

PAIDOS

TIDSSKRIFT FOR NORSK BARNELEGEFORENING

2019; 37 (1): 1-68

100 år



Norsk barnelegeforening
DEN NORSKE LEGEFORENING





 **SYNAGIS®**
PALIVIZUMAB

INJEKSJONSVÆSKE

Effektiv RSV-profylakse¹

Synagis – Sikkerhetsinformasjon og refusjon ^{1,2}	
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

Immunoglobulin mot respiratorisk syncytialvirus.

ATC-nr.: J06B B16



C INJEKSJONSVÆSKE, oppløsning 100 mg/ml: 1 ml inneholdt: 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-virus-sykdom: Barn født i 35. svangerskapsuke eller tidligere <6 måneder i begynnelsen av RS-virus-sesongen, barn <2 år som har hatt behov for behandling for bronkopulmonal dysplasi i løpet av de siste 6 måneder, barn <2 år med medfødt hjertesykdom som er av hemodynamisk betydning.

Dosering: Anbefalt dosering er palivizumab 15 mg/kg 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-virus-sesongen. De påfølgende doser bør gis hver måned gjennom hele RS-virus-sesongen. Det anbefales at barn som er sykehusinnlagt med RS-virus og som får palivizumab, fortsetter med å få månedlige doser i hele RS-virus-sesongens varighet. For barn som har gjennomgått koronar-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-virus-sesongen for barn som fortsatt har høy RS-virusrisiko. Injeksjonsvolum >1 ml bør fordeles på flere doser. Effekten ved andre doser enn 15 mg/kg, eller ved annen dosering enn månedlig i hele RS-virus-sesongen, er ikke fastslått. **Tilberedning/Håndtering:** Hetteglass uten konserveringsmiddel klar til bruk (engangsbruk). Skal ikke fortynnes. Skal ikke ristes. Både 0,5 ml og 1 ml hetteglass inneholder et overskudd som tillater opptrekking av hhv. 50 mg og 100 mg. Fjern klaffen til korken på hetteglasset og gummiroppen 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 berettiget 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 vurdere medisinske beslutninger.

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

Bivirkninger: Mest alvorlig er anafylaksi og andre akutte overfølsomhetsreaksjoner. Feber, utslett og reaksjoner på injeksjonsstedet er vanlig. **Svært vanlige (≥1/10):** Hud: Utslett. Øvrige: Feber. **Vanlige (≥1/100 til <1/10):** Luftveier: Apné¹. Øvrige: Reaksjoner på injeksjonsstedet. **Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100):** Blod/lymf: Trombocytopeni¹. Hud: Urticaria¹. Nevrologiske: Konvulsjon¹. 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 fusjons-proteinet til respiratorisk syncytial-virus (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 5412,30. 1ml (hettegl.) kr 9160,50. **Refusjon:** Synagis har ikke forhåndsgodkjent refusjon. Det kan søkes individuell refusjon. For informasjon om individuell stønad, se helfo.no.

Sist endret: 28.01.2016. **For siste oppdaterte pris se Felleskatalogen.no**

Referanser: 1. Synagis SPC avsnitt 4.3, 4.8 og 5.1 sist oppdatert 08.05.2018.

2. For informasjon om individuell stønad, se helfo.no.

yesterday

Da Beatles ga ut Yesterday, var klubben vår knapt femti. Undertegnede var så vidt påtenkt, født ni måneder senere på en fødestue i Norges periferi. Den gang døde nærmere 1000 barn første leveåret, 1,5 prosent av levendefødte. Siden Norsk Pædiatrisk Selskap ble stiftet i 1919, var spedbarnsdødeligheten redusert til en fjerdedel – en fantastisk framgang. Enda mer oppsiktsvekkende er at nedgangen har akselerert; i 2018 døde 130 spedbarn.

