PAIDOS

TIDSSKRIFT FOR NORSK BARNELEGEFORENING 2013; 31(4): 97-128

Pleiepenger til foreldre med sykt barn

Barn med smerte

Kengurubarn

Kjære kolleger og venner!

Vi nærmer oss slutten av 2013 og aner konturene av en spennende framtid i norsk pediatri. Vi takker det avtroppende styre for en fruktbar utvikling av barnemedisinen under Marianne Nordhovs ledelse. Det nye styret har gjort sine første prioriteringer for neste styreperiode. Styremedlemmene 2013-15 er presentert i dette nummeret av Paidos.

Vi har fått en ny regjering og dermed nye muligheter og utfordringer. Jeg selv har også lagt nye planer og flytter til Malaysia for å delta i fagutvikling, forskning og læring ved det Internasjonale Medisinsk Universitetet i Kuala Lumpur. Anders Bjørkhaug overtar redaktørstolen etter meg når han kommer hjem fra Afrika .

Når kan pleiepenger til foreldre med sykt barn ytes og hvor lenge?
Sissel Berg Haveraaen og Trond H. Diseth diskuterer retten til pleiepenger ved barns sykdom og dilemmaet som oppstår når diagnosekriteriene og reglene er uklare og bruken er inkonsistent. Forfattere foreslår at reglene bør endres slik at pleiepenger må ytes så lenge det er nødvendig uavhengig av diagnose og varighet. Artikkelen er gjengitt fra Tidskr Nor Legeforen Nr. 14, 2012; 132: 1633- 1636.

"Økt fortvilelse, økt fokus på smerte og manglende opplevelse av kontroll forsterker smerten fysisk og psykisk, slik at barnet kan komme inn i en selvopprettholdende, ond sirkel", uttaler seg Brith Klæboe Ramberg og Trond H. Diseth i en viktig artikkel om barn med langvarig smerte, gjengitt fra Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 2012; 49: 241–246.

I dette siste nummeret av Paidos i 2013 tar vi opp historien om kengurumetoden (kangaroo mother care, KMC). Vi feirer 35 år med KMC, en naturlig og anerkjent behandling i våre nyfødtavdelinger.

Med dette ønsker jeg å takke våre trofaste lesere, alle artikkelforfattere og redaksjonsmedlemmene for en spennende og lærerik tid med Paidos de siste fire årene.

Snart er det jul og jeg vil derfor benytte sjansen til å ønske dere alle en fredfull og hyggelig jul og et spennende og et akkurat passe utfordrende nytt år.

Beste hilsener
Stefan Kutzsche

Kurs og konferanser
se www.barnelegeforeningen.no

Pediaterdagene Oslo 15.-17. januar 2014

Vårmøtet i Ålesund 4-6. juni 2014

Paidos©2013
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. 01/2014 - 31. januar

Forsidefoto
Foto: Paidos

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

98 Redaktøren
Stefan Kutzsche

100 Leder
Jan Petter Odden

102 Nytt NBF styre 2013-2015

104 Stønad ved barns sykdom – mer besvær enn støtte?
Sissel Berg Haveraaen og Trond H. Diseth

110 Barn med langvarig smerte: Fanget i vonde sirkler – veier ut
Brith Klæboe Ramberg og Trond H. Diseth

116 De gode historiene i pediatrien:
Kengurumetoden - "A philosophical and practical turn of mind"
Solfrid Steinnes, Siw Treider, Nina M. Kynø og Stefan Kutzsche

120 Pediaterdagene 2014: Barnehelse i dag og i morgen

122 Barnehelseprisen 2014

123 Nye doktorgrader (PhD)

125 Kurs på OUS: Nyfødtmedisinske teknikker

126 Bokomtale

127 Highlights from Acta Paediatrica

Forsidebilde: Som dere ser av bildet arrangeres Pediaterdagene 2014 nettopp her i denne byen som hansken til Christian IV peker på. Deler av programmet vil imidlertid også gjennomføres ved AHUS. Sykehusene ligger ikke langt fra hverandre og har et tett samarbeide. Foto: Stefan Kutzsche 2013.

Miniatyrbilde: Christianias eldste hus fra 1600 tallet. Tidligere universitesbibliotek og garnisonssykehus. Foto: Paidos 2013

Kjære kolleger!

Høsten har satt inn og det nye styret er allerede i full sving med mange viktige og spennende saker for Norsk barnelegeforening.

Omskjæring av guttebarn

En av disse sakene er rituell omskjæring av guttebarn; en vanskelig sak hvor hensynet til lang tradisjon, kultur- og religionstilhørighet utfordrer medisinsk-etiske prinsipper. Selv om denne debatten er følsom kan vi ikke lukke øynene for at rituell omskjæring av gutter som ikke kan gi sitt samtykke, bryter med grunnleggende medisinsk-etiske prinsipper, siden det er irreversibelt, smertefullt og kan medføre alvorlige komplikasjoner. I Norge antar man at ca. 2000 guttebabyer omskjæres i året.

I Norge mangler vi gode studier på kort- og langtidskonsekvenser av rituell omskjæring av guttebarn. En nylig publisert studie i Danish Medical Journal viste en komplikasjonsrate på 5,1 prosent etter omskjæringer utført av barnekirurger på Rigshospitalet i København.
Det er ingen helsemessig grunn til å omskjære små gutter i de nordiske land. Tilstander som hos voksne menn kan tale for omskjæring, er lite relevante i vår del av verden.

Sammen med de nordiske barneombudene, norske og svenske barneleger og barnekirurger og Legeforeningens råd for medisinsk etikk har vi underskrevet en uttalelse hvor vi ønsker en respektfull dialog mellom alle berørte parter om hvordan vi best kan sikre gutter full innflytelse i dette spørsmålet. NBF `s styre ønsker ikke et forbud nå, men vi oppfordrer våre myndigheter til å opplyse de samfunnsgrupper hvor omskjæring er en tradisjon, om barns rettigheter og de helsemessige konsekvenser av inngrepet, og at de setter i gang nødvendige tiltak for å sikre at gutter selv får bestemme om de vil omskjæres.

Pediaterdagene 2014

Fra 15-17. januar 2014 arrangerer OUS og Ahus igjen Pediaterdagene sammen. Temaoverskrifter er: "Barnehelse i dag og i morgen" og "Fra hverdagspediatri til persontilpasset behandling".

Allerede fra mandagen den uken arrangeres det introduksjonskurs for "nye" LIS, og følges det opp med LIS kurs om resuscitering, spesialistkurs i endokrinologi og metabolske sykdommer hos barn. Interessegruppemøtene avholdes tradisjonen tro onsdag ettermiddag.

Fra offisiell åpning torsdag til avslutning fredag får vi høre både internasjonale og våre egne forelesere ta oss igjennom temaer som: "Hvordan vil genomanalyser bidra til en individualisert behandling innen pediatrien?"; CFS/ME- fra flere angrepsvinkler; siste nytt i Rituximab studien ved Haukeland; endel om pediatriens hverdagsproblemer; en bred kardiologisesjon; og ikke minst en stor nyfødtsesjon og siste nytt om probiotics. Styrets time på torsdag og presentasjon av Ahus og OUS forskning på fredag, blir også spennende.

Så en spesiell oppfordring til dere LIS- send inn abstracts til frie foredrag, og til dere avdelingssjefer/ avdelingsoverleger - la de unge få mulighet til å delta !

Interessegruppene i barnesykdommer

Tilslutt vil jeg slå et slag for interessegruppene. Selv om faget krever at vi orienteres oss mot internasjonale kongresser og møter, så utgjør interessegruppene den faglige grunnmuren i norsk pediatri. Dette forplikter ! Under både Pediaterdagene og Vårmøtet arrangeres møter i interessegruppene. Her kan både spesialistene og LIS møtes til fagutvikling og læring. Spesielt vil jeg gi en honnør til interessegruppen i nyfødtmedisin som nå har tatt på seg å lage en prosedyresamling innen nyfødtmedisin og som også vil vurdere praksis for melding av neonatale dødsfall til Kunnskapssenteret.

Jeg oppfordrer alle til deltagelse i interessegruppemøtene under de kommende Pediaterdagene i Oslo!

Jan-Petter Odden

Ballonger vil garantert få en helt ny betydning etter dette.

DEN LILLA BALLONGEN

Ja til lindrende enhet og omsorg for barn(JLOB) er en diagnosenøytral nasjonal organisasjon for helsepersonell, pårørende og andre som jobber for å øke kunnskapen og kompetansen på barnepalliasjon- omsorgen for alvorlig syke og døende barn.

Den lilla ballongen er en vakker billedbok som vil hjelpe barn og voksne å nærme seg et vanskelig og skjørt tema: døden og et døende barn. Budskapet i boken er at det ikke finnes noen riktig måte å nærme seg slutten av livet eller måte å sørge på, men at det uansett er lettere når man får hjelp fra dem man er glad i. Boken egner seg for alle som jobber med barn. Den retter seg mot foreldre og øvrig familie, venner og helsepersonell.

Når et barn blir klar over at det snart skal dø og blir gitt muligheten til å tegne sine følelser, vil barnet ofte tegne en blå eller lilla ballong svevende fritt i luften. Dette er noe som er observert på tvers av kulturell og religiøs bakgrunn. Denne anekdoten er basis for boken.

Boken er gitt ut med støtte fra Extrastiftelsen og kan kun bestilles i vår nettbutikk. **www.barnepalliasjon.no**

Den lilla ballongen
Av Chris Raschka
Pris kr 219,-

Med boken følger det med et veilederhefte til helsepersonell og voksne.
Ballonger vil garantert få en helt ny betydning.

Pris med bok og et spesialdesignet ballongsmykke til barn, kr 350.-

Ja til lindrende enhet og omsorg for barn
www.barnepalliasjon.no

www.barnepalliasjon.no

Nytt NBF styre 2013-2015

Jan PetterOdden (leder)

Klinikksjef ved Barne- og ungdomsklinikken, Akershus universitetssykehus. Cand.med. ved Universitetet i Oslo i 1987 og dr. med. i 1999 fra PFI, RH, UiO. Spesialist i barnesykdommer med spesialkompetanse innen kreft hos barn. Avdelingsoverlege, barneavdelingen Ahus fra 2002. Masterstudiet i helseadministrasjon.
Tidligere medlem av Spesialitetskomiteen i barnesykdommer og Fagråd barn i Helse-Sør-Øst. Nestleder i NBF 2011-13.
I tillegg til bred pediatrisk interesse, opptatt av ungdomsmedisin samt å inkludere barne- og ungdomspsykiatrisk kompetanse inn i barneavdelingene. Fritiden tilbringer jeg helst med familien på fjellet eller i solen på Mallorca.

Ingebjørg Fagerli (nestleder)

Cand. med fra Universitetet i Trondheim 1984. Begynte på Barneavdelingen i Bodø i 1987. Ferdig spesialist i barnesykdommer 1993 etter gruppe 1 tjeneste på Rikshospitalet. Overlege i Bodø fra 1994, seksjonsoverlege på nyfødtintensiv fra 2004 og avdelingsoverlege fra 2011 på samme sted. Faglige hovedinteresse er nyfødtmedisin, perinatalmedisin, barnekardiologi og enurese. Holder på med et forskningsprosjekt om perinatalomsorg i Nordland. Styremedlem i Barnelegeforeningen og redaktør av NBF-nytt 1994-1997. Leder av Nordland legeforening 1998-1999. Leder av spesialitetskomiteen i barnesykdommer fra 2008.
I fritiden trives jeg best ute i skog og mark eller på kjøkkenet med tilberedning av et godt måltid for familie og venner.

Ellen Annexstad (økonomiansvarlig)

Cand.med. ved Universitetet i Oslo 2003. Spesialist i barnesykdommer og overlege ved barneavdelingen i Fredrikstad fra 2012. Samtidig stipendiat ved Kompetansesenter for medfødte muskelsykdommer ved OUS Rikshospitalet. Foruten barnenevrologi, medfødte stoffskiftesykdommer og nevromuskulære sykdommer er jeg opptatt av internasjonal barnehelse og sosialpediatriske problemstillinger.

Synne Sandbu (høringsansvarlig)

Cand. med. fra Universitetet i Oslo 1973. Spesialist i barnesykdommer fra 1990.
Hun har tidlig vist interesse for tropemedisin og tok diplom i tropemedisin i Liverpool i 1977. Hun har en allsidig bakgrunn med bl.a. to år utdanning i kirurgi, arbeidet i 8 år i primærhelsetjeneste i Bangladesh, samt 6 år i norsk sykehuspediatri. Synne har vært ansatt i 22 år ved Folkehelseinstituttet, og er overlege ved avdeling for vaksine, med barnevaksinasjonsprogrammet som viktigste arbeidsoppgave. Hun er engasjert i samfunnshelse, inkludert internasjonale helsespørsmål og misjonshelsetjeneste, og har hatt noen styreverv.

Erik Borge Skei (sekretær)

Erik er 38 år, er samboer og har fire barn i alderen 6-15 år. Han bor på Grefsen i Oslo. Cand. med. fra Universitetet i Oslo i 2003. Etter turnus jobbet han i tre år som lege, skiftleder og seksjonsoverlege ved Allmennseksjonen, Oslo legevakt. Fra juni 2008 er han lege i spesialisering ved Barne- og ungdomsklinikken AHUS. Fra januar 2012 er han konstituert seksjonsoverlege med personal- og bemanningsansvar, i tillegg til klinisk arbeid blant annet med vekt på hemato-onkologiske problemstillinger. Godkjent spesialist i barnesykdommer april 2013. Interessefelt ellers: Bredt somatisk, ledelse, samfunnsmessige faktorers bidrag til helse og helse- og skolepolitikk. Erik går nå løs på sin andre styreperiode.

Ida Katrine Knapstad (sosiale media)

Cand. med. fra NTNU Trondheim i 2008, turnustjeneste ved Sykehuset Innlandet Hamar/Elverum og i Salangen kommune.
LIS ved barneavdelingen UNN Tromsø fra høsten 2010, tillitsvalgt for YLF ved avdelingen fra høsten 2011. Fra april 2013 LIS ved barneavdelingen i Drammen, Vestre Viken HF. Bredt faglig interessert, med et ekstra engasjement for internasjonal barnehelse og kvalitetsarbeid i helsetjenesten. Og nå også for informasjonsutveksling på sosiale media (Twitter etc).

Fra venstre: Jan-Magnus Aase, Ida Knapstad, Jan Petter Odden, Erik Borge Skei, Synne Sandbu, Ellen Annexstad, Stefan Kutzsche, Zanira Ansari og Ingebjørg Fagerli. Anders Bjørkhaug var ikke tilstede da bildet ble tatt.

Zanira Ansari (webredaktør)

Cand.med. ved Universitetet i Oslo 2009. Tredelt turnustjeneste ved Akershus Universitetssykehus (medisin/pediatri/kirurgi). Disktriktstjeneste ved Skårer Legesenter. Fra 2011 LIS ved Barne- og ungdomsklinikken (BUK) ved Akerhus Universitetssykehus. Tillitsvalgt for LIS gruppen ved BUK. Bred faglig interesse.

