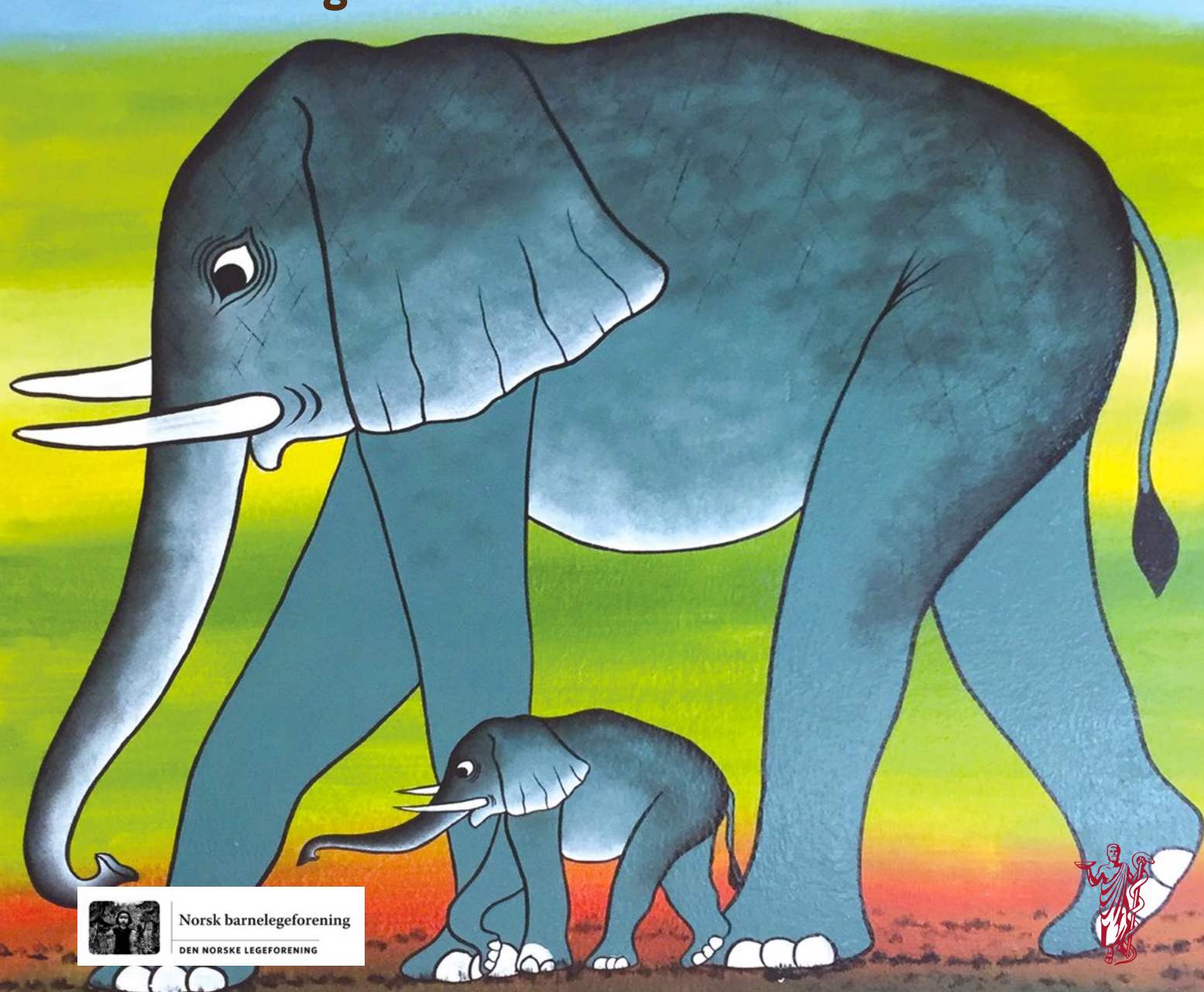


PAIDOS

TIDSSKRIFT FOR NORSK BARNELEGEFORENING

2017; 35 (1): 1-40

Åpnet ny barneklinnikk på Zanzibar
Hepatitt B vaksine til alle barn
Pediaterdagene 2017



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 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

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



HAR DU SPØRSMÅL,
ring vår kundeservice
på tlf. 81568332
eller 67817400



NestléHealthScience

Informasjon til helsepersonell
www.nestlehealthscience.no

PAIDOS



Paidos©2017

Paidos forbeholder seg retten til å oppbevare og publi-
sere 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 nødven-
digvis 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

Cox Oslo AS
Pilestredet 75D
0354 Oslo
ragnar.madsen@cox.no
Tlf. 22 59 90 97

Materiellfrister

Nr. 02/2017 – 08.05.2017
Nr. 03/2017 – 08.09.2017
Nr. 04/2017 – 13.11.2017

Forsidefoto

Fotograf: 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: post@cox.no.

Innhold

4

Redaktør

Anders Bjørkhaug

5

Leder

Ingebjørg Fagerli

7

Holdninger til ekstremt premature barn hos leger og sykepleiere på nyfødintensivavdelinger

Aida Joolaei m/ fler

13

Hepatitt B-vaksine til alle barn

– hvilken rolle får sykehusene?

18

Flere kopper

Noralv Breivik

22

Verdens flotteste arbeidsplass?

Åpnet ny Barneklinikk på Zanzibar

Anders Bjørkhaug

26

Aktuelt fra Nettverket

Nasjonalt Kompetansenettverk for
Legemidler til Barn

29

Pediaterdagene i Bergen 2017

Anders Bjørkhaug m/ fler

33

Historier i Pediatrien

Stefan Kutzsche og Hildegunn Kutzsche

37

Highlights from Acta Paediatrica

Forsidebildet: Mama na mtoto. Mor og barn. Uadskillelige. Kangaroo care.
Veien til god prematuritetsomsorg og bedret overlevelse blant de premature på
Zanzibar og i mange andre uland. Foto av et av utsmykningene på veggene i den
nye barneklubben på Zanzibar. Malt av lokale kunstnere, inspirert av Tingatinga
kunst. Tingatinga males med sykkellakk på masonitt (hardpapp). Stilen ble utviklet
av Edward Said Tingatinga på slutten av 60-tallet i Tanzania, og er blitt en svært
populær kunstform både i Tanzania og på Zanzibar. Mange norske barn kjenner
Tingatinga gjennom en populær barneTV serie med samme navn.

Vi trenger ny redaktør!

AV ANDERS BJØRKHAUG. REDAKTØR, PAIDOS.

Vinteren myknes i disse dager (noen kaller denne tiden vår). Og selv om vinteren har holdt noen av oss særdeles for narr, vet andre å utnytte det maksimale av den snøen som falt. Vinteren er til for refleksjon, utfoldelse og glede. Enten det er ute i det kalde, våte og frie, eller om det er inne i det varme og lune. Osv...

Bergen lokket med, utenom et smekkert faglig program, drømmer om vinterhvite byfjell og fete planker på beina (i følge reklamen, red.anm.). Men Bergen skuffet ikke! For det Bergen virkelig kan, er tåke, regn og blest, som ikke setter bremsen for en fest! Pediaterdagene i Bergen var et solid arrangement faglig og sosialt, slik undertegnende forsøker på best mulig måte skape et bilde av i denne utgaven.

Hepatitt B-vaksinen er nylig innført i barnevaksinasjonsprogrammet. Sykehusene har fremdeles en særs viktig rolle i oppfølging av barn av Hepatitt B-positive mødre. Paidos har snakket med barnelege Margrethe Greve-Isdahl ved Folkehelseinstituttet om Hepatitt B-vaksinen som nå tilbys gjennom barnevaksinasjonsprogrammet og spesielt hvordan risikobarn på sykehus skal følges opp. I denne utgaven presenteres også en artikkel fra UNN om hvilke holdninger helsepersonell ved nyfødtavdelinger har til behandling, prognose og oppfølging av ekstremt premature barn. I føljetongen "Over gjennomsnittet eksotisk? Eller bare dødelig vanlig?" kommer en spennende kasuistikk fra pensjonerte barnelege Noralv Breivik's opphold i Sierra Leone.

Redaksjonen minner nok en gang lesere og bidragsytere om Paidos på nett (www.paidos.no). Alle artikler blir nå elektronisk tilgjengelig på nett, og er derfor også lettere søkbare. Paidos på nett er enkel og oversiktlig. Den er like godt tilgjengelig på pc som på nettbrett og mobil. Del artikler! Del kommentarer! Bruk den og få inspirasjon til dine bidrag til vårt felles medlems medium: PAIDOS!

Paidos søker ny redaktør fra sommeren 2017.

Redaksjonsarbeidet har for meg vært svært spennende og givende. Det er etablert et godt samarbeid med utgiver som forenkler det redaksjonelle arbeidet betraktelig. Å være Paidosredaktør og en del av styret i Norsk Barnelegeforening, er svært spennende og inspirerende. Det gir muligheter til å knytte gode kontakter og bygge nettverk. Paidosredaksjonen har siste årene bestått av 2-3 medlemmer. Deler av redaksjonsstaben ønsker å fortsette, som gjør det lettere å kunne sette seg inn i arbeidet. Undertegnende vil også bidra på best mulig måte for å kunne få en sømløs overgang. Du trenger ikke være overlege! Du trenger ikke være dreven spesialist! Det du trenger er nysgjerrighet og kreativitet, samt lyst til å bidra! **Er du nysj?** Da kan du gjerne henvende deg direkte til meg for nærmere informasjon.



Kjære kolleger!



AV INGEBJØRG FAGERLI. LEDER, NORSK BARNELEGEFORENING.

Pediaterdagene i Bergen

Vel 100 barneleger var samlet til pediaterdager i Bergen i januar. Værgudene var ikke helt på vår side, men det la ingen demper på stemning og engasjement, verken faglig eller sosialt. Det var stor bredde i det spennende faglige programmet og trivelige sosiale samvær. For noen av oss var "Escape-konseptet" en ny og artig opplevelse som satte krav til logisk tenking, kreativitet og teamarbeid.

Stor takk til Barne- og ungdomsklinikken på Haukeland for fine dager!

Barnehelseprisen

NBF deler ut Barnehelseprisen regelmessig i samarbeid med Barneombudet. Prisen skal gå til en person eller organisasjon som har gjort en spesiell innsats for barnehelse. SANKS (Samisk nasjonalt kompetansesenter-psykisk helsevern og rus) er en verdig vinner for sin innsats for å ha styrket kvaliteten av psykisk helsevern og allmennhelse i barnepopulasjonen i de samiske boområdene i Norge.

Nye satsingsområder

Styret har arbeidet mye med nytt strategidokument. Under styrets time i Bergen la vi fram 7 hovedpunkter til diskusjon. Dette skapte stort engasjement, og det ble en god og konstruktiv diskusjon. Det står ikke noe i våre vedtekter om hvordan et strategidokument skal håndteres organisatorisk. Men vi kommer nå til å sende vårt forslag på høring til medlemmene. Da får alle mulighet til å komme med sine innspill. Styret vil så ferdigstille dokumentet og legge det fram som en orienteringssak på årsmøtet i vår.

Ny spesialistutdanning

Den nye spesialistforskriften trådte i kraft 01.03.17, og læringsmålene for utdanningens første del som tilsvarer dagens turnustjeneste er fastsatt. Læringsmålene er blitt svært forenklet og forkortet, fagspesifikk tilnærming er ofte fjernet og mange læringsmål er slått sammen. Gjennom upresise formuleringer blir det ennå enklere enn nå å flyte gjennom spesialiseringsløpet uten å kunne det som forventes. Ingen læringsaktiviteter er lenger obligatoriske, men det er lagt inn noen anbefalinger i forskriften. Ansvaret for vurderingsform påligger arbeidsgiver. Det er ingen bestemmelser om hvilke avdelinger tjenesten skal avtjenes på, utover at man nok må være innom psykiatrien for å oppfylle læringsmål i psykiatri. Det positive er da at det åpner opp for tjeneste på barneavdeling.

Nå er læringsmålene for del to og tre ute til høring, og Helsedirektoratet har signalisert at de legger opp til samme redigeringsprosess som for del 1. Heller ikke for denne delen av spesialistutdanningen ønsker Helsedirektoratet nasjonale obligatoriske læringsaktiviteter og de vil overlate det meste til de regionale helseforetakene og arbeidsgiver. Alt dette er svært bekymringsfullt med tanke på kvaliteten i utdanningen. Spesialitetskomiteen har lagt ned et stort, godt arbeid med å utarbeide konkrete, spesifikke læringsmål. Dette må vi støtte opp under. Vi må ha en felles nasjonal utdanning med klart definerte læringsmål, slik at ikke hvert foretak kan utdanne sine "lokale" spesialister. Det er vi ikke tjent med. Bruk høringsmuligheten.

Nyfødtintensiv

I januar dukket det opp et høringsutkast til "Nasjonal faglig retningslinje for kompetanse og kvalitet i nyfødt-intensivavdelinger". Retningslinjen skal bidra til å styrke kvaliteten, harmonisere tilbudet og hindre uønsket variasjon. Intensjonen er positiv, og det er mye bra i forslaget, bl.a. kompetansekrav/behov, bemanningsnormer og familiefokus. Men det legges opp til en omorganisering der i praksis all intensivbehandling av nyfødte skal sentraliseres til 4 avdelinger i landet. Dette grepet er mer bekymringsfullt enn sentralisering av alle med gestasjonsalder under 28 uker, selv om jeg personlig er uenig i det også. Avdelinger på sykehus med store fødeavdelinger som i dag har god kompetanse på intensivbehandling av nyfødte, skal fratas denne funksjonen. Barn på respirator skal overflyttes til regionsykehus innen ett til to døgn. Hvordan skal man da opprettholde kompetanse på de andre sykehusene til å håndtere de dårlige barna som vi vet kommer? Dette gjelder både nyfødte og alvorlig syke spebarn etter nyfødtperioden. I høringsutkastet er det tatt lett på denne problemstillingen. Når avdelinger fratas viktige oppgaver, er faren også stor for at engasjement og entusiasme forsvinner. Jeg tror både foreldre og pasienter vil tape på det. Økt behov for og risiko med transport er også lite problematisert. Belastningen for foreldrene med økte avstander har lite fokus.

NBF-styret er i sitt høringssvar kritisk til prosessen og den foreslåtte omorganisering. Det har relativt nylig vært en prosess rundt organisering av nyfødtmedisin i alle regionale helseforetak der man nå hadde landet på en hensiktsmessig funksjonsfordeling. Vi kan ikke se at premisene for de beslutningene som da ble tatt, er endret.

Til tross for utfordrende saker, ønsker jeg alle en lys og optimistisk vår.

Ingebjørg Fagerli

INJEKSJONSVÆSKE

Effektiv RSV-
profylakse hos barn¹



Synagis – Sikkerhetsinformasjon og refusjon ^{2,3}	
Kontraindikasjoner	Overfølsomhet for innholdsstoffene eller for andre humaniserte monoklonale antistoffer
Alvorlige bivirkninger	Anafylaksi og andre akutte overfølsomhetsreaksjoner
Vanlige bivirkninger	Feber, utslett og reaksjon på injeksjonsstedet
Refusjon	Det kan søkes individuell refusjon. Synagis har ikke forhåndsgodkjent refusjon

Synagis® AbbVie
Immunglobulin mot respiratorisk syncytialvirus.

INJEKSJONSVÆSKE, oppløsning 100 mg/ml: 1 ml inneholder: Palivizumab 100 mg, histidin, glysin, vann til injeksjonsvæsker.

Indikasjoner: Forebygging av alvorlige nedre luftveisinfeksjoner som krever sykehusinnleggelse forårsaket av respiratorisk syncytialvirus (RS-virus) hos barn med stor risiko for RS-virusykdom: Barn født i 35. svangerskapsuke eller tidligere <6 måneder i begynnelsen av RS-virus sesongen, barn <2 år som har hatt behov for behandling for bronkopulmonal dysplasi i løpet av de siste 6 måneder, barn <2 år med medfødt hjertesykdom som er av hemodynamisk betydning.

Dosering: Anbefalt dosering er palivizumab 15 mg/kg kroppsvikt 1 gang i måneden i perioder med forventet RS-virusrisiko i befolkningen. Volum av tilberedt palivizumaboppløsning (ml) som skal administreres 1 gang pr. måned = [pasientvekt i kg] × 0,15. Når det er mulig, bør 1. dose gis før starten på RS-virus sesongen. De påfølgende doser bør gis hver måned gjennom hele RS-virus sesongen. Det anbefales at barn som er sykehusinnlagt med RS-virus og som får palivizumab, fortsetter med å få månedlige doser i hele RS-virus sesongens varighet. For barn som har gjennomgått koronar-bypassoperasjon anbefales en injeksjon av 15 mg/kg kroppsvikt så snart barnet er stabilt etter inngrepet. Påfølgende doser bør fortsette månedlig gjennom resten av RS-virus sesongen for barn som fortsatt har høy RS-virusrisiko. Injeksjonsvolum >1 ml bør fordeles på flere doser. Effekten ved andre doser enn 15 mg/kg, eller ved annen dosering enn månedlig i hele RS-virus sesongen, er ikke fastslått.

Tilberedning/Håndtering: Hetteglass uten konserveringsmiddel klar til bruk (engangsbruk). Skal ikke fortynnes. Skal ikke ristes. Både 0,5 ml og 1 ml hetteglass inneholder et overskudd som tillater opptrekking av hhv. 50 mg og 100 mg. Fjern klaffen til korken på hetteglasset og gummiproppen rengjøres med 70% etanol eller tilsv. Deretter trekkes opp passende volum av oppløsningen i sprøyten. Dosen skal gis rett etter at den er opptrukket i sprøyten. Se for øvrig pakningsvedlegg.

