

PAIDOS

TIDSSKRIFT FOR NORSK BARNELEGEFORENING

2016; 35 (2): 41-88

Kjernejournal - hva er det? Barne- og ungdomspsykiatri i somatikken



Norsk barnelegeforening
DEN NORSKE LEGEFORENING





Trygghet å vokse med FOR SMÅ MAGER MED KUMELK- PROTEINALLERGI

Nytt innhold og
design på boksen
– nytt varenummer
og bestillings-
nummer



Althéra® næringsmidler beregnet for spesielle medisinske formål og kan foreskrives på blå resept. Brukes i samråd med helsepersonell.

Althéra har fått et oppdatert innhold og nytt design på boksen.

Althéra er et sikkert og vel tolerert produkt for spedbarn med konstatert kumelkproteinallergi.^{1,2}

Produktet inneholder nå mer D vitamin og kalsium, for å tilfredsstille næringsbehovet til de litt eldre barna.³

Althéra kan da følge barnet over lengre tid som gjør det enklere både for deg og for foreldrene

Informasjon til helsepersonell
www.nestlehealthscience.no



PAIDOS



Paidos®2016

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

Anders Bjørkhaug
paidos@barnelegeforeningen.no

Redaksjonsmedarbeider

Stefan Kutzsche
paidosredaksjonen@barnelegeforeningen.no

Kari Holte
paidosredaksjonen@barnelegeforeningen.no

Adresse

Paidos redaksjon
Tiriltunet 3
6812 Førde

Design og annonsesalg

DRD DM, Reklame & Design AS
Pilestredet 75D
0354 Oslo
ragnar.madsen@drd.no
Tlf. 22 59 90 97

Materiellfrister

Nr. 03/2016 – 15.09.2016
Nr. 04/2016 – 20.11.2016

Forsidefoto

Foto: Anders Bjørkhaug

Opplag:

1300

Antall utgivelser per år:

4

Paidos på nett

www.paidos.no

Abonnement

240 kr pr år/4nr. Abonnement på Paidos bestilles ved henvendelse på mail: paidos@drd.no.

Innhold

44

Redaktør

Anders Bjørkhaug

45

Leder

Ingebjørg Fagerli

48

Norsk Barna- og ungdomsavdelinger og CL- barnepsykiatrisk virksomhet

Hans Petter Fundingsrud

53

Kjernejournal

– et nasjonalt varslingsystem for viktig informasjon
Lene Ekern Kvavik

60

Ny nasjonal standard for registrering av kritisk informasjon

– Intervju med Bent A. Larsen
Lene Ekern Kvavik

62

Aktuelt fra Nettverket

Nasjonalt Kompetansenettverk for Legemidler til Barn

64

Sommerbesøk på vinterstid, en Botswana-reise i nåtid og fortid

Noralv Breivik

70

Barneforeningen på twitter

72

Historier i pediatrien: Kåre Håvard Torp

– Nord Norges første barnelege
Stefan Kutzsche og Hildegunn Kutzsche

75

Barne- og ungdomsavdelingen, Universitetssykehuset i Nord - Norge

Hans Petter Fundingsrud

80

Doktorgrader

84

Highlights from Acta Paediatrica

Forsidefoto: "Her kommer våren, her kommer tiden med sol og varme, snøsmelting, kalde barn i innbydende tjern, den første myggen (eller var det en klegg?), saueskit på leggen, pollen og nugatti på lunsjnisten, en vårsomnolent meitemark på kroken, og de laaange timene vi sitter og venter på napp på kroken! Foto: Anders Bjørkhaug, en sen vårdag i 2013

Kjære kolleger og venner!

AV ANDERS BJØRKHAUG. REDAKTØR, PAIDOS.

Vel overstått vinter til alle lesere av Paidos!

Snøen har smeltet de aller fleste steder, og vårsolen skinner forhåpentligvis enda flere steder. Vår står i fokus, trolig til størst glede for alle non-atopikere der ute. Hammerfest by inviterer alle gode barnelegekolleger til å feire vårsolen og Vår møtet 2016 i herlige Nord. I skrivende stund pakkes kofferten for reisen nordover, og vi i NBF styret gleder oss til å møte dere til gode faglige sesjoner og sosiale kvelder.

Hvordan kan somatikken og psykiatrien i Norsk Barne- og Ungdoms spesialisthelsetjenestetilbud forenes og bygges rundt pasienten? Samarbeid, tverrfaglig utredning konsultasjonsvirksomhet og liasonarbeid er begreper som har eksistert lenge, men fungerer det alle steder? Er det på tide å tenke nytt? Spørsmålet stilles av forfatter og klinikkoverlege ved UNN, Hans Petter Fundingsrud, i sin artikkel.

Kjernejournal er tatt i bruk landet rundt. Hvordan fungerer kjernejournal, og hvilke funksjoner har vi i spesialisthelsetjenesten et medansvar for å holde oppdatert? Seniorrådgiver i direktoratet for e-helse, Lene Ekern Kvavik, har skrevet en orienterende artikkel for Paidos' lesere. Det du tidligere ville ha skrevet med tykk rød tusj utenpå journalen skal nå registreres i kjernejournal. Sier Bent A Larsen, spesialrådgiver i Direktoratet for E-helse og fastlege, i et intervju med oss.

Som nevnt i sist utgave, går nettsiden www.paidos.no for tiden igjennom et større oppussingsarbeid. Digitaliserte utgaver av Paidos fra nr 1 - 1999 til i dag, ligger på Barnelegeforeningens nettsider som pdf-filer. Nettsiden er søkbar, slik at artiklene kan finnes gjennom søkefunksjon, uten å måtte laste ned alle filene. Vi nærmer oss nå en ferdig presentasjon av nye tydelige, og oversiktlige nettsider for Norsk Barnelegeforening sitt eget tidsskrift. Nye artikler skal være enkelt søkbart, med oppdatert forfatterregister. Gamle artikler vil etterhvert bli tilgjengelige, i PDF format. Målsetning på sikt er at alle utgaver tilbake til første utgivelse i 1982 skal bli tilgjengelig – og søkbar – på nett. Dette er funksjoner vi ønsker å videreutvikle og forbedre. Vi håper og tror at dette vil være positivt både for lesere og forfattere, og på denne måten igjen kunne heve standarden ytterligere.

En viktig årsak til at Paidos leverer, er bidragsyttere i kollegiet! Vi ønsker å rette en stor takk til alle som vil dele nyttig kunnskap med kollegiet. For de som sitter på en kasuistikk eller annet materiell de ønsker å bidra med, men ikke helt vet hvordan de skal gå frem, kan redaksjonen bidra med god veiledning. Ta kontakt! Utviklingen Paidos har tatt siste årene har også sin økonomiske side. Vi mener likevel at får å nå flest mulig, skal ikke lesere og medlemmer belastes i for stor grad, og utviklingen kunne derfor ikke foregått uten et positivt samarbeid med alle annonsører i bladet.



Kjære kolleger!

AV INGEBJØRG FAGERLI. LEDER, NORSK BARNELEGEFORENING.

Magiske dager i Hammerfest

Vi har nettopp lagt bak oss Vår møtet i Hammerfest, arrangert av verdens nordligste barneavdeling. Referat kommer i neste nummer av Paidos, men jeg vil gjerne få si takk til arrangørene for et flott møte, både faglig og sosialt. Det er lagt ned et imponerende arbeid av få kolleger for å få til et slikt arrangement.

C/L-tjeneste (consultation/liason)

De årlige BUP-dagene hadde dette året psykosomatikk som hovedtema. Dessverre var det ikke så mange barneleger tilstede. Møtet var i Bodø, og jeg var så heldig å få med meg noen av foredragene. Egentlig burde dette vært tema for et felles møte mellom pediaterne og barne- og ungdomspsykiaterne. 10-15% av barn og unge har stressrelaterte sykdommer. Det har vært en 400% økning i henvisninger med psykosomatiske tilstander til seksjon for psykosomatikk på Barneklubben, OUS. For å hjelpe denne type pasienter er det nødvendig med en bio-psykososial tilnærming. De blir ikke friske av en uendelig rekke av somatiske undersøkelser. Vi møter de alle på poliklinikken og på sengepostene. På noen avdelinger er BUP-tjenester en integrert del av teamet rundt pasienten, mens andre steder er det ikke etablert formaliserte og integrerte ordninger for C/L-tjenesten. Professor Trond Diseth og hans team kom med klar oppfordring til sine kolleger om å engasjere seg mer i denne problematikken, og i større grad samarbeide med barnelegene.

NBF vil fortsatt ha et tettere samarbeide med BUP som satsningsområde for å kunne gi et helhetlig behandlingstilbud til pasientene. Det gjelder både de med psykosomatiske tilstander, men også mange andre med kroniske lidelser. Derfor var også C/L-tjenesten tema på avdelingsoverlegemøtet i Hammerfest.

Spesialistutdanning

Alle har vel fått med seg at det blir en omlegging av spesialistutdanningen for alle spesialiteter. Det arbeides nå på spreng for å få etablert den nye ordningen. I reformen ligger det mye bra. Det er fokus på kvalitet i utdanningen i form av klart definerte læringsmål, kompetansetesting, veiledning og ansvarliggjøring av ledere. Del 1 som er felles for alle og tilsvarer dagens turnustjeneste skal tre i kraft fra 1. september 2017. Kirurgi og indremedisin er obligatorisk. Dessverre har vi ikke fått gjennomslag for at pediatri kan være et alternativ til psykiatri i denne delen. Spesialitetskomiteen holder nå på med læringsmålene for vårt fag. Gruppeføringen av

utdanninginstitusjoner faller bort. Det helseforetaket som LIS ansettes i får ansvar for å lage et utdanningsløp for den enkelte utdanningskandidat. Hvis det er behov for tjeneste på annet sykehus for å oppfylle læringsmål, må foretaket inngå avtale om dette. Et viktig poeng er at utdanningen skal være nasjonal, og foregå på tvers av grensene for de regionale foretakene. Derfor må foretak nå inngå avtaler med avdelinger også utenfor egen region. Fortsatt er det ikke lagt opp til noen spesialisteksamen.

Kvalitet koster. Det er så langt sagt lite om hvordan mer veiledning, veilederutdanning, bedre supervisjon og mer undervisning i det daglige skal finansieres. Det er bekymringsfullt.

Forskriften til den nye spesialistutdanningsstrukturen kommer på høring før sommeren.

Et tverregionalt prosjekt arbeider med de mer praktiske sidene av hvordan reformen skal gjennomføres. Mer informasjon ligger på dette prosjektets nettsider: www.lis-utdanning.info

Interessegruppemøter

Organisering av interessegruppemøtene ble debattert under styrets time på Pediatridagene i januar utfra en rapporten en arbeidsgruppe hadde laget. Forslaget var å flytte møtene slik at de blir en mer integrert del av møtet. Det var ulike meninger. Styret har nå bestemt av vi flytter interessegruppemøtene til torsdag ettermiddag under Pediatridagene og beholder dagens tidspunkt på Vår møtene. Alle interessegruppen oppfordres til å ha et møte i året i tilknytning til barnelegemøter. Vi vil i dialog med interessegruppelederne lage en plan for møteavvikling. Så får vi se hvordan det vil fungere. Gruppelederne vil få dekket reiseutgiftene til de møtene deres gruppe har møte.

Erik Bøhler nytt æresmedlem

Det var en stor glede og ære for meg å få utnevne Erik Bøhler som nytt æresmedlem i Norsk barnelegeforening. Han fortjener virkelig vår respekt og beundring for sitt internasjonale engasjement innen barnehelse, både gjennom praktisk arbeid, vitenskap og undervisning. Ekstra hyggelig var det at både han og hans kone som han jobber tett sammen med, kunne være sammen med oss i Hammerfest.

Så ønsker jeg alle en riktig god sommer!

Ingebjørg Fagerli



LILLY LANSERER ▼ABASAGLAR®: NORGES FØRSTE BIOTILSVARENDE INSULIN



Enkelt å bruke og
enkelt å administrere
- i en ferdigfylt KwikPen¹

	Abasaglar®	Lantus®
Tilsvarende virkning ²	✓	✓
Tilsvarende bivirkningsprofil ²	✓	✓
Samme dosering ²	✓	✓
Tilsvarende SPC ^{3,4}	✓	✓
Samme refusjonsvilkår ⁵	✓	✓
Forskjell i priser ⁵	kr. 491,90	kr. 578,60

Bestill Abasaglar® demopenn og
støttemateriell på abasaglar.no

Abasaglar er et nytt insulin glargin til behandling av diabetes, som er biotilsvarende til Lantus. Et biotilsvarende legemiddel ligner et allerede godkjent biologisk legemiddel. Det er ingen klinisk relevante forskjeller i virkning eller bivirkningsprofil, men det vil være forskjeller i fremstillingsprosessen.⁶

INDIKASJON⁵

Indikasjon: Diabetes mellitus hos voksne, ungdom og barn ≥2 år.

REFUSJON VED TYPE 1-DIABETES

Vilkår 180: Refusjon ytes kun til pasienter som ikke oppnår behandlingsmålene til tross for optimal behandling med middels langtidsvirkende NPH-insulin på grunn av: - hyppige eller alvorlige nattlige følinger som skyldes insulinbruken - store blodsukkersvingninger som ikke gjør det mulig å oppnå akseptabel blodsukkerkontroll

181: Behandling skal kun startes av spesialist i indremedisin, barnesykdommer eller ved sykehusavdeling med tilsvarende spesialitet

For type 2-diabetes kan man søke om individuell refusjon. Spesialistkrav: Instituert av spesialist i allmennmedisin, indremedisin, barne-sykdommer eller av lege ved tilsvarende sykehusavdelinger

REFERANSER:

1. Ignaut D, Opincar M, Lenox S et al. FlexPen® and KwikPen™ Prefilled Insulin Devices: A Laboratory Evaluation of Ergonomic and Injection Force Characteristics. J Diabetes Sci Technol. 2008 May; 2(3): 533–537
2. EMA Assessment Report 2014 http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Annual_report/2015/04/WC500186306.pdf
3. Abasaglar SPC.
4. Lantus SPC.
5. www.legemiddelverket.no. pr. 14.09.2015.
6. FDA. Guidance for Industry. Scientific Considerations in Demonstrating Biosimilarity to a Reference Product. April 2015.

▼ Abasaglar «Lilly»
Human insulinanalog
ATC-nr.: A10A E04

INJEKSJONSVÆSKE, oppløsning 100 enheter/ml i ferdigfylt penn: 1 ml inneh.: Insulin glargin 100 enheter, sinkoksid, m-kresol, glyserol, natriumhydroksid, saltsyre, vann til injeksjonsvæsker.

Indikasjoner: Behandling av diabetes mellitus hos voksne, ungdom og barn fra 2 år og eldre.

Dosering: Individuell. Administreres s.c. 1 gang daglig når som helst i løpet av døgnet, men til samme tidspunkt hver dag. Styrken angis i enheter som er spesifikke for insulin glargin og er ikke det samme som IE eller enhetene til andre insulinanaloger. Insulin glargin kan også gis sammen med perorale antidiabetika ved type-2 diabetes. Omstilling fra andre insuliner til insulin glargin: Ved omstilling fra insulin med middels eller lang virkningstid kan det være nødvendig å endre basalinsulindose samt justere dose og tidspunkt for annen antidiabetisk behandling. Ved overgang fra NPH-insulin 2 ganger daglig, bør daglig dose av basalinsulin reduseres med 20-30 % de første ukene for å redusere risikoen for hypoglykemi om natten og tidlig om morgenen. Nøye metabolsk kontroll anbefales ved omstilling og i de påfølgende ukene. Med bedret metabolsk kontroll og påfølgende økt insulinfølsomhet kan ytterligere dosejustering bli nødvendig. Ved høy insulindose pga. antistoffer mot humaninsulin kan bedret insulinrespons sees med insulin glargin. *Spesielle pasientgrupper: Nedsatt leverfunksjon:* Insulinbehovet vil kunne være redusert. Nedsatt nyrefunksjon: Insulinbehovet vil kunne være redusert. *Barn og ungdom:* Sikkerhet og effekt er vist for ungdom og barn ≥2 år. Det er ikke gjort studier hos barn <2 år. *Eldre (≥65 år):* En tiltagende forverring av nyrefunksjonen vil kunne lede til en jevn nedgang i insulinbehovet. *Tilberedning:* Bruk kun klare, fargeløse oppløsninger med vannlignende konsistens uten synlige partikler. Frosset preparat skal ikke brukes. Skal ikke blandes med annet insulin. Abasaglar leveres i KwikPen ferdigfylt penn. Bruksanvisningen følges nøye. *Administrering:* Injiseres s.c. i abdomen, lår eller deltoid. Skal ikke gis i.v.. Injeksjonssted skal roteres innen et injeksjonsområde.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for innholdsstoffene

Forsiktighetsregler: Skal ikke brukes til behandling av diabetisk ketoacidose. Ved utilstrekkelig glukosekontroll, eller ved tendens til hyper- eller hypoglykemiske episoder, må pasientens oppfølging av det foreskrevne behandlingsopplegget, injeksjonssted og korrekt injeksjonsteknikk, samt alle andre relevante faktorer vurderes før dosejustering overveies. Særlig varsomhet hos pasienter der hypoglykemi kan ha spesiell klinisk betydning og der varselsymptomene på hypoglykemi er redusert. Overføring til ny insulin type eller nytt insulinmerke krever grundig medisinsk oppfølging. Forandring i styrke, merke, type, opprinnelse og/eller produksjonsmetode kan føre til behov for dosejustering. Den lange virketiden av s.c. insulin glargin kan forsinke bedringen etter hypoglykemi. Hjertesvikt er rapportert ved samtidig bruk av pioglitazon og insulin, spesielt hos pasienter med risikofaktorer. Hvis denne kombinasjonen brukes, bør pasienten observeres mht. symptomer på hjertesvikt, vektøkning og ødem, og pioglitazon seponeres ved forverring.

Interaksjoner: For utfyllende informasjon fra Legemiddelverket om relevante interaksjoner, se A10A E04 Lege-midler som kan gi økt risiko for hypoglykemi: Perorale antidiabetika, ACE-hemmere, disopyramid, fibrater, fluoksetin, MAO-hemmere, pentoksyfyllin, propoksyfen, salisylater, somatostatinanaloger og sulfonamidantibiotika. Legemidler som kan redusere den blodsukkersenkende virkningen: Kortikosteroider, danazol, diazoksid, diuretika, glukagon, isoniazid, østrogen og progestogener, fenotiazinderivater, somatropin, sympatomimetika, tyreoid-ideahormoner, atypiske antipsykotika samt proteasehemmere. Betablokkere, klonidin, litiumsalter eller alkohol kan enten potensere eller svekke insulinets blodsukkersenkende virkning. Pentamidin kan gi hypoglykemi som i noen tilfeller etterfølges av hyperglykemi. Under påvirkning av sympatolytiske legemidler, f.eks. betablokkere, klonidin, guanetidin og reserpin, kan tegnene på adrenerg motregulering svekkes eller utebli.

Eli Lilly Norge A.S.

Grenseveien 99, 0663 Oslo

Tlf: +47 22 88 18 00 Faks: +47 22 88 18 50 www.lilly.no

Graviditet, amming og fertilitet: *Graviditet:* Bruk kan vurderes under graviditet. Nøye glukosekontroll er viktig. Insulinbehovet kan falle i første trimester og stiger normalt igjen i andre og tredje trimester. Umiddelbart etter fødselen faller insulinbehovet raskt. *Amming:* Overgang i morsmelk er ukjent. Metabolske effekter hos diende barn er ikke forventet. Det kan være nødvendig å justere insulindose og diett. *Fertilitet:* Dyrestudier indikerer ikke direkte skadelige effekter.

Bivirkninger: Svært vanlige (≥1/10): Endokrine: Hypoglykemi. Vanlige (≥1/100 til <1/10): Hud: Lipodystrofi, som oftest lipohypertrofi (ved gjentatt injeksjon på samme sted). Reaksjoner på injeksjonsstedet (rødme, smerte, kløe, utslett, hevelse eller inflammasjon) går vanligvis over i løpet av et par dager/uker. Erfaring indikerer at pasienter <18 år har høyere frekvens av reaksjoner og smerte på injeksjonsstedet enn pasienter > 18 år. Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100): Hud: Lipoatrofi. Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000): Immunsystemet: Allergi. Straksallergiske reaksjoner (hudreaksjoner, angioødem, bronkospasme, hypotensjon, sjokk), kan være livstruende. Antistoffdannelse, som kan nødvendiggjøre justering av insulindosen. Øye: Nedsatt syn, retinopati. En markert endring i blodglukosekontrollen kan gi forbigående synssvekkelse pga. midlertidig endring i linsens turgiditet og brytningsindeks. Intensivert insulinbehandling med plutselig bedring i blodsukkerkontroll kan gi temporær forverring av diabetesretinopati. Natriumretensjon og ødem, spesielt ved intensivert insulinbehandling etter tidligere dårlig metabolsk kontroll. Svært sjeldne (<1/10 000): Muskel-skjelettsystemet: Myalgi. Nevrologiske: Smaksforstyrrelse. **Overdosering/Forgiftning:** *Symptomer:* Alvorlig og iblant langvarig og livstruende hypoglykemi.