Anders Bjørkhaug (Paidosredaktør fra 2014)

Anders ble uteksaminert fra universitetet i Debrecen, Ungarn i 2002. Han grodde fast i Sogn og Fjordane etter turnustjeneste der, og påbegynte spesialisering i barnesykdommer ved Barneavdelinga, Førde Sentralsjukehus. Etter sentral tjeneste ved Barneklinikken i Bergen ble han ferdig spesialist i barnesykdommer i 2009. Han returnerte deretter til overlegestilling ved barneavdelinga i Førde og jobber i hovedsak med generell pediatri. Anders reviderte 5te utgave av Haga's Hverdagspediatri med utgivelse i 2009. De siste 2 år har han hatt stilling som avdelingssjef ved barneavdelinga i Førde, med planlagt retur til full klinisk stilling i 2014. Høsten 2013 arbeider han ved Mnazi Mmoja Hospital på Zanzibar som del et samarbeids- og utviklingsprosjekt mellom Helse Bergen og Zanzibar. Fritidssysler og interesser: Helst ute i den store vestnorske naturen, og helst med brede ski på beina og sammen med hele familien.

Jan-Magnus Aase (møtesekretær)

Jan-Magnus vokste opp i Oslo. Utdannet ved Universitetet Erlangen-Nürnberg i Bayern/Tyskland. Avsluttet studiene 2003. Fra 2002-2008 har han jobbet på barneavdelingen samt et år på anestesiavdelingen ved Haugesund sykehus. Og siden har han vært ansatt ved Barneklinikken ved Haukeland sykehus i Bergen. Jan-Magnus er spesialist i barnesykdommer og jobber på nyfødtavdelingen. Interesseområder er både neonatologi, akuttmedisin, og barnekardiologi. Han er engasjert i ferdighetstrening. Jan-Magnus tilbringer ellers mye tid på vann og til fjells, både sommer og vinter.

Stønad ved barns sykdom – mer besvær enn støtte?

Siste års endringer i forskrift og rundskriv i folketrygdens kapittel 9 har ført til betydelig og for mange ukjent strammere fortolkning, særlig hva gjelder pleiepenger. Innstrammingene medfører vansker for både foreldre og barneleger. Kapittel 9 bør revideres slik at pleiepenger ytes så lenge det er nødvendig uavhengig av diagnose og varighet.

AV SISSEL BERG HAVERAAEN1 OG TROND H. DISETH[2]
[1] SEKSJON FOR PSYKOSOMATIKK OG CL-BARNEPSYKIATRI, BARNEAVDELING FOR NEVROFAG, KVINNE- OG BARNEKLINIKKEN OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS, RIKSHOSPITALET - SISSEL.BERG.HAVERAAEN@OUS-HF.NO
[2] SEKSJON FOR PSYKOSOMATIKK OG CL-BARNEPSYKIATRI, BARNEAVDELING FOR NEVROFAG, KVINNE- OG BARNEKLINIKKEN OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS, RIKSHOSPITALET OG UNIVERSITETET I OSLO

Artikkelen er tidligere trykket i Tidsskr Nor Legeforen nr. 14, 2012; 132: 1633 – 6. Gjengitt med tillatelse.

Sissel Berg Haveraaen (f. 1953) er cand. mag. og klinisk sosionom ved Seksjon for psykosomatikk og CL-barnepsykiatri, Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet, med spesialkompetanse i familieterapi for familier og foreldre til alvorlig og kronisk somatisk syke barn og unge. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Trond H. Diseth (f. 1957) er spesialist i barne- og ungdomspsykiatri med spesialkompetanse psykososiale faktorer ved alvorlig og kronisk somatisk syke barn og unge og deres familier. Han er avdelingsoverlege ved Kvinne- og barneklinikken, Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet og professor ved Universitetet i Oslo. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Vi arbeider med somatisk syke barn og deres foreldre for å forebygge uheldige psykososiale konsekvenser av sykdom og for å fremme god sykdomsmestring. I de senere årene er ulike sosialmedisinske problemstillinger i økende grad blitt det mest sentrale temaet i våre samtaler med foreldre. Sykehusleger må bruke mye tid til å utferdige nødvendige legeerklæringer ved utfylling av søknadsskjemaer og ved ankesaker.

Ved barns sykdom rammes et helt familiesystem. Barnet er avhengig av foreldrenes fysiske og psykiske omsorg, og familien av opprettholdelse av inntekt. Foreldrenes rettigheter er nedfelt i folketrygdlovens kapittel 9 om «Stønad ved barns og andre nære pårørendes sykdom» (1), som i utgangspunktet skal dekke foreldrenes behov ved barnets sykdom. Kapitlet omfatter omsorgspenger ved barns eller barnepassers sykdom, pleiepenger når et barn er innlagt i helseinstitusjon eller trenger pleie i hjemmet, samt opplæringspenger til foreldre med et funksjonshemmet eller langvarig sykt barn (2).

Allerede i 1991 ble vansker med sykepenger ved barns sykdom beskrevet i Tidsskriftet (3). Konklusjonen til to barneleger var denne: «Det langsiktige målet må [...] være at myndighetene innser at lov om folketrygd må gi muligheter til sykepenger for alle foreldre uansett diagnose i alle tilfeller der barn er syke, og for hele sykdommens varighet. Bare på den måten vil det bli samsvar mellom Forskrift om barn på sykehus, og barnets muligheter til å få disse forskriftene oppfylt.»

Ved innføringen av kapittel 9 i 1998 trodde mange at dette målet var nådd. Siden har det skjedd betydelige endringer. Formålet med endringene har vært å styrke rettighetene til småbarnsforeldre. Det er nå en økt harmonisering med forskriften om barns opphold i helseinstitusjon (4) ved at minst

en av foreldrene kan være sammen med barnet når barnet er innlagt i helseinstitusjon uavhengig av varighet. Kapittel 9 gir også mulighet for sykepenger ved barns sykdom til en større personkrets ut fra erkjennelsen om at familiestrukturer er under endring. Det ytes stønad så lenge det er nødvendig for barnet, men ikke som varig ytelse. Det har derfor vært brukt mye skjønn, og loven er gjennom mange år blitt tolket liberalt.

De siste årene har det skjedd innstramminger i fortolkningen og endringer i rundskriv og forskrift. Formålet med denne artikkelen er å gi en oversikt over kapittel 9 slik den er og praktiseres i dag. Pleiepenger vil bli særlig drøftet, ettersom en strammere fortolkning synes å gi økende problemer for både foreldre og medisinsk fagpersonell. Vi vil synliggjøre hvor begrensningene trer tydeligst frem og drøfte forslag til endringer.

Kapittel 9 i folketrygdloven

Formålet med stønad etter kapittel 9 i folketrygdloven er å kompensere for tapt arbeidsinntekt for yrkesaktive foreldre ved barns eller barnepassers sykdom. For å få rett til stønad må medlemmet ha hatt arbeidsinntekt eller annen pensjonsgivende inntekt i minst fire uker umiddelbart før fraværet fra arbeidet og hvor inntektsgrunnlaget utgjør minst 50 % av folketrygdens grunnbeløp (2). Videre er vilkåret at barnet trenger kontinuerlig tilsyn og pleie, og at foreldrene står for minst 50 % av tilsynet hver for seg eller til sammen. I det følgende gis utfyllende kommentarer til hver enkelt paragraf (tab 1).

§ 9-5 Omsorgspenger ved barns eller barnepassers sykdom

Med «omsorg» menes her at arbeidstakeren enten har omsorgen alene, delt omsorg med den andre forelderen eller delt omsorg med ny ektefelle/partner/samboer som man har

Pleiepenger kan gis til foreldre eller andre nære pårørende, når barn er innlagt i helseinstitusjon eller er behandlet poliklinisk på sykehus, dersom barnet trenger kontinuerlig tilsyn og pleie. Pleiepenger kan også gis til den som pleier en nær pårørende i hjemmet i livets sluttfase. Noen ganger opplever foreldre å være de sorte får når endene ikke møtes.
Foto: Stefan Kutzsche. Idé: Marius Pedersen (Går).

Ramme 1
Liste over sykdom eller funksjonshemning som definerer kronisk syke eller funksjonshemmede barn i kapittel 9 i folketrygdloven

1. Betydelige hjertesykdommer
2. Kreftsykdommer
3. Betydelige hjerneskader, for eksempel cerebral parese, epilepsi, psykisk utviklingshemning, degenerative hjernesykdommer
4. Betydelige lammelser
5. Muskeldystrofier og annen alvorlig muskelsykdom
6. Diabetes mellitus, Føllings sykdom og andre alvorlige metabolske sykdommer
7. Autisme og andre barnepsykoser
8. Kronisk nyresykdom
9. Residiverende urinveisinfeksjoner
10. Kroniske anemier
11. Kronisk blødersykdom
12. Immundefekter
13. Kronisk leversykdom
14. Leddgikt og andre kroniske revmatiske sykdommer
15. Lupus erythematosus disseminatus
16. Astma og annen kronisk lungesykdom
17. Osteogenesis imperfecta og andre skjelettsykdommer med betydelige funksjonshemninger
18. Blinde og svaksynte barn
19. Døve og sterkt tunghørte barn
20. Cystisk fibrose
21. Ulcerøs kolitt
22. Crohns sykdom
23. Cøliaki i aktiv fase
24. Addisons sykdom
25. Cushings sykdom
26. Alvorlige medfødte misdannelser
27. Andre betydelige kroniske sykdommer og funksjonshemninger enn de som er nevnt ovenfor

felles barn med. Hvis foreldrene har delt foreldreomsorg med 50 % hver, har begge en selvstendig rett til omsorgspenger fra arbeidsgiver.

§ 9-6 Omsorgspenger ved kronisk sykt eller funksjonshemmet barn

Som kronisk sykt eller funksjonshemmet barn regnes barn som lider av en tilstand som omfattes av egen liste på 27 diagnoser (ramme 1). Hvis foreldre har omsorg for kronisk syke barn, har de ti dager hver fra arbeidsgiver og ti ekstra dager hver fra NAV for hvert kronisk sykt barn per år. I tidligere lov var det bare den som hadde den daglige omsorgen for barnet, som hadde rett til utvidet antall dager. Foreldre som er alene om omsorgen, kan overføre ti av dagene til ny ektefelle/samboer/partner dersom forholdet har vart i minst 12 måneder. Ved avtalt samvær kan foreldre forholdsmessig fordele omsorgspengedagene mellom seg.

Pleiepenger ved mindre alvorlig sykt barn

Pleiepenger skal ikke gis der det foreligger et varig pleiebehov, men skal kun gis for avgrensede perioder. Fra 2008 er det ikke lenger et vilkår at barnet må ha vært innlagt i helseinstitusjon for å få pleiepenger fra 8. dag. Men selve legeerklæringen må skrives i tilknytning til den aktuelle innleggelse eller polikliniske undersøkelse. Denne paragrafen er vag. Det er presisert mindre alvorlig sykdom, men barnet må ha døgnkontinuerlig tilsyns- og pleiebehov. Klinisk erfaring viser at det er skjønn og vilkårlighet som preger vedtak etter § 9-10.

§ 9-11 Pleiepenger ved alvorlig sykt barn

Det er ikke et vilkår at barnet må være innlagt i sykehus. Stønad etter § 9-11 kan derfor også ytes i hjemmet hvis det er behov for døgnkontinuerlig tilsyn og pleie fra en eller begge foreldre. Det presiseres også at barnet ikke må ha vært innlagt først; dette fordi barnets helsetilstand en tid etter utskrivning kan innebære at foreldrene fyller vilkårene for ny periode med pleiepenger etter § 9-11 uten at barnet må legges inn først. Rikstrygdeverket ga i sin tid generelle retningslinjer for hvilke åtte diagnoser som regnes som alvorlige eller livstruende (ramme 2). I 2008 kom det en endring i diagnoselisten om «for tidlig fødte barn, barn med alvorlige medfødte misdannelser og andre kritisk syke nyfødte barn». Da den medisinske situasjonen ofte her er uavklart, er hendelsesforløpet delt opp i tre faser med henblikk på stønad (ramme 3).

§ 9-11, 2. ledd: Pleiepenger ved varig alvorlig sykt barn

En tilføyelse av nytt annet ledd kom i 2006. Hovedregelen er at det ikke skal utbetales pleiepenger ved varig pleiebehov. Sykdommer med antatt varighet over to år anses som varige og gir således ikke foreldrene rett til pleiepenger. Den aktuelle ytelsen blir da hjelpestønad. Unntak gjelder imidlertid når barnets tilstand forverres eller kommer inn i en ustabil fase. Det presiseres at det kan ytes pleiepenger i startfasen av en varig alvorlig sykdom. Hvis et barn lider av alvorlig, progredierende sykdom, kan det foreligge en kontinuerlig rett til pleiepenger.

§ 9-11, 4. ledd: Fortsatt rett til pleiepenger inntil tre måneder dersom barnet dør

Denne ytelsen er ny fra 2010. Dersom foreldre har mottatt fulle pleiepenger i minst tre år, har de rett til samme ytelse i tre måneder etter at pleieforholdet opphørte fordi barnet dør. Har man i mellomtiden hatt sykepenger for egen sykdom eller foreldrepenger, regnes det som sammenhengende periode dersom pleieforholdet har vært sammenhengende.

§ 9-11a Graderte pleiepenger

Stønad etter § 9-11a trådte i kraft februar 2006. Foreldre kan ikke arbeide mer enn 50 % etter denne paragrafen. Hvis barnet er mer enn 50 % i barnehagen eller på skolen, faller vilkåret om graderte pleiepenger bort. Foreldre kan dele graderte pleiepenger mellom seg så lenge den totale graden er 50 % eller mer. Den ene av foreldrene kan ikke motta mindre enn 20 % pleiepenger.

