

PAIDOS



TIDSSKRIFT FOR NORSK BARNELEGEFORENING

2014; 32(1): 1-32



Ungdomsrådet ved Oslo Universitetssykehus
Pediaterdagene 2014
Psykologiens Mozart



Kjære kolleger og venner!



Pedaterdagene 2014 gikk av stabelen i Oslo i januar. Per Helge Måseide har fulgt med og beretter om en vellykket konferanse. Tusen takk til arrangørene og bidragsytere for et vel gjennomført, fantastisk og spennende møte.

I flere nummere har vi rapportert om medisin og helsetjenester i Okhaldunga i Øst Nepal. Nå gleder våre kolleger Erik og Kristin Bøhler seg til et nytt sykehus. Vi gleder oss sammen med dem når de endelig kan flytte inn i nye lokaler etter hvert.

Barns læring skjer gjennom bruk av språk og deltakelse i sosial praksis. I denne første utgaven av Paidos i 2014 fokuserer vi på Lev Semyonovich Vygotsky's sosiokulturelle læringssyn som tankeredskap for ulike oppgaver i skole og helseomsorgen knyttet til barns utvikling og vekst.

Kommunene har etablert ungdomsrådet som et offentlig organ, der ungdommer blir orientert om kommunale saker som angår dem. Hvorfor ikke etablere et ungdomsråd på sykehuset? Pasienten skal være i sentrum! "Dette lover godt for et ungdomsvennlige tilbud fremover" sier leder i ungdomsrådet OUS Sarah Nordby Jensen. Flere sykehus i landet har allerede innrettet ungdomsråd for å kunne styrke miljøet og ivareta ungdommenes interesser. I dette nummeret gjør Anne Hellum rede for målsetningen og oppgaver til ungdomsrådet ved Oslo Universitetssykehus.

Spesialistutdanning og ferdighetstrening innen helsefagene inkludert pediatriutdanning får stadig større oppmerksomhet. Vårt utdanningssystem er blitt gjenstand for revurdering og både Helsedirektoratet og Legeforeningen har tatt initiativ til innledende nasjonale drøftinger. I dette Paidos nummeret beretter Tom Stiris, president i European Academy of Pediatrics (EAP), om internasjonale perspektiver for norsk barnelegeutdanning.

En ny påske står for døren, og tradisjonen tro skal mange av oss ut i naturen. Å være i kontakt med naturen gir oss fysisk og mentalt overskudd for å kunne oppfylle våre personlige og profesjonelle mål og drømmer. Nærhet til naturen kan løfte vår kreativitet og er en nøkkel til å gjøre en god jobb. La oss bli inspirert av den rike og fantastiske naturen vi har i dette landet.

Jeg takker våre medlemmer for trofast lesing av Paidos og for faglige bidrag som stadig gjør vårt barnelegetidsskrift til en spennende lektüre. Fortsett med det. Når jeg nå endelig kaster inn håndkledet, ønsker jeg Paidos, Norsk Barnelegeforening og den nye redaktøren Anders Bjørkhaug lykke til med det videre arbeidet.

Beste hilsener
Stefan Kutzsche

Kurs og konferanser

se www.barnelegeforeningen.no

Vårmøtet i Ålesund 4-6. juni 2014

AMEE Milano 30.august-3.september 2014

5th Congress of the EAPS 17- 21.oktober 2014

Paidos 2014

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

paidosredaksjonen@barnelegeforeningen.no

Adresse

Paidos redaksjon
Gardeveien 17 (517)
0363 Oslo

Design

Centrum Trykkeri AS
Cecilie Rott
cecilie@centrum-trykkeri.no

Annonser

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

Materiellfrister

Nr. 02/2014 - 1. april

Forsidefoto

Foto: Trond Bøhler

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

2 Redaktøren

Stefan Kutzsche

4 Leder

Jan Petter Odden

6 Ungdom på sykehus

Anne Hellum

10 Nyfødtregister avdekker forskjeller i praksis

Per Helge Måseide

14 Pediaterdagene 2014

Per Helge Måseide

18 Spesialistutdanning og ferdighetstrening

Ingebjørg Fagerli

20 Interjuv med Tom Stiris

Stefan Kutzsche

22 De gode historiene i pediatrien:

Psykologiens Mozart

Stefan Kutzsche og Kamil Øzerk

25 Nye doktorgrader (PhD)**27 Bokomtale****28 Etikk og jus**

Stefan Kutzsche

30 Highlights from Acta Paediatrica

Miniatyrbilde: Helt siden 2009 har vi fulgt med barnehelsearbeidet distriktet i Øst Nepal. Nå bygger de et nytt sykehus. Paidos ønsker pasienter og helsepersonell i Okhaldunga lykke til med fremtiden.. Foto: Trond Bøhler

Forsidebilde: Tredje etasje av hovedbygningen på det nye sykehuset tar form. "Det lille sykehuset i Okhaldunga i Øst Nepal har lenge vært fullstendig overfylt. Det er farlig for pasientene og frustrerende for staben. Finansierte av private gaver bygges sykehuset nå ut. En solid, tre-etasjes jordskjelv-sikker sykehusbygning på et sted uten fast broforbindelse over de store flodene krever innsats. Her støpes gulvet i den etasjen som skal romme både Fødeavdeling og Barneavdeling. Da jobbes det fra dagslyset kommer og til det går" Foto: Dorothea Vestøl. Tekst: Erik Bøhler.

Kjaere kolleger!

Godt nyttår !

Pediaterdagene 2014

For annen gang arrangerte OUS og Ahus Pediaterdagene sammen. Under temaoverskriften: "Barnehelse i dag og i morgen" og "Fra hverdagspediatri til persontilpasset behandling" ble rekordhøye 190 påmeldte deltagere presentert et faglig spennende program. Barneminister Solveig Horne åpnet Pediaterdagene hvor hun tok utgangspunkt i dokumentet: "Satsningsområder i norsk pediatri 2011-2015" og spesielt på barnehelse og "de sårbare barna". Dokumentet er lett tilgjengelig på Pedweb, og det var tydelig og gledelig at Horne hadde satt seg inn i våre målsettinger. Styret i NBF gjennomførte i november 2013 en midtveis-evaluering av nettopp dette dokumentet, og i styrets time ble et utvalg av de mange satsningsområdene presentert.

Ellers ble møtet gjennomført etter tradisjonen med forkurs, SPISS kurs og møter i Interessegroppene. Sosialt ble det stor oppslutning om både "get together" og festmiddagen på Ekeberg restauranten. De to klinikkens husband var for anledningen slått sammen og bidro til høy stemning. Tilbakemeldingene fra mange av deltagerne tyder på et svært vellykket arrangement. Stor takk til den lokale arrangements-komiteen !

Kvalitet

Det er i Norge de siste 10 årene etablert en unik database, Norsk Nyfødtmedisinsk Kvalitetsregister (NNK) til bruk i kvalitetssikring, fagutvikling og forskning. Leder for dette arbeidet er Arild Rønnestad fra Nyfødtavdelingen, OUS. Hver dag legges det inn i databasen detaljerte medisinske data om alle premature og andre syke nyfødte som ligger i norske nyfødtavdelinger. Hjemmelsgrunnet for NNK er det samme som for Medisinsk fødselsregister, og kobling av data fra disse registrene gir norsk nyfødtmedisin en unik mulighet til å se resultatene av helheten i svangerskapsomsorg, fødselshjelp og nyfødtmedisin, samt å kunne følge endringer i behandlingsmåter og resultater over tid. Man kan for eksempel sammenlikne avdelinger med hensyn på faktorer som prosentandel av de premature på CPAP og varighet av systemisk antibiotikabehandling. På denne måten kan vi både kvalitetssikre den behandlingen vi gir de premature/nyfødte og sammenligne oss med andre land. Denne muligheten er det i internasjonal sammenheng få andre permanente, landsdekkende registre som har, og fagmiljøer i flere land har ønsket å lære av det norske kvalitetsregisteret.

Fra før av så har vi et annet utmerket kvalitetsregister: Barnediabetesregisteret, ledet av Torild Skriverhaug, OUS. NBF og ledere av landets barneavdelinger er enige om å etablere flere kvalitetsparametere i tiden fremover. Ved å høste lærdom av hverandre, blant annet gjennom slike registre, kan vi bidra til enda bedre behandling ved norske barneavdelinger.

Ungdomsråd

Rambøll-rapporten i regi av Helsedirektoratet konkluderte i 2012 med et lite enhetlig medisinsk tilbud til ungdom på norske sykehus. Det er ikke gjort egne analyser av unges erfaringer med helsetjenestene, og unges erfaringer ser således ikke ut til å ha blitt benyttet

for å gjøre tjenestene mer ungdomsvennlige. Både OUS og Ahus har etablert egne ungdomsråd for nettopp å øke medvirkning fra ungdommer i alderen 12-23 (25) år. Ungdommene skal ha personlige erfaringer fra møte med sykehus og helsetjenester på sykehuset, og er villige til å dele disse og ha et ønske om å bidra til bedre helsetjenester for ungdom. Ungdomsrådet kan uttale seg om sykehusets eksisterende og planlagte tilbud til ungdom, de melder saker til ledelsen og henvender seg direkte til ungdom innlagt på sykehuset og gir råd. Etableringen av ungdomsrådene har vakt oppmerksomhet hos både sentrale politikere og Barneombudet som allerede har brukt ungdomsrådene som referansepanel. Det er gledelig at flere andre barneavdelinger nå også har planer om å etablere egne ungdomsråd.



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

Ungdom på sykehus

Ungdomsrådet ved Oslo universitetssykehus (OUS) jobber aktivt for økt medvirkning fra unge pasienter mellom 12 og 25 år. Ungdomsrådet uttaler seg om sykehusets eksisterende og planlagte tilbud til ungdom, de melder saker til ledelsen og henvender seg direkte til ungdom innlagt på sykehuset.

AV ANNE HELLUM, SEKSJON FOR PASIENT- OG PÅRØRENDEOPPLÆRING, STAB SAMHANDLING OG INTERNASJONALT SAMARBEID, OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS. FOTO: RAM GUPTA.

Ungdomsrådet ved Oslo universitetssykehus ble opprettet i juni 2012. Rådet består av åtte ungdommer med pasienterfaringer fra OUS. Sarah Nordby Jensen (24 år) er leder av rådet. I tillegg har rådet knyttet til seg representant fra det sentrale brukerutvalget, helsepersonell fra samtlige klinikker ved sykehuset samt fra kommunehelsetjenesten. Totalt består ungdomsrådet av 17 representanter. Medvirkning fra ungdom og unge voksne med pasienterfaring er hovedformålet med ungdomsrådet. Helsepersonell og fagpersoner ved sykehuset og fra kommunehelsetjenesten brukes som en viktig faglig ressurs og som døråpnere.

Ungdom og unge voksne kan oppleve et helsevesen som ikke er tilpasset utfordringer knyttet til det å være ung. Ungdomstiden er en avgjørende fase i livet, der en tar mange store valg for fremtiden, blant annet vedrørende utdanning, arbeidsliv, flytting hjemmefra og stifting av familie. Å ha en sykdom eller en funksjonsnedsettelse, kan gjøre disse valgene ekstra utfordrende.