Behandling: Milde tilfeller: Oralt inntak av karbohydrater. Ev. justering av dose, matinntak eller fysisk aktivitet. Alvorlige episoder med koma, kramper eller neurologisk svekkelse: Glukagon i.m./s.c. eller konsentrert glukose i.v. Fortsatt karbohydrattilførsel og observasjon kan bli nødvendig fordi hypoglykemi kan opptre på nytt etter tilsynelatende klinisk bedring. Se Giftnformasjonens anbefalinger A10A.

Egenskaper: Klassifisering: Insulinanalog, langtidsvirkende. Biotilsvarende legemiddel. Virkningsmekanisme: Blodsukkersenkende ved å stimulere perifert glukoseopptak, særlig i skjelettmuskulatur og fettvev, og hemming av glukoseproduksjonen i lever. Hemmer lipolyse i fettceller, hemmer proteolyse og øker proteinsyntesen. Absorpsjon: Langsom og forlenget sammenlignet med humant NPH-insulin. Foreligger oppløst ved lav pH. Den sure oppløsningen nøytraliseres etter s.c. injeksjon, og det dannes mikroutfelling som kontinuerlig frigjør små mengder insulin glargin. Dette gir en jevn, flat og forutsigbar konsentrasjons-/tidsprofil med forlenget virkningstid. Steady state etter 2-4 dager. Halveringstid: sammenlignbar med humaninsulin ved administrering i.v. Metabolisme: Raskt etter s.c. injeksjon til 2 aktive metabolitter, hvorav den ene er hovedsubstans i plasma og gir trolig i hovedsak effekten. Eksponeringen øker med gitt dose.

Oppbevaring og holdbarhet: Før bruk: Oppbevares i kjøleskap (2 °C – 8 °C) i ytteremballasjen. Skal ikke fryses. Etter anbrudd: Inntil 28 dager i romtemperatur (<30°C). Ikke i kjøleskap.

Abasaglar, INJEKSJONSVÆSKE, oppløsning i ferdigfylt penn:

Styrke	Pakning	Varenr	Pris (kr)1	R.gr.2	Refusjon3
100 enheter/ml	5 x 3 ml (ferdigfylt penn, KwikPen)	197480	491,90	C	A10AE04_1

Pris per: 18.01.2016

Basert på SPC godkjent av SLV: 21.05.2015

NOABA00004(1)

Lilly

PAIDOS

HEIM NYHETER ARTIKLER OM OSS LINKER

HOME NYHETER



Nasjonalt kompetansenettverk for legemidler til barn (Nettverket) arbeider for at legemiddelbehandling til barn skal være hensiktsmessig og trygg og i størst mulig grad basert på dokumentert kunnskap.

Av Gunn-Therese Lund Sørlund. Farmasøyt i Nasjonalt kompetansenettverk for legemidler til barn.

SISTE UTGAVE



PDF-arkiv av bladene

SISTE INNLEGG

- Historien om medikamentell behandling av sykdom hos barn
- British National Formulary for Children (BNF-C)
- Farmasøyen i det tverrfaglige teamet på en barneavdeling
- Pediatric pharmacotherapy and its unique challenges: Amalgamation of Professionalism and Emotional Quotient (EQ)

Lilly

▼ abasaglar®
insulin glargin
100 enheter/ml

Snart lanseres den nye Paidos.no

Norske Barne - og ungdomsavdelinger og CL - barnepsykiatrisk virksomhet – tid for å tenke nytt?

AV KLINIKKOVERLEGE HANS PETTER FUNDINGSRUD BARNE- OG UNGDOMSKLINIKKEN, UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE



2001 markerer et skille. Norsk spesialisthelsetjeneste ble organisert i helseforetak. I kjølevannet av den nye organiseringen valgte flere barneavdelinger å etablere seg i nye barne- og ungdomsklinikker hvor barne- og ungdomspsykiatri (BUP) slo seg sammen med barne- og ungdomsmedisin. I løpet av første 10- året av 2000 - tallet skjedde dette i Skien, på St. Olav, i Tromsø og på A-HUS, bl.a. I Tromsø var situasjonen slik at barne- og ungdomspsykiatrien lå med «brukket rygg» og barne- og ungdomsmedisinen som universitetsklinikk strevet med å bevege seg fra posisjonen som en «avansert sentralsykehusavdeling» (med nyfødtmedisin og kreftbehandling) til universitetsklinikk. Et forskningsprosjekt på tvers knyttet til behandling av premature dannet bindeleddet. Etableringen av Barne- og ungdomsklinikken (BUK) ble et viktig ledelsesprosjekt både faglig og organisatorisk for UNN. I flere år (2003 – 2009) hadde klinikken «benchmarkingsmøter» med Barne- og ungdomsklinikken, Sykehuset i Telemark til gjensidig nytte og glede.



CL står for konsultasjon-liaison som betyr «å spørre om råd» og «å binde sammen»

Det første ti-året av 2000-tallet handlet om å bygge opp de to virksomhetene. Integreringstanken stod sentralt. Vissheten om at de to fagfeltene historisk tilhørte hverandre var en viktig motivator, idet faget barnepsykiatri opprinnelig er et

ektefødt barn av pediatrien. Likeledes stimulerte ny kunnskap om forbindelsen mellom psyke og soma til nytenkning. All barne- og ungdomspsykiatrisk virksomhet i Tromsø ble samlet i ett bygg til en verdi av 155 mill. kr. på UNN-området. Barne- og ungdomsmedisinen utviklet og stabiliserte seg ved at andelen som gjennomførte doktorgradsarbeid økte.

I 2014/2015 ledet undertegnede en gruppe som arbeidet fram en rapport som skisserte etableringen av CL-virksomheten i Barne- og ungdomsklinikken på UNN. Ledelsen i klinikken sluttet seg til gruppens konklusjon om å etablere et kjerneteam bestående av undertegnede, en psykologspesialist og en barne- og ungdomspsykiater til denne virksomheten.

Hva er CL-virksomhet?

CL står for konsultasjon-liaison som betyr «å spørre om råd» og «å binde sammen» (fra latin: ligare) og er et tverrfaglig, forpliktende samarbeid mellom ulike fagområder. CL-psykiatri utgjør altså slik aktivitet mot somatiske avdelinger og deres personale. Det finnes en omfattende beskrivelse av tjenesten mht. oversikt, metode, pasientkategorier, verktøy og problemstillinger i Faglig veileder i barne- og ungdomspsykiatri. (4).

CL- barnepsykiatriens fremvekst.

I Norge begynner denne historien med etableringen av en egen barnepsykiatrisk sengepost på barneklubben på Rikshospitalet i 1950. Da denne virksomheten ble flyttet til Statens Senter for Barne- og ungdomspsykiatri, fikk Barneklubben tilknyttet en sosionom og barnepsykiater på deltid i liaison – konsultasjonsarbeid som i 1975 ble utvidet til et fullstendig tverrfaglig barnepsykiatrisk team med overføring av ressursene fra Statens Sentralteam for barne- og ungdomspsykiatri som hadde hatt hele Norge som nedslagsfelt. En slik overføring av ressurser kunne rettferdiggjøres all den tid fagfeltet nå var utbygget med poliklinikker i alle fylkene. Det skulle ta ytterligere 5 år før teamet var fullt integrert i barneklubben lokaler som



The Dual Optic – å se samme tilstand fra to ulike perspektiver. Foto: Pink Floyd The Division Bell (amazon.com)

en egen seksjon uten egne senger med 8 medarbeidere hvorav bl.a. 2 leger, 3 kliniske psykologer og 3 psykiatriske sosialarbeidere med ansvar for barn og unge innlagt på hele sykehuset (1-3). I dag fremstår virksomheten som en egen seksjon med navnet Seksjon for alvorlig psykosomatikk og CL-barnepsykiatri, underlagt Barneavdeling for Nevrologi, Barne - og ungdomsklinikken, OUS HF med 30 ansatte fordelt på Ullevål og Rikshospitalet (hovedvirksomheten på RH) under kyndig ledelse av Professor Trond Diseth. Nasjonal kompetansetjeneste for fagområdet er også lagt til avdelingen. Norsk Barne- og ungdomspsykiatrisk forening har opprettet et utvalg for CL-virksomhet og styret i Norsk Barnelegeforening har oppnevnt undertegnede som medlem av dette utvalg som et bindeledd mellom de to foreningene og fagfeltene.

Hva har skjedd faglig i pediatrien i mellomtiden?

Fagområdet sosialpediatri har på 2000-tallet gjennomgått en endring. Fra å være et bredt felt som omfattet det meste av det vi vanligvis omtalte som psykosomatiske lidelser, barnemishandling, omsorgssvikt, mm. er sosialpediatri i økende grad blitt et synonymt begrep med vold mot barn og seksuelle overgrep, jfr de nye stillingene for «sosialpediater» knyttet til arbeid ved barnehusene. Samtidig har det vi i dag ville kalle «komplekse og sammensatte symptomlidelser» (residiverende magesmerter, hodepine, kronisk tretthetssyndrom, uforklarlige smertetilstander, komplekst regionalt smertesyndrom (CPRS), uforklarlige lammelser, uforklarlige anfall, enurese, encoprese, osv.) blitt fordelt til de ulike subspecialitetene: gastroenterologi, nevrologi, urologi og revmatologi (5). Dette har gitt et stadig sterkere fokus på



Til de som ikke har etablert CL-tema enda vil mitt råd være å ansatte CL-temaene på barneavdelingene fullt integrert i den somatiske hverdagen.

grundig indremedisinsk utredning uten at tilnærmingen har blitt mer helhetlig av den grunn.

Den biopsykososiale sykdomsmodellen og tilnærming.

Den biopsykososiale sykdomsmodellen er et rammeverk til å forstå hvordan emosjonelle og sosiale forhold hos barn og unge samspiller med deres kroppslige sensasjoner og symptomer. Tilnærmingen kommuniserer idéen om at alle problemer samtidig både har biologiske, psykologiske og sosiale sider. Med bio – forstås fokus på biologiske forhold (arv/genetikk, autonom aktivering ved stress, virus/bakterier, osv.), med psyko – forstås fokus på individuelle og relasjonelle mentale/emosjonelle fenomener (kognitive, atferdsmessige, meningsbærende, følelser, osv.) og med sosiale – forstås miljømessige (familiære, nettverkstilknyttede, kulturelle, osv.) faktorer. Gjennom nye epigenetiske betraktninger, kunnskap fra psykonevroimmunologi og studier som Adverse Childhood Effect (ACE-studien) – og Dunedin Multidisciplinary Health & Developmental Study, forsøker vi å forklare det komplekse samspillet mellom nivåene samtidig som behovet for å arbeide med disse nivåene samtidig understrekes. Nyere litteratur på feltet viser også vei for behandlingsprogrammer som benytter denne kunnskapen (7).

Når vi arbeider med barn, ungdom og deres familier, innebærer det å ha sykdomsperspektivet, utviklingsperspektivet og familieperspektivet samtidig. Dette gjelder enten vi arbeider som barne- og ungdomsmedisinere eller som barne- og ungdomspsykiatere. Gjennom tilnærmingen søker vi å forstå hvordan barn, unge og de pårørendes oppfatning påvirker hvordan disse snakker om symptomer og plager og hvordan denne samtalen skaper mening for pasient/foreldre. Barnets og familiens egne ressurser (mestring og tilhørighet) vektlegges og løftes frem. Samtidig som vi forholder oss til det fysiske og emosjonelle samtidig, forholder vi oss i tilnærmingen

både til predisponerende, utløsende og vedlikeholdende faktorer som er av betydning for tilstandens forløp (hvorfor akkurat nå? Hvilke løsninger har familien valgt og hvordan skaper noen av disse nye problemer?). I kartleggingen og som intervensjon benyttes noen definerte verktøy som alle behersker (terapeuter og pleiepersonell) som familiekart (genogram)/tidsakse biopsykososialt kart, semistrukturert anamneseopptak, generelle barnepsykiatriske screeninginstrumenter i tillegg til spesialpedagogisk utredning, mm. Tilnærmingen er vel dokumentert og beskrevet og anvendes som metodikk i de fleste CL-teamene ved norske barneavdelinger (4). Behandlingsmodalitetene består bl.a. av psykoedukasjon, familierapi, individualterapi, kognitiv atferdsterapi (CBT), hypnoterapi, samt veiledning av pleiepersonalet.

Situasjonen i norske barneavdelinger.

I en enkel spørreundersøkelse i 2014 svarte 7 avdelinger at de hadde etablerte team med fra 1 – 3 ansatte i teamene med ulike fagkategorier (barne- og ungdomspsykiater, psykologspesialist, familierapeuter, kliniske sosionomer, osv.). OUS som er motoren i dette arbeidet utmerker seg med sine 30 ansatte fordelt på Ullevål og Rikshospitalet. I tillegg har Barne- og ungdomsklinikken ved St. Olav et stort team med 10 ansatte. Likeledes AHUS med sine 5,25 fagstillinger skiller seg ut. Teamenes organisering og tilknytning varierer betydelig fra å være egne seksjoner på enten barneavdelingen eller i barne- og ungdomspsykiatrien, til at noen er ansatt på BUP, mens andre er ansatt på barneavdelingen (også forskjellig tilknytning innen samme team). Alle arbeider etter en biopsykososial tilnærming med standard utrednings- og behandlingsverktøy. 65 % av klientellet er innlagte pasienter. Noen team har spesialfunksjoner med deltakelse i sykdomsspesifikke team (diabetes, ME/CFS, revmateam, sped- og småbarnsteam). Mange betoner at størrelse er en utfordring idet små team hemmes av faglig isolasjon, vakanser, permisjoner, osv. OUS gjennomfører for tiden et



Tilnærmingen kommuniserer idéen om at alle problemer samtidig både har biologiske, psykologiske og sosiale sider.

større systematisk kartleggingsarbeid for CL-virksomhet ved norske barne- og ungdomsavdelinger.

Hva fremmer og hva hemmer det gode samarbeid?

Mange barneleger opplever BUP som utilgjengelige når de trenger dem for sine pasienter og mener de har liten glede av tjenesten. Det eksisterer store kulturelle og strukturelle forskjeller mellom de to fagfeltene. Betydningen av disse for ikke å få til et godt samarbeid, har vært undervurdert og underkommunisert. Det grelllest eksempelet på dårlig faglig samarbeid er pasienten med hodepine hvor hun utredes somatiske uten at barnelegen finner noe organisk galt, henviser til BUP og får svar tilbake at man ved hjelp av standard screeninginstrumenter ikke har funnet som psykologisk som kan forklare jentas plager.

Den somatiske kulturen er preget av en handlingskultur med raske beslutninger, "callinger" som piper, hvor 30 min. er lang tid for en samtale og hvor alle er uniformert i hvitt, blått eller grønt. Kulturen er gjennomgående paternalistisk og hierarkisk og har et sterkt biologisk og teknologisk fokus.

Den psykiatriske kulturen er utpreget prosessfokusert og langsom. Ting tar lang tid. Samtalene er selve behandlingsverktøyet og varer gjerne 1 ½ time, det er god plass og stor grad av tverrfaglighet i en og samme sak. Kulturen har sterkere vektlagt "shared decision making". Forholdet til taushetsplikten er preget av sterk beskyttelse av pasienten, også overfor andre samarbeidspartnere og samtykke til utredning og behandling innhentes fra begge foreldre (der hvor de ikke lever sammen).

De strukturelle ulikhetene er like i øyenfallende. Finansieringssystemene er ulike. Somatikken ISF/DRG-delfinansiert, BUP gjennom åpningstidsrefusjoner (basert på timeverk) og aktivitet (polikliniske takster)(ISF/DRG er planlagt innført i psykiatrien fra 2017). Dokumentasjonen

foregår i ulike journalsystemer, gjerne med blålys-tilgang som er en tungvint løsning. Henvisningspraksis er også ulik idet psykiatrien ofte er team-inndelt, enten geografisk eller fagspesifikt hvor henvisende instans ofte kan henvise direkte til disse. Volumet av henvisninger er i tillegg ulikt. I somatikken kommer henvisningene til én mottaker og fordeles som regel først til fagansvarlige som prioriterer og beslutter omsorgsnivå - innleggelse eller poliklinikk. I barne- og ungdomspsykiatriske avdelinger er det ofte liten kommunikasjon mellom poliklinikken og sengeavdelingen hvis slike finnes.

Det mest omfattende og alvorlige strukturelle hindringen for å få til et godt samarbeid mellom de to fagfeltene, har vært Prioriteringsveilederen i barne- og ungdomspsykiatri som ikke har prioritert pasienter med kroppslige symptomer. Dette er det nå kommet en endring på idet man i veilederen fra 2.11.15 har fått inn et nytt punkt 2.7 hvor "tilstander som omfatter alvorlige konversjonslidelser (F44) med symptomer som lammelser, besvimelser, kramper eller sansemessig svikt, og somatoforme lidelser (F45), der særlig langvarige, invalidiserende smertetilstander dominerer" er gitt rett til nødvendig helsehjelp med frist på 12 uker. En interessant observasjon er at CFS/ME ikke er inkludert i de nye retningslinjene.

Hvor leder dette oss hen?

Barne- og ungdomsklinikken på UNN har sitt 15 års-jubileum i 2017. Jeg våger påstanden om at barne- og ungdomspsykiatrien i Tromsø ikke hadde vært der den er i dag uten klinikkdannelsen, bla. er antallet leger i BUP økt fra 2 til 16 i perioden, men det er først i disse dager at vi begynner å se effekten av rekrutteringen i form av ferdige spesialister. Antallet spesialister med flere år i pediatrien, sågar med doble spesialiteter, er også en konsekvens av klinikkdannelsen. Jeg tror også at identiteten som lege hos barne- og ungdoms psykiaterne, har profitert på samorganisering



All faglig fornuft tilsier at barn, unge og deres familier vil tjene på en fortsatt tettere integrering mellom de to fagfeltene hvor CL-teamene kan utgjøre et viktig bindeledd.

med pediatrien. I tillegg har organiseringen bidratt til fremveksten av det første nord-norske professoratet i barne- og ungdomspsykiatri.

Men, vi har enda ikke vært gode nok på å få til integreringen og "En dør" inn i spesialisthelsetjenesten for barn, ungdom og deres familier.

Våre myndigheter snakker fortsatt varmt om et tettere samarbeid mellom somatikk og psykiatri og Norsk Barnelegeforening har forpliktet seg til å arbeide for en tettere integrering mellom barne- og ungdomspsykiatri og barne- og ungdomsmedisin gjennom sin plan for satsningsområder i norsk pediatri 2011-15.

Norske sykehus har organisert sin CL-virksomhet på ulikt vis, fra egne seksjoner i psykisk helsevern via egne seksjoner i de somatiske barneavdelingene til fullt integrerte team i disse. Til de som ikke har etablert CL-tema enda, vil mitt råd være å ansatte CL-temaene på barneavdelingene fullt integrert i den somatiske hverdagen. På den måten benytter man ett finansieringssystem og ett sett dokumentasjonsrutiner. Henvisningene sendes til en felles postkasse og en i teamet prioriterer søknaden og lager forslag til omsorgsnivå (poliklinikk, innleggelse, behandling i serie i pasienthotell, etc.).

Det er ikke hvem som helst som mestrer å jobbe på tvers av kulturer. «Hus skaper folk og folk skaper hus», lyder en strofe i en kjent nordnorsk vise. Bygningsmessig samlokalisering er optimalt. BUP-ansatte opplever fort å bli marginalisert på barneavdelingene, ikke minst hvis de ikke har sin daglige tilhørighet der. Ved full integrering vil den pediatriiske kulturen og fagforståelsen også utvikle seg slik at somatiske fokus og utredning får sin naturlige avrundning og lege/sykepleier samt pasient og pårørende får et nytt perspektiv. Dette er i tillegg viktig sett i lys av diskusjonen om uønsket variasjon i bruk av helsetjenester, i det endeløs somatisk

utredning vil få sin naturlige begrensning. Med tilhørighet til samme klinikk vil psykologspesialist og barne- og ungdomspsykiater i det integrerte teamet likevel kunne ha sin fagtilknytning til barne- og ungdomspsykiatrien og dessuten bringe noe nytt til begge kulturer. Ved Barne- og ungdomsavdelingen på UNN har vi fra 1.9.16 ansatt en spesialist i barne- og ungdomspsykiatri i den nye "Barnehusstillingen". Vedkommende er «en ektefødt medarbeider» av Barne- og ungdomsklinikken og vil definitivt også ha en rolle i CL-virksomheten ved avdelingen.

All faglig fornuft tilsier at barn, unge og deres familier vil tjene på en fortsatt tettere integrering mellom de to fagfeltene hvor CL-teamene kan utgjøre et viktig bindeledd. Konsultasjons-liaison tjenesten ved landets barneavdelinger vil være tema under avdelingsoverlegemøtet i Hammerfest i juni.