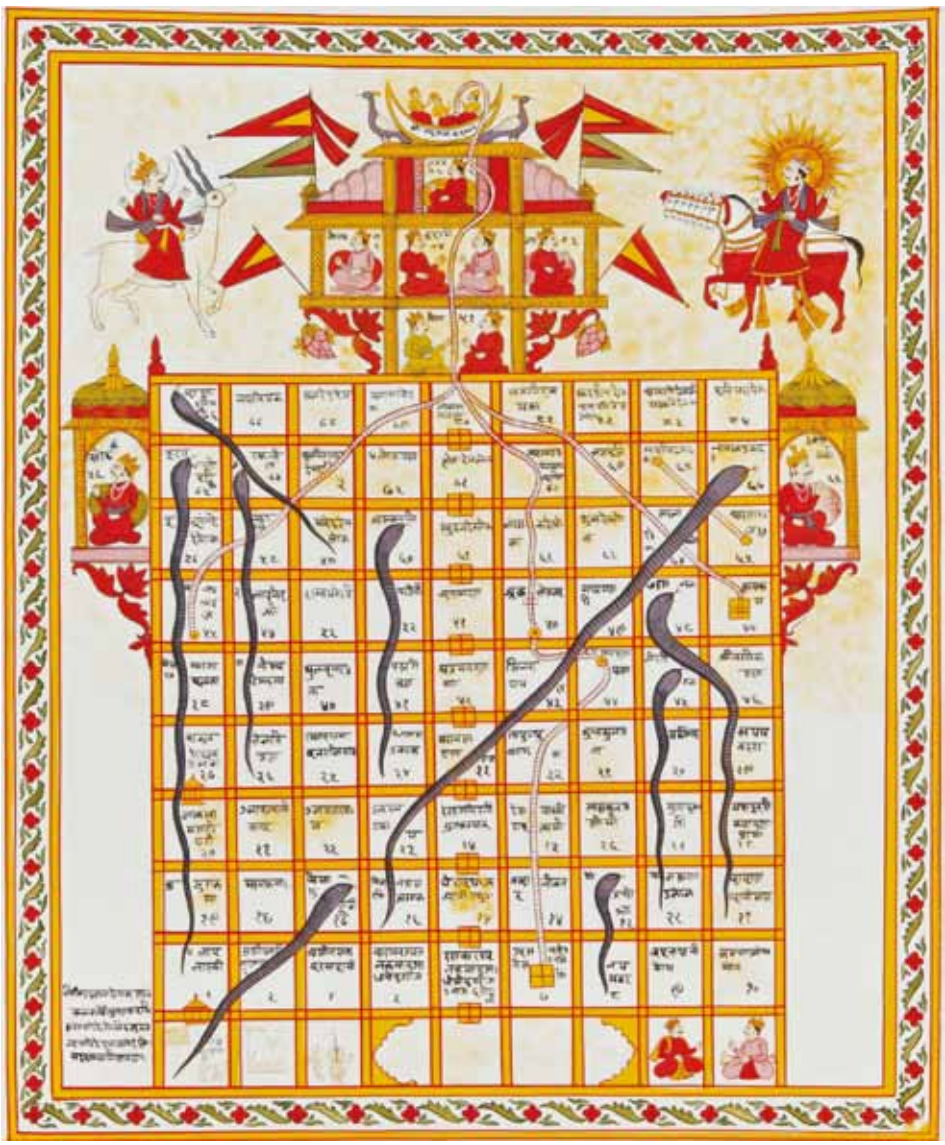
§ 9-13 Opplæringspenger ved omsorg for funksjonshemmet eller langvarig sykt barn

Opplæringspenger gis foreldre som har omsorg for et funksjonshemmet eller langvarig sykt barn, for deltakelse på kurs eller opplæring ved godkjent helseinstitusjon eller offentlig spesialpedagogisk kompetansesenter. Vilkåret er at opplæringen må være nødvendig for at foreldrene skal kunne ta seg av barnet. Det kan også ytes opplæringspenger ved utenlandsreiser som arrangeres av norske helsemyndigheter.

Paragrafen inneholder også en videre tolking av hvem som kan få opplæringspenger, inkludert besteforeldre og liknende. Dersom foreldrene er skilt, kan den som ikke har omsorgen også få opplæringspenger. Dersom den som er alene om omsorgen for barnet har ny samboer, kan også samboer få opplæringspenger.

Hvem kan skrive legeerklæring for pleie- og opplæringspenger?

I § 9-14 står det at legeerklæring må utstedes fra den sykehusavdeling som har ansvaret for behandlingen av barnet, og at erklæringen må redegjøre for barnets situasjon og behovet for foreldrenes nærvær.



Flere "stiger" og "slanger" forbinder firkanter på dette 100 år gamle brettspillet. Målet med spillet er å navigere brikken, fra starten (nederst) til mål (øverst), hjulpet eller hindret av henholdsvis stiger og slanger. Å søke om stønad ved barns sykdom kan noen ganger likne utfordringene i dette indiske spill.
Foto: http://creativecommons.org/licenses/by-sa/3.0/

Ved alle paragrafene gjelder en generell regel om tre måneders tilbakevirkende kraft når barnelegen skriver legeerklæringen. Som følge av lang ventetid ved behandling av søknader, må foreldrene selv ta avgjørelsen om de skal bli borte fra jobb dersom de får avslag på pleiepenger/opplæringspenger og således ikke refusjon til arbeidsgiver der det er forskuttert lønn.

Diskusjon

Formålet med folketrygdens kapittel 9 er å kompensere for tapt arbeidsinntekt når et barn blir sykt. Pleiepenger ytes så lenge barnet trenger kontinuerlig tilsyn og pleie, men skal ikke gis som varig ytelse. Senere års endringer av forskrift og rundskriv har medført betydelige innstramminger av fortolkningen samtidig som bruken av lokalt skjønn har økt. Dette har ført til flere begrensninger som følge av paragrafenes definisjon av varig, alvorlig sykdom, startfasen av en sykdom, progredierende sykdom og gradering av tilsyn. Foreldre til akutt livstruende syke barn får pleiepenger, mens ved kronisk og progredierende sykdom ytes dette bare i startfasen og hvis tilstanden forverrer seg.

Varig, alvorlig sykdom

Diagnoselistene som definerer varig og alvorlig sykdom er ikke endret på over 20 år. Det ikke er nok å sammenlikne et aktuelt pleiebehov med sykdom som står på listen for å kunne skrive ut pleiepengeattest på en sykdom som ikke er nevnt i oversikten. Det savnes derfor en regelmessig gjennomgang av de aktuelle diagnoser ved et fagutvalg/høringsinstans for vurdering av betimelige endringer.

Ramme 2

Diagnoser/skader som regnes som alvorlige/livstruende i kapittel 9 i folketrygdloven

1. Kreftsyke barn
2. Barn med store trafikkskader eller andre alvorlige skader
3. For tidlig fødte barn, barn med alvorlige medfødte misdannelser og andre kritisk syke nyfødte barn
4. Barn med hjertefeil
5. Store funksjonshemninger
6. Alvorlig astma
7. Psykiatriske lidelser
8. Livstruende og andre alvorlige sykdommer som ikke er nevnt ovenfor

Ramme 3

Ulike faser i forløpet for for tidlig fødte barn, barn med alvorlige medfødte misdannelser og andre kritisk syke nyfødte barn der det kan gis støtte etter kapittel 9 i folketrygdloven

- Avklaringsperiode på sju dager med pleiepenger til begge foreldre (§ 9-11)
- Der intensivbehandling er nødvendig, gis det fortsatt pleiepenger (§ 9-11)
- Vokse- og grofase hvor barnet fortsatt kan ha behov for behandling, men ikke lenger er alvorlig, livstruende sykt, kan det gis opplæringspenger for at foreldre skal kunne få nødvendig opplæring for å kunne ta seg av barnet (§ 9-13)
- Når barnet kommer hjem, kan den ene forelderen få pleiepenger, samtidig med at den andre mottar foreldrepenger så lenge vilkårene for øvrig er oppfylt (§ 9-10)

Tabell 1

Kapittel 9 – Stønader ved barns sykdom (2)			
Paragraf	**Vilkår**	**Omfang**	**Varighet**
§ 9-5; Omsorgspenger	Nødvendig tilsyn/pleie av sykt barn i hjemmet/helseinstitusjon når a. den som har tilsynet er – syk – forhindret fra å ha tilsyn fordi vedkommende følger annet barn til utredning/innleggelse helseinstitusjon, eller b. barnet pga. sykdom trenger oppfølging i form av annet legebesøk selv om barnet ikke er sykt aktuelle dag	< 3 barn: 10 dager/år ≥ 3 barn: 15 dager/år Hvis aleneforelder: Dobles antall dager/år (20 mot 30 dager/år)	T.o.m. kalenderåret barnet fyller 12 år
§ 9-6; Omsorgspenger; utvidet	Som over, men ved kronisk sykt eller funksjonshemmet barn; se egen liste (ramme 1)	Per sykt barn: 10 ekstra dager/år Hvis aleneforelder: Dobles antall dager/år	T.o.m. kalenderåret barnet fyller 18 år; gjelder for ett år av gangen
§ 9-10; Pleiepenger v/mindre alvorlig sykt barn	Behov for døgnkontinuerlig tilsyn/pleie i hjemmet/helseinstitusjon – v/mindre alvorlig sykt barn	Ytes f.o.m. 8. dag; de første 7 dager dekkes av § 9-5. Ytes en av foreldrene av gangen. Hvis barnet bor fast hos den ene av skilte foreldre, har begge rett til pleiepenger. Avgrenset periode; ikke varig pleie/tilsyn	T.o.m. 12 år, t.o.m. 18 år ved kronisk sykdom og funksjonshemning
§ 9-11; Pleiepenger v/alvorlig sykt barn	Behov for døgnkontinuerlig tilsyn/pleie i hjemmet/helseinstitusjon – v/alvorlig, livstruende sykdom; se egen liste (ramme 2)	Ytes f.o.m. første dag. Kan ytes begge foreldre samtidig. Også v/mistanke om alvorlig, livstruende sykdom. Avgrenset periode; ikke varig pleie/tilsyn	T.o.m. 18 år; ingen aldersgrense v/ psykisk utviklingshemning
§ 9-11; annet ledd: Pleiepenger v/varig alvorlig sykt barn	Ved varig alvorlig sykdom kun i startfasen, ved forverring/ progrediering, eller i ustabil fase	Som over	Som over
§ 9-11a; Graderte pleiepenger	Fortsatt behov for døgnkontinuerlig tilsyn/pleie, men deler av dagen (< 50 %) tilsyn/pleie fra andre enn foreldre (skole, barnehage)	Som over	Som over
§ 9-11; fjerde ledd: Pleiepenger v/barns død	Ved et barns død. Hvis mottatt fulle pleiepenger i minst 3 år	Rett til ytelse 3 md. etter barnets død	3 md. etter barnets død
§ 9-13; Opplæringspenger	Kurs/opplæring nødvendig for tilsyn/pleie v/langvarig sykdom/funksjonshemning	Fra første dag. Begge foreldre, også besteforeldre. Hvis utlandet, maks 2 uker	Ingen øvre aldersgrense; også utover 18 år

Ved varig, alvorlig sykdom ytes pleiepenger i startfasen og når sykdommen er i en ustabil og forverret fase. Bakgrunnen for denne innstramming ble gjort for å avgrense retten til pleiepenger. Da tolkingen av «ustabil, forverret fase» er basert på skjønn, er det derfor gjennom dagens praksis vilkårlighet som avgjør om stønad innvilges eller avslås. Dette innebærer stor uforutsigbarhet for foreldre og barneleger.

Startfasen

Det er i de senere år etablert en praksis hvor startfasen anses å ha inntil seks måneders varighet fra sykdomsdebut av en varig, alvorlig sykdom – til tross for at tidsaspektet av en startfase ikke er nedfelt i forskrift eller rundskriv. Det anvendes derfor også her skjønn, noe som fører til mange avslag og tidkrevende ankeprosesser. Det ytes ikke pleiepenger for det tidsrommet det ankes over, noe som kan medføre store økonomiske vansker for foreldrene. Vi savner en klarere og utvidet tidsangivelse.

Progredierende sykdom

Presisering av at det kan foreligge en kontinuerlig rett til pleiepenger hvis barnet lider av en alvorlig, progredierende sykdom, kom etter en kjennelse i Trygderetten der foreldre til et barn med Spielmeyer-Vogts syndrom fikk innvilget varige pleiepenger (5). Det foreligger her en såkalt femmedlemskjennelse som innebærer at saken har stor prinsipiell betydning. Derfor åpnes det nå for muligheten for varige pleiepenger ved progredierende sykdom. Barnelegen må i legeerklæringen om pleiepenger være svært konkret i sin beskrivelse av at sykdommen medfører raskt progredierende tap av ferdigheter mot fullstendig hjelpeløshet og tidlig død. Dersom disse vilkårene ikke er oppfylt, får foreldre til denne pasientgruppen pleiepenger bare i startfasen og når barnet er i en ustabil, forverret fase.

Da formuleringen «varig og progredierende sykdommer» ble tatt inn som § 9-11, 2. ledd ble det presisert at sykdommen måtte være i «en ustabil fase». I forhold til en slik begrensning av rett til pleiepenger, er det å bemerke at mens pleiepenger i 2010 samlet utgjorde 499 millioner kroner, er tilsvarende tall for arbeidstakeres sykepenger 32 milliarder kroner. Pleiepenger utgjør dermed ca. 1 – 2 % av sykepengene. Dette er en særdeles sårbar pasientgruppe. Det er derfor bekymringsfullt at det har vært nødvendig med en slik begrensning.

Graderte pleiepenger

Graderte pleiepenger tolkes rigid til 50 % ytelse, noe som betyr at foreldre kan jobbe maksimum 50 %. Vi erfarer her en betydelig økning i avslag til tross for at det er rimelig å anta at det må være samfunnsøkonomisk lønnsomt om foreldre i perioder kan jobbe 75 %; da kan barnet være i barnehagen eller på skolen i tilsvarende prosentdel. Dette vil omfatte flere foreldre, men gi lavere ytelser. Bakgrunnen for at denne paragrafen er opprettet, er nettopp å gi foreldre muligheten til å delta på arbeidsmarkedet selv om barnet trenger kontinuerlig tilsyn og pleie. I et stramt arbeidsmarked bør foreldre selv få velge i hvilken grad og på hvilken måte de skal ta seg av barnet når det blir sykt. Vi anbefaler derfor en endring av § 9-11a ved at graderingen går ned til 20 %, dvs. at foreldre kan arbeide opptil 80 %.

Konklusjon

Som følge av disse innstrammingene erfarer vi nå at foreldrene blir sykmeldte med egen diagnose for å kunne ta seg av barnet. Fastlegene antas å ha kommet i et etisk dilemma. Erfaringsmessig får foreldrene som oftest en psykisk P-kode-diagnose (ICPC), noe som igjen kan føre til vansker ved senere tegning av forsikring og jobbsøknader. I tillegg «spiser» foreldrene av egne rettigheter ved at de kan gå sykemeldt kun i 52 uker og deretter må over på arbeidsavklaringspenger med 66 % av inntektsgrunnlaget. Utgiftene til sykepenger vil øke. Dermed vil ikke begrensningen av pleiepenger få den tilsiktede konsekvens, nemlig reduserte statlige utgifter. I tillegg til den psykiske belastningen det er å ha et barn med alvorlig, varig eller progredierende sykdom påføres foreldrene betydelig tilleggsbelastning ved ikke å vite om og når det innvilges pleiepenger. Dette harmonerer ikke med at pleiepenger skal gis så lenge barnet trenger kontinuerlig tilsyn og pleie.

Intensjonene med kapittel 9 var å kompensere for tapt arbeidsinntekt ved barns sykdom og å utvide personkretsen som kunne få stønad. Diagnosekriteriene og reglene for når pleiepenger kan ytes og varigheten av ytelsene, er imidlertid meget uklare. Kaasa-utvalget foreslo i 2011 at eksisterende pleiepengeordning bør omfatte alle barn under 18 år med varig, alvorlig lidelse og graderes fra 20 % til 50 % som varig ytelse (6). Vi mener at det ikke skal handle om særlige regler for denne pasientgruppen, men at den skal ha selvfølgelige og likestilte rettigheter som andre pasientgrupper. Dermed gjenstår den største og viktigste endringen, nemlig at pleiepenger må ytes så lenge det er nødvendig uavhengig av diagnose og varighet.

Referanser

1. NAV. Lover og regler. Kapittel 9 i folketrygdloven. Stønader ved barns og andre nære pårørendes sykdom. www.nav.no (25.11.2011).
2. Kjønstad A. Folketrygdloven med kommentarer. 2. utg. Oslo: Gyldendal, 2007: 412 – 6.
3. Bratlid D, Borgen G. Sykepenger til foreldre ved barns sykdom. Tidsskr Nor Lægeforen 1991; 111: 2563 – 7.
4. Helsedepartementet 2000. Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon (1.12.2000 – nr 1217), hjemlet i Spesialisthelsetjenesteloven m.m. av 2. juli 1999 nr 61 § 3 – 6.
5. Trygderetten 2005. Kjennelse. TRR-2004 – 3634. www.trygderetten.no (25.11.2011)
6. Norges offentlige utredninger. Når sant skal sies om pårørendeomsorg. Fra usynlig til verdsatt og inkludert. NOU 2011: 17, kapittel 12: 87 – 8.