Ungdomsrådet skal fremme unge pasienters interesser og rettigheter på sykehuset, både i tilbud og behandling samt ha et særlig fokus på overgangen fra barneavdeling til voksenavdeling, jmf. Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon, kapittel 1 (FOR-2000-12-01-1217 HOD (Helse- og omsorgsdepartementet)).

Ungdom tas med på råd

Ungdomsrådet med sine verdifulle erfaringer fra unge pasienter og dyktig helsepersonell brukes i mange ulike sammenhenger i sykehuset. Medvirkning fra ungdom forekommer på flere nivå; på systemnivå, i utvikling av strategier og handlingsplaner, ved deltakelse i prosjekter samt gjennom samarbeid med sentralt brukerutvalg og klinikkens brukerråd.

Representantene får også direkte spørsmål om å mene noe om tekst i brosjyrer eller om tilbud til ungdom som skal utvikles i sykehusets avdelinger. På forespørsel har ungdom fra ungdomsrådet også deltatt i undervisning av helsepersonell og vært tilgjengelige med sine pasienterfaringer.

Oppfordringen til ansatte ved sykehuset som jobber med ungdom er; Spør ungdom! Snakk med dem! Tilbakemeldinger til ungdomsrådet ved OUS viser at det er lettere for ansatte ved sykehuset å få tilgang på ungdoms meninger etter at ungdomsrådet ble opprettet.

Noen av sakene ungdomsrådet engasjerer seg i

18-års aldersgrense ved alle sykehusets barneavdelinger

Det foreligger nasjonale føringer på at barneavdelinger i sykehus skal ha 18-års aldersgrense, jf. Helse- og omsorgsdepartementets forskrift om barns opphold i helseinstitusjon, kapittel 1.: §3. "Med barn menes i denne forskrift personer

under 18 år." (jf. LOV 1999-07-02 nr 61: Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.). Ungdomsrådet ser det som svært viktig å ivareta ungdom under 18 år i egne avdelinger hvor det finnes god kunnskap om barn og ungdoms rettigheter og særskilte behov.

Ungdomsrådet deltok i arbeidsgruppen i "Prosjekt 18-års grense" ved kvinne- og barneklubben i OUS sommer/høst 2013 som utredet konsekvensene av å heve aldersgrensen til 18 år i barneklubben. Rådet har også vært involvert i arbeidet med å innføre 18-års aldersgrense i kirurgisk avdeling for barn i klinikk for kirurgi- og nevrofag.

Transisjon - Overgangen fra barneavdeling til voksenavdeling

Et av ungdomsrådets fokus er å påvirke OUS til bedre å ivareta ungdom i overføringer fra barneavdeling til voksenavdeling. I sykehuset er flere ungdom under 18 år innlagt på voksenavdelinger, dels fordi det kan være fullt på barneavdelinger og dels fordi flere barneavdelinger fremdeles har både 14- og 16-års aldersgrense.

Ungdomsrådet har valgt å arbeide for et bedre tilbud til ungdom og unge voksne opp til 25 år. Denne aldersgruppen er ofte i en annen livsfase, er mer sårbare og har således andre behov for oppfølging enn sine eldre medpasienter. Parallelt med overgangen fra barne- til voksenavdeling er overgangen fra barn, via pubertet og ungdomstid til voksen. Forskning viser at manglende



Fra venstre: Sandra Nicolaysen, Sara Jensen, Frøydis Løvberg Lien, Miriam Akkouch (helt fremst), Eirik Næss, Anne Hellum, Guro Eidal Hanserud. Ikke tilstede da bildet ble tatt: Ola Aavatsmark og Karoline Karoline Schau.

oppfølgingen ved overføring fra barne- til voksenavdelinger kan få konsekvenser i form av dårligere ivaretagelse av egen helse og senere risikoatferd knyttet til sykdom.

Barn og ungdom bør få god tid til forberedelser på overgangen til voksenavdelinger mener ungdomsrådet ved OUS. Ved Great Ormond Street Hospital i London (1) har de positive erfaringer med å starte slike forberedelser fra pasienten er 12 år. Ungdomsrådet ønsker at alle barneavdelinger har gode prosedyrer for hvordan barn og ungdom skal forberedes på overgangen til voksenavdelinger. For eksempel er spørsmål rundt taushetsplikt og rettigheter noe helsepersonell må kunne hjelpe pasienten å finne svar på. I overføringen fra barneavdelinger til voksenavdelinger er det svært viktig at kunnskap om ungdom og ungdomshelse også finnes blant helsepersonell på voksenavdelinger.

Ivaretagelse av ungdom på voksenavdelinger

Ungdomsrådet ønsker å medvirke til at ungdom som er innlagt på voksenavdelinger blir ivaretatt med sine særskilte behov. Ungdomsrådet gjorde våren 2013 en kartlegging, som viste hvor i sykehuset det finnes ungdom, fordelt på aldersgruppene 12-18 og 18-25 år. I tillegg gjorde rådet en vurdering av lengden på innleggelser og kompleksitet hos ulike pasientgrupper. Rådet har utarbeidet konkrete anbefalinger om

tilrettelegging for ungdom som pasientgruppe og representanter i ungdomsrådet vil i 2014 møte ansatte på voksenavdelinger der det er ungdom innlagt, for å dele disse anbefalingene.

Ungdom og internett

Ungdomsrådet fremmet en sak for sykehuset sommeren 2013, der de påpeker hvor viktig det er at ungdom og unge voksne har tilgang på internett når de er på sykehuset.

Ved innleggelser på sykehus, særlig ved innleggelser over lengre tid, gjør tilgang på trådløst internett pasientene i stand til å følge undervisning, levere oppgaver og kommunisere med lærere og medstudenter. For å følge undervisningen ved egen skole under innleggelse, er det vesentlig å kunne benytte skolens læringsarenaer gjennom internett. En utredning om videregående skoletilbud for pasienter på helseinstitusjon, publisert av Unge funksjonshemmede 22.2.2013, konkluderer blant annet med følgende: "Digitale læringsplattformer bidrar til at det er lettere å holde kontakt med hjemskolen. Digitale plattformer som Fronter og It's Learning gjør det lettere for elever på helseinstitusjon å få regelmessig oppfølging fra lærere på hjemskolen."

Ungdomsrådet understreker at pasientgruppen i alderen 12-25 år har mye av sitt sosiale virke gjennom internett og sosiale medier. Rådet har opprettet egen hjemmeside og

facebookside. Dette er gjort med ønske om å markedsføre ungdomsrådet, gjøre informasjon om ungdomshelse lett tilgjengelig og invitere til kommunikasjon ungdom imellom. Det er et svært viktig helsefremmende tiltak å gi barn og unge muligheter til å holde kontakt med venner og familie under innleggelser. I tillegg gir det raskere restitusjon å kunne kjenne seg deltakende i livet utenfor sykehuset, fordi det bidrar til å holde fokus på pasientens ressurser og mestring.

Ungdomsrådet vil forsette å følge opp målet om trådløs internettilgang til alle pasienter på sykehuset.

Tanker om ungdomshelse fra representanter i ungdomsrådet

OUS har mange dyktige leger, sykepleiere og annet helsepersonell som engasjerer seg i tilrettelegging for ungdom på sykehuset. Noen av dem er representanter i ungdomsrådet og deler sine erfaringer om hva som er viktige egenskaper for ansatte ved sykehuset, i møte med ungdom. Flere uttrykker at det viktigste er å ha dedikert personale på avdelingen, som har kunnskap om ungdom og liker å jobbe med dem. Det er fordelaktig med faste "ungdomskontaktsykepleiere" som følger pasienten over tid. Kunnskap om ungdoms rettigheter som pasient, særlig rundt konfidensialitet og med-/selvbestemmelse samt kunnskap om brukerorganisasjoner og likemannstjenesten for ungdom er viktig å



Leder av ungdomsrådet: Sarah Nordby Jensen.
Foto: Ram Gupta

formidle til unge pasienter. Samtidig skaper det forutsigbarhet og tillitt å bruke tid med pasienten og gi god informasjon om behandling eller medisinerer på et språk tilpasset ungdom.

I avsnittene under deler to ungdommer og en helsesøster sine tanker om ungdomshelse og ivaretagelse av ungdom på sykehus.

Frøydis (20 år), sykepleierstudent

Jeg vil bli møtt som ungdom, ikke barn, men ikke helt voksen heller. Informasjon skal være på et språk jeg skjønner, men ikke for barnslig. Hvis lege/sykepleier lurer på noe rundt sykdommen og pasientens opplevelse - så spør pasienten, ungdommen, ikke foreldrene! Pasienten vet jo såklart best.

Tenk over hvem pasienten blir lagt på rom sammen med. En på 17 år bør kanskje ikke legges på et firemannsrom med 2 – 4 åringer. Det blir i hvert fall ingen god opplevelse for den eldste.

Sandra (17 år), elev ved videregående skole

Det er viktig at leger har tid til pasientene sine, utrolig viktig. Jeg skal slippe å føle at det er ikke er tid til meg, da blir ihvertfall jeg stresset og føler ikke at jeg får sagt det jeg mener. Pasientens medvirkning med tanke på medisinerer og hele sykdomsbildet er viktig. Det er tross alt pasientens liv.

Mange er redde for sykehus, og liker ikke å være der. Derfor er det viktig at pasienten, altså ungdommen, føler seg trygg og velkommen. Ingen vil ha narkose hvis man er livredd. Mange

leger og sykepleiere roer ned pasienten med å si ord som kan være betryggende som: “Vi er her når du våkner”, “Dette går bra” og “Vi skjønner at du er nervøs, men dette kan vi”, noe jeg selv syntes er betryggende. Det å føle at noen skjønner deg er utrolig viktig, hvert fall for en ungdom som ofte kan føle at ingen skjønner dem.

Det er viktig at pasienten og de pårørende får muligheten til å kontakte sykehuset hjemmefra, blant annet ved spørsmål om medisinerer og bivirkninger. Pasienten bør alltid få en kontaktperson før hjemreise.

Edel, erfaren helsesøster i Lørenskog kommune

Det er viktig å styrke selvfølelse og selvtillit og ha fokus på det ungdom mestrer. Dette tenker jeg er svært viktig helt fra man er liten. Åpenhet rundt sykdom skaper større trygghet, men ikke la sykdom få for stort fokus.

Det er viktig med tilpasset utviklingsstøtte. Med det mener jeg at ungdom gradvis får autonomi. Foresatte må hjelpes til å la ungdommen gradvis ta ansvar for seg selv. Samtidig er jeg opptatt av at ungdom og unge voksne som har langvarig/alvorlig sykdom fortsatt trenger sine foresatte. Det betyr at taushetsplikten ikke må håndteres så strengt at foresatte ikke får deltagelse. De er fortsatt den viktigste støtten til ungdom og unge voksne. Det bør være en åpen og veiledende kommunikasjon mellom helsepersonell, ungdom og foresatte der man avklarer hvordan samarbeidet skal være samtidig som taushetsplikten kan ivartas.