Litteratur

1. Vandvik, IH & Seltzer, WJ. Evolution of child psychiatric teamwork in a somatic hospital. *Psychoter. Psychosom.* 41: 77-84, 1984.
2. Vandvik IH & Fossen, A. Funksjon og oppgaver for en barne- og ungdomspsykiatrisk seksjon ved et regionsykehus. *TNLF nr.* 33, 1989; 109: 3440-3
3. Vandvik IH. Collaboration between child psychiatry and paediatrics: the state of the relationship in Norway. *Acta Pædiatr* 83: 884-7, 1994
4. Diseth, TH. "Konsultasjon-liaison" – psykiatri; BUP i somatisk medisin. *Faglig veileder i barne- og ungdomspsykiatri.* 2010
5. Fors, E. Et al. Somatiske symptomer uten vesentlig medisinsk forklaring: bakgrunn, nosologi og kliniske betraktninger med relevans for psykologer. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening.* 2014, 51: 365 – 377.
6. Fundingsrud, HP et al. Rapport fra arbeidsgruppe – CL-team (konsultasjon-liaison), Barne- og ungdomsklinikken, UNN, Mars 2015
7. Kozłowska K. Stress, distress and bodytalk: Co-constructing formulations with patients who present with somatic symptoms. *Harvard Review of Psychiatry* 2013; 6, 314 – 334.



Kjernejournal

– et nasjonalt varslingsystem for viktig informasjon

AV LENE EKERN KVAVIK, SENIORRÅDGIVER, ONKOLOG. DIREKTORATET FOR E-HELSE.



Det er kveld, du har vakt og du får beskjed fra akuttmottaket om at et barn på 7 år er på vei inn i ambulanse. Barnet bor et annet sted i landet og er på sommerferie i området sammen med moren sin. Mor forteller at barnet er svært allergisk mot en medisin hun ikke husker navnet på. Fastlegekontoret er stengt og helsesekretær ringer pasientens lokalsykehus for å få tak i eventuelle journalopplysninger om pasienten, men dette tar tid. «Tenk om jeg bare kunne trykket på en knapp og fått fram de viktigste helseopplysningene om pasienten!» tenker du frustrert. God nyhet: Denne knappen finnes! Det er kjernejournal-knappen i pasientens elektroniske journal!

Kjernejournal er den første digitale løsningen for deling av pasientinformasjon på tvers av virksomheter og nivåer i helsevesenet. Uten kjernejournal er viktig informasjon kun lagret lokalt i journalen på det enkelte sykehus eller fastlegekontor. Det er ikke system for automatisk overføring

av viktig informasjon. Dette fører til at viktig informasjon om pasienten ofte ikke er tilgjengelig for helsepersonell når det er behov for det.

Dersom en fastlege opplever at en pasient får en anafylaktisk reaksjon på et legemiddel, vil ikke legen på sykehuset vite dette om ikke fastlegen først skriver det i en henvisning, og deretter må en lege ved sykehuset legge det inn under cave i lokal elektronisk pasientjournal. Om pasienten så reiser på ferie og kontakter legevakt et annet sted i Norge, vil ikke opplysningen om anafylaktisk reaksjon være tilgjengelig for legevaktslegen.

Kjernejournal gir rask tilgang til kritisk informasjon om pasienten

Mangel på livsviktig og kritisk informasjon om pasienten kan føre til utilsiktede hendelser i diagnostikk og behandling, i verst fall pasientskade eller dødsfall. Formålet med kjernejournal er økt pasientsikkerhet ved at helsepersonell får tilgang til livsviktig informasjon



Kjernejournal er den gule post-it lappen jeg vil at noen av mine pasienter har i pannen når de blir lagt inn akutt.

Sagt av lege ved St. Olavs hospital

som legemidler, alvorlige allergier, kritiske sykdommer og annen viktig helseinformasjon. I tillegg finner man personalia som pårørende med tilhørende telefonnummer, samt kontaktinformasjon til pasientens fastlege. Med kjernejournal får sykehus, legevakt og fastleger rask tilgang til de samme opplysningene om pasienten.

Kritisk informasjon

Barneleger kan ofte stå i en akuttsituasjon hvor de må ta raske beslutninger om videre behandling av barnet. Da er man avhengig av å ha så gode opplysninger om barnet som mulig – og at opplysningene er raskt tilgjengelig uten ringing, leting i journalen etc. Det kan f.eks. være avgjørende å vite at barnet har hemofili. Fram til nå har slik informasjon blitt registrert under «Cave» i pasientjournalen men her registreres også mye ikke-kritisk helseinformasjon som åpen retur og kontaktpersoner. I tillegg er ikke informasjon under «cave» tilgjengelig for leger andre steder enn der det

er registrert. Man har heller ikke hatt en standard for hvordan kritisk informasjon skal dokumenteres. Kritisk informasjon skal registreres av lege og vil være aktuelt for noen få prosent av befolkningen.

Nasjonalt varslingssystem

Legen kan nå med et blick i pasientens journal se om andre leger har registrert kritisk informasjon på pasienten. I så fall vil kjernejournalssymbolet være rødt. I tillegg vil informasjonen man finner der være strukturert etter et etablert kodeverk. Dette øker presisjonen av opplysningene og gir mindre risiko for tolkningsfeil og uklarheter. Hovedprinsippet er at kun lege kan registrere kritisk informasjon i kjernejournal. Mange leger forteller at de også har god bruk for opplysninger som ligger på legemiddelsiden, samt oppdaterte opplysninger om pasientens pårørende og fastlege.

Kjernejournal åpnet på fanen med kritisk informasjon om pasienten

Kjernejournal er nå integrert i alle elektroniske pasientjournalssystemer som brukes ved sykehus og i allmennpraksis.

Barn og kjernejournal

Barn har kjernejournal på samme måte som voksne, men den er foreløpig kun tilgjengelig for helsepersonell. Kjernejournal opprettes straks barnet har fått norsk fødselsnummer eller D-nummer. Dersom foreldre senere ønsker noe registrert i barnets kjernejournal, må de henvende seg til lege. Det er i kjernejournal mulig å registrere medfødte sjeldne/alvorlige sykdommer som fenylketonuri. Dermed vil både fastlege og legevakt få vite om barnets sykdom selv om de ikke har mottatt epikrise.

Opplysninger om hvem som har foreldreansvaret for barnet hentes direkte fra Folkeregisteret. Under «Familie» vises foreldrenes navn, alder og telefonnummer. Dersom en forelder har foreldreansvar for barnet vil det under forelderens navn stå «Foreldreansvar». Dersom en forelder ikke er oppgitt med foreldreansvar i Folkeregisteret vil det under forelderens navn stå «Står ikke oppført med foreldreansvar». Dette kan være nyttige opplysninger for legen. Etter hvert vil barn som blir 16 år motta elektronisk varsel om at de har kjernejournal.

Lovendring

Helse- og omsorgsdepartementet ga Helsedirektoratet i 2010 oppdraget med å utrede en nasjonal kjernejournal. Arbeidet ble oppfattet å være så viktig at det medførte en lovendring hvor Helseregisterloven i 2012 ble utvidet

Om foreldres innsynsrett i sitt barns kjernejournal

med § 6d om Nasjonal kjernejournal (1). Året etter trådte kjernejournalforskriften i kraft (2). Dette gav hjemmel for opprettelse av kjernejournal.

Plan for bredding

Nå har snart tre millioner innbyggere fått sin kjernejournal. Helsepersonell bruker kjernejournal i Midt-Norge og Vest-Norge samt i områdene rundt Akershus Universitetssykehus, Universitetssykehuset i Nord-Norge og Sørlandet sykehus. Sykehuset Innlandet fikk tilgang til kjernejournal nå i mai 2016 og deretter står Oslo Universitetssykehus for tur. I 2017 kommer turen for resten av HSØ.

Rett etter at en pasient har fått kjernejournal, vil det ikke ligge opplysninger på legemiddelsiden eller under kritisk informasjon. Det tar ca. tre måneder fra kjernejournal er opprettet for pasienten, til informasjonen om hentede legemidler på apotek er noenlunde fullstendig. Det kan ta lengre tid før behandlende lege har registrert kritisk informasjon. Helsepersonell har gjort over 60 000 oppslag i kjernejournal siden juni 2014 og leger har gjort i underkant av 5 500 registreringer om kritisk informasjon.

Integrert i EPI

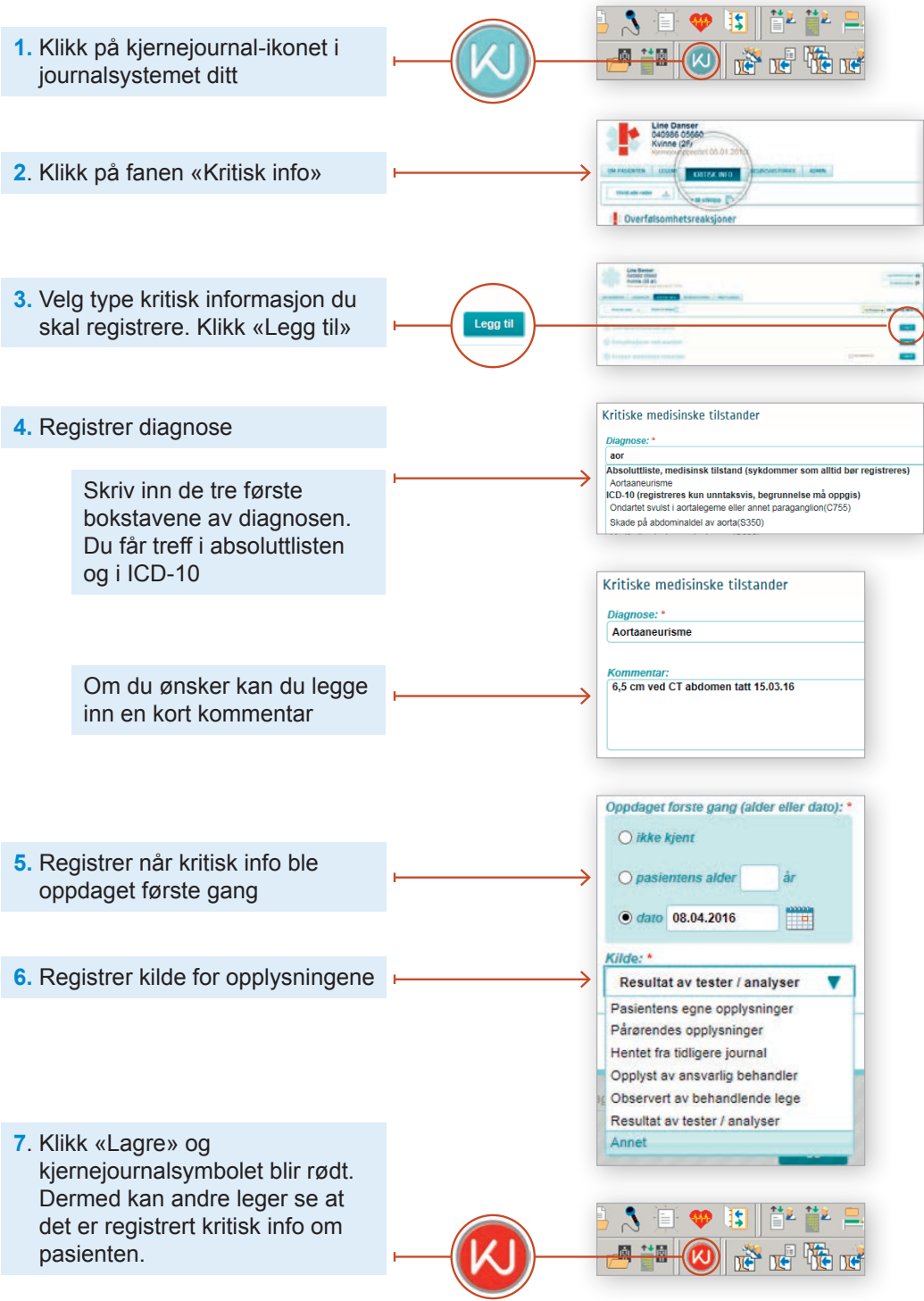
Kjernejournal er nå integrert i alle elektroniske pasientjournalssystemer som brukes ved sykehus og i allmennpraksis. Det betyr at man enkelt åpner kjernejournal via et symbol i egen pasientjournal. Hos de aller fleste pasienter vil symbolet være lyseblått, mens hos de få pasientene hvor det er registrert kritisk informasjon vil symbolet være rødt. Flere sykehus har nå nedfelt i prosedyre at kjernejournal skal åpnes ved mottak av pasient dersom kjernejournalssymbolet er rødt.

Kilder for data i kjernejournal

Kjernejournal henter inn data automatisk fra offentlige registre som Folkeregisteret, DiFi, Fastlegeregisteret, Reseptformidleren og NPR (Norsk pasient register). Man får derved hele tiden oppdaterte opplysninger om pasienten og er ikke avhengig av manuell registrering av data med

Du kan redde liv med 7 klikk

Så enkelt er det å registrere kritisk informasjon i kjernejournal. Du kan velge mellom fem kategorier for kritisk informasjon. Her viser vi hvordan du kan legge inn informasjon om at pasienten har et abdominalt aortaaneurisme.



Direktoratet for e-helse

Flyttdiagram for registrering av kritisk informasjon



Pasienten administrerer her selv sperring, blokkering og varslinger i sin kjernejournal og kan på den måten øke graden av personvern for sin kjernejournal.

mulighet for feilregistrering. Det eneste unntaket fra dette er opplysninger om kritisk informasjon, som skal legges inn av lege.

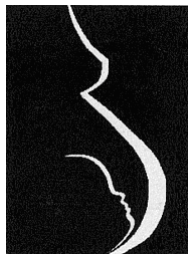
Kjernejournalens innhold

Kjernejournal er organisert i fem deler, vist som fem klikkbare faner øverst. Under følger kort om hva du kan finne i de ulike fanene. Mer informasjon finner du i dokumentet «Kjernejournal – introduksjon for helsepersonell» som finnes på e-helse.no/kjernejournal.

Referanser

- 1. Prop. 89 L (2011-2012): Endringer i helseregisterloven mv. (opprettelse av nasjonal kjernejournal m.m.).
- 2. Kjernejournalforskriften: FOR-2013-05-31-563 Helse- og omsorgsdepartementet. <https://helsenorge.no/kjernejournal>

Fane i kjernejournal	Beskrivelse
Oversikt	Startside som viser en oppsummerer informasjon fra andre faner, for å få et raskt overblikk over pasientens helsetilstand.
Om pasienten	Adresse, sivilstatus og familie. Aktuell fastlege med kontaktinformasjon samt evt tidligere fastleger. Pasientens tre felter hvor de kan registrere kontaktpersoner, kommunikasjonsutfordringer samt egenregistrerte sykdommer.
Legemidler	Legemiddelsen viser alt som er hentet ut på resept etter at pasienten fikk kjernejournal samt uavhentede e-resepter. Det vises uavhengig av om resepten er skrevet ut som e-resept, er ringt inn til apotek, sendt pr fax eller levert som papirresept. Tre års historikk.
Kritisk info	Informasjon som vil kunne ha avgjørende betydning for valg av helsehjelp, men som er lett å overse. Eksempler er legemiddelallergier, spesielle lidelser som; hemofili, angioødem, implantater som pacemaker, tidligere komplikasjoner ved anestesi.
Besøkshistorikk	Oversikt over pasientens kontakt med sykehus, avtalespesialister og andre enheter innen spesialisthelsetjenesten fra 2008. Omfatter både poliklinisk kontakt, dagbehandling og innleggelser. Grunnlaget er rapporter fra Norsk pasientregister (NPR).
Instillinger	Pasienten administrerer her selv sperring, blokkering og varslinger i sin kjernejournal. Pasienten har dermed oversikt og kontroll over hvilke helsepersonell som ser hvilke deler av kjernejournalen. Pasienten har tilgang til sin kjernejournal ved å logge seg på helsenorge.no/min-helse



Vi ønsker DEG som medlem i Norsk Perinatalmedisinsk Forening!

Hva er Norsk Perinatalmedisinsk Forening; NPF?

NPF en uavhengig organisasjon, stiftet i 1987, og har som formål å spre kunnskap og interesse for perinatalmedisin. NPF arrangerer nasjonale og internasjonale møter og engasjerer seg i viktige perinatalmedisinske spørsmål. Foreningen ønsker å være en tydelig, fagpolitisk pådriver innen nasjonal og internasjonal perinatalmedisin.

NPF ønsker DEG som arbeider med perinatalmedisin i ditt daglige virke som medlem, enten du er gynekolog/obstetriker, sykepleier, jordmor eller barnelege.

For at NPF skal være en sterk og slagkraftig forening, er det veldig viktig at flest mulig profesjonelle helsearbeidere innen svangerskapsomsorg, fødselshjelp og nyfødtdisin slutter opp om foreningen, melder seg inn som medlem, og er med på å utvikle faget og foreningen. Som medlem i NPF har du møte- og stemmerett ved generalforsamlingen som finner sted under perinataldagene.

Perinataldagene arrangeres i november hvert år, og er en viktig arena for faglig og sosialt påfyll. Dagene skal stimulere til tverrfaglig samarbeid, fagutvikling, forskning og vennskap på tvers av de perinatalmedisinske profesjoner. Medlemmer i NPF har også mulighet til å bekle verv for NPF.

Du kan holde deg oppdatert på nyheter via vår nettside <http://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-barnelegeforening/Interessegrupper/Norsk-perinatalmedisinsk-forening/> eller vår Facebook-side. Kontingenten er kr. 300 pr. år og har ikke vært økt på flere år da vi heller ønsker å favne så mange perinatalmedisinere som mulig i foreningen.

Meld deg inn i NPF!

Gyro Conference AS fører foreningens medlemslister. Du melder deg lettest inn som medlem via denne lenken <http://tsforum.event123.no/npf/blinpfmedlem>. cfm. Når innmeldingen er mottatt, vil du få tilsendt en giro for betaling av medlemsavgift.

Verve medlemmer?

Dersom du verver minst 2 medlemmer vil du få gratis medlemskap i ett år, dette gjelder både nye medlemmer og de som allerede er medlem. Den som verves skriver inn ditt navn i innmeldingsvinduet og fradrag i kontingent vil bli ordnet av Gyro. Eventuelle spørsmål vedrørende medlemsskap og verving av medlemmer kan også stiles til guro.steine@gyro.no. Velkommen som medlem i NPF!

På vegne av styret;

Beate Horsberg Eriksen

Nestleder, NPF

Barne- og ungdomsklinikken i Ålesund

Mett, glad og nysgjerrig



Pepticate er dokumentert velfungerende med **god symptomlindring** for barn med diagnosen kumelkallergi. En prebiotisk kostfiberblanding gir lignende effekt som morsmelkens kostfiber, og dermed en **velfungerende mage**.¹ **God smak og lukt** gjør at tilvenningen går raskt. Dette sikrer at barnet får i seg den næringen det trenger.^{2,3}

Mer informasjon om kumelkallergi finner du på kumelkallergi.no og nutricia.no

SMÅ MELKEALLERGIKERE  PEPTICATE

Morsmelk er spedbarnets beste føde. Pepticate er et næringsmiddel til spesielle medisinske formål. Skal brukes under medisinsk tilsyn etter nøye vurdering av øvrig ernæringsbehandling, inkludert amming.

1. Moro et al. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2002;34(3):291-295.
2. Mabin et al. Arch Dis Child 1995;73(3):208-210.
3. Venter. Journal of Family Health Care 2009;19(4):128-134.

NUTRICIA
Pepticate

Ny nasjonal standard for registrering av kritisk informasjon

Det du tidligere ville ha skrevet med tykk rød tusj utenpå journalen skal nå registreres i kjernejournal

- Intervju med Bent A Larsen, spesialrådgiver i Direktoratet for E-helse og fastlege

AV LENE EKERN KVAVIK, SENIORRÅDGIVER, ONKOLOG. DIREKTORATET FOR E-HELSE



Hva er kritisk informasjon?

Det er informasjon som det er viktig at du som lege varsles om: Informasjon som kan være vanskelig å erkjenne i en akuttsituasjon og som kan medføre alvorlige komplikasjoner, død eller feilbehandling dersom den oversees. La meg ta et eksempel for å belyse:

En bevisstløs pasient er på vei inn til sykehus. Allerede i ambulansen inn har de tatt glukose, så diabetes er en diagnose man sjelden overser. Men svært få av oss vil tenke på Addison krise som årsak til at pasienten er bevisstløs. Disse pasientene trenger store doser cortiskon i akuttsituasjoner. Dette er det viktig at legen varsles spesielt om, hvis ikke kan han overse det. Det er også viktig å vite om en pasient har avstivet nakke slik at legen ikke misoppfatter dette som nakkestivhet i en akuttsituasjon. Men samtidig er det også viktig at det ikke registreres for mye under kritisk informasjon, for da mister varslingen sin verdi.

Hvorfor heter det kritisk informasjon i stedet for cave, som leger er vant til å forholde seg til?