Av Ketil Størdal. Leder, Norsk barnelegeforening. leder@barnelegeforeningen.no

I 1958 anbefalte dr Benjamin Spock mageleie for de minste. Ikke på grunn av evidens, men med en teori om årsaken til krybbedød. Det tok over 30 år å snu spedbarna tilbake på ryggen, nå er det lenge mellom hver gang et spedbarn kommer inn livløst etter krybbedød. Mitt årskull måtte gjennomgå de fleste barnesykdommene. Etter over 20 år med pediatri har jeg til gode å se et barn i Norge med meslinger. Alvorlige medfødte sykdommer blir oppdaget før barna rekker å bli syke, å håndtere barn med meningitt får vi knapt erfaring med. Grunnleggerne av foreningen vår opplevde helt andre dager.

Suddenly... er vi hundre! Stadig i hundre! Noe sånt, med liv og rai-rai? Jubileum kan være trøtte greier. Vi med litt fartstid får en gyllen sjanse til å snakke om den gang da. Det er ingen måte på hvor sjuke ungene var, hvor enkle forhold vi jobbet under, to-delt vakt hele sommeren. Jeg har inngått en pakt med en kollega om harde spark på skinnleggen om historiene kommer for tett. Du blir mer opptatt av historie når du selv er i ferd med å bli en del av den, sies det. Underskrives.

Bakoversnakk kan peke framover. Les historien om lapis-dråpene og Helene Pande, en av flere fyrstårn i pediatriens fortid vi kan inspireres av. Med en tøffhet tilegnet av tenår med tuberkulose, viste hun at retningslinjer ikke er skrevet i stein. Men noen ganger trengs urimelig mye standhaftighet. Historie kan også virke som sement mot nødvendige endringer. Har du noen gang i ungdommelig iver blitt møtt med lite konstruktive «prøvd det før - gikk ikke»?

Så er det lett å smile overbærende av avlagte sannheter. Husk

Leder



Leder viste tidig at han er glad i barn. Takk til søster Helga Johanne (i vogna) som postet bildet på facebook, og til sjefen sjøl som lot seg overtale til å sette det på trykk.

at våre etterkommere kan komme til å finne syltynn evidens for mye av det vi forfekter. Den snurrige myten om at syke barn hadde det best uten foreldre er avlivet. Til sykehusplanleggere og tekno-freaker på nyfødtavdelinger; ting tyder på at dette også gjelder syke nyfødte!

Why she... Allerede i 1934 fikk foreningen sin første kvinnelige leder, Kirsten Utheim Toverud. Hun skulle oppleve solide forbigåelser noen år seinere, mennene i academia markerte reviret ivrig. Nå er gutta i mindretall: De siste tre åra er bare en av fire nye spesialister av hankjønn. Barselpermisjoner til begge kjønn må inn i arbeidsplanen, gradvis blir det litt mykere på arbeidsplassen. @metoo endrer stadig terrenget, hersketeknikker ispedd kjønnsdrift er ikke greit i 2019.

Noen ganger trenger ungene stemmen vår. Derfor vil vi pusse opp formålet vårt i jubileumsåret; når vi involverer oss i politikk, kan stemmen være sterk når vi snakker på vegne av ungene. «Omsorgen for standsinteresser» var med fra grunnleggingen i 1919, nå har vi en stor og sterk fagforening som snakker legenes sak. Barnelegeforeningen er ingen fagforening, vi driver med fag. Stemmen blir litt klarere med et skille, NBF har kommet sent i stemmeskiftet!

På ungenes parti, skrev Sverre Halvorsen ved 75-årsmerket. Der er vi fortsatt: Ungene trenger oss. Som leger, som eksperter, og med klar stemme. Oppgaven vår vil aldri bli ferdigstilt. Vi har uløste oppgaver, og vi kan gjøre en forskjell. Vi kan være stolte av fortida, men nye 100 år venter!

Og om noen skulle undre: I believe in yesterday.

Røtter og vinger

Av Kari Holte. Redaktør, Paidos.

Alle mennesker har en historie, og i fortellingene om livet står fødsel, barndom, familie og sykdom ofte sentralt. For de av oss med traust, heilnorsk bakgrunn, kan deler av livshistorien med stor sannsynlighet knyttes til norsk barnemedisin. Selv så jeg dagens lys på Haukeland sykehus en regnværsdag i '75, tjudefem år etter at Bergen fikk sin første barneavdeling. Jeg skrek med det samme og trengte ingen hjelp av fremtidige kolleger. «Hon her blir som moren sin,» sa jordmor, mens hun holdt meg opp ned etter føttene og klapset meg på baken. «Lang og tynn.» (Hun fikk rett!)