Ungdom og unge voksne som lever med sykdom bør ha en kontaktperson i kommunen, en som blant annet kan følge opp med støttesamtaler og være en koordinator. Ikke alle er godt nok orientert om aktuelle tilbud i kommunen eller om rettigheter de har. Det er derfor viktig at sykehuset drøfter med ungdommen om det kan være nyttig å kontakte skolehelsetjenesten, helsestasjon for ungdom eller hjemmesykepleien. Selv har jeg god erfaring med BUP og DPS som tar kontakt ved utskrivning av noen ungdommer. I samarbeid med kommunen kan sykehuset gi ungdom tilbud om ansvarsgruppe, individuell plan og støttesamtaler på helsestasjon for ungdom. Jeg tenker det er viktig å høre ungdommens stemme,

hjelpe ungdommen til å gi uttrykk for hva som er best for seg, men samtidig tenke at ungdom i vanskelige livssituasjoner, enten det er grunnet fysiske, psykiske eller sosiale belastninger, trenger støtte.

Fortsetter arbeidet for ungdom på sykehuset

Ungdomsrådet vil i 2014 fortsette å engasjere seg i arbeidet med å heve aldersgrensen i alle sykehusets barneavdelinger til 18 år samt fortsette å uttale seg om hvordan ungdom bedre kan ivaretas i voksenavdelinger. I tillegg vil ungdomsrådet være med å arrangere aktivitetstilbud til ungdom som er innlagt ved OUS og bidra med å styrke ungdommers stemme og påvirkningskraft. Rådet ser også med glede på det økte fokuset ellers i Norge på ungdomshelse og ungdom på sykehus. Bent Høie, helse- og omsorgsminister svarte nylig på et leserbrev i Aftenposten, skrevet like før jul av Marianne Kufas Sæterhaug (18), Unge funksjonshemmede. Han svarte blant annet følgende: ”I Norge er vi flinke til å behandle mange sykdommer. Men vi er ikke flinke nok til å se pasientene og involvere dem i behandlingen. Det gjelder ikke minst ungdommer. Dette vil vi gjøre noe med! Vi ønsker at helsepersonell skal ta beslutninger med pasienten - ikke om pasienten. Vi har lovet å sette pasienten i sentrum.” ”Dette lover godt for ungdomsvennlige tilbud fremover” avslutter leder i ungdomsrådet Sarah Nordby Jensen.

Takk til Sandra Scott Nicolaysen, Frøydis Løvberg Lien og Edel Bratlie for deres bidrag.

Fra ungdomsrådets mandat

1. Ungdomsrådets oppgaver bygger på brukermedvirkning som en kunnskapskilde til forbedring av praksis.
2. Ungdoms pasienterfaringer og forslag til tiltak skal systematisk brukes for å forbedre sykehusets tilbud til ungdom.
3. Rådet ønsker å bidra til å bedre tilbudet til ungdom og unge voksne i kommunehelse-tjenesten.

Kilder og informasjon

1. Great Ormond Street Hospital (GOSH) London, England, er et barne- og ungdomssykehus med pasienter i alderen 0-18 år. Les mer om sykehuset og deres arbeid på: <http://www.gosh.nhs.uk/>.

VÅRMØTET I ÅLESUND 2014

2014
4.-6.
JUNI



Onsdag:

Forkurs

- introduksjon til aEEG, eller
- funksjonell ekkokardiografi hos nyfødte

Møte avdelingsoverlegene

Borreliose - epidemiologi og diagnostikk

Søvn sykdommer hos barn

Subgruppemøter

Middag og musikalisk aften med Jam Session - ta med deg ditt instrument!

Lørdag:

Guidede toppturer til Sunnmørsalpene!!!!

Torsdag:

Sirkulasjon hos nyfødte - Martin Kluckow m.fl

Årsmøte Norsk Barnelege-forening

Internasjonal pediatri - Botswana

Frø foredrag

Festmiddag kl 20-....

Fredag:

Jus og pediatri - Jens Grøgaard m.fl

Erfaringer fra nyfødt-screening

Mer info:

www.vaarmotet2014.com



Nyfødtregister avdekker forskjeller i praksis

En uakseptabel høy perinatal dødelighet på 60-tallet og full krise i nyfødttmedisin på begynnelsen av 2000-tallet førte til at et nasjonalt nyfødt-register ble innført i Norge. Registeret har avdekket store forskjeller i behandlingen av nyfødte. Registeret har avdekket store forskjeller i behandlingen av nyfødte, og blir også brukt for å endre praksis.

AV PER HELGE MÅSEIDE

I dag har registeret 100% oppslutning fra nyfødtavdelingene og er trolig det mest komplette kvalitetsregister innen norsk medisin. Det fortalte registerets leder, Arild Rønnestad, på Avdelingsoverlegemøtet som ble arrangert i tilknytning til Pediatrerdagene. På møtet deltok en rekke barneleger med lederoppgaver ved sine respektive avdelinger.

Full krise.

Forløperen til Norsk nyfødttmedisinsk kvalitetsregister var en pc-basert database som ble opprettet i 1988 av Per H. Finne ved Rikshospitalet. Deretter fulgte flere runder med diskusjoner om å opprette et nasjonalt perinalt nettverk. Først da det ble full krise i nyfødttmedisin med fulle avdelinger og eksport av pasienter til andre nordiske land. På begynnelsen av 2000-tallet ble det fart i planene. I 2004 bevilget Stortinget 1,5 millioner til opprettelse av "en nasjonal perinatal database", som var formuleringen som ble benyttet i St.prp. 65 (2002-2003) bygd på en utredning som ble ledet av Alf Meberg. I dag har registeret, som driftes i samarbeid mellom Folkehelse, Barnelegeforeningen og OUS, tilknyttet en prosjektleder i 100% stilling, en stipendiat i 50% stilling og en leder i 20% stilling, forklarte Rønnestad.

Ikke samtykkebasert.

Nyfødtregisteret er ikke basert på samtykke fra foresatte. Derfor blir samtlige nyfødte som innlegges i norske nyfødtavdelinger registrert i lokale databaser, som igjen er knyttet sammen ved hjelp av Norsk helsenett. - Dersom vi måtte innhente samtykke tror jeg det aldri hadde blitt vellykket, sa Rønnestad, og anslo at oppslutningen i så fall trolig ikke vært på mer enn rundt 60%. Det ville heller ikke vært noe annet tilsvarende register i bruk, da Medisinsk fødselsregister kun registrerer om barn er levende født eller dødfødte.

Ved utgangen av 2013 var det registrert 500 000 pasient døgn fra 50.000 pasientopphold.

- Registeret har mer eller mindre komplette data fra 2008, sa Rønnestad, som i fjor delte ut "Komplettprisen" til barnelegene i Hammerfest. Hvert år arrangeres en brukerkonferanse over 2 dager der et fagråd bestemmer hva som skal være med, og flere av de innsamlede dataene regnes som kvalitetsindikatorer (se faktaramme).

Store forskjeller.

Nyfødtregisteret har avdekket til dels store forskjeller i behandlingen av premature og andre

nyfødte. Ikke alle kan begrunnes i funksjonsfordeling eller pasientgrunnlag. For eksempel varierer andelen terminfødte som får antibiotika, og som er innlagt i nyfødtavdelingene, fra 20 til 60%. - Hvorfor er denne forskjellen så stor, sa Rønnestad, uten å få noe svar fra forsamlingen.

Et annet slående eksempel var andelen barn behandlet med insulin. Her hadde Rikshospitalet ligget

Kvalitetsindikatorer i Nyfødtregisteret:

- Kompletthet i rapporterte pasientdata
- Dager på mekanisk ventilasjon
- Liggetid i nyfødtavdelinger
- Forekomst av kronisk lungesykdom (BPD)
- Forekomst av alvorlige cerebrale skader (ICH)
- Forekomst av nekrotiserende enterokolitt (NEC) og annen tarmpatologi
- Bruk av systemiske antibiotika (generika, varighet)
- Antall mistenkte og verifiserte infeksjoner



ERLEND FRAJORD TOMMY ELLINGSEN

En bitteliten kjempeutfordring

På svenske sykehus reddes premature babyer som norske leger mener er for små, og som derfor må dø etter fødselen. Hvor bør den etiske grensen gå?

I vår måtte Plots journalist og hans kone forberede seg på sitt livs vanskeligste valg.

DESEMBER/JANUAR 2013/14 | 51



Faksimile fra magasinet Plot

ett, var normalfordelt og at bare noen få barn i gestasjonsuke 33 og 34 hadde fått denne behandlingen. – Dette tyder på at fagmiljøene har forholdt seg til de nasjonale retningslinjene, sa han.

Predikerer dødelighet.

På bakgrunn av dataene i Nyfødtregisteret utarbeides også en "Clinical Risk Index for Babies", forkortet CRIB-score. Denne predikerer dødeligheten for premature med fødselsvekt under 1500 gram med 89% nøyaktighet. Arild Rønnestad viste til at blant annet den såkalte "Express-studien", publisert i Acta Paediatrica, har vist at dødeligheten for barn født i gestasjonsuke 23 er omtrent som i USA, mens den for barn født i uke 24 er bedre enn i USA og på linje med hva den er i Sverige.

2012 ble registrert en tendens til økt dødelighet. – Dette gjorde at vi så på ernæringen, sa Rønnestad og viste til at insulinbruken falt fra et maksimum på 58% i år 2012 til 16% i fjor.

øverst på listen med rundt 40% insulinsbehandlede barn med gestasjonsalder < 28 uker i årene 2009 - 2012, samtidig som det i tidsrommet 2010 -2012 ble registrert en tendens til økt dødelighet. – Dette

gjorde at vi så på ernæringen, sa Rønnestad og viste til at insulinbruken falt fra et maksimum på 58% i år 2012 til 16% i fjor. Han pekte også på at tallene for hypotermi-behandling, for landet under

Ønsker åpenhet om nyfødtdata

Lederne ved de norske barneavdelingene ga uttrykk for at de støtter offentliggjøring av statistiske data fra Nyfødtregisteret.

AV PER HELGE MÅSEIDE

I dag får den enkelte nyfødtavdeling kun tilgang til sine egne data når det gjelder overlevelse, morbiditet og medisinsk behandling, og til de nasjonale gjennomsnittsdataene. Det eneste som har vært offentlig tilgjengelig i sin helhet er kvaliteten på dataene og utfyllingsprosenten i Neonatalprogrammet. Dermed har ikke den enkelte avdeling kunnet sammenlikne sin behandlingspraksis og behandlingsresultater med andre avdelinger, enten disse har et tilsvarende pasientgrunnlag eller ikke. Offentligheten har heller ikke hatt innsyn. Men nå tyder mye på at statistikk fra de enkelte nyfødtavdelingene i større grad vil kunne bli offentliggjort.

Ba om innsyn.

Debatten om større grad av offentlig innsyn i detaljert statistikk fra Nyfødtregisteret ble for alvor aktualisert da magasinet Plot begynte å arbeide med en større temasak om nyfødtomsorg i Norge. En journalist som arbeidet for magasinet fikk et prematurt barn. I etterkant av dette

begynte han å arbeide med en sak om behandling av premature i Norge. Blant annet ba Plot om innsyn tallene for dødeligheten ved hvert enkelt sykehus brutt ned på gestasjonsalder ved fødsel. Samtidig som saken ble publisert blusset debatten også opp i andre medier. I en kronikk i Aftenposten har professor Ola Didrik Saugstad argumentert for at behandlingen av nyfødte ikke er god nok. Også VG har tematisert hvor behandlingsgrensene basert på for gestasjonsalder bør gå (se faksimiler).