«Cave» er imperativsformen av det latinske verbet «Caveo» og betyr «vokt deg for» eller «pass deg for». I praksis tolkes dette som et påbud om at behandlingen er kontraindisert. I kjernejournal har vi valgt å ikke benytte begrepet «Cave». Kjernejournal skal beskrive hva som faktisk har skjedd, f eks ved en overfølsomhetsreaksjon vise mistenkt agens, hvilken reaksjon pasienten fikk samt alvorlighetsgrad av reaksjonen. Men hvorvidt dette vil medføre at legemiddelet ikke brukes i neste behandlingssituasjon, vil variere utfra den aktuelle situasjon og indikasjon. Det vil måtte avgjøres av ansvarlig behandler i hver enkelt situasjon.

Kan du si kort om hovedtrekkene i kritisk informasjon?

For at det skal bli oversiktlig, har vi delt informasjonen inn i fem hovedkategorier. (Se tabell. Red. anm.). Hovedtrekkene i den nye standarden er at vi går bort fra

fritekstregistreringer som «cave penicillin», til strukturert registrering. Kjernejournal angir forhåndsdefinerte valg når man registrerer, noe som øker presisjonen i informasjonen. Registrering i fritekst gir økt fleksibilitet for klinikerer, men gir også økt risiko for tolkningsfeil og uklarheter. Vi åpner likevel opp for fritekst-kommentarer hvis det er behov for det. Altså det beste av to verdener!

Hvorfor startet dere et arbeid med ny standard for kritisk informasjon?

Det oppdraget kom fra Helse-og omsorgsdepartementet i forbindelse med lovarbeidet til kjernejournal. Da ble det klart at vi i Norge ikke har noen klare definisjoner for kritisk



Bent A Larsen

“

Pasienten administrerer her selv sperring, blokkering og varslinger i sin kjernejournal og kan på den måten øke graden av personvern for sin kjernejournal.

informasjon. Det finnes nesten ingen definisjoner i verden på dette. Vi så på internasjonale løsninger og fant en løsning f.eks i Sverige som vi har videreutviklet.

Hvordan var prosessen for å lage nasjonal standard for kritisk informasjon?

Det ble satt ned et prosjekt i regi av Helsedirektoratet og senere Direktoratet for e-helse. Vi samlet en ekspertgruppe med leger fra mange spesialiteter og laget et førsteutkast til strukturering av kritisk informasjon tilpasset norske forhold og norsk praksis. Dette ble testet ut i en pilot i Trondheim i 2013. Ut fra disse erfaringene ble det gjort noen tilpasninger og høsten 2015 kunne vi publisere (1) en endelig norsk standard for registrering av kritisk informasjon.

Hvordan vil systemet kunne hjelpe klinikerer i framtiden?

Fordi registreringen av kritisk informasjon nå er strukturerte data, kan registreringene brukes til beslutningsstøtte. Det innebærer at journalsystemet kan gi deg varsler dersom du prøver å gjøre noe som du ikke burde gjøre ut fra de opplysningene som allerede er registrert i journalen. F eks dersom du prøver å skrive ut et legemiddel hvor det er registrert at pasienten tidligere har fått en reaksjon på, vil du kunne få et varsel. Eller dersom du prøver å skrive en MR rekvisisjon på en pasient som har pacemaker vil du kunne bli varslet om dette.

Hvorfor synes du det er spennende å arbeide i Direktoratet for E-helse?

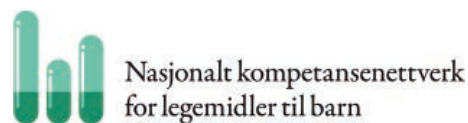
Jeg har alltid interessert meg for ny teknologi. Da jeg studerte medisin i Trondheim, tok jeg datafag ved siden. Her i Direktoratet for e-helse får jeg kombinere kunnskapen min innen medisin med teknologiske nyvinninger. I tillegg synes jeg det er viktig at klinikere er med å utforme framtidens dataverktøy i helsesektoren og at dette ikke overlates til teknisk personell uten kjennskap til pasienthverdagen.

Kategoriene for kritisk info

Kategori	Veiledning
Overfølsomhetsreaksjoner: Legemiddelreaksjon og annen allergi	Reaksjoner som kan ha betydning i en akutt-medisinsk situasjon
Komplikasjoner ved anestesi	Intubasjonsproblem og andre problemer ved anestesi
Kritiske medisinske tilstander	Tilstander som ikke er opplagte eller lett diagnostiserbare ved vanlig undersøkelse og som kan medføre alvorlig fare hvis udiagnostiserte
Pågående behandlinger	Behandling som ikke fremkommer under Legemidler og som er så kritisk at den må markeres spesielt
Implantat	Opplysninger som kan ha betydning for diagnose, undersøkelse ogbehandling i en akuttmedisinsk situasjon
Endringer i behandlingsrutiner	Kategorien benyttes for å angi viktige endringer i vanlige behandlingsrutiner som; Avgrensning av livsforlengende behandling, pasienter som ikke ønsker blodtransfusjon og andre prosedy reendringer
Smitte	Smittefarlig sykdom med konsekvens for valg av behandling, spesielt antibiotika

Referanse

1. Kritisk og viktig informasjon i kjernejournal. Helsedirektoratet. Rapport IS-2405, 2015



Aktuelt fra Nettverket

Nasjonalt kompetansenettverk for legemidler til barn arbeider for at legemiddelbehandling til barn skal være hensiktsmessig og trygg, og i størst mulig grad basert på dokumentert kunnskap. Selv om målsetningen bruker begrepet barn, ser Nettverket det også som minst like viktig at målsetningen også gjelder ungdom!

NASJONALT KOMPETANSENETTVERK FOR LEGEMIDLER TIL BARN

Nettverket arbeider aktivt med pasientsikkerhet, kompetanseheving og kunnskapsformidling. I tillegg støttes vitenskapelig arbeid, de siste årene i form av en rekke samarbeidsprosjekter. Fra 2013 har Nettverket også tilrettelagt for et klinisk forskningsnettverk, NorPedMed, som har bidratt til å øke antallet legemiddelutprøvinger blant norske barn og ungdommer.

I denne utgaven av Paidos ønsker vi å løfte frem Nettverkets kunnskapsformidling, og de muligheter som man kan finne åpent og gratis tilgjengelig på våre nettsider. Siden Nettverket ble etablert, har vi arrangert en rekke tverrfaglige kurs og seminarer der presentasjonene har blitt lagt åpent tilgjengelig på www.legemidlertilbarn.no. Hensikten er at deltagerne skal kunne ta med seg presentasjonene hjem og bruke dem lokalt slik at det kan føre til lærdom, refleksjon og diskusjon. Vi vet imidlertid at det kan være utfordrende å få «kurs-fri». Vi antar derfor at det blant Paidos' lesere finnes dem som ikke kunne delta, men som likevel kan være interessert i disse presentasjonene. Vi vil derfor gå gjennom noen av disse seminarene her. For de som leser dette på nett, kan man enkelt finne program og forelesninger ved å trykke på «lenkene» som er lagt inn.

Våren 2016 arrangerte Nettverket sitt 8. vårseminar i Oslo. Temaet var «Barn og Antibiotika» og så godt som alle presentasjonene finnes på vår nettside. Bakgrunnen for emnet var «Antibiotika-kampanjen» der målsetningen er å redusere bruken av antibiotika, og da spesielt de mest resistensdrivende. Dagen startet med en historisk gjennomgang, med en fin overgang til de utfordringer som møter oss i dag. Med fokus på barn, ble det naturlig å gå inn på problemstillinger som smak og ulike former for formuleringer samt utfordringer knyttet til det å få barn til å ta antibiotika. Det ble også gitt diverse smaksprøver, noe som gav deltagerne mulighet til å erfare barnas kvaler når antibiotika skal inntas per oralt. Andre presentasjoner ga oss en god innføring i hvilke faktorer som

er resistensdrivende. Seminarets siste innslag prøvde å belyse de utfordringer en vil møte i fremtiden gitt den utvikling som har vært observert så langt.

Våren 2015 var temaet «Legemidler til barn» og seminaret omhandlet barns særstilling i forhold til en utstrakt bruk av legemidler uten og utenfor godkjenning. Det ble diskutert hvorfor vi har fått denne situasjonen, og hvilke tiltak som har blitt iverksatt for å skape et mer «normalt» system for omsetning og bruk av legemidler til barn i Norge. Dagen startet med en historisk gjennomgang frem til dagens praksis. Det ble gitt konkrete råd om hva slags manipulering som er greit for å sikre at barna faktisk klarer å ta de legemidlene som er ordinert. Det ble også problematisert at vi mangler viktige typer antibiotika til barn på det norske markedet (1).

Seminaret pekte dessuten på viktigheten av å ha tilgjengelig trygg og sikker informasjon om de legemidlene som faktisk brukes til barn i Norge, uavhengig av om disse er registrert for salg eller ikke, og uavhengig av om bruksmåten bryter med markedsføringstillatelsen. Felleskatalogen er langt fra dekkende i så henseende. Nettverket har derfor siden starten i 2009 sørget for at British National Formulary for Children (BNF-C) har vært åpent og gratis tilgjengelig for alle som er involvert i barns legemiddelbehandling, inkludert interesserte foreldre, og uavhengig av yrkesgruppe, bosted eller arbeidssted. Som nevnt i forrige nummer av Paidos, har det grunnet endrede kostnadsrammer blitt knyttet usikkerhet til fremtidig tilgjengelighet av BNF-C. Nettverket har derfor søkt om ekstra midler på neste års budsjett. Disse planlegges eventuelt brukt til å dekke de store kostnadene som nå er forbundet med å holde BNF-C åpent tilgjengelig i Norge, eller til å utvikle et norsk alternativ.

Vårseminaret 2014 var et samarbeid mellom Nettverket og Norsk Barnesmerteforening. Seminaret var praktisk rettet og gav en omfattende gjennomgang av vurdering, håndtering og



Det ble gitt konkrete råd om hva slags manipulering som er greit for å sikre at barna faktisk klarer å ta de legemidlene som er ordinert.

behandling av akutte smerter hos barn. Under dette seminaret ble det klart at man i Norge trengte en nasjonal veileder for behandling av akutte smerter hos barn. Nettverket har senere ledet arbeidet med denne veilederen og førsteutkastet er i disse dager til evaluering hos arbeidsgruppen. På seminaret kom det klart frem at smerte hos barn i stor grad blir underbehandlet. Veilederen vil derfor bli et svært nyttig verktøy.

Vårseminaret 2013 var et samarbeid mellom Nettverket og Folkehelseinstituttet og handlet om vaksinasjon av barn. Barnevaksinasjonsprogrammet ble nøye gjennomgått, med fokus på hvilke avveininger som ligger bak dagens praksis. Debatten knyttet til svineinfluensa var fortsatt relativt aktiv i 2013, og influensavaksine, pandemier og pandemiberedskap ble diskutert. HPV-vaksinen ble beskrevet, og det ble diskutert hvorfor ikke vaksinen også gis til gutter. Dette har igjen blitt aktuelt da Folkehelseinstituttet i januar 2016 kom med en rapport som anbefalte at både jenter og gutter burde tilbys vaksinen (2).

Vårseminaret 2012 var viet barnepsykiatri under tittelen «Født sånn eller blitt sånn», og var et samarbeid med Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening. Seminaret var utformet dels med forelesninger og dels basert på en engasjerende paneldebatt mellom erfarne fagpersoner. Bakteppet var den økte bruken av legemidler til triste, urolige og trøtte barn. Vi ville sette fokus på barn med avvikende atferd i et bredere perspektiv og belyse både utfordringer og dilemmaer. Målet var at debatten skulle bli en felles læringsarena for både panel og publikum.



Medicines for Children Network, Norway

Referanser

1. «Peroral antibiotikabehandling av urinveisinfeksjon hos barn» Klingenberg et al, Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129:1342–4
2. «Vaksine mot humant papillomavirus (HPV) Rapport fra arbeidsgruppe nedsatt av Nasjonalt folkehelseinstitutt for å vurdere om HPV vaksine til gutter skal tilbys i program i Norge» <http://www.fhi.no/dokumenter/c10f913a29.pdf>

Sommerbesøk på vinterstid, en Botswana-reise i nåtid og fortid.

Etter at jeg som ung lege landet i Botswana sammen med min kone for første gang i juli 1975, som Fredskorpsdeltagere, har landet hatt en spesiell plass i våre liv.

TEKST OG FOTO: NORALV BREIVIK, PENSJONERT BARNELEGE/BARNENEVROLOG

Jeg liker å reise, og da jeg ble kjent med at det er etablert et samarbeidsprosjekt mellom Norsk barnelegeforening, og den nye Botswana Paediatric Association (BPA), var det fristende å ta seg en Afrikatur igjen. Selv om jeg er pensjonist, har jeg prøvd å holde meg noenlunde faglig ajour. Barnelegeforeningen, hvor nestleder Ketil Størdal kjenner landet godt etter sin tid ved hovedsykehuset Princess Marina Hospital (PMH), hjalp med å skaffe nødvendig kontakt. Jo, jeg var velkommen. Ved sykehuset har de et aktivt samarbeidsprosjekt med University of Pennsylvania (UPENN), USA, men i år kunne ikke barnenevrologen fra Philadelphia komme.

Jeg måtte dokumentere grundig, med politistemplede kopier,

min faglige bakgrunn og kompetanse for å bli godkjent og registrert ved Botswana Health Professions Council. Godkjenningen er gyldig for ett år. Ved fornying må en dokumentere at en har hatt faglig utvikling i året som gikk.

Det er imponerende hva som har skjedd av utvikling i landet i løpet av disse 40 årene, innenfor alle samfunnsområder. Landet har nå eget medisinsk fakultet, og uteksaminerte de første 36 lokale legene i 2013. Det tas nå inn 50 studenter hvert år. Ved barneavdelingen PMH har studentene tjeneste i tredje og femte studieår. Det er også etablert et program for en 4-årig spesialistutdanning, hvor legene også jobber fullt 18 måneder i Sør-Afrika betalt av Botswana. Der får de rotere mellom forskjellige subspecialiteter.



Dr Loeto Mazhani, leder av barneavdelingen, PMH, og fungerende leder for barne- og ungdomsavdelingen ved det medisinske fakultet



Gamle kollegaer treffes

Barneavdelingen ved PMH

Dr Loeto Mazhani er leder for barneavdelingen, og også tilknyttet universitetet. Han er den andre botswaner som ble spesialist i barnesykdommer. Spesialiseringen skjedde da i utlandet. I USA skaffet han seg også spesialkompetanse i barnekardiologi. Han er en rolig og vennlig person som likevel har en tydelig personlig autoritet. Systemet oppleves mer hierarkisk enn hjemme. Loeto er sterkt opptatt av å videreutvikle pediatrien i landet, noe de også vil trenge hjelp til utenfra. I samarbeidsprosjektet med University of Pennsylvania inngår praktisk klinisk støtte, men ikke minst støtte i forskning og faglig utvikling, bl.a. med veiledning i arbeid med den avsluttende avhandlingen: Alle må skrive en masteroppgave for å kunne bli spesialist og i en egen bok må de få dokumentert sine kliniske og praktiske ferdigheter.

PMH ligner typiske afrikanske sykehus med mange spredte en-etages bygninger med lang gjennomgående korridor og knyttet sammen med overbygde betonggangveier. I barneavdelingen kan en fortsatt finne pasienter på madrasser på betonggulvet. Vaktrommet er lite, og kontorplass må en finne der det er en mulighet. Mobiltelefoner og laptopper er ganske avgjørende kommunikasjons hjelpemidler.

Morgenmøtene kl 0730 i et overfylt lite varmt rom med lite lufting selv med åpne vinduer kunne lett bli søvndyssende når de fleste også snakket med lav stemme. Avdelingen legger stor vekt på undervisning. Etter at det var redegjort

for nattens innleggelser, gav en LIS-lege en kort redegjørelse om en spesiell pasient eller spesielt problem, noterte på tavlen og kom med direkte spørsmål til studenter og kollegaer. Møtet ble ofte avsluttet med en halvtimes foredrag med godt forberedt PowerPoint presentasjon. Under legevisittene kan det lett virke noe kaotisk, når både studenter, turnuskandidater og leger under spesialisering skal være med og vurdere og diskutere. Når previsitten er over, kommer chief resident og blir med på den avsluttende runden, med de siste avgjørelser, og om nødvendig kan en også diskutere med Attending specialist. De mest erfarne har sin spesialisering fra utlandet. Tilsynelatende var det ikke så mange utenlandske leger ved sykehuset lenger, inntil jeg hilser på leger fra Malawi, Etiopia, Kongo, Uganda, Sierra Leone og Kenya, men disse skiller seg ikke ut slik som vi hvite.

Mock-Exam og barnemedisin i Botswana

Hver uke avholdes også såkalt mock-exam, en slags prøveeksamen, som forberedelse til hva de vil møte når de skal gjennom eksamensdelen av spesialiseringen. Kollegaer er publikum. Det kunne være forskjellige «stasjoner», fra klinisk undersøkelse og vurdering av pasient, eller mer teoretisk diskusjon av kasuistikk, til kommunikasjon med pårørende. Et eksempel var når legen måtte fortelle foreldrene at på grunn av barnets dårlige utviklede ytre genitalia, var det ikke helt sikkert at de hadde fått den sønnen de hadde håpet på.

Det har skjedd en enorm utvikling når det gjelder diagnostikk og ikke minst behandling. Nå behandles små premature med respirator, CPAP, surfactant og sildenafil. Den katastrofen HIV-infeksjoner har vært for landet, begynner en å få rimelig kontroll med. Botswana er blant de land i Afrika som tilbyr moderne effektiv behandling. Smitteoverføring fra mor til barn er redusert dramatisk, slik at lokaler som ble brukt i dette prosjektet nå kan tas i bruk til andre oppgaver. Dette er et program som Ketil Størdal var aktivt med i. Men fortsatt er nok «risikoatferd» ganske vanlig. Det drives kreftbehandling, og små og store pasienter sendes til Sør Afrika for hjerteoperasjoner. For de få pasienter som ble sendt til Sør-Afrika under apartheid-tiden måtte vi involverer Utenriksdepartementet, og hudfargen avgjorde hvilket sykehus pasienten ble sendt til.

Møte med fortiden.

Da sister Agnes, leder for sykepleierne de avdelingen, fikk vite at jeg hadde arbeidet 3 år i Serowe, kunne vi sammen



LIS-lege Duduetsang Moolwa undersøker jente fra Kalahari-ørkenen

friske opp minner fra den forferdelige ulykken i Serowe 2. september 1976. En minibuss fra Swaneng Hill School, videregående skole hvor hun var elev, frontkolliderte med en buss. Agnes skulle egentlig vært med men det ble ikke plass. Sjøfør og tre elever ble drept på stedet, den femte døde like etter ankomst til sykehuset, 9 skadede ble innlagt, med frakturer og hodeskader. En var så skadet i hodet at vi mente vi ikke kunne gjøre noe for henne. Men Isabelle overlevde, nok med store skader. Sykehuset ble overfylt på et blunk av pårørende og nysgjerrige, og folk som ville gi blod. Blodbank hadde vi ikke. Faktisk traff jeg to personer til som levende husket denne ulykken for nesten 40 år siden.

Via den indiske chief resident, Dr Patel, ble jeg uventet invitert hjem til familien i teselskap. Det viste seg at jeg hadde arbeidet sammen med hans far i Serowe 1977. Faren driver fortsatt privatpraksis, 72 år gammel. Gjensynsgleden var stor, og praten livlig.

Barnelegeforeningens årskonferanse

I den første uken hadde BPA sin årlige konferanse. I tilslutning til denne var det også arrangert kurs i intensivmedisinsk behandling av barn, med dyktige forelesere fra USA og Sør Afrika. Kurset var så populært at det ble kjørt to to-dagers kurs, med pretest og avsluttende testing.

Det faglige nivå var meget høyt, men litt usikker på om alt var like relevant og praktisk mulig i det daglige legearbeid på PMH.

Konferansen ble holdt i det nye flotte auditoriet i det store nye universitetssykehuset, som er ferdig men ikke er tatt i bruk. Det er uklart når sykehuset vil bli åpnet, slik jeg forsto på grunn av politisk og økonomisk uenighet, trist når en vet hvordan forholdene ved PMH fortsatt er. Også ved konferansen bidro de utenlandske foreleserne, men for meg var de lokale bidrag mest interessante, hvor yngre leger hadde innlegg om lokale studier. Konferansen ble avsluttet med BPA sin generalforsamling. Jeg fikk æren av å lede valget på nytt styre, ikke helt enkelt da jeg var uforberedt og ikke kjente vedtektene på forhånd. Enkelte forhold tror jeg NBF og BPA sammen bør se nærmere på. Organisasjonen er ung og foreløpig liten og nokså eksklusiv, men med mange entusiaster. 15 medlemmer ble sittende igjen, akkurat tilstrekkelig til at forsamlingen kunne gjøre vedtak. Hele styret hadde sittet i to år, så alle sto på valg. Siden det ikke var noen valgkomite, kom forslag fra dem som var til stede. Dersom noen av de andre støttet forslaget (seconded) ble vedkommende valgt hvis det ikke kom andre forslag. Som ventet ble Dr Loeto Mazhani foreslått som leder fortsatt. Han argumenterte for at han helst ønsket å slippe men aksepterte



Dr Tiny Mazhani, chief resident ved PMH. Blir hun den første barnenevrolog?

gjennomvalg da han er svært opptatt av å få foreningen til å fungere og utvikles videre. Alle styremedlemmer ble valgt blant de tilstedeværende, for to år. Jeg tror risikoen er stor for at de i fremtiden kan bli sittende et fåtall medlemmer som ikke kan fatte vedtak.

