdomsmedisin. Artikkelforfatterne arbeider med å etablere et slikt kurs i regi av Legeforeningen.

Det er viktig å tolke resultatene i lys av at dette er en kortfattet spørreundersøkelse, besvart etter beste evne av klinikksjefer/avdelingsoverleger ved landets barneavdelinger, i en ellers travel hverdag. Kartleggingen gir derfor ikke et fullstendig bilde av hvordan ungdomsvennlig helsetjeneste utøves på barneavdelingene. Den kan likevel danne et grunnlag for videre diskusjon og tiltak i forhold til å styre avdelingene i en mer «ungdomsvennlig» retning. Det bildet som tegnes av kartleggingen er ikke en enhetlig ungdomsvennlig helsetjeneste.

Det bør diskuteres om det skal etableres retningslinjer i forhold til definisjon av ungdomsvennlig helsetjeneste. Barnelegeforeningen kan være en pådriver i forhold til dette. Lovfestede retningslinjer fra Helse og omsorgsdepartementet er sannsynligvis det eneste tiltaket som kan føre til en enhetlig, samhandlende helsetjeneste for ungdom i Norge.

Referanser:
1. www.legeforeningen.no: Satsningsområder for norsk pediatri 2011- 2015.
2. www.regjeringen.no: Oppdragsdokument 2012. Helse Sør-Øst RHF.
3. www.dh.gov.uk/publications: Department of Health: Quality criteria for young people friendly health services.

LIS- og SPISS-kurs

Kurs for barneleger i forkant av Pediaterdagene i Stavanger i Januar 2013

For tredje år på rad arrangeres det universitetskurs for barneleger i forkant av Pediaterdagene. I begynnelsen av uke 3 (14-15 januar) avholdes "Innføringskurs i Pediatri". Dette såkalte "LIS-kurset" går over 2 dager og er tiltenkt nyansatte leger i utdanningsstilling på barneavdeling. Kursprogrammet er uendret fra foregående år og inkluderer innføring i barns vekst og utvikling, grunnleggende neonatologi, sosialpediatri, trygdelovgivning ved barns opphold på sykehus, innføring i akutthåndtering av alvorlig sykt barn og praktisk trening i basal hjerte lunge redning. Responsen på foregående års kurs har vært meget god, og alle landets "ferske" barneleger oppfordres herved til å melde seg på.

Onsdag 16. januar er det så klart for SPISS-kurset. SPISS-kurset arrangeres på rotasjon av de forskjellige fagmiljøene og interessegruppene innenfor Pediatri og har til hensikt å gi nyttig og oppdatert kunnskap for vaktgående overleger i pediatri. Ved det kommende spesialistkurset i Stavanger er det interessegruppen for Pediatrisk hematologi og onkologi, samt interessegruppen for Neonatalogi som har latt seg utfordre til å sette opp et spennende og variert program. Temaer som vil presenteres er utredning og behandling av hemoglobinopatier hos barn, håndtering av akutte onkologiske problemstillinger, initialt håndtering og ventilasjon av premature, behandling av sepsis og septisk sjokk hos nyfødte og Shaken Baby Syndrome. Herunder bør være noe av interesse for enhver vaktgående overlege og vi oppfordrer derfor alle som planlegger å delta på Pediaterdagene om å fremskynde reisen til oljebyen med en dag og få med seg dette kurset også!

Fullstendig kursprogram for begge kurs er tilgjengelig på pedweb og påmelding skjer via legeforeningens kurskatalog på nettet (Kurs nr B-27274 og B-27273.)

LASSELITENS FOND for hjertesyke barn

Stiftelsens formål

Lasselitens fond for hjertesyke barn har som ideelt formål:

- å gi økonomisk støtte til hjertesyke barn i forbindelse med hjerteoperasjoner og annen medisinsk behandling.
- å bidra med økonomisk støtte til forskning relatert til hjertesykdommer hos barn.
- å bidra økonomisk til utstyr og materiell til sykehusavdelinger for hjertesyke barn.
- å bidra økonomisk til sosiale tiltak av ulik art for hjertesyke barn og deres foreldre/ foresatte.

Styret:

Stiftelsens styre består av sju medlemmer hvorav fire av styrets medlemmer representeres av Foreningen for hjertesyke barn (FFHB). Norsk barnelegeforening og Norsk cardiologisk selskap har hvert sitt styremedlem og familien Fagereng er fast styremedlem i stiftelsen.

Stiftelsens grunnkapital og utdelinger

Stiftelsens deler ut midler etter behov og avkastningen utover grunnkapitalen benyttes til utdeling i samsvar med stiftelsens formål.

SØKNADSFRIST ER 1. MARS OG 1. SEPTEMBER HVERT ÅR

ØNSKER DU Å STØTTE ARBEIDET?
KONTONUMMER 2655 01 94340
Foreningen for hjertesyke barn er sekretariat for Lasselitens fond og henvendelser kan gjøres til:
Foreningen for hjertesyke barn,
Postboks 222, sentrum,0103 Oslo.
Telefonnummer 23 05 80 00 eller mail: ffhb@ffhb.no

FORENINGEN FOR
HJERTESYKE BARN

Foreningen for hjertesyke barn,
Postboks 222, sentrum, 0103 Oslo.
Telefonnummer 23 05 80 00, mail: ffhb@ffhb.no

Foto: Erik Poppe



New York-Prebyterian Morgan Stanley Children´s Hospital.

Et besøk ved Columbia University Medical Center, New York

New York-Presbyterian Morgan Stanley Children´s Hospital har adresse 3959 Broadway NY og var tidligere kjent som Babies and Childrens Hospital of New York. Med sin kompetanse i barnekardiologi, diabetes og endokrinologi tilhører sykehuset "top ten" av barnesykehusene i USA 2012-2013 .

AV STEFAN KUTZSCHE, REDAKTØR PAIDOS

Paidos besøkte Morgan Stanley Children´s Hospital torsdag 13. september. Vi følte oss beæret av å bli mottatt av professor Richard Polin, direktør for neonatalvdelingen, på en travel arbeidsdag. Polin er en av pionérene i CPAP behandling på 70 tallet. Han har et bredt spekter av vitenskapelige interesser som strekker seg fra immunologi, hypoksisk ischemisk encefalopati til surfactant som aerosol. Han utgir American Academy of Pediatrics publikasjoner: Grand Rounds.

Nyfødtintensivavdelingen

Nyfødtintensivavdelingen er en moderne enhet med 70 senger hvorav syv er forbeholdt pre- og postoperative hjertepasienter. Sykehuset utfører årlig 150 hjerteoperasjoner på barn. I tillegg til neonatologer har avdelingen eget støttepersonell for respiratoroppsett og vedlikehold. En fulltids ansatt neonatal anestesilege og ekspert på håndtering og behandling av nyfødte med respirasjonsproblemer bistår bedside med de beste terapeutiske løsninger for nyfødte og spedbarn som krever ulike former for luftveisstøtte. Nyfødtintensivavdelingen er anerkjent både regionalt, nasjonalt, internasjonalt samt av the National Institute of Health for sin ekstremt lave forekomst av kronisk lungesykdom hos premature babyer. Nyfødtintensivavdelingen ved Columbia Medical Center fikk i 2012 prisen for beste service (http://health.usnews.com/best-hospitals/pediatric-rankings).

Clinical rounds

Avdelingen går daglig visitt med tre forskjellige team. Det er et eget hjerteteam, et team for generell neonatologi og et tredje team som går en grundig undervisningsvisitt for leger i spesialisering med fasilitator. Vi valgte å bli med undervisningsteamet sammen med dr. Ulana Sanocka, en erfaren neonatolog med pedagogisk kompetanse og mangeårig undervisningserfaring. Kandidatene hadde forberedt seg grundig og ledet visitten på de 20 barn vi så denne formiddagen. Det ble stilt mange spørsmål og kandidatene hadde en strukturert gjennomgang av sykehistorien, aktuell status og dagsplan som ble diskutert og evt. justert. Legene hadde stor glede av prof. Polins eksepsjonelle og brede kunnskap. Han kunne referere til viktige studier og kjente til sterke sider eller begrensninger av aktuelle undersøkelser som hadde relevans for pasientenes problem og diskusjonen som foregikk forøvrig. Det enkelte barns foreldre var tilstede ved visitten mens de andre foreldrene måtte vente på sin tur. Her anvendes det CPAP behandling ned til gestasjonsalder 25-26 uker og surfaktantbehandling gis kun på indikasjon. Intubasjoner er meget effektive, alle legene har god trening og dermed styrket (?) kvalitet av sine prosedyreferdigheter. I forbindelse med intubering gis det derfor ikke opiater, sedativa eller muskelrelaksansia. Alle nyfødte screenes for smerter og det gis morfin ved behov. Barn med perinatal asfyksi undersøkes i forhold til A og B kriterier for indikasjon til hypotermibehandling (Skranes et al, 2011). I tillegg tas det amplitudeintegrert EEG før evt. kjøling. Dersom aEEG er normalt blir det ikke iverksatt hypotermibehandling. Barn med kramper overvåkes synkront med kontinuerlig EEG registrering og videoopptak. Navlekatetere blir seponert etter en uke og det gis ikke profylaktisk antibiotika. Det er vanlig å legge perkutane sentrale katetere (longliner) for å gi parenteral ernæringstilskudd.

Avdelingen har presise rutiner og grundig forberedelse før utskrivingen av pasienter. Planlegging skjer ved hjelp av sjekklister én uke, 3 dager og 48 timer før barnet skrives ut. Avdelingen tilbyr rooming-in og familiesentrert behandling. Det finnes en step-down enhet med king-size seng og treningsrom.



3959 Broadway i Manhatten. Foto: Paidos, 2012.

FAMILY CENTERED CARE THE DAWN OF THE FOURTH GOLDEN AGE 2003-

Renewal. Remarkablemedical advances. Superb children ' s health care. These proud traditions continue into the 21st century as the hospital expands into a new 10-story, 265,000-square-foot innovative facility. With the new building comes a new name: The Morgan Stanley Children ' s Hospital of New York- Presbyterian.

The Hospital remains the largest children ' s facility in New York, accomodating 191 patients and featuring single rooms. Recognizing how important family and psychological stability are to the healing process in sick children, the institution builds o nits practice of family-centered care. Parents area ble to stay overnight with their children in rooms designed for the comfort of both, and children area ble to stay in electronic contact (via the Internett) with their friends and school right from their own rooms.

