PAIDOS

TIDSSKRIFT FOR NORSK BARNELEGEFORENING 2017; 35 (3): 77-112

Humor i pediatrien



Norsk barnelegeforening
DEN NORSKE LEGEFORENING



1. Niggeman B, et al. Pediatr Allergy Immunol 2008;19:348–354. 2. Vandenplas Y, et al. 2011;Poster PAAM 49-P. 3. Nordiska Näirings Rekommendati oner 2012;22–23 (tabell 3).

Tilpasset for å dekke næringsbehovet hos spedbarn og litt eldre barn

Althéra er et sikkert og veltolerert valg for effektiv symptomlindring ved kumelkproteinallergi, med et innhold som følger gjeldende behandlingsanbefalinger.[1,2]

Nivåene av kalsium og D vitamin er tilpasset for å dekke behovet hos både spedbarn og de litt eldre barna. Dette innebærer at Althéra kan følge barnet over lengre tid, som gjør det enklere både for helsepersonell og foreldre.

Althéra er et nærings-middel til spesielle medisinske formål, brukes i samråd med helsepersonell.

VED SPØRSMÅL
ring vår kundeservice på
tlf. 81568332 eller 67817400

Informasjon til helsepersonell
www.nestlehealthscience.no

NestléHealthScience™

Engasjerte barneleger

Av Ketil Størdal. Leder, Norsk barnelegeforening.

Når dette leses, har det nye styret i Barnelegeforeningen hatt første møte. Ny redaktør har fått sitt første Paidos ut i post-kassene, og jeg har hatt mine første oppdrag som President of Norway. Gjør det noen forskjell om bjellesauen blir bytta ut?

Greit; metaforen halter på minst ett bein – bortsett fra at vi er ganske ålreite, har leger generelt lite til felles med sauer i flokk. For å låne en av Ole Bergs spissformuleringer: Vi har «mangelfullt utviklet underdanighetspotensiale» og lar oss ikke lede uten å vite hvor vi går. Nettopp det sikrer en ganske stø kurs for foreningen. Vi har mange som kan og vil lede an, og som sier ifra. Men sjøl om flokken neppe går seg bort, må noen gå foran med bjella. Nå er det min tur!

I Norge står barn sterkt, de slipper å havne bak i helsekøen. For de av oss som har jobbet under andre himmelstrøk, er ikke denne viktige prioriteringen innlysende. Trenger syke barn i Norge noen som hever stemmen?

Den nye pleiepengeloven viser dessverre at utestemmen trengs: De svakeste – som har sykdom som ikke kan behandles bort innen 1300 dager – kommer dårligst ut. Etter 2,5 år for begge, eller 5 år for en av foreldrene, er det slutt på ytelser fra staten. En unntaksordning kom inn i siste sving av Stortingets behandling, men praktiseringen kan åpne for betydelig skjønn og tolkning. Da blir vår stemme viktig: Vi må tale saken for barn med langvarig og alvorlig sykdom. Legens formuleringsstyrke eller foreldres bakgrunn og ork til å stå på skal ikke gi grunnlag for forskjeller. Vi vet at når pleiepengene tar slutt, vil kommunale ytelser variere sterkt om familien bor i Indre Kraftfjord eller på Armodsnes. Derfor oppfordrer vi alle kolleger til pleiepengeaktivisme: Meld inn eksempler på skjev praktisering av lovene – først gjennom å arbeide med konkrete saker kan vi få en god og enhetlig praksis til barnas beste.

NBF ønsker å ha en stemme i alle saker som handler om barns helse. I styringsdokumentet «Satsningsområder 2017-2021» har vi forpliktet oss til å være en *synlig aktør*. Vi skal bruke den posisjonen vi har for å ta ordet når det trengs og nå ut bredt - vi kan få gjennomslag. Men vi ønsker ikke å være rikssynsere med meninger om alt som involverer barn. Lettsolgte tabloide spissinger er bedre å holde igjen om vi skal bli tatt på alvor når det gjelder.

I noen saker har vi sterke faglige synspunkter. Skal vi som yrkesgruppe bli hørt, må vi være tydelige - og vi må være villige til å investere tid. Vi ønsker å være representert i fagutvalg og arbeidsgrupper, også når beslutningsprosessene kan være litt seige. Viktige synspunkter må fram – ikke bare arkiveres som høringsuttalelser. Noen ganger kan det være på sin plass å markere uenighet og gå egne veier.

Hva kan vi i styret gjøre for å fange din interesse som kollega? Som leser av Paidos' leder er du allerede i saksa! Vit bare at vi jobber også utenfor synsvidde, med tidvis trøttsomme høringer, i møter med andre organisasjoner og byråkrati, i svetting over milevis med eposter. Vi ønsker først og fremst at NBF skal være relevante - gjennom møter, Paidos, på nettsider og i sosiale medier. Vår viktigste ressurs er engasjerte medlemmer!

Etter Vårmøtet i Drammen er engasjementet hovedinntrykket jeg sitter igjen med. Sprudlende gode presentasjoner fra unge kolleger, spennende faglige diskusjoner, spontane innspill til Kloke Valg-kampanjen, uante kreative krefter – det viser at vi sammen har store ressurser. Så oppfordringen er: Vær synlig i NBF, fortell oss hva du er opptatt av!

Vi har gjennom snart 100 år hatt rikt tilfang på gode ledere i Barnelegeforeningen. Et flott styre er på plass for å bistå denne bjellesauen til kloke veivalg!



Ketil Størdal ny leder.

Frydblandet skrekk

Av Kari Holte. Redaktør, Paidos.



Kari Holte ny redaktør.

Hvordan si nei? Hold kanten av tungen mellom tennene. Lag lyd. Åpne kjeven litt på gløtt og lukk igjen mens du flytter lyden bakover i munnen. Jeg klarte det ikke: På tredje forsøk sa jeg ja. Og sånn ble jeg redaktør i Paidos. Takk for tilliten! Jeg gleder meg. Og er livredd...!

For hvordan lager man et blad som skal være interessant å lese for 1000 barneleger? Et blad som skal favne bredden fra den lille flisa i kuvøsen til den overvektige tenåringen, spriket mellom forblåste utkanter og oppblåste universitetssykehus, og 2500 kilometer fra Haugesund til Hammerfest? Ikke for tynt og ikke for tjukt. Faglig, men ikke for tørt. Seriøst, men morsomt å lese. Faktabasert, men med rom for tvil og refleksjon. Et blad som ikke skal være amen til menigheten, men utfordre og inspirere.

Heldigvis finnes det hjelp. Jeg hopper etter Wirkola x 2, men Wirkola heier og bidrar med tekster og gode råd. Anders og Stefan står fjellstøtt i redaksjonen. Stor takk for det! Nytt av året, er at Paidos også har fått kontaktpersoner på mange barneavdelinger. Vi ønsker oss enda flere både redaksjonsmedlemmer og kontaktpersoner: Meld deg gjerne på!

I denne utgaven går vi friskt ut med litt endret design. Vi prøver også med flere (mer eller mindre) faste spalter og mini-tema i hvert blad istedenfor et større temanummer årlig. Dette gir mindre variasjon i sidetall, og mer forutsigbare utgifter. Veien er brolagt med gode intensjoner. Men det har ingen hensikt å brolegge veien til Gokk hvis alle skal til et skauholt utenfor Hokksund. Tilbakemeldinger og ideer ønskes! Eller skriv artikkelen du har lyst til å lese, og send den til paidos@barnelegeforeningen.no.

Barn er flinke til å si nei. Ofte hyler de det også. Vrir seg unna og slåss for å slippe. Men barn er også nysgjerrige og morsomme. Hvis det er lek involvert, kan de tåle det utrolige. Mange av oss fortsetter å være litt sånn også i voksen alder. For å takle det tunge, trenger vi å tulle litt. Humor er overlevelsesstrategi. Lekenhet og fantasi kan være nyttige kvalifikasjoner for å etablere kontakt og tillit, eller avlede barn. Derfor tar vi tøys på alvor i dette bladet, og forsøker å belyse hvordan humor kan styrke det friske i det syke og bidra til en bedre hverdag for både barn, foreldre og helsepersonell.

> “Et blad som ikke skal være amen til menigheten, men utfordre og inspirere

Det var Vårmøtet i Drammen som inspirerte til humor som tema. Selv med dystert program - smerte, behandlingsbegrensning, palliasjon - vil møtet bli husket med latter. KLAM-filmen er sett mer enn 67 000 ganger på You Tube. Slå den! Og kos dere med bladet.



PS: Til alle som eventuelt tror at Paidos heretter blir et useriøst vitseblad, må jeg skuffe: Neste utgave får mini-tema ”Blålyspediatri” og blir langt mer alvorlig. Send inn bidrag!

PAIDOS

Paidos©2017
Fagpressens redaktørplakat ligger til grunn for utgivelsen. Signerte artikler og innlegg står for forfatterens egen regning, og samsvarer ikke nødvendigvis med redaksjonens eller Norsk Barnelegeforenings syns-punkter. Paidos forbeholder seg retten til å oppbevare og publisere artikler og annet materiale også på internett.

Paidos skal
- Sette fokus på viktige barnemedisinske tema
- Være et vindu for samfunn og media mot norsk barnemedisin
- Jobbe for økt interesse for barnehelse i et nasjonalt og internasjonalt perspektiv
- Være et medlemsblad for Norsk Barnelegeforening

ISSN: 0804-1687 © Norsk Barnelegeforening

Redaktør
Kari Holte (Sykehuset Østfold)
paidos@barnelegeforeningen.no

Redaksjonsmedarbeidere og kontaktpersoner
Anders Bjørkhaug (Red, Førde)
Stefan Kutzsche (Red, Kualalumpur)
Katrine Engen (Lillehammer)
Ina Helland (Ahus)
Ingrid Moldestad (Levanger)
Sveinung Larsen (StOlav)
Signe Hatteland (Kristiansand)
Kristoffer Hochnovski (Drammen)
Kristin Hodnekvam (Skien)
Anna Owczarz (Kristiansund)
Ingrid Wæraas Rønning (Hammerfest)
Hasse Bangstad (OUS)
Henrik Underthun Irgens (Nettverket)

Design og annonsesalg
Cox Oslo AS
Kongensgate 6, 0153 Oslo
E-post: ragnar.madsen@cox.no
Tlf. 92 84 84 02

Materiellfrister
Nr. 04/2017 – 13.11.2017
Nr. 01/2018 – 09.02.2018
Nr. 02/2018 – 11.05.2018

Opplag:
1400

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

79 **Leder**
Ketil Størdal

80 **Redaktør**
Kari Holte

82 **Endringer i lov om pleiepenger**
Kari Holte

84 **Presentasjon av nytt styre**

86 **Klamt i Drammen**
Anders Bjørkhaug, Torstein Vik, Lars Tveiten og Ellen Dalen Arnstad

90 **Barnelege – et sted mellom klovn og informasjonsbærer**
Nora Toiviainen

92 **Humor og tillit**
Elisabeth Helland Larsen

96 **Intervjuet: Trond Markestad**
Katrine Engen

100 **Dr. Leila Denmark (1898-2012)**
Stefan Kutzsche og Hildegunn Kutzsche,

104 **Norge rundt: Hammerfest**
Ingrid Wæraas Rønning

107 **Byråkrati til besvær**
Henrik Underthun Irgens, Torsten Baade Rø

109 **Bokomtaler**

111 **Highlights from Acta Paediatrica**

> “Dere er voksne, selvstendige barn alle sammen.
> Farmor

Forsidebildet: Fra KLAM. Foto: Joel Selvakumar.
Modell: Kristoffer Hochnowski, barnelege i Drammen.

Såpebobler er luft med en hinne av såpe. Største målte såpeboble hadde en diameter på 2,3 meter, og ble blåst i Tyskland i 1992. Såpebobler blåst av sykehusklovner kan være så seige at de sitter fast i håret hele resten av dagen. Du bør unngå å få såpevann i øynene.

Endringer i lov om pleiepenger

Stortinget har vedtatt endringer i pleiepengeordningen som trer i kraft fra 1.oktober. Barnelegeforeningen frykter at familiene til de aller sykeste pasientene våre vil sitte igjen med Svarte-Per. Hva må du vite om det nye regelverket?

Av Kari Holte, paidos@barnelegeforeningen.no

Den 21. april vedtok Stortinget å gjøre endringer i Folketrygdlovens kap.9 om pleiepenger. De nye regelverket innebærer radikale forandringer (se tekstboks). Enkelt forklart innebærer de vedtatte lovendringene at det blir lettere å få pleiepenger til barn som har kortvarig behov for tilsyn og pleie pga mindre alvorlige tilstander. Fordelen med dette er at pleiepengereglene vil harmonere langt bedre med barns lovfestede rett til å ha foreldrene hos seg når de er innlagt på sykehus. Samtidig blir det en betydelig innstramming av tilbudet til de aller svakeste: Familiene til barn med alvorlige kroniske eller langvarige lidelser.

Fem år kan synes lenge, men for barn som er i en ustabil situasjon over tid, kan pleiepengekvoten brukes opp allerede etter 2,5 år. Reduksjon av inntekt til 66% allerede etter ett år, vil nok også merkes svært godt av disse familiene som allerede har mer enn nok å bekymre seg for.

Før endringsforslagene ble behandlet av Stortinget, var det sendt ut et omfattende høringsskriv på 45 sider. Av dette fremgikk det at noe av målsetningen var å forenkle regelverket og redusere rommet for skjønn i saksbehandlingen. Et stort antall høringssvar – blant annet det fra Barnelegeforeningen – poengterte at familiene til de sykeste barna vil komme svært dårlig ut med den nye pleiepengeordningen. Dette førte til at en unntaksbestemmelse fikk flertall i Stortinget. Den lyder som følger: "Etter 1300 stønadsdager kan pleiepenger kun ytes til personer som har omsorg for barn under 18 år som på grunn av en livstruende sykdom eller skade har behov for kontinuerlig tilsyn og pleie. Dette gjelder ikke dersom sykdommen eller skaden er varig. Pleiepenger etter dette leddet ytes med 66 prosent av beregningsgrunnlaget."

Selv om det er bra at det åpnes for å gi pleiepenger til en større gruppe friskere barn, er det vanskelig å se at de nye lovene i praksis vil redusere rommet for skjønn. For hva er "kontinuerlig tilsyn og pleie"? Holder det at poden må være hjemme fra barnehagen? Og for de som – kanskje - omfattes av unntaksbestemmelsene: Hvor sikkert og snarlig må døden være forventet for at en tilstand er "livstruende"? Og hva er "varig"?

Hvordan tolkningen og praktiseringen av det nye regelverket for pleiepenger vil bli, er i det blå. Rundskriv fra Arbeids- og sosialdepartementet om dette er i skrivende stund ennå ikke tilgjengelige. Under en måned før loven skal iverksettes, er det lite informasjon å finne. NAV kan ikke svare – de venter på opplæring.

Det er altså mye vi ikke vet, men grunn til å frykte at familiene til mange av de sykeste pasientene våre, vil komme dårlig ut. Lovendringen har ikke tilbakevirkende kraft, og de tydeligste konsekvensene vil trolig først vise seg om rundt 2,5 år når de første familiene har brukt opp pleiepengekvoten. Men vær på vakt fra start – og meld eksempler på uheldige utslag av lovendringene og urimelige lovfortolkninger oppover i systemet!