Som barnenevrolog i Botswana

Hva fikk så jeg gjort? I utgangspunktet er jeg skeptisk når leger fra Europa og USA kommer som gjestearbeidere for ganske korte perioder, og så drar hjem igjen, mange uten noen gang å komme tilbake. Noen ganger kan dette skape uro og bli en belastning. Et opphold bør nok helst vare flere måneder. Noen av legene fra UPENN blir værende i flere år, eller kommer på gjentatte besøk, mens mange også kommer for få uker. Selv velger jeg å unnskylde meg med at siden jeg har jobbet en del i Afrika tidligere, også i Botswana, og derfor kommer jeg kanskje litt raskere inn i miljøet? De begynner nå få så mange lokale leger at de ikke trenger oss europeere til å gjøre vanlig legearbeid, til forskjell fra forholdene midt på 70-tallet. Det de trenger i tiden fremover, er leger som har spesialkompetanse innenfor de forskjellige interessefelt, slik at man kan bidra til videre personlig kompetanseutvikling for de lokale spesialistene. Slik kompetanse kan en bare utvikle gjennom praktisk legearbeid. Man kan lese seg til teorien, men når man som barnenevrolog har liten mulighet for EEG

registrering eller annen nevrofysiologi, ikke muskelbiopsier, svært lite genetikk, svært lite metabolske undersøkelser, ikke serumnivå av antiepileptika, da er det godt å kunne bygge på klinisk erfaring. CT-undersøkelser gjøres, og gode MR undersøkelser ved privatsykehus. Jeg fungerte som senior consultant i barnenevrologi. I avdelingen domineres pasientgrunnlaget av akuttmedisin, ofte infeksjoner. Noen få nevrologiske pasienter ble jeg bedt om å vurdere, men når jeg ble bedt om å vurdere slappe barn med forsinket utvikling, var det flere ganger åpenbart at det var medisinske tilstander som lå under: alvorlig underernæring, kroniske infeksjoner som HIV, evt TBC. Da gir en nevrologisk vurdering mindre mening. Ved poliklinikkene fikk jeg bidratt noe mer. Dr Tiny Mazhani startet en spesialklinikk for barnenevrologi, og jeg fikk bli med henne de første to gangene. Da ble det mer tradisjonell nevrologi: Muskeldystrofier, epilepsier, spørsmål både om ADHD, autisme og narkolepsi.

Leger fra PMH drar også på såkalt outreach clinic med regelmessige mellomrom, bl.a. med flytransport helt ut i Kalahari-ørkenen. Jeg ble med til Lobatse, og også her var behovet for noe mer spesialkompetanse i barnenevrologi tydelig. Mange av pasientene hadde anfallsproblematikk. Noen hadde startet epilepsibehandling på noe usikkert grunnlag, andre fikk polyfarmasi, uten at det virket som at det

var tatt hensyn til anfallstype og interaksjoner. Når en får vite at ei ung jente begynte å få sine noe atypiske anfall etter at hun var blitt voldtatt, noe mor fortalte, så var det nærliggende å trekke inn sosialarbeider og psykiatrisk sykepleier. Mot slutten av oppholdet begynte jeg å få klarere tanker om hvordan jeg kunne bidratt dersom jeg hadde blitt noe lenger. Tilbakemeldinger om at det hadde vært greit å ha meg på besøk velger jeg likevel å tro ikke bare var sagt av høflighet.

Etter tre uker var det et knapt døgnns reise hjem igjen, fra pluss 41 grader i Gaborone til minus 9 grader på Gardermoen.

Hva videre?

Jeg har fått positive kontakter i landet, og med e-post er kommunikasjonen enkel. Jeg vil prøve å holde kontakt med Dr Tiny Mazhani i forbindelse med hennes poliklinikker, hvis hun ønsker kommentarer. I avsluttende samtale gav Dr Mazhani klart uttrykke for at han, på vegne av avdeling og fakultetet, ønsket å videreutvikle samarbeidet med Norge og NBF. Men han så også for seg at dette kanskje ikke blir så enkelt økonomisk. Jeg tror ikke en kan forvente at Botswanske myndigheter vil lønne leger fra Norge. En «resident» lege får nå ca kr 30 000 /måned, uten spesiell vaktgodtgjørelse. En modell Mazhani antydte var om man

kanskje fra Norge kunne få dekket reise (ca kr 15000 T/R) og at de i Gaborone muligens kunne hjelpe med kost og losji.

Jeg håper de to barnelegeforeningene vil fortsette samarbeidet. Det organisatoriske samarbeidet og kontakten er det enkleste. Jeg håper også det blir mulig for flere barneleger å besøke landet. Helst bør oppholdene vare noen måneder, slik NBF har skissert for sin støtteordning, evt. flere litt kortere besøk. Jeg mener de først og fremst nå trenger støtte til å videreutvikle den rent kliniske spesialkompetansen slik ting kan gjøres under forholdene i Botswana. De ønsker også veiledere for de mange masteroppgaver, som chief residents må avslutte med for å bli spesialister.

For meg ble turen en svært positiv opplevelse. Botswana er «mitt andre hjemland», hvor jeg fikk treffe flere gamle kjente, men også gjøre nye bekjentskaper. Og det er positivt for en pensjonist å oppleve at en fortsatt kan føle seg som lege og bidra litt med sin kompetanse.

Jeg reiste som privatperson, og mine tanker og refleksjoner er helt mine egne. Jeg takker NBF for støtte som dekket det meste av flyutgiftene.

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 herteoperasjoner 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
eller mail: ffhb@ffhb.no

MORGENDAGENS LIVSNYTERE TRENGER EN GOD START

Alle barn fortjener en god start i livet, men noen trenger litt mer hjelp enn andre. Resource® MiniMax® er en næringsdrikk med ett fullverdig innhold. Den er dessuten basert på økologisk melk og fløte, med en god og mild smak av sjokolade, jordbær eller banan/aprikos.

MiniMax® er et næringsmiddel for spesielle medisinske formål og skal brukes i samråd med helsepersonell.
For produktspørsmål ring: 67817400 eller 81568331

NÅ MED ØKOLOGISK MELK OG FLØTE

Barneforeningen på twitter



Barnelegeforeningen
@pedweb

Uregistrerte legemidler – informasjon
å finne i @helsebibliotek
<https://t.co/TeNHp683Nf>



Anna Starberg
@annastarberg

@Kreftlex @JanVincents
@kreftregisteret @helsebibliotek
@VoksneforBarn @barnsbeste
@pedweb Boklansering 24. mai.



Hans Fundingsrud
@hansfu

Pasientsikkerhet er også kvalitet i
kommunikasjonen. @fosslijensen @
pedweb @PalGulbrandsen



Barnelegeforeningen
@pedweb

Gratulerer med Marie
Spångberg-prisen, Ane Kokkvoll!...
<http://fb.me/TS9niLPVs>



Løve Hjerter
@Lionhjerter

Gratulerer @pedweb og
@Barneombudet med seier
for barna i #LAR-saken.
Klar ordre til Helsedirektoratet
om å snu.
<https://t.co/TaZ5MHZ3G5>



Folkehelseinstitutt
@Folkehelseinst

Store helseforskjeller blant
barn viser vår rapport om
barns miljø&helse.
pressekonferans m @camisto
& @KIKlepp kl 9
<http://bit.ly/1Tywji>



Barnelegeforeningen
@pedweb

Telefontjenste Tryggmamamedisin
for legemiddelspørsmål fra gravide
og ammende fra @RELISnytt

Relis: I dag åpner vi Trygg
Mammamedisins nye telefonte-
neste: Telefonnummer 22 92 11 00,
åpen hverdager fra 9 til 11.30.
<https://t.co/aANVeSgolu>



Enkel å bruke

Elidel® – steroidfri krem til behandling av atopisk eksem

- Elidel brukes til behandling av mild eller moderat atopisk eksem hos voksne og barn¹
- Elidel gir effektiv symptomlindring på sensitive hudområder som ansikt og hals²
- Elidel har en rask klølindrende effekt³
- Elidel gir ikke hudatrofi⁴

c Elidel Meda

Antiinflammatorisk middel.

KREM 10 mg/g: 1 g inneh.: Pimecrolimus 10 mg, triglyserider av middels kjedelengde, oleylalkohol, propylenglykol, stearylalkohol, cetylalkohol, mono- og diglyserider, natriumcetostearylsulfat, benzyalkohol, sitronsyre (vannfri), natriumhydroksid, rensed vann. **Indikasjoner:** Behandling av pasienter i aldersgruppen ≥2 år med mild eller moderat atopisk eksem når behandling med topiske kortikosteroider er frarådet eller ikke er mulig, f.eks. ved intoleranse overfor topiske kortikosteroider, manglende effekt av topiske kortikosteroider eller ved bruk i ansikt og på hals hvor forlenget intermitterende behandling med topiske kortikosteroider kan være uegnet. **Dosering:** Bør initieres av lege med erfaring innen diagnostisering og behandling av atopisk eksem. Kan brukes til korttidsbehandling av tegn og symptomer på atopisk eksem og til intermitterende langtidsbruk for å forebygge oppblussing. **Voksne og barn >2 år:** Påføres i et tynt lag på affiserte hudområder 2 ganger daglig. Kan brukes over hele kroppen, unntatt på slimhinner. Behandlingen skal starte ved første tegn og symptomer på atopisk eksem for å forhindre oppblussing, og skal avsluttes når tegn og symptomer forsvinner. Bør brukes så kort tid som mulig ved sykdomsoppblussing. Behandlingen bør være intermitterende, kortvarig og ikke kontinuerlig. Påsmøres kun områder som er affisert av atopisk eksem. Dersom bedring ikke sees etter 6 uker, eller ved forverret sykdom, bør behandlingen seponeres. Diagnosen atopisk eksem bør revideres, og andre behandlingsalternativer vurderes. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene eller andre makrolaktamer. **Forsiktighetsregler:** Bør ikke brukes ved medfødt eller ervervet immunsvikt eller samtidig med behandlinger som kan føre til immunsuppresjon. Bør ikke påsmøres potensielt maligne eller premaligne hudlesjoner. Bør ikke appliseres på områder med akutte virale hudinfeksjoner (herpes simplex, vannkopper). Kliniske infeksjoner på behandlingsstedet bør være leget før behandling. Behandling kan være forbundet med økt risiko for viral herpes simplex eller eczema herpeticum, samt bakteriell impetigo. Ved forekomst av herpes simplex hudinfeksjon, bør behandling med pimecrolimus på infeksjonsstedet seponeres inntil virusinfeksjonen er behandlet. Milde og forbigående reaksjoner på applikasjonsstedet kan forekomme. Dersom reaksjonene blir alvorlige, bør nytte og risiko ved behandlingen revideres. Unngå kontakt med øyne og slimhinner. Tørk nøye av eller skyll med vann dersom kremen kommer i kontakt med øyne/slimhinner. Overdreven eksponering av huden i form av ultrafiolett lys, inkl. solarium eller behandling med PUVA, UVA eller UVB bør unngås. Fuktighetskrem kan påføres umiddelbart etter applisering av pimecrolimus. Bør ikke brukes som okklusjonsbehandling. Bør ikke brukes av pasienter med Nethertons syndrom eller generelt erythroderma. Preparatet inneholder cetylalkohol, stearylalkohol og propylenglykol som kan forårsake lokale hudreaksjoner/hudirritasjon. Langvarig systemisk eksponering med intens immunsuppresjon etter systemisk administrering av kalsineurinhemmere kan gi økt risiko for lymfomer og hudkreft/maligne hudsykdommer hos transplanterte pasienter. Hos pasienter med kraftig betent og/eller ødelagt hud kan den systemiske konsentrasjonen være høyere. Pasienter som utvikler forstørrelse av lymfeknutene bør få undersøkt årsakssammenhengen og følges opp for å sikre at tilstanden går over. Preparatet bør seponeres i fravær av en klar årsakssammenheng eller i nærvær av en akutt, smittsom mononukleose (kyssekyse). **Interaksjoner:** For utfyllende informasjon fra Legemiddelverket om relevante interaksjoner, se D11A H02. Grunnet minimal absorpsjon er interaksjoner mellom pimecrolimus og systemisk administrerte legemidler lite sannsynlig. Det anbefales at pasienter med utstrakt atopisk eksem vaksineres i behandlingsfrie intervaller. Påsmøring av Elidel på vaksinasjonssteder så lenge lokale reaksjoner pågår er ikke undersøkt, og anbefales derfor ikke. Sjeldne tilfeller av flushing, rødme, brennende følelse, kløe eller hevelse er observert kort tid etter alkoholinntak hos pasienter som har brukt pimecrolimus. **Graviditet, amming og fertilitet:** Graviditet: Minimal absorpsjon. Pga. manglende erfaring, bør pimecrolimus ikkevel ikke benyttes ved graviditet. Amming: Overgang i morsmelk er ukjent. Forsiktighet bør utvises. For å unngå at barnet får et utilsiktet oralt inntak, bør ikke preparatet appliseres på brystene. **Bivirkninger:** Reaksjoner på applikasjonsstedet er vanligvis av mild til moderat alvorlighetsgrad og kortvarige. **Svært vanlige (≥1/10):** Øvrige: Brennende følelse på applikasjonsstedet. **Vanlige (≥1/100 til <1/10):** Hud: Hudinfeksjoner (follikulitt). Øvrige: Reaksjoner på applikasjonsstedet som irritasjon, kløe, erytem. **Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100):** Hud: Furunkel, impetigo, herpes simplex, herpes zoster, eczema herpeticum, hudpapillomer, forverret tilstand. Infeksjoner: Molluscum contagiosum. Øvrige: Reaksjoner på applikasjonsstedet som utslett, smerte, parestesier, deskvamasjon, tørrhet, ødem. **Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000):** Hud: Allergiske hudreaksjoner (f.eks. utslett, urticaria, angioødem), misfarging av huden (f.eks. hypopigmentering, hyperpigmentering). Stoffskifte/ernæring: Alkoholintoleranse (rødme, utslett, brennende følelse, kløe eller hevelse kort tid etter alkoholinntak). **Svært sjeldne (<1/10 000), ukjent:** Immunsystemet: Anafylaktiske reaksjoner inkl. alvorlige former. Tilfeller av kreft/maligne sykdommer, inkl. kutane og andre typer lymfomer samt hudkreft, har vært rapportert etter markedsføring og i kliniske studier, men årsakssammenhengen er ikke fastslått. **Overdosering/Forgiftning:** Se Giftinformasjonens anbefalinger D11A H02. **Egenskaper:** Klassifisering: Lipofilt antiinflammatorisk ascomycinmakrolaktamderivat. **Virkningsmekanisme:** Binde med høy affinitet til makrofilin-12 og hemmer den kalsiumavhengige fosfatasen kalsineurin. Dette fører til at syntesen av inflammatoriske cytokiner i T-celler blokkeres. **Absorpsjon:** Minimal systemisk absorpsjon. Ingen tegn på systemisk akkumulering ved behandling i perioder opptil 1 år. **Pakninger og priser:** Elidel, KREM: Styrke: 10 mg/g. Pakning: 30 g. Pris: kr. 344,80. **Sist endret:** 30.09.2015. (priser og ev. refusjon oppdateres hver 14. dag). **Basert på SPC godkjent av SLV:** 21.01.2014.

Referanser: 1. SmPC 2011. 2. Eichenfiel L et al. J Am Acad Dermatol 2002; 46: 495-504. 3. Meurer M et al. Dermatology 200; 205: 271-277. 4. Ebelin ME et al. J Eur Acad Dermatol Venereol 1998; 11 (Suppl 2): S270.

MEDA

Meda AS | Postboks 194 | N-1371 Asker | telefon +47 66 75 33 00 | www.meda.no | www.hudguide.no

Kåre Håvard Torp

– Nord Norges første barnelege

Kåre Håvard Torp er kjent for sitt pionérarbeid som barnelege i Nord Norge på 50 og 60 tallet. Torp har publisert mer en 20 artikler, bl. a. om morsmelk-ernæringen og hvordan det er å være lege i nord. Hans kolleger har beskrevet han som en mangfoldig, samarbeidsvillig og engasjert barnelege. Han var en populær og fargerik mann, full av ideer, humør, spilte på trekkspill og illustrerte sin egen spalte med tegninger i avisen.

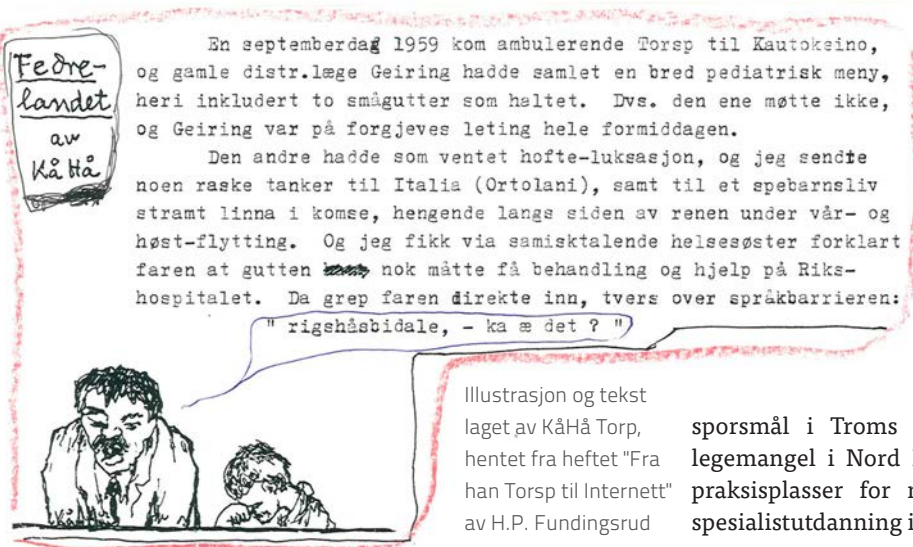
AV STEFAN KUTZSCHE OG HILDEGUNN KUTZSCHE, INTERNATIONAL MEDICAL UNIVERSITY, CENTRE FOR EDUCATION (ICE) AND CLINICAL SKILLS AND SIMULATION CENTRE (CSSC), KUALA LUMPUR, MALAYSIA.

Han ble født 15 august 1914 i Løten i Hedmark. Faren var bestyrer av Klevfos Cellulose & Papirfabrikk, i dag Klevfos Industrimuseum, på Ådalsbruk. Hans bror var indremedisineren, forfatteren og hesteoppdretteren Helge Eivind Torp (1919-2006). I ungdomsårene reiste Kåre Håvard med trekkspill til sjøs som smøre- og motormann.

Torp tok sin medisinske embetseksamen ved Universitetet i Oslo i 1943. Deretter dro han til Nordland og jobbet i krigsårene 1944-45 som distriktslege på Alstahaug, Hærøy kommune og ved sykehusene i Sandnessjøen og Stokmarknes. Senere praktiserte han i Tromsø før han tok spesialisering i pediatri ved Rikshospitalet i Oslo i 1950-årene. I 1957 tok han familien med seg og dro i deres folkevogn igjen nordover for å praktisere som barnelege i Tromsø. Dermed ble han den første barnelegen i Nord Norge. På den tiden med legemangel i Nordnorge og sentraliseringstendens i

landet var det uvanlig at barneleger sørfra bosatte seg og jobbet i Troms og Finnmark. Problemene han møtte i sin hverdagspraksis var ikke små; hofteledsdysplasi i den samiske befolkningen, anemi blant spebarn og rakitt. Han observerte psykosomatiske lidelser og mente de henger sammen med både de miljømessige og klimatiske forhold i landsdelen.

Under Torp ble ambuleringen av barnelege i Finnmark satt i system. Reiseruten var lagt opp av fylkeslegen. Torp reiste med bil eller med hurtigruta og han dro hvert år på forsomrene langs Finnmarkskysten og på sensomrene på Finnmarksvidda for å besøke sine små pasienter som trengte tilsyn av spesialist. Med flyplassutbyggingen i Finnmark fulgte en effektivisering av Finnmark-ambuleringen. Na brukte Torp kun 1/3 del av tiden for ambuleringen sammenlignet med tidligere.