Administrering: Gis i.m., helst anterolateralt i låret, ved bruk av standard aseptisk teknikk. Glutealmuskelen bør ikke rutinemessig brukes som injeksjonssted pga. risiko for skade på isjiasnerven. Injeksjonsvolum >1 ml bør fordeles på flere doser.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for innholdsstoffene eller for andre humaniserte monoklonale antistoffer.

Forsiktighetsregler: Allergiske reaksjoner inkl. svært sjeldne tilfeller av anafylaksi, anafylaktisk sjokk og dødsfall er rapportert. Medikamenter til behandling av allergiske reaksjoner bør være tilgjengelig for umiddelbar bruk ved administrering. En moderat til alvorlig akutt infeksjon eller febril sykdom kan berettigg utsettelse av bruken, med mindre utsettelsen utgjør en større risiko. En lett febril sykdom som mild øvre luftveisinfeksjon, er normalt ikke grunn for utsettelse av palivizumab. Gis med forsiktighet ved trombocytopeni eller annen koagulasjonsforstyrrelse.

Interaksjoner: For utfyllende informasjon fra Legemiddelverket om relevante interaksjoner, se J06B B16. Palivizumab forventes ikke å interferere med immunresponsen på vaksiner. Palivizumab kan forstyrre immumbaserte RS-virusdiagnostiske tester, f.eks. noen antigenpåvisningsbaserte analyser.



ATC-nr.: J06B B16

Palivizumab hemmer virusreplikasjon i cellekultur og kan forstyrre virale cellekulturanalyser. Palivizumab forstyrrer ikke reverstranskriptase polymerasekjedereaksjonsbaserte analyser. Analyseforstyrrelser kan føre til falske negative RS-virusdiagnostiske testresultater. Diagnostiske testresultater bør derfor brukes sammen med kliniske funn for å veilede medisinske beslutninger.

Graviditet, amming og fertilitet: Ikke relevant pga. ikke indisert til bruk hos voksne.

Bivirkninger: Mest alvorlig er anafylaksi og andre akutte overfølsomhetsreaksjoner. Feber, utslett og reaksjoner på injeksjonsstedet er vanlig. *Svært vanlige* (≥1/10): Hud: Utslett. Øvrige: Feber. *Vanlige* (≥1/100 til <1/10): Luftveier: Apné¹. Øvrige: Reaksjoner på injeksjonsstedet. *Mindre vanlige* (≥1/1000 til <1/100): Blod/lymfe: Trombocytopeni¹. Hud: Urticaria¹. Nevrologiske: Konvulsjon¹. Ukjent frekvens: Immunsystemet: Anafylaksi, anafylaktisk sjokk (dødsfall er rapportert i noen tilfeller¹). Luftveier: Økt astmafrekvens hos premature (uklar årsakssammenheng)¹.

¹ Identifisert fra overvåkning etter markedsføring.

Overdosering/Forgiftning: En dose på 22,27 mg/kg til ett barn har ikke vist medisinske følger. Doser opptil 85 mg/kg er rapportert, og i noen tilfeller ble bivirkninger rapportert tilsvarende de observert for doser >15 mg/kg. Behandling: Pasienten overvåkes for tegn eller symptomer på bivirkninger, og hensiktsmessig symptomatisk behandling settes i gang umiddelbart.

Egenskaper: **Klassifisering:** Palivizumab er et humanisert IgG1k monoklonalt antistoff rettet mot en epitop på det A-antigenet settet på fusjonsproteinet til respiratorisk syncytialvirus (RS-virus), og er sammensatt av humane (95%) og murine (5%) antistoffsekvenser. Palivizumab har potent nøytraliserende og fusjonshemmende aktivitet mot både RS-virus type A og B. **Absorpsjon:** Månedlige intramuskulære doser på 15 mg/kg gir etter ca. 30 dagers bruk, laveste serumkonsentrasjoner på ca. 40 µg/ml etter 1. injeksjon, ca. 60 µg/ml etter 2. injeksjon og ca. 70 µg/ml etter 3. og 4. injeksjon. Fordeling: Distribusjonsvolum ca. 57 ml/kg. **Halveringstid:** Ca. 20 dager hos barn.

Oppbevaring og holdbarhet: Oppbevares i kjøleskap ved 2-8°C. Skal ikke fryses. Oppbevares i originalemballasje for å beskytte mot lys. Skal gis rett etter at dosen er opptrukket i sprøyten.

Pakninger og priser: **Injeksjonsvæske, oppløsning:** 100 mg/ml, 0,5 ml (hettegl.) kr 5406,10. 1ml (hettegl.) kr 9145,10.

Sist endret: 28.01.2016

Referanser: **1.** The IMPact-RSV Study Group. Palivizumab, a humanized respiratory syncytial virus monoclonal antibody, reduces hospitalisation from respiratory syncytial virus infection in high-risk infants. *Pediatrics*. 1998;102(3):531-537. **2.** Synagis SPC avsnitt 4.3 og 4.8, godkjent 24.07.2015, <http://felleskatalogen.no/medisin/spc-synagis-abbvie-564336>. **3.** For informasjon om individuell stønad, se helfo.no.

NOSYN7001-THAU

Holdninger til ekstremt premature barn hos leger og sykepleiere på nyfødtintensivavdelinger

AV AIDA JOOLAEI, MARIT C. KONRADEN, STINE LARSEN, MAY-LILL JOHANSEN OG CLAUS KLINGENBERG
DET HELSEVITENSKAPELIGE FAKULTET, UIT - NORGES ARKTISKE UNIVERSITET

Variasjoner i helsepersonells holdninger kan ha betydning for hvordan ekstremt premature barn blir tatt hånd om på en nyfødtavdeling. Formålet med studien var å undersøke hvilke holdninger helsepersonell ved nyfødtavdelinger har til behandling, prognose og oppfølging av disse barna.

MATERIALE OG METODE

Vi gjennomførte semistrukturerte, individuelle intervjuer av fire overleger og fire spesialsykepleiere ved to nyfødtintensivavdelinger i Norge og Sverige. Deltakerne hadde mangeårig, bred erfaring innen behandling og oppfølging av ekstremt premature barn. Intervjuene ble tatt opp på bånd, transkribert og analysert induktivt med systematisk tekstkondensering.

HOVEDRESULTATER

I tillegg til å bruke retningslinjer, mente informantene at det bør gjøres en individuell vurdering om man skal starte intensivbehandling av premature barn i "gråsonen – på grensen til levedyktighet". De fleste ga uttrykk for at det var svært vanskelig å si noe om prognosen rett etter fødsel. Beslutninger rundt avslutning av behandling bør alltid være i samråd med foreldrene, men informantene mente at helsepersonell bør ta den endelige avgjørelsen. Mange ga uttrykk for at samfunnet må tilby mer ressurser for oppfølging av denne pasientgruppen.

KONKLUSJON

Informantene ga uttrykk for reflekterte og positive holdninger til livreddende behandling for denne sårbare pasientgruppen samtidig som man ikke ønsket behandling for enhver pris.

Introduksjon

I Norge fødes det årlig omtrent 230 ekstremt premature barn, definert som født før svangerskapsuke 28 (1). 75-80 % av disse barna overlever, men de har ofte lange og kompliserte opphold på nyfødtintensiv avdelinger (2). Mange av barna, spesielt de mest umodne født før svangerskapsuke 25, påvirkes i sin psykomotoriske utvikling (3). De aller mest premature barna anses å være i "gråsonen - på grensen til

levedyktighet" (4). Det finnes i dag ingen internasjonal eller nasjonal konsensus med en formalisert enighet om nedre aldersgrense for oppstart av behandling av premature barn (5-7). Det er til dels betydelig variasjon i praksis både mellom land og innad i land (5). Både i Norge og Sverige har flere etterspurt nasjonale retningslinjer på dette området (8, 9). Perinataalkomiteen i Helse Sør-Øst påpekte i 2013 at det innad i helseforetaket var ulike retningslinjer for behandling ved truende fødsel i svangerskapsuke 22-24 og at de nyfødte derfor kunne bli behandlet ulikt (8). I lys av dette har Nasjonalt råd for prioritering vedtatt å utrede variasjonen i praksis mellom sykehus i Norge, og hvilket resultat behandlingen av de ekstremt premature barna får (10).

Helsepersonells holdninger til de ekstremt premature barna varierer (11, 12). Dette kan ha betydning for hvor mye man "satser" for at disse sårbare barna skal overleve (13). En spørreundersøkelse blant helsepersonell ved norske føde- og barneavdelinger viste at halvparten av de spurte syntes det var vanskelig å treffe avgjørelser om liv og død for denne pasientgruppen (14). Kvalitativ forskning kan gi nyansert og utdypende kunnskap om dette temaet. Vi har derfor intervjuet leger og sykepleiere ansatt ved to nyfødtavdelinger om deres tanker om og holdninger til prognose, behandling og oppfølging av ekstremt premature barn.

Materiale og metode

Vi gjennomførte en kvalitativ studie basert på semistrukturerte, individuelle intervjuer av fire spesialsykepleiere og fire overleger på en nyfødtintensivavdeling i Sverige (Karolinska sjukhuset-Solna, Stockholm) og en i Norge (Universitets-sykehuset Nord-Norge, UNN, Tromsø). Vi gjorde et strategisk utvalg av informanter med mangeårig, bred erfaring innen



”Og helt plutselig, så har den der lille premature 400 g babyen, som ligger i en kuvøse med en liten lue, faktisk blitt en liten person. Og det gjør det jo forståelig nok utrolig mye vanskeligere å avslutte behandlingen” (informant 6).

behandling og oppfølging av ekstremt premature barn, og vurderte at åtte intervju ville gi oss et rikholdig og samtidig overskuelig materiale å analysere. Vi ønsket bevisst ikke å se på forskjeller mellom land eller yrkesgrupper, men primært å intervju helsepersonell med lang erfaring i omsorg for premature barn. Intervjuene ble gjennomført våren 2014. Vi brukte en intervjuguide som inkluderte spørsmål om etiske overveielser rundt prognose, bruk av retningslinjer, samt beslutninger rundt start og avslutning av behandling. Lydopptak av intervjuene (25-60 min) ble transkribert og analysert med systematisk tekstkondensering (15). Analysen gikk gjennom følgende fire stadier: 1) gjennomlesing av transkriptene for å bli kjent med materialet og finne foreløpige tema; 2) identifikasjon og tematisk koding av teksten 3) identifisering av subtema innenfor hvert tema. Kondensering og uttrekk av essensen i hvert subtema samt finne ”gullsiter” (ordrette sitater fra informantene) som på best mulig måte illustrerte kondensatene; og 4) sammenfatting av innholdet i hvert tema til en beskrivende, analytisk tekst og velge overskrifter. Vi har i denne artikkelen valgt å fokusere på fire tema som vi har kalt ”Gråsonen – på grensen til levedyktighet”, ”Den som bare visste”, ”Ikke for enhver pris” og ”Hvem skal ta beslutningen?”. Vi tolket våre data ut ifra et hermeneutisk perspektiv.

Resultater

Gråsonen – på grensen til levedyktighet

Da studien ble gjennomført fantes det verken i Norge eller Sverige oppdaterte nasjonale retningslinjer for når man skal

starte eller avstå fra å starte behandling av de mest umodne premature barna. Begge sykehusene i denne studien hadde imidlertid lokale retningslinjer. Det ene sykehuset vurderte aktiv behandling fra 23 ukers gestasjonsalder mens det andre sykehuset vurderte aktiv behandling fra 22 ukers gestasjonsalder. Alle informantene mente at man i tillegg til å ha en slik ramme rundt beslutningene, alltid bør gjøre en individuell vurdering av det enkelte barnets situasjon. Dermed vil aldri retningslinjene og de nedre grensene man arbeider etter være eneste beslutningsgrunnlag. En av informantene sa:

”Det kan jo aldri være feil å ha retningslinjer i ryggen, men man må huske på at man alltid må tenke individuelt også – det er jo forskjellige barn” (informant 8)

Ved å gjøre en individuell vurdering forsikrer man seg også om at alle får de samme sjansene til å vise at de kan klare seg. Informantene hadde erfart at det ikke alltid er det barnet som er eldst målt i svangerskapsuker som har de beste forutsetningene for å overleve:

”Møter man en 22+5 som er vital og moden, eller direkte moden er den jo ikke.. men i hvert fall at den er moden nok til at det er mulig for den å overleve – så vil det jo være like rett å satse på det barnet som det vil være å ikke satse på en 23+2 som er umoden og som har hatt helt andre forutsetninger inne i magen enn det man tenker er forenelig med liv etterpå.” (informant 7)

Den som bare visste

I den individuelle vurderingen av det ekstremt premature barnet trakk flere av informantene vitalitet frem som en viktig faktor. Samtidig uttrykte de en ambivalens rundt betydningen av vitalitet. De forklarte at vitalitet ikke alltid er en god prognostisk faktor. En ga oss dette eksemplet:

”Om barnet ikke skriker spontant kan det godt være at han kommer til å klare seg bare vi får inn en tube. Og om han skriker så sier ikke det noe om at lungene er i stand til å oksygenere barnet” (informant 1)

Flere fortalte at man forsøker det meste av behandling som er til rådighet hos barn født i uke 24 og oppover. Spørsmålet om å bruke vitalitet som en viktig faktor ved beslutningen om start av behandling gjelder altså i hovedsak barna mellom 22 og 24 ukers gestasjonsalder, der hvor usikkerheten allerede råder som mest. Noen av informantene fortalte om erfaringer med ”gråsonebarn” som har klart seg veldig fint, etter at man på et tidspunkt hadde tenkt at prognosen var meget dårlig. På den andre siden hadde de også vært med på at barn som de trodde skulle kunne klare seg helt fint senere hadde vist tegn på store skader. Det var flere som ønsket mer kunnskap om betydningen av vitalitet som et prognostisk verktøy.

”(...) Jeg skulle ønske vi hadde mer forskning slik at det kunne vært lettere å skille de som vil klare seg fra de som ikke vil klare seg. Men per i dag vet jeg rett og slett ikke hvordan en skulle ha gjort denne vurderingen på en annen måte” (informant 4)

Ikke for enhver pris

Informantene forklarte at mangel på klare holdepunkter for å kunne forutsi hvilke barn som vil overleve tiden rett etter fødsel fører til at man i realiteten gir behandling til de fleste, for så å vurdere om barnet ”svarer på behandlingen”. Informantene hadde ulike holdninger til en slik praksis. Noen mente det var bra å gi barna en sjanse for å se om de er levedyktige, mens andre mente dette fører til utsettelse av vanskelige avgjørelser på bekostning av både barnet, familien og helsepersonellet. Vi spurte informantene om hva som var vanskeligst av å avslutte behandling som allerede var startet, eller å avstå fra behandling rett etter fødsel. De fleste mente at å avslutte behandling som allerede var startet var vanskeligst, også fordi foreldrene da får tid til å knytte sterkere bånd til barnet. En av informantene beskrev dette slik:

”Og helt plutselig, så har den der lille premature 400 g babyen, som ligger i en kuvøse med en liten lue, faktisk blitt en liten person. Og det gjør det jo forståelig nok utrolig mye vanskeligere å avslutte behandlingen” (informant 6)

Informantene påpekte at det positive ved å starte behandling på de fleste i ”gråsonen”, er at flere barn overlever. Flere av informantene fortalte at de noen ganger opplever at behandlingen går for langt, og de uttrykte bekymring for barna og deres familier med tanke på økt risiko for senskader og nedsatt livskvalitet.

”Av og til føler jeg at vi kan litt for mye med tanke på hva som er bra for barnas fremtid (...)” (informant 3)

Alle informantene påpekte at disse barna bør få tilbud om tett oppfølging i mange år etter at de blir skrevet ut av nyfødt intensiv. Noen mente at dagens støtteapparat og oppfølging ikke er god nok.

”Det er ikke tilrettelagt for at det skal fødes barn som ikke kan gå i normal skole, bo hjemme og gjøre de tingene. Om grensene skal gå ned så må man samfunnsmessig være klar for å ta imot disse barna, for noen vil trenge spesiell oppfølging.” (informant 2)

I media har det vært stort fokus på ”solskinnshistoriene” om ekstremt premature barn. En av informantene hevdet at folk derfor har fått et feil inntrykk av barnas prognose. Informanten mente at det å være født prematurt er noe barna vil bære med seg resten av livet:

”(...) jeg pleier også å si at det aldri er normalt å bli født i uke 23 eller 25. Man må bare aldri gå inn i det å tro at det skal bli plankekjøring eller at det noen gang blir normalt. For det blir aldri normalt, uansett om verden utvikler seg herfra og inn i evigheten. Så er det å bli født i 23. eller 24. svangerskapsuke er for tidlig uansett hvordan man vrir og vender på det. Og det må man på en måte aldri glemme å ha i bunn.” (informant 7)

Hvem skal ta beslutningen?