I dette bladet markerer vi at det er 100 år siden Norsk Pædiatrisk Selskap ble stiftet, og forteller historien om norsk barnemedisin siden starten av forrige århundre. Det vil si: Å få med alt, er umulig. Mange viktige navn og begivenheter er sikkert glemt. Jeg får si som Jørgen Hurum i første utgave av NPS-nytt fra 1985: «Kvaliteten av vårt medlemsblad er i stor grad avhengig av medlemmenes ytringsbidrag.» Innspill, tekst og bilder har kommet fra mange kanter av landet. Tusen takk til alle som har bidratt! Og til dere som savner noe: Skriv det! Vi vil fortsette med historiske innslag gjennom året - dog lavere dosert.

Så kan dere spørre: Hvorfor grave i gamle greier? Barnemedisinen ved starten av forrige århundre var ikke akkurat moderne! Les for eksempel om Mons på side 22. Eller se her. Rocket science, liksom...!

Slembukser var heller ikke moderne. På 80-tallet. Men så ble det plutselig kult – igjen. Historien går noen ganger i ring. Da kan det være interessant å vite hva mormor hadde i klesskapet. Å kjenne røttene skaper en følelse av helhet, sammenheng – og perspektiv. Det er som med historiene om menneskers liv - de vi stadig får ta del i, mer og mindre bevisst, fordi vi har jobben vår midt oppi de viktigste begivenhetene. Det handler også om læring. Og ydmykhet. Om å ikke gjenta fortidens tabber, men stadig, kanskje, bli – litt – klokere.

De siste årene har vi sett en eksponentiell vekst i tilbud og bruk av helsetjenester. Antall pediater er nesten doblet bare siden årtusenskiftet (s.16). I dag er vi 937 spesialister. På stiftelsesmøtet i 1919 deltok 13 pediater + avdelingens kandidat. Til tross for at de var få, og virket i en tid med høy sykkelighet og begrensede muligheter for diagnostikk og behandling, deltok den første generasjonen barneleger aktivt i arbeid med folkehelse og forebygging. Den neste generasjonen bygget opp norske barneavdelinger, ofte alene. Flere av dem gikk endelt vakt – i årevis. I neste epoke ble nyfødteintensivavdelinger og barnehabiliteringstilbud utbygget, og barn fikk - heldigvis - rett til å ha foreldrene med seg når de er innlagt på sykehus.

I vår tid drukner vi i dokumentasjon og detaljer, vi føler oss overarbeidet – selv om vi er mange. Vi tar blodprøver i hver finger, og MR-rekvisisjonene sitter løst. Barnedødeligheten har aldri vært lavere, funksjonelle lidelser øker. Evner vi å løfte blikket? Vet vi hva som er de største utfordringene for barns helse i vår tid? Er alt vi gjør godt?

Hva gjør vi i dag som fremtiden vil vise er feil, spurte Sverre Halvorsen i «På ungenes parti» ved 75-årsjubileet. Kommentaren er like aktuell i dag. Er det noe vi ikke gjør – som vi burde ha gjort, kan man også spørre. Refleksjon er ofte en forutsetning for å komme videre. Neste utgave av Paidos skal handle om «Uenighet, uvitenhet og utfordringer.»

Fremtiden står på skuldrene til fortiden. Slekt skal følge slekters gang. Noen måtte finne opp hjulet for at vi skulle lære å fly.

Gratulerer med hundreårsdagen!



Redaktrisen,
5 minutter gammel.