Rent praktisk vil lovendringen innebære en betydelig økt arbeidsbelastning for oss i form av at barneleger må fylle ut bøttevis med flere pleiepengeattester. Nye er skjemaer er utarbeidet. Disse ser mer kompliserte ut enn tidligere, og det etterspørres detaljert informasjon om tilstand og pleietyngde. En enklere søknadsprosedyre er ønskelig. Ved korte sykehusinnleggelser og ukomplisert sykdom er det meningsløst byråkrati om vi må bruke mye tid på å forfatte skjematekster.

Mye tyder på at distribusjon av de nye pleiepengeattestskjemaene ikke har gått av seg selv. Det er også nye skjemaer for opplærings- og omsorgspenger. Det kan være lurt å sjekke med klinikksjef/IT-ansvarlig om nye skjemaer blir tilgjengelige i den elektroniske pasientjournalen på sykehuset ditt før loven innføres 1.oktober.

For ordens skyld: Endringene i pleiepengelovgivningen er ikke en del av humor-temaet i dette bladet.

> "Det er grunn til å frykte at familiene til barn med alvorlige kroniske eller langvarige lidelser vil komme dårlig ut.

Noen viktige endringer i ny lov om pleiepenger:

- Pleiepenger kan ytes - uavhengig av alvorlighetsgrad - når et barn trenger kontinuerlig tilsyn og pleie pga sykdom, skade eller lyte slik at foreldrene må være borte fra jobb.
- 7 karensdager bortfaller. Foreldre til alle barn som innlegges på sykehus, får rett til pleiepenger fra dag 1.
- Aldersgrensen for barnet utvides fra 12 til 18 år.
- Reglene for pleiepenger blir mer like sykepengeordningen med mulighet for gradering ned til 20%. Etter ett år reduseres ytelsene til 66%.
- Det er fastsatt en maksimal tid for hvor lenge foreldre kan motta pleiepenger for et barn på 1300 dager (5år). Det er mulighet for å "spare" og ta ut pleiepengedager over lengre tid etter dagkontomodell i inntil maksimalt 10 år.
- Hvis begge foreldrene pleier barnet samtidig, bruker de av den samme dagkontoen, og 1300 dager kan slik brukes opp på 2,5 år.
- Pleiepengeattest for de første 8 ukene må være fylt ut av sykehuslege. Etter 8 uker kan privatpraktiserende spesialist forlenge pleiepengeperioden.

Informasjon fra Helfo angående søknader om refusjon av utgifter til Synagis

Barnelegeforeningen har mottatt en henvendelse fra Helfo ved farmasøyt/seniorrådgiver Astrid Berbusmel angående søknader om refusjon av utgifter til Synagis. Mange søknader mangler viktige opplysninger, og dette skaper ekstraarbeid både for Helfo og legen som søker. Helfo innvilger refusjon på bakgrunn av NBFs retningslinjer for Synagis-behandling. Kun barn som fyller vilkårene i retningslinjen får innvilget refusjon. Med unntak for immunsvikt, må pasientene være under 2 år. Berbusmel minner om at følgende må tas med i søknadene:

Ad A: Premature barn (<GA 32+0)
For barn under ett år: Har barnet hatt behov for ekstra oksygen etter uke 36? For barn under 2 år: Har barnet behov for oksygen i hjemmet?

Ad B: Barn <2 år med annen alvorlig kronisk sykdom
Det må opplyses hvilken sykdom barnet har, og begrunnes hvorfor Synagis er nødvendig.

Ad C: Barn under 2 år med hjertesykdom
Obs: Det er forskjell på barn under ett år og de under to år! I første leveår er palliativ shunt, behandlingskrevende hjertesvikt eller moderat/alvorlig pulmonal hypertensjon indikasjon. I andre leveår kreves tillegg av annen alvorlig, kronisk sykdom.

Komplette retningslinjer for Synagis-behandling finnes i kapittel 3.19 "Vaksiner og immunprofylakse" i Generell veileder.

Dødlinje for neste Paidos er 13.november!

Har du tips til innhold – nyheter, faglig oppdatering, internasjonalt stoff, fun-facts, bokanmeldelser eller hva som helst annet?

Ta kontakt på mail:
paidos@barnelegeforeningen.no. Bladet får mini-tema "Blålyspediatri".

Pediaterdagene 2018 arrangeres i Trondheim 17.-19. januar!

Programmet inneholder blant annet godbiter om antibiotika, resistens og utbrudd av nosokomiale infeksjoner i nyfødtavdelinger, og en samarbeids-økt med BUP om vonde mager, utmattelse og overvekt. **Mark Benninga**, verdensguru på obstipasjon, kommer! Hold av datoene!

Presentasjon av nytt styre



Leder: Ketil Størdal
(leder@barnelegeforeningen.no)

Utflytta trønder med faglig hovedinteresse i gastroenterologi og global barnehelse. Uteksaminert fra UiO i 1991, spesialist i pediatri i 2000, PhD fra 2006. Jobber på Sykehuset Østfold (klinisk) og Folkehelseinstituttet (seniorforsker). Tidligere arbeidet ved Rikshospitalet og Ullevål, og internasjonalt i Botswana, Tanzania og Sierra Leone. Bor i Fredrikstad, er gift og har to voksne døtre. Ellers generelt opptatt av barn, kor og fred!



Nestleder: Elisabeth Selvaag
(nestleder@barnelegeforeningen.no)

Medisinerutdanning fra Bergen og Trondheim, ferdig i 1987. Innom flere spesialiteter og de fleste landsdeler før jeg bestemte meg for pediatri. Klinisk utdanning og erfaring fra Trondheim og Lillehammer. Fra 2011 klinikksjef ved Barne- og ungdomsklinikken på St.Olav's hospital. Opptatt av mangt, bl.a. sosial ulikhet i helse. Grunnlaget legges i barneårene, noe som bør være en motivasjon for prioritering av barn og unge.



Sekretær: Ina Hartløff Helland
(sekretaer@barnelegeforeningen.no)

Cand.med. UiT 2009. Turnustjeneste på Ahus og Finnøy før 3 år på Oslo Kommunale Legevakt. Fra 2014 jobbet som LIS på Barne- og ungdomsklinikken, Ahus. Bredt faglig interessert. Gift og mor til to gutter. Spiller håndball og fotball på meget lavt nivå.



Møtesekretær: Jan Magnus Aase
(motesekretaer@barnelegeforeningen.no)

Vokste opp i Oslo. Utdannet ved Universitetet Erlangen-Nürnberg i Bayern, Tyskland, ferdig 2003. Har jobbet som barnelege siden 2002, spesialist i barnesykdommer. Sideutdanning på anestesi, overlege på nyfødtintensiv. Interesseområder er neonatologi, akuttmedisin og barnekardiologi. Har forsket på smerter hos nyfødte, er engasjert i ferdighetstrening og har vært veileder på Zanzibar. Tilbringer ellers gjerne tid på vann og til fjells, både sommer og vinter.



Økonomiansvarlig: Eirin Esaiassen
(kasserer@barnelegeforeningen.no

Cand.med ved UiT i 2007. Begynte som LIS ved Barneavdelingen UNN Tromsø etter endt turnustjeneste. Fra vår 2014 vært stipendiat i forskningsgruppe for pediatri/infeksjon. Holder på med multisenterstudie om tarmfloraen til premature barn. Bredt faglig interessert. Gift. 2 barn.



Paidos-redaktør: Kari Holte
(paidos@barnelegeforeningen.no)

Nerdete speidertype oppvokst på Kongsberg. Cand.med. UiO 2001. LIS i anestesi fra 2003, men ble fanget av pediatrien under side-utdannelse i 2007. Overlege ved barneavdelingen på Kalnes (Østfold) fra 2013. Faglig potet med ekstra interesse for barnekardiologi og nyfødtmedisin. Holder på med PhD-prosjekt på nyfødtresuscitering i Tanzania. Gift og mamma til to flotte jenter.



Webansvarlig: Erling Tjora
(pedweb@barnelegeforeningen.no)

Postdoktorstipendiat og overlege ved seksjon for gastroenterologi og ernæring, Barne- og ungdomsklinikken, Haukeland universitets-sjukehus.



Ansvarlig for sosiale medier: Margrethe Greve-Isdahl
(some@barnelegeforeningen.no)

Cand.med. fra Universitetet i Bergen i 2000. Alltid ønsket å bli barnelege. LIS på Sykehuset Vestfold fra 2002, Rikshospitalet fra 2005, ferdig spesialist i 2007. D-stilling i barneonkologi. Endret kurs i 2014 og begynte å jobbe med oppfølging og drift av barnevaksinasjons-programmet på Folkehelseinstituttet. Gift, tre barn. Begrenset fritid tilbringes mest mulig på 'hytten' i Tønsberg, eller til sosialt samvær med venner og familie, reiser og trening.



Høringsansvarlig: Ida Knapstad
(horinger@barnelegeforeningen.no)

Cand. med. fra NTNU Trondheim i 2008. Trådde mine pediatriske barnesko ved UNN Tromsø, før jeg dro hjemover til sentrale østlandsområder. Jobber nå ved barneavdelingen Drammen/ Rikshospitalet. Bredt faglig interessert med fokus på barnerevma-tologi og -hemato/onkologi. Engasjert i internasjonal barnehelse og kvalitetsarbeid i helsetjenesten. Over gjennomsnittet glad i snø og styres tidvis av mottoet «Hvorfor sitte inne når alt håp er ute?»



Vara 1: Nicolay Mortensen
(vara1@barnelegeforeningen.no)

Sørlending bosatt i Bergen. Cand. med. UiB 2011, LIS i pediatri ved Haugesund sykehus før turnustjeneste, og ved Sørlandet sykehus Kristiansand etter. Arbeider fra våren 2017 ved Barne- og ungdomsklinikken, Haukeland Universitetssjukehus. Stor interesse for infeksjonssykdommer.



Vara 2: Zuzana Huncikova
(vara2@barnelegeforeningen.no)

Cand.med. fra Charles University i Praha, Tsjekkia. Arbeidet ved barneavdelingen i Kristiansand, deretter barneklinikken og anestesiavdelingen i Stavanger. Spesialist i pediatri fra 2014. Jobber som overlege på nyfødtavdeling på SUS, er også tillitsvalgt for nyfødtoverlegene. Nylig jobbet på NFI ved RH i 6 måneder. Interesser: Nyfødtmedisin og kardiologi. Samboer, mamma til 2 barn.

NYE ANBEFALINGER OM PREBIOTIKA

WAO anbefaler nå prebiotiske kostfibre til alle barn som ikke fullammes.[1]



Pepticate og Pepticate PLUS er de eneste hypoallergene melkeerstatningene på markedet som inneholder den unike prebiotiske kostfiberblandingen scGOS/lcFOS (9:1), som i kliniske studier viser en forebyggende effekt på allergiske symptomer.[2-4] Pepticate og Pepticate PLUS er mysebaserte, høygradig hydrolyserte produkter som brukes til barn med kumelkproteinallergi.

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

Referanser: 1. Cuello-Garcia CA, et al. World Allergy Organization-McMaster University Guidelines for Allergic Disease Prevention (GLAD-P): Prebiotics. World Allergy Organ J. 2016;9:10.doi: 10.1186/s40413-016-0102-7. **2.** Moro G, et al. A mixture of prebiotic oligosaccharides reduces the incidence of atopic dermatitis during the first six months of age. Arch Dis Child 2006;91:814-819. **3.** Arslanoglu S, et al. Early dietary intervention with a mixture of prebiotic oligosaccharides reduces the incidence of allergic manifestations during the first two years of life. J Nutr 2008; 138:1091-95. **4.** Arslanoglu S. et al, Early neutral prebiotic oligosaccharide supplementation reduces the incidence of some allergic manifestations in the first 5 years of life. J Biol Regul Homestos Agents 2012; 26:49-59.

WWW.KUMELKALLERGI.NO

NUTRICIA Pepticate

Nutricia Norge AS. Tlf: 23 00 21 00. E-post: nutricia@nutricia.no. www.nutricia.no



Klamt i Drammen

Dersom du mener overskriften har en negativt ladet tone, bør du helst lese hele teksten slik at jeg kan rette opp inntrykket. Nesten hele verden visste at Norsk barnelegeforening skulle holde Vårmøte i Drammen i år. 67 tusen visninger på YouTube, omtale i VG og Dagbladet. Drammen inviterer til fete foredrag, konsert og ølsmaking. Barnelegene i Drammen er ikke som andre barneleger. Ble det noe hooking også?

Tekst: Anders Bjørkhaug, med hjelp av Torstein Vik, Lars Tveiten og Ellen Dalen Arnstad – Foto: Anders Bjørkhaug og Joel Selvakumar

Jeg føler meg gammel nå. En slik pediater med grått hår, og kanskje litt måne. Nei, forresten, måne har jeg ikke enda. Men jeg husker faktisk forrige vårmøte i Drammen, i 2006. Jonas Fjeld og Aass bryggeri. Og videoene i pausene. Barnelegene i Drammen sitt forslag til ny LIS utdanning. Folk skrattlo. Trampeklapp. Og nå klarte de det igjen. 11 år senere sitter jeg i styret i NBF, som Paidosredaktør – og gleder meg til Vårmøtet! Seff! Drit i de grå hårene…

Avdelingsoverlegemøtet

Et privilegium å treffe slike gode kolleger som er med å drifte alle landets barneavdelinger. Avdelingsoverlegemøtene blir prioritert høyt, det viser deltakerprosenten. 5 barneavdelinger var ikke representert i år, men flere avdelinger stilte med flere representanter fra ulike seksjoner. Møtene er innholdsrike og tar opp viktige tema. Ny struktur for spesialistutdanningen var et av hovedtemaene. Læringsmålene for LIS3 blokken (som er spesialistutdanningen bl.a. for barneleger) har vært på høring, og det er kommet totalt 16 høringssvar for læringsmål for barnesykdommer. I løpet av årsskiftet skal disse være ferdigstilt, med planlagt oppstart fra 2019. Helseforetakene skal opprette egne regionale utdanningssentre som skal ha ansvar for å utvikle og gjennomføre læringsaktiviteter i egen region. Arbeidet med ny struktur for spesialistutdanning er svært omfattende, og vil være blant de største endringene i spesialistutdanningens historie.

Helsenorge.no sitt arbeid med felles portal for fagfolk og pasienter er i fremgang. Denne felles nettportalen har en standard mal for behandlingsforløp som er opprettet for en rekke forskjellige diagnoser/behandlinger. Dette kan lastes ned til de enkelte foretaks nettsider, med eventuelle lokale tilpasninger. St.Olavs Hospital, OUS og Helse Bergen har til nå vært de største leverandørene av fellestekst. Der eksisterer nå ca 1000 fellesartikler, men det er stor variasjon i hvilken grad de enkelte foretakene har tatt i bruk tilgjengelige fellestekster. Helsenorge.no ønsker svært gjerne tilbakemeldinger fra de ulike foretakene på tekster, spesielt ved behov for endringer. En egen arbeidsgruppe har laget forslag på ca 100 barnemedisinske diagnoser og behandlinger. Pasient- og foreldreinformasjon er viktig i arbeidet. Involvering av alle barneavdelinger er viktig. Styret vil arbeide med å opprette en redaksjon som inkluderer styret, KU og Helsenorge.no. Lokale barneavdelinger vil kunne stå for en del av det praktiske arbeidet. Oppfordrer interesserte i å lese igjennom eget referat fra møtet som ligger på barnelegeforeningens nettsider.