Informantene fortalte at det tidligere var mer vanlig at legene tok alle beslutninger om både oppstart og avslutning av behandling, ofte uten noen særlig innflytelse fra foreldrene. De senere årene har det skjedd en utvikling mot at foreldrene skal være med på de valgene som tas. Siden foreldrene skal leve videre med beslutningen som tas, var det viktig for informantene at foreldrenes ønsker og forventninger tas med i vurderingen. De mente man må forsikre seg om at foreldrene føler at de har tatt del i beslutningen. Imidlertid er det svært få av foreldrene til de ekstremt premature barna som har medisinskfaglig bakgrunn og flere av informantene argumenterte derfor mot at foreldrene skal ta den ”endelige avgjørelsen”. De hadde ofte tenkt på hvilke forutsetninger foreldrene har til å vurdere prognose, og å sette seg inn i den vanskelige situasjonen. Og hvordan skal de kunne forstå følgene av beslutningen? En av informantene forklarte denne tankemåten slik:

”Det her at man legger for stort ansvar over til foreldrene, og da spesielt når det gjelder avslutning av behandling – det er jo veldig vanskelig å få til det på en ordentlig måte. For jeg tenker mye på det at man ikke kan legge over den byrden helt til foreldrene, vi må ta vårt profesjonelle ansvar. Man snakker ofte om at man ikke skal være paternalistisk og kjøre helt over foreldrene, men noen ganger tenker jeg at vi må være litt sånn. For det er jo fryktelig at man i prinsippet skal sitte å spørre foreldrene hva de vil gjøre.” (informant 6)

For noen av informantene var det viktig at foreldrene skal slippe å ha skyldfølelse i ettertid av avgjørelsen. Derfor argumenterte de med at det ikke alltid er forsvarlig å inkludere foreldrene i selve beslutningen om behandling. En av informantene var bekymret for at foreldre kan føle seg unødvendig presset til å ta den ene eller andre beslutningen på bakgrunn av hva de tror er best for deres barn, og mente at det er mest hensiktsmessig om avgjørelsen er blitt tatt av legen. Dette for

å forhindre at foreldrene senere skal dvele over at valget om å avslutte barnets liv var deres beslutning.

Det var en gjennomgående enighet blant informantene om at det er helsepersonelllets ansvar å stå ansvarlig for disse situasjonene og beslutningene. Det kreves spesialisert medisinsk kunnskap og erfaring for å kunne ta en slik avgjørelse. Informantene fortalte at det derfor i praksis foregår slik at legene blir enige med foreldrene om at legene tar den endelige beslutningen. En av legene forklarte at de med utgangspunkt i dette tar beslutningen for og ikke fra foreldrene.

” (...) Jeg opplever at det ikke er en reell situasjon for de foreldrene å ta et valg. De er på en måte prisgitt det rådet vi gir dem. Så jeg opplever at vi tar den beslutningen for dem. Og det har vi egentlig sagt at det skal vi også gjøre (...)” (informant 1)

Diskusjon

I denne studien har vi brukt en kvalitativ tilnærming for å søke etter utdypende kunnskap om et tema som er mye diskutert og der det ofte foreligger sterke meninger blant personer som ikke jobber direkte med denne pasientgruppen. Oss bekjent er tilsvarende skandinaviske tverrprofesjonelle kvalitative studier ikke utført de siste 10 årene.

Informantene argumenterte både for og imot å redde stadig yngre barn. Det var enighet blant informantene om at uansett hvor nedre grense settes bør man ha en ”gråsone” hvor de yngste barna med mest usikker prognose vurderes individuelt. Dette er spesielt viktig fordi det er vanskelig å vite fosterets alder nøyaktig (4, 16). Selv om man kunne bestemme alderen nøyaktig, er det også andre faktorer som bidrar til variasjon i levedyktighet hos de ekstremt premature. Viktige faktorer er blant annet, kjønn, etnisitet, hvordan barnet har vokst i mors liv og om det er flerlinger (17, 18).

Vitalitet var den faktoren som tillegges mest vekt ved den individuelle vurderingen av barn født i ”gråsonen” rett etter fødsel. En spørreundersøkelse viste at 53 % av avdelingsoverlegene ved norske føde- og barneavdelinger ga vitalitet avgjørende vekt i vurderinger rundt valget om å sette i gang behandling (14). Informantene i vår studie vektla vitalitet i den kliniske vurderingen, selv om de visste at vitalitet har lav prediktiv verdi vedrørende barnas prognose. I en studie der nyfødtleger ble bedt om å anslå prognosen til ekstremt premature barn ut fra videoopptak av barna de første minuttene etter fødsel var deres evne til å forutse overlevelse kun hakket bedre enn tilfeldig sjansespill (19). Våre informanter ønsket seg mer evidensbasert kunnskap på dette feltet. Grunnet medisinsk fremgang er det stor forskjell på behandlingen disse barna får i dag sammenliknet med barn født for 20-25 år siden. Ny forskning er derfor nødvendig for å kartlegge barnas overlevelse og prognoser (4).

Dersom man avstår fra initial optimalisert intensiv behandling vil de fleste ”gråsonebarna” ikke ha mulighet til å overleve. Overlevelsesraten blir lav, og det kan igjen føre til at mange vil vegre seg mot å satse på disse barna fordi de ”allikevel alltid

dør”. For å motvirke en slik selvpoppfyllende profeti mener mange at man må tørre å senke grensene for start av behandling (4, 13, 14, 20). Informantene våre var fornøyde med lokale retningslinjer på eget sykehus. De mente det var riktig å gi barna en sjanse, men samtidig var de oppmerksomme på at de ekstremt premature har betydelig større risiko for senskader enn barn født til termin (21, 22). Informantene var opptatte av hvordan familiene får det på sikt, og la derfor vekt på dette når de skulle vurdere start av behandling. De opplevde at barna som får alvorlige senskader ofte blir møtt av mangelfulle ressurser i tiden etter utskrivelse fra nyfødtavdelingen. Flere av informantene poengterte at samfunnet må ta ansvaret for å gi bedre støtte og oppfølging av barna og deres familier dersom man velger å satse på disse barna.

Pasientrettighetsloven har bidratt til at paternalisme hos helsepersonell har måttet vike for pasientautonomi. De ekstremt premature barna er ikke samtykkekompetente. Det er derfor foreldrene som bestemmer over barna, og på bakgrunn av dette bør de delta aktivt i avgjørelser som gjelder barnets behandling (23). En studie fra Frankrike rundt avslutning av behandling av premature barn viste at foreldre som hadde fått delta i beslutningene (samvalg) opplevde mindre sorg i etterkant, mens foreldre som følte at de selv hadde fått ansvaret for å ta slike beslutninger opplevde mer sorg (24). Våre informanter mente at det er en positiv utvikling at foreldrene deltar i slike beslutninger. De mente videre at foreldrenes ønsker og tanker alltid skal tas i betraktning, men den endelige avgjørelsen bør ligge hos helsepersonellet (4, 7, 23). Foreldrene har som regel ikke nok kunnskap til å kunne ta de vanskelige beslutningene alene. Å vite at de er delvis ansvarlige for barnets liv eller død vil derfor ofte kunne være en tung byrde å leve med senere (4, 25). Samtidig vil ulike foreldre ha ulike perspektiv og livssyn, ulike behov for informasjon og stille ulike krav til helsepersonellet. En norsk studie viste at foreldrene vektlegger helsepersonells evne til kommunikasjon og informasjon mer enn foreldreautonomi og medbestemmelsesrett (26). Diskusjoner med foreldrene rundt avslutning av behandling av ekstremt premature barn bør derfor alltid være individualisert og rettes mot hva som er best for det enkelte barnet og deres familie (4, 27).

Vår inntrykk var at etiske overveielsene var en integrert del av all tenking helsepersonell hadde om behandling og prognosen til de ekstremt premature. Likevel ga ikke informantene klart uttrykk for hvilke etiske prinsipper de benyttet for å ta beslutninger. Dette kan virke som ”klinikken skjulte verdier” benyttes i de daglige kliniske avgjørelser, et fenomen som tidligere er omtalt både for sykepleiere (28) og leger (29). I en nylig publisert artikkel om etiske refleksjoner rundt premature barn og behandlingsgrenser er imidlertid de kjente etiske prinsipper omtalt, og disse forfatterne mener at avståelse fra aktiv behandling av barn født etter 23 – 24 ukers svangerskapsvarighet i dag ikke tilfredsstiller de klinisk etiske krav om rettferdighet (30).

I denne studien hadde vi et hadde vi et begrenset utvalg på åtte informanter, men fikk vi beskrevet varierte kliniske

situasjoner. Lang erfaring hos helsepersonellet gjorde videre at vi fikk et bredt spekter av vurderinger og standpunkter som var modnet over tid i møte med mange for tidlig fødte barn og deres familier. Funnene vi valgte å fokusere på var godt forankret i uttrykte holdninger som gikk igjen hos de fleste informantene, på tvers av profesjoner og sykehus. Vi mener derfor at våre resultater er valide og har relevans i den debatten som nå pågår rundt behandling og oppfølging av ekstremt premature barn (15).

Konklusjon

Informantene i vår studie ønsket retningslinjer for behandling av de mest premature barna, men vektla at man alltid også må gjøre en individuell vurdering av barnet. De fleste ga uttrykk for at det var svært vanskelig å si noe om prognosen til barnet rett etter fødsel. Det oppleves vanskelig å avslutte igangsatt behandling, selv om man ikke ønsket behandling for enhver pris. Beslutninger rundt avslutning av behandling bør alltid være i samråd med foreldrene.

Referanser	Tidsskr Nor Legeforen. 1999; 119: 3015-20.
1. World Health Organization. Preterm birth. http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/en/ [16.03.15].	15. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning. Oslo: Universitetsforlaget; 2013.
2. Årsrapport Norsk Nyfødtmedisinsk nettverk. 2013. http://www.kvalitetsregistre.no/resultater/skade-og-intensivbehandling/norsk-nyfoedtmedisinsk-kvalitetsregister/publikasjoner/ [16.03.15].	16. Griswold KJ, Fanaroff JM. An evidence based overview of prenatal consultation with a focus on infants born at the limits of viability. Pediatrics 2010; 125: 931-7.
3. Leversen KT, Sommerfelt K, Rønnestad A et al. Prediction of neurodevelopmental and sensory outcome at 5 years in Norwegian children born extremely preterm. Pediatrics 2011; 127: 630-8.	17. Alexander GR, Kogan M, Bader D et al. US Birth weight/gestational age-specific neonatal mortality: 1995-1997 rates for whites, hispanics and blacks. Pediatrics 2003; 111: 61-6.
4. Brunkhorst J, Weiner J, Lantos J. Infants of borderline viability: The ethics of delivery room care. Semin Fetal Neonatal Med 2014; 19: :290-5.	18. Tyson E, Parikh NA, Langer J et al. Intensive care for extreme prematurity - moving beyond gestational age. N Engl J Med. 2008; 358: 1672-81.
5. Gallagher K, Martin J, Keller M et al. European variation in decision-making and parental involvement during preterm birth. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2014; 99: 245-9.	19. Manley BJ, Dawson JA, Kamlin COF et al. Clinical assessment of extremely premature infants in the delivery room is a poor predictor of survival. Pediatrics. 2010; 125: 559-64.
6. Miljeteig I, Markestad T, Norheim OF. Physicians' use of guidelines and attitudes to withholding and withdrawing treatment for extremely premature neonates in Norway. Acta Paediatr. 2007; 96: 825-9.	20. The EXPRESS Group. EXPRESS study shows significant regional differences in 1- year outcome of extremely preterm infants in Sweden. Acta Paediatr. 2014; 103: 27-37.
7. Komiteen for konsensuskonferanseprogrammet. Grenser for behandling av for tidlig fødte barn. Rapport nr. 13. Oslo: Norges forskningsråd, 1999.	21. Dahl LB, Kaaresen PI, Tunby J et al. Emotional, behavioral, social, and academic outcomes in adolescents born with very low birth weight. Pediatrics. 2006; 118: 449-59.
8. Perinatalkomiteen Helse Sør-Øst. Årsmelding 2013. http://www.oslo-universitetssykehus.no/SiteCollectionDocuments/Om oss/Avdelinger/Kvinne- og barneklinikken/Regional perinatalkomitee for Helse S%C3%B8r-%C3%98st/%C3%85rsrapport-Regional_Perinatalkomitee_2013.pdf . [16.03.15].	22. Saigal S, Doyle LW. An overview of mortality and sequelae of preterm birth from infancy to adulthood. Lancet. 2008; 371: 261-9.
9. Rothelius S. Olika inställning til vård av extremt för tidigt födda barn: Dagens Medicin, 23.07.2009. http://www.dagensmedicin.se/artiklar/2009/07/23/olika-installning-till-vard-av-extremt-tidigt-fodda-barn/ [16.03.15].	23. Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999. Lov om pasient- og brukerrettigheter m.v. av 2013-06-21 nr 79.
10. Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helse- og omsorgstjenesten. Behandling og oppfølging av ekstremt premature barn. http://www.kvalitetogprioritering.no/saker/behandling-og-oppfo%C3%B8lging-av-ekstremt-premature-barn [16.03.15].	24. Caeymaex L, Joussemme C, Vasilescu C et al. Perceived role in end-of-life decision making in the NICU affects long-term parental grief response. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2013; 98: 26-31.
11. Danerek M, Maršál K, Cuttini M et al. Attitudes of Swedish midwives towards management of extremely preterm labour and birth. Midwifery. 2012; 28: 857-64.	25. Brinchmann BS, Førde R, Nortvedt P. What matters to the parents? A qualitative study of parents' experiences with life-and-death decisions concerning their premature infants. Nursing Ethics. 2002; 9: 388-404.
12. Janvier A, Leblanc I, Barrington KJ. Nobody likes premies: the relative value of patients' lives. J Perinatol. 2008; 28: 821-6.	26. Brinchmann BS, Førde R, Nortvedt P. Foreldres erfaringer med liv-død beslutninger hos premature barn. Tidsskr Nor Legeforen. 2002; 122: 2098-100.
13. Håkansson S, Farooqi A, Holmgren PA et al. Proactive management promotes outcome in extremely preterm infants: a population-based comparison of two perinatal management strategies. Pediatrics 2004; 114: 58-64.	27. Janvier A, Barrington KJ, Farlow B. Communication with parents concerning withholding or withdrawing of life-sustaining interventions in neonatology. Semin Fetal Neonatal Med 2014; 38: 38-46.
14. Kvestad E, Lunde K, Markestad T et al. Holdninger til behandling av ekstremt premature barn ved norske føde- og barneavdelinger.	28. 2Strandås M. Etikk i nyfødtssykepleie. Ulike virkeligheter kolliderer på nyfødt-intensiv. Sykepleien 2014; 102:50-53
	29. 2Agle Dahl KM. Morally bound medical work: An empirical study exploring moral conditions of doctors' everyday practice [doktoravhandling]. Tromsø: Universitetet i Tromsø; 2011.
	30. 3Hansen TWR, Førde R. Premature og behandlingsgrenser. Tidsskr Nor Legeforen 2016; 136: 45 – 7

NESTE SKRITT FOR BARN MED KUMELK- ALLERGI



NYHET!

- God symptomlindring¹
- God vekst og utvikling
- Velfungerende mage²
- God smak og lukt

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.

SMÅ MELKEALLERGIKERE  PEPTICATE

NUTRICIA
Pepticate

kumelkallergi.no | nutricia.no | Tlf: 23 00 21 00

NYHETER



Hepatitt B-vaksine til alle barn - hvilken rolle får sykehusene

Barn, og spesielt spedbarn, har høyest risiko for å utvikle kronisk infeksjon ved hepatitt B-smitte. Paidos har snakket med barnelege Margrethe Greve-Isdahl ved Folkehelseinstituttet om hepatitt B-vaksinen som nå tilbys gjennom barnevaksinasjonsprogrammet og spesielt hvordan risikobarn på sykehus skal følges opp.

Folkehelseinstituttet anbefalte innføring av hepatitt B-vaksine i barnevaksinasjonsprogrammet allerede i 2007. Hvorfor har det ikke blitt implementert før?

Grunnen til at den ikke har blitt tilbudt til alle barn tidligere er at det ville ha medført ekstra besøk på helsestasjon for vaksiner, og ekstra stikk. Men nå inngår hepatitt B-vaksinen i en kombinasjonsvaksine sammen med vaksiner mot difteri, stivkrampe, kikhoste, polio og Haemophilus influenzae type b, og

det gjør det mye enklere å implementere. Vi er veldig fornøyd med at alle barn født fra og med 1. november 2016 nå får tilbud om denne vaksinen.

Frem til nå har barn av foreldre fra land med middels eller høy forekomst av hepatitt B fått tilbud om vaksinen. Det innebærer at sykehus som rutinemessig har gitt disse nyfødte første dose hepatitt B-vaksine før hjemreise ikke lenger trenger å gjøre det ettersom vaksinasjonen blir ivarettatt av helsestasjonen.



Verdens helseorganisasjon (WHO) har lenge oppfordret alle medlemsland til å innføre hepatitt B-vaksine i sine nasjonale vaksinasjonsprogram, og 184 av 194 land har allerede innført vaksinen. Vi henger altså etter på dette feltet.



Margrethe Greve-Isdahl overlege og spesialist i barnesykdommer ved Avdeling for vaksineforebyggbare sykdommer ved Folkehelseinstituttet. Foto: NTB Scanpix

Hvor mange barn er det snakk om?

Vi får ikke meldinger om barn som fødes av mødre med kronisk hepatitt B-infeksjon før det eventuelt påvises smitte hos barnet. Når vi ser på antall barnedoser immunglobulin utlevert til sykehus og sammenligner med barn som får fire doser av hepatitt B-vaksine det første leveåret, så anslår vi at det hvert år dreier seg om lag 500 barn.

Hva skjer etter utskriving fra sykehuset?

Det er veldig viktig at utskrivende lege informerer primærhelsetjenesten om situasjonen og grundig om det videre vaksinasjonsregimet ved utskrivelsen. Erfaring viser at selv om barna det gjelder får første dose hepatitt B-vaksine og immunglobulin på sykehus, svikter oppfølgingen etter at barna er utskrevet. Konsekvensen blir at de ikke får de neste vaksinedosene til riktig tid. Vaksinasjon etter utskriving foregår av praktiske grunner på helsestasjoner, men oppfølging er et legeansvar og fastlegen må derfor være informert.

Hva er det anbefalte vaksinasjonsregimet for disse høyrisiko barna?