BARNELEGER

Gerhard Köstl i Elfenbenskysten
© Mikkel Dalum/MSF

Vi har alltid behov for barneleger som kan reise ut på oppdrag (3-12 mnd.) i våre feltprosjekter.
Gjerne fransktalende.

Ta kontakt med Vibeke Dahl:
Tlf 23 31 66 61
vd@oslo.msf.org

LEGER UTEN GRENSER
MEDECINS SANS FRONTIERES

www.legerutengrenser.no

Barn med langvarig smerte: Fanget i vonde sirkler – veier ut

I et helsevesen som fortsatt er preget av en dualistisk forståelse av kropp og sinn, kan barn med langvarig smerte lett falle mellom to stoler. Det er behov for en mer helhetlig tilnærming.

AV BRITH KLÆBOE RAMBERG OG TROND H. DISETH
SEKSJON FOR PSYKOSOMATIKK OG CL-BARNEPSYKIATRI VED KVINNE- OG BARNEKLINIKKEN, OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF – RIKSHOSPITALET

Artikkelen er tidligere publisert i Tidsskrift for norsk psykologforening 2012; 49: 241–246. Gjengitt med tillatelse.

Langvarig smerte er et stort helseproblem som rammer rundt 30 % av den voksne befolkningen. Ulike smertetilstander er den viktigste årsak til langtids sykefravær og uførhet (Breivik, Collett, Ventafridda, Cohen & Gallacher, 2006; Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2010). For flere kan grunnlaget ha blitt lagt i barneårene (Brattberg, 2004). Forekomsten av smerte blant barn er ikke like godt kartlagt. Levekårsundersøkelsen 2005 oppga at 6 % av barna i aldersgruppen 6–10 år og 12 % i alderen 11–15 år hadde langvarige smerteplager. En studie av 13–18-åringer i Nord-Trøndelag viste at 19,1 % var ukentlig plaget av langvarige muskel- og skjelettsmerter, magesmerter eller hodepine, og 10,2 % var daglig plaget (Hoftun, Romundstad, Zwart & Rygg, 2011). Forbruket av smertestillende medisiner blant norske 15–16-åringer har steget betydelig de siste årene (Lagerløv, Holager, Helseth & Rosvold, 2009). Å sette inn tiltak som kan forebygge kronifisering og sykdomskarriere som voksen, synes derfor viktig.

Dagens helsevesen er fortsatt preget av en dualistisk forståelse av at langvarige smertetilstander enten er fysisk eller psykisk betinget. Dersom det ikke kan påvises kjent grunnsykdom, antas problemene å være psykisk betinget. Behandling av kroppen og av psyken er som regel organisert i separate institusjoner med ulik tilnærming og kompetanse. Å bli henvist til psykisk helsevern for sitt smerteproblem kan lett implisere antakelse om psykisk lidelse eller at smerten ikke er reell, noe som kan oppleves som stigmatiserende. Ikke sjelden ser en at foreldrene i stedet for å søke hjelp i psykisk helsevern søker stadig nye somatiske utredninger for barna sine.

Som psykolog på et somatisk barnesykehus vil en rutinemessig bli trukket inn ved utredning og behandling av langvarige og uavklarte smertetilstander. Dette gir psykologen erfaring med denne type tilstander samtidig som det organisatorisk ligger til rette for en tverrfaglig tilnærming. Ved innleggelse har disse barna som regel utviklet et omfattende skolefravær og står i en livssituasjon preget av begrensninger i aktivitet og livsutfoldelse.

I nyere smerteforskning understrekes i økende grad behovet for en biopsykososial tilnærming både i kartlegging av relevante årsaksfaktorer og i behandlingen. I denne artikkelen vil vi presentere en biopsykososial smertemodell med fokus på både nevrofysiologiske og psykososiale faktorer. Videre vil det bli presentert relevant forskningslitteratur og gitt kliniske illustrasjoner fra en somatisk barneavdeling. Med dette ønsker vi å belyse hvordan man ved psykologiske tilnærminger kan hjelpe barnet og barnets familie til å bryte ut av sin fastlåste situasjon, sine «vonde sirkler», for å kunne gjenoppta normal aktivitet.

Smertebegrepet Den internasjonale smerte-foreningen (IASP) definerer smerte som «en ubehagelig sensorisk og følelsesmessig opplevelse assosiert med aktuell eller potensiell vevsskade, eller beskrevet i form av slik skade» (Merskey & Bogduk, 1994, vår oversettelse).

Definisjonen viser til at smerte er en subjektiv opplevelse, at den kan være både sensorisk og følelsesmessig betinget, og at det ikke trenger å foreligge skade i vev. Evolusjonsmessig er smertepersepsjon nødvendig for beskyttelse og overlevelse. Smertesansen kan forstås som organismens alarmberedskap for å varsle mulige farer (Butler & Moseley, 2003). Det er vanlig å skille mellom akutt og langvarig («kronisk») smerte. Begrepet akutt smerte benyttes der smerten kan relateres til en samtidig infeksjon, skade eller truende skade i kroppen. Smerten vil avta etter hvert som kroppen leges. Langvarig smerte betegner at smerten varer utover det som medisinsk sett er forventet, eller at en ikke samtidig har kunnet påvise organiske endringer som gir tilstrekkelig forklaring på tilstanden.

Smerte i biopsykososialt perspektiv

Det innebar et paradigmeskifte i forståelse av smerte da Meltzack og Wall (1965) fremsatte sin portkontrollteori som åpnet for å forstå betydningen av psykologiske faktorer i regulering av smerte. Senere er det også utviklet modeller som vektlegger betydningen av sosial læring (Fordyce, 1982).

Knardahl (2001) har med utgangspunkt i nå grunnfestede antakelser i det internasjonale smertemiljøet presentert en modell som beskriver hvordan biologiske og psykososiale mekanismer virker sammen ved smerte: Basalt i modellen er nocisepsjon; de impulser knyttet til smerte som til enhver tid går i nervesystemet. Impulsene gir informasjon fra sensorer om den generelle tilstand i vevet og eventuelle skader. Slike impulser ledes fra perifert vev til sentralnervesystemet via nervefibre i ryggmargen. Mekanismer i ryggmargens dorsalhorn og i hjernestammen kan fremme og forsterke, eller hemme denne aktiviteten og avgjøre hvilke signaler som når hjernen.

Smertepersepsjon; personens opplevde ubehag, skjer først når signalene når bevisstheten og det gis oppmerksomhet mot innkommende stimuli. En vil ha en kognitiv vurdering av om dette representerer en trussel eller er uviktig. Dersom signalene oppfattes som uviktige, blir oppmerksomheten rettet mot andre forhold og impulsene hemmes. Dersom de oppfattes som en trussel, vil smerten fylle større deler av personens oppmerksomhet og avstedkomme omstillingsreaksjoner. Emosjonelle forhold forbundet med smerte, som engstelse, tristhet og hjelpeløshet, vil kunne aktiveres og intensivere lidelsesaspektet ved smerten.

Smerteforståelsen vil avgjøre hvilke følger smerten får. Dette er rammen for tolkning av smertens trusselverdi; det en i en bestemt kontekst antar som årsak til og virkning av smerte. Smerteforståelsen baseres på tidligere smerteerfaringer og informasjon fra omgivelsene. Smerteatferd er atferd som følge av smerte eller for å unngå smerte og den måten personen viser sin smerte på til andre. Smerteatferd læres og opprettholdes i samspill med omgivelsene.

Illustrasjon "Smerte": Tove S. Holmøy

Modellen beskriver hvordan psykologiske faktorer ved all smerteopplevelse bidrar til å regulere nervetrafikk, avgjøre hvilke smerteimpulser som når hjernen, hvilken betydning smerten får for den enkelte, og hvordan dette kommer til uttrykk sosialt. Modellen framhever betydningen av faktorer som oppmerksomhet, forståelse og sosial læring.

Nevrofysiologiske faktorer som kan forsterke og vedlikeholde smerte

Vedvarende smerte uten påvist organisk grunnlag for nocisepsjon kan belyses ut fra hvordan smerte blir forsterket og vedlikeholdt i nervesystemet.

Psykologiske faktorer ved all smerteopplevelse bidrar til å regulere nervetrafikk, avgjøre hvilke smerteimpulser som når hjernen, hvilken betydning smerten får for den enkelte

Vedvarende stimulering av smertefibre kan føre til sensitivisering, det vil si at følsomheten øker med senket smerteterskel som resultat. Smertenevronene i ryggmargen kan motta impulser fra et større vevsområde, samt at sansenevroner som tidligere ikke formidlet smertesignaler, kan bli koblet til. Kraftig stimulering av nerveceller i ryggmargen kan også føre til mer permanente endringer av synapser, en langtidspotensering, og smerte kan da vedvare i lang tid etter at skaden er leget (Knardahl, 2001). At sterk smerte ikke forutsetter perifer skade i vev, tydeliggjøres ved såkalte fantomsmerter, opplevde smerter fra en amputert legemsdel. Det er vist at fantomsmerter er relatert til kortikale mekanismer (Rosén, 2002). En har antatt at tidligere smerteerfaringer kan være lagret i sentralnervesystemet som hukommelse og kunne reaktiveres (Zeltzer & Schlank, 2005), eller at smerten kan være relatert til en forstyrrelse i samarbeidet mellom hjernens motoriske og sensoriske systemer (Mc Cabe & Blake, 2007).

Psykologiske belastninger og stress kan sensitivisere smerteformidlende systemer og gi økt reaktivitet. Situasjoner med vedvarende belastninger og stress kan via aktivering av det sympatiske nervesystemet sensitivisere sensorene, slik at de lettere fanger opp signaler i kroppen (Ursin & Eriksen, 2010). Vedvarende psykisk stress med liten opplevd kontroll i situasjonen kan gi angstsymptomer; noe som også senker smerteterskelen. Det er individuelle forskjeller både i smertefølsomhet og stressfølsomhet hos barn. Genetiske faktorer har betydning (Nielsen, 2008), og noen barn kan ha en overfølsomhet for smerte relatert til sentralnervøse forhold (Blomhoff, Diseth, Jacobsen & Vatn, 2002).

Hvordan smerte moduleres i et plastisk nervesystem, belyser hvordan smerte opprinnelig initiert av kroppslige forhold kan vare ved, men også kan reaktiveres, forsterkes og vedlikeholdes over tid av psykososiale forhold. Et skille mellom psyke og soma gir derfor liten mening.

Psykososiale faktorer som kan forsterke og vedlikeholde smerte

For det enkelte barn kan psykososiale forhold i ulik grad ha bidratt til at det har utviklet langvarig smerte. Enkelte sider ved oppvekst, psykososiale belastninger og kontakt med helsevesenet vil her bli trukket fram.

Sykdomsfortolkning og læring i familien. Barns fortolkning av signaler fra kroppen vil i stor grad være formet av foreldrenes vurderinger. Mageknip er vanlig hos barn og vil i en familiekontekst kunne bli forstått som forbigående. Foreldrene vil roe ned og avlede barnet, avvente utviklingen, og som oftest går smertene da over. I en annen familie der smertesignaler har høy trusselverdi, kan konsekvensene av samme hendelse bli annerledes. Garralda (1996) foretok en systematisk gjennomgang av litteratur for å kartlegge ulike psykososiale faktorer som synes særlig korrelert med langvarig smerte hos barn. Høy forekomst av og bekymring rundt helseproblemer i familien så ut til være en spesifikk faktor. Dette var en kontekst der barns smertesignaler lettere ble tolket som faresignal og tegn på sykdom. Det var også stort samsvar i selve symptomutformingen mellom barn og foreldre. En nyere litteraturgjennomgang viser klar tendens til familiær opphopning av ulike smertetilstander og vektlegger faktorer som modellæring av smerteatferd, foreldrereaksjoner med tendens til overbeskyttelse av barnet samt høy grad av verstefallstenkning («catastrophizing») hos foreldrene (Evans et al., 2008).

Vedlikehold gjennom medisinsk utredning. *Uttalt smerteatferd og sykdomsfortolkning* gir økt sannsynlighet for å kontakte helsevesenet. Ved uklare tilstandsbilder er det imidlertid påvist økt tendens til å henvise videre for nye utredninger (Holtedahl, 2002). Gjentatte somatiske undersøkelser vil gi vedvarende oppmerksomhet mot det smertefulle området og kunne vedlikeholde smertens trusselverdi. Undersøkelser uten klare funn, samtidig som tilstanden oppleves som smertefull og farlig, kan øke engstelsen og derved forsterke smerten. Undersøkelsesprosedyrer kan i seg selv være smertefulle og ytterligere sensitivisere smerteformidlende systemer.
Liten erkjennelse av psykososial belastning. Barn med langvarig smerte kan ha samtidige psykososiale belastninger i livssituasjonen. Det er en veldokumentert overhyppighet av angst og depresjon (Suresh, McClain & Tarbell, 2007). Gjennomgang av studier omkring forhold til jevnaldrende konkluderer med at barn med langvarig smerte har færre venner, blir mer plaget og er mer isolert i vennegruppen enn friske barn (Forgeron et al., 2010). Dette er interessant sett i lys av eksperimentelle studier som viser at sosial utstøting aktiverer hjernens smertenettverk på samme måte som ved fysisk skade (Eisenberger & Lieberman, 2004). Det kan se ut som organismens alarmberedskap aktiveres når individets sentrale behov blir truet.

Hvorvidt ulike psykososiale belastninger i familie, skole og fritid fanges opp, vil være avhengig av rammen for utredning av slike forhold ved medisinske konsultasjoner. Det kan også være en tendens til å bagatellisere eller holde tilbake denne type informasjon i familier til barn med langvarig smerte (Seltzer, 1985). Belastningene kan derfor være vanskelige å oppdage eller være mer subtile og lite erkjent. Lask (1986) har synliggjort hvordan velfungerende og tilsynelatende godt tilpassede barn kan utvikle langvarige og funksjonshemmende tilstander. Blant barna var høye familiestandarder for prestasjon; «alltid å skulle gjøre sitt beste», blitt integrert som en personlig målestokk på de fleste områder. Dette induserte vedvarende stress og bekymring som satte organismen på strekk, men ga samtidig ikke aksept for å erkjenne dette. En mindre skade hadde utløst akutt smerte hos barna, men denne vedvarte i stedet for å gå over ved tilhelning. Smerteatferd, status som somatisk syk og pause fra prestasjonskrav var blitt en løsning som ga mening og legitimitet.

Vedlikehold av smerte som vond sirkel

For noen barn der flere smerteforsterkende forhold har bidratt sammen over tid, kan situasjonen bli svært belastende. De har veldig vondt, smerten fortolkes som uttrykk for somatisk sykdom, mens det helsevesenet familien oppsøker for nødvendig hjelp, ikke kan finne en sykdomsårsak som kan behandles. Dette kan igjen øke usikkerheten og opplevelsen av mangel på kontroll. Følelsesmessige reaksjoner kan bli overveldende og forsterke lidelsen.