Festmiddag med mingling



«JOKKE LEVER!»



Paneldebatt



Beste vitenskapelige foredrag: Ida Stenshorne

> «På haikerens guide gjennom kromosom og helgenomsanalyser, ble noen lett andpusten

Vårmøtedagene

Etter avdelingssjef Anders Morken's egen åpning av Vårmøtet, ble Drammen sykehus godt presentert gjennom at Kristoffer Hochnowski oppsummerte 5 år med familiesentrert nyfødtomsorg. Avdelingen er fremdeles den eneste i Norge med utelukkende enerom, inklusive intensivrom, og har vekket internasjonal interesse. På fem år har en høstet positive og negative erfaringer i en slik total omlegging av det nyfødtmedisinske tilbudet. Sykemeldingsboomer har kommet og gått. Ting har etter hvert roet seg, hverdagen er mer harmonisk, og en har rukket å kjøre sammenliknende studier mot andre europeiske avdelinger med Family Centered Care.

Drammen har satt sammen et bredt program, ingen tvil om det. En del nyfødt, mye smerte, men absolutt lite gjesp og stønn fra forsamlingen. På haikerens guide gjennom kromosom og helgenomsanalyser, ble noen lett andpusten, før en dvelte mellom sci-fi og virkelighet i foredraget om CRIPSR, med Sigrid Bratlie fra Bioteknologirådet. Hvor går egentlig skillet mellom medisinsk behandling og "forbedring" av mennesket? På ingen måte klamt altså! Drammenserne kan fag.

Vi testet ut om drammenserne kunne jogge også. Flere representanter fra NBF-styret var i grunn fornøyd med turen opp til spiralen (ca 250 moh). Tempoet ble tilpasset en etterfølgende festmiddag. Blir dårlig dans med for mye CK i blodet… Og drammenserne KAN ROCKE også! Onsdagens grillfest på brygga gikk i og for seg rolig for seg. Noen nattbadere prøvde bygge opp stemningen, men de fleste tok dagen med stoisk ro, for å spare stemmebåndene til festmiddag og Valentourettes! Valentourettes… Nå føler jeg meg ung igjen. 16 år og ukysset. To fulle menn…rider igjen! Men så er man endelig voksen. Søvnløs om natten og bevisstløs om dagen… på vårmøte i Drammen! Vel ikke helt på den måten, men en fet konsert var det!!!

Frie foredrag

Prisen for beste vitenskapelige foredrag på Vårmøtet ble tildelt Ida Stenshorne fra Drammen for foredraget «CAPOS syndrom -en gutt med nevrologiske symptomer ved feber». Medforfattere var Magnhild Rasmussen, Kaja Selmer og Jeanette Koht.

Komiteen som bedømte de frie foredragene var veldig imponert over det høye nivået på alle innleggene! Alle var svært interessante og lærerike, og fremføringene var imponerende. Man kan derfor si at det paradoksalt nok var en utakknemlig oppgave å skulle rangere disse.

Vinnerforedraget handlet om en gutt som i barndommen, i forbindelse med feberepisoder, mistet oppnådde psykomotoriske ferdigheter, men som langsomt hentet inn noe av det tapte og nå var «relativt velfungerende». Ikke før han var 19 år gammel ble diagnosen stilt: CAPOS syndrom. Forkortelsen står for Cerebellar ataxi, Arefleksi, Pes cavus, Opticus atrofi og Sensorinevronalt hørselstap. Tilstanden forårsakes av en heterozygot variant i ATP1A3 genet. Det er visstnok bare beskrevet 25 pasienter med denne varianten, men som både vinneren og andre forfattere understreket: Hver for seg er sjeldne tilstander, sjeldne, men til sammen utgjør de en viktig del av pediatrien. Familien var takknemlig for at man fikk en diagnose, og kasuistikken viste dermed – som også flere av de andre innleggene gjorde – at det er viktig å ikke gi opp diagnostisk utredning ved uklare sykdomsbilder. Foredragsholderen presenterte kasuistikken på en fin måte som inkluderte video, slik at tilhørerne fikk et godt inntrykk det kliniske bildet, og av hva som lå i begrepet «relativt velfungerende». Det var til slutt den elegante presentasjonen som gjorde at Stenshornets foredrag gikk av med seieren.

(Bedømmelseskomiteen besto av Marianne Skreden, Skien, Lars Tveiten, Elverum og Torstein Vik, Trondheim.)

En gjeng med dyktige, inspirerte og inspirerende LIS! Fordragene var nyttige og interessante, og foredragsholderne holdt tiden og var flinke til å svare på spørsmål. Lykke til videre, neste år håper vi at også noen mannlige LIS vil delta.

Vinneren av det vitenskapelige innlegget ble Annette Olsen, LIS Østfold, med innlegget: "Lystgass ved prosedyrer på barn og ungdom". Det var 4 svært gode vitenskapelige innlegg med stor og spennende variasjon i temaene fra klinisk forskning til basalforskning, noe vi i bedømmelseskomiteen likte godt! Vi i komiteen hadde en diskusjon oss i mellom før vi konkluderte. Vinneren hadde en klar problemstilling og god metode, som gav klart svar på spørsmålet som var stilt. Konklusjonen kunne trekkes ut ifra resultatene. Resultatene i undersøkelsen som var gjort, har stor nytteverdi for det pediatriske miljøet i Norge. Vinneren hadde god formidlingsevne, presenterte klart og entusiastisk, og svarte tydelig og klart på spørsmål. Vi gratulerer! Komiteen for bedømmelse av de vitenskapelige innleggene bestod av: Guro L. Andersen, Tønsberg, Jan Petter Odden, Fylkeslege Oslo og Akershus, og Ellen Dalen Arnstad, Levanger.

> På ingen måte klamt altså!

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

INJEKSJONSVÆSKE, *oppløsning i ferdigfylt penn (KwikPen) 100 E/ml:* *1 ml inneh.:* Insulin glargin 100 E (enheter), sinkoksid, m-kresol, glyserol, natriumhydroksid, saltsyre, vann til injeksjonsvæsker. **INJEKSJONSVÆSKE, *oppløsning i sylinderampulle 100 E/ml:*** *1 ml innehold.:* Insulin glargin 100 E (enheter), sinkoksid, m-kresol, glyserol, natriumhydroksid, saltsyre, vann til injeksjonsvæsker. **Indikasjoner:** Diabetes mellitus hos voksne, ungdom og barn ≥2 år. **Dosering:** Individuell. Administreres s.c. 1 gang daglig når som helst i løpet av døgnet, men til samme tid hver dag. Styrken angis i enheter som er spesifikke for insulin glargin og er ikke det samme som IE eller enhetene til andre insulinanaloger. Insulin glargin kan også gis sammen med perorale antidiabetika ved type-2 diabetes. ***Omstilling fra andre insuliner til insulin glargin:*** Ved bytte fra insulin med middels eller lang virketid kan det være nødvendig å endre basalinsulindose samt justere dose og tidspunkt for annen antidiabetisk behandling. Ved bytte fra NPH-insulin 2 ganger daglig til Abasaglar 1 gang daglig, bør daglig dose basalinsulin reduseres med 20-30% de første ukene for å redusere risikoen for hypoglykemi om natten og tidlig om morgenen. Abasaglar og Toujeo (insulin glargin 300 enheter/ml) er ikke bioekvivalente og ikke direkte byttbare. Pasienter som endrer sin basalinsulinbehandling fra Toujeo 1 gang daglig til Abasaglar 1 gang daglig, bør redusere dosen med ca. 20%. I løpet av de første ukene skal reduksjonen, i alle fall delvis, kompenseres med en økning av måltidsinsulin. Nøye metabolsk kontroll anbefales ved omstilling og i de påfølgende ukene. Med bedret metabolsk kontroll og påfølgende økt insulinfølsomhet kan ytterligere dosejustering bli nødvendig. Ved høy insulindose pga. antistoffer mot humaninsulin kan bedret insulinrespons sees med insulin glargin. ***Spesielle pasientgrupper:*** Nedsatt lever-/nyrefunksjon: Insulinbehovet vil kunne være redusert. Barn og ungdom: Ingen studier hos barn <2 år. Eldre ≥65 år: Tiltagende forverring av nyrefunksjonen vil kunne gi jevn nedgang i insulinbehovet. ***Tilberedning/Håndtering:*** Bruk kun klare, fargeløse oppløsninger med vannlignende konsistens uten synlige partikler. Frosset preparat skal ikke brukes. Skal ikke blandes med annet insulin eller fortynnes. KwikPen ferdigfylt penn: Bruksanvisningen i pakningsvedlegget skal følges nøye. Skal kastes når den er tom, iht. korrekt avfallshåndtering av legemidler. Sylinderampuller: Skal kun brukes i Lilly penn til flergangsbruk. Følg pennens bruksanvisning. ***Administrering:*** Injiseres s.c. i abdomen, lår eller deltoid på samme tidspunkt hver dag. Skal ikke gis i.v. Injeksjonssted skal roteres innen et injeksjonsområde (byttes fra den ene injeksjonen til den neste). **Forsiktighetsregler:** Skal ikke brukes til behandling av diabetisk ketoacidose. Ved utilstrekkelig glukosekontroll, eller ved tendens til hyper- eller hypoglykemiske episoder, må pasientens oppfølgning av behandlingsopplegg, injeksjonssted og korrekt injeksjonsteknikk, samt alle andre relevante faktorer vurderes før dosejustering vurderes. Særlig forsiktighet hos pasienter der hypoglykemi kan ha spesiell klinisk betydning og der varselsymptomene på hypoglykemi er redusert. Overføring til ny insulintype eller nytt insulinmerke krever grundig medisinsk oppfølging. Endring i styrke, merke, type, opprinnelse og/eller produksjonsmetode kan føre til behov for dosejustering. *Hypoglykemi:* Se SPC. Den lange virketiden av s.c. insulin glargin kan forsinke bedringen etter hypoglykemi. *Samtidig bruk med pioglitazon:* Hjertesvikt er sett ved samtidig bruk av pioglitazon og insulin, spesielt hos pasienter med risikofaktorer. Hvis denne kombinasjonen brukes, bør pasienten observeres mht. symptomer på hjertesvikt, vektøkning og ødem, og pioglitazon seponeres ved forverring. **Interaksjoner:** For utfyllende informasjon fra Legemiddelverket om relevante interaksjoner, se A10A E04. Legemidler som kan gi økt risiko for hypoglykemi: Perorale antidiabetika, ACE-hemmere, disopyramid, fibrater, fluoksetin, MAO-hemmere, pentoksyfyllin, propoksyfen, salisylater, somatostatinanaloger og sulfonamidantibiotika. Legemidler som kan redusere den blodsukkersenkende virkningen: Kortikosteroider, danazol, diazoksid, diuretika, glukagon, isoniazid, østrogener og progestogener, fentiazinderivater, somatropin, sympatomimetika, thyreoideahormoner, atypiske antipsykotika samt proteasehemmere. Betablokkere, klonidin, litiumsalter eller alkohol kan enten potensere eller svekke insulinets blodsukkersenkende virkning. Pentamidin kan gi hypoglykemi som i noen tilfeller etterfølges av hyperglykemi. Under påvirkning av sympatolytiske legemidler, f.eks. betablokkere, klonidin, guanetidin og reserpin, kan tegnene på adrenerg motregulering svekkes eller utebli. **Graviditet, amming og fertilitet:** *Graviditet:* Bruk kan vurderes under graviditet. Nøye glukosekontroll er viktig. Insulinbehovet kan falle i 1. trimester og stiger normalt igjen i 2. og 3. trimester. Umiddelbart etter fødselen faller insulinbehovet raskt. Amming: Overgang i morsmelk er ukjent. Metabolske effekter hos diende barn er ikke forventet. Det kan være nødvendig å justere insulindose og diett. Fertilitet: Dyrestudier indikerer ikke direkte skadelige effekter. **Bivirkninger:** *Svært vanlige (≥1/10):* **Endokrine: Hypoglykemi.** *Vanlige (≥1/100 til <1/10):* Hud: Lipodystrofi, som oftest lipohypertrofi (ved gjentatt injeksjon på samme sted). Reaksjoner på injeksjonsstedet (rødme, smerte, kløe, utslett, hevelse eller inflammasjon) går vanligvis over i løpet av et par dager/uker. Erfaring indikerer at pasienter <18 år har høyere frekvens av reaksjoner og smerte på injeksjonsstedet enn pasienter >18 år. *Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100):* Hud: Lipoatrofi. *Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000):* Immunsystemet: Allergi. Straksallergiske reaksjoner (hudreaksjoner, angioødem, bronkospasme, hypotensjon, sjokk), kan være livstruende. Antistoffdannelse, som kan nødvendiggjøre dosejustering. Øye: Nedsatt syn, retinopati. En markert endring i blodglukosekontrollen kan gi forbigående synssvekkelse pga. midlertidig endring i linsens turgiditet og brytningsindeks. Intensivert insulinbehandling med plutselig bedring i blodsukkerkontroll kan gi temporær forverring av diabetesretinopati. Natriumretensjon og ødem, spesielt ved intensivert insulinbehandling etter tidligere dårlig metabolsk kontroll. *Svært sjeldne (<1/10 000):* Muskel-skjelettsystemet: Myalgi. Nevrologiske: Smaksforstyrrelse. Rapportering av bivirkninger. **Overdosering/Forgiftning:** *Symptomer:* Alvorlig og ibland langvarig og livstruende hypoglykemi. Behandling: Milde tilfeller: Oralt inntak av karbohydrater. Ev. justering av dose, matinntak eller fysisk aktivitet. Alvorlige episoder med koma, kramper eller nevrologisk svekkelse: Glukagon i.m./s.c. eller konsentrert glukose i.v. Fortsatt karbohydrattilførsel og observasjon kan bli nødvendig fordi hypoglykemi kan opptre på nytt etter tilsynelatende klinisk bedring. Se Giftinformasjonens anbefalinger for insulin og analoger A10A. **Egenskaper:** *Virkningsmekanisme:* Blodsukkersenkende ved å stimulere perifert glukoseopptak, særlig i skjelettmuskulatur og fettvev, og hemming av glukoseproduksjonen i lever. Hemmer lipolyse i fettceller, hemmer proteolyse og øker **proteinsyntesen.** *Absorpsjon:* Langsom og forlenget sammenlignet med humant NPH-insulin. Foreligger oppløst ved lav pH. Den sure oppløsningen nøytraliseres etter s.c. injeksjon, og det dannes mikroutfellinger som kontinuerlig frigjør små mengder insulin glargin. Dette gir en jevn, flat og forutsigbar konsentrasjons-/tidsprofil med forlenget virkningstid. Steady state etter 2-4 dager. *Halveringstid:* Sammenlignbar med humaninsulin ved i.v. administrering. *Metabolisme:* Raskt etter s.c. injeksjon til 2 aktive metabolitter, hvorav den ene er hovedsubstans i plasma og gir trolig i hovedsak effekten. Eksponeringen øker med gitt dose. **Oppbevaring og holdbarhet: Før bruk:** Oppbevares i kjøleskap (2-8°C) i ytteremballasjen. Skal ikke fryses. Etter anbrudd: Oppbevares inntil 28 dager i romtemperatur (<30°C), beskyttet mot direkte varme og lys. Penner i bruk skal ikke oppbevares i kjøleskap eller fryser.