De skal, i tillegg til det de får på sykehuset, få enkeltkomponentvaksine mot hepatitt B ved alder 1 måned. Siden neste vaksinedose skal gis så kort tid etter den første, er det viktig at informasjonen når helsestasjonen og fastlegen så raskt som mulig. Deretter skal de følge vanlig vaksinasjonsprogram med den nye seksvalente vaksinen ved 3-, 5- og 12-måneder.

Konsekvensene av forsinket vaksinasjon er store. Erfaringene er at epikriser ofte kommer for sent frem. Jeg oppfordrer derfor utskrivende lege til å ta telefonisk kontakt med helsestasjon



Erfaring viser at selv om barna det gjelder får første dose hepatitt B-vaksine og immunglobulin på sykehus, svikter oppfølgingen etter at barna er utskrevet.

eller fastlege i tillegg til å sende epikrise snarest mulig. Det må opplyses om hvilken behandling som er gitt på sykehuset, og gis tydelig informasjon om videre vaksinasjonsopplegg på helsestasjonen.

Barna skal følges opp med blodprøvekontroll etter avsluttet vaksinasjon. Det er fastlegens ansvar at dette blir gjort, men da er det en forutsetning at fastlegen får informasjon om at barnet er ferdigvaksinert.

Har vi grunn til å tro at denne oppfølgingen svikter?

Ja, vi får ofte henvendelser fra helsesøstre som oppdager at vaksinedoser har blitt glemt. Vi ser også at noen barn som skulle ha fått posteksponeringsbehandling, får påvist kronisk hepatitt B mange år senere ved en tilfeldighet. Vi mistenker også at få blir fulgt opp med smittestatus etter fullført vaksinasjon. Noen sykehus, deriblant Universitetssykehuset i Nord-Norge og St. Olavs hospital, har rutiner for å kalle inn barna det gjelder til avsluttende kontroll ved 13-15 måneders alder. En slik løsning kan sikre at det ikke glipper, men i utgangspunktet skal fastlegene kunne gjennomføre denne oppfølgingen. Dersom det viser seg at barnet likevel har utviklet kronisk hepatitt B-infeksjon på tross av vaksinasjonen, skal barnet henvises barneavdeling.

Hva er bakgrunnen for å tilby hepatitt B-vaksine til alle barn?

Barn har størst risiko for å bli kronisk infisert med hepatitt B, og risikoen er høyest ved smitte i spedbarnsalder. Risikoen for kronisk infeksjon avtar gradvis etter hvert som man blir voksen. Nettopp derfor er det viktig å beskytte barna tidlig. Hepatitt B-vaksine har vist seg å være svært effektiv for å forebygge hepatitt B-infeksjon. Verdens helseorganisasjon (WHO) har lenge oppfordret alle medlemsland til å innføre hepatitt B-vaksine i sine nasjonale vaksinasjonsprogram, og 184 av 194 land har allerede innført vaksinen. Vi henger altså etter på dette feltet.

Globalisering, med økt innvandring og reiseaktivitet, gir risiko for smitte både i og utenfor Norge. Dette har aktualisert allmenn vaksinasjon også her i landet. I tillegg vil allmenn vaksinasjon bidra til å forebygge hepatitt B-infeksjon også hos personer som ikke tilhører kjente risikogrupper.

Hvem er smittekildene for hepatitt B i Norge?

Personer med kronisk infeksjon er den viktigste smittekilden for hepatitt B. Fordi sykdommen hos mange ikke gir symptomer, er det store mørketall.

Det anslås at om lag 25–30 000 personer i Norge har kronisk infeksjon med hepatitt B-virus. Antallet øker blant annet fordi det ikke finnes behandling for å eliminere viruset.

Når tas den nye vaksinen i bruk?

Alle barn vil nå få tilbud om kombinasjonsvaksinen som også inneholder hepatitt B-vaksine ved 3-, 5- og 12- måneders alder. Vaksinen beskytter mot seks sykdommer og kalles derfor seksvalent. Vaksinen som er valgt etter anbudskonkurranse heter Hexyon. Fordi første dose gis ved 3 måneders alder, vil oppstart med den nye kombinasjonsvaksinen være i begynnelsen av februar 2017. Barn med foreldre fra land med middels eller høy forekomst av hepatitt B vil nå bli vaksinert gjennom det vanlige barnevaksinasjonsprogrammet på helsestasjonen.

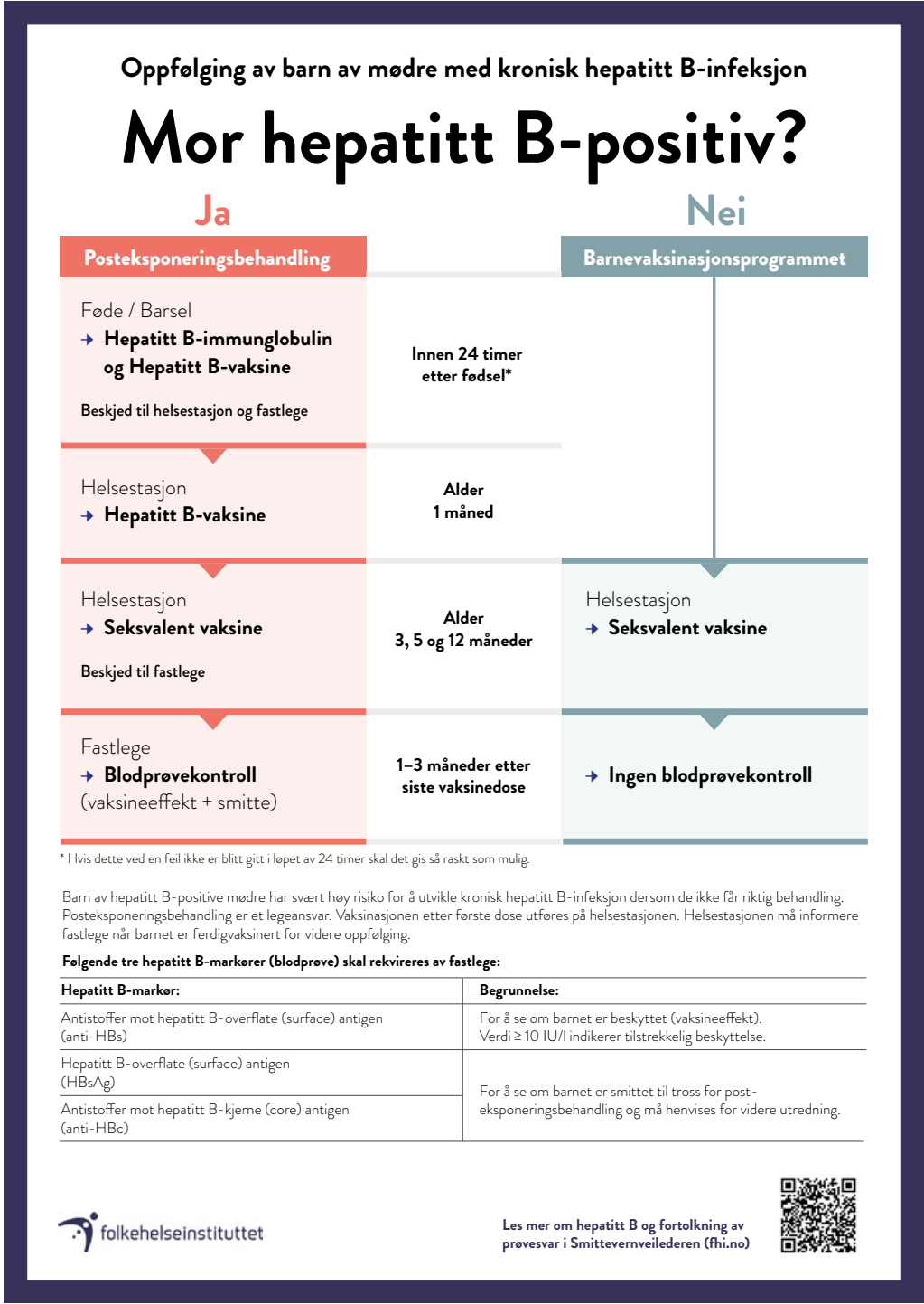


Jeg oppfordrer derfor utskrivende lege til å ta telefonisk kontakt med helsestasjon eller fastlege i tillegg til å sende epikrise snarest mulig. Det må opplyses om hvilken behandling som er gitt på sykehuset, og gis tydelig informasjon om videre vaksinasjonsopplegg på helsestasjonen.

Viktig informasjon til sykehusene!

Når nyfødte barn av mødre med kronisk hepatitt B-infeksjon utskrives må sykehuset sende tydelig informasjon til helsestasjon og fastlege om:

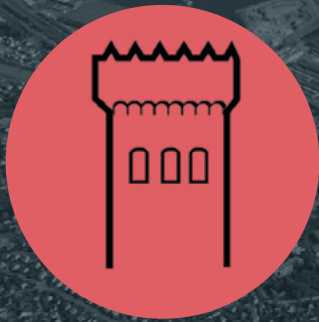
- Hvilken behandling barnet har fått på sykehuset: hepatitt B-vaksine og immunglobulin
- Videre vaksinasjonsopplegg på helsestasjonen: antall doser og tidspunkt
- Blodprøvekontroll ved fullført hepatitt B-vaksinasjon hos fastlege/barnelege
- Alle doser skal gis på angitt tidspunkt. Forsinkelser medfører høyere risiko for at barna utvikler kronisk hepatitt B-infeksjon.



Folkehelseinstituttet har utarbeidet et flytskjema (plakat) for å rette oppmerksomheten mot forebyggende behandling mot hepatitt B hos barn av mødre med kronisk hepatitt B-infeksjon. Denne er tilgjengelig på Folkehelseinstituttets nettside: <https://www.fhi.no/publ/2016/flytskjema-for-oppfolging-av-barn-av-modre-med-kronisk-hepatitt-b-infeksjon/>

I forbindelse med innføring av hepatitt B-vaksine i barnevaksinasjonsprogrammet har Folkehelseinstituttet laget tre korte informasjonsfilmer om hepatitt B-vaksinen. Målgruppen er helsepersonell, men filmene kan også være nyttige for andre som ønsker mer informasjon om temaet. Den første filmen handler om sykdom og forekomst av

hepatitt B-infeksjon, den andre om selve vaksinen, og den tredje om oppfølging av barn av mødre med kronisk hepatitt B-infeksjon. Hver film er ca. 10. minutter lang og kan brukes i undervisning. <https://www.fhi.no/sv/vaksine/hepatitt-b-vaksine/informasjonsfilmer-om-hepatitt-b-vaksinen/>



VÅRMØTET DRAMMEN 2017

Union Scene 31.05-02.06

Vårmøtet nærmer seg og vi gleder til å være vertskap! Vi lover høy faglig kvalitet og minst like høy feststemning. Fire hovedtema utgjør kjernen i programmet:

Nyfødtmedisin og familiebasert omsorg er noe vi brenner for på Drammen. Etter fem års drift har vi et vell av erfaringer og refleksjoner som vi ønsker å dele og diskutere med våre kolleger fra resten av landet.

Smerte er et tema som får lite oppmerksomhet i den faglige hverdagen. Vi fordyper oss i temaer som palliativ behandling og funksjonell smerte under veiledning av nasjonale og internasjonale spesialister på området.

Helseatlas har bokstavelig talt satt forskjellene i helse-Norge på kartet. Det blir rigget til paneldebatt med sterke meninger og høy temperatur.

Syndromologi har vokst eksponensielt i takt med utviklingen innen genforskning. Våre forelesere tar deg til det nyeste innen forskningen og følgene den har for klinikken.

- meld deg på før **1. april** for hotell ved Union og rabatterte kursavgift • fullt program og påmelding på:

www.DRAMMEN2017.com

- Onsdag 31.mai**

 - Forkurs akutt
 - hematologi
 - Forkurs sosialpediatri
 - Interessegruppemøter
 - Family centered care
 - Helseatlas
 - Paneldebatt
 - Grillfest på brygga
- Torsdag 1. juni**

 - Nyfødtsmerte
 - Frie foredrag
 - Funksjonell smerte
 - Kronisk smertesyndrom
 - Palliativ smertebehandling
 - Prosedyresmerter
 - Årsmøte NBLF
 - Løpetur med utsikt
 - Festmiddag
- Fredag 2.juni**

 - CRISPR
 - Syndromforskning
 - Veksthormonbehandling
 - Menneskelig medisin
 - Forskningsprisen 2016
 - European Association of Paediatrics

Flere kopper

TEKST: NORALV BREIVIK, PENSJONERT BARNELEGE
JOBDET FOR LEGER UTEN GRENSE VED GONDAMA REFERRAL CENTRE, SIERRA LEONE, DESEMBER 2013 - MARS 2014

Det var interessant å lese kasuistikken fra Zanzibar i høstutgaven av Paidos (1). Konklusjonen er at det dreide seg om en «bare dødelig vanlig» tilstand . Hvor sikkert var egentlig dette? Kan det likevel ha vært et «over gjennomsnittet eksotisk tilfelle»?

I vårt diagnostiske arbeid er vi svært avhengige av laboratorieundersøkelser. Har vi bare sykehistorie og klinikk å bygge på, slik det ofte er i u-land, blir vi straks mer hjelpeløse og utfordringen større. Vi kan lese oss til klinisk kunnskap, men egen klinisk erfaring er det som sitter best, og som vi bygger på i vårt daglige kliniske skjønn. En slik ny erfaring fikk jeg i 2014.

Under en nattevakt ved Gondama Referral Hospital, et akutt-sykehus for barn med ca 180 senger drevet av Leger uten grenser i Sierra Leone, var jeg også innom for å se til pasientene i isolasjonsavdelingen. Jeg hadde ikke ansvaret for denne avdelingen til vanlig og kjente ikke pasientene. I sengeposten var det bare to pasienter, ei jente med meslinger og en gutt som hadde fått diagnosen vannkoppper. Den lokale CMO (Clinical Medical Officer, 3 års utdanning, men ikke lege) som gikk visitten med meg, bemerket at han aldri hadde sett en slik vannkoppe-pasient. På et slikt sykehus ser en mange pasienter og får stor klinisk erfaring. Jeg måtte se nærmere på gutten. Jo, dette var nok noe spesielt. (Foto 1-4)

Gutten hadde utslett over hele kroppen, svært mye i ansiktet, også mye på armer og bein, litt mer spredt på ryggen, og tydelige vesikler/pustler i håndflatene. Det meste av utslettet var i noenlunde samme stadium, runde papler med en sentral innsunket vesikkel, en umbilicus, minnet noe om store mollusker, noen få som åpne sår. Han hadde også utslett på leppene, registrerte ikke hvordan han var i munnslimhinnen. Gutten var moderat men tydelig påvirket. Ut fra det jeg har lært så dette ut som koppper. Vannkoppper skal aldri ha slik umbilicus, og gir vanligvis ikke forandringer i hender og fotsåler. Jeg har aldri sett koppper. Koppper er jo utryddet. Manson's Tropical Medicine (2) gav det sannsynlige svaret: Dette måtte være apekoppper (Monkeypox). Min kollega fra Rwanda, og som også hadde bodd i Kongo, var ikke overrasket. Apekoppper hadde han vært borti tidligere. Hvorvidt tilstanden var kjent i Sierra Leone, visste vi ikke, men ser i ettertid at et tilfelle var registrert i 1970 (Tab. 1) Selv om vi ikke kunne få bekreftet diagnosen med laboratorietest, fant vi ikke andre sannsynlige differensialdiagnoser. Hvorvidt gutten hadde tydelig lymfadenopati, slik disse

pasienten oftest har, kjenner jeg ikke til. Noe som vanligvis er enkelt i våre dager og kanskje burde brukes mer er å sende foto til spesialister. Vi hadde muligheten til å sende foto til Brussel og få dem vurdert av spesialister der, og vi antar at diagnosen var riktig. Koppper var det nok ikke.

Apekoppper er en zoonose og viruset, et orthopoxvirus, ble først isolert i 1950-årene i Den Demokratiske Republik Kongo blant syke aper, derav navnet (3). Der er sykdommen endemisk. Hovedreservoaret for viruset er ukjent, men smågnagere og ekorn har videreført smitte, og også aper, som en likevel tror er tilfeldig smittet. I Sierra Leone, og sikkert også ellers i Afrika, er såkalt «bush meat» populært, så rotter, ekorn og andre smådyr og også aper er del av menyen. Vi kunne se slakteren selge apekjøtt når vi kjørte forbi på vei til sykehuset. Men mor til vår pasient benektet at de hadde vært i kontakt med aper den siste tiden.

På 70-tallet ble det i Kongo klart at viruset også kunne gi sykdom hos mennesker, og kan også smitte fra menneske til menneske (3,4). Etter lenge å være begrenset til Vest-Afrika, ble sykdommen registrert i Sudan 2005. I 2003 kom den til Vesten, med 47 tilfeller i USA (5). (Tabell 1). Der startet det trolig med smitte via prairiehund som hadde vært i kontakt med gnagere importert fra Vest-Afrika. Siden ble slik import forbudt, og det har ikke vært nye tilfeller etter dette. Som så ofte når sykdommer fra fattige land også kommer til Vesten, ble det nå en tid økt oppmerksomhet og skrevet en rekke artikler om sykdommen. Det er ikke bare det kliniske bildet som ligner koppper, koppevaksiner gir faktisk en betydelig immunitet, noe som igjen kan forklare at sykdom hos mennesker nå ser ut til å bli vanligere, samtidig med at en avtagende andel av befolkningen er koppevaksinert. En fryktet at viruset kunne mutere og bli mer virulent, men dette ser så langt ikke ut for å være tilfelle. Men likevel er det beskrevet mortalitet på opptil 10 %. Det er ingen behandling. Vår pasient fikk smurt på noe for kløen, slik det fremgår av bildene. Jeg fulgte ham ikke videre, men hørte i hvert fall ikke at han døde. Alle dødsfall ble rapportert på morgnemøtene.