Torp gikk imot Sykehusordningens instilling for en egen barneavdeling i Finnmark fordi han mente at befolkningsgrunnlaget var for lite (80,000 innbyggere). På den andre siden var han en supporter av etablering av sykepleierskolen i Hammerfest. Etter syv års praksis som barnelege i nord (1965) oppsummerte han sin erfaring og publiserte en artikkel i Tidsskrift for den Norske Legeforening med tittel «Synspunkter på en del medisinske

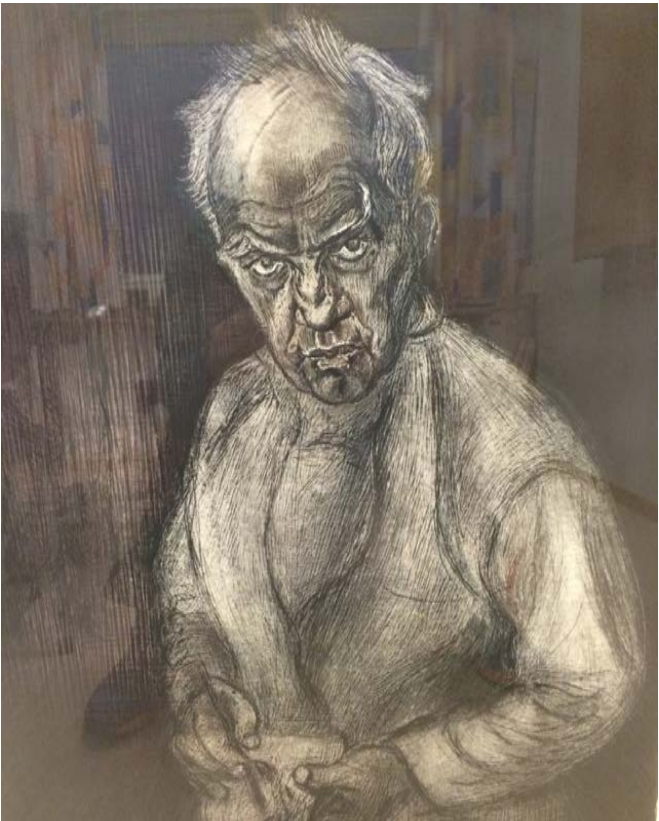
spørsmål i Troms og Finnmark» der han fokuserte på legemangel i Nord Norge og gikk i spissen for å etablere praksisplasser for medisinerstudenter, turnustjenester og spesialistutdanning i pediatri i de nordnorske sykehusene.

Hans drøm var en egen barneavdeling i Nord Norge. Han mente at den høye spedbarnsdødeligheten var et viktig argument for etablering av en barneavdeling. Da den faglige utvikling i pediatrien gikk mot økt spesialisering fikk Sentralsykehuset i Nord-Norge takket Kåre Håvard Torp en egen barneavdeling i 1965; og den var hans hjertesak frem til han ble pensjonist. Han så også nødvendigheten av å etablere pediatrien som fag på universitetet, noe som motiverte han til å delta i planleggingen og oppstart av Universitetet i Tromsø. Som barnelege i Tromsø var han sentral i konkurransen om hvor det tredje universitetet i Norge skulle plasseres. Dr. Torps siste innspill var avgjørende for at Universitet i Tromsø ble en realitet og i 1968 vedtok Stortinget at det nye universitetet skulle bygges i Tromsø.

Som person imponerte han med sin uformelle, ukonvensjonelle og uhøytidelige stil. På jobben og privat oppnådde han alltid god kontakt med barn, foreldre og kolleger. Torp var en godt synlig lederfigur og pådriver for å utvikle pediatrien i nord. Han så kulturens betydning i forhold til medisin og nødvendighet av et medisinsk faglig samarbeid på Nordkalotten. Torp var en av de første som i flere år forsøkte å få kontakt med leger i Murmansk for å skape et grunnlag for et faglig samarbeid mellom Nord Norge og Russland. Han var medlem i Peter F. Hjorts delegasjon som besøkte Murmansk vinteren 1974. De ble invitert av overlege Nina Sviridova til en faglig konferanse med over 100 deltakere. Delegasjonen besøkte også barnepoliklinikken i Murmansk som hadde denne gangen ansvar for ca. 18,000 barn i alderen 0-14 år. Torp rapporterte om de vennlige kvinnene som jobbet der. Det var ikke tvil om at overlege Sviridova "hadde plass i sitt hjerte til svært mange". Torp grublete over spørsmålet, "kunne dette hjertelaget veie opp mot det primitive laboratoriet han så der?" Senere har Norge etablert et bredt faglig samarbeid med Nord-West Russland innen barne- og ungdomsmedisin, barnehjertekirurgi og medisinsk forskning.

Torp var en begavet og meget god tegner. Han var tilknyttet avisen "Tromsø" som tegner og spaltist fra 1969-1982. I sin muntre «memoarbok», Tromsø memorial, en samling av epistler fra avisen Tromsø, har han flere fine tegninger og mange burleske skisser. Det ble hans store hobby gjennom livet og spesielt de siste årene. Hver sommer var KåHåz, som var hans kunstnernavn, å finne på festivaler og arrangementer i hjemfylket Hedmark. Han tegnet portretter for 70 kroner, og det var ytterst sjelden at modellen eller kunstneren var misfornøyd med resultatet. Høsten 1999 var han til stede under årsmøtet i Finnmark legeforening og tegnet deltakerne - en etter en. I 2008 skal han ha sagt, «jeg har noen restressurser å bruke». På barnelegeforeningsmøtene de senere årene satt han alltid og tegnet, og mange har et portrett av seg selv som minne om ham.

Torp jobbet som barnelege i Tromsø i 25 år. Som pensjonist vendte han hjem til Hedemarken, der han videreutviklet sin tegneglede.



Portrett av Torp ved Knut Tiberger (1938-2015) fra 1981, foto av portrett ved H.P.Fundingsrud

Kåre Håvard Torp døde høsten 2007, 93 år gammel. Han var en inspirerende barnelege for sine pasienter med stor empati for barn. Han var rett person på rett sted til rett tid. I dag regnes Kåre Håvard Torp som den nordnorske barnelegepioneren. For oss er han en viktig søyle i utviklingen av norsk pediatri. Vi barneleger kan lære av han at man skal bruke sine evner i hverdagen og ikke være redd for å kjempe for det man tror på.

Litteraturhenvisninger

1. Fundingsud, H.P. (1998). *Fra han Torsp* til Internett. Om Finnmarkspediatrien 1959-1998
2. Glomstein A. Norsk Barnelegeforenings jubileumsbok fra 1994.
3. Halvorsen, S., Fundingsrud, H.P., Nicolaysen, R.B., Bolle R, & Dahl, L.B. (2008). Minneord. Tidsskr Nor Legeforen; 128 (8)
4. Hjort P.F. (1974). Rapport fra en reise til Murmansk 28-31 januar 1974
5. Holt, J. Barnesykdommer gjennom 30 år: En utvikling fra generell spesialitet til interessegrupper? <https://ekstranett.helse-midt.no/1001/Sakspapirer/sak%2092-08%20vedlegg%203%20Barnesykdommer%20gjennom%2030%20%C3%A5r.pdf>
6. Husom, N. (2000) Før var jeg lege, nå er jeg tegner. Tidsskr Nor Lægeforen; 120(4), 522
7. Leland, M.T. Østlendingen 12 juli 2003. Jeg har noen restressurser å bruke. <http://www.ostlendingen.no/arkiv/jeg-har-noen-restressurser-a-bruke/s/2-2.2757-1.4467786>
8. Torp, K. H. Tromsø memorial
9. Torp, K.H. (1970). To be a paediatrician in the North. Tidsskr Nor Laegeforen. 90(106):Suppl:1155-7.
10. Fra www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=torp+kh



Endelig ro

Semper Dråper og Tyggetabletter inneholder *Lactobacillus reuteri* Protectis® som er en patentert naturlig melkesyrebakterie.



Bare 5 små Dråper daglig kan hjelpe spedbarnet og gi ro. For barnet kan det bety redusert gråtetid og familien kan oppleve en bedre livskvalitet.

Semper Dråper kan brukes fra fødselen, har en nøytral smak og er enkle å dosere. Kan gis på skje eller sammen med mat og drikke. Semper tyggetabletter har en god smak av jordbær. De passer til barn fra 3 år, men kan også brukes av eldre barn, ungdom og voksen. Dosering er den samme uansett alder.



For mer informasjon, se www.semper.no eller kontakt oss på tel 800 30 580.

Barne – og ungdomsavdelingen, Universitetssykehuset i Nord – Norge

– fra avansert sentralsykehusavdeling til universitetsklinikk

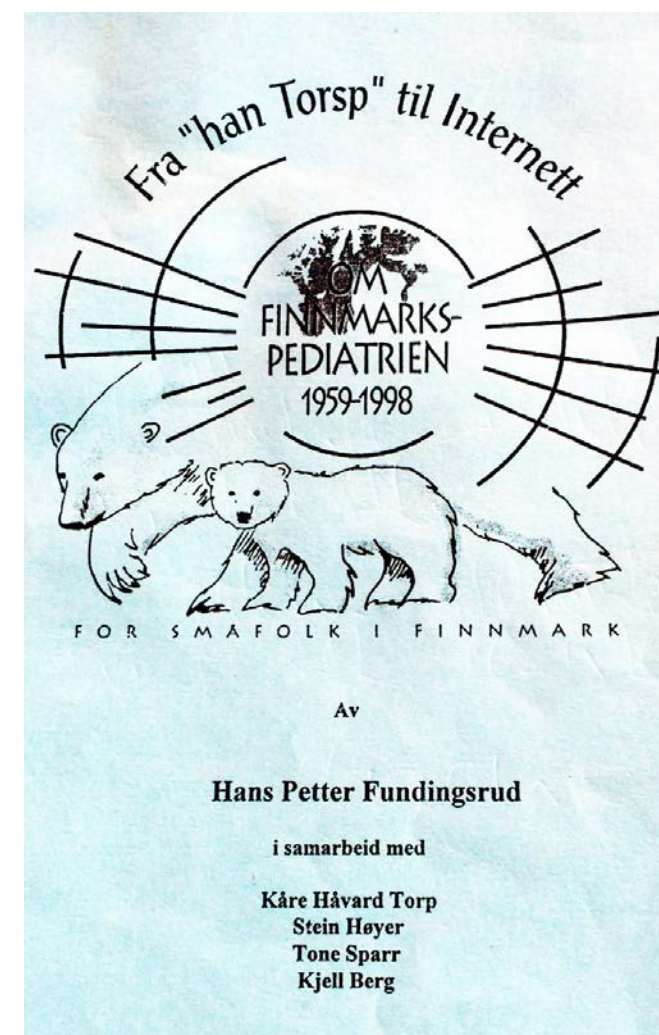
TEKST OG FOTO: KLINIKKOVERLEGE HANS PETTER FUNDINGSRUD, BARNE- OG UNGDOMSKLINIKKEN, UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD - NORGE



"Det var en gang"

Slik begynner de fleste norske folkeeventyr. Kåre Håvard Torp må nødvendigvis ha følt seg som en eventyrer da han i 1958 satte kursen nordover fra Rikshospitalet. Fra leilighet på Lambertseter tok han med kone og tre barn i folkevogn – vekk fra Oslo, Rikshospitalet og reservelegestilling – nordover for å etablere en barneavdeling ved Tromsø Sykehus. Det var på den tiden diskusjoner internasjonalt om berettigelsen av pediatri som fag. Torp gjorde et nummer av den høye spedbarnsdødeligheten i de nordligste fylkene og mente at den primære oppgaven var snarest å få en egen barneavdeling for Nord-Norge. Han betonet viktigheten av at vitenskapelige undersøkelser ble foretatt for å belyse nord-norske forhold. På den tiden var det svært uvanlig for spesialister sørfra å etablere seg i Nord-Norge. Personlig la Torp vekt på den friheten som det å etablere seg i en marginal posisjon tillot. Torp gikk på ski på fjellet og ble varslet ved at flagg ble heist på sykehuset.

Avdelingens videre historie er uløselig knyttet til opprettelsen og utviklingen av Universitetet i Tromsø (UiT) som Stortinget gjorde sitt vedtak om å etablere i mars 1968. Vedtaket ble kjempet igjennom av Lyng-regjeringen med Kirke- og undervisningsminister Kjell Bondevik i spissen, sammen med faglige krefter som Professor Torstein Bertelsen, Professor Peter F. Hjort og Professor Erik Waaler. Mot disse stod flere kraftfulle maktpersoner, samfunnsdebattanter og utdanningsinstitusjoner, bla Helsedirektør Karl Evang og Medisinsk Fakultet i Oslo, som oppfattet det nye universitetet som en trussel. På rekke og rad flyttet de nordover: Stein E. Høyser (avdelingsoverlege/avdelingsleder i perioden 1978-2001, Lauritz B. Dahl (primus motor for nyfødtmedisinsk avdeling), Roald Bolle (hele Nord-Norges allergolog), alle som pionerer innen sine fag, først til Tromsø Sykehus/RST i Strandveien og senere til RiTø i Breivika, som stod ferdig i 1991.



Forfatterens eget hefte om Finnmarkspediatrien som ble laget til Vårsmøtet i 1998 i Hammerfest. Denne skildrer Torps virke i Tromsø og Finnmark med gode historier og tegninger av ham selv.

Peter Johan Moe (PJM) var den første professor i pediatri (1972 – 78) ved UiT. Han var en pioner innenfor kreftbehandlingen av barn, i det han brukte høye doser cellegift i kliniske studier, spesielt metotrexat ved akutt lymfatisk leukemi hos barn. Denne behandlingen var avgjørende for den gode prognosen vi etter hvert har sett for denne pasientgruppen, både nasjonalt og internasjonalt.

Helt fra starten av har den kliniske og akademisk del av virksomheten vært sterkt integrert.

Pediatrisk Forskningslaboratorium ble etablert under PMJ. Denne eksisterer fortsatt og ble videreutviklet etter at han reiste sørover, først av Tore Jarl Gutteberg, Gudmund Marhaug og Lauritz B. Dahl og senere Trond Flægstad og Claus Klingenberg (fra 1980-tallet og fram til idag). Historien om utviklingen av Barne- og ungdomsklinikken henger nøye sammen med fremveksten av universitetet og Barneavdelingen. I dag er academia med i ledelsen av Barne- og ungdomsklinikken (fra 2002) og professor er leder av klinikkens forskningsutvalg.

“Small is beautiful”

Nord-Norge har knapt 9 % av Norges befolkning og ca. 35 % av arealet. Det bor knapt 500 000 mennesker i denne landsdelen. Størrelsen gjør at vi er organisert som vi er. UNN er både et lokalsykehus og et universitetssykehus. På den positive siden trekker avdelingen veksler på et lite integrert miljø (intensiv, patologi, lab., radiologi). Avdelingen har alltid fungert som et barnesenter, hvor kirurgiske og medisinske barn får sin behandling. Som universitetsklinikk har vi fortsatt felles morgenmøte for avdelingens leger med et felles forvakt-system. LIS-legene får dermed tilgang på generell pediatri, nyfødtmedisin og hematologi – onkologi gjennom hele utdanningsforløpet, i tillegg til rotasjon og fordypning på seksjonene. Som ledd i opplæringen roterer også LIS på poliklinisk virksomhet innen habilitering og undersøker regelmessig barn på Barnehuset.

Vi har stor aktivitet mht. studentundervisning – medisinske studenter og sykepleierstudenter, som stimulerer til kritisk tenkning og oppdatering av kunnskap og ferdigheter for alle involverte. Avdelingen var tidlig ute med etableringen av enheten “Dragen” (hvor man gjør det på dagen) som et pasientvennlig tilbud med stor aktivitet klinisk og mht. studenter. I 2015 stod nord-Europas største pasienthotell, “Pingvinhotellet” ferdig – et tilbud som gjør at vi har et godt alternativ for utredning og behandling til barn som ikke trenger innleggelse i sykehus.

På den negative siden er subspesialiseringen sårbar, i det alle overlegene må være involvert i minst to fordypningsområder hver. Vi må også utdanne våre egne spesialister. Størrelsen har også en ulempe f.eks i nyfødtmedisinen, hvor belegget er svært variabelt selv etter at de ekstremt premature i Nord-Norge ble sentralisert til avdelingen. Pasientklientellet er variert, med stort spenn i alder og problemstilling pga lokalsykehusfunksjonen. I 2014 utvidet avdelingen aldergren-

“
Torp gikk på ski på fjellet og ble varslet ved at flagg ble heist på sykehuset.”

sen til 18 år og skiftet navn til Barne- og ungdomsavdelingen (BUA). Avdelingen har siden 2004 også hatt ambulant virksomhet til Narvik og Harstad ukentlig.

Nyfødtmedisin og kreftbehandling.

De to fagområdene har alltid vært avdelingens bærebjelker. Dermed også spenninger og konkurranse om faglige ressurser. Lauritz B. Dahl var primus motor for nyfødtmedisinen fra oppstarten fram til han gikk over i en universitetsstilling i 2005. Han var spesielt dyktig på å slippe yngre og dyktige kollegaer fram, og på den måten la grunnlaget for god ettervekst innen fagfeltet. Hans resept var enkel (men også krevende): “gjøre andre bedre enn seg selv mens du selv er til stede”. Vi fikk navneskifte fra “spedbarnsavdeling” til “nyfødtintensivavdeling” i 2003. Arbeidet kulminerte med opprettelsen av et eget bakvaktsjikt (tertiærvakt) i neonatologi i 2004, med først 4 og siden 5 overleger. Per Ivar Kaaresen etterfulgte Dahl som seksjonsoverlege fram til Kaaresen ble avdelingsleder for Barne- og ungdomsavdelingen. Nyfødtintensiv har på 2000-tallet utviklet en egen metodebok, som er blitt svært populær og etterspurt blant landets nyfødtavdelinger (paradoksalt nok pga dens størrelse). Professor Claus Klingenberg som tok over etter Kaaresen som seksjonsoverlege, har vært primus motor (redaktøransvaret) for denne samt arbeidet med veilederne i regi av NBF: akuttveilederen og den generelle veilederen (inkludert arbeidet med oppdatering).

Etter at PJM dro til Trondheim ble virksomheten videreført klinisk først av Svein Kollmannskog og Tore Stokland. Tore Stokland har siden 1980-tallet vært ansvarlig for den kliniske delen, etter hvert også sammen med Trond Flægstad (ikke minst den akademiske delen). Fagmiljøet har deltatt aktivt gjennom NOPHO-samarbeidet og engasjementet til Tore



Stokland har motstått et hvert forsøk på sentralisering av kreftbehandlingen av barn i Norge. Samarbeidet med nevrokirurgene har bidratt til at barn med hjernetumores også får sin behandling på UNN. For tiden er 5 overleger involvert i virksomheten som på 2000-tallet har fått tilført 2 nye stillinger. Behandlingen gjennomføres i nært samarbeidet med de to øvrige barneavdelingene i landsdelen og lokalsykehusene.

Barne – og ungdomsklinikken.

2002 markerer et skille. Da ble Barneavdelingen en del av Barne- og ungdomsklinikken som i tillegg omfatter barne- og ungdomspsykiatrien, medisinsk genetikk og barnehabilitering. Motivet var å lage “En dør” inn i spesialisthelsetjenesten for barn, unge og deres familier.

I perioden 2001 til 2011 var artikkelforfatteren klinikk-sjef og i perioden fram til 2005 samtidig avdelingsleder/avdelingsoverlege for Barneavdelingen. Elin Gullhav tok over roret som klinikk-sjef fra 2011. Gevinsten av denne organiseringen har nok betydd mer for psykisk helsevern for barn og unge enn for BUA (se annen artikkel i denne utgaven av Paidos), bla. har ingen av våre LIS i pediatri benyttet anledningen til sideutdanning i barne- og ungdomspsykiatri.. Som ledelsesprosjekt har klinikkdannelsen vært en viktig bidragsyter til UNN sin utvikling gjennom foretaksorganiseringen på 2000-tallet.

Fordelen for pasientene er åpenbar, selv om klinikkdannelsen enda ikke har tatt ut hele potensialet. Det er først i disse dager at vi ser at antallet ferdige spesialister i barne- og ungdomspsykiatri øker. Flere av disse er spesialister i både pediatri og barne- og ungdomspsykiatri. Tilgangen på akutt psykiatrisk tilsyn på innlagte pasienter på barne- og ungdomsavdelingen er blitt rutine. Klinikken har felles fagdager for kulturbygging og fagutvikling. Henvisningsrutiner og samarbeid på tvers

av enhetene går smidigere (spiseforstyrrelser, felles konsultasjoner). Gjennom et felles forskningsutvalg kan fagområdene gjensidig stimulere hverandre.

Forskning og undervisning.

Den pediatrike forskningsaktiviteten er likeså gammel som selve avdelingen. Det pediatrike forskningslaboratoriet ble etablert tidlig på 1970-tallet. De første to

10-årene rettet aktiviteten seg mot kreftbehandling, revmatologi og mikrobiologi, mens forskningslaboratoriets aktivitet fra siste halvdel av 1990-tallet og fram til i dag har konsentrert seg om kreft og infeksjoner. Forskningsaktiviteten har vært jevnt stigende. Gjennom foretaksorganiseringen fra 2002 økte forskningsrammene kraftig. Fra å ha produsert en doktorgrad hvert annet år, ligger avdelingen nå på ca. 1-2 doktorgrader pr. år. Ca. 10 % av forskningsmidlene fra Helse Nord tilfaller nå Barne- og ungdomsklinikken årlig.