PRELUDE TO A FIFTH GOLDEN AGE

Enormous advances in the health and care of children were made during the 20th century- from the intervention of effective vaccines, better infant formulas, and more successful cancer treatments, to the discovery of insulin and new ways to prevent dehydration. Even more remarkably, the genes responsible for many inheritable diseases, such as sickle-cell anemia, muscular dystrophy, Huntington ' s disease, and cystic fibrosis, were identified, opening a door towards improved treatments and prevention.

What will the 21st century bring? The growing field of molecular genetics promises to make it possible to administer drugs that specifically target genetic trouble spots, to use new antibiotics to disable the genetic machinery of invading organisms, and, eventually, to effectively replace defective genes. What is certain is that Children ' s Hospital will continue to be at the forefront of cutting-edge research, working to ensure the health of our children



Nyfødtintensivavdeling har "quiet time" hver dag fra 12-13. Foto: Paidos 2012



Resepsjonen og security check ved Morgan Stanley Children´s Hospital. Foto: Paidos 2012



Teaching round with professor Richard Polin. Foto: Paidos 2012

Utdanning og klinisk arbeid

Nyfødtintensivavdelingen har 15 utdanningsstillinger for leger i subspesialisering i neonatologi. Utdanningstiden er dedikert til å forberede seg til lederrolle i forskning, undervisning og pasient behandling. State of the art teknologi praktiseres i et spennende læringsmiljø. Den kliniske erfaringen som opparbeides i løpet av de tre utdanningsårene er intens og ekstensiv. I det første år skal kandidaten ha syv mnd praktisk trening og fire mnd forskningsarbeid. Det blir 4 uker ferie. Det er fire kliniske rotasjoner som inkluderer behandling av nyfødte i de 62 NICU sengene, arbeid på fødeavdeling, nyfødttransport, og neonatale konsultasjoner med foreldre. En av tre rotasjoner fokuserer på behandling og koordinering av pre- og postoperative nyfødte med medfødte hjertesykdommer. Gjennom det første året tilegner kandidatene seg en stor del av sine kliniske ferdigheter og i det andre og tredje året får legene stadig større ansvar for selvstendige kliniske avgjørelser. I løpet av utdanningsperioden deltar kandidatene i 6-8 delt nattevakt . Legene ved til Morgan Stanley Childrens´ Hospital of New York Presbyterian kan tilegne seg stor klinisk erfaring fordi det er mange innleggelser iløpet av et år (>1,000). Den afro-amerikanske befolkningen i Harlem representerer kulturelle og helsemessige utfordringer i neonatalomsorgen. Utdanningen inkluderer ukentlige forskningsmøter, perinatal-fysiologiske konferanser, kliniske kasuistikk møter og månedlige tverrfaglige diskusjoner med fostermedisinere. Det forventes aktiv detakelse, tidlig trening på alle prosedyrer og utvikling av egne forskningsprosjekter.

Det er meget gode undervisnings- og læringsmuligheter. Kandidatene blir forberedt og kompetente til å utføre de mest avanserte behandlingene av syke eller premature nyfødte. Eksempler på det er de nyeste former av mekanisk ventilasjon, surfactant terapi, CPAP behandling, innleggelse av sentrale katetere både umbilikalt eller perkutant. Kandidatene er etter avsluttet utdanning kompetente i kommunikasjon med familier og helsepersonell, i bruken av informasjonsteknologi for å finne fram relevant informasjon og for å utvikle rasjonelle behandlingsplaner til pasientens beste.

Forskning

Sykehuset har en lang forskningstradisjon tilbake til 1959 med Dr. Virginia Apgar (1909-1974). Hun var blant de første som innførte syre base målinger i nyfødtmedisinen i tillegg til hennes Apgar newborn scoring system. Apgar ledet anestesiavdelingen ved Columbia fra 1938 til1949 og var den første kvinnelig professor som oppnådde et høyt nivå av anerkjennelse ved Columbia University.
Under ledelse av professor Polin har nyfødtdivisjonen de siste årene utdannet flere leger innen områdene utviklingsnevrobiologi og -adferd samt perinatal epidemiologi. For tiden kan alle kandidatene bruke tre mnd i første, åtte mnd. i andre, og ti mnd. i det tredje året til forskningsaktiviteter ("first-rate research experience"). Alle kandidatene får en grundig innføring i grunnleggende forskningsprinsipper, forskningsetikk og vitenskapsteori. Alle legene har egen forskningsveileder og mentor.

Før vi avsluttet besøket ved Columbia ble vi invitert til et tverrfaglig møte mellom obstetrikere og neonatologer hvor vi fikk servert et stykke pizza og kafe. Her traff vi dr. Helen M. Towers som er nestleder av nyfødtenheten. Towers er spesielt interessert i etikk i nyfødtmedisin. Da vi forlot det flotte og imponerende barnesykehuset passerte vi igjen forbi sikkerhetspersonellet som hadde sjekket oss i den moderne resepsjonen tidligere på dagen.

Referanser
1. Calmes, S. (1984). Virginia Apgar: A Woman Physician's Career in a Developing Specialty. Journal of the American Medical Women's Association, Nov/Dec, 184–188.
2. Skranes, J., Fugelseth, D., & Stiris, T., (2011). Keeping a cool head. Hypotermibehandling av nyfødte med fødselsasfyksi. Paidos 29(1), 21-25
3. Webressurs: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=polin%20r
4. http://health.usnews.com/best-hospitals/pediatric-rankings



Panorama downtown Kansas City, MO.

Childrens Mercy Hospital

En reisebeskrivelse fra Kansas City, MO

Staten Missouri i USA grenser til åtte forskjellige stater; Iowa, Illinois, Kentucky, Tennessee, Arkansas, Oklahoma, Kansas og Nebraska. Missouri har i underkant av 6 millioner (2010) innbyggere, hovedstaden er Kansas City og ligger ved Missouri-elven, med ca. 500,000 innbyggere.

AV STEFAN KUTZSCHE, REDAKTØR PAIDOS

Byen er kjent for sin jazz- og blueshistorie samt Kansas City-style barbecue. Den flotte nyrestaurerte Union Station fra 30-tallet er et stykke amerikansk jernbanehistorie. I stasjonsbygningen var det under mitt opphold i byen en spennende utstilling i anledning 100 årsminnet om forliset til Titanic 15. april 1912. I byen finnes det også et stort museum fra 1. Verdenskrig. I mars 2012 kåret Forbes magazine Kansas City som en av USA´s flotteste byer på grunn av byens rike kunst- og kulturtilbud, fontener, shoppingmuligheter og det lokale kjøkkenet – spesielt altså barbecuen. Kansas City er en universitetsby og har Truman Hospital og Mercy´s Children's Hospital ved siden av andre offentlige og private helseinstitusjoner. Harry S. Truman (1884-1972) var født i Missouri og avløste Franklin D. Roosevelt som USA´s 33. president i 1945.

Begynnelsen

"Childrens Mercy´s" begynnelse går tilbake til året 1897 da dr. Katherine Berry Richardson sammen med sin søster grunnla "Free Bed Fund



Brosjyre fra Elizabeth J. Forell Fetal Health Center. University of Kansas City and Mercy ' s Children Hospital, Kansas City, MO



Professor Felix Okah og redaktøren ved hovedinngangen til Mercy ' s Children Hospital, Kansas City, MO. Foto: Hildegunn Kutzsche

Association", et lite sykehus i 15th St. and Cleveland Rd. i sentrum av Kansas City. Navnet "Mercy" ble gitt av staten Missouri i 1901 og kommer fra sykehusets første pasient som var en foreldreløs pike med deformerte bein som fikk fri behandling av legene. Mercy's Hospital tilbød kun helsetjenester for mødre og barn. Dr. Robert Schauffler var den første mannlige legen som praktiserte ved sykehuset som vokste fra fem senger i 1904 til 27 senger i 1906.

Childrens' Mercy Hospital

Søndag 9. september besøkte Paidos Childrens' Mercy Hospital i Kansas City. Overlege og professor Felix Okah tok seg tid til å vise oss rundt på nyfødtintensivavdelingen på sin fritid. Barnesykehuset i Kansas City har et tett samarbeide med Truman Hospital som ligger side om side, en bro forbinder de to sykehusene. Universitetet i Missouri Kansas City er representert med en egen bygning med det medisinske fakultet som tilbyr medisin- og andre helsefagutdanninger. Universitetet samarbeider nå med det nyåpnede Elisabeth J. Forrell Fetal Health Center for å yte avansert diagnostikk og omsorg til utvalgte risikosvangerskap med integrerte helsetilbud før, under og etter fødsel med fokus på gravide og fostre som har fått påvist komplekse avvik eller misdannelser. Arbeide i det nye senteret gjør en helhetlig tilnærming til mor, barn og hele familien med hele spekter av obstetriske og pediatriske subspesialiteter mulig.

I 2003 åpnet sykehusets et egen pediatrisk forskningssenter. I dag er Children's Mercy Hospital et 314-sengers sykehus i 2401 Gillham Rd. i Kansas City, og driver i tillegg poliklinikker både i forstadene og i nabokommunene. Sykehuset betjener barn og familier fra hele seks US stater, men tar også pasienter fra "kyst-til-kyst" eller fra andre kontinenter. Sykehuset rangerer blant USAs fremste pediatriske institusjoner og har ca. 12 000 fødsler per år.

> **"This hospital for sick and crippled children to be forever nonsectarian, nonlocal and for those who cannot pay."**
>
> Children's Mercy Hospital

Nyfødtintensivavdelingen

Nyfødtintensivavdelingen har ca. 60 sengeplasser hvorav 10-12 tekniske senger. Det finnes et bredt behandlingstilbud som rekker fra ventilasjonsstøtte, oscillering, ECMO-behandling og hjertekirurgi.

Det praktiseres "gentle ventilation" og CPAP-behandling tar mer og mer over også hos ekstremt premature barn. På denne avdelingen intuberes nyfødte som trenger respiratorbehandling med oral tube.

Avdelingen er etablert i moderne og romslige lokaler som er bygget i en ringarkitektur. De fleste sengeplassene finnes i bekvemme, skjermede områder med plass til 1-2 senger per enhet samt plass til familier. Tallrike "stress-less recliner " stoler gjør det komfortabelt for foreldre å oppholde seg sammen med barna over lengre tid. I tillegg har avdelingen egne fasiliteter for familiesentrert behandling med «rooming-in» og «step down»- enheter. Hele avdelingen er gjennomstrukturert og veldig oversiktlig. Arbeidsprosesser flyter godt og den behagelige atmosfæren er preget av ro, god planlegging, høy kvalitet i omsorg og pleie samt utprøvd logistikk.