Foto 1-4. Foto ved forfatteren. Mor gav tillatelse til fotografering.

Hvorvidt sykdommen er kommet til Zanzibar, er vel ukjent. Likevel mener jeg apekoppper også godt kunne vært vurdert og diskutert i den beskrevne kasuistikken. Bildene av gutten fra Zanzibar får ikke frem detaljer. Forandringer i håndflater er ikke vanlig ved vannkoppper. At en voksen blir primærsmittet med vannkoppper i et slikt miljø er heller ikke så vanlig. De fleste vil være smittet som barn og unge. Det sies ikke noe om det var andre syke med vannkoppper i guttens hjemmemiljø.

Sannsynligheten er vel likevel stor for at denne gutten hadde alvorlig forløp av vannkoppper pga. immunsvikt, som konkludert i artikkelen. Også i Sierra Leone hadde vi mange HIV-positive barn, men vet ikke HIV-status for vår pasient.

Enkeltkasuistikker er ikke særlig ansett, sies å ha liten vitenskapelig verdi. Grunnen til at det likevel kan være nyttig med slike kasuistikker og rapporter, er ikke bare at det er eksotisk, det er også et bidrag til å følge med utbredelsen av sykdommer. Kliniske enkeltobservasjoner gir ofte grunnlag for videre undersøkelser. Etter at koppper ble utryddet blir apekoppper, som ligner svært på koppper, spesielt overvåket av WHO. Avslutningsvis skriver Anders Bjørkhaug at infeksjonsmedisinske tilstander i utviklingsland ikke er ulike det vi ser i Norge (1).

Country	Years	Cases
Cameroon	1976 1990	2 4
Central African Republic	1984	6
Democratic Republic of Congo	Endemic	
Gabon	1987 1991	3 5
Ivory Coast	1971 1981	1 1
Liberia	1970	4
Nigeria	1971 1978	2 1
Republic of Congo	Sporadic	
Sierra Leone	1970 2014	1 1
Sudan	2005	19
United States	2003	47

Tabell 1. Centers for Disease Control and Prevention (5) <http://www.cdc.gov/poxvirus/monkeypox/about.html>



Verdens flotteste arbeidsplass? Åpnet ny Barneklinnikk på Zanzibar

Ny Barneklinnikk og Kvinneklinnikk til høyre i bildet, med resten av Mnazi Mmoja Hospital til venstre. Hele sykehusparken ligger direkte på stranden, like utenfor Stone Town. Bildet er tatt fra båt på veg inn mot Stone Town.

AV ANDERS BJØRKHAUG, REDAKTØR PAIDOS

11. november åpnet Mnazi Mmoja Hospital (MMH) en helt ny barneklinnikk. Barneklinnikken er tegnet av norsk arkitekt og delvis finansiert igjennom norske midler. Paidos reiste på besøk for å være med på høytidelig åpning med Presidenten av Zanzibar og administrerende direktør i Helse Bergen, Eivind Hansen.

Paidos har skrevet om det norske samarbeidet innen nyfødtmedisin på Zanzibar i flere tidligere utgaver (1, 2 og 3). Prosjektet startet som et samarbeidsprosjekt mellom Fredskorpset, Barneklinnikken i Bergen og Avdeling for internasjonalt samarbeid (AIS) ved Haukeland Universitetssykehus i 2011. Intensjonen var å bedre behandlingstilbudet for barn på MMH, med særlig fokus på de nyfødte og større barn med behov for intensiv observasjon og behandling. Samarbeidet har også involvert arbeid ved andre kliniske avdelinger, samt støttefunksjoner ved sykehuset. Innenfor pediatri har prosjektets hovedtyngde vært driftet gjennom sykepleiere i faste Fredskorpsstillinger. I den senere tid har en forsøkt å løfte prosjektet opp på et nasjonalt nivå, med en pediaterstafett med spesialister i barnesykdommer som nytter sin utdanningspermisjon til faglig støtte i prosjektet lokalt på Zanzibar. Samtidig vil deltakende barneleger kunne få øke egen kompetanse og ferdigheter gjennom pasientvolum og begrenset tilgang til diagnostiske ressurser. Deltakerene får bistand i planlegging av reise og opphold av AIS/Helse Bergen, og trygge boforhold og godt tilbud ved internasjonal skole har gjort det lett å kunne ta familien med. Senere år har det vært deltakende spesialister fra både Helse Vest og Helse Sørøst. Interessen har også meldt seg fra andre deler av landet.



Trangt om plassen på den gamle nyfødtavdelingen. Hallvard Reigstad går gjestevisitt i lag med Ulf Wike Ljungblad, Barnelege i Tønsberg.



Verdens vakreste arbeidsplass? Solnedgang over fastlandet sett fra nye barneklinnikken.

Hovedfokuset har vært nyfødtmedisin, men deltakere har også bidratt inn i øvrig pediatrikisk virksomhet, samt undervisning av både legestudenter og sykepleiestudenter.

På Zanzibar fødes til sammen nær 30 000 barn årlig. MMH er hovedsykehuset (referral hospital) med største fødeavdeling (ca 12 000 fødsler pr. år). Ved starten av prosjektet var mortaliteten til syke nyfødte som ble overført til kuvøseavdelingen ca 40%. Gjennom god observasjon av barna, rutiner for temperaturkontroll, ernæring, oksygenbehandling, rutiner for sepsisbehandling og behandling av ikterus, har dødeligheten sunket til godt under 15%. Samtidig bygges og styrkes kompetanse blant lokale sykepleiere og leger, både gjennom arbeid lokalt, og gjennom hospitering ved sykehus i Norge. Barneklinnikken har totalt hatt ca 70 senger fordelt på 2 sengeposter. I tillegg har nyfødtavdelingen hatt et varierende antall inneliggende barn (fra 15-20). Flere og flere premature, også enkelte under 1000 gram, overlever med god prognose. En har også sett at innleggelsesraten har økt betydelig, som igjen har skapt utfordringer ift plass. Senger, sengeplasser, hygiene, manglende utstyr og manglende personell har stadig vært en utfordring. Men utfordringene har nå tatt en positiv vending med åpning av en helt ny og modernisert Barneklinnikk.

Gjennom midler fra Helseministeriet på Zanzibar, den Norske ambassaden i Tanzania, samt donormidler fra næringslivsgrunder og investor Trond Mohn, har en nå fått bygget en ny Barneklinnikk på Zanzibar. Prosjekteringen har vært et tett samarbeid mellom norske og zanzibariske aktører, med norsk arkitekt (Kari Hasselgård Størdal) og lokal entreprenør/ingeniør. Arbeidet har gått svært raskt, selv om ferdigstilling og åpning ble utsatt noen ganger. Parallellt med byggingen av den nye Barneklinnikken, er det også blitt reist et bygg like ved siden av



Gjennom midler fra Helseministeriet på Zanzibar, den Norske ambassaden i Tanzania, samt donormidler fra næringslivsgrunder og investor Trond Mohn, har en nå fått bygget en ny Barneklinnikk på Zanzibar.



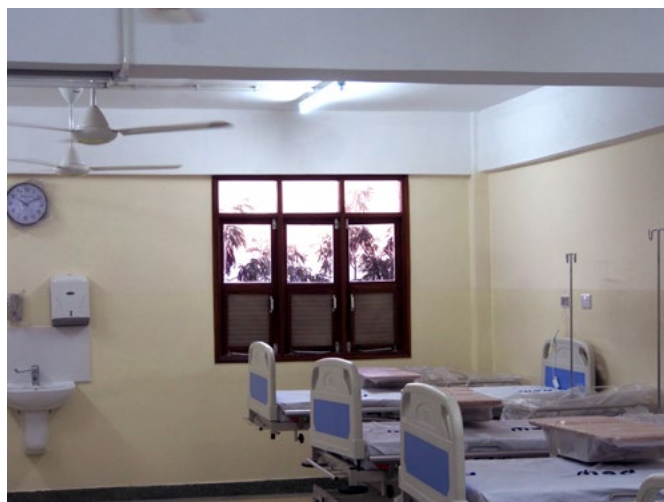
Den 11. november ble den nye barneklínikken og den nye kvinneklínikken ved Mnazi Mmoja Hospital åpnet o sielt ved Presidenten og Helseministeren av Zanzibar.

som skal huse den nye Kvinneklínikken. Dette prosjektet er delvis finansiert gjennom et Nederlandsk prosjekt. Dette bygget vil også huse en helt ny neonatalavdeling med eget avsnitt for "kangaroo care", et svært viktig tilskudd for nyfødt- og prematuromsorgen på Zanzibar.

Den 11. november ble den nye barneklínikken og den nye kvinneklínikken ved Mnazi Mmoja Hospital åpnet offisielt ved Presidenten og Helseministeren av Zanzibar. Til stede var også Administrerende direktør i helse Bergen, Eivind Hansen, samt bidragsyter Trond Mohn. Åpningsseremonien ble dretkesendt på lokal TV, og der var invitert et større gjestebud. Flere timers åpningsseremoni i 35 grader er selvsagt utfordrende, spesielt for høstbleke nordmenn, men Paidos benyttet anledningen til å snakke med flere lokale om egne tanker om fremtidsutsikter ved den nye Barneklínikken. Senere år har rekrutteringen for nye barneleger vært spesielt god. Flere av de ferskere legene har nå startet spesialisering i Pediatri, enten på fastlandet, eller i utlandet. I senere tid har der også tilkommet en avtale mellom Mnazi Mmoja og Sefako Makgatho (tidligere Medunsa)

University Hospital Pretoria, Sør-Afrika om spesialistutdanning i pediatri og pediatriisk sykepleie. Avtalen er initiert og finansiert via Avdeling for internasjonalt samarbeid ved Haukeland. Utviklingen går slik sett i en svært positiv retning. Like fullt har det senere tid skortet på sykepleiere i vaktskiftene. En helt ny barneklínikk med økt sengetall på flere rom, flere intermediær-senger, mer medisinsk teknisk utstyr krever også et særskilt løft i sykepleiebemanningen. Ledelsen ved MMH har alltid vært bevisst på denne utfordringen, og at der skal foreligge en bemanningsplan når pasientene flytter inn. Likevel er det klart at dette er en av de større bekymringene for de lokale

Ulf Wike Ljungblad er barnelege i Tønsberg og tilbringer et halvt år på Zanzibar med hustru og to barn. Barna er godt integrert International School of Zanzibar (ISZ), og familien trives godt. Etter planen avsluttes oppholdet (sammensatt av utdanningspermisjon og ferie) på nyåret, men han håper å kunne være med på å flytte inn i nye lokaler. Selve lokalitetene gir store muligheter, men avdelingene skal driftes forsvarlig også. Dette stiller krav til bemanning og materiell. Basale prinsipper



Nye kuvøser og senger står klar til bruk.



Høytidelig åpning med presidenten av Zanzibar (sentrt), Direktør Eivind Hansen (ved presidentens høyre side) og Helseministeren (ved presidentens venstre side). Flere kjente skikkelser fra Haukeland kan nok også gjenkjennes...

som forutsigbarhet i bemanningen, og behov som vann, såpe, bleier, sonder, mat og medisiner er utfordringer som sykehuset jobber med også i dag. Klimaet (varme og salt sjøluft) gir stor slitasje på medisinsk teknisk utstyr. Drift og vedlikehold har alltid vært en utfordring, og løsningen er ikke alltid å kjøpe nytt.

Selv om Barneklínikken nå står ferdig på selve åpningsdagen, har ikke pasientene flyttet inn enda. Lokal representant for AIS, Julie Anett Solum, forteller at det er svært lite som mangler før bygget er innflytningsklart. Sannsynligvis vil de første pasientene kunne flytte over i desember/januar. Nye pasientsenger og kuvøser står klar til å bli tatt i bruk. Veggene er dekorert med lokal Tingatinga kunst, velkjent også for norske barn som har fulgt med på Barne TV (se forsidefoto). Flere respiratorer med neonatalfunksjon er tilgjengelig. Kompetansen på dette er imidlertid ikke sterk nok, og faglig sett, er det større verdi i å kunne fokusere på enklere noninvasiv respirasjonsstøtte, som High-flow og/eller CPAP. Veien dit er nok lang. Prosjektet har imidlertid nådd svært langt på få år sett i et større perspektiv. En har fått redusert dødeligheten blant nyfødte og premature til et akseptabelt nivå (10-12% blant de innlagte). Kompetanse og bemanning er betydelig forbedret. Innsatsen og arbeidsgleden er stor blant de lokale, og ledelsen ved både Barneklínikken og sykehusadministrasjonen (MMH) samarbeider godt for å få videreført prosjektsamarbeidet med Haukeland. Stabil tilførsel av spesialistkompetanse er en viktig bærebjelke. Målsetningen om å øke innsatsen ved hele tiden å ha minst en overlege fra Norge tilstede, er forbedret, men målet er enda ikke nådd. En er derfor fortsatt på jakt etter kolleger med overlegepermisjon til gode og kan tenke seg å bruke vel 3-4 måneder til å arbeide her. Spesiell erfaring i tropemedisin er ikke nødvendig, men man må være innstilt på å klare seg med få av de diagnostiske og behandlingshjelpemidler vi har i Norge.



Arkitekt Kari Hasselgård Størdal og Ingeniør Ali Nassor Miskiry i samspill over et enslig kokosnøtt tre ("mnazi mmoja" = "én kokosnøttpalme").

Referanser

1. Utveksling av helsepersonell mellom Bergen og Zanzibar; Engjom, Brodwall, Engjom og Mørch. Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133:187-9
2. Barnemedisinen på Zanzibar – En oppfølger; Bjørkhaug. Paidos 2014; 32(2):41-44
3. Zanzibar. Inntrykk fra et arbeidsopphold; Henrichsen. Paidos 2016; 34(3): 96-100

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

Legemiddelinformasjon

Som varslet i høst var det stor usikkerhet knyttet til videre finansiering av BNF-C. Ved nyttår var det enda ikke kommet noen avklaring, noe som førte til at tilgangen forsvant. Gleden var derfor stor da Helse- og omsorgsdepartementet på nyåret la 400.000,- ekstra på bordet for å sikre tilgang til BNF-C. I den anledning er det på sin plass å takke Stortingsrepresentantene Sveinung Steinsland (H) og Kjersti Toppe (Sp) som begge har jobbet aktivt for at dette skulle komme på plass.

Ekstrabevilgningen sender også et signal om at styresmakterne har erkjent at det koster å ha kvalitetssikret legemiddelinformasjon tilgjengelig. Nettverket forhandler nå med BNF-C om tilgjengelighet og pris. Håpet er at disse forhandlingene går fort og at BNF-C igjen er tilgjengelig fra 1/3-17.

Usikkerheten knyttet til pris og tilgang er forhåpentligvis løst for 2017, men for 2018 blir det igjen en ny runde med forhandlinger. Dette skaper en usikkerhet og vi i Nettverket jobber derfor med en langsiktig løsning der vi i større grad har kontroll over databasen, inkludert kostnadene. Slik situasjonen har vært i 2016 og sannsynligvis blir i 2017 er tilgangen begrenset til sykehus med barneavdeling. Dette er en uheldig



Gleden var derfor stor da Helse- og omsorgsdepartementet på nyåret la 400.000,- ekstra på bordet for å sikre tilgang til BNF-C.

avtale og fører til at farmasøyter står uten hjelpemiddel når resepter skal kontrolleres. Fastleger vil møte samme problem når resepter skal fornyes. Nettverket jobber derfor også for at tilgjengeligheten igjen skal være nasjonal, men dette blir dessverre ikke før tidligst i 2018.

Meldeordningen etter § 3-3 i spesialisthelsetjenesteloven

Meldeplikten er lovregulert i Spesialisthelsetjenesteloven paragraf 3-3 av 24. juni 2011. Hovedformålet med meldeplikten er å bedre pasientsikkerheten. Meldingene skal brukes for å avklare årsaker til hendelsen for å forebygge at tilsvarende skjer igjen. Allerede i 2013 innledet Nettverket et samarbeid med Meldeordningen/Kunnskapssenteret. I 2016 ble dette samarbeidet revitalisert og har så langt resultert i to læringsnotat:

«Tilberedning av legemidler til barn»

Svikt i egenkontroll eller dobbeltkontroll var i 9 av 10 tilfeller medvirkende årsak til uønskede hendelser ved tilberedning av legemidler til barn i sykehus. Dette kunne fått katastrofale følger. Risikovurdering og tiltak som kan forebygge feil i tilberedningen bør gjennomføres på lokalt nivå.

Hele notatet finnes på lenken:

[helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1231/Tilberedning av legemidler til barn.pdf](https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1231/Tilberedning%20av%20legemidler%20til%20barn.pdf)

«Eksempler på uønskede hendelser ved administrasjon av aminoglykosid»

Flere meldinger omhandler uønskede hendelser ved administrasjon av aminoglykosid. Meldingene beskrev feil doseringsintervall, blodprøve av legemiddelkonsentrasjon



ble ikke tatt og en avventet ikke prøvesvar på legemiddelkonsentrasjon før neste dose ble gitt.

På bakgrunn av meldingene har man kommet til følgende erfaringer og konklusjoner:

- Det tar tid og krever oppfølging ved innføring av nye rutiner.
- Det vil være gunstig å innføre sikkerhetsvisitt. Den kan fungere som en sjekklister som skal bidra til å sikre at legemidlet deles ut til rett pasient i riktig dose til rett tid og på riktig måte.
- Papirkurver har en svakhet i forhold til legemidler som gis sjeldnere enn en gang i døgnet eller ved endring av dose og doseringsintervall. Innføring av elektronisk kurve vil kunne gi en sikrere løsning og forhindre dette.