Akutt, smertefull skade krever beskyttelse og ro til tilstanden er helet. Ved langvarige smerter kan en skjermet tilpasning snarere forverre tilstanden. Fysisk passivitet kan i seg selv indusere smerte. Redusert aktivitet medfører også færre gjøremål som kan avlede barnet, slik at oppmerksomheten blir fiksert på det som gjør vondt. Ved å holde seg hjemme fra skolen kan barn miste aktivitet og sosialt samvær som er viktig for selvfølelsen, og gi økt nedstemthet. Økt fortvilelse, økt fokus på smerte og manglende opplevelse av kontroll forsterker smerten fysisk og psykisk, slik at barnet kan komme inn i en selvopprettholdende, vond sirkel.

Situasjonen til Erik, 13 år, kan illustrere dette:

Erik gikk på ungdomsskolen da han etter omfattende utredning lokalt ble innlagt på sykehus for medisinsk undersøkelse. Han

hadde vært plaget med hodepine og svimmelhet i flere år, men mer sammenhengende det siste året etter et fall der han slo hodet. Tidligere hadde han vært plaget av magesmerter som ikke lenger var like fremtredende. I den siste tiden hadde han vært hjemme fra skolen; hodepinen gjorde det umulig å konsentrere seg. Han orket ikke lenger spille fotball og satt for det meste på rommet sitt. Grundig medisinsk undersøkelse ga ikke grunnlag for somatisk diagnose, noe hans mor synes var vanskelig å akseptere. Erik var bekymret for hvordan han skulle klare skolen, men ønsket ikke å gå tilbake før han var helt frisk.

Erik var fastlåst, og hodepinen dominerte det meste av hans tilværelse. Hvordan hjelpe barn som Erik å bryte ut av denne vonde sirkelen?

Behandling – å bryte vonde sirkler

Systematisk gjennomgang av velkontrollerte psykologiske behandlingsstudier viser signifikant smertereduksjon ved kognitiv atferdsterapi og bruk av ulike avspenningsteknikker (Palermo, Eccleston, Lewandowski, Williams & Morley, 2010). En behandlingstilnærming der fokus er å bryte opprettholdende unngåelsesmønstre og lære å leve med smerte, har vist gode resultater når det gjelder bedring av psykososial funksjon (Wicksell, Melin, Lekander & Olsson, 2009). Bevegelse og tilpasset fysisk aktivitet vurderes som sentralt, da en ved å gi kroppen nye erfaringer kan redusere følsomheten i smerteformidlende systemer og gjenopprette balanse i kroppen (Butler & Mosely, 2003, Fadnes, Leira & Brodal, 2010). Mer generelt understrekes det i litteraturen behov for en bredspektret og individualisert tilnærming med mestring av dagliglivet som mål (Suresh et al., 2007).

Følgende eksempler fra egen, klinisk erfaring viser hvordan en kan arbeide med barn og foreldre ut fra en helhetlig, psykologisk tilnærming.

Ta smerten på alvor – gi ny forståelse

«Ikke å bli trodd er kanskje det verste av alt,» sa Erik om hva som hadde bidratt til å forverre tilstanden den siste tiden. Første bud for helsepersonell er derfor å ta barnas smerteopplevelse på alvor uavhengig av organiske funn. Smerte er pr. definisjon et subjektivt fenomen og kan ikke overprøves av andre. Å bruke tid på å gi tilpasset informasjon om smertemekanismer kan gi barn og foreldre ny forståelse av situasjonen og redusere sykdomsangst. En må få tak i både barnets og foreldrenes forestillinger om årsak og gi trygg og klar beskjed om organiske forhold som kan utelukkes. Viktige budskap er at legen ikke har funnet noe farlig i kroppen, men at det likevel går an å ha veldig vondt, selv om det ikke er noe farlig.

Gjennom den psykologiske utredningen bør en kartlegge bredt spesielle forhold i familiehistorien og hos barnet av fysisk og psykososial karakter som kan ha gitt økt sårbarhet, og som kan ha utløst og vedlikeholdt den aktuelle tilstanden. Eriks mor bekymret seg over at Erik også hadde falt og slått hodet som liten. Kunne dette ha gitt en skade som kom til syne nå? Selv kom hun fra en familie med store helseplager og var delvis uføretrygdet grunnet migrene. Hun viste stor omsorg for tilsvarende plager hos sønnen, og mente han hadde arvet hennes tendens til sykdom. Erik skjønte ikke helt legens forklaring, og trodde kanskje noe var galt inne i hodet.

Barnepsykiatrisk utredning av Erik viste uttalt engstelighet og begynnende tegn på depresjon. Han framsto som en samvittighetsfull gutt og karakteriserte seg selv som «en bekymrer». Det kom også fram at han hadde blitt plaget på skolen i perioden da hodepinen ble intensivert. Far mente de hadde ordnet opp i dette, men Erik var likevel bekymret for at det kunne starte på nytt.

Ut fra denne informasjonen kunne en snakke med familien om hvordan de ulike faktorene hos en følsom gutt kan bidra til å aktivere og sensitivisere kroppens smerteformidlende systemer. Barn har en konkret forståelse av smerte. Smerte tilskrives gjerne skade i den kroppsdelen hvor den kjennes, eller til observerbare fysiske forhold. Det kan derfor være nyttig å bruke konkrete metaforer som barnet kan forstå.

Økt fortvilelse, økt fokus på smerte og manglende opplevelse av kontroll forsterker smerten fysisk og psykisk, slik at barnet kan komme inn i en selvopprettholdende, vond sirkel

For Erik ga det mening at fallet der han slo hodet, hadde utløst kroppens alarmsystem slik som brannalarmen når det brenner, men at alarmen hadde hengt seg opp og fortsatte selv om brannen var slukket.

Gradert gjenopptakelse av normal aktivitet

Å bryte ut av smertetilværelsen forutsetter et skifte av oppmerksomhet fra smerten – til handlingsmuligheter og aktivitet. Ved økt involvering i daglige aktiviteter med venner og skole kan oppmerksomheten bli avledet fra det som gjør vondt. For å få til dette på en trygg måte må eksponeringen for aktiviteter og situasjoner barnet tidligere har unngått, skje gradvis. Sammen med barnet kan en utarbeide en plan, for eksempel ved å tegne en trapp, der aktiviteter de selv ønsker, prioriteres og skrives inn som delmål på trappetrinn.

For Erik var det et viktig mål å kunne spille fotball med venner.

Foreldrene vil trenge veiledning i hvordan de kan støtte opp under en aktiv mestring hos barnet.

Far, som jobbet mye og aldri var syk, mente Erik helst burde ta seg sammen og stå på for ikke å bli liggende mer etter. Mor var på sin side mest opptatt av skjerming.

I samtalene søkte en derfor å komme fram til et felles utgangspunkt for hvordan de best kunne støtte sønnen til en gradert rehabilitering i et passe tempo.

Tilrettelegging på skolen

Erfaringsmessig er mange av barna prestasjonsorienterte i skolen. Ikke sjelden ser vi at de også har vært overstrukket i skolen over tid, og at dette er en sentral del av smertebildet. Evnemessig og pedagogisk utredning og nært samarbeid med skolen utgjør derfor en hjørnestein i behandlingen. For å unngå overbelastning med påfølgende tilbakefall bør skoledagen tilpasses ut fra en individuell opplæringsplan. Både redusert dag og pause fra lekser og prøver kan være nødvendig i en overgangsfase.

Kognitiv utredning av Erik viste fungering midt i normalområdet. Familiens og hans egen standard lå langt høyere. Eldre søsken var svært flinke på skolen, og Erik var opptatt av å være best. Dette hadde gått greit på barneskolen, men på ungdomsskolen hadde han sittet mye med lekser.

I Eriks familie ble det nødvendig å arbeide med en omjustering av forholdet mellom forutsetninger og ambisjoner, slik at Erik i samarbeid med skolen gradvis kunne komme tilbake i en elevrolle som passet bedre.

Smertemestring

Å motivere for økt aktivitet kan være vanskelig. Barna kan oppleve smerten som uforanderlig. De har kommet i en situasjon preget av hjelpeløshet og tap av kontroll. En psykologisk intervensjon kan være å gi barna erfaring med at smerte kan påvirkes ved noe de gjør selv. Å skape håp og mestringstro kan i seg selv ha en smertedempende effekt (Bandura, 1997).

Hypnoterapi kan være en særlig virksom intervensjon ved smerte. Hypnose er en avspent tilstand med endret bevissthet og kognitivt funksjonsnivå, sterkt konsentrert og fokusert oppmerksomhet og en økt mottakelighet. Samtidig er bevisstheten dissosiert, slik at oppmerksomhet for andre stimuli spaltes av (Diseth & Vandvik, 2004).

Under en hypnotisk tilstand kan en påvirke områder i hjernen forbundet med affektregulering, og redusere angst (Wormnes, 2003). Det er en veldokumentert og signifikant smertereduserende effekt av selvhypnose ved akutte smertetilstander både hos voksne og barn. Ved langvarig smerte sidestilles metoden med avspenning og autogen trening (Patterson & Jensen, 2003; Huynh, Vandvik & Diseth, 2008).

Erik var motivert for å lære seg selvhypnose. I denne tilstanden skapte han seg et trygt sted «på hytta til bestemor». Der kjente han seg rolig, trygg og sterk. Spenninger slapp taket. Her hadde han kontroll, var sjefen i egen kropp og kunne snu ryggen til «hodepinemonsteret » som hadde plaget ham så lenge. «Nå er det meg som er medisinen», sa han da det begynte å gå bedre.

Når barnet trenger smerten

I noen tilfeller er barnas smerte sterkt vevet inn i samspillet med omgivelsene. Smerteatferd kan være eneste språk som er tilgjengelig for å formidle pågående psykososiale belastninger. En individuell tilnærming for symptomlette vil ha begrenset verdi.

Situasjonen til Lise, 11 år, kan synliggjøre en slik situasjon:

Lise var en jente med langvarige muskel- og leddsmerter. Utallige utredninger ga ikke grunnlag for somatisk diagnose. Hun var tidvis avhengig av krykker. Mor var skeptisk til psykologisk bistand, men var motivert for en avgrenset kontakt slik at Lise kunne lære selvhypnose som hjelp til smertemestring.

Lise fikk hypnoseprogrammet spilt inn på CD og praktiserte det hver morgen, noe som hjalp henne i gang med dagen. Hun var stolt over det hun fikk til, ble mer aktiv og meldte seg inn i en ungdomsforening. Foreldrene var skilt. I utredning og behandling hadde terapeuten ikke hatt kontakt med far. Både mor og Lise fremstilte forholdet som positivt. Lise og mor kom til regelmessig oppfølging, og det var planlagt avslutning. Etter en skoleferie fortalte Lise om nye, sterke smerter. De satt også slik til at hun ikke kunne bruke hypnose. I en individuell samtale sier hun: «Det er ikke lett å dele seg mellom to familier.» Hun formidler mange bekymringer knyttet til valg av familie å være hos i ferier. Far ble invitert til neste foreldresamtale. Det kom da fram stor uenighet og til dels åpen konflikt mellom foreldrene omkring samværsordningen og hvordan Lises smerter skulle bli møtt.

Situasjonen ble tolket som at ferien aktualiserte spenninger mellom foreldrene, noe som reaktiverte Lises smerte. Smerte er organismens varsler om trussel og skade. Lise trengte smertespråket og var ikke lenger motivert for symptomlette.

Historien om Lise illustrerer at det kan være vanskelig å få tak i hva barnet sliter med. Det er påpekt en tendens til ignorering og idyllisering av relasjonskonflikter i familier til barn med langvarig smerte (Garralda, 1996). Familien kan mangle språk for å formidle vonde følelser. I slike situasjoner vil en familietilnærming være nødvendig. Men behandlerne må flytte fokus fra det fysiske til det psykiske i et tempo som familien kan godta.

Konklusjon

Med utgangspunkt i en biopsykososial smertemodell har vi beskrevet hvordan barn psykologen møter på et somatisk barnesykehus, ad ulike veier kan ha kommet inn i vonde sirkler med langvarig smerte. Smerte som opprinnelig er utløst av somatiske faktorer, kan gi økt sårbarhet ved senere belastning, og psykiske belastninger og stress kan alene eller i samvirke med somatiske forhold ha utløst og opprettholdt smerten over tid. En bør ha et utviklings- og familieperspektiv ved utredning og behandling, da foreldrenes egne erfaringer og smerteforståelse kan bidra til å forme og forsterke barnas smerteopplevelse og atferd. Siden ubehandlet smerte over tid kan gi funksjonshemmende ringvirkninger for enkelte barn, bør en tidlig sette inn tiltak som kan redusere psykososiale belastninger, redusere sykdomsangst gjennom informasjon om smertemekanismer, samt tilrettelegge for at barna gradvis kan gjenoppta et aktivt liv med venner og skole. Dette kan peke mot et behov for større psykologisk kompetanse i primærhelsetjenesten.

En bør ha et utviklings- og familieperspektiv ved utredning og behandling, da foreldrenes egne erfaringer og smerteforståelse kan bidra til å forme og forsterke barnas smerteopplevelse og atferd