Abasaglar, INJEKSJONSVÆSKE, oppløsning i ferdigfylt penn:
Styrke: 100 enheter/ml:
Pakning: 5x3ml (ferdigfylt penn, KwikPen) **Varenr:** 448060. **Pris:** 506,10 kr. **R.gr.2** C. **Refusjon:** A10AE04_1
Pakning: 5x3ml **(sylinderamp.) Varenr:** 138421. **Pris:** 506,10 kr. **R.gr.2** C. **Refusjon:** A10AE04_1

Sist endret: 10.03.2017. (priser og ev. refusjon oppdateres hver 14. dag).
Basert på SPC godkjent av SLV: 19.01.2017. **Pris per** 08.05.2017

REFERANSER:
1. Ignaut D, Opincar M, Lenox S et.al. FlexPen® and KwikPen™ Prefilled Insulin Devices: A Laboratory Evaluation of Ergonomic and Injection Force Characteristics. J Diabetes Sci Technol. 2008 May; 2(3): 533–537 **2.** EMA Assessment Report 2014 http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Annual_report/2015/04/WC500186306.pdf per 18.01.2017. **3.** Abasaglar SPC. 19.01.2017. **4.** Lantus SPC . 17.02.2017 **5.** http://www.felleskatalogen.no/medisin/abasaglar-lilly-606146 per 08.05.2017. http://www.felleskatalogen.no/medisin/lantus-sanofi-aventis-560832 per 08.05.2017. **6.** FDA. Guidance for Industry. Scientific Considerations in Demonstrating Biosimilarity to a Reference Product. April 2015. **7**. Abasaglar SPC avsnitt 4.2. 19.01.2017 . **8.** Abasaglar SPC avsnitt 4.8. 19.01.2017.

PP-IG-NO-0001

Eli Lilly Norge A.S,
Innspurten 15, Postboks 6090 Etterstad, 0601 Oslo
Tlf: 22 88 18 00, Faks: 22 88 18 50, www.lilly.no

Nå også i ampuller

▼ABASAGLAR®:

NORGES FØRSTE BIOTILSVARENDE INSULIN



Enkelt å bruke og enkelt å administrere - i en ferdigfylt KwikPen[1]

	Abasaglar®	Lantus®
Tilsvarende virkning[2]	✓	✓
Tilsvarende bivirkningsprofil[2]	✓	✓
Samme dosering[2]	✓	✓
Tilsvarende SPC[3,4]	✓	✓
Samme refusjonsvilkår[5]	✓	✓
Forskjell i priser[5]	kr. 506,10	kr. 556,00

Bestill Abasaglar® demopenn og støttemateriell på abasaglar.no

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

Abasaglar skal administreres én gang daglig når som helst i løpet av døgnet, men til samme tidspunkt hver dag.[7] Hypoglykemi er vanligvis den hyppigst forekommende bivirkning ved insulinbehandling og kan inntreffe hvis insulindosen er for høy i forhold til insulinbehovet.[8]

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

REFUSJON VED TYPE 1-DIABETES
Vilkår 180: Refusjon ytes kun til pasienter som ikke oppnår behandlingsmålene til tross for optimal behandling med middels langtids-virkende NPH-insulin på grunn av: - hyppige eller alvorlige nattlige følinger som skyldes insulinbruken - store blodsukkersvingninger som ikke gjør det mulig å oppnå akseptabel blodsukkerkontroll

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

For type 2-diabetes kan man søke om individuell refusjon.

▼abasaglar
insulin glargin
100 enheter/ml

Barnelege – et sted mellom klovn og informasjonsbærer



Nora Toiviainen har intervjuet fire pediatere for å studere barnelegers bruk av humor.

Barnelegerollen har utviklet seg fra litt skummel og autoritær til mer imøtekommende og morsom. Endringen ser ut til å være i alles favør.

Av: Nora Toiviainen, student ▪ nora.toivainen@gmail.com

Hvordan bruker barneleger humor i sin rolleutøvelse? Hvilken effekt har dette på legens identitet og legens relasjoner? Slik lyder problemstillingen i min ganske nylig leverte bachelor-oppgave. I vinter begynte skrivingen for å få en grad i Kultur og kommunikasjon, en tverrfaglig linje på Universitetet i Oslo. Fagene består av sosiologi, psykologi, sosialantropologi og medievitenskap. Denne kombinasjonen gjør at det er stor bredde i hva man kan skrive om. Jeg hadde flere ideer, noen bedre enn andre, og var ganske forvirret helt til jeg fikk se filmen KLAM, barnelegers versjon av SKAM. Det var da alt falt på plass: Barneleger og deres bruk av humor, det er det jeg skal skrive om!

Slik ble det til at jeg skrev en oppgave om noe jeg visste lite om fra før: Barneleger og deres verden. For å kunne løse problemstillingen jeg hadde satt opp, arrangerte jeg intervjuer med fire barneleger, to kvinner og to menn. Disse intervjuene ble metoden i oppgaven, og empirien jeg formulerte konklusjoner fra. I en bacheloroppgave holder det selvfølgelig ikke bare å gjengi hva om har blitt sagt i intervjuer. For å forstå hvorfor barnelegene gjør som de gjør, og hva effekten er, trenger man teorier. Jeg vil ikke gå i dybden av disse, da dere lesere sikkert ikke er så kjent med sosiologisk og psykologisk teori, men en kort gjennomgang kan være greit for å forstå konklusjonene.

> “Det er jo også et uttrykk for at jeg er trygg, det at jeg kan stå å le av meg selv foran dem.

Kan en barnelege være morsom?

Jeg brukte to sosiologiske teorier, i tillegg til å supplere med noen sosialpsykologiske innspill. For å forstå noe av makro-strukturen rundt barnelegen (det vil si de større rammer rundt individet) brukte jeg Michel Foucault sin diskursteori. Ved hjelp av denne teorien kunne jeg redegjøre for hvordan medisin som utdanning og sykehuset som institusjon setter visse rammer for hvordan barnelegen kan og bør oppføre seg. Denne teorien ser individet som svært determinert. De færreste vil nok godta at individet knapt velger handlingene sine selv. Barneleger er ikke pre-programmerte roboter som gjengir medisinsk info slik det blir lært på medisinstudiet (håper jeg!). Likevel setter konteksten noe grenser for hva han eller hun kan gjøre.

For å få med legenes mer frie handlingsvalg brukte jeg en teori formulert av Erving Goffmann. I hans teori har begrepet ”rolle” en sentral funksjon i forklaring av individers atferd. Dette aspektet fokuserer mer på mikrosystemer; det som skjer mellom individer. Det er her hovedvekten av min analyse er fokusert.

Så langt vet vi at legenes kontekst setter noen rammer for hvordan de kan oppføre seg, noe som former legerollen. Er det plass for humor i denne rollen?

Goffmann bruker begrepet rolle som i et teater: Du er på scenen og publikum har visse forventinger til hva du skal gjøre. En sosial rolle oppstår når en opptreden gjentas for samme type publikum flere ganger. Med denne definisjonen kan vi definere lege som en sosial rolle. Legenes scene er pasientmøtene, og pasientene har forventninger til adferd og kommunikasjonsformer. Men legen er ikke bare i møter med pasienter i løpet av en arbeidsdag. Tid tilbringes også på kontoret, i korridorer og kanskje i kantinen, sammen med kollegaer. Her kan vi si at legen er ”backstage”. Han eller hun



har gått av scenen og kan oppføre seg noe annerledes enn når pasient og pårørende er tilstede.

Ufarliggjøre og bearbeide

Dette fører oss til oppgavens konklusjoner. Moderne samfunnsutvikling har ført til at humor har en annen plass på sykehuset enn tidligere. Studier har vist at humor og latter har gode effekter på helse, og man kan finne sykehusklovner på de fleste barneavdelinger. Likevel er hvordan man bruker humor på en barneavdeling veldig kontekstuelt.

Når barnelegen er i møte i med pasient, når han eller hun opptrer ”frontstage” brukes en ufarlig humor, gjerne enkle vitser om været eller unormal bruk av stetoskop, for å ufarliggjøre situasjonen både for barnet og pårørende. Jeg lar en av mine informanter å utdype: ”Det er jo også et uttrykk for at jeg er trygg. Det er jo det at du kan stå og le av deg selv foran dem uten at man er redd for å miste sin respekt eller rolle av den grunn, da. Det er en måte å få litt kortere avstand til pasient og pårørende på.”

Når legen er ”backstage”, for eksempel på kontoret med en kollega, kan det derimot brukes en ”farligere” type humor. Her kan det tulles om død og sykdom, ting som man absolutt ikke kan tulle med foran pasient. Dette fungerer som en måte å lufte frustrasjoner og er en type ”overlevelsesmekanisme”. Jeg lar igjen en av mine informanter utdype: ”Hvis man har hatt noen tunge møter med en pasient så er det en måte å bli ferdig med historien på, å få snakket om det, men med et litt morsomt blikk så det ikke blir så dystert.” I tillegg

“Personer med god humoristisk sans har også en rekke andre positive karaktertrekk, som blant annet høy intelligens.”

> “Det er vanskelig å ikke like en barnelege.

tuller legene mye med hverandre når de er ”backstage”, noe som styrker kollegiale bånd og fører til bedre miljø.

Drømmen om å være klovn

Avslutningsvis vil jeg dele et utdrag fra oppgaven som jeg tror vil være interessant for barneleger å lese. Her sluttes min siste konklusjon:

”På tross av at humor har mange praktiske funksjoner for barnelegene, har jeg gjennom intervjusamtalene fått inntrykk av at den mer lystige og humoristiske personligheten deres er en av grunnene til at de valgte å bli nettopp barneleger. Med andre ord er ikke en humoristisk fasade noe de må anstrenge seg for å holde: ”Det er en kollega av meg som sa ’ja, alle barneleger drømmer jo om å få være sykehusklovn og slippe ansvaret og bare gjøgle og tulle.’” At den autoritære legen på barneavdelingen har blitt erstattet med en mer avslappet lege med en vits på lager, ser ut til å være i alles favør. Studier har vist at vi har en tendens til å anta at personer med god humoristisk sans også har en rekke andre positive karaktertrekk, som blant annet høy intelligens og at de er interessante, hensynsfulle, kreative og emosjonelt stabile. I tillegg har andre studier vist at en god sans for humor er en av de karaktertrekkene som blir satt høyest når personer skal rangere ønskelige trekk hos både venner og eventuelle partnere. Det ser ut til at en midlertidig konklusjon kan sluttes: Det er vanskelig å ikke like en barnelege.”



Legene tuller mye med hverandre når de er ”backstage”, noe som styrker kollegiale bånd og fører til bedre miljø.



Etter 18 års drift teller Sykehusklovnene over tredve profesjonelle scenekunstnere som har spesialisert seg i å klovne på sykehus.
Foto: Anders Nilsen

Humor og tillit

Elisabeth Helland Larsen er sykehusklovn, barnebokforfatter og mamma. Paidos utfordret henne til å skrive en tekst til oss barneleger om humor i pediatrien. Den endte med å handle like mye om tillit. Hva kan en barnelege lære av en klovn?

Tekst: Elisabeth Helland Larsen, sykehusklovn og forfatter ▪ www.allnoses.no **Foto:** Anders Nilsen (s 92-93) og Ida Brekke (s 94)

Alle utøverne i Sykehusklovnene er profesjonelle scenekunstnere som har spesialisert seg innen faget sykehusklovning. Sykehusklovnenes mål er å mobilisere barn og unges værekraft i møte med helsevesenet. Vi ønsker å skape positive opplevelser sammen med foresatte og ansatte. Klovnene blir brukt mer og mer i tverrfaglig samarbeid på sykehusene og bidrar blant annet til å redusere frykt, og bruk av bedøvelse og tvang i enkle prosedyrer. Vi kan ikke gjøre noe med barnets situasjon, men vi kan gjøre noe med opplevelsen av å være på sykehus. Hver eneste dag ser vi at gode opplevelser kan skape gode ringvirkninger for alle involverte. Etter atten års drift teller vi i dag over tredve sykehusklovner fordelt over hele landet. Ved siden av å videreutvikle vårt eget fag har vi også opparbeidet oss en bred kompetanse innen kommunikasjon med barn og unge som vi gledelig deler med andre.

For man trenger ikke å være verken skuespillerutdannet eller klovn for å skape gode møter mellom mennesker. Det fantastiske er at de aller fleste av oss er født med gode sosiale antenner og en dose kreative evner. Vi har alle en stor verktøykasse med lek, fantasi, humor, musikalitet, undring og poesi inni oss som vi burde tørre å hente frem litt oftere. I møte med barn og unge er det viktig at vi som voksne våger å gi litt av oss selv. Vi mister verken faglighet eller troverdighet ved å vise at også vi er sårbare og villige til å le litt av oss selv når det trengs. Bivirkningene av både humor og lek er utelukkende positive! Med senkede skuldre er det også lettere å hente frem livsgnisten som kan hjelpe til med selvregulering.

For meg trengs det bare ett ord for å beskrive god kommunikasjon; tillit. Et godt møte handler om tillit, enten du har på deg klovnedrakt eller hvit frakk. Tillit får vi om vi bruker de ekstra minuttene det tar "å tune inn" på de vi skal møte. Tillit vinnes med ærlighet og gjensidig respekt mellom mennesker, uansett størrelse. Små mennesker helt fra babystadiet legger sine liv i våre voksne hender. Dette er allerede tillit på aller høyeste plan. Så er det vårt ansvar som voksne å se hvert enkelt barn og finne broene som skaper trygghet mellom oss.

Kroppsspråk, stemmebruk, øyekontakt, pust, plassering i rommet er alle viktige faktorer i tilnærming og kommunikasjon. Samhandling med de yngste barna handler ofte om undring, musikalitet og fantasi. Tillit kan åpenbare seg gjennom et smil, en high five eller en ball som blir tatt imot av små hender. I møte med eldre barn og ungdom har man muligheten til å dykke ned i all slags kreativitet og oppfinnsomhet og veksle mellom både humor og alvor.

> "Bivirkningene av humor og lek er utelukkende positive!

Noen ganger kan tilliten mellom barn og voksne brytes selv om man tror at man handler i beste hensikt. For noen år siden var jeg hos en barnelege som var spesialisert på allergi sammen med min datter på fem. Han fortalte pedagogisk hva han skulle gjøre i forkant av alt han utførte og hun kvitterte med å være pliktoppfyllende. Hun gjorde det han ba om fordi han behandlet henne som en likeverdig - inntil den aller siste undersøkelsen. Da sa han bare: "Kan du gape høyt og stikke tungen frem?" Datteren min gjorde som hun fikk beskjed om og legen fortet seg å stikke tungespatelen ned i halsen på henne uten forvarsel. Femåringen fikk kvelningsfornemmelse og tårene rant nedover kinnene hennes selv om hun fortsatt ikke protesterte høylytt. "Det var ikke noe godt" utbrøt jeg i sjokk. "Det var en grunn til at jeg gjorde dette helt til slutt" smilte han.

Jeg tenkte masse på denne episoden i ettertid og hadde lyst til å skrive et brev til denne barnelegen som møter hundrevis av barn hver uke. Hadde han forberedt min datter på den siste ubehagelige undersøkelse, hadde hun knyttet de små nevene sine og forberedt seg hun også. Så kunne vi snakket om det før og etter, og kanskje avsluttet med en positiv opplevelse før vi gikk ut døren. Slike tillitsbrudd kan skape en generell skepsis mot både leger og voksne generelt.