Legemidler som mangler norsk markedsføringstillatelse

Når vi forskriver legemidler til barn må vi ofte velge produkter som ikke finnes i Felleskatalogen. Vi må søke om registreringsfritak og legemiddelet blir levert uten norsk pakningsvedlegg. Det er derfor svært gledelig at Statens Legemiddelverk (SLV) har fått inn en søknad om markedsføringstillatelse for medikamentet Augmentin (Amoksisillin/klavulansyre). Det er lovet at Augmentin vil komme både som tablett og mikstur. Men dette tar tid.

Nettverket samarbeider tett med SLV, og sammen med samtlige legemiddelutvalg i Norge har vi nå utarbeidet en liste

over legemidler vi ønsker å få inn på det norske markedet. Denne listen er tilgjengelig på Nettverkets side:

<https://www.legemidlertilbarn.no/helsepersonell/Sider/Legemiddelbruk/Uregistrerte-ikke-godkjente-legemiddel.aspx>

SLV jobber nå med listen og håpet er at flere av disse legemidlene vil bli tilgjengelig som registrerte legemidler. Om du har noen legemidler du mener burde være tilgjengelige i norsk pakning til bruk hos barn og ungdom kan du sjekke listen og se om de er kommet med. Dersom det er noe du savner vil vi gjerne ha forslag fra deg slik at listen kan bli mer fullstendig!

Vårseminar

12. juni arrangerer Nettverket sitt årlige vårseminar. I år har vi valgt å se på søvn. De siste årene har det blitt skrevet ut mer sovemedisiner til barn innen gruppen hypnotika og sedative (ATC N05C) og vi ønsker derfor å fokusere på hvilke typer søvnforstyrrelser som finnes og hvordan de skal behandles. Vi vil også se på hvordan forskjellige legemidler gjennom bivirkninger kan påvirke søvn. Seminaret arrangeres i Oslo. Mer informasjon om seminaret kan dere finne på Nettverkets sider:

www.legemidlertilbarn.no/kursogkonferanser/Sider/Nettverksseminar/2017-Oslo.aspx

Oramorph «Molteni»
Analgetikum ved sterke smerter.
ATC-nr.: N02A A01
DRÅPER, oppløsning 20 mg/ml: 1 ml inneh.: Morfinsulfatpentahydrat 20 mg tilsv. morfinbase 15 mg, natriumedetat, natriumbenzoat, sitronsyre og renset vann. 1 dråpe = 1,25 mg morfinsulfatpentahydrat, 1 ml = 16 dråper. **MIKS-TUR, oppløsning i endosebeholder 2 mg/ml og 6 mg/ml:** 1 ml inneh.: Morfinsulfatpentahydrat 2 mg, resp. 6 mg, tilsv. morfinbase 1,5 mg, resp. 4,5 mg, natriumedetat, sitronsyre og renset vann. **MIKSTUR, oppløsning 2 mg/ml:** 1 ml inneh.: Morfinsulfatpentahydrat 2 mg tilsv. morfinbase 1,5 mg, sukrose, maissirup, metyl- og propylparahydroksybenzoat (E 218 og E 216), etanol og renset vann. Etanolinnhold ca. 10% (v/v).
Indikasjoner: Voksne og barn >2 år: Sterke smerter.
Dosering: Voksne og barn >2 år: Doseringen skal tilpasses individuelt pga. store forskjeller mellom pasientene mht. farmakokinetikk, smerteintensitet, smerteårsak, ev. toleranse og alder. Anbefalte doseringsområde: Er basert på en enkeltdose mellom 0,2 mg og 0,3 mg morfinsulfat/kg. Vanlig doseringsfrekvens av enkeltdose er 4-6 ganger pr. døgn.

Alder (vekt)	Enkeltdose	Maks. daglig dose pr. døgn
Voksne og ungdom >16 år:	10-30 mg	180 mg
Ungdom 12-16 år (40-50 kg)	10-20 mg	60-120 mg
Barn 6-12 år (20-40 kg)	5-10 mg	30-60 mg
Barn 2-6 år (12,5-20 kg)	2,5-5 mg	15-30 mg

Spesielle pasientgrupper: Nedsatt lever- og nyrefunksjon: Forsiktighet må iakt-tas og dosen reduseres initialt. **Eldre:** Forsiktighet må iaktas og dosen reduseres initialt. **Administrering:** Dråper: Kan blandes i drikke, f.eks. vann eller juice, før administrering. Mikstur, oppløsning i endosebeholder: Kan blandes i drikke, f.eks. vann eller juice, umiddelbart før administrering. Mikstur, oppløsning: Klar til bruk og kan inntas ufortynnet.
Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for morfin, respirasjonsvansker og respi-rasjonsdepresjon uten mekanisk ventilering, akutt og alvorlig bronkialobstruks-jon, tilstander med forhøyet intrakranielt trykk, paralytisk ileus.
Forsiktighetsregler: Abstinenssymptomer kan oppstå ved brå seponering eller ved samtidig administrering av opiatantagonist, som f.eks. nalokson. Brukes med forsiktighet første postoperative døgn, ved behandling av eldre, samt ved krampetilstander, akutt leversykdom, alkoholisme, kronisk lever- og nyresyk-dom, hodeskader, inflammatoriske tarmsykdommer, hypotyreose, binyrebær-kinsuffisiens og ved tilstander med nedsatt lungekapasitet (f.eks. bronkialast-ma). Forsiktighet ved samtidig bruk samt de første 2 uker etter seponering av MAO-hemmere. Ved mistanke om paralytisk ileus skal behandlingen avbrytes umiddelbart. Forsiktighet må utvises ved obstruktive galle-, mage- og urogeni-tallidelser. Morfin kan gi alvorlig hypotensjon hos pasienter hvor blodtrykket allerede er påvirket av redusert blodvolum, eller ved samtidig bruk av legemi-dler som fentiaziner eller visse anestetika. Uvelhet og brekninger kan ofte ef-fektivt motvirkes med antiemetika. Obstpasjon kan ev. forebygges ved bruk av laksantia. Pasienten bør advares mot å kjøre bil eller betjene farlige maskiner.
Interaksjoner: Samtidig bruk av andre CNS-depressive midler som anestetika, hypnotika, sedativer, trisykliske antidepressiver, fentiaziner og alkohol, kan potensere morfinbivirkningene, særlig den respirasjonshemmende effekten. Ved behandling med MAO-hemmer senere enn 14 dager før start av morfin-behandling kan livstruende reaksjoner med påvirkning av CNS, respirasjon og sirkulasjon, ikke utelukkes. Morfin kan potensere effekten av muskelrelak-serende midler. Kombinasjon med barbiturater bør unngås. Følgende kombi-nasjoner kan kreve dosejustering: Amitriptylin, klomipramin og rifampicin.
Graviditet, amming og fertilitet: Graviditet: Passerer over placenta. Ekspon-ering like før fødsel kan gi respirasjonsdepresjon hos det nyfødte barnet. Lang-varig bruk under svangerskapet kan gi abstinenssymptomer hos barnet. Bør ikke brukes under graviditet. Amming: Går over i morsmelk. Det er estimert at barn som ammes kan få i seg 1-12% av morens dose. Det er mulig at barn som ammes påvirkes. Bør derfor ikke brukes under amming.

Bivirkninger: De vanligste bivirkningene ved peroral morfinbehandling er obstpasjon, sedering, kvalme og brekninger. Nesten alle pasienter får obsti-pasjon. De fleste bivirkningene er doseavhengige. Vanlige (≥1/100 til <1/10): Endokrine: Økt ADH-frisetting. Gastrointestinale: Obstpasjon, kvalme, bre-kninger. Nevrologiske: Sedering, svimmelhet. Nyre/urinveier: Urinretensjon. Øye: Miose. Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100): Gastrointestinale: Gallelevis-spasme. Hud: Kløe. Luftveier: Bronkokonstriksjon. Nevrologiske: Omtåketeth, dysfori. Respirasjonsdepresjon, eufori. Nyre/urinveier: Urinveisspasme. Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000): Hjerne/kar: Ortostatisk hypotensjon.

Overdosering/Forgiftning: Symptomer: Miose, respirasjonsdepresjon og hypotensjon. I alvorligere tilfeller også sirkulasjonssvikt og dyp koma. Be-handling: Respirasjonsdepresjonen kan heves med nalokson i.v. Respiratorbe-handling kan være påkrevd. Væske- og elektrolyttbalansen opprettholdes. Se Giftinformasjonens anbefalinger N02A A01.

Egenskaper: Klassifisering: Opioid analgetikum. Virkningsmekanisme: Sentral smertestillende effekt. Øvrige sentralnervøse effekter er respirasjonsdepresjon, psykiske symptomer, kvalme og brekninger, miøse, samt frisetting av antidiu-retisk hormon. Kan via histaminfrisetting gi perifer vasodilatasjon i huden og også bronkokonstriksjon. I terapeutiske doser er de kardiovaskulære effektene små, men enkelte pasienter kan få ortostatisk hypotensjon. Absorpsjon: God fra mage-tarmkanalen. Gjennomgår omfattende, men variabel first pass-me-tabolisme. Maks. plasmakonsentrasjon oppnås etter 20-90 minutter. Absolutt biotilgjengelighet ved oral tilførsel er ca. 25%. Proteinbinding: Ca. 35%. Forde-ling: Distribueres vidt i kroppen med høyest konsentrasjon i parenkymatøst vev, som nyrer, lever, lunger, milt. Lavere konsentrasjon i CNS. Distribusjonsvolum: 1-4,7 liter/kg. Halveringstid: Ca. 2-3 timer. Clearance er ca. 21-27 ml/minutt/ kg. Metabolisme: Konjureres med glukuronsyre i tarm og i lever. De viktigste metabolittene er morfin-3-glukuronid (ingen analgetisk effekt) og det farma-kologisk aktive morfin-6-glukuronid. Morfin og dets metabolitter gjennomgår enterohepatisk sirkulering.

Andre opplysninger: Hver endosebeholder å 5 ml inneholder: 2 mg/ml: 10 mg morfinsulfatpentahydrat (tilsv. 7,5 mg morfinbase). 6mg/ml: 30 mg morfinsul-fatpentahydrat (tilsv. 22, 5 mg morfinbase).

Pakninger og priser (per des 2016): Dråper: 20 mg/ml: 20 ml kr.139. Mikstur, oppløsning i endosebeholder: 2 mg/ml: 30 × 5 ml (endosebeholder) kr.220,80. 6 mg/ml: 30 x 5 ml (endosebeholder) kr. 289,80. Mikstur, oppløsning: 2 mg/ ml: 100 ml kr. 114.

Sist endret: 01.12.2016

Refusjonsberettiget bruk. Palliativ behandling i livets slutfase		
Refusjonskode		
ICPC		Vilkår nr
-90	Palliativ behandling i livets slutfase	136
ICD		Vilkår nr
-90	Palliativ behandling i livets slutfase	136

Vilkår nr 136
Refusjon ytes selv om legemiddelet skal brukes i mindre enn 3 måneder



Oramorph morfinmikstur godkjent for voksne og barn over 2 år



Oramorph®
-hurtigvirkende oralt morfin
MORFINSULFATPENTAHYDRAT

☼☼ dne pharma

dne pharma as, Karihaugveien 22, 1086 Oslo. Telefon 21608700
www.dnepharma.com. E-post: post@dnepharma.com



PEDIATERDAGENE



Fløyen Folkerestaurant innhylet i tåke på en super januardag blant gode barneleger. Foto: A.Bjørkhaug.

Pediaterdagene i Bergen 2017

AV ANDERS BJØRKHAUG, REDAKTØR. FOTO: MARIA ENGH SORMUL

MEDFORFATTERE KARI HOLTE, SEKRETÆR NBF, ANNE GRETHE MYHRE OVERLEGE DR. MED. FRAMBU KOMPETANSESENTER FOR SJELDNE DIAGNOSE.

KARIN C. LØDRUP CARLSEN, PROFESSOR MD, BARNE OG UNGDOMSKLINIKKEN, OUS.

Bergen er slik vi kjenner Bergen best. Bergen skal ha tåke og regn, ellers blir det liksom ikke det samme. Selvsagt er Bergen flott i sol også, men da er det ikke like spennende med stamcelleforskning og global disaster medicine på sal. Er det strålende sol, vil man heller sitte på Helleneset, og skulle snøen lave, står vi gjerne i kakaokø ved Brushytten...

Men så har ikke den nye Barne- og Ungdomsklinikken invitert gode kolleger til Brushytten heller. Der var opprinnelig invitert til et bredt spekter av faglige sesjoner og kurs i splitter nye lokaler ved det nye barne- og ungdomssykehuset, som også huser et eget energisenter for barn og unge. Dessverre var der noen skjær i sjøen, som gjorde at lokalitetene måtte flyttes. Dette skapte uansett ingen skjær i et faglig bredt program som trakk godt over 100 deltakere til regntunge dager i Bergen. Pediaterdagene startet med Spiss kurs i Pediatrisk tropemedi-sin/flyktninghelse onsdag morgen, parallelt med LIS-forkurs i akuttmedisin og avdelingsoverlegemøtet.

Avdelingsoverlegemøtet

Avdelingsoverlegemøtet er blitt et viktig fora for lederne ved barneklিনikker og barneavdelinger for å samles for å satt viktige tema på dagsorden. Barnelegeforeningens styre setter dagsorden, men innspill fra avdelingslederne er viktige. 31 del-takere i plenum gir også grunnlag for et godt diskusjonsforum.

Sverre Harbo fra Helsedirektoratet innledet med informasjon

om innføring av ny ordning med ”kontaktlege” i sykehus. Ordningen er gjeldende fra 15.09.16 og er regulert i spesialist-helsetjenesteloven, samt pasient- og brukerrettighetsloven. Den skal gi pasienter med alvorlige tilstander og behov for veldig tett oppfølging eller innleggelse på sykehus rett til å få utpekt en kontaktlege. Intensjonen er å legge til rette for et bedre pasientforløp. Kontaktlegen skal holde oversikt og bidra til bedre informasjonsformidling mellom helsepersonell. Alvorlig tilstand er et vilkår for å ha krav på kontaktlege, men det er presisert at listen for å tildele kontaktlege skal legges lavere for barn. Veilederen kan lastes ned på Helsedirektoratets nettside. Veilederen om kontaktlege i sykehus kan lastes ned fra Helsedirektoratets sider her. Spørsmål om ordningen kan rettes til: **https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/veile-der-for-kontaktlege-i-spesialisthelsetjenesten**

Norsk nyfødtmedisinsk helseatlas ble lansert 13. desember 2016. Ved avdelingsoverlegemøtet presenterte Arild Rønne-stad, leder i Norsk Nyfødtmedisinsk Kvalitätsregister (NNK) og Atle Moen, overlege ved Nyfødtafdelingen OUS, bakgrunn for

data brukt i nyfødthelseatlas, hentet fra NNK, samt data fra Nyfødthelseatlas over en 6 års registreringsperiode. Data-grunnlaget vi har fra NNK til å lage et slikt helseatlas er unikt i internasjonal målestokk, og vekker stor oppmerksomhet. Vi ser tydelig variasjon i innleggelsespraksis, hvordan pasientene behandles og hvor lenge de behandles. Variasjonen kan ikke forklares av populasjonsbaserte variabler (for eksempel prematuritetsratio) alene, og slik sett et svært godt verktøy for å sammenlikne bruk av helsetjenester. Atlaset kan være nyttig verktøy for å lære av hverandre, korrigere praksis, samt utarbeide felles retningslinjer og veiledere. Les mer, og last ned data ark fra Helseatlas.no.

Flere mindre saker var også på dagsorden ved avdelingsoverlegemøtet, og fullt referat kan leses på barnelegeforeningens nettsider www.pedweb.no.

Åpning og faglig program

Etter høytidelig åpning ved Klinikkdirektør Britt Skadberg og stemningsklang ved Studinekoret "Sirenene", braste Pediaterdagene i gang med et tungt faglig program med state of the art og fremtidige perspektiver innen stamcelleforskning ved prof. Joel Glover, ved Nasj. senter for Stamcelleforskning ved UiO. Stamcelleforskning er kommet langt innen diabetes-behandling, forteller prof. Helge Ræder ved BKB. Likevel er det en svært lang prosess å dytte cellene i riktig retning fra hIES til insulinproduserende endokrine beta-celler. Om denne veien skal illustreres gjennom RV7 over Hardangervidda fra Bergen til Oslo, har vi nå kommet oss til Hønefoss. Stamcelleforskning innen bronchopulmonal dysplasi er også et "hot-topic" for tiden. Kan slik forskning brukes for bedre sykdomsforståelse av BPD? "Produksjon" av sykdomsgivende celler fra hIES kan forhåpentligvis i kort fremtidig brukes til forskning på patogenese.

Torsdag startet med katastrofene. Hvilke faktorer påvirker utkommet til globale eller lokale katastrofer? Hvilke ressurser trengs ved nødhjelp. Kan dette planlegges på best mulig måte før eller like etter katastrofen ut fra prinsipper og triagering? Prof. Johan von Schreeb fra Karolinska gav et sterkt inntrykk av lang erfaring i å planlegge og håndtere nødhjelp i katastrofe-

områder. Prof. James Tumwine fra Makerere University, Uganda, forteller imidlertid at de ikke kan planlegge katastrofene sine. For å forstå utfordringene med barnehelse i Uganda, må en alltid huske på utfordringene med fattigdom. Der vil alltid være kronisk mangel på personell, kompetanse, penger og utstyr/materiell. – When we had 31 patients with hemoglobin below 5gr/dl (sigcellekriser red.anm.) and no supplies of blood. Is this emergency medicine or disaster medicine?