Arild Rønnestad fortalte at dette var første gang han hadde mottatt en slik forespørsel, og at han etter å ha diskutert saken med Folkehelsa kom til at journalisten av hensyn til taushetsplikten ikke burde få innsyn i dødelighetsstatistikk brutt ned på gestasjonsalder i uker for den enkelte avdeling.

Kryssende hensyn.

Rønnestad redegjorde for de ulike bestemmelsene som regulerer innsyn i slike registerdata: På den ene siden slår Offentleglova fast at full åpenhet og gjennomsiktighet skal være det bærende prinsipp for offentlig virksomhet for å styrke informasjons- og ytringsfriheten. Imidlertid er det gjort unntak for taushetsbelagt informasjon, samtidig som det slås fast at taushetsplikten i utgangspunktet ikke er et hinder for utlevering av statistikk. Unntak kan være der dataene er så små at man med letthet vil

kunne identifisere pasienten, forklarte Rønnestad. Derfor er det kun statistikk som kan utleveres, og ikke enkeltdata.

Fikk støtte.

Rønnestad ga uttrykk for at han syntes at Plot i all hovedsak hadde laget et oppslag som var balansert på bakgrunn av den utleverte statistikken.

– Det var balansert, redelig og journalisten hadde grepet poengene godt, sa han. I etterkant av hans innlegg tok flere ordet. De som ytret seg støttet i all hovedsak oppom større åpenhet rundt offentliggjøring av statistikk brutt ned på det enkelte sykehus, så sant ikke dette bryter med taushetsplikten. – Benchmarking forutsetter at avdelinger kan sammenliknes åpent, sa Rønnestad. Magne Berget fra Stavanger universitetssykehus pekte på at henvendelsen fra Plot hadde startet en viktig prosess. – Vi må tåle slike spørsmål, sa han, og fikk støtte fra Kåre Danielsen fra Sørlandet sykehus i Kristiansand – Hensynet til at mitt sykehus ikke skal henges ut er ikke god nok grunn til ikke offentliggjøre, sa han. Både han lederen i NBF, Jan Petter Odden, pekte på noe av det samme; offentligheten og politikere forventer åpenhet om denne type statistikk. Ut fra diskusjonen i møtet er det mye som tyder på at flere opplysninger fra Nyfødtregisteret i større grad vil bli gjort offentlig tilgjengelig.



Foto: Tommy Ellingsen



Foto: Reuters/NTB scanpix

Kommentar:

Utviklingen av Norsk nyfødtsmedisinsk kvalitetsregister representerer et stort fremskritt for norsk nyfødtsmedisin og bidrar til bevisstgjøring av egne behandlingsrutiner. Det er derfor ikke uten grunn at slike registre nå finnes i svært mange land.

Bakgrunnen for det første initiativet til det norske registeret rundt 1986 var at noen av oss ved Rikshospitalet ønsket å lage en nordisk database for oppfølging av premature. I 1988 startet Per Finne og Jørgen Hurum en database, som Arild Rønnestad med stor suksess har utviklet til dagens register. Men

det internasjonale aspektet mangler fortsatt, da så vidt jeg vet ingen norske avdelinger er knyttet til en av de store nettverkene som Vermont Oxford (VON). Ved en slik tilknytning ville man på et enda tidligere stadium kunne avdekke avvik slik Rønnestad redegjorde for vedrørende foreksempel Rikshospitalets skyhøye bruk av insulin til barn under 28 ukers svangerskapslengde. En så høy bruk skjedde i en periode da man internasjonalt hadde redusert insulinbruken kraftig, og må vel nærmest kalles en systemfeil. Et poeng i min kronikk i Aftenposten er at tett internasjonal kontakt er den beste måten å unngå slikt.

Det lover godt at så mange klinikkledere

ønsker at resultatene for hver enkelt avdeling skal være tilgjengelig for offentligheten, så fremt det ikke bryter med taushetsbelagt informasjon. En slik utvikling er nemlig uungåelig i vårt åpne samfunn og vil kunne bidra til enda mer fokus på fagutvikling og kvalitet og dermed bedre resultater for norske nyfødte.

Ola Didrik Saugstad

Pediaterdagene 2014

AV PER HELGE MÅSEIDE

- Viktige talspersoner



BARNEMINISTER: Solveig Horne (FrP) stod for den høytidelige åpningen av Pediaterdagene 2014. Foto: Ilja C. Hendel.

Barneminister Solveig Horne (FrP) brukte åpningen av Pediaterdagene til å minne om helsepersonells meldeplikt til politi og barnevern. – Foreldrene er de beste i barns liv, men kan også være de verste, sa hun til et nesten fullsatt Store auditorium

på Rikshospitalet, under den formelle åpningen av Pediaterdagene torsdag 16. januar. Horne pekte også på at så mange som 15-20% av barn har helseproblemet til enhver tid, og at barnelegene er viktige observatører. – Barnelegene kan observere

og melde fra, og bør ta en større rolle i det offentlige rom, var hennes oppfordring til de mange frammøtte. Horne understreket også viktigheten av tverrfaglig samarbeid og å lytte til barn og unges egne erfaringer.

Vant foredragspris

Prisen for beste frie foredrag gikk til innlegg om Crigler Najjar syndrom og Nissenplastikk hos barn med multifunksjonshemming.

Charlotte Kristensen Knatten presenterte en undersøkelse hun hadde gjort sammen med kolleger ved Klinikk for kreft, kirurgi og transplantasjon ved Oslo universitetssykehus (OUS).

Nissen-plastikk er et operativt inngrep hos pasienter med gastroøsofageal refluks. Ved inngrepet lager kirurgene en kunstig lukkemuskel ved å folde den øvre delen av ventrikkelen, fundus, rundt øsofagus. Knatten og medarbeiderne hadde spurt en rekke foreldre med og uten multifunk-

sjonshemmede barn om deres erfaringer med inngrepet. Det viste seg at nesten alle, uansett gruppe, rapporterte at barna var i bedre velbefinnende generelt sett, og at de ville valgt inngrepet på ny. Dette gjaldt både ett, to og fire år etter at inngrepet var foretatt.

LIS ved AHUS, Ole-Jørgen Olsøy Smerud, hadde sammen med kolleger ved dette sykehuset og OUS beskrevet en pasient med det svært sjeldne syndromet Crigler-Najjar. Pasienten ble lagt inn på sykehus

noen uker etter fødselen med nevrologiske symptomer og så høy ukonjugert bilirubinverdi at tilstanden ble oppfattet som kjerneikterus. Til tross for utskiftingstransfusjon ble det nødvendig å gjøre regelmessig fototerapi om natten for å holde bilirubinverdiene på et akseptabelt nivå. Prøver som ble analysert i Nederland bekreftet at barnet hadde en svært sjelden forstyrrelse i enzymet glucurunosyltransferase. Tilstanden har en autosomal recessiv arvegang.



FORNØYDE: Både Charlotte Kristensen Knatten og Ole-Jørgen Olsøy Smerud var svært fornøyd med at de vant pris for beste foredrag på Pediatrerdagene. Foto: Per Helge Måseide

#pediaterdagene på Twitter

@pedweb (Barnelegeforeningen): Barne- og familieminister Solveig Horne åpnet #pediaterdagene med fokus på et helhetlig helsetilbud til barn og ungdom.

@NilsThS (Nils Thomas Songstad): "Gøy å se hashtag #pediaterdagene flittig brukt i feeden!"

@MThallinger (Monica Thallinger): "Anest.lege/kollega Christiane Skåre: om spennende forskning på nyfødt gjenopplivning m bla video analyse #pediaterdagene @olasveengen"

@PerHelgeM (Per Helge Måseide): "ME er et av hovedtemaene på #pediaterdagene ved @Oslounivsykehus Nå snakker Vegard Bruun Wyller @pedweb"

@pedweb (Barnelegeforeningen): "Olav Mella presenterer positive resultater for enda ikke publisert fase 2 studie med Rituximab #pediaterdagene"

@Meforskning (Norges ME-forening): "Stor takk til arrangørene av #pediaterdagene for å inkludere ME som tema!"

@MariasMetode (Maria Gjerpe): "@pedweb Glad for at dere tar opp #ME på #Pediaterdagene og henter frem forskning og kunnskap, i den grad den foreligger. Stort behov!"

Mest energiske foreleser

De som holdt ut til fredag ettermiddag fikk med seg et fyrverkeri av et foredrag om siste nytt innen luftveisvirus, holdt av den nederlandske virologen Ab Osterhaus, eller Albertus Dominicus Marcellinus Erasmus Osterhaus, som er hans fulle navn.



Spesialistutdanning og ferdighetstrening

NBF har som et av sine satsningsområder spesialistutdanning og ferdighetstrening. Helsedirektoratet arbeider med omlegging av spesialitetsstrukturen. Dette må ikke gå på bekostning av kvaliteten i utdanningen. NBF's fokus på og tiltak for mere og bedre ferdighetstrening har gitt resultater. Det trenes mer systematisk enn tidligere. Her er styrets vurdering av dagens situasjon.

AV INGEBJØRG FAGERLI

Det er så langt ingen endringer i spesialisertreglene.

Helsedirektoratet overtok i 2011 ansvaret for spesialistgodkjenninger.

Legeforeningen og Helsedirektoratet har gjort et stort arbeid for å utrede ny spesialiststruktur. Representanter fra NBF har deltatt i dette. Det er bl.a. foreslått oppheving av gruppeføring (som NBF har gått imot), og at utdanningen skal være målrettet og styres av klare læringsmål som skal attesteres. Forslagene har vært på høring, men er ikke vedtatt. Regjeringsskifte gjør at saken midlertidig skal være stoppet i direktoratet

Spesialitetskomiteen har utarbeidet liste og attestasjonsskjema for læringsmål som ble sendt legeforeningen i 2012.

Fra 2005 er det krav om forsknings/kvalitetsarbeid under gruppe 1 tjenesten. Avdelingene har ansvar for dette. Spesialitetskomiteen har bedt legeforeningen ta opp at Helsedirektoratet må kreve attestasjon for dette ved spesialitetsgodkjenning. Tilbakemeldingen var at dette skal vær ivartatt i regelverket.

EAP (European Academy of Pediatrics) går inn for en 3-årig felles utdanning, "common trunk", med videre påbygging til subspesialisering på primært, sekundært og tertiært nivå. Vi ønsker fortsatt å beholde en 5 års felles utdanning i generell pediatri for å opprettholde bakvaktskompetanse på de mindre avdelingene.

Det er behov for spisskompetanse innen mange fagområder. Subgruppen i nyfødtmedisin har fremmet forslag om eget kompetanseområde i nyfødtmedisin.

Spesialitetskomiteen har arbeidet for å få bedre koordinering av kursene i utdanningen. APLS bør være obligatorisk, men det har så langt ikke latt seg gjøre av organisatoriske hensyn

Spesialisteksamen bør vurderes innført

Veiledningen i spesialistutdanningen er lite kvalitetssikret

Ferdighetstrening

Ferdighetsutvalget foreslo at ferdighetstrening bør være obligatorisk ved alle barneavdelinger. NBF henvendte seg til Spesialitetsrådet i Legeforeningen med anmodning om at dokumentert trening skulle være et krav til

utdanninginstitusjoner. Dette ble ikke tatt til følge.