«oppmærksomhet. Det kan nevnes at Brinckmann 19. november 1936 meddelte at han ved diaré hos småbarn foruten eplekur også hadde prøvd bringebær og banan med godt resultat. Og Salomonsen omtalte

Utdrag fra Arthur Collets
beretning om NPS' første 25 år»



Paidos 2019

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 synspunkter. 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: 1503-5360 Norsk barnelegeforening

Redaktør

Kari Holte (Sykehuset Østfold)
paidos@barnelegeforeningen.no

Redaksjonsmedarbeidere og kontaktpersoner

Katrine Engen (Lillehammer)
Anders Bjørkhaug (Førde)
Stefan Kutzsche
Ina Helland (Ahus)
Ingrid Moldestad (Levanger)
Sveinung Larsen (StOlav)
Signe Hatteland (Kristiansand)
Kristoffer Hochnovski (Drammen)
Randi Stornes (Skien)
Anna Owczarz (Kristiansund)
Ingrid Wæraas Rønning (Hammerfest)
Cecilia Tønnessen Tokheim (OUS)
Henrik Underthun Irgens (Nettverket)

Design og annonsesalg

Cox Oslo AS
PB 7011 Majorstua, 0306 Oslo
E-post: ragnar.madsen@cox.no
Tlf. 92 84 84 02

Materiellfrister/utgivelse:

Nr. 02.2019: 10.05/25.6
Nr. 03.2019: 11.10/22.11

Opplag:

1400

Antall utgivelser per år:

3

Paidos på nett

www.paidos.no

Abonnement

210 kr pr år/3 nr. Kan bestilles ved mail til:
paidos@barnelegeforeningen.no



Innhold

3

Leder

Ketil Størdal.

4

Redaktør

Kari Holte.

6

Oppslagstavle

10

Pediaterdagene 2019

Hege Kristiansen og Janicke Syltern

14

Hundre år med Norsk barnelegeforening

Jon Lunde og Kari Holte,

20

En liten pike mellom trær, vill i skogen

Kari Holte

22

Norsk barnemedisin i 100 år - de lange linjene

Anne Kveim Lie

26

Fremveksten av norsk pediatri - en historie om pionérer

Redaktør for artikkelen: Stefan Kutzsche

32

Små voksne? Foreldrenes plass i barneavdelingene

Anne Kveim Lie

34

Hvorfor vil du bli barnelege?

Signe Hatteland, Gunhild Helsvig, Kari Holte,
Randi Stornes og Ina Helland

38

Pediatriens utfordringer

Katrine Engen

42

Barnevaksinasjon i 100 år

Hanne Nøkleby

46

Intervjuet: Helene Pande

Katrine Engen

50

Norge rundt: Oslo - et arnested for norsk pediatri

Thor Willy Ruud Hansen og Hans-Jacob Bangstad

52

Norge rundt: Barne- og ungdomsklinikken på OUS

Cecilia Tønnessen Tokheim

56

Nordisk Pediatrisk Forening

Alf Meberg

58

Internasjonalt arbeid for Norsk barnelegeforening

Tom Stiris

59

Vindu mot verden: Verden er større enn Norge

Erik Bøhler

60

Legemidler og utstyr: Farmasøyt i barneavdeling

Kari Christiane Fougner Bjerknes, Gunn-Therese Lund
Sørland og Henrik Underthun Irgens

64

Highlights from Acta Paediatrica

“

Det er to varige gaver vi kan gi barna våre.
Den ene er røtter, den andre er vinger.

ukjent

Forsidebildet:

Idé: Redaktrisen. Utforming: Cox Oslo. Klovnebilde: Tusen takk til Sykehusklovnene!

Konkurranse: Alle bildene i såpeboblene er også å finne inne i bladet. På hvilken side er de? Og hvorfor har de havnet på forsiden? Riktig svar - send det til paidos@barnelegeforeningen.no. Bonuspoeng for de som også får med seg kildehenvisningen der dette er oppgitt!

Augmentin mikstur endelig tilgjengelig!

Nettverket for legemidler til barn har lenge jobbet hardt for at mikstur med Amoxicillin + Clavulansyre til behandling av urinveisinfeksjoner skal bli markedsført i Norge (ref. artikler i Paidos nr 2 og 3, 2018). Anstrengelsene har endelig gitt resultater: GSK og Legemiddelverket har kommet til enighet om en løsning.

Augmentin mikstur kommer til apotekene fra 1. mars, men på grunn av leveringsproblemer blir det begrenset tilgang i starten, og det kan være hensiktsmessig å beholde Spectramox mikstur på registreringsfritak i sykehusapotekene en stund til.