> “Det er vårt ansvar som voksne å se hvert enkelt barn og finne broene som skaper trygghet mellom oss.

”Vi har ikke tid til å leke eller bruke tiden på tull,” tenker kanskje mange i en presset arbeidssituasjon. Men noe vi alle vet er at når kommunikasjonen ikke fungerer mellom barn og voksne kan en prosedyre ta evigheter å gjennomføre. Et besøk på sykehus skal ikke ha samme effekt som et besøk på sirkus, men oppnår man gode førstemøter kan man legge solide grunnsteiner i en kontakt som skal vare livet ut.

Etter å ha jobbet med barn og unge i unntakstilstand på sykehus, i flyktningeleirer og på asylmottak i 25 år har jeg hatt et behov for å skape noe konkret ut av alle møtene som forsvinner i nuet. Resultatet ble de tre billedbøker: ”Jeg er Døden”, ”Jeg er Livet” og ”Jeg er Klovnen”. Ambisjonen med bøkene var å virvle opp store temaer slik at vi kan tilnærme oss både livet, døden og klovnen (som et symbol på mennesket) på en ærlig, varm og leken måte. Dette er også tre av hovedingrediensene i sykehusklovnenes tilnærming til mennesker: Ærlighet, varme og lekenhet. Kanskje kan vi som går litt på kryss og tvers i korridorene inspirere andre som jobber med mennesker til å leke litt mer og tørre å bruke humor på jobben! Som vår ungdomsambassadør Max uttalte da han var syk: ”Plutselig kan alle trenge en klovn!” Vi i Sykehusklovnene blir i alle fall inspirerte av alle de flotte og dyktige menneskene som jobber i norsk helsevesen og er takknemlige for å få være med å gjøre hverdagen for barn og unge på sykehus litt lettere.



Tre av hovedingrediensene i sykehusklovnenes tilnærming til mennesker er: Ærlighet, varme og lekenhet.
Foto: Ida Brekke



Alle solstråler

FORTJENER EN GOD START!

For å utvikles slik man skal, må man få i seg den næring man trenger. Da er smaken viktig. Resource® MiniMax er en næringsdrikk med et fullverdig innhold med gode og milde smaker av sjokolade, jordbær og banan/aprikos. Innholdet er laget på økologisk melk og fløte.

Anbefal Resource MiniMax til alle små solstråler som trenger litt ekstra energi med god smak!

MiniMax er et næringsmiddel til spesielle medisinske formål og skal brukes i samråd med helsepersonell.

For produktspørsmål ring: 81568332.

Informasjon til helsepersonell

NestléHealthScience

Grunnmureren

I 1999 måtte han "hemmat" til Toten. 16 år etter at han forlot sjefsstolen ved Barneklinikken på Haukeland legger Trond Markestad fortsatt stein til grunnmuren i norsk pediatri – og hevder at han egentlig ikke er så flink med unger.

Tekst: Katrine Engen, Katrine.E.Engen@sykehuset-innlandet.no

I juni ble han utnevnt til æresmedlem av Norsk Barnelegeforening. Trond Markestad er mannen bak læreboken i pediatri som brukes ved de fleste norske fakultet. Han er også den vi som er født siste halvdel av 80-tallet kan takke for at vi er en generasjon med flatt bakhode. Selv mener han at han bare gjennomførte det enkleste forskningsprosjekt i verden.

- Gjennombruddet kom med at jeg sendte et spørreskjema til alle overjordmødre om når avdelingen rutinemessig begynte å legge nyfødte på magen. Ved å trekke piler mellom dette og frekvensen av krybbedød var sammenhengen frapperende, forteller han.

"Systematiker av rang", "beundringsverdig analytisk" og "grunnleggende dedikert" er karakteristikkene som dukker opp i forarbeidet til intervjuet med Trond Markestad. En telefon til en venninne som lærte pediatrien under kateteret hans i Bergen ender lattermildt med at jeg må love henne å fortelle historien om "den hengslete, gamle mannen som kom inn og demonstrerte hvordan unger lærer seg å gå". Allerede der aner jeg hvorfor han nærmest konsekvent har vært nominert til prisen for beste foreleser i Bergen – og vunnet den en gang.

Han er født på julaften det året krigen tok slutt, oppvokst som gårdbrukersønn uten odelsrett – og med en arbeidsmoral bare onnene i Innlandet kan gi deg.

- Jeg og bror min arbeidet fullt på gården i travle perioder omtrent fra 6-årsalderen. Ett år blei det så fullgæli at læreren kom hjem og fortalte mor og far at det faktisk var skoleplikt i Norge!

Det er liten tvil om at de hadde nok å ta seg til. Fra kjøkkenbordet skuer vi utover 470 mål dyrket mark, og i følge Markestad selv den seneste kornhøsten han noensinne har opplevd. Her har fire søsken bygget hus og etablert seg i hvert sitt hjørne av tunet.

Engasjementet om krybbedød startet som veileder. Psykolog Elin Hordvik fikk forskningsstipend fra Nasjonalforeningen for folkehelsen etter TV-aksjonen i 1987. Egentlig skulle hun studere foreldres opplevelser av å få barn innlagt Nyfødt Intensiv, men hverdagene ble preget av krybbedød. Markestad fikk foreldrene til å fylle ut et omfattende spørreskjema, blant annet om sovestilling. Med ett unntak var alle de vel 20 første barna funnet på magen med ansiktet ned.

- Jeg intervjuet flere hundre foreldre om hvordan de hadde lagt barna til å sove de siste 20 årene, men opplysningene fra fødeavdelingene var avgjørende for at jeg gikk ut offentlig om at barna ikke burde sove på magen. To engelske patologer hadde publisert en artikkel i The Lancet i 1982 om at krybbedød var sjelden i Hong Kong, og de hadde observert at spedbarna der lå på ryggen og på samme rom som foreldrene. Det var en viktig inspirasjon - og førte etter hvert til en internasjonal diskusjon om sovestilling.

Den dag i dag står hans enkle råd om å legge babyen på ryggen som det viktigste tiltaket for at færre foreldre opplever tragedien å finne et livløst barn i vuggen – og en annen hverdag for dagens barneleger. Det var annerledes i hans egen assistentlegetid.

- Avdelingen så vel omtrent to tilfeller av krybbedød i måneden, forteller han stille. "Jeg gikk ut med rådet i november 1989. Det året døde 144 barn i krybbedød, men allerede i 1990 var tallet halvert. I dag dør det mellom 10 og 15 i året".

Til tross for knallhard innsats får jeg ikke forledet ham inn i "sånne elendighetsbeskrivelser fra gamledager". Selv om han bekrefter at krybbedød, meningitt og livstruende astmaanfall var vanlig vaktmaterie for en barnelege på 80-tallet, mener han dagens medisinstudenter sitter på en imponerende kunnskap, og trass sin manglende erfaring slett ikke ligger tilbake for den foregående generasjon

- Jeg tror læreboken må være det jeg setter høyest av å ha prestert. Det og undervisning av medisinerstudentene i Bergen. Jeg er glad i å undervise og holder foredrag for mange slags grupper. Det har mest vært pediatri og profesjonsetikk, men de siste årene har jeg vært opptatt av kommunikasjon.

Så engasjert har han vært at han var med på å lage et etterutdanningskurs i kommunikasjon og mestring som opplevde stor deltagelse av erfarne barneleger



- Dette var noe de hadde savnet! Senere har jeg deltatt i kommunikasjonskurs for studentene i overgangen mellom preklinikk og klinikk. Jeg tror at kommunikasjon i stor grad kan læres, bare man blir bevisstgjort. Dagens studenter er imponerende flinke til dette.

Markestads lærebok i pediatri er en problemorientert bok. Det var også det som var den opprinnelige hensikten med den.

- Jeg ville lage en bok som fokuserte på de faktiske problemstillingene vi møter. Studentene utsettes gjennom studiet for en "curriculum overload". Jeg ville skrelle bort det unødvendige, konkretisere og redusere det. Samtidig har vi i den siste utgaven lagt større vekt på kommunikasjonsbiten. Her er studentene atskillig bedre enn sine forgjengere. Selv har jeg aldri vært noe sånn veldig flink sosialt med unger.

Selv valgte han konsekvent de korteste pensumbøkene som student – men leste dem grundig. Hele barndommen gikk han sammen med sin litt eldre bror, født i samme årskull, helt frem til de skilte lag etter datidens "annen real".

- Jeg begynte på veterinærstudiet, og hadde aldri planer om å bli lege. Vi var 30 stykker på kullet, hovedsakelig bygdeungdommer uten odelsrett, smiler han.

Det var broren som hadde odelsrett til gården. Fødselsdatoen trumfet det faktum at han hadde så sterk atopi at han måtte sendes til sætra hver sommer. Da han tok over tok Markestad et oppgjør med hva han ønsket å bruke livet sitt på

> "Jeg fant ut at jeg aldri kunne jobbe et helt liv med bare katter og bikkjer.

- Jeg fant ut at jeg aldri kunne jobbet et helt liv med bare katter og bikkjer. Det var jo bygdeveterinær jeg ville bli, og den veterinæren var i ferd med å forsvinne.

I stedet for smådyrspraksis ble det overgang til medisinstudiet. Med fire års veterinærmedisin i bagasjen fikk han innpass på 2. året, men snek seg inn på 3. året og fullførte til cand.med. allerede i 1973. Han visste at han skulle bli barnelege. Ferdigutdannet reiste han – til Amerika og til nyfødtmedisinen – i følge ham selv, det mest nærliggende fagfeltet til veterinærmedisinen.

- Det var noe med holdningen, noe med hvordan de løste ting der borte. I stedet for å fortvile over mange pasienter og dårlig tid var de takknemlige for at folk hadde valgt nettopp deres avdeling. Foreldrene ble møtt med akkurat den holdningen, og de følte seg heller ikke i veien.

80 – 110 timer per uke stod han med livene til de aller minste mellom hendene. Likevel opplevde han seg ikke overarbeidet.

- Det var en logistisk effektiv måte å arbeide på. Legene gjorde det de skulle, pleierne det de skulle, og det var ingen tidstyver rundt omkring.

Det har jeg i større grad kjent på i Norge i nyere tid.

Det skulle bli en bratt læringskurve. Som 3. års assistentlege i 1978 hadde han ansvar for samtlige onkologiske barnepasienter på Haukeland. Det var en annen tid – uten sentrale venekatetere. Selv kaller han det "et helvete".

- Overlevelsen var nok omtrent like bra for leukemibarna den gangen, tror jeg. Men det fantes verken CVK eller prosedyrer for å legge venefloner under anestesi. Vi stakk og stakk – mange av dem altfor mye. Det var ikke noe annet valg.

Gjennom mer enn 20 år på Barneklinikken, Haukeland er det hovedsakelig nyfødtmedisinen som har engasjert ham. I tillegg tok han doktorgraden i 1984 på Vitamin D-mangel hos spedbarn. Forsøket på overgang til samfunnsmedisiner på Toten fra 1999 endte som delambulerende innlandspediater – til stor glede for både Gjøvik og Lillehammer sykehus. Etter 2007 har han pendlet annenhver uke mellom Toten og et professorat i Bergen – og han har aldri angret.

- Je måtte hemmat! Det var ikke tvil om annet.

> Je måtte hemmat! Det var ikke tvil om annet

De tre barna er alle etablert i Bergen, samtlige frarådet fra å gå inn i legeyrket. 8 barnebarn er kommet til, og til tross for at han er varsom med å fungere som familiepediater er det ikke til å unngå at både barn og barnebarn synes det er godt å ty til ham.

- Det hender jo at de spør om hva et utslett er for noe og sånt. Da svarer jeg stort sett "vet ikke!"

Da gir han heller praktisk bistand med hus- og hyttebygging. Yngstesønnen bygger hytte, og Markestad har brukt sommeren til å sette opp grunnmuren. Det er ikke første gang. Sin egen hytte på Tysnes utenfor Bergen bygget han og kona mer eller mindre for egen hånd.

- Slik kontrakta var da broren min tok over garden skulle jeg få tomt her på Toten og tømmer til et hus. Det var i 1986 og vanskelig å få tak i håndverkere, så da dro jeg tømmeret med meg og tenkte; greit, da smeller jeg opp hytta sjæl! Jeg har vel aldri tjent så mye penger på så kort tid, tror jeg.

Hans store sorg i livet er at han aldri ble bonde. Traktor har han kjørt siden 12-årsalderen, og fortsatt bistår han broren i skuronna.

- I fjor kjørte vi den vel egentlig aleine, jeg og bror min. 470 mål dyrka mark. Jeg gleder meg allerede til neste gang.

Jeg må love å ikke ramle i trappen når vi rusler opp til skrivestua han har bygget i høyloftet på låven. Kona Gunvor har hintet flere ganger allerede om at det begynner å bli mørkt. Både skrivestue og utsikt over kornåkeren beundres i skumringen. Enkelt utstyrt til tross er det liten tvil om at han befinner seg i komfortsonen. Innen vi runder av har vi vært gjennom immaturitetsdebatten, oppfølging av premature og erfaringene fra Rådet for legeetikk. Han har lært meg trinn for trinn om hvordan man kan gjøre beinmargsaspirasjon tilnærmet smertefritt – og stein for stein hvordan man bygger en grunnmur. Og han har spurt meg oppriktig om hvordan jeg egentlig har det på jobb, og fortalt meg om den gangen han gjorde en stor, medisinsk feil. Jeg har fortalt ham at jeg tenker på Semmelweiss når han forteller om krybbedødsforskningen – og han har rødmet bittelitt, nesten helt usynlig og avvist analogien.

- Jeg har nok jobbet mye, men det er viktig for meg å presisere at vi har vært to om det. I år feirer Gunvor og jeg gullbryllup, og det er en god anledning til å fortelle at jeg aldri hadde kunnet ture fram på denne måten uten støtten i tunge stunder og «grasrotservicen» fra henne.

Skumring er blitt til høstmørke innen han delvis støtter meg ned trappen jeg lovte å ikke falle i, men han virker på ingen måte sliten. Strengt tatt synes han ikke at det er så veldig sent heller. Han er vant til å avslutte dagen med en runde på avdelingen som den naturligste ting i verden. Det er han vokst opp med.

- Far gikk i fjøset før han la seg. Jeg gikk på nyfødt intensiv.



Torstein Vik og Trond Markestad ble utnevnt til æresmedlemmer i Norsk barnelegeforening på Vårmøtet i Drammen. Vel fortjent! Paidos gratulerer! Intervju med Torstein Vik følger i neste utgave.



Nutramigen

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[1†] og 100% sikre hypoallergene aminosyrebaserte morsmelkerstatningen for barn med alvorlig kumelkallergi eller multiple matallergier. Nå med:

- Tillsatt 33 % MCT-fett for å øke fettabsorbsjonen
- 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**

Mai 2015

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

abigo

Dr. Leila Denmark (1898–2012)

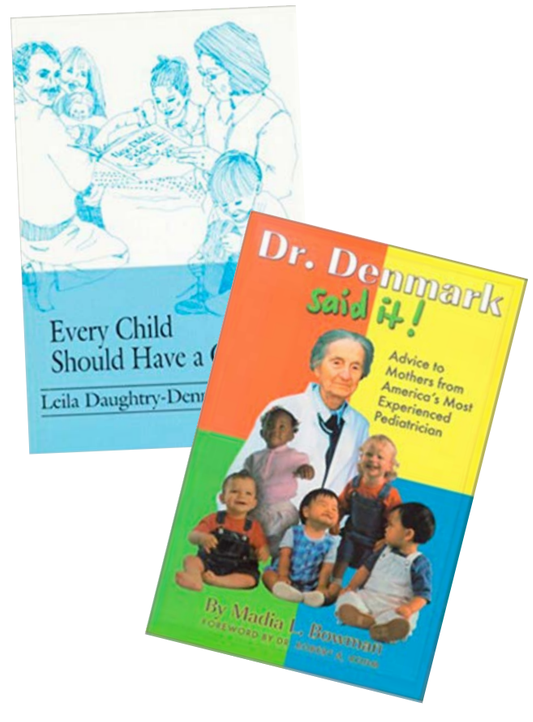
– "Medicine was never work to me!"