Hva har skjedd?

- Det har vært gjennomført flere instruktørkurs og bakvaktskurs
- Etablert scenariobank på Pedweb
- Det trenes mer på avdelingene enn tidligere

Videre arbeid

Kvalitetssikring av spesialistutdanning

- Klare læringsmål, sjekklister, bedre veiledningskompetanse
- Kursinnhold i relasjon til læringsmål, obligatorisk kursprøve
- Krav til innhold i gruppe 1 tjeneste
- Praktisk ferdighetstrening på avdelingene
- Systematisere og registrere, inn i benchmarkingen
- Dokumentasjon i SERUS-rapporter
- Gjøre obligatorisk for godkjenning av utdanningsinstitusjoner

Etterutdanning

- Form og innhold
- Kompetanseplaner på avdelingene

Vurdere oppretting av flere kompetanseområder.

Spesialitetskomiteens rolle og ansvar

Spesialitetskomiteen skal i følge Generelle bestemmelser for spesialistutdanning av leger – i nært samarbeid med vedkommende fagmedisinske forening – ha sin oppmerksomhet henvendt på alle forhold av betydning for videre- og etterutdanningen i vedkommende spesialitet og herunder:

- Vurdere spesialistreglene og eventuelt foreslå endringer.
- Vurdere tiltak for kvalitetssikring av videre- og etterutdanningen, herunder ferdighetskrav, obligatoriske kurs med prøver, spesialistprøver m.v., samt holdningsskapende sider ved utdanningen.
- Fremme forslag om nødvendige kurs og overvåke gjennomføringen av disse. Sikre at obligatoriske kurs arrangeres hyppig nok til at disse ikke forsinker spesialistutdanningen.
- Overvåke virksomheten ved utdanningsinstitusjonene, herunder veilednings ordning, utdanningsvirksomhet og utdanningsprogram.
- På bakgrunn av rapporter fra utdanningsinstitusjonene skal spesialitetskomiteene avgi årsrapport om situasjonen ved utdanningsinstitusjonene til spesialitetsrådet.
- Vurdere spesialitetens stillingsstruktur, herunder behov for spesialister og utdanningsstillinger og innholdet i utdanningsstillingene.
- Avgi innstilling til søknader fra sykehusavdelinger m.v. om godkjenning som utdanningsinstitusjon.
- Sakkyndigvurderinger (gjelder spesialistene i komiteen) i forbindelse med spesialist-søknader.

Kilde: <http://legeforeningen.no/Emner/Andre-emner/Spesialistutdanning/Spesialisering/generelle-bestemmelser-for-spesialistutdanning-av-leger/>

Intervju med Tom Stiris

– om europeiske perspektiver for barnelegespesialisering



AV STEFAN KUTZSCHE

Hvordan vil du beskrive de europeiske barnelegeorganisasjonene og deres visjoner?

Hvordan barnelegene har valgt å organisere seg som faggruppe varierer fortsatt fra land til land innen EU. De fleste land innen EU er organisert med primær pediater, dvs. pediatertilbud i første linje tjenesten. Fra politikerhold er det imidlertid ønske om et mer rasjonelt og økonomisk rimeligere helsevesen. Det er en utfordring å opprettholde et primær pediatrikisk tilbud (Primary Care Pediatrician) samtidig med å senke prisene. Dette er ikke en aktuell problemstilling i Norge, hvor pediatri er andrelinje helsetjeneste. I Norge blir vår oppgave å sikre at alle som arbeider med barn i primærhelsetjenesten får en kvalitativt forsvarlig minimumsutdanning i pediatri uansett hvor vedkommende arbeider i landet. Denne problemstillingen er også noe som opptar EAP. Det anbefales at alle som har førstelinjetjeneste innen barnehelsetjenesten bør ha 6 til 12 mnd pediatrikisk utdanning.

Felles for barnelegeorganisasjonene er å ha et helsetilbud som ivaretar barnets beste på alle mulig måter – fysisk, psykisk og også sosialt. EAP er opptatt av at det er fri flyt av både arbeidskraft og barnepasienter over grensene. Da er det viktig med et tilbud som ikke er geografisk betinget, men et forenet “pediatrikisk” Europa med et optimalt helsetilbud til alle barna uansett land og landegrenser. I denne sammenheng kan EAP spille en viktig rolle. Alle medlemsland jobber aktivt for å sikre at de

fagfolk som arbeider med barn er kompetente innen fagfeltet pediatri, og at de stilles minimums utdanningskrav til de som påberoper seg tittelen spesialist i barnemedisin. Det vil ikke være mulig å være spesialist i for eksempel barneallergologi eller barnenevrologi uten å ha grunnutdanning i pediatri (common trunk) som er minimum 3 år utdanning i barnesykdommer.

Hva er utfordringene og hva betyr EAP's innsats mot en felleseuropeisk pediatriutdanning for Norge?

EAP kan bare være et rådgivende organ, det vil være de nasjonale bestemmelser som vil være gjeldende. Det er selvfølgelig en utfordring hvordan EAP kan ha innflytelse på de enkelte lands krav til spesialistutdanning. Vi håper at EAP kan påvirke utdanningene i Europa slik at alle medlemslandene kan utvikle en pediatrikisk grunnutdanning utfra en felles standard. Her er det viktig at de nasjonale delegatene fra de forskjellige barnelegeforeninger er flinke til å informere sitt nasjonale fagmiljø om de avgjørelser og tiltak som diskuteres i EAP. Et eksempel er at EAP har diskutert mulighet for en europeisk eksamen i pediatri.

Hvordan ser du på de formelle krav for godkjenning (akkreditering) av spesialisert utdannelsen i pediatri i Norge og i resten av Europa? Hvordan kan et felleseuropeisk akkrediteringssystem virke inn på den norske spesialitetsutdannelsen?

Jeg tror flere og flere land formaliserer utdanningskravene og utvikler curriculum for

lege i spesialisering. Dette gjelder også for utdanningssted og lærer. Dokumentasjon på at man har oppnådd de krav som stilles tror jeg vil bli obligatoriske. Det er ikke kun antall år som lege under utdanning i pediatri som teller, men innholdet i utdanningen. Dette må ta utgangspunkt i en læreplan der oppnådde læringsmål og gjennomført aktivitet må dokumenteres fortløpende. Lærestedet og veiledere i praksis vil måtte attestere hva kandidaten har gjennomgått med referanse til læreplan. De må også både underveis og ved slutten av utdanning vurdere kandidatens

Tom Stiris

Tom Stiris er nyfødtmedisiner og 1ste amunensis i pediatri ved det medisinske fakultet ved Universitetet i Oslo.

Han ble valgt til president av “European Academy of Paediatrics” (EAP) 2014. EAP er en sammenslutning av de nasjonale barnelegeforeningene i Europa. EAP er pediatrikisk seksjon av European Union of Medical Specialities, UEMS, en EU oppnevnt organisasjon)

Han har tidligere jobbet som barnelege i USA, og har innehatt et professorat i pediatri ved Universidad Autónoma de Madrid. Stiris har i perioden 2004-2008 vært president av “European Society of Paediatric Research” (ESPR). Hans hovedinteresseområder er ROP, og nyfødtnevrologi.



Tom Stiris Foto: Paidos 2014

skikkethet for å fungere som barnelege.

Hvilket konkrete utviklingstiltak forbereder og planlegger EAP for 2014/2015 og hvordan kan dette evt. påvirke norsk spesialistutdanning i barnesykdommer?

UEMS har utarbeidet retningslinjer på hvordan og hva som bør være inkludert i en spesialist utdanning. Gjennom Global Pediatric Education Consortium (GPEC) har EAP medvirket ved professor Alfred Tenore (Past president i EAP) i utforming av et omfattende verk vedr. spesialistutdannelse i pediatri. (www.globalpediatrics.org). EAP arbeider nå med å utforme krav som vil ligge inn under curriculum for grunnutdanningen – ”the common trunk” – i pediatri.

Hva er dine tanker om å lage et eget utdanningsløp for en eller flere subspecialiteter i pediatri i Europa og i Norge?

Subspesialisering innen pediatri er pr i dag ikke godkjent av den norske legeforeningen. Dette mener jeg er svært uheldig. EAP er av den opp-

fatningen at subspesialisering innen pediatri er meget viktig for å ivareta et fullgodt pediatriisk tilbud og å demme opp for ”invadering” av subspecialister i indremedisin i behandlingen av barn.

Et annet viktig moment er at uten offisielt godkjente subspecialiteter i pediatri er det umulig å lage et strukturert utdanningssystem (grunnutdanning med påbygging) i pediatri. Det er umulig å stille krav til de som arbeider innen et subfelt. Som eksempel kan jeg nevne mitt eget subfelt neonatologi. I Norge er det ingen formelle krav for å arbeide som overlege ved en nyfødtintensiv avdeling. Norge er faktisk det eneste landet i EU (EØS) så vidt jeg vet, som ikke har godkjent neonatologi som egen subspecialitet.

EAP/UEMS har 11 godkjente subspecialiteter innen pediatri. Alle har utarbeidet egne curriculum med hva innholdet i en slik utdanning skal være og hva som kreves for å bli subspecialist.

Er det realistisk å lage en egen specialitet innen neonatologi med tilsvarende spesialutdanning i Norge? Hvordan bør en slik utdanning i så fall utformes? Hva er pros og cons?

Som jeg har nevnt, er tiden overmoden for å godkjenne neonatologi som egen specialitet. Du spør om pros and cons, det er bare pros. Uansett om en arbeider på nivå 3 eller 2 nyfødt-avdeling vil et formelt krav til utdanning i nyfødtmedisin bare være en fordel. Uten formell godkjenning som subspecialitet kan man heller ikke stille formelle krav til utdanning i nyfødtmedisin.

Hvordan kan Norge øke sitt samarbeide med de andre europeiske foreningene i pediatri?

Det er viktig at barnelegeforeningen er flink til å se til utlandet og søke samarbeid med andre europeiske barnelegeforeninger. Det er mange av de samme problemstillinger som diskuteres og et samarbeid rundt disse vil kunne styrke det enkelte lands mulighet til å få gjennomført viktige forandringer. Her er EAP en viktig katalysator.



Lev Semyonovich Vygotsky.
Foto: Hildegunn Kutzsche

DE GODE HISTORIENE I PEDIATRIEN

Psykologiens Mozart

Hvordan utvikler barn sin kreativitet? For å lære å skape rom for refleksjon på nye måter kan de utnytte nye utviklingsoner for sin egen læring. Denne artikkelen setter søkelyset på betydningen av Lev Semyonovich Vygotsky's teorier om barns mentale vekst. Han viste at læring og utvikling i en sosial og kulturell sammenheng har klare praktisk-pedagogiske konsekvenser.