Referanser
1. Bandura, A. (1997). Self-efficacy. The exercise of control. New York: Freeman & Company.
2. Blomhoff, S., Diseth, T. H., Jacobsen, M. B. & Vatn, M. (2002). Irritabel tarm-syndrom – multifaktoriell lidelse hos barn og voksne. Tidsskrift for Den norske lægeforening, 122, 1213–1217.
3. Brattberg, G. (2004). Do pain problems in young school children persist into early adulthood? A 13-year follow-up. European Journal of Pain, 8, 187–199.
4. Breivik, H., Collett, B., Ventafridda, V., Cohen, R. & Gallacher, D. (2006). Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. European Journal of Pain, 10, 287–333.
5. Butler, D. S. & Moseley, G. L. (2003). Explain Pain. Adelaide: Noigroup Publications.
6. Diseth, T. H. & Vandvik, I. H. (2004). Hypnoterapi ved behandlingsrefraktuær enuresis nocturna. Tidsskrift for Den norske legeforening, 204, 488–491.
7. Eisenberger, N. I. & Lieberman, M. D. (2004). Why rejection hurts: a common neural alarm system for physical and social pain. Trends in Cognitive Sciences, 8, 294–300.
8. Evans, S., Tsao, J., Lu, Q., Myers, C., Suresh, J. & Zeltzer, L. (2008). Parent-Child Pain Relationships from a Psychosocial Perspective: A Review of the Litterature. Journal of pain management, 1, 237–246.
9. Fadnes, B., Leira, K. & Brodal, P. (2010). Læringsnøkkelen. Oslo: Universitetsforlaget. Fordyce, W. E. (1982). A behavioural perpective on chronic pain. British Journal of Clinical Psychology, 21, 313–320.
10. Forgeron, P. A., King, S., Stinson. J. N., McGrath, P. J., McDonald, A. J. & Chambers, C.T. (2010). Social functioning and peer relationships in children and adolescents with chronic pain: A systematic review. Pain research and management, 15, 27–41.
11. Garralda, M. E. (1996). Somatization in Children. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 37, 13–33.
12. Hoftun, G. B., Romundstad, P. R., Zwart, J. & Rygg, M. (2011). Chronic idiopathic pain in adolescence – high prevalence and disability: The young HUNT study 2008. Pain, doi: 10.1016/j. pain.2011.05.007
13. Holtedahl, R. (2002). Den somatiserende pasient i det moderne samfunn. Tidsskrift for Den norske lægeforening, 112, 1130–1132.
14. Huynh, M. E., Vandvik, I. H. & Diseth, T. H. (2008). Hypnotherapy in Child Psychiatry: The State of the Art. Clinical Child Psychology and Psychiatry, 13, 377–393.
15. Knardahl, S. (2001). Kroniske smerter – gjør vi alt galt? Tidsskrift for Den norske lægeforening, 121, 2620–2623.
16. Lagerløv, P., Holager T., Helseth, S. & Rosvold, E. O. (2009). Selvmedisinering med reseptfrie smertestillende legemidler hos 15–16-åringer. Tidsskrift for Den norske legeforening, 129, 1447–50.
17. Lask, B. (1986). The high-achieving child. Postgraduate Medical Journal, 62, 143–145.
18. Melzack, R. & Wall, P. D. (1965). Pain mechanisms: a new theory. Science, 150, 971–979.
19. Merskey, H. & Bogduk, N . (red.). (1994). Classification of Chronic Pain. IASP Task Force on Taxonomy (2. utg.). Seattle: IASP Press.
20. Nasjonalt folkehelseinstitutt. Helsetilstanden I Norge. Kroniske smerter. Nedlastet 16. mars 2011 fra http://www.fhi..no/ artikler/?id=84067
21. Nielsen, C. S. (2008). Genetiske faktorer i smertefølsomhet: Status quo og anbefalinger for videre forskning. Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 45, 974–979.
22. Palermo, T. M., Eccleston, C., Lewandowski, A. S., Williams, A. C. & Morley, S. (2010). Randomized controlled trials of psychological therapies for management of chronic pain in children and adolescents: An updated meta-analytic review. Pain, 148, 387–397.
23. Patterson, D. R. & Jensen, M. P. (2003). Hypnosis and Clinical Pain. Psychological Bulletin, 129, 495–521.
24. Rosén, G. O. R. (2002). The phantom limb experience. Models for understanding and treatment of pain with hypnosis. Doktoravhandling innlevert ved Psykologisk fakultet, Universitetet i Bergen.
25. Seltzer, W. J. (1985). Conversion disorder in childhood and adolescence: a familial/cultural approach – part 1. Family systems medicine, 3, 261–280.
26. Suresh, S., McClain, B.C. & Tarbell,S. (2007). Chronic pain Management in Children. I H. Bentzon (red.), Raj's Practical Management of pain (s. 343–365). Philadelphia, PA: Elsevier.
27. Ursin, H. & Eriksen, H. R. (2010). Cognitive activation theory of stress (CATS). Neuroscience and Biobehavioral Reviews, 34, 877–881.
28. Wicksell, R. K., Melin, L., Lekander, M. & Olsson, G. L. (2009). Evaluating the effectiveness of exposure and acceptance strategies to improve functioning and quality of life in longstanding pediatric pain – A randomized controlled trial. Pain, 141, 248–257.
29. Wormnes, B. (2003). Hypnose som hjelpemiddel i behandling. Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 40, 489–493.
30. Zeltzer, L. K. & Schlank, C. B. (2005). Conquering Your Child's Chronic Pain. New York, NY: Harper- Collins Publishers.

amee 2014
AN INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR MEDICAL EDUCATION

MILAN, ITALY
30 August to 3 September 2014

www.amee.org

Kenguru Mother Care er mulig å praktisere også med barn på respirator. Foto: Nyfødtintensiv avdelingen, OUS Ullevål. Tillatelse gitt av foreldrene.

DE GODE HISTORIENE I PEDIATRIEN

Kengurumetoden: "A philosophical and practical turn of mind"

Helt siden antikken har mødre i alle verdensdeler holdt sine babyer i sjal surret til kroppen for å være i stand til å gjøre forskjellige aktiviteter mens de hadde barnet hos seg. Kangaroo Mother Care (KMC) metoden ble beskrevet første gang av barnelegen Edgar Rey ved Universidad Nacional de Colombia Bogota/Columbia i 1978 .

AV SOLFRID STEINNES, SIW TREIDER, NINA M. KYNØ OG STEFAN KUTZSCHE,
OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS, NYFØDTINTENSIVAVDELINGEN ULLEVÅL

Programmet ble deretter videreutviklet av H. Martinez and L Navarrete ved Instituto Materno Infantil. UNESCO ble oppmerksom på programmet i 1979 og Andrew Whitelaw & Katherine Sleath publiserte modellen på engelsk i Lancet i 1985 (1).

Bakgrunnen for å bruke mødre som menneskelige kuvøser var mangel på teknologiske ressurser og risiko for sykehusinfeksjoner. Legene tenkte at den fysiologiske likevekten av premature barn eller barn med lav fødselsvekt kunne bedre opprettholdes ved å legge barna hud mot hud til sine mødre. Det ville sikre stabil kroppstemperatur og stimulere til amming. De psykososiale effektene ble observert og sett på som et tilleggs gode. Mødrene ble værende i sykehuset og opplevde at de hadde en viktig rolle som mor på sykehuset.

Fordelene med KMC har vært belyst gjennom en rekke vitenskapelige undersøkelser. Den mest representative studien av metoden ble i 1994 publisert av " Fundación Canguro " der en kunne dimensjonere fordelene, ikke bare for vekst, men også den psykososiale og følelsesmessige utviklingen hos barnet og de positive effekter av dette hos foreldrene (3). Gevinsten ble blant annet bedre tilknytning mellom foreldre og barn, mindre skyldfølelse og opplevelsen av å være en familie. KMC har bidratt til å utvikle nye omsorgsmodeller i nyfødtmedisinen med "minimal handling", NIDCAP® og familiebasert omsorg (FBO). Omsorgsmodellen var egentlig tenkt å anvendes for premature eller SGA barn. Imidlertid har det vist seg at nytten av hud til hud kontakt også er positiv for terminfødte barn. I dag vet vi at perioder med bare en time er tilstrekkelig til å fremme nevron-sensorisk utvikling hos terminbarn. Hos premature barn er KMC , minimum to timer flere ganger per dag, en viktig behandling for å fremme nevrologisk utvikling, stimulering av respirasjon og kroppslig vekst.

Randomiserte studier viste at KMC er en viktig fremmende faktor for amming ved utskrivning. Studier viste at modellen kan redusere risikoen for nosokomiale infeksjoner ved inntil 41 uker korrigert gestasjonsalder, insidens av alvorlig sykdom eller nedre luftveisinfeksjoner ved 6 mnd alder og bedre vektøkning per dag samt bedre psykomotorisk utvikling ved 12 mnd alderen (4).

KMC i verden

Fordi KMC er en omsorgsmodell som krever få tilpasninger og økonomiske midler har WHO engasjert seg for å spre denne modellen også i lav-kostnadsland. De publiserte i 2003 en veileder på flere språk, og er aktive i å formidle fordelene for barnets medisinske tilstander, utvikling og for tilknytningen mellom foreldrene og barnet(5,6)

KMC i Skandinavia

Vi står foran et paradigmeskifte i bruken av KMC i Skandinavia. Fra tidligere å tilby intermitterende KMC om foreldrene ønsket det, til dagens og framtidens praksis. Eksperter hevder at døgnbasert KMC bør være den foretrukne omsorgsmodellen, hvor barnet ligger ute hud-mot-hud hos en av foreldrene så mange timer i døgnet som mulig. Nyquist og en internasjonal ekspertgruppe for KMC publiserte i 2010 retningslinjer for implementering av KMC i høyteknologiske nyfødtavdelinger (7).

1. Foreldre bør få informasjon om fordeler ved KMC før fødsel, og underveis i oppholdet.
2. Barn > GA 32 uker bør om mulig få "kenguru-mottak" .
3. Barn GA 28-31 uker tilstrebes KMC umiddelbart etter initial stabilisering
4. Barn GA < 27 tilstrebes KMC i løpet av første leveuke om stabile.
5. Barn født etter sectio tilstrebes å ligge hud mot hud umiddelbart etter fødsel før transport til nyfødtintensiv
6. Dersom mors tilstand ikke tillater KMC, er far primær KMC utøver.
7. Barn som er stabile, kan transporteres i KMC posisjon fra føde/operasjon til nyfødt.
8. Barnet vurderes fortløpende klinisk med tanke på å utføre prosedyrer i kenguruposisjon .

KMC anses i dag som forløper til FBO. I en integrert og familiebasert omsorgsmodell defineres foreldrene som barnets viktigste omsorgspersoner. Her samarbeider helsepersonell tett med foreldrene, noe som forutsetter kontinuerlig informasjon, emosjonell støtte og samspillsveiledning.

Foreldre veiledes i å utføre forflytning fra kuvøse/ seng til brystet så tidlig som mulig. Helsepersonell med kompetanse legger til rette for KMC. Avdelingen har nødvendig utstyr (tekstiler, lenestoler, seng mm). Foreldre kan overnatte sammen med barnet. Målet er å skape et fysisk harmonisk miljø som tilpasses KMC prinsippene (lys og støy). Avdelingen har ansvar for at oppgaver, mål og rutiner tilpasses KMC, og at barnet overvåkes forsvarlig.

Flere skandinaviske avdelinger har hardt arbeidet med å innføre KMC. Nyfødtavdelingen i Vestre Viken er et meget godt eksempel på en avdeling som har tilpasset KMC i Nyfødintensivavdelingen- I Drammen tilbys enerom til alle barn der det er plass til begge foreldrene og søsken, og hvor den fysiske utformingen muliggjør KMC 24/7.

Blomqvist og medarbeidere (8), ved Akademiska Sjukhuset i Uppsala, har kartlagt faktorer som fremmer eller hemmer KMC ved hjelp av en spørreundersøkelse av foreldre. Resultatene viser at samarbeid foreldrene imellom, at de deler på oppgaven med å være "kenguru" foreldre etter tur, er faktorer av stor betydning for å gjennomføre KMC. Gruppen fant at nettverket hjemme ga viktig støtte til praktiske oppgaver i

"Kangaroo Care will enhance and reinforce parents' active participation in the care and survival of their premature baby, at a time when separation and high-technology environments are considered normal procedure." Tallandini MA (2)

Illustrasjon av Kangaroo Mother Care (KMC). Tillatelse er gitt av foreldre. Foto Siw Treider

hjemmet og omsorg for søsken. Foreldrene ga uttrykk for at informasjon og veiledning fra helsepersonell var nyttig. Foreldrenes forståelse av at KMC var til barnets beste og at de følte de hadde tid til å være på sykehuset, ga støtte og motivasjon til å "holde ut" et ofte langvarig opphold.

For å kunne gjennomføre KMC, trengte foreldrene en privat og rolig atmosfære for å kunne slappe av sammen med babyen. De ønsket å være skjermet for støy og andre forstyrrelser. Faktorer som virket negativt inn på KMC, var smerte og begrenset fysisk helse. Dersom de hadde andre barn hjemme som trengte foreldrene var det vanskelig å gjennomføre KMC.

Det foreligger flere andre studier på effekt av KMC på amming, tilknytning, smertelindring og temperaturstabilitet. Studiene er i hovedsak utført på modne premature, og terminfødte barn. Det ville vært interessant å undersøke ulike effekter av KMC også hos ekstremt premature barn. KMC bør være gullstandard for premature og syke nyfødte, og avdelinger bør endre både fysiske rammer og drift for å legge til rette for dette. Kultur,- og holdningsendring er nødvendig, og helsepersonell må vise vilje til å anerkjenne foreldrene som de viktigste omsorgspersonene ved å muliggjøre KMC.

Referanser

1. Whitelaw A. & Sleath K. 1985. Myth of the marsupial mother; home care of very low birth weight babies in Bogota, Columbia. The Lancet 325, 8439: 1206-1208. doi:10.1016/S0140-6736(85)92877-6
2. Tallandini MA., 2006. Kangaroo mother care and mother-premature infant dyadic interaction Infant Mental Health Journal 27(3):251-275,
3. Charpak N., Ruiz-Peláez J.G., Charpak Y. 1994. Rey-Martinez Kangaroo mother program: An alternative way of caring for low birth weight infants? One year mortality in a two cohort study Pediatrics 94 (6):804 -810
4. Conde-Agudelo A, Belizán JM, Diaz-Rossello J. 2011. Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 3. Art. No.: CD002771. DOI: 10.1002/14651858.CD002771.pub2.
5. World Health Organization, Dept. of Reproductive Health and Research. Kangaroo mother care: a practical guide. http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9241590351/en/
6. Charpak N 2005. Kangaroo Mother Care: 25 years after. Acta Paediatrica 94(5):514-522.
7. Nyqvist, KH and an Expert Group of the International Network on Kangaroo Mother Care 2010. State of the art and recommendations. Kangaroo mother care: application in a high-tech environment. Acta Pædiatrica 99: 812-819
8. Blomqvist et al. 2012. Provision og Kangaroo Mother Care: supportive factors and barriers perceived by parents. Scand J Caring Sci 27: 345-353

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

Pediaterdagene 2014

Barnehelse i dag og i morgen

Fra hverdagspediatri til persontilpasset behandling

Velkommen til pediaterdagene 2014!

Pediaterdagene 2014 arrangeres av Barne -og ungdomsklinikken ved AHUS og Barneklinikken ved OUS den **15.-17. januar 2014**. Programmet fokuserer både på de nære ting og på fremtidens medisin - både på de hverdagslige problemer og på høyspesialisert medisin.

Vi begynner **onsdag 15. januar** på AHUS med LIS kurs om resuscitering. Fra kl 16 til 18 er det interessegruppemøter på RH.

Torsdag og fredag 16. og 17. januar møtes vi på OUS, Rikshospitalet. Torsdag morgen starter hovedprogrammet med en spennende sesjon om *fremtidens pediatri – persontilpasset medisin*. Hvordan vil genomanalyser bidra til en individualisert behandling innen pediatrien? To av Norges ledende eksperter, professor Dag Undlien OUS Ullevål, og Professor Ola Myklebost OUS, DNR dekker dette emnet.

Vi ser også frem til en sesjon om *CFS/ME*. Vi ønsker å belyse denne vanskelige tilstanden fra flere angrepsvinkler. Ingrid Helland redegjør for hvordan vi møter disse pasientene ved kompetansesenteret ved OUS og Vegard Bruun Wyller informerer om resultatene fra en stor randomisert studie. Olav Mella og Øystein Fluge gir oss siste nytt i Rituximab studien ved Haukeland sykehus. Roger Soll fra USA, en av verdens fremste nyfødtleger, vil oppdatere oss i hvordan vi behandler den nyfødte de første, "golden minutes" etter fødselen.

Fredag starter med en bred *kardiologisesjon* som også kombinerer siste nytt med hverdagens utfordringer. Gurleen Sharland fra London foreleser om intrauterin diagnostikk av medfødte hjertefeil. Alf Meberg fra Tønsberg skal snakke om screening for medfødt hjertefeil i Norge. En egen del omhandler *det univentrikulære hjertet* med innlegg av Marianne Indrebø, Henrik Brun og Thomas Møller, alle fra OUS. Gaute Døhlen avslutter denne delen med et foredrag om hjertekateterisering ved fontansirkulasjon.

Nyfødtsesjonen fortsetter med Roger Soll som gir oss en oversikt over probiotics. Norsk neonatologi blir representert ved Ann-Mari Brubakk fra Trondheim. Hun vil oppsummere mye av sin egen og Trondheimsgruppens viktige forskning vedrørende oppfølging av de minste premature.