Avdelingens utforming preges av valg av harmoniske farger, behagelig lyssetting og delikate former.

Senter for bioetikk

Children's Mercy Bioethics Center (CMBC) startet høsten 2009 og ledes av professor John Lantos. Lantos er pediater med lang erfaring i pediatrisk etikk fra bl. a. Universitetet i Chicago. Senteret har laget en interaktiv nettside som ressurs for barneleger i hele verden. Senteret tilbyr nettbaserte seminarer i etikk og et eget sertifiseringsprogramm i pediatrisk bioetikk.

Vi reiste fra Kansas City på en strålende mandag formiddag fyllt av sol og tok med oss mange gode minner og ny kunnskap. Vi kan trygt si at kollegene fra Missouri har skapt et barnesykehus som kan vise seg i verdensklasse.

Referanse

1. John Giuffo. "Kansas City, Mo. – John Giuffo". Forbes. Retrieved May 5, 2012.
2. Nettressurs: http://www.childrensmercy.org/cmbc/

Nærmer vi oss den post-antibiotiske æra?

84 % av antibiotikaforbruket i Norge foregår i primærhelsetjenesten, 7 % i sykehusene. Det totale forbruket i Norge økte med 5 % fra 2010 til 2011 og utgjorde i fjor 17,2 DDD/1000 innbyggere/dag. Særlig bruken av makrolider og tetracykliner økte, med henholdsvis 15 og 11 %. Dette er bredspektrede preparater som primært brukes i almenpraksis. Penicillinene utgjorde 41 % av forbruket. Cefalosporiner, monobaktamer og karbapenemer utgjorde kun 3 %.

AV INGVILD HEIER, INGVILD HEIER, OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS , BARNEKLINIKKEN OG MEDLEM AV PAIDOSREDAKSJONEN

Økende bruk av antibiotika i og utenfor sykehus gjør at stadig flere av de bakteriene vi tidligere har vært vant til at er enkle å behandle, viser seg å være resistente. Fortsatt er det relativt lite resistensproblemer i Norge sammenlignet med andre land, men vi ser en bekymringfull utvikling også her. Som barneleger ser vi i Norge blant annet økende forekomst av ampicillin-resistente E.coli ved urinveisinfeksjoner. Stadig oftere ser vi patogene stammer som er resistente også mot trimetoprim og trimetoprim/sulfa, slik at de viktigste medikamentene vi har hatt, viser seg nytteløse. Hva kan gjøres og hva må vi være oppmerksomme på i behandling av bakterielle infeksjoner hos barn? Vi gir i det følgende en oversikt over problemkomplekset og får deretter noen innspill fra professor i pediatri og infeksjonsmedisin Petter Brandtzæg.

Penicillinene og de andre betalaktamantibiotika utgjør fortsatt de viktigste antimikrobielle medikamentene vi har. Problemet med økende resistens mot disse skyldes i hovedsak to mekanismer, hvorav mikrobenes produksjon av betalaktamaser, enzymer som spalter og inaktiverer medikamentene, er viktigst. Mekanismen bak MRSA (meticillin resistente stafylococcus aureus) er en annen – det foreligger hos disse bakteriene en mutasjon i det penicillin-bindende proteinet (PBP) som gjør at betalaktamantibiotika ikke kan binde seg til bakterien og dermed ikke har noen effekt.

Det er i dag beskrevet flere hundre ulike betalaktamaser. Forekomsten av disse utvikler seg parallelt med at stadig nye betalaktamantibiotika har kommet på markedet På verdensbasis opplever man nå pandemisk spredning av patogener med særlig bredspektrede betalaktamaser, de såkalte ekstendert spektrum-betalaktamaser (ESBL). I tillegg forkommer plasmidmediert AmpC i økende grad. Disse betalaktamasene forekommer primært hos gramnegative tarmbakterier samt Pseudomonas aeruginosa og Acinetobacter baumannii. Disse to sistnevnte mikrobene er sykehuspatogener som er notorisk vanskelige å behandle. De siste årene har man i økende grad observert ESBL-produserende E. coli i Norge og i 2011 ble denne egenskapen funnet hos 3,3 % av blodkulturisolatene. 4,2 % av Klebsiella-isolatene fra blodkulturer var ESBL-produserende.

I 2009 ble en multiresistent Klebsiella-stamme isolert fra en pasient i Sverige som hadde oppholdt seg på sykehus i New Dehli. Bakterien uttrykte en metallobetalaktamase som spalter alle betalaktamantibiotika, inkludert carbapenem-gruppen (imipenem, meronem m.fl.) og kalles derfor også carbapenemase. Disse har lenge vært de siste virksomme midlene mot multiresistente gramnegative bakterier. Enzymet ble etter sedvanen i mikrobiologien oppkalt etter stedet den er antatt å ha oppstått i og altså kalt New Dehli metallobetalaktamase-1 (NDM-1). Enzymet er plasmidbåret og kan overføres mellom ulike bakteriepopulasjoner, på tvers av species. Det er nå påvist hos Klebsiella, E.coli, og også hos Acinetobacter og Pseudomonas.

Disse multiresistente bakteriene sprer seg raskt i verden, trolig først og fremst som følge av økende helseturisme. Dette begrepet brukes om fenomenet at personer, gjerne fra USA og Vest-Europa, reiser til land i Asia og Midt-Østen, for å få utført operasjoner eller annen behandling, som er billigere her enn i hjemlandet. Den mer ukritiske bruken av antibiotika i mange asiatiske land, gjør at multiresistente bakterier lettere oppstår her.

Riktig antibiotikabruk, rask diagnostikk og målrettede smittevernstiltak er avgjørende for å hindre spredning av slike resistensproblemer

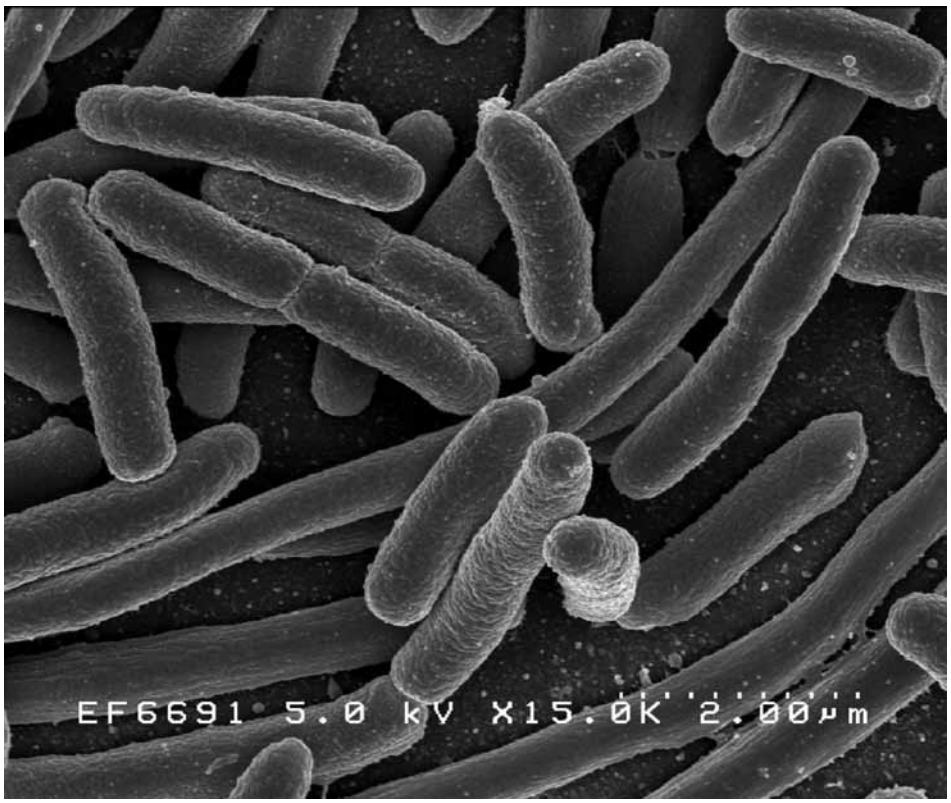
Betalaktamantibiotika:
Penicilliner
Cefalosporiner
Monobaktamer
Carbapenemer

Pneumonier

Bakterielle pneumonier er vanligvis forårsaket av pneumokokker, som i Norge heldigvis fortsatt alltid er følsomme for penicillin. Imidlertid sees økende resistens av makrolider som

erythromycin, acithromycin og clarithromycin. Forekomsten av makrolidresistens blant systemiske pneumokokkisolater har ligget på rundt 4 % de siste årene mens det i 2006 var 12,4 %. Vi ser at mange fastleger bruker mye av disse antibiotikatypene, blant annet fordi noen av dem tillater at man gir kortere kurer. Mange føler kanskje at man «helgarderer» med bruk av mer bredspektrede midler, med tanke på om det likevel er mykoplasma eller en annen mikrobe. Makrolider er meget resistensdrivende og bør kun brukes med forsiktighet. Når det gjelder pneumonier med Mycoplasma pneumoniae og dens slektning Chlamydophilia er det svært diskutabelt hvorvidt det er nødvendig med antibiotisk behandling i det hele tatt. De fleste blir friske av seg selv. Alvorlige komplikasjoner til ubehandlet M.pneumoniae-pneumoni er meget sjelden og behandling kan medføre at pasientens immunrespons blir svakere enn den ellers ville blitt, hvilket gir dårligere beskyttelse mot senere infeksjoner.

Ved en klar lobær pneumoni skal altså penicillin være førstevalg og ved evt. penicillinallergi kan makrolider brukes, men man må altså være obs på muligheten for resistens.



E.coli bakterier. Wikimedia Commons. This image is a work of the National Institutes of Health, part of the United States Department of Health and Human Services. As a work of the U.S. federal government, the image is in the public domain.

Urinveisinfeksjoner

Empirisk behandling for øvre urinveis-infeksjoner hos små barn er ampicillin og gentamicin. Som nevnt er E.coli-isolater i Norge stadig oftere resistente mot ampicillin. Gentamicin-resistens forekommer også men er klart sjeldnere. Ved de dosene som gis intravenøst, kan man likevel se in vivo effekt selv om laboratoriet rapporterer om resistens eller intermediær følsomhet.