AV STEFAN KUTZSCHE, PAIDOS REDAKTØR OG PROFESSOR KAMIL ØZERK, INSTITUTT FOR PEDAGOGIKK, UIO

Lev Semyonovich Vygotsky var en russisk psykolog som har gjort en stor innsats innen barns utvikling og kognitiv psykologi. Han ble født 17. november 1896 i Orsja, dagens Hviterussland. Foreldre var Celia Moiseevna Vigodskaya og Simcha L. Vygotsky. Vygotsky giftet seg 1934 med Roza Noevna Smekhova. Ekteparet hadde to barn.

Vygotsky er også kalt "psykologiens Mozart" fordi, akkurat som komponisten, han kom opp med flere teorier og demonstrerte sin oppfinnsomhet i løpet av sin korte levetid.

Vygotsky døde i en alder av bare 38 år av tuberkulose og kunne derfor ikke fullføre sitt arbeide og sine teorier. Han var uteksaminert som cand.jus. i 1917 fra Moscow State University. Der studerte han psykologi, sosiologi og filosofi. Vygotsky startet sin karriere i psykologi som stipendiat ved Psykologisk Institutt i Moskva. For å forstå Lev Vygotskys teorier, må vi først forstå den politiske konteksten i Russland på denne tiden.

Marxismen hadde akkurat avløst tsardiktaturet. Det var i dette miljøet at Vygotsky kom opp med den sosiokulturelle teorien. Teoriene hans understreket den grunnleggende rolle for sosial interaksjon i utviklingen av kognisjon. Han mente at siden utviklingen var sterkt påvirket av kulturen, varierte denne fra samfunn til samfunn. Han utviklet og publiserte ideer av et nytt sosiokulturelt læringssyn som bygget på hans egne observasjoner og private eksperimenter. Han fant at barns skolegang, kultur og andre mellommenneskelige opplevelser også påvirker deres kognitive utvikling på en avgjørende måte. Konkret har Vygotskys utviklingsteori fremhevet det viktige bidraget av sosiale, mellommenneskelige og språklige faktorer i tilrettelegging av barns mentale utvikling.

Vygotsky observerte at de minste barn

Konkret har Vygotskys utviklingsteori fremhevet det viktige bidraget av sosiale, mellommenneskelige og språklige faktorer i tilrettelegging av barns mentale utvikling.

har en tendens til å snakke høyt når de prøver å løse problemer og skal lære fra en ny oppgave. Han mente at et barn gjennom sin indre tale kan regulere sin aktivitet og at disse barna var mer kompetent sosialt enn de som ikke henga seg til det. Denne eksterne dialogen hjelper barn til å veilede seg gjennom oppgaver. Eldre barn, som med en større variasjon av ulike mentale operasjoner, endrer sin læreatferd ved å internalisere tanker i likhet med voksne. Hos utsatte eller syke småbarn kan derfor den "indre talen" bidra til å styrke deres resiliens.

To teorier – "den nærmeste utviklingssonen" og "den kompetente andre"

Vygotsky var den første psykologen som kunne dokumentere betydningen av selvfølelsen for kognitiv utvikling. Han belyste at barn i utgangspunktet utvikler seg og lærer på to plan: det de klarer selv alene og det de klarer ved hjelp av andre, mer kompetente eller kunnskapsrike personer. De to viktigste prinsippene i Vygotskys teorier er "More Knowledgeable Other" (MKO) og Zone of Proximal Development (ZPD). MKO refererer til noen som har en større forståelse eller et høyere ferdighetsnivå enn barnet. Dette kan være en voksen eller en lærer, eller et annet barn/ungdom. Konseptet med MKO er integrert med den proksimale utviklingssonen. Det er en forskjell mellom hva et barn kan oppnå på egen hånd uten hjelp fra andre, kalt de fakto utvikling og hva han/hun kan oppnå med veiledning av en voksen, kalt nivået av potensiell utvikling. Avstanden mellom de to utviklingsnivåene kalles ZPD.

Men slik vi har nevnt kommer ikke utnyttelsen av den nærmeste utviklingssonen av seg selv. En hjelpende hånd må

til. Vi synes det er et treffende utsagn av Vygotsky at når han drøftet betingelsene for barnets utvikling, understreket han viktigheten av samarbeid med slike ord: *"What the child can do in cooperation today, he can do alone tomorrow"*

Betydning av Vygotsky's arbeid for barnepsykologi og pedagogikk

Lev Vygotsky regnes som en innflytelsesrik tenker i psykologi. Arbeidet hans ble først oppdaget og oversatt lenge etter hans død og var dermed ikke tilgjengelig for Vesten før 1960 årene. Likevel er hans arbeid ansett som et viktig bidrag i feltene for utdanning og utviklingspsykologi for barn. Vygotskys teorier anvendes i dag i forståelsen av barnas læring og utvikling, samarbeidets betydning for barnas utvikling, utviklingen av kognitive prosesser og bilingualismen.

Generelt har innsikten i utviklingsteorien betydning for tilrettelegging av undervisning av barn i skolen. X-premature barn med språkproblemer eller barn med hørselsvikt kan få bedre hjelp ved å bevisst skape et naturlig språkmiljø og handle i samsvar med Vygotskys syn på barnets utvikling.

Psykologiske prosesser

Vygotsky skiller blant annet mellom lavere psykologiske prosesser og høyere psykologiske prosesser. Læring og hukommelse hos små barn er avhengig av elementær persepsjon og direkte erfaringer. Dette omtalte ham som lavere mentale prosesser. Barnas beskrivelse av sine opplevelser baserer seg på direkte erfaringer. F. eks. er barnets beskrivelse av bestemoren basert på dets opplevelser og observasjoner av forelderens mor, men etter hvert lærer

og utvikler barnet høyere mentale prosesser der det kan beskrive ting, hendelser og fenomener ved hjelp av begreper og/eller logisk resonnering.

En slik utvikling på det kognitive området kommer ikke av seg selv. Samarbeid, samhandling, samtale, samspill og samvirke må til. I denne tilnærmingen skiller Vygotsky mellom interpsykologiske prosesser og intra-psykologiske prosesser. Det sistnevnte handler om de kognitive læringsprosesser som skjer hos individet. Men grunnlaget for individets læring og følgelig utvikling, ligger i det sosiale, dvs. de interpsykologiske prosessene. Med hans ord:

“Every function in the child’s cultural development appears twice: first, on the social level, ...and later, ...on the individual level”.

Relatert til barnets læring og utvikling, kan vi si at individets læring og utvikling har en sosial basis. Begrepet cultural development hos Vygotsky handler om alt som er tillært og som faller utenfor biologisk vekst. Derfor utgjør barnets språklæring, begrepsmessig utvikling

og kunnskapslæring barnets kulturelle utvikling.

De mer kompetente andre

Det er derfor av stor betydning at voksne og ‘de mer kompetente andre’ som i ulike sammenhenger har ansvar for barnets læring og utvikling sørger for gode interpsykologiske prosesser i aksepterende og inkluderende miljøer for den kulturelle utviklingen gjennomgår to faser: “first between people” (interpsychological), ...”and then inside the child” (intrapsychological), altså grunnlaget for barnets læring, sosialisering og utvikling ligger i det sosiale, det være seg på sykehuset, i barnehagen, hjemme, på lekeplassen eller skolen.

Helsepersonellens utfordringer både når det gjelder det følelsesmessige, samtaleteknikker og det rent kunnskapsmessige er et viktig ansvarsområde. Barn med psykiske eller fysiske traumer byr på spesielle utfordringer. For at barn på sykehus kan lære bør retningslinjer og prosedyrer for kommunikativ praksis med barnepasienter eller barn som pårørende tilpasses deres behov. Vygotsky’s rammeverk kan gi en liten hjelp hvordan det kan gjøres:

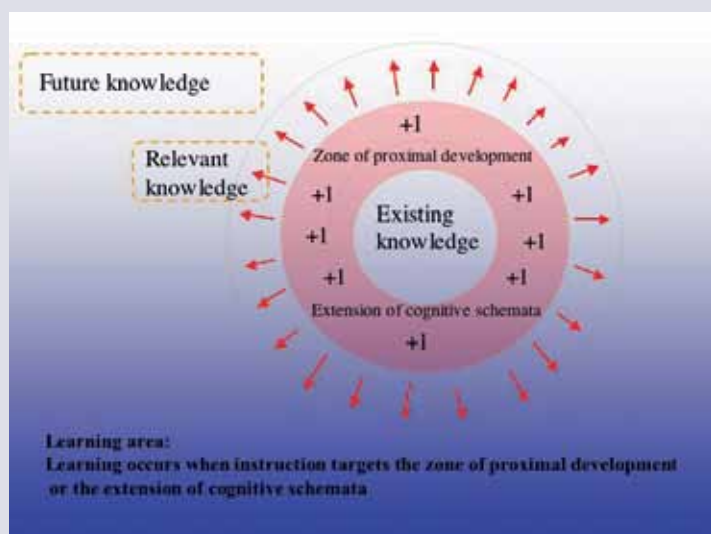
Fire prinsipper basert på Vygotsky’s rammeverk

- Barn konstruerer sin egen kunnskap
- Kunnskapsutviklingen kan ikke være adskilt fra den sosiale konteksten
- Å lære kan lede barns utvikling
- Språk spiller en sentral rolle i barns mentale utvikling

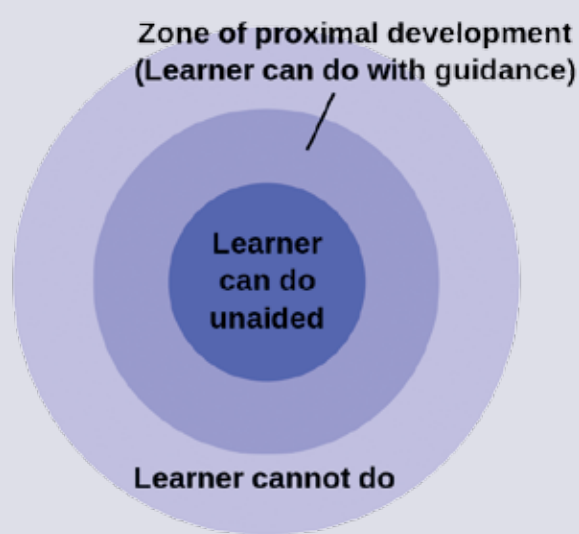
Anbefalt litteratur:

Strandberg L. Vygotsky i praksis. Oslo: Gyldendal Akademiske, 2008

Bråten I. (red). Vygotsky i pedagogikken. Oslo: Cappelen Akademisk, 1996



Illustrasjon: Zone of proximal development. Stefan Kutzsche 2006



Zone of proximal development. Illustrasjon: Wikipedia

Nye doktorgrader - philosophiae doctor (ph.d.)