Det faglige programmet var gjennom hele arrangementet godt og fyldig, med en god balanse mellom forskning og klinikk. Legemidler til barn er et dagsaktuelt tema, og med nettverkets styre sentralt plassert i Bergen, var det sentralt at menet var godt dekket. Barn må "beskyttes" gjennom å inkluderes i kliniske studier, men der er mange utfordringer undervegs. Camilla Tøndel er leder for klinisk forskningspost for barn ved Barne- og Ungdomsklinikken i Bergen, og gir oss en god statusoppdatering om det viktige arbeidet.

Nye Barne- og Ungdomssykehuset i Bergen har fått noe helt særegent og unikt. Et eget senter for fysisk aktivitet for barn og unge med særskilte behov. Barnas Energisenter. 5800kvm stor "behandlingsarena" for barn og ungdom med fysiske og psykiske helseproblemer. Ved energisenteret har en tilgang til svømmeanlegg, idrettshall, trenings- og behandlingsrom, spes.lab (hjerne, lunge, gangfunksjon), samt undervisningsrom og kino. Her vil en kunne hjelpe barn og unge til å få et fysisk aktivt liv, også når det krever ekstra tilrettelegging. Fokus på forebygging, trygghet, mestring, og fremme det friske, og på denne måten skape en grunnmur for barna som en plattform for funksjon i livet videre. Helse Bergen har her tatt et stort skritt mot fokus på "folkehelse for kronikergruppen". Dette må vi alle bare ta av oss hattene for. Vi håper og tror på en spennende omvisning ved neste utgave av Pediaterdagene i Bergen.

Frie foredrag

I sesjonen frie foredrag med innlegg av leger i utdanning fikk vi presentert fem spennende kasuistikker; to av dem gjaldt ungdommer med henholdsvis hjertestans og toksisk sjokk-syndrom og tre var fra nyfødtp perioden og beskrev forløpene



Klinikkdirektør Britt Skadberg under høytidelig åpning.



Dyktig arrangementskomité ved "selfieveggen".



Kristianne Isaksen, Monika Boine og Anne Karin Steffensen tok imot prisen på vegne av SANKS.

fram til rett diagnose ble stilt. Bedømmelseskomiteen besto av Jon Olav Hunderi, SØ, Claus Klingenberg, UNN og Anne Grethe Myhre, Frambu. De hadde en svært vanskelig oppgave med å kåre en vinner ut i fra kriteriene nytte- og nyhetsverdi for barneleger, fremføring og evne til å svare på spørsmål. Alle kandidatene var meget godt forberedt, hadde oversiktlige presentasjoner og lærerike kasuistikker. Vinneren ble "7 dager gammelt barn med hyperkalemi" av Mari Nesje, Ahus. De differensialdiagnostiske overveielsene som ledet fram til den sjeldne diagnosen primær pseudohypoaldosteronisme ble utslagsgivende for denne kasuistikkens nytte- og nyhetsverdi framfor de andre.

Beste vitenskapelige presentasjon ble i år tildelt Henrik Røkkum for sitt arbeid: "Kateterassosierte blodbaneinfeksjoner hos nyfødtkirurgiske pasienter ved OUS Rikshospitalet 2014 – 2016". I denne retrospektive journalgjennomgangen av 74 nyfødte barn i perioden 2014-16 med innlagt sentralt venekateter, ble forekomst av kateterassosiert blodbane infeksjon studert, og forfatterne søkte å se om forekomsten var relatert til tre ulike prosedyrer for kateterinnleggelse. Barna hadde medfødte alvorlige gastrointestinale tilstander, med 11-25 barn i hver av fire hoveddiagnoser. Infeksjonsraten var 3/1000 kateterdøgn, nokså likt sammenlignbare studier, med en tendens til høyest risiko for perkutant innlagte kateter. Forfatterne konkluderer med at det bør tilstrebes å legge tunnelert sentralt venekateter eller longline ved forventet kateterbehov utover en uke. Studien ble presist og godt lagt frem, og arbeidet var en god journalgjennomgang, med nytteverdi for daglig klinisk praksis.

Prisene ble høytidelig utdelt under festmiddagen på Fløien Folkereaurant.

Barnehelseprisen

Barnehelseprisen deles ut av Norsk barnelegeforening og Barneombudet, til personer eller organisasjoner som har gjort en innsats for å fremme barns helse i inn- og utland. Prisen ble innstiftet i 2005, og deles ut med uregelmessige mellomrom under Pediaterdagene til Norsk barnelegeforening. Paidos gratulerer SANKS (samisk nasjonalt kompetansesenter- psykisk helsevern) avdeling barn og ungdom med Barnehelseprisen 2017. Enhetene barn og unge Karasjok tildeles prisen for å ha



Festglade pediatere!

styrket kvaliteten av psykisk helsevern og allmenhelse i barnepopulasjonen i de samiske boområdene i Norge. Videre i prisbegrunnelsen nevnes medarbeidernes engasjerende innsats i forskning, undervisning, veiledning og klinisk arbeid, samt at senteret har bidratt til en kompetanseoppbygging i transkulturell barne- og ungdomspsykiatri gjennom godt lederskap. SANKS har bidratt til større innsikt og forbedret praksis i disse fagområdene, som igjen har ført til bedre barnehelse til minoritetsbefolkningen i Norge.

- Barnehelseprisen 2017 medvirker og oppmuntrer oss til å fortsette å jobbe med å øke den faglige kvaliteten, samt øke kunnskapen og gi en bedre forståelse for viktigheten av samisk språk og kultur i behandlingen. (SANKS under taketale ved Pediaterdagene i Bergen 2017).

Sosiale sammenkomster

Når det er fuktig og vått, er det godt å ha det varmt og tørt inne. Og etter at mottakerfunksjonen har vært slått på igjennom en laaang dag, er det godt å få brukt hjernen. Pediaterdagene inviterte problemløsningseksperter i kollegiet til spennende utfordringer ved Escape Bryggen. Målet er enkelt: Kom dere ut fra det stengte rommer på under 60 minutter, ved å sette hjernen i sving. Løs gåter, knekk koder og vinn friheten! Teambuilding i artig vri! I mellomtiden var der god kollegial stemning, mat og drikke på Get Togeather på Una restaurant & mikrobryggeri.

Torsdag kveld på Fløien, en dag i januar, kunne fort forveksles med en sen natt i slutten av juni. Men igjen lar ikke pediatere seg stoppe av dårlig vær! Vi holdt jo varmen på Seiland i Finnmark i juni i fjor! Og når Mannskoret Arme Riddere varmer opp kvinnehjertene under festmiddagen på Fløien Folkereaurant, er det nok til litt strålevarme for bordkavalerene ved iden av også. Festmiddagens toastmaster Terje Alsaker loser oss trygt igjennom en helaften med taler og lekke retter, før lettbente pediatere rocker foten ut i de tidlige nattetimer. Og de som ikke rakk siste Fløibanen ned, danser sikkert der fremdeles....

Barnelegeforeningen gratulerer Barne- og Ungdomsklinikken i Bergen for et flott gjennomført arrangement!



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

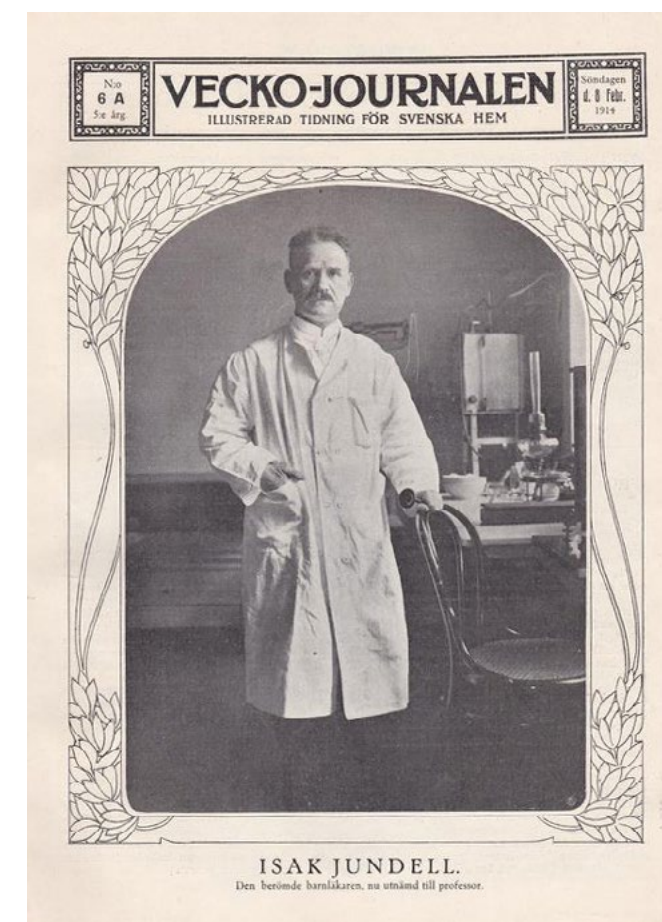
NÅ MED
ØKOLOGISK MELK
OG FLØTE



Isak Jundell (1867–1945) – den samfunnsengasjerte barnelegen

Isak Jundell ledet svensk pediatri på 1920 - 40 tallet og var grunnlegger av tidskriftet Acta Paediatrica i 1920 og sjefredaktør frem til sin død i 1945. Han var klinikkssjef og professor i barnesykdommer ved Karolinska Institutet 1914-1932 og ledet Norrtulls Barnsjukhus i Stockholm og Barnehelseseksjonen for den Svenske Foreningen for Sosial Velferd.

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



Som 19-åring begynte Isak Jundell på medisinerstudiet i Stockholm i 1886 og hadde i utgangspunktet ingen planer om å bli barnelege. Etter bestått medisinsk embetseksamen valgte han å videreutdanne seg til bakteriolog og praktisere som indremedisiner. I 1898 ble han dosent i indremedisin og i 1900 arbeidet han som underordnet lege hos professor i barnesykdommer Karl Oskar Medin (1847-1927) på Allmänna Barnhuset, en institusjon som han senere skulle omstrukturere fra bunnen av. På Allmänna Barnhuset underviste Jundell ikke bare i indremedisin men også i generell pediatri. Ved siden av hadde han i perioden 1898-1914 ett flertall oppdrag for helseomsorgen ved forskjellige kommunale institusjoner i Stockholm. Han var formann i helsenemdas bakteriologiske laboratorium (1901-1907), sekretær i den kongelige komiteen for etablering av en statsmedisinsk anstalt (1897-1899), leder av Medisinalstyrets tuberkulosekomité (1903-1907) og overlege ved det Provisoriska sjukhuset (1907-1914).

Interessen for pediatrien økte og i perioden fra 1911 til 1914 hospiterte Jundell ved flere utenlandske barneklinner, bl.a. i Wien, Paris og ved Finkelsteins Klinik i Berlin (Heinrich Finkelstein 1865-1942) for å utdanne seg til barnelege. Han tok sikte på å søke professoratet i pediatri ved Karolinska Institutt når professor Medin gikk av med pensjon. Dette professoratet fikk han tildelt i 1914 og ble samtidig ansatt som overlege i barnesykdommer ved Allmänna Barnhuset. Han hadde en glødende interesse for studentenes læring og endelig var han i en posisjon hvor han kunne skape bedre undervisningsmuligheter for medisinerstudentene.

Sosialpediatrisk engasjement

Jundell var sterkt opptatt av pediatri og barnets livsvilkår. Av erfaring visste han at det er en sammenheng mellom høy barnedødelighet og dårlige sosialøkonomiske forhold. Han var en god formidler av barneomsorg og helse og brukte ulike kanaler for å nå ut til det brede lag av befolkningen. Han hadde en tydelig og enkel måte å presentere vesentlig helseinformasjon på og

Isak Jundell ble født 16 juni 1867. Hans foreldre, Todres Jacob Jundelsky og Sara Simon, var opprinnelig fra Wladislawów i Polen (i dag Litauen) og immigrerte til Sverige hvor de drev en antikkkhandel i Växjö. Jundell vokste opp i en familie der 9 av 18 barn ikke levde opp til voksen alder. Familien hadde knappe kår og som eldst av en søskenflokk på ni måtte Isak selv arbeide for å tjene penger til studiene.



Kännedom om barnets
psykopatologi är för skolläkaren
verkligen lika viktig som kännedom
om barnets ryggradskrökningar,
bleksot och närsynthet.
- Jundell, Brustna Sinnen, 1915

skrev om barnehelse i det svenske ukebladet Vecko-Journalen. Han skrev en populær bok om barnehelse - "Det friska och det sjuka barnet" som ble trykket i hele 36 opplag.

Jundell var opptatt av sosial velferd, rettferdig tilgang til helsehjelp for befolkningen og arbeidet kontinuerlig for barnets beste og barnehelseomsorgens utvikling. Han jobbet bl.a. for bedre mødrehygiene, opprettelse av småbarnshjemmet i Norrtullsgatan i Stockholm og senere i Djursholm, forbedring av barns oppvekstvilkår, enslige mødres rettigheter og utdanning av sykepleiere og leger.

Jundell var ordfører i den kongelige komiteen for utredning av den kvinnelige helsearbeiderens arbeidsforhold 1912-1916 og leder av den kongelige fattigomsorgens stiftelseskomité 1916-1921. Han etablerte nye fasiliteter for "rooming-in" for mødre og barn i det nye hjem for Mødre og Spedbarn. Fra 1906 utviklet han et omfattende helseprogram og fremmet forslag for systematisk implementering av tiltakene. De fleste forslagene hans ble gjennomført som en del av svensk mødre- og barneomsorg før han døde i 1945. I 1944 hadde Allmänna barnhus (Norrtulls sjukhus) 3 barneavdelinger med 150 senger, hvorav 43 for TBC syke barn og senere ble det innrettet også en astmapoliklinikk. 1948 ble det innrettet en ungdomspsykiatrisk mottakelsesavdeling.

Barnepsykiatrien

Samtidig som Jundell utførte en sosialpediatrisk pionerinnsats i Sverige, var han også pioner i barnepsykiatrien. Det var han som initierte faget barne- og ungdomspsykiatri som vitenskapelig og klinisk spesialitet på Karolinska Institutet. I 1915 skrev han den svenske barnpsykiatriens programskrift "Brustna sinnen". Han krevde at leger, lærere og jurister skulle lære seg det nye fagområdet og få kunnskaper om barns mentale helse for å beskytte barn og ungdom.

Jundell veiledet legen Alice Hellström i pediatriske spørsmål og støttet hennes pionerarbeid i klinikk og forskning innen

barne- og ungdomspsykiatri. Han initierte spesiell utdanning for helsepersonell som arbeidet med barn med psykiatriske problemstillinger. Dette arbeidet inspirerte han til å åpne en barne- og ungdomspsykiatrisk virksomhet, "Rådgivningsbyråen ved Norrtulls Barnsjukhus"

Tannhelse

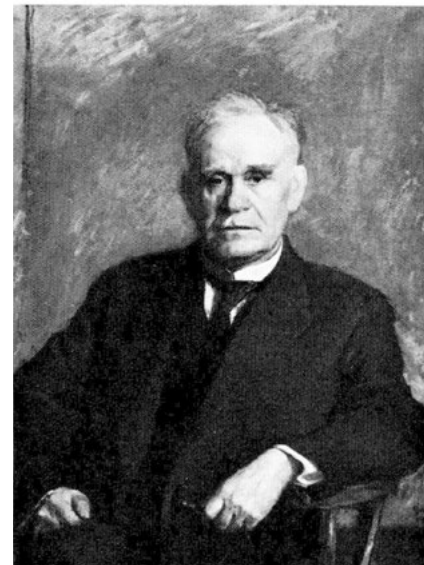
Mot slutten av 1910 tallet var tannlegene kommet godt i gang med sin profesjonaliseringsprosess og tok høye priser for sine tjenester. Jundell skrev i en artikkel at "til tross for store fremskritt innen svensk helseomsorg sto det dårlig til med folkets tannhelse". Han satte spørsmål om tannlegenes kunnskapsmonopol og foreslo at en ny yrkesgruppe, kvinnelige dentister med ett års utdanning som kunne ta hånd om 95% av tannlegenes oppgaver. Dette førte til en omfattende fagpolitisk strid med flere utredninger som endte med at Riksdagen i 1938 besluttet å opprette Folketandvården som var en ny samfunnsinstitusjon for å bekjempe tannråte og gi befolkningen mulighet til bedre tannhelse.

Forskning og undervisning

Hans vitenskapelige artikler omfatter mer enn 70 arbeider innen bakteriologi, indremedisin og pediatri. Han publiserte originalartikler om klinisk og eksperimentell rakitt og hadde en utstrakt interesse i forskningen om infeksjoner, skarlagensfeber, BCG-vaksinasjon, diarre og barnekolera samt ernæring og mentale forstyrrelser hos barn.

For å spre resultater fra nordisk pediatrisk forskning til et bredere publikum i inn- og utlandet grunnla han det prestisjetunge internasjonale tidsskriftet Acta Paediatrica i 1920. Som sjefredaktør ledet han Acta Paediatrica til sin død i 1945. Acta Paediatrica publiserte også mesteparten av svenska barne- og ungdomspsykiatriske vitenskapelige arbeider frem til 1980-tallet.

Han var leder av "Det Utenlandske Vitenskapelige Samfunn" og gjorde en stor innsats med å organisere og lede den første



Isak Jundell, Målning av D Tågström 1932.
Foto: SPA.



Norrtulls Sjukhus Stockholm.

internasjonale barnelegekongressen etter første verdenskrig i Stockholm i 1930. Jundell og den finske professoren Arvo Henrik Yllpö var nære venner og kolleger i det nordiske pediatriske samarbeidet. Jundell var også æresmedlem i Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin.