På Ullevål har vi de siste årene brukt Spektramox (uregistrert preparat bestående av amoxicillin og betalaktamasehemmeren clavulansyre) som alternativt per oralt medikament til barn, da dette finnes som mikstur. Imidlertid ser vi i det siste stadig flere E.coli stammer som også er resistente mot denne kombinasjonen. Mecillinam er det fortsatt lite resistens mot men mangelen på en mikstur gjør det vanskelig å gi til små barn.

Spørsmål til professor Petter Brandtzæg

Hvilke trender innen antibiotikaresistens mener du er viktigst for norske barneleger å være opptatt av?

Alle barneleger i Norge bør følge med på den nasjonale overvåking av antibiotikaresistens som rapporteres årlig (www.antibiotikaresistens.no)

Vi må begrense forbruk av 3. generasjons cefalosporiner mest mulig og følge nasjonale retningslinjer. Internasjonalt øker resistensen jevnt. Den øker mindre i Norge, men stiger også her.

E. coli/pyelonefritt: Ampicillin-resistens foreligger nå i 35-40 % av isolatene og trimetoprim-sulfaresistens hos ca 20 %. Dette er viktig for barn med pyelonefritt, særlig spedbarna hvor det nå ofte ikke finnes en adekvat antibiotikamikstur etter avsluttet i.v. behandling. Mange barneavdelinger improviserer ved å knuse mecillinam-tabletter og dosere pr. kroppsvekt når isolatet er resistente for overnevnte midler. 8 – 9 % av urinisolatene er også mecillinamresistente. Adekvat dyrkning av blod og urin er viktigere enn noen gang. I veileder i akutt pediatri er 7-10 døgns behandling anbefalt. Vår erfaring på OUS Ullevål er at 7 døgn er nok for pyelonefritt hos spedbarn. Sannsynligvis vil 3 – 5 døgns behandling være nok i de fleste ukompliserte tilfeller. Obs. ved dyrkning av S. aureus hos gutter foreligger det nesten alltid urinveisanomalier. Det er viktig å være klar over at gentamicinresistente E. coli har ført til sykdom og kolonisering hos nyfødte i 2011-2012.

Pneumokokker/pneumonier: Det er vært lav forekomst av penicillinresistente pneumokokker. Penicillin skal fortsatt være vårt hovedmiddel i.v. og p.o. Behandlingstid 7 døgn eller kortere ved adekvat respons. Vaksinasjon med Prevenar® synes å ha redusert antall innleggelser med pneumonier og empyemer.

Staphylococcus aureus/Osteomyelitter og septiske artritter: Behandlingstiden som har vært 6 og 3 uker kan forkortes

Hva kan vi gjøre for å redusere antibiotikabruken i vår praksis?

Barn med ØLI og hoste (faryngitt, svulne tonsiller) skal ikke behandles med antibiotika med mindre Streptest er sikkert positiv. Ved pos. Streptest skal man bruke fenoksymetylpenicillin og ikke makrolider som driver frem resistente gruppe A streptokokker.

Barn som legges inn med dokumentert RS virus eller metapneumovirus bronkiolitt / pneumoni med CRP>100 mg/l og peribronkiale infiltrater, skal ikke rutinemessig behandles med antibiotika. Sekundære bakterielle pneumonier er meget sjeldne. Økt CRP er nesten alltid uttrykk for uspesifikk immunmobilisring.

En del lungeleger bruker makrolider i små doser for deres antatte antiinflammatoriske effekt – hva synes du om denne praksisen?
Jeg er skeptisk til denne indikasjonen og den effekten en lav dose i mange uker har på den naturlige luftveisflora. Jeg synes der skal være svært gode grunner til å starte en slik behandling.

Bør alle med mykoplasma-pneumoni behandles med antibiotika?
Noen barn med mykoplasmapneumoni i tidlig stadium vil ha en rask og god effekt av makrolider, Mange som har hostet og vært syke noen dager vil klare seg like bra uten behandling. Mykoplasma forårsaker ikke farlige pneumonier som pneumokokker gjør. Nå har vi nylig hatt en epidemi av mykoplasma i Norge. Tidlig behandling i en slik situasjon vil kunne redusere smittespredning noe.

Kan vi redusere antibiotikabruken ved å korte ned på behandlingstiden, for eksempel på pneumonier, osteomyelitter og UVI'er? Og hva med sepsis hos nyfødte?
Sannsynligvis behandler vi pneumonier, osteomyelitter, UVI'er, neonatal meningitt, bakteriell meningitt etter nyfødtperioden og andre infeksjoner for lenge. Forløpet må være ukomplisert og barnet må ha normalt immunsystem ved forkortet behandling. Internasjonale studier har vist at 5 døgns behandling av barn med meningokokk, pneumokokk og Haemophilus influenzae meningitt er nok. En større finsk observasjonsstudie av barn med osteomyelitt og artritt, tyder på at vi kan redusere behandlingstiden med flere uker. Det har imidlertid manglet gode studier internasjonalt som angir minimums behandlingstid. Vi har alltid villet være på den sikre siden og har holdt oss til retningslinjer som er flere tiår gamle og bygget på empiri. Nylig utførte klinisk kontrollerte studier har fullstendig manglet .

Bør vi bli bedre på virusdiagnostikk, særlig med tanke på enterovirus hos nyfødte for å kunne redusere antibiotikabruken?
Enterovirus har vist seg å være en hovedårsak til feber og nedsatt allmenntilstand hos nyfødte de første 1 – 4 leveuker. Rutinemessig antibiotikabehandling for å behandle barnet for en mulig gruppe B streptokokk (GBS) kan avsluttes raskere enn tidligere når vi påviser enterovirus i blod, spinalvæske, halssekret eller avføring. Man bør likevel opprettholde antibiotikadekning til blodkultur (og spinalvæske) har vært inkubert i 72 timer uten vekst. Nylig hadde vi et barn med både enterovirus og GBS infeksjon.

Nytter det når vi allerede er best i klassen på verdensbasis og vi lever i en globalisert verden med åpne grenser og økende helseturisme?
Vi må gjøre vårt og bruke våre antibiotika rasjonelt og smalspektret. Vi må hele tiden følge med i resistensmønsteret på isolatene våre. Det utvikles nesten ikke nye antibiotika så vi må klare oss i lang tid fremover med dem vi har. Antibiotika har transformert moderne medisin. Vi kan ikke drive moderne onkologi, transplantasjonsmedisin eller pediatri uten dem!



Mestringskatten – en kognitiv behandlings-metode for barn med angst

Barn og unge med angst utgjør en stor pasientgruppe i primær- og spesialisthelsetjeneste. Angstplager med tydelig funksjonsnedsettelse bør behandles, også for å forebygge langtidsvirkninger i voksenalder. Kognitiv atferdsterapi (KAT), blant annet behandlingsprogrammet "Mestringskatten", som fokuserer på individuell behandling har vist gode resultater i USA.

AV UTA BASTIAN[1], SIMON-PETER NEUMER[1] OG TROND H. DISETH[2]
[1] REGIONSENTER FOR BARNE- OG UNGDOMSPSYKIATRI, HELSEREGION ØST OG SØR, OSLO
[2] BARNE- OG UNGDOMSPSYKIATRISK SEKSJON, BARNEKLINIKKEN, RIKSHOSPITALET

Materiale og metode.
En single case studie beskriver et 10 år gammelt barn med separasjonsangst som ble behandlet ved hjelp av programmet "Mestringskatten" over 12 ukentlige individualterapitimer. I tillegg ble det brukt etablerte evalueringsverktøy; diagnostiske barneintervjuene Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Aged Children (Kiddie-SADS) og Anxiety Disorders Interview Schedule-IV (ADIS), samt atferdsregistrering og Spørreskjema for Bedømming av Behandling (SBB).

Resultat.
Symptomfrihet ble allerede oppnådd før avsluttende 12. KAT time. Motivasjonen for å gjennomføre hele terapiopplegget gikk ned da angstsymptomene var avtagende. Evalueringen av behandlingsforløpet ved familien var gjennomgående svært positiv.

Fortolkning.
Denne single case studien viser at "Mestringskatten" er en godt egnet terapimetode ved separasjonsangst hos barn og unge. Positive resultater fra den foreliggende kliniske studien må bekreftes i en større multisenter studie.

Innledning
Barn med angst utgjør et stort pasientklientell innenfor barne- og ungdomspsykiatrien i Norge. Angst viser seg på forskjellige måter og kan forekomme som kjernesymptom og komorbide trekk ved en rekke tilstander. Angstsymptomene medfører ofte funksjonsinnskrenking av stor betydning i hverdagen. En slik funksjonsnedsettelse bør behandles, også for å forebygge langtidsvirkninger i voksenalder. Det foreligger i dag et mangfold av terapimetoder for å nærme seg angstpasienter. Individuelle opplegg omfatter blant annet vanlig støtteterapi, kognitiv terapi, atferdsterapi, psykoanalytiske terapiformer samt hypnoterapi. Dessuten finnes det gruppetilbud som ofte er kognitivt orientert med fokus på eksponering. Både atferdsterapi og kognitiv terapi har gjennom mange studier vist gode resultater i individuell terapi av voksne med angst (1). Å kombinere begge terapeutiske tilnærmingene i form av kognitiv atferdsterapi (KAT) har vist seg å ha best behandlingseffekt hos barn og unge med angst (2). KAT er derfor i dag første valg i angstbehandlingen hos barn. Individuell kognitiv tilnærming kombinert med atferdsterapi har i disse tilfellene vist større effekt enn familiefokusert KAT (3).

Hovedkomponentene i individuell KAT er psykoedukasjon, kognitiv restrukturering samt eksponeringstrening. Det er utviklet terapimanualer som kan hjelpe til å beholde oversikt i terapien samt at det for pasienten kan gjøre opplegget både morsomt og interessant. Fordelen med slike manualer er at mye av den for KAT typiske strukturen allerede er gitt. Dessuten finnes det oppgaver og øvelser til alle komponenter i behandlingen som anses viktig for en effektiv angstbehandling. Det finnes evaluerte KAT manualer for angstbehandling i den engelskspråklige verden som delvis har vært i bruk lenge. En av disse som ble oversatt til norsk befinner seg nå under utprøvning blant norske barn og unge. Manualen, som på engelsk heter "Coping cat" (4, 5), heter på norsk "Mestringskatten" (6), og er egnet for barn mellom 7 – 13 år. Hovedfokus i Mestringskatten ligger i behandling av barn med separasjonsangst, sosial angst og generalisert angstlidelse. Programmet går over

12 uker med én individualtime per uke, supplert med to foreldersamtaler. Et av programmets kjennetegn er at det er tatt høyde for fleksibel bruk av dette evidensbaserte opplegget i klinisk praksis. "Coping cat" har blitt evaluert i mange amerikanske studier og har vist seg å være et effektivt program for behandling av amerikanske barn (7, 8, 3). Studier tyder også på at disse resultatene er stabile etter avsluttet behandling (9).