Paidos og Norsk Barnelegeforening gratulerer

Cand. med. **Eva Margarethe Schumacher** ved Institutt for klinisk medisin, UiO, forsvarte 10. feb. 2014 sin avhandling for graden philosophiae doctor (ph.d.): «Long-term multichannel EEG recording of the very premature infant: Insights into the brain activity the first three days of life and its usefulness as a predictor of neurodevelopmental outcome.» *Sammendrag finnes på UiOs nettsider:* <http://www.med.uio.no/klinmed/forskning/aktuelt/arrangementer/disputaser/2014/schumacher-eva-margarethe.html>

Cand.med. **Mia Cathrine Myhre** ved Institutt for klinisk medisin, UiO, forsvarte 6. feb. 2014 sin avhandling for graden philosophiae doctor (ph.d.): «Infants and toddlers at risk: Injuries, abuse and behavioural problems.» *Sammendrag finnes på UiOs nettsider:* <http://www.med.uio.no/klinmed/forskning/aktuelt/arrangementer/disputaser/2014/myhre-mia-cathrine.html>

Cand. med. **Eva Brekke** ved Institutt for nevromedisin, NTNU, forsvarte 31. Jan. 2014 sin avhandling for graden philosophiae doctor (ph.d.): «Aspects of Glucose Metabolism in Vitro, in the Healthy Developing Brain and After Neonatal Hypoxia-Ischemia. With Particular Focus on the Pentose Phosphate Pathway and Pyruvate Carboxylation» *Sammendrag finnes på NTNUs nettsider:* <http://www.ntnu.no/web/aktuelt/disputaser/>

Cand.med. **Hans Henrik Odland** ved Institutt for klinisk medisin forsvarte 24. jan. 2014 sin avhandling for graden philosophiae doctor (ph.d.): «Non-invasive assessment of myocardial function in the neonate.» *Sammendrag finnes på UiOs nettsider:* <http://www.med.uio.no/klinmed/forskning/aktuelt/arrangementer/disputaser/2014/odland-hans-henrik.html>

Cand. real. **Sara Ghaderi** ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin (IGS), UiB, forsvarte 23. januar 2014 sin avhandling for graden philosophiae doctor (ph.d.): «Impact of cancer in childhood, adolescence, and young adulthood on death, social security benefit uptake and education.» *Sammendrag finnes på UiBs nettsider:* http://www.uib.no/info/dr_grad/2014/Ghaderi_Sara.html

Master of Public Health **Brita Askeland Winje** ved Institutt for helse og samfunn, UiO, forsvarte 22. jan. 2014 sin avhandling for graden philosophiae doctor (ph.d.): «Fetal movement counts and fetal health.» *Sammendrag finnes på UiOs nettsider:* <http://www.med.uio.no/helsam/forskning/aktuelt/arrangementer/disputaser/2014/winje-brita-askeland.html>

Cand.med. **Tale Mæhre Torjussen** ved Institutt for klinisk medisin, UiO, forsvarte 11. des. 2013 sin avhandling for graden philosophiae doctor (ph.d.): «Genes and environment in childhood asthma, exemplified by the ADRB2, CHRNA3/5 and CD14 genes.» *Sammendrag finnes på Uio nettsiden:* <http://www.med.uio.no/klinmed/forskning/aktuelt/arrangementer/disputaser/2013/torjussen-tale-mehre.html>

Cand. med. **Silja Torvik Griffiths** ved Institutt for klinisk medisin, UiB, forsvarte fredag 22. november 2013 sin avhandling for graden philosophiae doctor (ph.d.): «Functional MRI, structural MRI and school performance in extremely preterm/extremely low birth weight children.» *Sammendrag finnes på UiBs nettsider:* http://www.uib.no/info/dr_grad/2013/Griffiths_Silja.html

amee 2014

AN INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR MEDICAL EDUCATION

Milan, Italy

MiCo Milano Congressi
30 August – 3 September 2014



Inspire...and be inspired

In collaboration with:



University of
Milan



Council of
Directors of
Medical Curricula



Council of Directors of
Curricula of Healthcare
Allied Professions



Council of Deans and
Directors of Medical
Faculty



University "Sapienza"
of Rome



SIPeM

www.amee.org

amee@dundee.ac.uk

«Ekkokardiografi av barn»



Tittel: Ekkokardiografi av barn
Forfattere Leif Brunvand og Per G. Bjørnstad
ISBN: 9788230010648
Sidetall: 147
Utgitt 2013
Forlag: Kolofon
Pris: kr. 300

Om forfatarane

Leif Brunvand er overlege ved barnehjerteseksjonen, Oslo Universitetssjukehus. Han er ein av dei mest erfarne barnekardiologane i Norge og har mange år hatt særleg interesse for ekkokardiografi. Per G. Bjørnstad var tidlegare overlege ved barnehjerteseksjonen, Oslo Universitetssjukehus og er ein nestor innan intervensjonell barnekardiologi både i Norge og utanlands.

Det er fleire år sidan eg første gong hørde Leif Brunvand snakke om denne boka. Det er difor spennande å sjå det endelege resultatet!

Målgruppe

Forfatarane fortel at boka er skriven for barnelegar, vaksenkardiologar som arbeider med medfødt hjartesykje, samt for ekkoteknikarar. Sjølv hadde eg litt vanskar med å klart sjå for meg kven som vil ha mest nytte av å kjøpe boka. Eg trur den vil vera særleg nyttig for legar som er under opplæring i barnekardiologi og som allereie har ein viss basiskunnskap i bruk av ekkokardiografi.

Forfatarane håpar at også kardiologar som berre frå tid til annan ser pasientar med medfødd hjartefeil kan ha nytte av boka. Sidan desse legane er mest vane med å vurdere hjartet i henhold til amerikanske retningslinjer, vil det nok vera ei utfordring med alle illustrasjonane som er snudd slik vi barnekardiologar er meir vane med.

Oppbygging

Forfatarane legg vekt på å nærme seg pasienten utan å vera forutinntatt av ein førebels diagnose. Boka er difor bygd opp etter ei sekvensiell tilnærming, «bit for bit», der ein endar opp med ei komplett beskriving av anatomien. Ein tek for seg hjertets fire segment; vener, atrier, ventriklar og arteriar og deira koplingar. På denne «reisa» omtalar ein også eventuelle avvik og dermed dei mest vanlege strukturelle medfødde hjartefeila. Det er mykje tekst og relativt få illustrasjonar noko som til tider set store krav til kunnskap om probens posisjon og orientering av denne. Ikkje alle illustrasjonane er like intuitive å forstå sjølv om det er undertekst.

Siste del av boka gjev ei kortfatta, men ganske nyttig, innføring i ekkokardiografisk undersøking etter kirurgisk og kateterbasert behandling, samt andre kardiologisk problemstillingar som infeksjøs endokarditt, kardiaale svulstar og perikardeksudat.

Fokus i denne boka er sentrert om hjertets anatomi med bruk av to-dimensjonale (2D) snittbilete og Doppler. Bruken av meir moderne teknikkar som til dømes 3D ekkokardiografi eller stressekkokardiografi er ikkje del av denne boka. Heller ikkje ekkokardiografiske metodar for vurdering av myokards funksjon, som til dømes strain eller strain rate er omtala i boka.

Vurdering. Forfatarane har all grunn til å vera nøgde med innhaldet i boka. Den set ein klar standard for kva me skal sjå etter og kunne avklare i forhold til normal eller unormal hjarteanatomi. Boka er for kortfatta og for lite illustrert til å lære oss korleis vi skal kome dit, men vi veit i alle fall kva vi har å strekke oss etter! Når det er sagt er det viktig å nemne at ting ofte er enklare når fleire barnekardiologar ser på det same barnet og dei same bileta samtidig. Slik er sjeldan situasjonen for oss som driv barnekardiologi utanfor OUS, men vi gjer så godt vi kan. Om eg skulle ynskje meg ein oppfylgjar til denne boka, måtte det vera ei bok som tok for seg ekkokardiografiens plass i oppfylgginga av born med medfødd hjartefeil og også hadde med nokre ord om moderne ekkokardiografiske metodar i kongenitt kardiologi.

Boka kan bestillast på nettet – <http://www.kolofon.com> eller i ein bokhandel

Hvorfor gjør vi som vi gjør?

Lovgivning er bygd på grunnverdier og etikk. Normene i samfunnet er innrettet etter nasjonale grunnverdier, menneskerettigheter, kultur og religion. Etikk i helse- og omsorgstjenesten reiser spørsmålet om hvordan tjenesten skal være, og hvilke muligheter vi har til å utvikle en bedre praksis? Store behandlingssystemer som vi har i dag lar seg vanskelig styre av individetikken alene.

AV STEFAN KUTZSCHE

Den moderne samfunnsutviklingen har tvunget frem nye etiske grenseoppganger i biomedisinsk etikk. Regulering av praksis i helsetjenester ved lover og forskrifter alene er blitt vanskeligere fordi pasienten møter ikke en omsorgsperson/lege men et helt system av behandlere og pleiere.

Våre helselover gir klare rammer for hva pasienten har rett til (Lov om pasientrettigheter) og hva helsepersonell har plikt til (Lov om helsepersonell). Kravet om forsvarlighet og plikt til å holde seg faglige oppdatert reguleres også gjennom Lov om spesialisthelsetjenesten. Spesialisthelsetjenestelovens formål er å fremme folkehelsen og å motvirke sykdom, skade, lidelse og funksjonshemming, bidra til å sikre et likeverdig og kvalitativt forsvarlig tjenestetilbud, utnytte ressursene på best mulig måte, tilpasse tjenestetilbudet til pasientenes behov og gjøre den tilgjengelig for alle pasientene der de bor.

Kravet til forsvarlighet forutsetter pasientens samtykke. Det forutsetter også at helsepersonell holder seg faglig oppdatert og yter helsehjelp innenfor egen kompetanse samt innretter seg etter egne faglige kvalifikasjoner. Det betyr at det skal tilstrebes samarbeid med kolleger og andre profesjonsgrupper i situasjoner der dette er nødvendig. Helsepersonell skal bistå til å dekke

pasientenes grunnleggende behov som ernæring, søvn, hygiene og gi omsorgsfull hjelp ved å vise respekt og skape trivsel.

Krav til helsetjenesten (etikette)

Opptre forsvarlig
Opptre aktsomt
Opptre omsorgsfullt
Opptre respektfullt

En lovregulert forutsetning for kvalifiserte tjenester er at spesialisthelsetjenesten skal tilrettelegge sine tjenester slik at personell som utfører tjenesten, blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter slik at den enkelte pasient eller bruker kan gis et helhetlig og koordinert tjenestetilbud.

Andre krav til forsvarlighet er taushetsplikt (§ 21), forsvarlig behandling av informasjon, plikt til diskresjon, verne pasientens integritet og vern mot krenkelser. Et overordnet krav er at pasienten kan føle seg trygg og at handlingene bidra til å sikre tillit til helsetjenesten og institusjonen.

Et økende antall helselover har til en viss grad bidratt til å flytte fokus fra etikk over mot jus. Molven sier at "tidligere spørsmål om hva som var den etiske fordring, blir nå til dels spørsmål om hva som er juridisk riktig". Men hvordan kan vi skape etisk bevissthet i denne komplekse verden vi står i og hvordan bør vi tenke? De fleste helseprofesjonene har utviklet egne yrkesetiske retningslinjer. Felles for disse er at pasienten må bli "sett og hørt". De fleste har implementert kvalitet, trygghet, rettferdighet, respekt for pasientens autonomi og integritet, samt brukermedvirkning (St.meld. 25) i sine verdigrunnlag. Yrkesetikken som et generell ideal består ofte av normer som er internalisert i profesjonen gjennom utdanningen. I vårt daglige arbeide er vi rollemodeller for yngre kolleger og studenter og vi har lovpålagt veiledningsplikt for helsepersonell under utdanning i våre avdelinger.