Da Dr. Leila Denmark trakk seg tilbake fra arbeidslivet i en alder av 103 år, var hun USA's eldste praktiserende barnelege. Hun var en av de første kvinnelige barnelegene i Atlanta/Georgia, der hun behandlet barn og ga råd til foreldrene deres i mer enn sytti år. Da en kikhosteepidemi rammet Atlanta i 1932 og førte til at mange barn døde, utførte hun banebrytende forskning og bidro til utvikling av en effektiv vaksine.

Av: Stefan Kutzsche og Hildegunn Kutzsche, Centre for Education and Clinical Skills and Simulation Centre, International Medical University Kuala Lumpur, Malaysia



I sine aktive år som barnelege utførte hun mer en 250.000 pasient-konsultasjoner. Hun behandlet både barn, barnebarn og oldebarn av de første pasientene sine. Foto: Trevor Frey, Online Athens



Dr Denmark var av den oppfatningen at god helse baseres på livsglede og sunn ernæring. Hun skrev to bøker med råd til foreldre der hun delte sin filosofien om barneopppdragelse.

Leila Denmark, opprinnelig Leila Alice Daughtry, ble født 1. februar 1898 i byen Portal i Bulloch County, Georgia. Hun var det tredje i en søskenflokk på 12 barn. I 1928 giftet hun seg med finansmannen John Eustace Denmark (1899-1990). Ekteparet fikk en datter i 1930.

Fra pedagogikk til medisin

Leila vokste opp på landet. Som barn viste hun stor omsorg for dyrene på gården hjemme, spesielt de syke. Hun ga også en hjelpende hånd til personer som trengte henne, og ønsket å arbeide med mennesker. Yrkeskarrieren startet hun med lærerutdanning etter eksamen ved Bessie Tift College i Forsyth i 1922. Deretter studerte hun kjemi og fysikk ved Mercer University i Macon. Etter to år med undervisning i naturvitenskap ved skolene i Acworth og Claxton, fant hun ut at lærer ikke var det hun egentlig ønsket å være.

Da hennes forlovede John Eustace Denmark ble utplassert på Java og Nederlandsk Øst India, nektet US State Department henne å følge med. Da bestemte hun seg for å oppfylle barndomsdrømmen, og søkte plass på medisinstudiet ved Emory University. Hun ble avvist - på denne tiden fikk kvinner sjelden adgang til universitetet og medisinstudiet. I 1924 ble hun endelig tatt opp ved Medical College ved Universitetet i Georgia og tok fatt på studiet. Da hun ble uteksaminert i 1928, var hun den eneste kvinnelige kandidaten i sitt årskull, og den tredje kvinnen utdannet på dette universitetet.

Et mangfoldig yrkesliv

Etter studiet giftet hun seg og flyttet med sin mann til Atlanta. Hun fikk stilling som lege ved Grady Memorial Hospital. På denne tiden var Georgia et segregert samfunn, og pasienter fra den fargede befolkningen ble behandlet på egne sykehus. Det var på et slikt sykehus Denmark gjorde sine første kliniske erfaringer som lege. Da det nye Henrietta Egleston Hospital for Children åpnet i sentrum av Atlanta i 1928, fikk Denmark stilling som assistentlege, og det var hun som tok imot sykehusets første pasient. Ved åpningen hadde sykehuset 52 senger og i løpet av det første året behandlet legene 605 barn. På 50-tallet ble Egleston en pediatrisk undervisnings-institusjon med tilknytning til Emory University, School of Medicine, og i 1959 ble sykehuset en del av universitetet. Dr. Denmark tok fordypningspraksis i en periode ved Children's Hospital i Philadelphia. Hun var den første kvinnelige barnelegen utdannet i Georgia.

Ved siden av andre oppgaver, gjorte Dr Denmark innsats som frivillig barnelege en dag i uken ved Central Presbyterian Baby Clinic i mer enn 50 år. Klinikken tok imot barn fra fattige familier i sentrum av Atlanta. Her ble Denmark involvert i forskning på kikhoste etter et utbrudd av sykdommen i byen i 1932. Hennes forskningssamarbeid med Eli Lilly og Emory Universitet resulterte i utviklingen av kikhostevaksinen som uten tvil har bidratt til å redde mange liv. Vaksinen er fortsatt i bruk i dag som en del av trippelvaksinen mot difteri, pertussis og tetanus (DPT).

Barnelegekontoret i Sandy Springs og i Alpharetta

Etter at datteren Mary ble født i 1930, flyttet familien til Sandy Springs, en forstad til Atlanta. Her åpnet hun i 1931 et legekontor i et tilbygg i husets bakgård. Den lille bygningen ble utstyrt med bare det aller nødvendigste for å kunne gi plass til alle pasientene. Venterommet var enkelt innredet med trebenker og tregulv, og hadde lave dører.

> Latter og sans for humør kan bidra til et sunt og langt liv

I denne bakgårdsklinikken var det ingen legesekretær eller sykepleier. Denmark administrerte legekontoret med et enkelt registreringsskjema. Hun hadde ingen vaktplan, men var tilgjengelig for barna og deres familier 24/7 året rundt. Dr. Denmark tok imot alle barn fordi hun mente at man kan aldri vite hvor sykt et barn er før en har undersøkt det. Som regel visste hun hva som var galt allerede når barnet kom inn på legekontoret, bare ved å observere.

Senere flyttet hun sin klinikk til Alpharetta i Forsyth County, ca. to mil lenger nord.

Prisen for hennes konsultasjoner som privat barnelege var i begynnelsen maksimum fire dollar. Mot slutten av karrieren steg prisen til ti dollar for første og åtte dollar for andre konsultasjon. Det var ikke uvanlig at hun brukte en time eller mer når hun snakket med en nybakt mor og undersøkte hennes nyfødte barn. Dr. Denmark behandlet alle barn og deres familier med samme tålmodighet, respekt og hengivenhet. Hun kunne bruke sin pedagogiske ekspertise i rådgiving og opplæring av mødre og barn.

Alle barn fortjener en sjanse

I 1971 publiserte Denmark den praktiske boken "Every Child Should Have a Chance" der hun henvendte seg til foreldre



Dr Denmark var av den oppfatningen at god helse baseres på livsglede og sunn ernæring. Hun skrev to bøker med råd til foreldre der hun delte sin filosofien om barneopppdragelse. ©Family.

og delte sin filosofi om barneoppdragelse. Hun var av den oppfatningen at god helse baseres på livsglede og sunn ernæring. Hennes kostråd inkluderte fersk frukt og vann fremfor fruktsaft. Hun mente at kumelk var direkte skadelig for barn. I boken diskuterer hun hvordan latter og sans for humør kan bidra til et sunt og langt liv. Hun mente at det er viktig for foreldre å være positive rollemodeller for sine barn. I motsetning til "hands-off-foreldre" plasserte Denmark ansvaret for barns helse og lykke utelukkende hos foreldrene. Hun påpekte at det å være avhengig av legens råd, kunne føre til at barn og foreldre ikke lærte å tenke selvstendig og ta nødvendige avgjørelser. Boken er trykket i 16 opplag og er fremdeles tilgjengelig.

Denmark var en av de første legene som advarte mot passiv røyking som helserisiko for utsatte barn. Hun var også en av de første legene som påpekte at mødres rusmiddelbruk i svangerskapet hadde negative konsekvenser for barna.

I boken hevder Denmark at kvinner skulle ha de samme mulighetene som menn i arbeidslivet, samtidig som hun forfektet at kvinner ikke skulle overlate sine små barn til andre. Hun mente at "kvinner er blitt forledet til å tro at det er ikke viktig å gå rundt med barnet, men i stedet heller ta utdanning og arbeide som advokat, lærer eller prest ..."; "samtidig har vi aldri sett så mange syke barn som i dag." Hun var overbevist om at "barn i barnehagen ville utvikle svak selvdisiplin og manglende tillit til andre". Holdningen hennes ble kritisert i media og av aktører i det medisinske samfunn som gammeldags og kvinnefiendtlig.

Denmark levde i over et århundre og opplevde både kvinnefrigjøring og medisinens utvikling fra før vaksinens tid til det moderne, høyteknologiske 21. århundre. På legekontoret sitt brukte hun enkelt utsyr, og baserte seg på kliniske vurderinger og forebyggende helseråd tilpasset opplæring, bakgrunn og kultur. Hennes tilnærming til barns oppvekstsvilkår var preget av hennes forståelse av hva barn manglet for å kunne utvikle seg optimalt. Det kan se ut som at hun opptrådte egenrådig og konservativt i sin veiledning til foreldre, mens synet på kvinnens rolle i arbeidslivet og i hjemmet var i stadig forandring. Befolkningen i store deler av USA godtok henne langt på vei som premissleverandør når det gjaldt barneomsorg.

> Doing what you don't like is work. Doing what you like is play. I have never worked a day in my life.

En ny bok

Ikke alle var misfornøyde med Dr. Denmarks anbefalinger. Trebarnsmoren Madia Bowman hadde stor nytte av hennes råd, og oppfordret Dr. Denmark til å skrive en ny bok til nybakte foreldre etter at hun fylte 100 år. Denmark gikk med på et samarbeide om den nye boken under forutsetning at Madia påtok seg skrivearbeidet. Boken kom ut i 2002 med tittelen "Dr. Denmark Said It: Advice for Mothers from America's Most Experienced Pediatrician". Dr. Denmark var da 104 år. Bowman selv forteller om sine egne personlige erfaringer som mor. Boken gir også veiledning til andre foreldre med detaljerte instruksjoner basert på Denmarks anbefalte råd om barnepass, tidsplaner, ernæring og praktisk behandling av vanlige plager.

Forskning og utmerkelser

Pasienter og familiene verdsatte Dr. Denmark som en kunnskapsrik, dyktig og dedikert barnelege fordi hun ikke bare fokuserte på behandling av symptomer, men søkte etter årsaken til sykdom. Hun fikk en rekke amerikanske utmerkelser. På 1930 tallet bidro hun vesentlig til utviklingen av kikhostevaksinen og fikk den prestisjetunge Fisher Award i 1935. I 1953 ble hun hedret som "Atlanta's Woman of the Year". I 1972 ble hun Æresdoktor (Doctor of Humanities Degree) ved Tift College. Atlanta Business Chronicle's redaktører valgte Denmark som vinner av 1998 "Health-Care Heroes Award for Lifetime Achievement" - i hennes tilfelle, mer enn en menneskealder. I 2002 fikk hun Æresdoktortittel (Doctor of Science Degree) for sin humanitære innsats for barnehelse av Emory University, Atlanta. Hun var æresspresident for Georgias Avdeling ved American Academy of Pediatrics.

En yrkesaktiv hundreåring som elsket arbeidet sitt

Dr. Denmark hadde hele livet hovedfokus på medisinen, men ved siden av likte hun også å lese bøker, gjøre hagearbeid, sy egne klær, spille golf, reise og lage husholdning for seg og mannen sin. Hennes bemerkelsesverdige karriere og allsidighet har blitt omtalt i lokale og nasjonale nyheter. I 1998, i anledning hennes 100 årsdag, publiserte People Magazine en artikkel om hennes arbeid som aktiv barnelege gjennom 70 år. Atlanta Business Chronicle beskrev henne som en fargerik og allsidig barnelege som "fortsatt behandler 15-25 pasienter daglig, gir råd til paniske mødre, skriver resept på antibiotika og forteller foreldre om deres ansvar for sine barn".

> Barn i barnehagen vil utvikle svak selvdisiplin og manglende tillit til andre

Da Dr. Denmark pensjonerte seg i 2001, var hun USA's eldste kjente praktiserende lege. Det sviktende synet hindret henne ikke i å fortsette med telefonkonsultasjoner frem til en alder av 110 år. Hun bodde selvstendig i sitt hjem til hun var 106 år. Da flyttet hun til sin datter Mary Hutcherson i Athens, ca. ti mil øst for Alpharetta. Der døde hun i 2012, 114 år og 2 måneder gammel. Hun ble gravlagt på Portal Cemetry i Bulloch County, Georgia, sammen med sin mann.

Dr. Leila Denmark var en av få "superhundreåringer", og ble et av de eldste menneskene i verden, men var mest kjent for sitt mangeårig engasjement som barnelege og mindre for sin lange levetid. Dr. Peter Buckley, dekanus ved hennes alma mater, sa i en tale etter hennes død: "Leila ledet som rollemodell, ga oss råd for å bli bedre foreldre, oppdra sunnere barn og leve og spise riktig. Hun var den type lege vi håper at alle våre studenter skal bli – pionerer i sin disiplin, omsorgsfulle, vennlige og profesjonelle helsearbeidere.

Litteraturhenvisninger

Bowman, ML. Dr. Denmark Said It!: advice to mothers from America's most experienced pediatrician. 5. utgave. Caring for Kids, Incorporated, 2015.

Carlisle L. Leila Denmark – 114 years of memories, Pediatrician To Virginia-Highland's "Little Angels", The Virginia-Highland Voice (online edition), 6. april 2012

Denmark LD (1942). Whopping cough vaccine. Am J Dis Child. 63 (3): 453–466. doi:10.1001/archpedi.1942.02010030023002

Denmark LD, (1971). Every child should have a chance. New York: Vantage Press. OCLC 1390428

Greer B. 2016. Dr. Leila Denmark. http://rosieriveters.com

Keenlyside B. Dr Leila Denmark´s secret: I love what you do. 100 year-old has treated countless Atlanta families, 27 Juli 1998. Atlanta Business Chronicle

Martin J. Woman who became world's oldest doctor dies at 114. Associated Press. Bangor Daily News. https://bangordailynews.com/2012/04/03/news/nation/woman-who-became-worlds-oldest-doctor-dies-at-114/

Nelson VJ. Leila Denmark dies at 114; pediatrician practiced until she was 103 Los Angeles Times From the Archives: 40 Years Plus as a Pediatrician, 24 november 2013

Remling A. Leila Denmark Doctor: Pediatrician and world's fourth-oldest person practiced until 103, dies at 114. International Busines Times, 4. mai 2012

Shaw B. Leila Denmark (1898-2012). Science & Medicine. Atlanta, 17. mars 2007

http://www.georgiaencyclopedia.org/articles/science-medicine/leila-denmark-1898-2012

Shaw ME. Dr. Leila Denmark, 114: Legendary pediatrician, one of the world's oldest people

The Atlanta Journal-Constitution, 3. april 2012

Shearer L. Leila Denmark, beloved doctor, dies at 114. OnlineAthens Athens Banner Herald http://onlineathens.com/local-news/2012-04-02/leila-denmark-beloved-doctor-dies-114

Williamson K.. Dr. Leila Denmark – New high school in Forsyth County dedicated to the long carreer of beloved pediatrician, mentor and educator http://www.upincumming.com/dr-leila-denmark-new-high-school-in-forsyth-county-dedicated-to-the-long-career-of-beloved-pediatrician-mentor-and-educator/

Daily Mail reporter. 'Medicine was never work': Extraordinary woman who was the world's oldest doctor dies at 114 (after retiring at 103) Mail Online, 4. april 2012 http://www.dailymail.co.uk/news/article-2124859/Woman-worlds-oldest-doctor-dies-aged-114.html#ixzz4nKamwKVF

https://cfmedicine.nlm.nih.gov/physicians/biography_78.html

Familiens webside: Dr. Leila Daughtry Denmark's webside http://drleiladenmark.com/

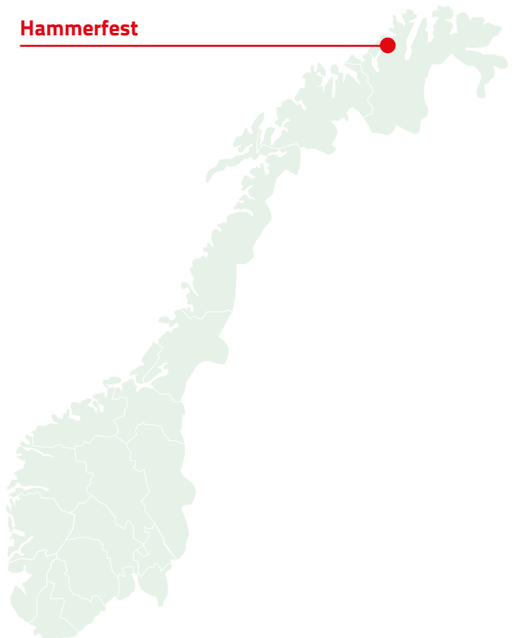


Flott utsikt fra kontorene til barnelegene.