En enkel single case studie er et forskningsdesign på et lavere evidens nivå enn randomiserte kontrollerte studier (10) og generaliseringsverdien er begrenset. I stedet for å bruke større studiepopulasjoner og rigide protokoller, har single case studier fordelen av å undersøke et longitudinal forløp med dypgående undersøkelsesmetoder i en liten gruppe eller bare i én pasient. Single case studier bidrar dermed til en mer systematisk observasjon og rapportering av klinisk praksis. Dessuten kan slike resultater medvirke til å overføre kunnskap fra kontrollerte forskningsstudier i klinisk hverdag (11).

Her beskrives et KAT forløp hos et 10 år gammel barn med sterk separasjonsangst. Separasjonsangst er en angstlidelse som oppstår spesielt i barndommen, men som også kan sees i voksen alder. Prevalensen for separasjonsangst hos barn og unge ligger ved 4,1 % (12). Ubehandlet persisterer symptombildet hos 36 % i voksen alder (12). Hovedsymptom er en utpreget redsel i truende eller reell atskillelse fra nære tilknytningspersoner. Angsten er overdreven og ikke aldersadekvat. De fleste forskningsdataene foreligger på ikke-medikamentell terapi, som burde være førstevalg ved behandling av separasjonsangst (13).

Materiale og metode

Et 10 år gammelt barn hadde hatt angstproblematikk i mange år, og symptombildet hadde hatt stor innflytelse på hele familien. Barnet har gode kognitive evner og er sosialt godt integrert på skolen og i idrettslaget. Ved kontaktetablering med familien var det spesielt separasjon fra mor som førte til store angstreaksjoner og dermed betydelig funksjonsnedsettelse i hverdagen. Barnet klarte f. eks. ikke å være alene hjemme både dag og kveld, heller ikke ved bare noen få minutters fravær av foreldrene. Barnet gikk med stadig bekymring om at noe katastrofalt kunne skje med foreldrene, spesielt mor. Når foreldrene var hjemme ville barnet ikke oppholde seg alene på rommet eller andre steder i huset. Å gå alene ned i kjelleren oppfattet barnet som veldig vanskelig. Leggesituasjoner om kvelden var en utfordring og kunne strekke seg over flere timer, ofte med en forelder sittende utenfor døren til soveværelset. Målet i terapien var å redusere angstsymptomene i løpet av 12 behandlingstimer. Det ble valgt å gjennomføre en kort samtale med vedkommende foresatte etter hver time. Dette var tenkt som et ledd for å styrke alliansen med foreldrene samt motivere dem til å støtte barnet hjemme ved behov.

Ved oppstart av terapien ble det gjennomført en kartlegging av symptomer ved hjelp av Barkley anamnese intervju, Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Aged Children (Kiddie-SADS) ved mor og pasient samt separasjonsangstdelen i Anxiety Disorders Interview Schedule-IV (ADIS) ved mor. Barkley anamnese intervju er et foreldreintervju for å kartlegge anamnesen med vekt på både psykiske og fysiske plager (14). Kiddie-SADS er et diagnostisk intervju for barn og unge mellom 6 og 17 år som fanger opp de fleste symptombilder innenfor barne- og ungdomspsykiatri utenom autismespekteret og dissosiative lidelser (15). Intervjuet gjennomføres med barn og foreldre hver for seg og skåringsresultater overføres til DSM-IV. ADIS er et foreldreintervju med omfattende kartlegging av barnets angstsymptomer (16, 17, 18). Symptomene skåres på en skala fra 0 – 8, hvorav 0 er best, symptomskåring over 4 gjelder som klinisk relevant. Det ble innhentet anamnestiske opplysninger fra barnet, foreldrene samt skolen. Foreldrene laget i tillegg en basislinje over to uker før terapioppstart med daglig dokumentasjon av angstrelatert atferd og funksjonsforstyrrelsen. Denne basislinjen inneholdt de for barnet sykdomstypiske symptomene som "å legge seg alene om kvelden", "å gå alene ned i kjelleren" samt "å være alene hjemme". Situasjonene ble skåret mellom 1 (ikke mulig i det hele tatt) og 10 (uten problemer gjennomførbar). Denne registreringen ble gjentatt ved avslutning av behandlingen. Hver individualtime samt forelder- og familiesamtaler ble dokumentert i pasientjournalen. Ved terapiavslutning ble det igjen innhentet separasjonsangstdelen i ADIS (mor) samt gjennomført Kiddie-SADS diagnose intervju (mor og barn). Foreldrene gjentok dokumentasjon av angstrelatert atferd over en uke med samme skåringsmetode som basislinje. Familien fikk i tillegg Spørreskjemaer for Bedømming av Behandling (SBB) for å evaluere behandlingen fra brukerperspektivet (19, 20). Figur 1 viser skjematisk terapiforløpet med de valgte evalueringsverktøyene. De 12 terapitimene ble gjennomført med programmet Mestringskatten. Mestringskatten består av en arbeidsbok til barnet og en terapeutmanual som gir viktig bakgrunnsinformasjon om angstbehandling, fleksibel bruk av programmet, arbeid med foreldrene og gjennomføring av hver time. I behandlingen lærer barnet flere muligheter til å mestre sin angst samt mulighet til å anvende disse. Programmet omfatter en opplæringsdel (1.-6. time) samt en eksponeringsdel (7.-12. time). Situasjonene som skal øves på blir notert på situasjonskort med økende vanskelighetsgrad.

Resultater

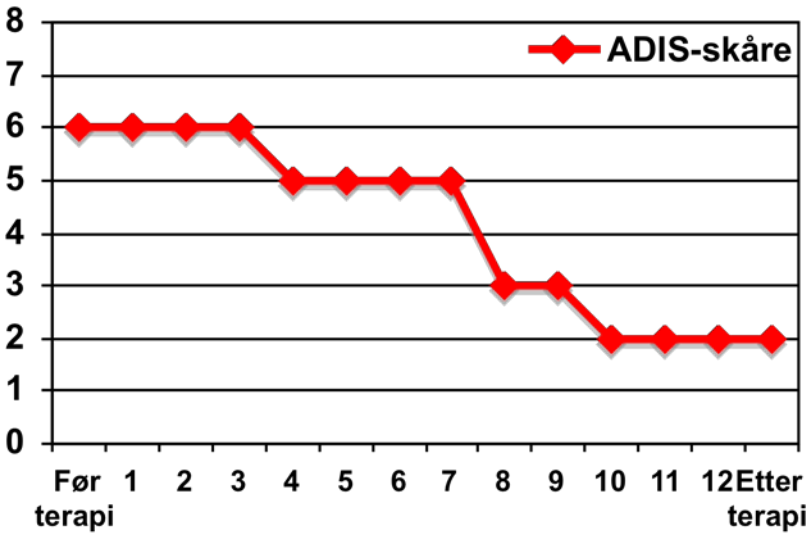
Terapiforløp

Barnet møtte alltid presist. Kontakten i individualtimen var god, både emosjonelt og formelt. Barnet presenterte gjennomgående et nøytralt stemningsleie og fremsto med vanlig psykomotorisk tempo. Barnet samarbeidet fint og virket veldig engasjert i individualtimene.



Figur 1. Chart-flow av behandlingsopplegg med relevant evalueringsverktøy

Hjemmeoppgavene ble alltid gjennomført på en adekvat og kreativ måte. Barnet likte å få belønning i form av klistremerker. "Mestringskatten" ble oppfattet som morsomt og barnet likte å lage individuelle treningsopplegg. Barnet slet til å begynne med å skille mellom tanker og følelser, og vi brukte god tid på å trene forskjellen. Dette var spesielt utfordrende fordi barnet var vant til å bruke "jeg føler" i stedet for "jeg tenker" når barnet egentlig snakket om sine tanker. Første symptom endringer hos barnet kunne ses fra 4. KAT time ved klinisk tilbakemelding fra mor samt nedgang av ADIS funksjonsforstyrrelses skåre fra 6 ved oppstart til nå 5. Mor rapporterte på dette tidspunktet at hun opplevde barnet som mindre redd og at situasjonen rundt legging om kvelden hadde blitt bedre. Barnet slet dog fremdeles med stor redsel for at noe forferdelig kunne skje med mor. Før den 5. KAT timen tok mor kontakt på telefon og sa at barnet følte seg mindre redd i det siste og derfor slet litt med motivasjon for fortsettelse av terapien. Hun fikk tilbakemelding på at dette ut fra klinisk erfaring er en naturlig prosess i terapiforløpet. Vi avtalte at hun skulle lage "noe hyggelig" rundt terapitimen ved f. eks. spise is sammen med mor etterpå eller gå i en lekebutikk. Barnet selv var blid og fornøyd i neste KAT timen, samarbeidet fint som vanlig og ga god kontakt. Derfor ble det valgt å ikke tematisere mors utsagn. I 6. KAT timen oppstod en liten diskusjon mellom mor og barn vedrørende innholdet på situasjonskortene. Mor hadde notert vanskelige situasjoner vi skulle øve på som ikke lenger blir oppfattet som vanskelig av barnet. Vi ble derfor enige om at situasjonskortene fra dette tidspunktet skulle fylles ut felles av både mor og barn. Begge oppfattet forslaget som positivt og praktiserte det som avtalt. I ukene fremover dokumenterte mor et stabilt forbedret symptombilde (skåre 5) frem til en ytterlige forbedring av både funksjonsforstyrrelse (skåre 3) samt klinisk bilde i 8. KAT timen. Mor kommenterte i tillegg at barnet hadde gjennomgått en fin utvikling siden oppstart med individualterapien. Barnet var ikke lenger så redd, virket mye gladere og tilfreds med seg selv samt ble ikke så fort sint eller irritert. Dessuten hadde barnet ifølge mor blitt mer bevisst på seg selv og sa fra ved vanskelige situasjoner. Ved 10. KAT timen dokumenterte mor i ADIS en ytterlig nedgang i funksjonsforstyrrelse til skåre 2 i samsvar med mors beskrivelse av det kliniske bildet.



Figur 2. Funksjonsforstyrrelses skåre - Anxiety Disorders Interview Schedule (ADIS) Skala fra 0 til 8, hvor 0 er best.