“
Hans resept var enkel (men også krevende):
”gjøre andre bedre enn seg selv mens du selv er til stede”.



Legestaben Foto: Marianne Norhøvd

Prematurprosjektet, et stort og longitudinelt oppfølgingsprosjekt på 2000-tallet har spunnet av seg 4-5 doktorgrader. Prosjektet var en viktig motivator og begrunnelse for dannelsen av Barne- og ungdomsklinikken i 2002. Tromsø-undersøkelsen, som nå er inne i sin syvende utgave, har lagt grunnlaget for flere av avdelingens og klinikkens doktorgrader, bl.a gjennom prosjektet "Fit-futures" (smerte – epidemiologi og klinisk forskning – overvekt - og allergi).

Flere av avdelingens leger reiser regelmessig på sabbatsopphold av ulik varighet til USA og til Australia.

Avdelingen preges store deler av året av sykepleierstudenter og medisinske studenter i form av uketjeneste, forelesninger, studentpoliklinikk, journalopptak som både utfordrer og stimulerer hele legestaben til kritisk tenkning og forbedringsarbeid samtidig som vi blir ansvarlig for vårt renommé som populær arena for undervisning og rekruttering.

Sykepleierstaben

Disse utgjør en stabil ryggrad i avdelingen. Vi var tidlig ute med barnesykepleierutdanning – i 1978, den andre i landet i det 4 sykepleiere da startet opp. Totalt er det utdannet 133 barnsykepleiere ved utgangen av 2014. Nyfødtd medisinen (se tidligere) har bidratt med 2 doktorgrader på sykepleiersiden. Staben har vært opptatt av å utvikle kunnskap med god ledelsesmessig tilrettelegging. Pasientskoler var en forløper for lærings- og mestringsidéen fra tidlig 1990-tallet. Vi liker å tenke om samarbeidet mellom leger og sykepleiere at dette har vært helt unikt opp gjennom historien.

Sosialt og trivselsmessig

Miljøet på avdelingen er godt, med god blanding av yngre og eldre kollegaer. Rekrutteringen av leger til avdelingen er god. Det arrangeres jevnlig festligheter (lutefisklag, øl-testing, hall - idretter, topp-turer i den storslagne naturen rundt Trom-

sø). Ukentlige begivenheter er vaffelspising hver fredag kl. 11 med påfølgende fredagslunsj og vinlotteri. Avdelingen har lang tradisjon for revy og har jevnlig levert bidrag til UNN-revyen (både tekster og skuespillere). Spesielt, nå avdøde Stein Egil Høy, var en glitrende tekstforfatter til disse revyene. Høydepunkter var avdelingens egne jubileumsrevyer i 1995, 2005 og 2015 (50 år).

Leketerapi, musikkterapi og skoletilbud

Disse aktivitetene representerer avdelingens "lim" og er lokalisert i hjertet av avdelingen – der hvor andre har lagt slik virksomhet i en annen etasje. De utgjør en entusiastisk stab som bidrar til å kartlegge ressurser og avdekker problemer hos pasienter og pårørende som får positiv betydning for behandlingsforløpene samtidig som de regelmessige og uventet skaper aktiviteter med sitt store kontaktnett ut mot lokalsamfunn og samarbeidspartnere enten disse heter Tromsø IL, Tromsø Storm, NRK, Teknisk Avdeling (UNN), politi – og brannvesen, Kulturavdelingen (UNN), sykehuskjøkkenet eller Kong Harald (som også har vært på besøk).

Legestaben

Avdelingen har 9 LIS-stillinger hvorav 1 fordypningsstilling. Alle er besatt i 4-årsstillinger. Den neste som blir utlyst blir en fast stilling ihht nye tilsetningsregler for leger. 1 LIS-lege har tatt doktorgraden. Over ½ - parten av overlegene har disputert. Flere av LIS – legene bidrar innen ulike fagfelt innenfor gastroenterologi, onkologi, kardiologi og revmatologi. Gruppen bidrar med høy trivselsfaktor i avdelingen og er generelt svært dyktige.



Gemyttlig tone på morgenmøtet

Per Ivar Kaaresen, avdelingsleder/avdelingsoverlege (kardiologi og nyfødtd medisiner)

Tore Stokland, fagansvarlig for onkologi (hematologi og onkologi)

Claus Klingenberg, professor/seksjonsoverlege (nyfødtd medisiner, infeksjon og nefrologi/urologi)

Trond Flægstad, professor (infeksjon, hematologi og onkologi)

Jon Helgestad (hematologi og onkologi)

Bård Forsdahl (generell pediatri, nevrologi, lungemedisin og allergologi)

Kristina Flemming (generell pediatri, nevrologi og endokrinologi)

Roald Bolle (allergologi – Martin Sørensen fra 1.7.16)

Ellen Nordal (revmatologi og onkologi)

Tove Nystad (gastroenterologi og onkologi)

Niklas Stabell (onkologi og gastroenterologi)

Nils Thomas Songstad (nyfødtd medisiner og revmatologi)

Arild Leknessund (nyfødtd medisiner og endokrinologi)

Marianne Nordhøvd (nyfødtd medisiner og sosialpediatri)

Knut Helge Kaspersen (nyfødtd medisiner og kardiologi)

Hans Petter Fundingsrud, klinikkoverlege (CL – team, generell pediatri, nevrologi og sosialpediatri)

Elin Drivenes (CL – team og sosialpediatri – fra 1.9.16)

Inger Johanne Thuestad (nevrologi i 25 %)



En spesiell karakter har preget avdelingens underholdning de senere årene i Martin Sørensen sin skikkelse – Martine – som stadig opptrer i ny forkledning, tidligere vulgær rype på jakt etter unge mannlige leger, og nå sist som seriøs forsker – en slags dannelsesreise! Foto: Privat

Philosophiae doctor (PhD)

Paidos og Norsk barnelegeforening gratulerer

Doktor Ann-Kristin Gunnes Elvrum ved det medisinske fakultet, NTNU, forsvarte torsdag 19. mai sin avhandling for graden PhD. (philosophiae doctor): **Assessment of hand function in children with bilateral cerebral palsy**

<http://www.ntnu.no/kalender/detaljer/-/event/f2e47ef2-3644-332b-bbd4-83a8cf636167>

Doktor Christian Kvikne Dotterud ved det medisinske fakultet, NTNU, forsvarte fredag 20. mai sin avhandling for graden PhD. (philosophiae doctor): **The Prevention of Allergy among Children in Trondheim (PACT) study**

<http://www.ntnu.no/kalender/detaljer/-/event/24af3cd2-a8aa-37ee-8cda-c7d-028f14a76>

Doktor Elisabeth Leirgul ved Universitetet i Bergen forsvarte tirsdag 24. mai sin avhandling for graden philosophiae doctor (ph.d.): **Congenital heart defects in Norway - a nation-wide study of birth prevalence, maternal diabetes, and folic**

acid supplementation in pregnancy.

Elisabeth Leirgul (f. 1969) er utdannet lege ved Universitetet i Bergen og Universitetet i Trondheim (1994). Hun er spesialist i indremedisin og kardiologi, og arbeider som overlege ved Seksjon for medfødte hjertefeil, Hjerateavdelingen, Haukeland Universitetssykehus. Forskningsprosjektet utgår fra Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen. Hovedveileder: Professor Nina Øyen. Medveiledere: Professor Gottfried Greve og professor Stein Emil Vollset.



Kort sammendrag av avhandlingen: Medfødte hjertefeil er den vanligste misdannelsen hos nyfødte, og inkluderer et vidt spekter fra livstruende til ubetydelige tilstander. Årsakene er en kombinasjon av genetiske faktorer og ytre påvirkning. Diabetes hos mor er en kjent risikofaktor, sannsynligvis knyttet til høyt blodsukker tidlig i svangerskapet. Noen studier har antydnet at bruk av folsyre under svangerskapet forebygger hjertefeil hos barnet. Målet med dette doktorgradsarbeidet var å kartlegge forekomst av de ulike medfødte hjertefeil i Norge over en 16-års periode, å undersøke hvordan diabetes hos mor påvirker risiko for hjertefeil hos barnet, og om folsyretilskudd beskytter mot hjertefeil. I prosjektet kombineres opplysninger om alle levende fødte, dødfødte og svangerskapsavbrudd i Norge 1994-2009 (954.000 fødsler) fra Medisinsk Fødselsregister, prosjektet «Cardiovascular Disease in Norway» (CVDNOR), med informasjon fra sykehusinnleggelser i perioden, Rikshospitalets register for barn med medfødte hjertefeil, og Dødsårsaksregisteret. Kombinasjon av fire nasjonale registre antas å gi en tilnærmet fullstendig

kartlegging av hjertefeil, unikt i internasjonal sammenheng. Det ble påvist hjertefeil hos 1,3% av alle nyfødte. Forekomsten var fallende fra 2005 til 2009. Noe, men ikke hele fallet, kan forklares av at flere svangerskap avsluttes når alvorlige hjertefeil blir oppdaget. Andelen gravide med diabetes type 2 og svangerskapsdiabetes ble mer enn doblet i årene 1999-2009. Mødre med diabetes type 1 og 2 hadde en tredoblet risiko, og med svangerskapsdiabetes 40% økt risiko for å få barn med hjertefeil, sammenlignet med ikke-diabetikere. Det var ingen signifikant endring i risiko i løpet av studieperioden. Bruk av folsyre påvirket ikke risiko for de alvorlige hjertefeilene, og kan heller ikke forklare nedgangen i medfødte hjertefeil. Overraskende ble det funnet en liten økt forekomst av de enkleste hjertefeilene (atrie- og ventrikelseptumdefekter, også kalt "hull i hjertet") hvis mor hadde brukt folsyre.

<http://www.uib.no/nye-doktorgrader/97977/medfødte-hjertefeil-i-norge-forekomst-og-risikofaktorer>

Doktor Hans Jørgen Timm Guthe ved Universitetet i Bergen forsvarte fredag 29. april sin avhandling for graden philosophiae doctor (ph.d.): **Transcapillary fluid balance in children. Methodology and new clinical studies.**

Hans Jørgen Timm Guthe (f. 1969) er utdannet cand. med. ved Universitetet i Bergen (1999). Han er spesialist i barnesykdommer og arbeider



som overlege på nyfødtintensiv, Haukeland Universitetssykehus. Forskningsprosjektet utgår fra Klinisk Institutt 2, Universitetet i Bergen. Hovedveileder: Professor Ansgar Berg. Medveileder: Professor Helge Wiig.

Kort sammendrag av avhandlingen: Barn er ikke små voksne. Dette gjelder også innhold, fordeling og omsetning av kroppsvæsker. Væskeomsetning er høyere hos barn og normalt holdes volumet i de ulike væskerom i kroppen konstant for å opprettholde et stabilt mikromiljø hvor utveksling av stoffer og væske mellom blodbanen og omkringliggende celler kan finne sted. Fordeling av væske er en dynamisk prosess hvor en hydrostatisk trykkgradient vil drive en væskestrøm fra blodbanen ut i vevet og en motsatt rettet kolloidosmotisk trykkgradient vil bremse denne væskestrømmen. Kjennskap til kolloidosmotisk trykk og proteininnhold i blodvæske og vevsvæske hos friske barn er en forutsetning for forståelse av normal væskebalanse, og sentralt hos syke barn hvor væske kan lekke ut i vev og i organer. Egnede metoder til å samle og analysere vevsvæske har tidligere ikke vært tilgjengelig hos barn. Avhandlingen er basert på kliniske studier på voksne og friske barn, samt syke nyfødte. Ved å sy nylonveker inn i underhuden, kan vevsvæske høstes og analyseres for bedre å forstå de faktorene som regulerer væskebalansen hos barn, samt kartlegge mekanismer for lekkasje av kroppsvann hos syke barn. Forbehandling med lokal bedøvelseskrem av huden der hvor veken sys inn, påvirker ikke måleresultatet og gir mindre prosedyre ubehag. Videre viser arbeidet at kolloidosmotisk trykk målt i blodvæske og vevsvæske hos barn er økende med alder og sammenlignbart med rapporterte målinger gjort på voksne. Nyfødte barn med alvorlig oksygenmangel under fødsel blir behandlet med helkroppsnedkjøling og har betydelig redusert kolloidosmotisk trykk i blodvæske og vevsvæske, i motsetning til hva som er observert hos friske nyfødte og spedbarn. Resultatet er redusert opphopning av væske som kan ha en skadebegrensende effekt på vitale organsystem. Studien påviser også endrete markører for inflammasjon i vevsvæske under huden og i blodvæske og indikerer en mulig lokal

ødembegrensende regulering i de minste blodårene hos syke nyfødte..

<http://www.uib.no/nye-doktorgrader/97251/transkapillær-væskebalanse-hos-barn>

Doktor Hildur Skuladottir ved Universitetet i Bergen forsvarte fredag 15. april sin avhandling for graden philosophiae doctor (ph.d.): **Epidemiological and clinical aspects of oral clefts. Are corticosteroids and stress risk factors and do patients suffer long-term hearing problems?**

Hildur Skuladottir er født i Reykjavik i 1981. Hun avla medisinsk embetseksamen ved Universitetet i Bergen i 2008. Hun er under spesialisering i plastikkirurgi og arbeider som konstituert overlege i generell kirurgi ved Haraldsplass Diakonale Sykehus. Forskningen utgår fra Plastikkirurgisk avdeling ved Haukeland Universitetssykehus, Institutt for global helse og samfunnsmedisin samt Klinisk institutt 1 ved Universitetet i Bergen og National Institutes of Environmental Health Science, USA.

Kort sammendrag av avhandlingen: Hvert år fødes det om lag 120 barn med leppe-, kjeve-, ganespalte (LKG) i Norge. LKG oppstår som følger av manglende sammensmelting av fosterets leppe, kjeve og/eller gane, noe som finner sted i første trimester av svangerskapet. Årsaken til at dette skjer er ikke fullstendig kartlagt. Kortikosteroider benyttes i behandlingen av en rekke vanlige tilstander som rammer kvinner i fruktbar alder, som blant annet astma, allergi, eksem og leddgikt. Dyrestudier har vist at hvis kortikosteroider injiseres i gravide mus så øker det risikoen for ganespalte hos avkommet. Hos mennesker har denne sammenhengen hittil vært uavklart. Skuladottir undersøkte



dette i to store norske studier samt i en stor multisenterstudie fra USA. Konklusjonen basert på disse tre studiene er at mors bruk av kortikosteroider ikke øker risikoen for å føde et barn med LKG. Skuladottir har også sett på om stress i svangerskapet påvirker forekomsten LKG. Kroppens stressrespons forårsakes av kortikosteroidet kortisol. Stress kan også påvirke faktorer som røyking, ernæring (lavt inntak av folat) og alkoholkonsum som har vist å ha sammenheng med spalter. I denne studien fant en at mødre som hadde født barn med LKG rapporterte mer stress i svangerskapet enn mødre med friske barn. Hvorvidt dette representerer en årsakssammenheng er usikkert. Nærmest alle barn med LKG får sekretorisk mellomørebetennelse. Sekretorisk mellomørebetennelse fører til redusert hørsel og studier har vist at barn med LKG har dårligere hørsel enn jevnaldrende barn. Det er lite kjennskap til hvordan hørselen utvikler seg over lang tid. Skuladottir har sett på hørselsutviklingen fra 4 til 15 år og fant at hørselen bedrer seg med økende alder og at de fleste med LKG har normal hørsel ved 15 års alder.

<http://www.uib.no/nye-doktorgrader/97054/årsaksforhold-og-behandling-av-leppe-kjeve-ganespalte>

Doktor Maria Vollsæter ved Universitetet i Bergen forsvarte fredag 22. april sin avhandling for graden philosophiae doctor (ph.d.): **Long term respiratory consequences of extreme preterm birth – a regional cohort study.**

Maria Vollsæter (1977) er utdannet lege ved Universitetet i Oslo (2002) og spesialist i Barnesykdommer. Hun er overlege ved Barneklubben, Haukeland Universitetssykehus, hvor hun har vært ansatt siden 2004. Arbeidet utgår fra «Oppfølgingsgruppen etter prematur fødsel» ved Barneklubben, Haukeland universitetssykehus. Hun har vært tilknyttet Klinisk Institutt 2, Universitetet



i Bergen fra 2010-2015.

Kort sammendrag av avhandlingen:

I Norge fødes årlig 300-400 barn ekstremt for tidlig, mer enn 3 måneder før termin eller med fødselsvekt under 1 kg. Tidligere overlevde få, i dag vokser de fleste opp. Barna må tilbringe store deler av fosterlivet utenfor mors liv. Vi mangler kunnskap om hvordan de utvikler seg senere i livet.

Fødsel tidlig i svangerskapet innebærer at kroppens umodne organer må utvikles utenfor livmoren. Normalt fungerer fosterets morkake som «lunger» og besørger gassutvekslingen, hos premature må umodne lunger overta. Dette betyr oftest behov for mekanisk pustehjelp (respirator) og surstoff, og omfattende intensivbehandling. De siste 20-30 årene har helsevesenet gradvis blitt flinkere med slik behandling. Økt overlevelse hos stadig mer umodne barn kan samtidig også øke risikoen for skade.

Utgangspunktet for arbeidet var tre grupper barn og unge voksne født ekstremt for tidlig i Bergen og Stavanger i periodene 1982-85, 1991-92 og 1999-2000. De ble undersøkt sammen med terminfødte kontroller. De tidlig fødte hadde dårligere lungefunksjon enn terminfødte, både før og etter puberteten og i ung voksenalder. Utvikling av lungefunksjon fra barn til ung voksen foregikk parallelt hos premature og terminfødte, uten innhentningsvekst eller tidlig aldersrelatert tap. De premature hadde betydelig hyperreaktivitet i luftveiene, også som unge voksne. Barn født for tidlig ved tusenårsskiftet hadde bedre lungefunksjon enn sammenlignbare barn født tilsvarende prematurt 8 år tidligere, spesielt de som hadde vært sykest i nyfødtpérioden. Bedre lungefunksjon var assosiert med nye og bedre behandlingsmetoder. Det var spesielt oppmuntrende at denne positive utviklingen foregikk samtidig som overlevelsen økte blant de minste og mest umodne barna, noen av dem født opptil 4 måneder for tidlig. Selv om studien var relativt liten kan den tolkes slik at bedre behandling av premature nyfødte leder til både økt overlevelse og til et bedre liv for de som overlever.

<http://www.uib.no/nye-doktorgrader/97120/lungehelse-etter-ekstremt-tidlig-fødsel>

Doktor Silje Hjorth Rafaelsen ved Universitetet i Bergen forsvarte tirsdag 3. mai sin avhandling for graden philosophiae doctor (ph.d.): Hereditary phosphate balance disorders in Norwegian children.

Silje Hjorth Rafaelsen (1979) avla medisinsk embetseksamen ved Universitetet i Oslo i 2005. Hun har tidligere arbeidet ved Barneklubben på Haukeland Universitetssykehus og som fastlege på Voss. Hun arbeider nå som lege i spesialisering ved Medisinsk avdeling, Voss sjukehus. Doktorgradsarbeidet utgår fra Klinisk Institutt 2 ved Universitetet i Bergen. Hovedveileder er prof. Robert Bjerknes, og biveiledere er prof. Helge Ræder og prof. Stefan Johansson.

Kort resymé av avhandlingen:

Hereditær hypofosfatemi (HH) er en gruppe arvelige tilstander hvor kroppen skiller ut for mye fosfat i urinen. Tilstandene skyldes mutasjoner i ulike gener, men felles for de fleste tilstandene er at det leder til overproduksjon av skjelthormonet FGF23 (fibroblast vekstfaktor 23). Mutasjoner i PHEX-genet er den vanligste mekanismen og fører til X-bundet hypofosfatemisk rakitt (XLHR). Fosfat er nødvendig for normal mineralisering av skjelettet, og uten behandling vil de fleste barn med disse tilstandene få rakitt og bli kortvokste. Behandling er tilskudd av fosfat og vitamin D, men både over- og underbehandling kan medføre komplikasjoner. Arvelig hyperfosfatemi, fører til for lite FGF23 og for liten fosfatutskillelse i urinen. Hyperfosfatemisk tumoral kalsinose (HFTC) og hyperfosfatemi hyperostose syndrom (HHS) kjennetegnes av unormale bløtvevforkalkninger. Gjennom studien har Rafaelsen kartlagt forekomsten av HH hos barn i Norge og undersøkt de kliniske manifestasjonene



av sykdommen og av behandlingskomplikasjoner. Genetiske analyser er benyttet til å studere årsaker og nye genetiske mekanismer til hypo- og hyperfosfatemi i norske familier. Avhandlingen er den første som beskriver et komplett nasjonalt materiale for XLHR hos barn. Forekomsten av XLHR er 1 av 60.000 norske barn, noe mindre enn hva som er blitt rapportert tidligere. Ved XLHR ser det ut til at gutter oftere enn jenter har forstyrret mineralisering av skjelett og tenner. Riktig behandling kan delvis korrigere rakitt, feilstillinger og lengdevekst, men gir også økt risiko for lavgradig kalkutfelling i nyrene. Vi har funnet en sammenheng mellom FGF23-betinget hypofosfatemi og mutasjon i genet FAM20C. De affiserte hadde ikke rakitt eller veksthemning, men forkalkninger i hjernen. Avhandlingen beskriver også arvelig hyperfosfatemi med HFTC og HHS i samme familie. Dette støtter teorien om at HFTC og HHS er to presentasjonsformer for FGF23-relaterte arvelige hyperfosfatemier.