Lungesesjonen på torsdag og fredag har som hovedtema: hvesing og RSV infeksjon, bronchiolitt, rennende eller renere nese?, mycoplasma pneumoni. Kort sagt blir dette mye om pediatriens hverdagsproblemer. Christopher Inchley, Are Stuwitz Berg og Håvard Skjerven blir de norske foredragsholderne.

Det blir plass til *frie foredrag* på torsdag – så send inn abstrakt! Styrets time på torsdag og presentasjon av AHUS og OUS *forskning* på fredag, blir også spennende.

Og ikke minst, husk å bli med på *Festmiddagen* torsdag 16. januar på Ekeberg restauranten. Priser for beste frie foredrag utdeles der. Kanskje blir det også anledning til å besøke den nye skulpturparken?

Vi ønsker å gjøre Pediaterdagene 2014 minnerike både faglig og sosialt. Meld dere på, meld på frie foredrag, og møt opp 15.-17. januar 2014!

Program for Pediaterdagene 15-17 januar 2014

(endringer kan gjøres)

Sted: AHUS og Store auditorium OUS, Rikshospitalet

Onsdag 15/1

09.30-15.30 **SPISS/LIS kurs Resuscitering AHUS** (NB! Begrenset deltakelse. Felles transport fra Ahus til Interessgruppemøter)
16.00-18.00 **Interessegruppemøter RH**
18.00-20.00 **Get together i Forvalterboligen, Gaustad**

Torsdag 16/1

Sted: Store auditorium, OUS, Rikshospitalet

08.30 Åpning Klinikksjef Jan Petter Odden, Klinikkleder Terje Rootwelt, Barneombud Anne Lindboe

Fremtidens medisin: Persontilpasset behandling

09.00- 09.35 Dag Undlien OUS, Ullevål: **Gener og persontilpasset medisin**
09.35-10.10 Ola Myklebost OUS, DNR: **Persontilpasset behandling av Barnekreft**

10.10-10.25 **Pause**

CSF/ME

10.25-10.40 Ingrid Helland, OUS: **Kompetansetjenesten for CFS/ME ved OUS**.

Sykdomsmekanismer og behandling ved CFS/ME

10.40-11.10 Øystein Fluge/Olav Mella, Haukeland: **Erfaringer fra rituximab-utprøvingen ved ME**.
11.10-11.40 Vegard Bruun Wyller, AHUS: **Erfaringer fra NorCAPITAL-prosjektet**.

11.45-12.15 **Frie foredrag**
12.15-13.15 **Lunsj, kantinen ved RH**
13.15-14.05 **Styrets time**

Nyfødtmedisin og lungemedisin

14.05- 14.40 Roger Soll, Burlington: **Delivery room handling.**
14.40 -15.00 Håvard Skjerven OUS: **Respiratory viruses in acute bronchiolitis**

15.00-15.15 **Pause**

15.15 – 17.15 **Frie foredrag**

19.00 **Festmiddag Ekeberg Restauranten**

Fredag 17/1

Sted: Store auditorium, OUS, Rikshospitalet

08.30-08.40 **morgenmusikk**

Hjertemedisin
– Part 1 Screening for severe heart defects

08.40-09.10 Gurleen Sharland, Reader/Lead Consultant Fetal Cardiology Unit, Evelina Children's Hospital, London: **Improved intrauterine detection rate of critical heart defects-experiences from the UK**
09.10-09.30 Alf Meberg, Sentralsykehuset i Vestfold: **Screening for critical congenital heart disease - current practice in Norway and visions for the future**

Part 2 Univentrikulære hjerter

09.30-09.45 Marianne Indrebø, OUS: **Univentrikulære hjerter - Fontan er fremdeles aktuelt som palliativ behandling**
09.45-10.00 Henrik Brun, OUS: **Vurdering av fontansirkulasjon med ekkokardiografi**
10.00-10.15 Thomas Møller, OUS: **Medisinske problemer ved fontansirkulasjon**
10.15-10.30 Gaute Døhlen, OUS: **Hjertekateterisering ved Fontansirkulasjon**

10.30-11.00 **Pause**

11.00 -12.00 **Forskning ved AHUS og OUS**

12.00-13.00 **Lunsj kantinen ved RH**

Nyfødtmedisin og lungemedisin

13.00 – 13.35 Roger Soll, Burlington: **Probiotics in neonatal intensive care**
13.35 - 14.00 Ann- Mari Brubakk, NTNU: **Long-term follow up of children with low birth weight: clinical and cerebral development**
14.00-14.35 NN: **"wheezing and RSV in healthy term babies "** (Ikke bekreftet)

14.35-15.00 **Pause**

15.00-15.20 Christopher S Inchley, AHUS: **Bronchiolitt - Renere nese, kortere liggetid**.
15.20 -15.40 Are S Berg, AHUS: **Mycoplasma Pneumoniae- ikke tro på alt du leser.**

15.40 **Avslutning**

Påmeldingsavgift
Deltakelse på SPISS/LIS kurs om resuscitering AHUS: kr 500
Deltakelse på pediaterdagene 16. og 17.januar inkl. lunsj og 2 kaffepauser pr dag
Før 18/12-2013: kr 3000
Etter 18/12-2013: kr 3500
Dagpakke inkl lunsj og 2 kaffepauser per dag
Før 18/12-2013; kr 1800
Etter 18/12-2013 kr 2000

Sosialt
Get together onsdag 15/1 (Inkludert i påmeldingen)
Festmiddag torsdag 16/1 kr. 600 (sponset av arrangøren)

Frie Foredrag
Send inn ditt abstrakt innen 15. desember til: motesekretaer@barnelegeforeningen.no

Overnatting
Vi har forhåndsbestilt rom ved Thon Hotell Opera. http://www.thonhotels.no/hoteller/land/norge/oslo/thon-hotel-opera/
Hver enkelt bestiller sitt eget rom. Oppgi referanse nummer 4296974.
NB! Siste frist 20. november 2013 (begrenset antall)

Lokal organisasjonskomite
Elin Wahl Blakstad, Leif Inge Brunvand, Vegard Bruun Wyller, Diana Karsten, Britt Nakstad, Morten Pettersen, Ola Didrik Saugstad

MiniMax®

Et helt måltid i en liten pakke*

– laget på melk og økologisk fløte

*MiniMax Barnesondenæring og Resource MiniMax næringsdrikk er næringsmessig fullverdig med 240 kcal/forpakning (200 ml). Barnesondenæringen anbefales fra 6 måneder og næringsdrikkene fra 1 års alder.

www.nestlehealthscience.no

Nestlé Kundeservice: 67817400

NestléHealthScience
NOURISHING PERSONAL HEALTH

BARNEHELSEPRISEN 2014

- innbyding til å komme med forslag til kandidatar

Barnehelseprisen er ein pris som vert gitt ut av NBF i samarbeid med Barneombudet.

Styret i NBF ynskjer nå å oppfordre NBF's medlemmar til å komme med forslag til kandidatar for pris i 2014.

Forslag til kandidatar sendast til sekretaer@barnelegeforeningen.no snarast, men seinast innan 14.desember 2013

Følgande kriterier brukast til å velge ein egna kandidat:

- Prisen skal gå til ein person eller organisasjon som har gjort ein spesiell innsats for barnehelse.
- Prisen skal primært gå til ein som ikkje er medlem av NBF.
- Prismottakar trenger ikkje sjølv å ha medisinsk utdanning eller profesjon.
- Prisen kan gå til ein offentleg aktør som talar barnas sak.
- Prisen består av ein kunstgjenstand som kan vere inspirert av NBFs emblem "Piken i skogen" og kan ha symbolsk verdi.

Styret i NBF ynskjer å dele ut ein pris på Pediaterdagane januar 2014 - egna kandidat bestemmes av styret i NBF, i samarbeid med Barneombudet.

For meir informasjon sjå www.barnelegeforeningen.no

Nye doktorgrader (PhD)

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

Cand.med. **Karianne Wiger Gammelsrud** forsvarte 19. april 2013 sin avhandling "The influence of extensive antibiotic exposure on normal flora microbes: a longitudinal study of children with cancer, children with cystic fibrosis, and healthy controls" for graden ph.d. Arbeidet gikk ut fra Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo.

Kort sammendrag av avhandlingen:
Barn med kreft og barn med cystisk fibrose får mange antibiotikakurer i løpet av sine behandlingsforløp. Medfører dette at de etter hvert utvikler resistente bakterier og gjærsopp i svelg og avføring som senere kan gi dem livstruende infeksjoner? I sin avhandling Effekten av massiv antibiotikapåvirkning på normalfloraens mikrober: en longitudinell studie av barn med kreft, barn med cystisk fibrose og friske barn har lege og forsker Karianne Wiger Gammelsrud fulgt 45 barn med kreft, 37 barn med cystisk fribrose og 70 friske barn med gjentatt prøvetakning over tid. Et av hovedfunnene er at barna kan behandles gjentatte ganger med kombinasjon av 2 typer antibiotika (bredspektret penicillin og aminoglykosider) uten at tarmbakteriene, som utgjør den største trusselen for kreftpasientene, blir resistente. En annen type bredspektret antibiotika (3. generasjons cefalosporiner), derimot, øker antibiotikaresistensen. Et annet interessant funn var at mer enn halvparten av barna hadde gjærsoppen Candida i sin hals- og/eller avføringsflora. Gammelsrud fant at de friske barna, som hadde fått svært lite antibiotika, hadde tilnærmet like mye Candida som barna med høyt antibiotikaforbruk (barn med kreft og cystisk fibrose). Det er altså vanlig for barn å ha Candida i sin normalflora. Det var ingen tegn til utvikling av resistente Candida-arter over tid.

Cand.med. med. **Bjørn Helge Haug** forsvarte sin avhandling "miRNAs in MYCN-amplified neuroblastoma" for ph.d.-graden i helsevitenskap ved Universitetet i Tromsø 16. august 2013. Arbeidet går ut fra Forskningsgruppen for pediatri ved Universitetet i Tromsø.

Kort sammendrag av avhandlingen:
Nevroblastom er den vanligste typen kreftsvulst i første leveår. Den forårsaker 15 % av kreftdødsfall hos barn. Den mest sentrale markøren med betydning for prognose er en økning i antall genkopier (amplifikasjon) av det kreftfremkallende genet MYCN. Pasienter som har denne genfeilen overlever langt færre, til tross for intensiv behandling. For å utvikle bedre, mer målrettede behandlingsformer, er det viktig å lære mer om hvilke mekanismer dette genet utnytter i kreftutviklingen. For å enkelt studere funksjonen til dette genet i nevroblastomceller har vi konstruert viruspartikler som kan gå inn i kreftcellene og redusere mengden MYCN. I denne avhandlingen har man undersøkt hvordan MYCN kan øke nivåene av små kreft-assosierte molekyler (miRNA). Videre har man undersøkt hvordan disse små molekylene kan hemme et viktig kreftbeskyttende gen (DKK3), og dessuten vandre ut av kreftcellene for å stimulere nydannelse av blodkar, en viktig forutsetning for svulstutvikling. Denne avhandlingen bidrar med ny kunnskap om hvordan MYCN genet kan påvirke kreftutvikling.

Att mäta barns hälsa – ett folkhälsoperspektiv.

2-veckors kurs på NHV 15 september –26 september 2014.

Varför inte utnyttja den absolut sista chansen att njuta av en högt uppskattad kurs på NHV?

De nordiska ämbetsmännen och politikerna har beslutat att den siste december 2014 avveckla Nordic School of Public Health NHV (Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap) i Göteborg. Därmed går efter 60 år en mycket uppskattad samnordisk verksamhet för utbildning och forskning inom nordisk folkhälsovetenskap i graven. De senaste decennierna har en stor och viktig del av NHV:s verksamhet kretsat kring barns hälsa, och ett flertal stora nordiska forskningsprojekt har genomförts, liksom många välbesökta kurser, seminarier och konferenser. Nu kommer den allra sista kursen på NHV också att handla om barns hälsa, en upprepning av en mycket uppskattad kurs om att mäta och värdera barns hälsa, som hållits sen 2005.

Kursens mål är att beskriva och förklara de samhälleliga förhållanden som styr utvecklingen av hälsa och välfärd hos barn och unga samt att redogöra för folkhälsovetenskapliga metoder att mäta och värdera detta.
Följande områden belyses:

- Folkhälsovetenskapligt perspektiv på barns hälsa och välbefinnande
- Befolkningars välfärd och dess mätning, nationellt och internationellt
- Kvantitativa och kvalitativa mätmetoder
- Barns levnadsvillkor
- Hälsoindikatorer
- Barns psykiska hälsa
- Journaler och journalsystem som verktyg
- Registerdata om barn i Norden
- Praktiska tillämpningar av olika metoder

Vi välkomnar dig som någonstans i Norden arbetar eller avser att arbeta med barn-populationernas hälsa. Du kan vara t.ex. läkare, tandläkare, sjuksköterska, psykolog, sociolog, fysioterapeut, social- eller folkhälsoarbetare eller administratör. Etablerade forskare presenterar erfarenheter från sina nordiska och internationella arbetsfält, och du kommer själv att arbeta med mätningsuppgifter under kursen. Era egna erfarenheter kommer att användas!
Kursen pågår under två sammanhängande veckor på NHV:s attraktiva campus på Nya Varvet, med park, sjöluft och bekvämt boende, och innefattar föreläsningar, seminarier, litteraturstudier, grupparbeten.

Det är öppet för ansökan ända fram till kursstart, men ansök så fort som möjligt, platsantalet är begränsat!
För vidare uppysningar se NHV:s hemsida www.nhv.se eller fråga kursledaren Lennart Köhler
+46 31 693976 eller lennart.kohler@nhv.se

norden
Nordic School of Public Health
NHV

Illustrasjonsfoto: Stefan Kutzsche

Kurs på OUS 21.-25. oktober 2013

Nyfødtmedisinske teknikker

Kurset under ledelse av prof. Thor Willy Ruud Hansen, Oslo Universitetssykehus gikk av stablen i oktober mnd i år. Deltakerne av kurset kom fra hele landet og trente på innlæring av ferdigheter på anesteserte rotter og gris, på dukke eller andre medier. Under kyndig bistand og veiledning fra kursansvarlige og veterinær fra avdeling for komperativ medisin, Rikshospitalet, fikk legene demonstrert teknikker og har selv utført de vanligst forekommende teknikker og prosedyrer som brukes i nyfødtmedisinen. Programmet gikk over 5 dager og strak seg fra perifer vene- og arteriekanylering, perkutan innleggelse av sentralt venekateter, navlevene- og navlearteriekateter, håntering av luftveier med ventilering med maske og intubasjon, til innleggelse av toraksdren, spinalpunksjon, intraossøs tilgang, blærekateter og –punksjon. I tillegg til disse prosedyrene ble det øvelser i team med tilnærming til akutt syke nyfødte barn og resusciteringssituasjoner. Et lærerikt og vel gjennomført kurs med fornøyde deltakere.