Mor og barn fortalte at de hadde kommet på gode treningssituasjoner hjemme ved f. eks. å lage en situasjon der barnet var alene i huset om kvelden med et familiemedlem i nabobygg. ADIS funksjonsforstyrrelses skåre på 2 holdt seg frem til 12. KAT time.

Evalueringsskjemaer

I Kiddie-SADS intervju ved behandlingsoppstart skåret både barn og mor i det kliniske området for separasjonsangst; det var stor overenskomst mellom mor og barn i forhold til rapportering av diagnostiske kriterier. Symptomene hadde vært stabilt til stedet i flere år med tydelig forverring i det siste året. Etter den siste timen i programmet ble barnet og mor intervjuet hver for seg. I separasjonsangstdelen lå alle svar i normalområde for barn på samme alder. Barnet selv kommenterte spørsmålet "frykt for å være alene hjemme" med "dette er ikke noe problem lenger, bare ved uvær og etter kl 22.00 om natten". Utsagnet ble vurdert som vanlig for alderen. Det var ved terapiavslutning ikke holdepunkter for at barnet hadde utviklet andre psykiatriske symptomer enn ved terapioppstart. Det kunne ses en tydelig forbedring i funksjonsnivå allerede etter 8. time, da ADIS funksjonsforstyrrelsen gikk ned fra 5 til 3. Det var også tydelig forbedring på problemområder som å være alene hjemme, legge seg alene om kvelden eller å gå alene i kjelleren. Figur 2 og 3 illustrerer forandringen i atferden og funksjonsnivå.

SBB fylt ut av mor gav behandlingen best mulig skåre (4) for hele behandlingsperioden. Hun beskrev som tilleggskommentar sin takknemmelighet for hjelp og støtte, at familien har blitt tatt på alvor samt at samspillet i familien og forståelse for problemene har blitt mye bedre. Far og barnet endte begge opp med en skåre på 3,6. Skåring over 3.5 oppfattes som veldig god (19).

Diskusjon

Ved terapi oppstart hadde barnet hatt en angstproblematikk gjennom mange år og symptombildet hadde påvirket familien i stor grad. Det var spesielt separasjon fra mor som førte til store angstreaksjoner og dermed til betydelige funksjonsnedsettelse i hverdagen.

Resultatene etter avsluttet terapi viser at målet om symptomfrihet ble nådd. Dette viste seg tydelig i både Kiddie-SADS, separasjonsangstdelen i ADIS samt registrering av atferd ved terapiavslutning. SSB fylt ut av mor gav behandlingen best mulig skåre for hele behandlingsperioden. Også barn og far skåret med 3,6 relativt høyt. Resultatene ligger over gjennomsnittet sammenlignet med studier fra Tyskland (19). Morens tilleggskommentarer viser at familien som helhet følte seg ivaretatt med dette opplegget. Familiens positive opplevelse kan forklares med felles samtale med barnet og ledsagende forelder etter hver individualtime. En slik samtale gir tilbakemelding angående aktuelle KAT timen, motiverer foreldrene til å delta som veileder samt fange opp aktuelle problemstillinger som kan ha innflytelse på terapien.

Barnet møtte alltid opp presist sammen med en forelder, hovedsakelig mor, til tross for at familien hadde lang reisevei. Oppmøte var presist og regelmessig, bare to timer ble avlyst, men flyttet, grunnet sykdom. Dette må vurderes som positivt i forhold til foreldre compliance. Barnet samarbeidet godt i individualtimene og virket engasjert. Hjemmeoppgavene ble alltid gjennomført på en adekvat og kreativ måte og barnet likte å få poeng for leksene. Hjemmeoppgaver er generelt en viktig del av KAT timen hos barn med angst (21), blant annet ved å få nyttig informasjon om barns compliance samt forståelse og praktisk omsetning av selve terapi innholdet. Barnet likte også å lage individuelle treningsopplegg som skulle utprøves hjemme før neste KAT time. Oppsummerende beskrev barnet Mestringskatten som morsomt. Dette støtter konklusjonen at manualen var godt egnet for dette barnet.

Etter opplysninger fra mor avtok barnets motivasjon noe etter 4. KAT timen. En forklaring kan være at barnet hadde begynt å føle seg mindre redd og slet dermed med motivasjon å fortsette med terapien. ADIS skåre bekrefter den forklaringen (figur 2). Mor tok kontakt på telefon før 5. KAT time for å drøfte problemstillingen.

Undertegnende hadde observert liknende forbigående fenomener hos andre barn under Mestringskatten terapi og kunne derfor berolige mor. Vi avtalte at mor skulle lage "noe hyggelig" rundt terapitimene. Da barnet møtte til 5. KAT time ble mors observasjoner ikke tematisert da barnet virket blid og god i kontakt som vanlig. Håndtering av dette problemet under terapien viser godt samarbeid med mor og støtter en kontinuerlig dialog i terapiprosessen. Det ble oppfattet som tilfredsstillende at barnets compliance var styrket ved oppstart med eksponeringsterapi. Chu & Kendall (22) viste at barnets engasjement rett før oppstart av eksponeringstrening hadde en positiv innflytelse på terapi outcome, mens det ikke fantes noe positiv sammenheng mellom outcome og barnets tidlig engasjement i terapien.

I 6. KAT time oppsto en diskusjon mellom mor og barn vedrørende innholdet av situasjonskortene. Mor hadde formulert vanskelige situasjoner som barnet selv ikke lenger oppfattet som vanskelig. Vi ble enige om at situasjonskortene fra dette tidspunktet skulle fylles ut i fellesskap av mor og barn. Dette ble oppfattet som positivt og praktisert i resten av terapiløpet. Undertegnende har opplevd liknende konflikter rundt situasjonskort i andre Mestringskatten terapiforløp som alltid kunne løses i felles samtale. Det kan være nyttig å tematisere dette dilemmaet enda tydeligere i terapeutmanualen.

Det er nå planlagt å vedlikeholde terapieffekten hos barnet ved hjelp av "booster sessions", første gang ca. fire uker etter program avslutning. Foreldrene er oppfordret til å kontakte institusjonen ved behov for veiledning eller liknende i tiden fremover. Denne fremgangsmåten anbefales også av Kendall (23).

Denne single case studien viser at Mestringskatten var godt egnet til behandling av dette barnet med separasjonsangst. Symptomfrihet ble nådd etter 12 KAT timer. Evalueringen av behandlingsforløpet ved familien var gjennomgående svært positiv. Erfaringen fra denne og andre behandlinger med Mestringskatten viser at det er nødvendig og å bruke manualen fleksibelt og tilpasset det enkelte barnets behov. En pågående multisenter studie undersøker nå om behandlingen lar seg overføre til Norge.

Hovedbudskap

- Individuell kognitiv atferdsterapi (KAT) anbefales til behandling av barn med separasjonsangst.
- KAT manualen "Mestringskatten" har vist seg å være godt egnet for et barn med separasjonsangst.
- Resultatene fra denne single case studien må verifiseres i en større multisenter studie.

Litteratur

1. Beck, AT, Emergy, G & Grenberg, R. Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective. New York: Basic books, 1985.
2. Kane, M. & Kendall, PC. Anxiety disorders in children: A multiple-baseline evaluation of a cognitive-behavioural treatment. Behavior Therapy 1989; 20: 499-508.
3. Kendall, PC, Hudson, JL, Gosch, E et al. Cognitive-behavioral therapy for anxiety disordered youth: a randomized clinical trial evaluating child and family modalities. Journal of Consulting and Clinical Psychology 2008; 76 (2): 282-297.
4. Kendall, PC. Coping cat workbook. Ardmore, PA: Workbook Publishing, 1992.
5. Kendall, PC & Hedtke, KA. Coping cat workbook (2. utg.). Ardmore, PA: Workbook Publishing, 2006.
6. Kendall, PC, Martinsen, KD & Neumer, SP. Mestringskatten. Kognitiv atferdsterapi for barn med angst. Arbeidsbok. Oslo: Universitetsforlaget, 2006.
7. Kendall, PC. Treating anxiety disorders in children: Results of a randomized clinical trial. Journal of Consulting and Clinical Psychology 1994; 62 (1): 100-110.
8. Kendall, PC, Flannery-Schroeder, E, Panichelli-Mindel, S et al. Therapy for youth with anxiety disorders: A second randomized clinical trial. Journal of Consulting and Clinical Psychology 1997; 65 (3): 366-380.
9. Barrett, PM, Duffy, AL, Dadds, MR et al. Cognitive-behavioural treatment of anxiety disorders in children: long-term (6-year) follow-up. Journal of Consulting and Clinical Psychology 2001; 69 (1): 135-141.
10. Rubin, A. Practitioner`s guide to using research for evidence-based practice. New Jersey: Wiley, 2008.
11. Weisz, J. Evidence-Based Youth Psychotherapies: Strengths, Limitations, and Future Directions. in: Psychotherapy for Children and Adolescents. Cambridge: University Press, 2003.
12. Shear, K, Jin, R, Ruscio, AM et al. Prevalence and correlates of estimated DSM-IV child and adult separation anxiety disorder in the National Cormobidity Survey Replication. American Journal of Psychiatry 2006; 163 (6): 1074-1083.
13. Masi, G, Mucci, M & Millepiedi, S. Separation anxiety disorder in children and adolescents: epidemiology, diagnosis and management. CNS Drugs 2001; 15 (2): 93-104.
14. Barkley, RA. Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Clinical Workbook. New York: Guiltford Publications, 1991.
15. Puig-Antich, J & Chambers, W. The Schedule for affective Disorders and Schizophrenia for School-Aged Children (Kiddie-SADS). New York: New York State Psychiatric Institute, 1978.
16. Silverman, WK & Albano, AM. Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV. San Antonio, TX: The Psychological Corporation/ Graywind Publications, 1996.
17. Silverman, WK, Saavedra, LM. & Pina, AA. Test-retest reliability of anxiety symptoms and diagnoses with anxiety disorders interview schedule for DSMIV: Child and parent versions. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 2001; 40: 937-944.
18. Aalberg, M & Nøvik, T. Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV, norsk oversettelse. Oslo: R.BUP, 2008.
19. Mattejat, F & Remschmidt, H. Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung (FBB). Göttingen: Hofgrefe, 1998.
20. Neumer, SP. Spørreskjema for Bedømming av Behandlingen. Oslo: R. BUP, 2003.
21. Hudson, JL & Kendall, PC. Showing you can do it: homework in therapy for children and adolescents with anxiety disorders. Journal of Clinical Psychology 2002; 58 (5): 525-534.
22. Chu, BC & Kendall, PC. Positive assosiation of child involvement and treatment outcome within a manual-based cognitive-behavioral treatment for children with anxiety. Journal of Consulting and Clinical Psychology 2004; 72 (5): 821-829.
23. Kendall, PC, Martinsen, KD & Neumer, SP. Mestringskatten. Kognitiv atferdsterapi for barn med angst. Terapeutmanual. Oslo: Universitetsforlaget, 2006.