Redaktrisen beklager!

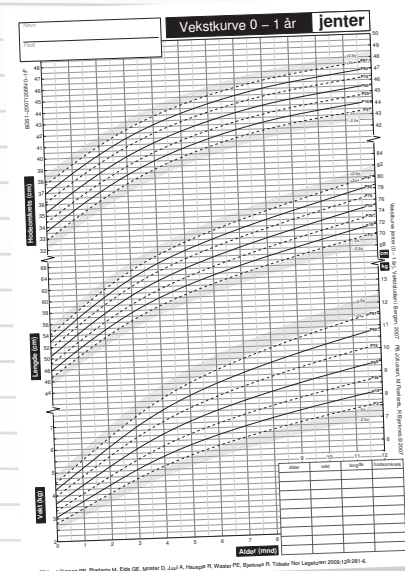
Det gikk litt i ball i forrige blad: Dette bildet er ikke fra stiftelsesmøtet for Norsk Pædiatrisk Selskap i 1919, men fra møte i Nordisk Pædiatrisk Forening i København samme år. Se side 56.



EN blomst til Tom!



Tom Stiris gikk nylig av som leder for European Academy of Pediatrics (EAP) der han har sittet trygt ved roret siden 2013. Her hjemme har han fått lite oppmerksomhet for innsatsen. Under «Styrets time» på Pediatrerdagene fikk han rosende ord og velfortjente blomster. Takk for at du har representert det norske barnelegemiljøet internasjonalt på en god måte, Tom!



Bergens-kurvene erstatter WHO-kurvene som standard for hodeomkrets i Norge

Norske barn har ofte større hodeomkrets enn det internasjonale gjennomsnittet. Derfor har bruk av WHOs vekstkurver ført til hyppige henvisninger av spedbarn med stor hodeomkrets fra helsestasjonene. Det finnes gode hodeomkretskurver basert på et normalmateriale av norske barn: Bergens-kurvene.

Barnelegeforeningen har jobbet for å få endret standardkurvene for hodeomkrets for å redusere overutredning og unødvendig bekymring. Den 8. februar 2019 ble det offisielt: Helsedirektoratet erklærte at Bergens-kurvene skal brukes som standard for hodeomkrets.

Her i landet er det normalt å være litt tjukk i hue!

Forskningsmidler til cøliakiforskning

Forskningsfondet for cøliaki deler årlig ut midler til forskningsprosjekter innen den medisinske, ernæringsmessige eller sosiale sektor. For 2019 utlyses det midler for inntil kr. 250.000,-. Søknadsfristen er 1. mai. For ytterligere info www.ncf.no



Dødlinje for neste utgave: 15. mai 2019

Planlagt mini-tema: «Uenighet, uvitenhet og utfordringer». Hvis ingen er uenige, da...?! Send gjerne et forvarsel om hva du har lyst til å skrive om i god tid. I dag, for eksempel 😊

Send mail til paidos@barnelegeforeningen.no

Ekko cor utført av nyfødtleger

Studier tyder på at «Neonatologist Performed Echocardiography» kan føre til bedre intensivbehandling av nyfødte. Meld deg på tidlig for å sikre deg plass på SPISS-kurs i nyfødt-ekko på Vårmetet i Tønsberg!

Tekst: Beate Horsberg, Eriksen Eirik Nestaas og Drude Fugelseth

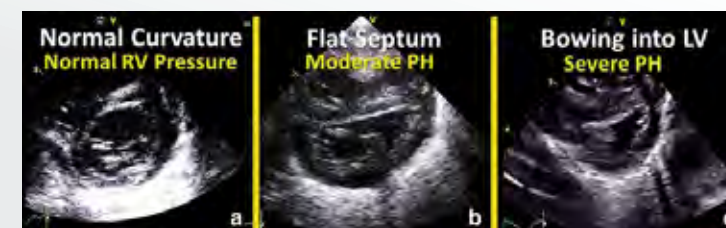
Tradisjonelt har strukturelle hjertefeil vært hovedfokus for ekkokardiografiske undersøkelser av nyfødte utført av barnekardiologer. De siste 10 årene har det vokst frem økende interesse blant neonatologer for å bruke ultralyd til å bedømme hjertefunksjon og hemodynamikk, såkalt Neonatologist Performed Echocardiography, eller NPE. Ved flere avdelinger har nyfødtleger både nyfødtkompetanse og barnekardiologisk kompetanse. Barnekardiologer har ansvar for å stille endelig diagnose dersom medfødt hjertefeil er påvist eller mistenkt.