Et viktig initiativ på utdanningsfronten var hans kurs for barne- sykepleiere som han startet i 1923 ved Allmänna barnhuset og som i 1934 ble omgjort til barnesykepleierskolen. Fra 1930 og utover var barnesykepleiere utdannet ved denne skolen viktige fagfolk i utbyggingen av institusjoner og klinikker i distriktene.

Medmenneske og mentor

Jundell var dedikert til oppgavene sine, hadde et helhetlig syn på folkehelsen og var oppriktig interessert i barns velferd. Han var ikke opptatt av personlig økonomisk velstand og donerte penger til forskjellige veldedighetsinstitusjoner. Han levde et asketisk liv der han viet sin interesse til medisinen og musikken. Han giftet seg aldri, og angret senere i livet at han ikke hadde fått egne barn. Imidlertid ble han kjent med en jødisk gutt, Rolf Luft (1914-2007), som levde under samme forhold som han selv da han var på hans alder. Jundell ble hans rollemodell og mentor og bidro til at Luft gjorde en strålende karriere som Sveriges første professor i endokrinologi. Forholdet mellom de to varte hele livet.

Jundell så barn som egne individer og hadde en holistisk tilnærming til barnet og barnehelse. Han har vist oss at leger som bruker sine kunnskaper og tar et sosialpolitisk ansvar for folkehelsen kan effektivt bidra til økt helsegevinst for befolkningen.

Professor Isak Jundell døde på første juledag i 1945 i sitt hjem i Stockholm i en alder av 78 år. Han ble gravlagt på den jødiske kirkegården i Stockholm.

Litteraturanbefalinger

1. Eklund L. 2016. Sjukvård å Norrmalm. <http://norrmalm.myor.se/platser-och-handelser/sjukvard-norrmalm.html>
2. Jundell I. Broken Minds (Brustna Sinnen). Barnens Dagblad 1915.
3. Levin S. The childless paediatrician, SA Medical Journal -Tydskrift vir Geneeskunde 1967; 280
4. Lindblom C. 2004. Hur tannrötan blev politik. Tandläkartidningen 96 (11), 64-67
5. Obladen M. Early neonatal special care units and their scientific achievements. Neonatology, 2012, 102, 89-97
6. Rydelius PA. 2016. Isak Jundell (1867–1945), Professor of paediatrics, founder of Acta Paediatrica and the child's best friend. Acta Paediatrica 105(12), 1389-1390
7. Rydelius PA Svensk barn- och ungdomspsykiatri 50 år och om hur kunskapsområdet utvecklades till ett vetenskapligt ämne. <https://pingpong.ki.se/public/pp/.../BUP-historia%202011.pdf>
8. Rydelius PA. 2010. Pionjärer inom svensk barn- och ungdomspsykiatri och deras insatser för att kunskapsområdet kunde utvecklas till en klinisk specialitet och ett vetenskapligt ämne. Tidskriften för Svensk Psykiatri 3, 63-64
9. Vahlqvist B. Jundell I. Svenskt Biografiskt Lexikon: Band 20 (1973–1975), 464.
10. Wallgren A. Isak Jundell, 1867-1945. JPediatr, 1957, 50(4), 506-14
11. Wennergren G, Lagercrantz H, Isak Jundell, Acta Paediatrica grundare. Barnläkaren 2013, 3, 14-15
12. Zetterström R. Isak Jundell and Rolf Luft. A mentorship which contributed to a brilliant career. Ett mentorskap som bidrog till en lysande karriär. Läkartidningen, 2008, 105(5):311.
13. Zetterström R. 2004. Acta Paediatrica genom tiderna. Barnläkaren 3, 24-27
14. Isak Jundell. Acta Paediatrica, 1945, 33(2), 115-18



Being born large for gestational age leads to early puberty

Children who were born large for gestational age (LGA) entered puberty earlier than children born appropriate for gestational age, according to an Italian study by Ilaria Di Giovanni et al (1). They collected longitudinal growth data from 70 children and also reported that children who were born LGA experienced longer growth duration. The results highlight the importance of monitoring pubertal growth in children born LGA.



Fathers' smoking habits reflected in children's urinary samples

Yun Wang et al (2) recruited 368 smoking fathers, whose children were five to six years of age, in the city of Changsha, China. Urine samples were collected from the children, and the fathers were interviewed face to face. The cotinine content in the children's urine correlated with the mean duration of environmental tobacco smoke exposure at home. This seemed to be due only to the smoking of the fathers. In the accompanying commentary Matteo Vitali and Carmela Protano ask how relevant fathers who smoke at home are to the passive smoking exposure of their children (3).



Swedish physical education lessons offer limited levels of activity

The World Health Organization recommends that children should accumulate at least 60 minutes of moderate-to-vigorous-intensity physical activity (MVPA) per day. Andreas Fröberg et al explored the physical activity levels provided for 149 Swedish schoolchildren during physical education (PE). On average, only 10–15 minutes of each PE lesson was spent in MVPA. Notably, 13% of the PE lessons were cancelled due to other school events, such as theatre visits or school information sessions (4). Michail Tonkonogi and Emma Hawke comment on the findings (5).



Evaluating the bonding process in preterm infants by measuring salivary oxytocin

Deedee Kommers et al had previously reported that suboptimal bonding impaired hormonal, epigenetic and neuronal development in preterm infants, but that these impairments could be reversed (6). In this issue, the Dutch group assessed the feasibility of measuring salivary oxytocin in preterm infants receiving Kangaroo care. Saliva was collected unobtrusively from 21 preterm infants before and during 30 Kangaroo care sessions, and oxytocin was detected in both sets of samples. The authors concluded that this method could be a useful tool for evaluating the bonding process in preterm infants (7).



Antibiotics in the first year of life, gut microbiota and neurocognitive outcomes

This issue contains a new study from Rebecca Slykerman, who won our International Young Investigator Award in 2015 (8). She and her co-authors found that antibiotic use in the first year of life was associated with differences in cognitive, behavioural and mood measures in children (9). These findings support the theory that there is a link between disruption to the gut microbiota in early life and later neurocognitive outcomes. Keith Fluegge comments on the paper (10). Still on the subject of antibiotics, Chandima Madhu Wickramatilake et al (11) ask whether antibiotics are overprescribed to children with acute lower respiratory tract infections in Sri Lanka. Similarly, Jim Runesson et al (12) reported in our previous issue that antibiotics are being misused to treat diarrhoeal disease in children in Central Asia.

HIGHLIGHTS IN THIS ISSUE

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

**ALTE, BRUE or SUPC**

An apparent life-threatening event (ALTE) is when a baby demonstrates one or more of the following for less than a minute: bluish skin, poor breathing, weakness or poor responsiveness. Monti et al (1) used a regional database to study the occurrence of ALTEs in Northern Italy from 2002 to 2006. The incidence was 4.1 cases per 1000 live births, and the presence of gastroesophageal reflux and a family history of sudden death were found to be significant risk factors. If an ALTE is unexplained after a thorough investigation, the recommended term is now a brief resolved unexpected event (BRUE), and if it occurs immediate after birth, the term sudden unexpected postnatal collapse (SUPC) is used. See the accompanying editorial by Herlenius (2).

**Oral immunotherapy and challenges for food allergies**

This issue contains two papers on food allergies. Strinnholm et al (3) investigated adolescents' experiences after a double-blind placebo-controlled food challenge. Reintroduction failure was common and was associated with fear of reactions, not appreciating the taste of the food and living a normal life without the challenged food. In the second study, Kukkonen et al (4) looked at peanut oral immunotherapy in a double-blind, placebo-controlled trial of children aged 6–18 years. They found that it was effective for severe allergies and did not have any negative effects on airway inflammation.

**Missing prophylactic antenatal corticosteroids in women delivering preterm infants**

All women with preterm labours between 24 and 34 weeks of gestation should receive antenatal corticosteroid prophylaxis to improve the lung maturation of their offspring. However, Gagliardi et al (5) found that 15% of women delivering very preterm infants in a highly organised network of hospitals in Tuscany, Italy, did not receive antenatal corticosteroids. Late hospital admission and migrant status were the main factors associated with missed prophylaxis. Cuttini (6) comments on the findings.

**Most children hospitalised for acute rhinosinusitis had orbital complications**

Acute rhinosinusitis is common in young children, and in certain cases, it may lead to serious bacterial infections with orbital and intracranial complications. Schollin Ask et al (7) studied the incidence of acute rhinosinusitis in tertiary care in Stockholm County, Sweden, between 2003 and 2007 and surveyed the clinical outcomes. They found that most children hospitalised for acute rhinosinusitis had an orbital complication and that this was more common in children under the age of two years and in boys. Severe postseptal complications were rare.

**Parents of preterm infants need support to optimise their own sleep**

This Swedish study describes how parents of 86 infants perceived their own sleep while their infant was in a neonatal intensive care unit and after discharge. Mothers were more likely to report severe insomnia than fathers during their infants' hospitalisation, and the higher insomnia severity scores were associated with more severe infant sleep problems after discharge. Thernström Blomqvist et al (8) concluded that parents need support to optimise their sleep, as parents' sleeping problems seem to affect their child's sleeping pattern.



PURAMINO* for de mest sårbare allergiske barna



Nytt varenummer: 819408

Nutramigen AA bytter navn til Nutramigen PURAMINO
- Nytt navn og ny sammensetning.

Nutramigen PURAMINO - samme trygge, effektive[†] og 100% sikre hypoallergene aminosyrebaserte morsmelkerstatningen for barn med alvorlig kumelkallergi eller multiple matallergier. Nå med:

- Tillsatt 33 % MCT-fett for å øke fettabsorpsjonen
- Nytt navn for å differensiere produktet fra våre hydrolysater Nutramigen 1 og Nutramigen 2
- Kosher og halal sertifisert

Nutramigen produktene: Førstevalg ved kostbehandling av kumelkallergi hos barn.² Det finnes gode grunner til dette.

Les mer: www.meadjohnson.no

Referanser 1. Burks W et al. J Pediatr 2008;153:266–271. [†] Studien ble utført med Nutramigen AA uten MCT-fett. 2. Nielsen market data, 2014
VIKTIG: Morsmelk er spedbarnets beste føde. Nutramigen PURAMINO er et næringsmiddel til spesielle medisinske formål og bør brukes etter anbefaling fra helsepersonell.

*Varemerket tilhører Mead Johnson & Company, LLC. © Mead Johnson & Company, LLC. Alle rettigheter er forbeholdt.

ABIGO Medical AS
Eidsbergveien 43
Telefon: 908 11 312



Dymista®

flutikasonpropionat/azelastinhydroklorid

C Dymista «Meda»

Lokalt antihistamin + kortikosteroid.

T NESESPRAY: 1 dose inneh.: Azelastinhydroklorid tilsv. azelastin 125 µg, flutikasonpropionat 80, benzalkoniumklorid, fenyletylalkohol, renset vann. **Indikasjoner:** hvis monoterapi med enten intranasalt antihistamin eller glukokortikoid ikke er terapeutisk effekt. Kontakt med øynene må unngås. En spray i hvert nesebor 2 ganger med allergeneksponeringsperioden. **Spesielle pasientgrupper:** Nedsatt lever- og ikke er fastslått. **Elldre:** Dosejustering er unødvendig. **Administrering:** Til nasal bruk. Før første gangs bruk må sprøyten klargjøres ved å trykke pumpen ned og slippe pusset skal oppløsningen sprøytes inn i hvert nesebor mens hodet bøyes frem. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for noen av innholdsstoffene, forekomme, særlig ved bruk i høye doser over lang tid. Mulige systemiske effekter, som omfatter psykomotorisk hyperaktivitet, søvnforstyrrelser, alvorlig leversykdom er det sannsynlig at systemisk eksponering for høyere forekomst av systemiske bivirkninger og forsiktighet bør utvises. Ved anbefalt, bør det vurderes å bruke ytterligere systemiske kortikosteroider eller elektiv kirurgi. Det er rapportert veksthemming hos barn som får kortikosteroider i godkjente doser. Det anbefales at veksten hos ungdom regelmessig. Ved hemmet vekst, skal dosereduksjon vurderes. Nøye overvåkning er påkrevet hos pasienter med synsforandringer eller med tidligere økt okulært trykk, glaukom og/eller katarakt. Hvis det foreligger grunn til å tro at binyrefunksjonen er nedsatt, skal det utvises tighet ved overføring av pasienter fra systemisk steroidbehandling pasienter med tuberkulose, enhver type ubehandlet infeksjon eller nymgått kirurgisk inngrep, eller fått skade på nese eller munn, skal ling veies opp mot mulig risiko. Inneholder benzalkoniumklorid som kan og bronkospasmer. **Interaksjoner:** For utfyllende informasjon fra se R01A D58+. **Flutikasonpropionat:** Det er rapportert rifonavir, med systemiske kortikosteroider. Samtidig bruk med rifonavir skal derfor omstendigheter er det lave pga. omfattende first lever. Klinisk siktig-

onat 50 µg, dinatriumedetat, glyserol, mikrokrySTALLIN cellulose, karmellosenatrium, Symptomlindring ved moderat til alvorlig sesongrelatert og helårlig allergisk rhinitt, tilstrekkelig. **Dosering: Voksne og ungdom ≥12 år:** Regelmessig bruk er viktig for full daglig (morgen og kveld). Behandlingsvarighet bør være i overensstemmelse nyrefunksjon: Data foreligger ikke. Barn <12 år: Anbefales ikke da sikkerhet og effekt Flasken bør ristes forsiktig før bruk i ca. 5 sekunder ved å vende den opp og ned, 6 ganger. Er det >7 dager siden bruk, må den klargjøres på nytt. Etter at nesen er over. Sprøytepipetten tørkes av og beskyttelseshetten settes på plass etter bruk.

Forsiktighetsregler: Systemiske effekter av nasale kortikosteroider kan miske effekter kan omfatte Cushings syndrom, Cushinglignende trekk, glaukom, og mer sjeldent, en rekke psykiske eller atferdsmessige angst, depresjon og aggresjon (særlig hos barn). Ved flutikasonpropionat er økt. Dette kan medføre ses. Behandling med høyere doser enn bruk av doser som er høyere enn der i perioder med stress intranasale kortikosteroider overvåkes

ATC-nr.: R01A D58

Eneste kombinasjon av kortison og antihistamin!

Dymista®
nesespray
ved allergisk
rhinitt²Signifikant bedre symptom-
lindring i både nese og øyne
sammenlignet med et
nasalt steroid i monoterapi^{3,4}Effekt innen 30 minutter⁵

legemidler øke. **Graviditet,** om bruk av azelastinhydroklorid, graviditet hvis potensiell fordel nasalt administrert azelastinhydroklorid/morsmelk. Bør bare brukes ved amming hvis potens. **Fertilitet:** Begrenset data. **Bivirkninger:** Svært vanlige (ubehagelig smak) og ubehagelig lukt. **Mindre vanlige (≥1/1000)** nysing, nesetørhet, hoste, tørr hals, halsirritasjon, **Sjeldne** Hypersensitivitet, inkl. anafylaktiske reaksjoner, angioødem svimmelhet, søvnighet, glaukom, økt intraokulært trykk, katarakt, elveblest, fatigue (tretthet, utmattelse), svakhet. Systemiske tid. Det er rapportert veksthemming hos barn som får nasale også. I sjeldne tilfeller er det observert osteoporose ved bruk av Ved nasal administrering forventes det ikke overdoseringsreak- over en lengre periode, kan føre til midlertidig binyrebarksuppre- og kan kontrolleres ved å måle kortisol i plasma. Ved overdo- sentralnervesystemet (inkl. sløvhet, forvirring, koma, takykardi Symptomatisk. Avhengig av svelget mengde, anbefales mage- for azelastin R01A C03 side d og flutikason: Glukokortikoider og kortikosteroid (flutikason). **Virkningsmekanisme:** kningsmekanismer og viser synergistiske effekter mhp. forbe- Flutikasonpropionat er et syntetisk trifluorinert kortikosteroid med antiinflammatorisk virkning. Azelastin har potent, langtidsvir- antiinflammatoriske egenskaper. Hemmer syntese eller frigjøring stadier av allergiske reaksjoner, f.eks. leukotriener, histamin, allergiske symptomer i løpet av 15 minutter. **Absorpsjon:** Etter snittlig C_{max} 194,5 ± 74,4 pg/ml for azelastin og 10,3 ± 3,9 pg/ml pg/ml pr. time for azelastin og 97,7 ± 43,1 pg/ml pr. time for 1 time for flutikason. **Proteinbinding:** Flutikasonpropionat: Distribusjonsvolum ca. 318 liter ved steady state. Azelastin: Eliminasjonshastigheten for i.v. administrert flutikasonpropionat plasmaclearance (Cl=1,1 liter/minutt). Maks. plasmakonsen- plasmakonsentrasjoner er forbundet med terminal halveringstid timer for den aktive metabolitten. **Metabolisme:** hovedsakelig via CYP 3A4. Azelastin metaboliseres hovedsa- Hovedsakelig via gallen. Azelastin: Utskillelse skjer hovedsa- moderat til alvorlig sesongrelatert og helårlig allergisk rhinitt kortikoid ikke er tilstrekkelig. **Refusjonskode:** ICPC: R97, allergisk **Vilkår nr.:** -. **Vilkår:** Ingen spesifisert. **Pakninger og priser:** kr. 678,50.

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 (07.10.2015), avsnitt 2.
2. Dymista SPC (07.10.2015), avsnitt 4.1.
3. Meltzer E et al. Int Arch Allergy Immunol 2013;161:369-377.
4. Dymista SPC (07.10.2015), avsnitt 5.1, Dymista.
5. Meltzer E et al. Allergy Asthma Proc 2012;33(4):324-332.