Liten og robust barne-avdeling ved isbreens kant

Barneavdelingen i Hammerfest er Finnmarks eneste. Avstandene er store, været veksler, men arbeidsplassen anbefales varmt.

Ingrid Wæraas Rønning,
Hammerfest, Ingrid.Waeraas.Ronning@finnmarkssykehuset.no



Begynnelsen

På 50- og 60-tallet var det dårlig stelt med både gynekologer og barneleger i Finnmark, og den perinatale dødligheten var landets høyeste. Bortsett fra en kort periode i Vadsø, fantes det ingen fast pediater i fylket før på 70-tallet. Fylkeslegen organiserte en ordning med barnelege sørfra som tilbragte 6 uker på reise i Troms og Finnmark i løpet av sommeren med polikliniske konsultasjoner. På slutten av 50-tallet ble Kåre Håvard Torp ansatt i Tromsø. Han overtok også som reisende barnelege i Finnmark og hadde denne oppgaven alene i mange år.

De første fast ansatte barnelegene i Finnmark, var Kjell Berg som kom til Hammerfest sykehus i 1974, og Tone Sparr som startet på Kirkenes sykehus i 1978. Den gang var «barne-avdelingen» kun et rom på de indremedisinske avdelingene. Berg og Sparr hadde ingen formell vaktordning, men var likevel alltid i beredskap og stilte opp dag som natt. På den tiden var det 15 «fødesteder» spredt rundt i Finnmark og det var ikke sjeldent at barnelegen reiste avgårde for å hente nyfødte som behøvde sykehus-innleggelse.

Etter nesten 9 år med alenevakt på Kirkenes sykehus flyttet Sparr til Tromsø. I Hammerfest fikk Berg en å dele vaktene med etter 12 år som eneste barnelege i vest-fylket.



Elin Lysmen Jakobsen har vært helsesekretær ved barneavdelingen i 28 år. Hun er et av selve navene på barneavd. Hun kan alt og er barnelegenes reddende engel.



Unge og fremadstormende. Julia Trulsen, medisinsk lis 1 (turnuslege) på hospitering. Lucia Topazio og Nora Friis er fremtidige barneleger.

Barneavdelingen i dag

Hammerfest har i dag fylkets eneste barneavdeling. Vi har 5 overlegestillinger, 2 leger i spesialisering og dyktige sykepleiere med ulike videreutdanninger. Alle legene jobber dagtid med hjemmevakt på ettermiddag og natt. 3 av overlegestillingene er besatt. 2 av oss er fastboende i Hammerfest og den tredje stillingen er bemannet av 4 subspesialister i endokrinologi, hematologi, neonatologi, gastreoenterologi og nevrologi. De følger sine pasienter poliklinisk når de er her i tillegg til avdeling-og vaktarbeid. Vi har en liten gjeng med faste vikar-barneleger som gjerne kommer og arbeider på barneavdelingen noen uker i året.

> med nærmeste barneavdeling 50 mil unna

Barneavdelingen tar imot pasienter i alderen 0-18 år for akutte og planlagte innleggelser, både for indremedisinske og ortopediske/kirurgiske problemstillinger. En nyfødtenhet er integrert i avdelingen og behandler syke nyfødte og for tidlig fødte fra gestasjonsuke 32. Vi har et stort barnemedisinsk poliklinikktilbud både i Hammerfest og ved at legene ambulerer nær 100 døgn i året til Spesialistpoliklinikken i Alta, Spesialistlegesenteret i Karasjok og Kirkenes sykehus. En egen seksjon for Barnehabilitering med vernepleier, fysioterapeut, spesialpedagog, sosionom og psykolog er tilknyttet barneavdelingen.

Store avstander

Finnmark er et stort fylke (48 618 km²) med et innbyggertall på 76 000. Store avstander til sykehus medfører stort ansvar på legene ute i distriktene, og man er avhengig av god dialog og rådgivning over telefon.

Hver uke har vi en medisinsk turnuslege på hospitering for å klargjøre dem for distriktsturnus som kanskje skal tilbringes på et legekontor ute i havgapet uten veiforbindelse til fastlandet, eller i østfylket med nærmeste barneavdeling 50 mil unna. Rekruttering av helsepersonell er en utfordring i vårt vidstrakte fylke, og en del legekontor bemannes i stor grad av korttidsvikarer.

For å opprettholde den akutte kompetansen øver vi regelmessig. Månedlig har vi felles øving med føde/gyn på mottak av dårlige nyfødte, og flere ganger årlig har vi heldagsøvinger på tvers av faggrupper og avdelinger hvor vi øver på nyfødte samt mottak av større barn via BEST-konseptet (Bedre og systematisk teamtrening).

Multebær, mygg og reinsdyr i midnattssol

Vi nordboere er fryktelig glade i vår landsdel. Selv om vi bor langt unna muligheten for billige flybilletter til utlandet. Selv om vi rager høyt oppe på endel negative statistikker. Og så var det den sommeren som ikke melder sin ankomst hvert år. Men til gjengjeld har vi det så bra med folket, lynnet og naturen. Hver by og tettsted har stort sett det de behøver i hverdagen. I Hammerfest kan vi bruke 5 min hjemmefra til jobb, og da har vi rukket å levere barnet i barnehagen på veien. Vi koser oss med multebær og mygg, og reinsdyr i midnattsol. Vi vet å nyte ekstra de dagene gradestokken viser tosifret med et 2-tall først.

På jobb lever vi med utfordringene været og de lange avstandene gir. Det være seg å vente i flere timer på barnet som ble meldt fra Vardø, 35 mil unna, og som skal innlegges med ambulansefly. Men idet flyet flakser over byen er det



Jørgen Landehag, overlege og engasjert veileder som villig låner bort en legg til intraossøs kanylering.



Finnmark er et stort fylke hvor fly er den letteste måten å komme seg rundt på. Det er 11 flyplasser spredt langs kysten.

for dårlige landingsforhold, så pasienten må flys 50 mil lenger sør til neste barneavdeling som er i Tromsø. Vi har hatt situasjoner hvor en dårlig nyfødt behøver overflytting til Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN). Grunnet dårlig vær, må ambulanseflyet med kuvøsteteamet via Lakselv for å lastes over i Sea-kingen for så å sette kursen mot Hammerfest.

Det kan være en suicidal utagerende 15-åring som behøver en akutt innleggelse i psykiatrien og igjen er det Tromsø som er destinasjon. I påvente av transport med ambulansefly og politieskorte er det vi på barneavdelingen som ivaretar pasienten.

Det er spennende og utfordrende å jobbe i nord, på linje med andre mindre sykehus i utkant-Norge. På et større sykehus kan man nærmest knipse frem et tilsyn av en hvilken som helst spesialist nær døgnet rundt. I Hammerfest har vi nylig fått egen øyelege. ØNH-lege har vi bare tilgang til hver 6.uke. Nærmeste nevrokirurg befinner seg på UNN. Man får øvd sitt kliniske blikk og innhenter råd over telefon når man behøver.

Helse og sykdom i samisk kultur

Vi jobber med samisk kultur og sykdomsforståelse som er ulik den norske. Ikke alle samiske barn under skolealder forstår norsk, og foreldrene må oversette.

Følgende utdrag fra "Samisk forståelseshorisont og kommunikasjon om helse og sykdom. En kvalitativ undersøkelse om samisk kultur" (Berit Andersdatter Bongo, juli 2012) er beskrivende: «Samer snakker ikke om helse og sykdom. En nærmer seg helse og sykdom på tause og indirekte måter. Normer om å klare seg selv og ikke vise svakhet står sterkt. Omsorg ytes av de nærmeste, uten at hjelp blir bedt om eller tilbudt direkte. Nærhet og taushet betraktes som god og passende kommunikasjon, som verner om egne og andres følelser og styrke. Å snakke åpent om sykdommer betraktes som upassende, og diagnostiske sykdomsbegreper avvises som dømmende. Samiske begreper som beskriver tilstander blir oppfattet som mildere. Psykiske forstyrrelser kan bli oppfattet som at noen har satt vondt på vedkommende. Disse funnene kan forståes innenfor en horisont der menneskene på ulike måter bør innstille seg på å godta det livet bringer med seg. En kan ikke kontrollere fremtiden, og denne grensen skal heller ikke overskrides med ord. Ved å la være å snakke om helse og sykdom unngår en å forstyrre denne ordenen."

Litt reklame

Barneavdelingen i Finnmarkssykehuset er en hyggelig og spennende arbeidsplass. Om du har lyst å komme å jobbe hos oss, enten på fast basis eller som vikar, er det bare å ta kontakt!

NORD
Se oftere mot nord.
Gå mot vinden, du får rødere kinn.
Finn den ulendte stien. Hold den.
Den er kortere.
Nord er best.
Vinterens flammevirvel,
sommernattens mirakel

Gå mot vinden, klyv berg.
Se mot nord.
Oftere
Det er langt dette landet.
Det meste er nord

Rolf Jacobsen



Byråkrati til besvær

Flash Glucose Monitoring System (FGMS) er et system som muliggjør blodsukkermåling uten fingerstikk og viser hvordan blodsukkeret har variert siste døgn. Dette kan potensielt gi store fordeler for barn- og ungdom. Systemet har fått refusjonsordninger i nabolandene våre, men ennå ikke i Norge.

Av: Henrik Underthun Irgens, Haukeland universitetssykehus**. Torsten Baade Rø**, St. Olavs Hospital

11. januar 1922 ble verdens første dose insulin gitt til en 14 år gammel gutt med type 1 diabetes. Allerede i mai 1923, etter bare 16 måneder, ble den første norske pasienten behandlet. Dette er imponerende sett ut fra den tids begrensede kommunikasjon og teknologi. Det var en tid med lite forsinkende byråkrati, men også skremmende få kontrollrutiner (1).

I november 2015 kom en artikkel som beskrev kvalitet og brukervennlighet til Flash Glucose Monitoring System (FGMS) (2). Systemet består av et plaster med en subkutan sensor som skal sitte på i 14 dager. Sensoren registrerer blodsukkeret hvert 5 minutt og vil overføre data fra de siste 8 timene hver gang den blir avlest. Selve avlesningen foregår ved å holde avlesningsenheten opp mot sensoren i et sekund. Denne vil da vise aktuelt blodsukker, indikatorpiler og en graf som sammen forteller brukeren hvordan blodsukkeret har variert. I motsetning til kontinuerlige sensorer vil ikke dette systemet på egenhånd kunne varsle om høye eller lave målinger. Samtidig er systemet laget slik at det ikke er avhengig av kalibrering mot annen blodsukkermåling, og pasienten trenger ikke å stikke seg i fingrene.

Det har nå gått snart 2 år siden den første artikkelen ble publisert. I denne perioden har systemet blitt godkjent av FDA (Food and Drug Administration, USA) og fått refusjonsordninger i våre naboland. I Norge ble det innledet en metodeevaluering høsten 2016. Folkehelseinstituttet laget en rapport som er overlevert til Bestiller Forum (Gruppe satt sammen av de fire fagdirektørene ved de regionale helseforetakene samt to representanter fra Helsedirektoratet) (3). Her treffer den som en ping-pong ball; Bestiller Forum ber om grundigere utredning før saken kan sendes videre til Beslutnings Forum (råd bestående direktørene ved våre fire regionale helseforetak). For å gjøre forvirringen enda større er det også usikkerhet knyttet til hvem som eventuelt skal ta regningen. Skal det dekkes over helseforetakenes budsjett som i dag dekker kontinuerlige sensorer, eller av Helfo over blå-resept ordningen som dekker blodsukkermålere, lansetter og strips?

Rapporten fra FHI evaluerer to studier (4, 5). Den ene rekrutterte voksne med godt regulert type 1 diabetes. Studien ble designet for å studere endring i hypoglykemier. Deltagerne hadde så godt regulert diabetes at det ville være unaturlig å forvente noe fall i HbA1c (inklusjonskriterium HbA1c < 7,5 %). Den andre studien rekrutterte voksne med dårlig regulert type 2 diabetes. Felles for de to studiene, er at resultatene ikke kan generaliseres og spesielt ikke i forhold til barn og ungdom. Data fra det Barnediabetesregisteret viser at 30 % av alle barn og ungdommer ikke når målet, HbA1c < 7,5 % (6). Videre er dette en gruppe med mindre strukturert hverdag, noe som fører til at barn og ungdom måler blodsukkeret langt oftere enn voksne. I regnestykket fra søker (Abbot) ble det lagt til grunn 5,4 målinger pr dag. Hos barn og ungdom måles det langt hyppigere, ofte mer enn 10 målinger pr døgn. Denne forskjellen vil påvirke regnestykket, og hos dem som måler blodsukkeret hyppig vil FGMS kunne medføre en økonomisk besparelse.

Vi var to barneleger som fikk komme med innspill til rapporten. Noen av våre innspill ble tatt med, men når man leser avsnittene diskusjon og konklusjon, er barn og ungdom ikke nevnt. Dette er skuffende når man vet at nettopp denne gruppen sliter med å holde blodsukkeret stabilt. Hos mange barn og ungdommer er det en utfordring å måle blodsukkeret tilstrekkelig ofte. FGMS kan være et nyttig verktøy, særlig hos dem som utvikler stikkevegring. At Bestiller Forum ønsker mer informasjon kan derfor sees på som positivt. Det er imidlertid negativt at tiden går uten at man kommer nærmere en konklusjon. Nå har Ketil Kjenseth (V) sendt et spørsmål og forslag til Helseministeren der han foreslår at teknologien skal gjøres tilgjengelig for alle barn med diabetes i barneskolealder. Det blir spennende å se om saken har tatt et steg videre når PAIDOS kommer i trykk, eller om den fortsetter sin ping-pong tilværelse i byråkratiet.