Carl August Looft – barnelegepionér i Bergen

I 1891 skjedde det to viktige ting innenfor utviklingen av norsk pediatri. I Kristiania ble Axel Theodor Johannessen (1849-1926) dosent i barnesykdommer ved Universitetet samtidig som Bergenslegen Carl Looft (1863-1943) kom hjem fra Berlin. Looft hadde studert barnesykdommer og åpnet spesialistpraksis i hjembyen. Dermed var pediatri blitt et fag i begge våre største byer. Riktignok ble verken Johannessen eller Looft godkjent som spesialister før i 1918, men det skyldtes ikke deres faglige kvalifikasjoner, men at det var først på den tiden at spesialistvesenet i legestanden ble formalisert.

AV ØIVIND LARSEN, INSTITUTT FOR HELSE OG SAMFUNN, UNIVERSITETET I OSLO



Carl August Looft. Foto: Joh. Thorsen/Oslo Museum

Looft vokste opp i Bærum og Kristiania, og tok artium ved Aars og Voss skole i 1882. Loofts navn høres eksotisk ut. Han het egentlig Knutsen. Da han tok medisinsk embetseksamen i 1889, byttet han imidlertid navn til Looft. Han var sønn av daværende verkslege ved Bærum Jernverk Carl August Knutsen (1826-1898) og hadde sin barndom i Bærum. Faren hadde arbeidet som badelege både på Modum og i Sandefjord, og Carl Loofts mor Margery Thaulow (1834-1921) var datter av kurbadgründeren og distriktslegen Heinrich Arnold Thaulow (1808-1894), kjent både fra Modum og Sandefjord. Det er derfor ikke å undres over at Looft som student i 1888 og 1889 hadde sommerjobb som badelege ved Hankø Bad. Selv om navnet virker fremmedartet, var altså Looft godt forankret i tidens elite.

Nokså umiddelbart etter embetseksamen ble Looft ansatt som reservelege ved Lungegaardshospitalet og St. Jørgenshospital i Bergen. Til stillingen hørte ansvar for laboratoriet, der man på denne tiden var sterkt

opptatt av lepraforskning. Dette kom Looft fort inn i. Han hadde den nå aldrende overlege Daniel Cornelius Danielssen (1815-1894) som veileder, og Gerhard Henrik Armauer Hanssen (1841-1912) som kollega. Dette samarbeidet kom det viktige, internasjonale publikasjoner ut av, blant annet om leprabasillen ved den glatte form for lepra (1891).

Men det var barns oppvekst, utvikling og sykdommer som først og fremst fanget hans interesse. Fra 1894 ble han bestyrer av Rosenbergs private sindssygeasyl. Looft brukte materiale fra sin etter hvert meget store praksis og de bistillinger han hadde, f. eks. som lege ved Bergen spedbarnhjem, som han selv hadde fått opprettet i 1904, og fra 1905 som skolelege og skolepsykiater ved Ekelund åndssvageskole som utgangspunkt for kliniske studier og epidemiologiske undersøkelser.

Loofts doktoravhandling fra 1897 handlet om kliniske og etiologiske studier over psykiske utviklingsmangler hos barn. Interessen for barns psykologi og psykiatriske sykdommer hadde han hele tiden. I 1905 innførte han systematisk bruk av Binet-Simons intelligenstester for å undersøke om sykdommer i barnealderen kunne ha betydning for intelligensutviklingen videre. Han fant at tilfredsstillende ernæring i fosterliv og spedbarnsalder var særlig viktig.

Looft skrev mye, både fagartikler, oversiktsartikler basert på utenlandsk lesning, og mer populære tekster. Han fikk derfor stor betydning for å øke interessen for og kunnskapen om barns oppvekst, helse og velvære i Norge. Hans lærebok i spedbarnsstell fra 1912 var således standard-lesning og uten konkurranse i nærmere 30 år framover.

Professor Cees van der Vleuten
Tildelt Karolinska Pris for forskning i medisinsk pedagogikk

Mandag 29.10.2012 ble det avholdt et symposium i medisinsk pedagogikk til ære for prisvinneren av Karolinska Instituttets Pris i medisinsk pedagogikk. Med sin keynote forelesning om "Assessment of the Future" viste professoren fra School of Health Professions Education ved Universitetet i Maastricht, Faculty of Health Sciences and Medicine, veien videre i både formativ og summativ evaluering av medisinerstudenter og utdanningskandidater i spesialisert medisin. Symposiet ble innledet av professor Harriet Wallberg-Henriksson, president for Karolinska Institutt.



Foto: Paidos 2012

www.fdg.unimaas.nl/educ/cees/karolinska

Paidos gratulerer

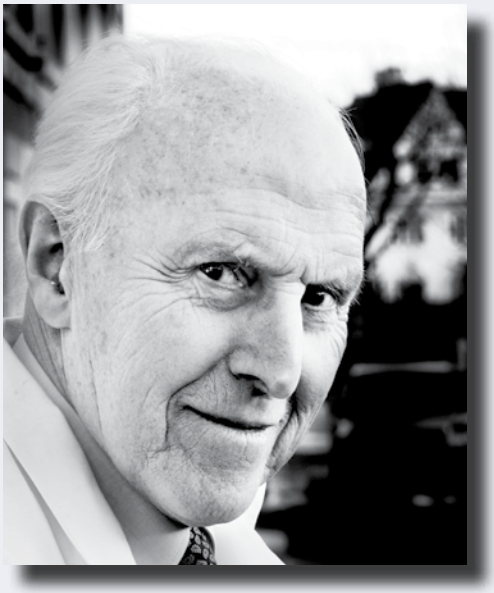
Nye doktorgrader (PhD)

NBF og Paidos gratulerer. For mer informasjon: www.barnelegeforeningen.no

Cand med. Lil-Sofie Ording Müller
disputerte 19. oktober 2012 på MR-undersøkelser av barns skjelett. Universitetet i Tromsø

Cand med. Grace Ndeezi
forsvarte 21. oktober 2012 den første felles doktorgrad mellom Makerere University Uganda og UiB i Bergen basert på hennes forskning på vitamin- og mineraltilskudd gitt til HIV-positive barn i Uganda

Minneord Sverre Halvorsen



Vår gode kollega og venn barnelege Sverre Halvorsen døde 8. august, 87 år gammel, etter lengre tids sykdom. Etter tysk fangenskap under krigen begynte han medisinstudiet i Oslo, med eksamen i 1950. Allerede i 1954 ble Sverre ansatt ved Rikshospitalets barneklinikk, som med korte avbrudd var hans arbeidsplass i 20 år. Da Martins Seip opprettet Pediatrisk forskningsinstitutt(PFI) ble Sverre den første stipendiat og var fra 1963 til 1974 instituttets leder.

Hans forskning startet med anemi hos barn, og dette førte ham til mangeårig forskning om erythropoetin, som var emne for hans doktorgrad . Kunnskap om sjeldne, men alvorlige medfødte stoffskifte sykdommer som Føllings sykdom, medførte at en nyfødt screening ble innført ved PFI, og en diettbehandling ble mulig under Sverres ledelse. Han hadde en god evne til å rekruttere unge dyktige kolleger inn i erythropoetin forskningen, og Sverre veiledet 7 nye doktorander fram til dr.grad.

I 1974 ble Sverre avdelingsoverlege og professor ved barneavdelingen på Ullevål sykehus. Til tross for kummerlige ytre forhold ved avdelingen fikk han mange dyktige medarbeidere, på grunn av sin fokusering på Barnet, sin sterke faglige kompetanse og interesse for sine medarbeidere. Han engasjerte seg også sterkt i problemet omsorgsvikt og mishandling av barn der det tverrfaglige prosjektarbeidet i 1976 og i årene framover med bl a Kari Killèn, Veslemøy Hjermann og Per Hågå i dag bør leses av alle barnearbeidere etter å ha opplevet Christoffer-saken. Dette var en av de saker som Sverre var meget opptatt av i sine siste måneder og som han håpet yngre kolleger ville arbeide videre med i forhold til undervisning og forsking.

Sverre ledet en av Oslos den gang tre barneavdelinger og var vesentlig for det gode samarbeidet mellom disse avdelinger., og i utviklingen av habilitering av funksjonshemmede barn. Dette engasjementet er fortsatt tilstede ved avdelingen etter Sverres tid.
Han ble utnevnt til ridder av 1.klasse av St. Olavs orden i 1996.

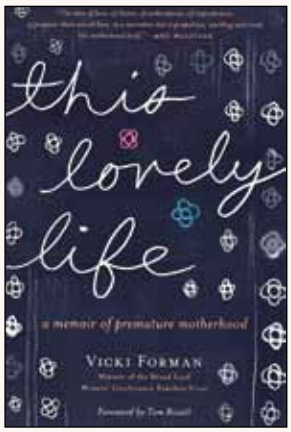
Sverre har alltid hatt en filosofisk og poetisk side. Som pensjonist fikk han mer tid til å videreutvikle disse evner, og det har gledet mange. Helt frem til siste årskiftet var Sverre på barneklinikken nesten daglig, til stor glede for alle klinikkens medarbeidere. Her kunne man ta opp faglige såvel som organisatoriske eller etiske spørsmål med Sverre og samtidig føle at vi hadde hatt en meget nyttig diskusjon. Det var trygt og godt å ha en senior med stor kunnskap og erfaring i huset. Han ytret seg meget sjeldent kritisk til all forandring som kom i barneklinikken, men på et punkt var han sikker; Faget pediatri måtte ikke deles opp i subspesialiteter ! Erfaringer fra siste decenniet på barneklinikken Ullevål har vel også vist dette i praksis når vi står overfor en komplisert barnepasient som faller mellom fagseksjonene. Vi må fortsatt ha evnen å kunne vurdere Hele barnet.

Sverre hadde en stor venneskare som opplevde at det var godt og lærerikt å være sammen med ham. Vi som jobbet med han er takknemlige for tiden og arbeidet han la ned i barneavdelingen. Takk for all kunnskap og visdom han formidlet. Det var spennende og utfordrende å jobbe med Sverre. Vi savner ham og vil savne ham lenge.