Av Stefan og Hildegunn Kutzsche

Förste läkarboken

Förste läkarboken
Om det nyfödde barnet och dess förste tid
Stefan Johansson
Laterna medica
ISBN 978-91-980985-0-1
Sider: 80
Pris kr. 88

Dette er en liten illustrert bok for nybakte foreldre. Boka gir svar på de fleste spørsmål som nybakte foreldre kan stille i forhold til et nytt barn. Johansson tar foreldre med på en reise gjennom barseltiden fra fødsel til hjemreisen, der barselavdelingen er en "mellomlanding". Han forklarer på en enkel måte de vanlige hendelser og valg i forhold til den første tiden etter fødselen. Boken er delt i fem kapitler. Det første tar for seg de første ti minuttene etter fødselen og fokuserer på Apgar skår og klipping av navlestreng. Neste kapittel handler om de første timene etter fødselen. Her får foreldrene innblikk i den første undersøkelsen av barnet, hodeformen etter fødselen og informasjon om K-vitamin. Han følger foreldrene over til barselavdelingen og gir råd om amming, stell av navlestumpen, urin og avføring. Han gir også informasjon om Følling, og råd for hjemreise. I kapittel fire guider han foreldrene gjennom barnelegens undersøkelser av den nyfødte fra topp til tå. Foreldrene lærer om barnets allmenntilstand og hva de skal holde et øye med. Det neste kapittelet er viet neonatalavdelingen og vanlige medisinske problemstillinger. Første del av dette kapittelet retter søkelyset mot vanlige medisinske problemstillinger som fostervann i lungene, lavt blodsukker, gulsott og mistanke om infeksjon. Den andre delen er forbeholdt for tidlig fødte barn og tar for seg det å bli foreldre for tidlig. Neste del fokuserer på helsestasjon og de første ukene hjemme. Her får foreldrene råd om ernæring, forkjølelser og infeksjoner. Boken rundes av med råd til foreldre om å nyte tilværelsen som nybakte foreldre.

Boken er på 77 sider og er skrevet i et lettlest svensk språk. Boken har et oversiktlig stikkordsregister bak som gjør det lett å finne fram. Boken gir svar på mange av de spørsmål som er vanlig å stille til barnelegen og egner seg som informasjon til førstegangsforeldre. Boken kan dermed være en god forberedelse for foreldrene før de møter barnelegen på barselvisitt. En norsk versjon av denne boken kan være nyttig for både majoritets- og minoritetsspråklige foreldre på en barselavdeling.

Highlights from Acta Paediatrica 2013; 102, 1111

The value of a short disabled life

"Our hopes were not for a miracle but were much simpler: to meet and hold our babies and to be a family". Three women who choose to continue their pregnancies following prenatal diagnostics of a genetic disorder, trisomy 13 or 18, describe their thoughts and the feeling of being abandoned by healthcare professionals, Pauline Thiele et al. (pp 1127–1129)

See also "Medical interventions for children with trisomy 13 and 18: What is the value of a short disabled life" by Annie Janvier et al. (pp 1112–1117), and "Editor's Comment" by William Meadow (pp 1129).

Diet in the early years of life influences cognitive abilities later in childhood

Children with a healthy food intake during the early years of life have a better verbal and nonverbal ability at the age of 10 compared to other children, according to an Australian longitudinal study of 2869 children and their families. Moreover, the study showed that soft drink consumption had a negative effect on neurocognitive development while increased fruit intake had a positive effect. On the other hand, dairy consumption at ages two and three were associated with positive neurocognitive outcome. See article by Anett Nyaradi et al. (pp 1165–1173) .

What paediatricians think about parents who refuse to vaccinate their children

An increasing number of parents refuse to have their infants vaccinated. In an Israeli study, Ayala Maayan-Metzger et al. have evaluated 376 paediatricians' attitudes and emotions towards these parents. The majority (70.7%) of the paediatricians expressed negative feelings towards refusing parents. Despite this, more than a third agreed that parents have the right to decide. About one of three doctors claimed that vaccination should be officially enforced (pp 1186–1191) .

Factors associated with infant feeding problems

Feeding difficulties are a common problem during infancy and early childhood in preterm children. In a longitudinal study of 80 infants born preterm, 23% had feeding problems at 2 years of age while 55% were described as being a "good eater". Feeding outcome at 2 years was associated with early hypotonia and socio-economic status. Early medical factors, early feeding performance, cerebral structure and maternal wellbeing did not seem to influence feeding outcome. See article by Tara Crapnell et al. (pp e539–e545) .

Factors influencing prosecution of child physical abuse

In a study of all nonfatal child physical abuse cases reported to the police in a Swedish metropolitan area in 2006, prosecution occurred only after a forensic medical evaluation had been performed. Surprisingly, only around 11% of the victims were medically examined, despite a high severity of violence in most of the reported cases. Seven percent of the cases led to prosecution and 1.3% resulted in summary proceedings. The result suggests that criminal investigative procedures on child physical abuse in Sweden could be improved. See article by Gabriel Otterman et al. (pp 1199–1203) .

NYHET!

Dymista®

flutikasonpropionat/azelastinhydroklorid

Rask og effektiv ved allergisk rhinitt[1,2,3]

Symptomlindring i både nese og øyne[3]

C **Dymista «Meda»**

Lokalt antihistamin + kortikosteroid

ATC-nr.: R01A D58

NESESPRAY: *1 dose inneh.:* Azelastinhydroklorid tilsv. azelastin 125 µg, flutikasonpropionat 50 µg, dinatriumedetat, glyserol, mikrokrystallinsk cellulose, karmellosenatrium, polysorbat 80, benzalkoniumklorid, fenyletylalkohol, renset vann. **Indikasjoner:** Symptomlindring ved moderat til alvorlig sesongrelatert og helårlig allergisk rhinitt, hvis monoterapi med enten intranasalt antihistamin eller glukokortikoid ikke er tilstrekkelig. **Dosering:** ***Voksne og ungdom ≥12 år:*** Regelmessig bruk er viktig for full terapeutisk effekt. Kontakt med øynene må unngås. En spray i hvert nesebor 2 ganger daglig (morgen og kveld). Behandlingsvarighet bør være i overensstemmelse med allergeneksponeringsperioden. ***Spesielle pasientgrupper:*** *Nedsatt lever- og nyrefunksjon:* Data foreligger ikke. *Barn <12 år:* Anbefales ikke da sikkerhet og effekt ikke er fastslått. *Eldre:* Dosejustering er unødvendig. ***Administrering:*** Til nasal bruk. Flasken bør ristes forsiktig før bruk i ca. 5 sekunder ved å vende den opp og ned. Før første gangs bruk må sprayen klargjøres ved å trykke pumpen ned og slippe 6 ganger. Er det >7 dager siden bruk, må den klargjøres på nytt. Etter at nesen er pusset skal oppløsningen sprayes inn i hvert nesebor mens hodet bøyes fremover. Spraytuppen tørkes av og beskyttelseshetten settes på plass etter bruk. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for noen av innholdsstoffene. **Forsiktighetsregler:** Systemiske effekter av nasale kortikosteroider kan forekomme, særlig ved bruk i høye doser over lang tid. Mulige systemiske effekter kan omfatte Cushings syndrom, Cushinglignende trekk, adrenal suppresjon, veksthemming hos barn og unge, katarakt, glaukom, og mer sjeldent, en rekke psykiske eller atferdsmessige effekter, som omfatter psykomotorisk hyperaktivitet, søvnforstyrrelser, angst, depresjon og aggresjon (særlig hos barn). Ved alvorlig leversykdom er det sannsynlig at systemisk eksponering for flutikasonpropionat er økt. Dette kan medføre høyere forekomst av systemiske bivirkninger og forsiktighet bør utvises. Behandling med høyere doser enn anbefalt kan medføre klinisk signifikant adrenal suppresjon. Ved bruk av doser som er høyere enn anbefalt, bør det vurderes å bruke ytterligere systemiske kortikosteroider i perioder med stress eller elektiv kirurgi. Det er rapportert veksthemming hos barn som får intranasale kortikosteroider i godkjente doser. Det anbefales at veksten hos ungdom overvåkes regelmessig. Ved hemmet vekst, skal doseredukson vurderes. Nøye overvåkning er påkrevet hos pasienter med synsforandringer eller med tidligere økt okulært trykk, glaukom og/eller katarakt. Hvis det foreligger grunn til å tro at binyrefunksjonen er nedsatt, skal det utvises forsiktighet ved overføring av pasienter fra systemisk steroidbehandling til Dymista. Hos pasienter med tuberkulose, enhver type ubehandlet infeksjon eller som nylig har gjennomgått kirurgisk inngrep, eller fått skade på nese eller munn, skal mulige fordeler med behandling veies opp mot mulig risiko. Inneholder benzalkoniumklorid som kan forårsake irritasjon av neseslimhinnen og bronkospasmer. **Interaksjoner:** *Flutikasonpropionat:* Det er rapportert klinisk signifikante interaksjoner ved samtidig bruk av ritonavir, med systemiske kortikosteroidbivirkninger som Cushings syndrom og binyrebarksuppresjon. Samtidig bruk med ritonavir skal derfor unngås, med mindre potensiell nytte oppveier risiko. Under normale omstendigheter er det lave plasmakonsentrasjoner av flutikasonpropionat etter intranasal dosering pga. omfattende first pass-metabolisme og høy systemisk clearance via CYP 3A4 i tarm og lever. Klinisk signifikante interaksjoner er derfor lite sannsynlig. Det tilrådes forsiktighet ved samtidig administrering av en potent CYP 3A4-hemmer (f.eks. ketokonazol), pga. potensielt økt systemisk eksponering av flutikasonpropionat. *Azelastinhydroklorid:* Anbefalte nasale doser fører til svært lav systemisk eksponering. Det skal likevel utvises forsiktighet ved samtidig bruk av sedativa, alkohol eller legemidler med virkning på sentralnervesystemet, da sedativ effekt kan øke. **Graviditet, amming og fertilitet:** *Graviditet:* Det er ingen eller begrenset data om bruk av azelastinhydroklorid og flutikasonpropionat hos gravide. Bør bare brukes under graviditet hvis potensiell fordel oppveier potensiell risiko for fosteret. *Amming:* Det er ukjent om nasalt administrert azelastinhydroklorid/metabolitter eller flutikasonpropionat/metabolitter utskilles i morsmelk. Bør bare brukes ved amming hvis potensiell fordel oppveier potensiell risiko for den nyfødte/spedbarnet. *Fertilitet:* Begrensede data. **Bivirkninger:** *Svært vanlige (>1/10):* Neseblod. *Vanlige (≥1/100 til <1/10):* Hodepine, dysgeusi (ubehagelig smak) og ubehagelig lukt. *Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100):* Ubehag i nesen (inkl. neseirritasjon, stikking, kløe), nysing, nesetørrhet, hoste, tørr hals, halsirritasjon. *Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000):* Munntørrhet. *Svært sjeldne(<1/10 000):* Hypersensitivitet, inkl. anafylaktiske reaksjoner, angioødem (hevelser i ansikt eller tunge og hudutslett), bronkospasme, svimmelhet, søvnighet, glaukom, økt intraokulært trykk, katarakt, nasal septumperforasjon, slimhinneerosjon, kvalme, utslett, kløe, elveblest, fatigue (tretthet, utmattelse), svakhet. Systemiske effekter kan forekomme, særlig ved bruk i høye doser over lang tid. Det er rapportert veksthemming hos barn som får nasale kortikosteroider. Det er mulig med veksthemming hos ungdom også. I sjeldne tilfeller er det observert osteoporose ved bruk av nasale kortikosteroider over lang tid. **Overdosering/Forgiftning:** Ved nasal administrering forventes det ikke overdoseringsreaksjoner. *Symptomer:* Administrering av høyere doser enn anbefalt over en lengre periode, kan føre til midlertidig binyrebarksuppresjon. Binyrebarkfunksjonen vil gjenopprettes i løpet av få dager, og kan kontrolleres ved å måle kortisol i plasma. Ved overdosering etter utilsiktet oralt inntak, kan det forventes forstyrrelser i sentralnervesystemet (inkl. sløvhet, forvirring, koma, takykardi og hypotensjon), forårsaket av azelastinhydroklorid. *Behandling:* Symptomatisk. Avhengig av svelget mengde, anbefales mageskylling. Intet kjent antidot. Se Giftinformasjonens anbefalinger for azelastin R01A C03 side d og flutikason: Glukokortikoider H02A B side d. **Egenskaper:** *Klassifisering:* H1-antagonist (azelastin) og kortikosteroid (flutikason). *Virkningsmekanisme:* Azelastinhydroklorid og flutikasonpropionat har forskjellige virkningsmekanismer og viser synergistiske effekter mhp. forbedring av allergisk rhinitt og symptomer på rhinokonjunktivitt. Flutikasonpropionat er et syntetisk trifluorinert kortikosteroid med svært høy affinitet til glukokortikoidreseptoren, og med potent antiinflammatorisk virkning. Azelastin har potent, langtidsvirkende antiallergisk effekt, og har mastcellestabiliserende og antiinflammatoriske egenskaper. Hemmer syntese eller frigjøring av kjemiske mediatorer kjent for å være involvert i tidlige og sene stadier av allergiske reaksjoner, f.eks. leukotriener, histamin, plateaktiverende faktor (PAF) og serotonin. Lindring av nasale allergiske symptomer i løpet av 15 minutter. *Absorpsjon:* Etter intranasal administrering av 2 doser i hvert nesebor, er gjennomsnittlig C_{max} 194,5 ± 74,4 pg/ml for azelastin og 10,3 ± 3,9 pg/ml for flutikasonpropionat, og gjennomsnittlig AUC er 4217 ± 2618 pg/ml pr. time for azelastin og 97,7 ± 43,1 pg/ml pr. time for flutikason. T_{max} etter en enkelt dose er 0,5 time for azelastin og 1 time for flutikason. *Proteinbinding:* Flutikasonpropionat: 91%. Azelastin: 80-90%. *Fordeling:* Flutikasonpropionat: Distribusjonsvolum ca. 318 liter ved steady state. Azelastin: Stort distribusjonsvolum. *Halveringstid:* Flutikasonpropionat: Eliminasjonshastigheten for i.v. administrert flutikasonpropionat er lineær i doseområdet 0,25-1 g, og karakteriseres ved høy plasmaclearance (Cl=1,1 liter/minutt). Maks. plasmakonsentrasjon reduseres med ca. 98% i løpet av 3-4 timer, og bare lave plasmakonsentrasjoner er forbundet med terminal halveringstid på 7,8 timer. Azelastin: Ca. 20-25 timer for azelastin og ca. 45 timer for den aktive metabolitten. *Metabolisme:* Flutikasonpropionat elimineres hurtig fra systemisk sirkulasjon, hovedsakelig via CYP 3A4. Azelastin metaboliseres hovedsakelig via CYP 3A4, 2D6 og 2C19. *Utskillelse:* Flutikasonpropionat: Hovedsakelig via gallen. Azelastin: Utskillelse skjer hovedsakelig via feces. **Pakninger og priser:** 120 doser (glassflaske) kr 244,40

Sist endret: 12.04.2013

Referanser:

1. Carr et al. J Allergy Clin Immunol. 2012;129(5):1282–9. **2.** Hampel et al. Ann Allergy Asthma Immunol. 2010;105(2):168–73. **3.** Meltzer E et al. Int Arch Allergy Immunol 2013;161:369–377.

MEDA Meda AS | Askerveien 61, 1384 Asker. Postboks 194, N-1371 Asker | info@meda.no | www.meda.no | www.dymista.no