(Forfatterne av dette innlegget har ingen bindinger til industrien)

Referanser

1. *Sovik O. [Who discovered insulin?]. Tidsskrift for den Norske laegeforening : tidsskrift for praktisk medicin, ny raekke. 2011;131(9-10):968-72.*
2. *Bailey T, Bode BW, Christiansen MP, Klaff LJ, Alva S. The Performance and Usability of a Factory-Calibrated Flash Glucose Monitoring System. Diabetes technology & therapeutics. 2015;17(11):787-94.*
3. *FHI. A SINGLE-TECHNOLOGY ASSESSMENT FreeStyle Libre Flash Glucose Self-Monitoring System 2017. Available from: https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/freestyle-libre-flash-glucose-self-monitoring-system-a-single-technology-assessment-rapport-2017-v3.pdf.*
4. *Haak T, Hanaire H, Ajjan R, Hermanns N, Riveline JP, Rayman G. Flash Glucose-Sensing Technology as a Replacement for Blood Glucose Monitoring for the Management of Insulin-Treated Type 2 Diabetes: a Multicenter, Open-Label Randomized Controlled Trial. Diabetes therapy : research, treatment and education of diabetes and related disorders. 2017;8(1):55-73.*
5. *Bolinder J, Antuna R, Geelhoed-Duijvestijn P, Kroger J, Weitgasser R. Novel glucose-sensing technology and hypoglycaemia in type 1 diabetes: a multicentre, non-masked, randomised controlled trial. Lancet. 2016;388(10057):2254-63.*
6. *Register NB. Årsrapport 2015. Available from: https://oslo-universitetssykehus.no/Documents/Barnediabetesregisteret/Årsrapport%20Barnediabetesregisteret%202015.pdf.*

Chiesi

In neonatology for life

Chiesi Pharma AB, Kungstensgatan 38, 4 tr, SE-113 59 Stockholm, Sverige
+46 8 753 35 20 • infonordic@chiesi.com • www.chiesipharma.se

Grunnbok i barnepalliasjon

Av: Anders Bjørkhaug, overlege Barneavdelinga Helse Førde



Forfattere:
Ann Goldmann, Richard Hain, Stephen Liben (red.)
Utgiver: Kommuneforlaget
Antall sider: 512
ISBN: 978-82-446-2275-2
Utgivelsesår: 2016 (1. utgave)
Originaltittel: Oxford Textbook of Palliative Care for Children

Grunnbok i barnepalliasjon er en omfattende bok for fagpersonell som møter alvorlig syke og døende barn. Boken er en oversettelse av andre utgave av Oxford Textbook of Palliative Care for Children, utgitt i 2012. Oversettelsen og initiativ til boken springer ut fra Forening for Barnepalliasjon (FFB). Forordet er skrevet av leder i FFB, Natasha Kjærstad Pedersen. Alvorlig syke og døende barn og unge er en stor og bred pasientpopulasjon. Konsekvensene av avansert medisinsk utvikling har ført til at barn som døde tidlig nå lever lenger, og krever at helsepersonell møter pasient og pasientens familie på en helhetlig måte. Ikke bare medisinsk, men også emosjonelt og kognitivt.

Boken er bygget opp i 4 hoveddeler. Første del, *Grunnlaget for omsorg*, tar for seg grunnleggende emner og begrep innen omsorg, sorg og forløp i alvorlige sykdomsforløp. Det går igjennom ulike epidemiologiske aspekter, og tar frem konkrete eksempler gjennom kasuistikker. Egne kapitler innen etikk og kommunikasjon er bredt dekket og reflekterende.

Andre del, *Barne- og familieomsorg*, går dypere inn i psykososiale aspekter som påvirker barn og ungdoms forståelse og relasjon til sykdom, sykdommens behandling og døden. Den tar også for seg hvordan en må se på alle medspillere til barnet (familie, skole, barnehage) i et helhetlig perspektiv. Kultur, religion og andre ritualer, samt sorg dekkes i egne kapitler. Tredje del av boken, *Behandling av symptomer*, er en mer konkret medisinsk del. Den er bygget opp av 17 kapitler rettet mot medisinsk behandling i palliasjon hos barn og unge. Dette er bokens mest omfattende del, med utdypende gjennomgang av smertebehandling og en bred tilnærming til dette. Andre komplikasjoner gjennomgås i egne kapitler, samt et eget kapittel som bl.a. omtaler palliative akuttsituasjoner. Bokens siste del, *Omsorgsutøvelse*, tar for seg den praktiske gjennomføringen i institusjon eller hjem og helsepersonellets aspekter i barnepalliasjon. Det ser også på kompetansebygging og kvalitetsforbedring.

Boken er svært detaljert og tekstrik. Oversettelsen virker profesjonelt gjennomført, selv om jeg ikke har lest boken fra perm til perm. Enkelte kapitler beskriver forhold som er spesifikke for Storbritannia og USA. I disse kapitlene kommenteres dette spesifikt innledningsvis, og det vises til nasjonale forhold, eller tips til annen litteratur. bruk av kasuistikk og kasuistikkgjennomgang er utbredt, og til stor hjelp i de enkelte emnene. Der finnes gode tabeller og noe illustrasjoner, men der er dårlig fargegjengivelse som noen ganger gjør det vanskelig å vurdere disse godt. Enkelte av disse illustrasjonene er gjengitt i riktige farger på de siste sidene av boken. Der er også en appendix med oversatt oversikt over legemidler som brukes i farmakologisk palliativ behandling, med veiledning på indikasjon og dosering/administrasjonsmåte. Der anbefales at indikasjon og dossering kontrolleres opp mot norske retningslinjer.

Bokens målgruppe er i all hovedsak helsepersonell som møter barn og ungdom med alvorlige livsbegrensende sykdommer. På baksiden av boken, står det at «foreldre og andre omsorgspersoner» også vil kunne finne svar på mange av sine spørsmål i denne boken. Som oppslagsverk vil den kunne være til hjelp for enkelte pårørende, men jeg tror det er svært få pårørende jeg ville anbefalt å kjøpe boken i sin helhet. Det er imidlertid et svært innholdsrikt og godt kompendium som kan brukes både som lærebok og oppslagsverk for helsepersonell, og bør vært tilgjengelig i alle barneavdelinger. En må huske på at den ikke er skrevet for norske forhold, og et kapittel som omtaler norske forhold vedr. sosiale og juridiske rettigheter for barn og deres familie, mangler derfor. Dette kan være en tanke å ha med i en eventuell oppfølgende utgave.

Hvis klær kunne fortelle

Om forståelse og handlekraft i møte med barn utsatt for vold og overgrep.

Av: Bente Brannsether-Ellingsen, Stavanger



Forfattere:
Siri Søftestad og Øivind Aschjem
Utgiver: Universitetsforlaget
Antall sider: 132
ISBN: 978-82-15-02673-2
Utgivelsesår: 2016

Forfatterne er initiativtakere til oppropet «Reddesmå.no», et nettverk av fagfolk, politikere og privatpersoner som arbeider for en intensivert innsats i arbeidet mot barneovergrep. Denne boka er en oppfølger av to utstillinger; «Hvis klær kunne fortelle» 1 og 2, som har vært vist over store deler av Norge siden 2010. Utstillingene viser klær og gjenstander tilhørende barn som har vært utsatt for overgrep. Til hvert plagg eller gjenstand er det knyttet en historie som forteller om barnet og overgrepet – formulert som tanker, stemninger eller direkte handlinger, observert og beskrevet gjennom klesplagget eller gjenstanden.

To av kapitlene i boka er viet bilder av utstillingene og tilhørende historier. Mellom disse kapitlene kommer «Den lange reisen» - et portrett av en overlever, hvor man får følge Marius historie som barn i et hjem preget av omsorgsvikt og mishandling, via barneverntjeneste og psykiatrisk helsetjeneste inn i et voksenliv, hvor han formidler sin historie til andre. Disse tre kapitlene er de som i første rekke vekker leserens følelser gjennom stemninger og dels sterke skildringer. Noen kan kanskje tenke at de små fortellingene er trukket langt- man kan jo ikke vite at det var akkurat slik, men forfatterne er ærlige på at utstillingen forteller om hvordan det kan være å være barn i en slik situasjon. Hensikten er åpenhet rundt temaet, og å vise at det er den massive fortielsen, som er det største hinderet for at vi kommer problemet til livs. Så lenge vi ikke snakker om det, vil barneovergrep leve videre, kanskje sogar i vårt nabohus, uten at vi makter å se det og gjøre noe med det. Når «en overlever» som Marius bidrar med sin historie er dette et særdeles viktig bidrag til åpenhet, men også til å fjerne skyldfølelsen og den pålagte tausheten som mange offer for overgrep bærer med seg.

Boka starter med en kort kunnskapsoversikt; omfangstall, definisjoner, konsekvenser av barnemishandling og barns rettigheter i vårt samfunn. Etter historiene kommer to kapitler som omhandler lederens møte med barn. Det første av disse kapitlene formidler at dette nettopp ikke er usynlige barn – de er synlige – og de er på jakt etter personer de kan betro seg til og finne trygghet hos. Spørsmålet blir om vi er våkne nok til å fange opp dette, og om vi gir disse barna nok tid til at de klarer å bli enda tydeligere for oss. Her forklares en del av de vanskene barna har med å betro seg, men også hvordan mottakers kunnskapsnivå og sensitivitet kan være avgjørende for at barna klarer å gå videre med sin historie. I kapitlet som følger, kommer en gjennomgang av redskapene man har i arbeidet med slike barn, våre reaksjonsmønstre, og strategier for å styrke faglig trygghet. Helt til slutt i boka kommer forslag til hvordan man kan bruke utstillingene eller boka som et grunnlag for videre arbeid med temaet på arbeidsplassen, i personalgrupper, i skolen for elever eller studenter, og med en liste over litteratur og filmer som tar opp temaet ytterligere.

Boka er bygget opp på en fin måte med noe bakgrunnsinformasjon, tankevekkende historier ledsaget av visuelle elementer, men også praktisk faktakunnskap formidlet på en lettlest måte. Dette er en bok som jeg anbefaler alle pediatere å lese, enten man er ny i faget eller har jobbet en stund.

Jeg har arbeidet noen år med Barnehusarbeid, og jeg har sett at svært mange av de barna jeg møter i den sammenheng har vært innom Barneklinikken mange ganger – gjerne helt fra spedbarnsalder. Det kan være historier om spisevansker, om pustevansker, historier om vondt i magen, hodepine, søvnvansker, eksessiv skriking, atferdsvansker. Vi møter trolig flere av disse barna ukentlig, - hvordan kan vi våge ikke å tilegne oss mer kunnskap og årvåkenhet, vi som er garantert å møte dem.

Les iallfall denne boka, det er min oppfordring!

OCTOBER ISSUE

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



One breath of oxygen may shorten the return to spontaneous circulation

Asphyxiated newborn infants should be resuscitated with air, but it has been unclear whether supplementary oxygen is needed when effective ventilation cannot be provided immediately during resuscitation. In this study, Linner et al. found that one single breath of oxygen shortened the time to return of spontaneous circulation in asphyxiated newborn piglets (1). Small but critical amounts of oxygen was essential for sustained circulatory recovery in this experimental model of asphyxia. The clinical applicability of these findings should be further investigated, according to the accompanying editorial by Solevåg and Schmölzer (2).



Helping Babies Breathe training can improve neonatal resuscitation

Helping Babies Breathe (HBB) is a neonatal resuscitation programme that is designed to train health professionals in low-resource settings. A study by Rule et al. showed that 10 months after HBB training in a rural referral hospital in Kenya, the suspected hypoxic–ischaemic encephalopathy (SHIE) rate had decreased by 53% to 7.1/1000. However, the rates increased after the initial decline and investigations revealed that half of the midwives who received HBB training had been transferred. When the data were presented to healthcare administration personnel, this improved staff retention and the SHIE rate then decreased again (3). Enweronu-Laryea and Robertson comment on the study (4). Readers may also be interested in the editorial by Niermeyer (5), who comments on Wrammert et al.'s paper on an HBB project in Nepal (6), which was published in the previous issue.



Recorded maternal voices reduced pain in preterm infants undergoing heel lance procedures

This study evaluated whether recorded maternal voices limited pain in preterm infants undergoing heel lance procedures. Chirico et al. enrolled 40 preterm infants at a gestational age of 26–36 weeks and randomised them to listen to, or not listen to, a recording of their mother's voice during the procedure (7). Infants in the intervention group had significantly lower pain scores and fewer decreases in oxygen saturation, with no significant side effects. Readers may also be interested in the brief article by Hamm et al., who report that a parent–infant music therapy intervention improved neurodevelopment after neonatal intensive care (8).



Using a standardised protocol reduced hospitalisation for childhood immune thrombocytopenia

Childhood immune thrombocytopenia (ITP) is an immune-mediated disorder, with a platelet count of less than 100×10^9/L an no underlying cause. Although current guidelines suggest that most patients are just observed, children still receive platelet-enhancing therapy because of concerns about complications related to bleeding. Labrosse et al. report that introducing a standardised protocol with a step-down approach reduced hospitalisation and the length of prednisolone treatment in children with newly diagnosed ITP, without any increase in disease complications (9). Ljung comments on the findings (10).



Severe postwar malnutrition did not have a negative impact on subsequent earnings and pensions

Hermanussen et al. explored whether German men born and raised shortly after World War Two, during severe and long-standing nationwide malnutrition, had lower earnings and subsequent pension payments (11). They found that being born in postwar Germany in 1945–1948 was only associated with a tiny impairment in work-related earnings, which was not visible in the at-risk-of-poverty rates. The findings question previous statements associating early childhood malnutrition and lower lifetime earnings.



INJEKSJONSVÆSKE

Effektiv RSV-profylakse hos barn[1]

SYNAGIS®
PALIVIZUMAB

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.

ATC-nr.: J06B B16

C **INJEKSJONSVÆSKE, oppløsning 100 mg/ml:** 1 ml inneh.: 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-virussykdom: Barn født i 35. svangerskapsuke eller tidligere <6 måneder i begynnelsen av RS-virussesongen, 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 kroppsvekt 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-virussesongen. De påfølgende doser bør gis hver måned gjennom hele RS-virussesongen. Det anbefales at barn som er sykehusinnlagt med RS-virus og som får palivizumab, fortsetter med å få månedlige doser i hele RS-virussesongens varighet. For barn som har gjennomgått koronar-bypass-operasjon anbefales en injeksjon av 15 mg/kg kroppsvekt så snart barnet er stabilt etter inngrepet. Påfølgende doser bør fortsette månedlig gjennom resten av RS-virussesongen 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-virussesongen, 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 berettige 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 immunbaserte RS-virusdiagnostiske tester, f.eks. noen antigenpåvisningsbaserte analyser. 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: Apné[1]. Øvrige: Reaksjoner på injeksjonsstedet. *Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100):* Blod/lymfe: Trombocytopeni[1]. Hud: Urticaria[1]. Nevrologiske: Konvulsjon[1]. Ukjent frekvens: Immunsystemet: Anafylaksi, anafylaktisk sjokk (dødsfall er rapportert i noen tilfeller)[1]. 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-antigene setet 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 originalemballasjen 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.

NOSYN170101 THAU

©2017 AbbVie AS • Postboks 1 • 1330 Fornebu • Tlf: 67 81 80 00 • Mars 2017

abbvie