<http://www.uib.no/nye-doktorgrader/97404/arvelige-forstyrrelser-i-fosfatomsetningen>

Doktor Navnit Kaur Grewal ved Institutt for medisinske basalfag forsvarte torsdag 17. mars sin avhandling for graden PhD (doctor philosophiae) ved Universitetet i Oslo: Infant feeding practices among Norwegian-Somali and Norwegian-Iraqi infants.

Kort resymé av avhandlingen:

Kosthold og ammepraksis blant norsk-somaliske og norsk-irakiske småbarn. Et godt kosthold tidlig i livet har stor betydning for barns helse og utvikling. I Norge er det regelmessig blitt gjennomført nasjonale kostholdsundersøkelser blant små barn. Imidlertid har ikke disse undersøkelsene inkludert barn med innvandringsbakgrunn, og det er behov for mer kunnskap om kostholdet til denne gruppen.

I sin avhandling «Infant feeding

practices among Norwegian-Somali and Norwegian-Iraqi infants» har Navnit Kaur Grewal undersøkt ammepraksis og kosthold blant norsk-somaliske og norsk-irakiske barn ved 6 og 12 måneders alder bosatt i Oslo, Akershus og Buskerud. Grewal og medarbeidere fant at de fleste mødre av norsk-somaliske og norsk-irakiske barn begynte å amme rett etter fødsel, men mange introduserte vann og morsmelkerstatning tidlig. Mer enn halvparten av barna hadde fått slik drikke i løpet av de første tre levmånedene. Ved seks måneders alder var det flere norsk-somaliske barn som ble ammet sammenlignet med norsk-irakiske barn. For å kartlegge kostholdet til barna ved 12 måneders alder, ble det utviklet og testet en egen metode hvor mødre ble intervjuet om barnas inntak av mat og drikke i løpet av de siste 24 timene. Det ble også utviklet et bildearkiv på iPad for å hjelpe mødre å identifisere matvarer spist av barnet. Resultatene fra kostholdsundersøkelsen viste at litt under halvparten av barna ble ammet ved 12 måneders alder. Barna spiste variert og hadde et lavt inntak av sukker. Inntak av de fleste næringsstoffene var i tråd med anbefalingene. De fleste barna fikk vitamin D-tilskudd. Studien konkluderer med at det bør iverksettes kultursensitive strategier for å støtte og informere ikke-vestlige mødre om amming og spedbarnsernæring.

<http://www.med.uio.no/imb/forskning/aktuelt/arrangementer/disputaser/2016/grewal-navnit-kaur.html>

Doktor Inger Pauline Landsem ved Universitetet i Tromsø forsvarte fredag 26. februar sin avhandling for graden philosophiae doctor (ph.d.): The influence of structured early parental guidance on behavior-emotional development and well-being among children born pre-term and parenting stress in their families.

Kort resymé av avhandlingen:

An early structured intervention program, offered families with preterm infants in the newborn period, has been tested in a randomized, controlled trial [The Tromsø Intervention Study on Preterms]. Its influence on children's socio-emotional behavioral development until age 9, parents reports of parenting stress in the same period and children's quality of life at 9 years have been investigated. Longitudinal analyses showed that the average prevalence of behavior problems varied according to the same pattern in the two preterm groups 2 to 9 years irrespective of the intervention. Significant differences between preterm groups became visible at children's age of 7 and 9 years as parents and teachers reported less attentional problems and better social competence, adaptability and school-related performances in the intervention group. These children were not reported as different from healthy term born children at their age of nine, regarding school adjustment,

achievements and the occurrence of problems. On the other hand, children in the preterm control group continued to be reported with more problems and less competencies than terms into middle childhood and lower scores on measures of well-being at age nine. Parents who had received intervention reported decreased levels of parenting stress throughout childhood. The results presented in this thesis indicate that the structured guidance given parents of preterms in the newborn period has promoted positive and long-lasting effects on families as these children perform at similar level as their term born peers at 9 years of age.

<http://munin.uit.no/handle/10037/9118>

Ja til lindrende enhet og omsorg for barn skifter navn til Foreningen for barnepalliasjon

Vi har skiftet navn og fått ny hjemmeside hvor du kan melde deg på vårt nyhetsbrev. Besøk www.barnepalliasjon.no



Foreningen for barnepalliasjon
- omsorg for døende barn og unge
barnepalliasjon.no



APRIL ISSUE

HIGHLIGHTS IN THIS ISSUE

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



Skin-to-skin contact leads to better stabilisation and relieves pain

Newborn low birthweight infants stabilise better with skin-to-skin contact than when they are separated from their mothers, according to a randomised controlled trial carried out in Vietnam by Chi Luong Kim et al (1). On the same topic, Emma Olsson et al (2) report that skin-to-skin contact between premature infants and their mothers during blood sampling had a pain-relieving effect, confirmed by cortical pain responses measured with near infrared spectroscopy. Kerstin Hedberg Nyquist (3) and Pierre Kuhn (4) comment on the findings.



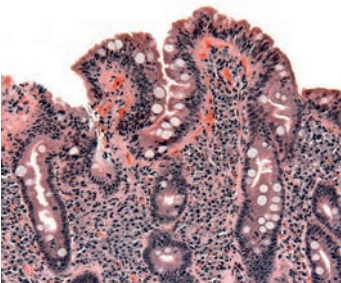
Exploring the neuroscience and context of adolescent depression

Adolescent depression is a growing public health concern with an increased risk of negative health outcomes, including suicide. Two papers in this issue discuss this important area. Eva Henje-Blom et al (5) reviewed the literature on the neuroscience of adolescent depression, and Anna-Karin Waenerlund et al (6) report that school experiences were important determinants of mental health problems in middle childhood.



Unmet health and dental care needs of children placed in foster care

Stefan Kling et al (7) report on the somatic assessments of 120 Swedish children placed in foster care and residential care and state that a systematic strategy is required to address the large unmet health and dental care needs identified by the study. Readers will also be interested in the paper by Eleonor Säftsten et al (8) who report that the intake of selected foods by 6-year-old Swedish children differed according to their parents' education and migration status.



Is coeliac disease nature or nurture and is this just the tip of the iceberg?

Coeliac disease is triggered by an interplay of environmental and genetic factors and is one of the most prevalent autoimmune diseases in children. There has been growing interest in the role of the perinatal environment in coeliac disease. Karl Mårild et al (9) reviewed the literature on this topic and concluded that there was still only circumstantial evidence that the perinatal environment influences coeliac disease development. Annelie Carlsson discusses the paper in her editorial and asks whether currently diagnosed cases of coeliac disease are just the tip of the iceberg (10)?



Infants born at <25 weeks may be compromised by current resuscitation techniques

Tereza Lamberska et al compared the effectiveness of conventional resuscitation guidelines on 73 infants below 29 weeks of gestational age. The study showed excellent results in the older infants, but infants born at <25 weeks responded poorly and took longer time to reach oxygen saturation targets. The authors concluded that these infants may have been compromised by current resuscitation techniques and that sustained inflation and delayed cord clamping may be effective alternatives (11). Ola Andersson comments on the paper in an editorial (12).

MAY ISSUE

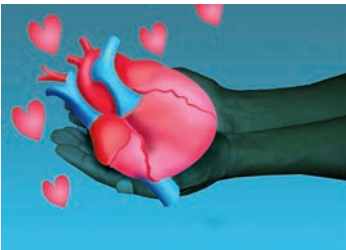
HIGHLIGHTS IN THIS ISSUE

Anna Käll, Hugo Lagercrantz (hugo.lagercrantz@actapaediatrica.se) Acta Paediatrica, Stockholm, Sweden



How Tibetan and non-Tibetan babies adapt to hypoxia at a high altitude

Non-Tibetan babies born in Lhasa, 3658 m above sea level, required extra oxygen during the neonatal period, unlike most of the Tibetan babies in the study by Wu et al (1). However, they had persistently higher partial pressure of exhaled nitric oxide (PeNO) levels in their first week of life than non-Tibetan neonates born at lower altitudes in other regions of China. The authors concluded that high PeNO levels may be involved in the postnatal adaptation mechanisms to hypobaric hypoxia.



How acceptable is it to prolong life for organ donations?

Is it right to prolong a child's life, with no expected benefit to the child, if it can save another person's life? Jivraj et al (2) present the results of a small UK survey showing clinicians' attitudes towards the elective ventilation of babies born with anencephaly, to enable subsequent organ donations. The majority stated that it was acceptable. In the accompanying commentaries, Antoine Payot points out that dying in the parents' arms is very different from dying in an operating room full of monitors (3), while Niels Lynøe asks whether we are really prepared to risk critical reactions from parents and the media if we introduce this as a routine procedure (4)?



Head growth failure and its impact on cognitive outcome

This study explored the relationship between head growth and cognitive outcome in very preterm infants born in Austria between 2003 and 2009. Neubauer et al (5) found that children with a suboptimal head size at the age of three months had a 10% lower intelligence quotient at five years of age, compared to those with a normal head size. The study shows that head growth failure, especially during the first months after discharge, adversely affected cognitive outcome.



Eating a high-quality diet at the age of one makes children smarter

Children who had a high-quality diet at one year of age had significantly higher scores in mathematics, reading, writing and spelling at 10 and 12 years of age. The finding comes from an Australian study by Nyaradi et al (6), who followed 2287 participants from the Western Australian pregnancy cohort study. The authors concluded that the quality of diet in early life may be a predictor for later academic achievement.



Infants who unexpectedly survive after life support is withdrawn

Sanchita Pal et al (7) describe eight UK infants with a severe hypoxic ischaemic brain injury who survived for a prolonged period of time after intensive care was withdrawn, following diagnosis, despite the clinicians' belief that death was inevitable. Three died before three months of age and five, aged from two to 6.5 years, are alive but with significant neurodevelopmental sequelae. We asked Dominic Wilkinson, neonatologist and author of the book *Death or disability*, to comment on the paper (8). Our photograph shows Maisie, one of the unexpected survivors. 'The photo shows how happy Maisie is and enjoying her interaction with us', says her dad.

HIGHLIGHTS IN THIS ISSUE

Anna Käll, Hugo Lagercrantz (hugo.lagercrantz@actapaediatrica.se) Acta Paediatrica, Stockholm, Sweden



Tuberculin test out?

The current refugee crisis has put the spotlight firmly on migrant health. Increasing numbers of migrants to Sweden are screened for tuberculosis (TB), and a rational approach to screening is clearly needed. A study carried out by Sahar Nejat et al (1). found that interferon-gamma release assay tests had higher specificity than positive tuberculin skin tests when it came to identifying TB in paediatric migrants.



Bed-sharing promotes breastfeeding

Pregnant women who expressed a strong intention to breastfeed were more likely to bed-share once their baby was born, and mothers who frequently slept with their infants consistently breastfed longer than mothers who did not bed-share. These findings from a study of 678 women in the United Kingdom (2) raise questions about whether recommendations to avoid bed-sharing due to concerns about issues, such as sudden infant death syndrome (SIDS), may impede some women from breastfeeding. Peter Blair discusses the importance of giving the correct advice about bed-sharing, breastfeeding and SIDS (3).



The nutrient content of breastmilk may be important for infant growth

Philippa Prentice et al (4) explored whether the micronutrient content of breastmilk affected infant growth. They found that the percentage of carbohydrates in breastmilk was positively related to infant weight and adiposity gains up to 12 months of age, while the fat content was inversely related to the protein content and positively related to body mass index. The findings suggest that human milk composition might be important for infant growth. Readers will also be interested in the paper by Alexandra Kreissl et al (5), who report that the lactation period affected protein levels in preterm breastmilk.



Perinatal aetiology of cerebral palsy in full-term infants is more common in Uganda

Brain imaging patterns in Ugandan children with cerebral palsy (CP) differed markedly from imaging studies in high-income countries, according to a study by Angelina Kakooza-Mwesige et al (6). More primary grey matter injuries and fewer white matter injuries were found. The findings suggest that a perinatal CP aetiology in full-term infants is more common in Uganda. The lower level of white matter injuries may be explained by reduced survival in preterm infants. Kirsten A Donald comments on the paper in an editorial (7). See also the article by Ann Alriksson-Schmidt et al, who have explored pain in children and adolescents with cerebral palsy (8).



Burnout syndrome is a common problem for paediatric residents

Anarella de Andrade et al (9) investigated the prevalence of burnout syndrome in 28 paediatric residents in Sao Paulo, Brazil, and used function magnetic resonance imaging to assess cerebral function. They found that 53% of the residents had moderate or high burnout syndrome and that increased brain activation during an attention task was associated with higher burnout scores. In the accompanying commentary, Julian Macoveanu discusses whether existing knowledge of depression treatment could aid recovery from burnout syndrome (10).



Dymista®

flutikasonpropionat/azelastinhydroklorid

C Dymista «Meda»

Lokalt antihistamin + kortikosteroid.

ATC-nr.: R01A D58

T NESESpray: 1 dose inneh.: Azelastinhydroklorid tilsv. azelastin 125 µg, flutikasonsenatrium, polysorbat 80, benzalkoniumklorid, fenyletylalkohol, renset vann, allergisk rhinitt, hvis monoterapi med enten intranasalt antihistamin eller glukokortikoid er viktig for full terapeutisk effekt. Kontakt med øynene må unngås. En spray være i overensstemmelse med allergeneksponeringsperioden. **Spesielle pasienter:** Anbefales ikke da sikkerhet og effekt ikke er fastslått. **Eldre:** Dosejustering er ca. 5 sekunder ved å vende den opp og ned. Før første gangs bruk må sprayen brukes, må den klargjøres på nytt. Etter at nesen er pusset skal oppløsningen av og beskyttelseshetten settes på plass etter bruk. **Kontraindikasjoner:** effekter av nasale kortikosteroider kan forekomme, særlig ved bruk i høye doser, Cushingslignende trekk, adrenal suppresjon, veksthemming psykiske eller atferdsmessige effekter, som omfatter psykoagresjon (særlig hos barn). Ved alvorlig leversykdom er det økt. Dette kan medføre høyere forekomst av systemiske bivirkninger anbefalt kan medføre klinisk signifikant adrenal suppresjon vurderes å bruke ytterligere systemiske kortikosteroider i perioder hos barn som får intranasale kortikosteroider i godkjente doser. Ved hemmet vekst, skal dosereduksjon vurderes. Nøye overvåking tidlige økt okulært trykk, glaukom og/eller katarakt. Hvis det det utvises forsiktighet ved overføring av pasienter fra systemisk tuberkulose, enhver type ubehandlet infeksjon eller som nylig skade på nese eller munn, skal mulige fordeler med behandling inneholder benzalkoniumklorid som kan forårsake irritasjon av kospermer. **Interaksjoner:** For utfyllende informasjon fra om relevante interaksjoner, se R01A D58+. **Flutikasonpropionat:** 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 pionat etter intranasal dosering pga. omfattende first pass-metabolisme clearance via CYP 3A4 i tarm og lever. Klinisk signifikante interaksjoner er des forsiktighet ved samtidig administrering av en potent CYP potensielt økt systemisk eksponering av flutikasonpropionat fører til svært lav systemisk eksponering. Det skal alkohol eller legemidler med virkning på **amming og fertilitet:** Graviditet: drøklorid og flutikason- hvis potensiell e r

propionat 50 µg, dinatriummedetat, glyserol, mikrokrySTALLinsk cellulose, karmello- **Indikasjoner:** Symptomlindring ved moderat til alvorlig sesongrelatert og helårlig kortikoid ikke er tilstrekkelig. **Dosering: Voksne og ungdom ≥12 år:** Regelmessig i hvert nesebor 2 ganger daglig (morgen og kveld). Behandlingsvarighet bør **entgrupper:** **Nedsatt lever- og nyrefunksjon:** Data foreligger ikke. Barn <12 år: nødvendig. **Administrering:** Til nasal bruk. Flasken bør ristes forsiktig før bruk i klargjøres ved å trykke pumpen ned og slippe 6 ganger. Er det >7 dager siden sprøytes inn i hvert nesebor mens hodet bøyes fremover. Spraytuppen tørkes Overfølsomhet for noen av innholdsstoffene. **Forsiktighetsregler:** Systemiske doser over lang tid. Mulige systemiske effekter kan omfatte Cushings syn- hos barn og unge, katarakt, glaukom, og mer sjeldent, en rekke motorisk hyperaktivitet, søvnforstyrrelser, angst, depresjon og sannsynlig at systemisk eksponering for flutikasonpropionat er ninger og forsiktighet bør utvises. Behandling med høyere doser sjon. Ved bruk av doser som er høyere enn anbefalt, bør det med stress eller elektiv kirurgi. Det er rapportert veksthemming Det anbefales at veksten hos ungdom overvåkes regelmessig. ning er påkrevet hos pasienter med synsforandringer eller med foreligger grunn til å tro at binyrefunksjonen er nedsatt, skal steroidbehandling til Dymista. Hos pasienter med har gjennomgått kirurgisk inngrep, eller fått ling veies opp mot mulig risiko. neselimhinnen og bron- Legemiddelverket Det er

Eneste kombinasjon av kortison og antihistamin¹

Dymista® nesespray ved allergisk rhinitt²

Signifikant bedre symptom-
lindring i både nese og øyne
sammenlignet med et
nasalt steroid i monoterapi^{3,4}

Effekt innen 30 minutter⁵

S v æ r t
Hodepine, dysge-
(≥1/1000 til <1/100): Ubegag i
rhet, hoste, tørr hals, halsirritasjon.
sjeldne (<1/10 000): Hypersensitivitet, inkl.
eller tunge og hudutslett), bronkospasme, svimmelhet,
septumperforasjon, slimhinneerosjon, kvalme, utslett.
Systemiske effekter kan forekomme, særlig ved bruk i
hos barn som får nasale kortikosteroider. Det er mulig
er det observert osteoporose ved bruk av nasale korti-
nasal administrering forventes det ikke overdoserings-
enn anbefalt over en lengre periode, kan føre til mid-
gjenopprettes i løpet av få dager, og kan kontrolleres
siktet oralt inntak, kan det forventes forstyrrelser i sentral-
og hypotensjon), forårsaket av azelastinhydroklorid.
anbefales mageskylling. Intet kjent antidot. Se
side d og flutikason: Glukokortikoider H02A B side d.
kortikosteroid (flutikason). **Virkningsmekanisme:**
lige virkningsmekanismer og viser synergistiske effekter
rhinokonjunktivitt. Flutikasonpropionat er et syntetisk
kokortikoidreseptoren, og med potent antiinflammato-
riallergisk effekt, og har mastcellestabiliserende og
frigjøring av kjemiske mediatorer kjent for å være invol-
leukotriener, histamin, plateaktiverende faktor (PAF) og
av 15 minutter. **Absorpsjon:** Etter intranasal administrering
± 74,4 pg/ml for azelastin og 10,3 ± 3,9 pg/ml for flutika-
ml pr. time for azelastin og 97,7 ± 43,1 pg/ml pr. time
azelastin og 1 time for flutikason. **Proteinbinding:**
Flutikasonpropionat: Distribusjonsvolum ca. 318 liter
Halveringstid: Flutikasonpropionat:
pionat er lineær i doseområdet 0,25-1 g, og karakterise-
plasmakonsentrasjon reduseres med ca. 98% i løpet av
det med terminal halveringstid på 7,8 timer. Azelastin:
metabolitten. **Metabolisme:** Flutikasonpropionat elimine-
3A4. Azelastin metaboliseres hovedsakelig via CYP 3A4,
via gallen. Azelastin: Utskillelse skjer hovedsakelig via
moderat til alvorlig sesongrelatert og helårlig allergisk
eller glukokortikoid ikke er tilstrekkelig. **Refusjonskode:**
rhinitt. **Vilkår nr.:** -. **Vilkår:** Ingen spesifisert. **Pakninger**
(glassflasker) kr. 679,40.

Sist endret: 18.08.2015

MEDA

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

Referanser:

1. Dymista SPC (22.06.2015), avsnitt 2.
2. Dymista SPC (22.06.2015), avsnitt 4.1.
3. Meltzer E et al. Int Arch Allergy Immunol 2013;161:369-377.
4. Dymista SPC (22.05.2015), avsnitt 5.1, Dymista.
5. Meltzer E et al. Allergy Asthma Proc 2012;33(4):324-332.