Jens Grøgaard på vegne av barneklinikken Ullevål

Av Stefan Kutzsche

Noe som ikke stemmer



Tittel: This Lovely Life: A memoir of premature motherhood
Forfatter: Vicki Forman
Forlag: Houghton Mifflin/Mariner Books, New York
Utgitt: 2009
ISBN 978-0-547-23275-1
Sider: 259
Format: Pocket
Pris kr. 98.-
Deler av boken er publisert i Santa Monica Review and "Love you to pieces". Creative writers on raising a child with special needs. Suzanne Kamata (ed.) Boston: Beacon Press, 2008.
Priser:
- Bread Loaf Writers' Conference: Katharine Bakeless Nason Literary Publication Prize
- The San Francisco Chronicle: "100 Best Books of 2009"

For å kunne overleve måtte hun se på detaljene i en verden hun hadde nettopp gått inn i. Evan åpnet sitt ene øye mens han holdt det andre igjen: "Yeah, I want to see this world, og deretter, Hey, I'm not so sure about this."

Evan ble født prematur i uke 23 og veide bare 500 g. Hans tvillingssøster Ellie døde fire dager gammel etter at behandlingen ble avsluttet. Gutten overlevde i åtte år som multihandikappet barn til han døde i 2008. Vicky Forman, forfatter og moren til tvillingene beskriver i denne boken, "a memoir of premature motherhood", sine følelser, redseler for tap og sine opplevelser med å være i en kontinuerlig beredskap døgnet rundt og å leve med angsten for at en tragedie skulle inntreffe. Hun beskriver samtidig hvordan hun levde midt i denne tragedien med kampen for livet 24 timer i døgnet. I foreldrebrosjuren leste hun "ikke vær overrasket hvis venner og familie ikke kan forstå hva som må gjøres eller sies."

Forman beskriver ikke bare sin redsel men også sine frustrasjoner over mangel på forutsigbarhet. Legene kunne ikke predikere hva som ville skje med tvillingene. Hun kunne ikke forstå at hennes to barn født på samme dag med samme kroppsvekt kunne ha så forkjellige forløp. Hun opplevde at hennes tanker kvernet omkring spørsmålet om hvor feilene var og håpet om å finne den rette løsningen for at barna skulle kunne overleve uten skade. Etter at den første tvillingen døde bare fire dager gammel ble redselen forsterket av tapet og sorgen. Hun deler sine tanker om skyldfølelse for å ha født for tidlig på tross av at hun rasjonelt forsto at det ikke var noe hun kunne ha gjort annerledes. "Stupid, I told myself. So stupid."

Vicky Forman forsøker å forklare for seg selv og leseren at ingen kan være den omnipotente moren som gjennom utrettelig oppmerksomhet kan verne om barna og forebygge en hver skade. Likevel tenker hun at fordi hun ikke lyttet til signaler fra kroppen sin har hun forandret sin familie og deres liv for alltid.

Boken er en eksemplarisk og tøff beskrivelse av hva foreldre til ekstrem premature barn kan gjennomgå. Forman skriver intelligent og fremstiller på en dyp og ærlig måte sammenhengene mellom realitetene, sine følelser og reaksjoner. Hun viser oss hvordan undervurdert og ubehandlet posttraumatisk stress kan prege livet til foreldre etter en prematur fødsel i lang tid. Men en reell skepsis overfor de mange hjelpere hun har møtt skiller hun mellom "ubrukelige" medmennesker og de som hun har elsket for å være tilstede.

Boken hjelper leseren til å forstå det rasjonelle i det irrasjonelle når ekstrem premature barn behandles og kan åpne for vår forståelse for å møte slitne foreldre i deres redsel for å miste barna sine. Boken anbefales på det varmeste til helsepersonell som arbeider med premature barn og deres foreldre. Spesielt vil jeg be yngre kolleger om å lese boken før de begynner sin rotasjon på en nyfødtintensivavdeling.

ACTA PÆDIATRICA
NURTURING THE CHILD

Highlights from Acta Paediatrica 2012; (101): 895



Does bilingualism cause language problems?

Growing up in a bilingual family provides a child with the advantage of acquiring two languages from the start. But could simultaneous bilingualism cause language problems? When Marit Korkman et al. compared Swedish–Finnish bilingual children with Swedish-speaking monolinguals, they found that bilingualism may result in a slower development of vocabulary, but it does not seem to cause any specific language problems (pp. 946–952).



Antibiotics prescribing in Europe

European primary paediatricians significantly overestimate the risks associated with not prescribing antibiotics, as well as the clinical benefit of antibiotics in minor upper respiratory tract infection. This was revealed in a survey evaluating knowledge, attitudes and practice of antibiotic prescribing among primary care paediatricians all over Europe. Zachi Grossman et al. (pp. 935–940).



Vaccination and risk of allergy

Concerns exist in the primary health care with regard to the administration of vaccines to children who may be at risk of allergic reactions or anaphylaxis. These children are often referred to the hospital, which may delay their vaccination. When John Cronin et al. looked at data from vaccinations in hospital for allergic children, they found that the risk for a reaction was very low. The majority of the children could have been safely managed in the primary health care (pp. 941–945).



Belly dancer syndrome – caused by dislocated ear tube

In belly dancer syndrome, also known as diaphragmatic flutter, the patient suffers from rapid involuntary contractions of the diaphragm and ancillary muscles. Marta Coelho and Mårten Kyllerman describe a 14-year-old boy with belly dancer syndrome, which was assumed to be caused by a dislocated ear tube. The authors suspect that the dislocated tube stimulated the nerve involved in the classical ear-cough reflex, which in this specific case caused contractions of the diaphragm (pp. e386–e387).



High prevalence of childhood obesity in North Norway

The prevalence of overweight and obesity among 6-year-old children is somewhat higher in the Finnmark County in North Norway compared with other parts of Norway, especially among girls. In a survey of 1774 children in Finnmark, 19% were classified as overweight or obese. For girls, the rate was significantly higher, 22%, compared with 16% in boys. The overall numbers are higher compared with results from other surveys in Norway carried out in the same period. Ane Kokkvoll et al. (pp. 924–928).

ACTA PÆDIATRICA
NURTURING THE CHILD

Highlights from Acta Paediatrica 2012; (101): 1095



Folic acid

Fortification with folic acid has been demonstrated to be one of the most successful preventive medical programs resulting in a decrease between 25% and 45% of neural tube defects. It is mandatory in the American continent, Australia and many countries in Africa and the Middle East. However, most countries in Europe are exceptions. The reason is that there are some indications of an increased cancer risk. Neither the global World Cancer Research review nor EU's European Food Safety Authority report presented data on increased cancer risk at physiological folate intake levels. Therefore, EU should act to implement folic acid fortification as NTD prophylaxis as soon as possible. See review by Margaretha Jägerstad (pp. 1007–1012).



Too many MRI investigations

Scanning the brain, particularly with preterm infants, by ultrasound, NIRS, magnetic resonance imaging (MRI) and magnetic encephalography has become increasingly popular among neonatologists. It is certainly extremely important for scientific studies, but what about the benefit for the parents? In this issue, a couple with an extremely preterm infant was informed that the infant was severely brain damaged after an MRI. The child is now two and half years old and speaks both French and English, and has shown no signs of brain damage. The parents Rebecca Pearce and Jason Bardsnes report in this issue about their worries after being informed about the negative effects of the MRI scan (pp. 1013–1015). The different view is commented by Drs. Annie Janvier and Keith Barrington (pp. 1016–1017).



Negative results in impact factor

We are nowadays obsessed by the impact factor. Articles published in high impact factor journals are believed to be truer than those published in journals with lower impact factor. Actually, it may be the other way around because the high impact journals like to publish new exciting results that will be broadcasted by CNN or BBC. Ronella Marrom et al. hypothesize that negative results in neonatology are less likely to be accepted in high impact journals. However, they were not able to confirm this hypothesis. Negative results are published in journals with similar impact factors as those with positive results, which is reassuring (pp. 1095–1097).



Food allergy and asthma

Food allergy in adolescents is strongly associated with severe asthma. Yael Graif et al. compared Jewish and Arab adolescents in Israel and found that the Arab adolescents were more allergic to peanut, egg and sesame and less to milk compared with the Jewish adolescents. This may be due to Jewish infants being more exposed to peanuts while the Arab infants receive cow milk earlier. The authors point out that asthmatic teenagers with food allergy are at the greatest risk of food anaphylaxis (pp. 1083–1088).



Parents do not always understand medical information

Hélène Chappuy et al. undertook a multicenter prospective study in 13 French-speaking paediatric emergency departments. They evaluated whether the parents understood four crucial points of information: the reasons for their child's hospitalization, the diagnosis, the prognosis and treatment. They found that only 19% of the parents understood all the information provided by the doctor at the time of admission. The authors suggest that a nurse should re-explain the medical information and ensure that the child's pain is dealt with before communicating information (pp. 1089–1094).

Skandinavisk Akuttmedisin 2013



Foto: © Liv K. Norland

19.-20. mars 2013 Clarion Hotel Oslo Airport, Gardermoen

Konferansen åpnes av **barneombud Anne Lindboe**, som vil prate om hvordan vi kan **oppdage barnemishandling**. Sesjonen vil også belyse vanskelighetene ved å spørre spørsmål, og vurderingen av barns omsorgssituasjon ved akutte oppdrag.
I tillegg til temaer som **nyfødtmedisin**, **barn og forgiftninger** og **spørsmålet om alle barn skal resusciteres**, vil det også være andre spennende sesjonene som inneholder blant annet undervisning, psykiatri og spennende abstracts.

På konferansen vil det som alltid være en **stor utstilling** med det siste på den akuttmedisinske fronten, i tillegg til lærerike **workshops** der du får prøve deg i praksis.

Sett av dagene og bli med på en av Skandinavias viktigste møteplasser for akuttmedisinsk helsepersonell.

Velkommen til Skandinavisk Akuttmedisin 2013!

akuttmedisin2013.org

Konferansen arrangeres av Nasjonalt kompetansesenter for prehospital akuttmedisin (NAKOS), i samarbeid med Stiftelsen Norsk Luftambulanse, Akuttklinikken ved Oslo universitetssykehus, Akuttmedisinsk UPDATE, Norsk Resuscitasjonsråd, Norsk forening for traumatologi, akutt og katastrofemedisin, Luftambulansetjenesten ANS og Luftforsvarets 330 skvadron.

NAKOS prehospital akuttmedisin