Kunnskapsbasert viten, erfaringer og etikken har en viktig plass i det kvalifiserte skjønn som en utvidet orientering og for å begrunne våre handlingsvalg. Sentralt i dette står pasientenes autonomi, integritet og informert samtykke, noen ganger i lys av livets yttergrenser eller prioriteringsdebatten.

DET ER NÅ BLITT LETTERE Å VELGE RETT.



Ved spørsmål - ring vår kundesupport tlf nr. 81568332

Vi er glade for å kunne presentere et fullstendig sortiment med spesialtilpassede produkter for barn med matvareallergi og/eller -intoleranse.

Althéra® er førstehåndsalget ved kumelksproteinallergi og er egnet for barn med milde eller moderate symptomer.

Alfamino® er utviklet for barn med mer kompliserte symptomer eller multippel matvareallergi/-intoleranse.

Alfaré® velges til barn med alvorligere gastro-intestinale lidelser og/eller problemer med fordøyelse og absorpsjon.



VALG SOM FORANDRER LIVET

 **NestléHealthScience**
NOURISHING PERSONAL HEALTH

En tilnærming for å kunne utvikle evnen til systematisk tenkning om moralske problemer og refleksjon over moralen er de gode diskusjonene om hvilke verdier som står på spill. Her er det viktig å inkludere generelle betraktninger, sammenhengen og se nærmere på ulike praksiser. I forholdet mellom loven og etikken må en se på ulike perspektiver. Et etisk resonnement kan derfor best utarbeides ved å presisere den faktiske situasjonen og definere det etiske dilemmaet. Her inngår spørsmålet hvem er de involverte personene? Deretter bør det finnes ut hvilke mulige handlingsalternativer eksisterer? Som neste steg bør det diskuteres hva evt. handlingsvalgene innebærer, nærmere sagt hva er konsekvensene av disse? Det må undersøkes hvilke verdier (åpne eller skjulte) som virker inn på egne holdninger til dilemmaet? Til slutt bør man lage en prioriteringsliste av handlingsvalgene i forhold til deres viktighet.

Etikk i praksis

Bygge et aktivt forhold til hovedinnholdet i lovgivningen.

Forstå sammenhengen mellom etikk og jus.

Kunne utvise faglig forsvarlighet i sine handlingsvalg.

Være i stand til å reflektere over egen praksis.

Kunne justere valgene i tråd med nasjonale etiske normer og lovverk.

Jus og etikk er regulerende for helsetjenesten. Loven er overordnet etikken og kan gi anvisninger på handlingsvalg. Med andre ord, loven setter en minstandard men kan ikke regulere situasjonen. Det er det kvalifiserte skjønn som er rådende. I dette inngår kunnskap, ferdigheter, erfaringer, holdninger, normer og lover, og etikk.

Oppsummering

1. Jussen kan ikke erstatte holdninger og evnen til å tenke helhetlig
2. Det kvalifiserte skjønn bygger på erfaringer, kunnskap og holdninger
3. Det må være det medisinske skjønn og etikken som styrer, innenfor rammene av det lovlige

Anbefalt litteratur

O. Molven. *Helse og jus*, 7. utg. Oslo: Gyldendal Norsk forlag, 2012

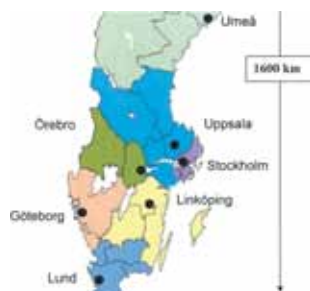
Straume K. *Er barmhjertighetens tid forbi?* Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121:495–7

Braut GS. *Verdigrunnlaget for medisinen i komande tider.* Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 3743–5.

Highlights from Acta Paediatrica 2014; 102, 1111

HIGHLIGHTS IN THIS ISSUE

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



Better being born in the north?

There are significant regional differences in mortality rate for infants born extremely preterm in Sweden, despite similar healthcare organization and population characteristics. Children born in gestational week 22–23 have a better chance to survive if they are born in the region of Uppsala or Umeå compared with other regions in Sweden. However, the composite morbidity (severe brain damage, bronchopulmonary dysplasia and retinopathy of prematurity $\geq$ stage 3) in these children was high, but not higher than in the other regions. These findings favour a more proactive perinatal treatment according to Fredrik Serenius et al. See pp. 27–37. However, it has also a huge prize and a huge risk according to Neil Marlow. See editorial pp. 4–5 and commentary by Liisa Lehtonen pp. 19–21.



Less ventilator time needed when nasal CPAP were used

Respiratory syncytial (RS) virus infection is the most important causative agent worldwide of viral respiratory tract infections in infants. In 2–16% of previously healthy children it progresses to a life-threatening respiratory disease necessitating mechanical ventilation. Ilse Borckink et al. report from a study of 135 infants with severe RS virus infection that less time on ventilator support were needed if nasal continuous airway pressure (nCPAP) was used instead of invasive mechanical ventilation. See pp. 81–85.

See also editorial by Daniele de Luca pp. 2–3.



Factors influencing language development

This issue of *Acta Paediatrica* contains two articles about factors influencing language development. Betty R Vohr et al. report that a rich language environment in the home is associated with better language skills in children suffering from permanent hearing loss. See pp. 62–69.

In a study of 2724 children in the Netherlands, Akhgar Ghassabian et al. found that male gender, low maternal education and non-western ethnic background were key predictors of delay in language and nonverbal abilities at the age of six. See pp. 70–80.



Exclusive breastfeeding

Exclusive breastfeeding for the first four or 6 months of life does not affect the risk of being overweight in early childhood, according to an Icelandic randomised trial ($n = 119$) by Olof H Jonsdottir. See pp. 105–111.

While 6 months exclusive breastfeeding may not protect against obesity, it has other positive effects. Megan Elliott-Rudder found in an Australian study that a motivational interviewing intervention was feasible and effective in increasing the duration of exclusive breastfeeding. See online article pp. e11–e16.



Lack of sleep increases risk for obesity in children – too much television can partly be blamed

Short sleep duration is a risk factor for obesity in children, according to an Australian longitudinal study of nearly 3000 children. Short sleep duration at 4–5 years of age was significantly associated with higher body mass index (BMI) at 8–9 years of age. The relationship was partially mediated by increased television viewing. See article by Christopher Magee et al. See online article pp. e27–e31.

Highlights from Acta Paediatrica 2014; 102, 1111

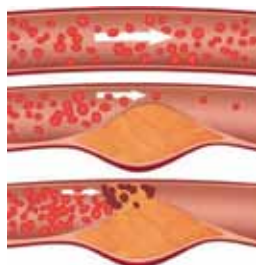
HIGHLIGHTS IN THIS ISSUE

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



Is Type 1 diabetes not an autoimmune disease?

We still do not know what causes type one diabetes and why the beta cells stop producing insulin. Despite this, there is a common view that the disease develops as a result of an autoimmune process involving insulinitis. Several ideas are so widely accepted that it may hamper progress into the true cause of the disease. Johnny Ludvigsson explains why research on Type 1 diabetes needs to be carried out with a more open mind pp. 120–123.



Fetal atherosclerosis

Atherosclerosis is a chronic inflammatory disease that has a long preclinical phase, beginning early in life. Neonatal aortic intima-media thickness is a novel marker that is used to assess for early aortic wall thickening that may be associated with atherosclerosis. Antenatal factors such as intra-uterine growth retardation, prematurity, inflammation, and maternal obesity, diabetes and smoking are associated with increased neonatal aortic intima-media thickness. See review article by Kate McCloskey et al. pp 124–130.



The triply troubled teenager

A Swedish survey of 7262 students aged 15 and 17 years old found that adolescents with chronic conditions (diabetes, epilepsy, severe asthma etc.) take more risks but have less protective factors than their healthy peers. Girls with chronic condition encompassed even less individual protective factors and were less likely to have a bright view of the future. Professionals should provide stronger protection for these teenagers who need to deal with the complex tasks associated with adolescence as well as with the chronic condition and its treatment. See article by Charlotte Nylander et al. pp 194–200.



Accuracy of tympanic and forehead thermometers

This study of 254 children presenting with fever in a private paediatric practice compared readings from infrared tympanic, infrared contact forehead and traditional rectal thermometers. Both the tympanic and forehead devices recorded lower temperatures than the rectal thermometers. The limits of agreement were particularly wide for the forehead thermometer. The findings suggest that tympanic thermometers can be used with some reservations, but forehead thermometers should be avoided in paediatric practice pp e80–e83.



Timing of complementary feeding and the risk of atopic eczema

Expert recommendations on the timing of complementary feeding have been polarized and there has been particular debate about whether the early introduction of solids promotes or prevents allergy. This study of 256 children with an increased risk for allergy, found no evidence that the timing of the introduction of complementary feeding increased the risk of atopic eczema. However, parents' suspicions of their child's allergy could cause delay in the introduction of complementary feeding resulting in reverse causation. See article by Katri Niinivirta et al. pp 168–173.

Den første kombinasjonen av
antihistamin og kortikosteroid ved
moderat til alvorlig allergisk rhinitt¹

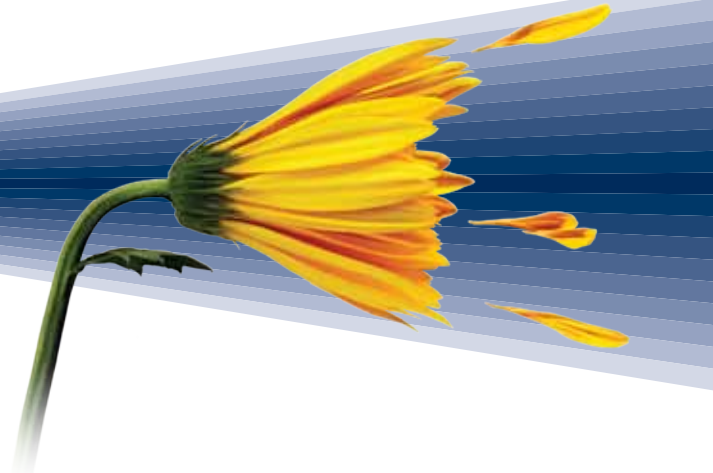
Dymista®

flutikasonpropionat/azelastinhydroklorid



Symptomlindring
i både nese og øyne²

Effekt innen
30 minutter³



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, fenyletyletanol, 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 sprøyten 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 sprøytes inn i hvert nesebor mens hodet bøyes fremover. Sprøytepipetten tørkes av og beskyttelseshetten settes på plass etter bruk. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for noen av innholdstoffene. **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 adferdsmessige 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 dosereduksjon 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 neselinnen 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 potensiell 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:** Begrenset 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. neselirritasjon, stikking, kløe), nysing, nesetørhet, hoste, tørr hals, halsirritasjon. **Sjeldne (>1/10 000 til <1/1000):** Munntørhet. **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. sløvhets, 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 248,20

Sist endret: 12.04.2013

Referanser:

1. Dymista preparatomtale 2013. 2. Meltzer E et al. Int Arch Allergy Immunol 2013;161:369-377. 3. Meltzer et al. Allergy Asthma Proc. 2012;33(4):324-32.

MEDA

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