Det har lenge manglet tilgjengelige og sertifiserte opplæringsprogram i NPE, men de siste årene er det publisert flere anbefalinger for opplæring, trening og sertifisering (1-3). Motforestillinger har særlig vært knyttet til feiltolkning av funn og risiko for å overse medfødte hjertefeil. Flere studier har imidlertid pekt på bedret intensivbehandling uten uheldige konsekvenser etter innføring av NPE i nyfødtavdelinger (4, 5).

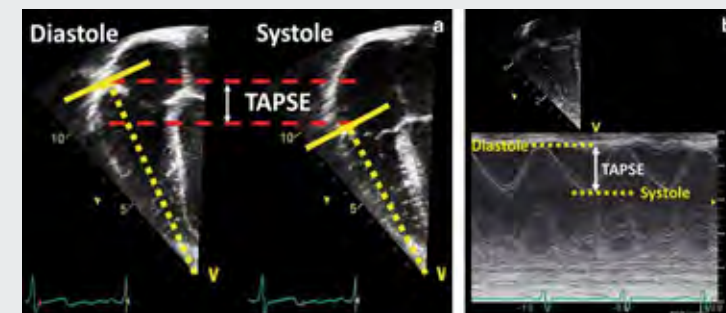
To av artikkelforfatterne (Eriksen og Nestaas) har siden 2015 vært del av en internasjonal interessegruppe for NPE nedsatt av European Society for Paediatric Research (ESPR) med medlemmer fra mange europeiske land, samt USA og Australia. Gruppen har publisert flere artikler som omhandler utdanningsprogram og sertifisering, samt oversiktsartikler for bruk av NPE i ulike kliniske settinger (2, 6-12).

Ved barnelegeforeningens vårmøte i Tønsberg 11.-14. juni 2019 er NPE tema for SPISS-kurset. Kurset vil bestå av oversiktsforelesninger og praktisk trening på ekkokardiografi i smågrupper. Internasjonale og nasjonale forelesere vil bidra i denne interaktive sesjonen. Vi vil belyse at ekkokardiografi, kombinert med klinisk undersøkelse og ved fravær av medfødt hjertefeil, kan være et viktig redskap for vurdering av hemodynamisk status hos premature og terminfødte ved tilstander som for eksempel persisterende pulmonal hypertensjon, vurdering av ductus arteriosus, hjertesvikt og sirkulatorisk sjokk.

Velkommen til Tønsberg!



Hvilken vei ventrikkelseptum buler er ofte lett å se i parasternal kortakse, og sier mye om trykkforholdene i hjertet.



TAPSE står for Tricuspid annular plane systolic excursion og er et mål på høyre-ventrikel-funksjon (longitudinell forkortning av høyre ventrikel i systole).

Referanser: Se paidos.no

Vårmøte og hundreårsjubileum!

Hold av 11.-14. juni 2019!

Da arrangeres vårmøtet i Tønsberg. Det blir et rikholdig program med temaer som habilitering, nyfødtteko og vaksinasjon, og barnelegeforeningens 100-års dag skal behørig feires. Du kan til og med kjøre rib til festmiddagen på Verdens Ende hvis du er kjapp med påmeldinga! Vi sees! :-)



NeoFax er tilgjengelig via helsebiblioteket.no

Helsebiblioteket.no hadde på stand på Pediaterdagene, og ble oppmerksomme på at flere barneleger ikke kjente til IBM Micromedex. De har bedt Paidos informere. Micro-medex er et oppslagsverk spesielt for pediatere – og gir blant annet tilgang til NeoFax.

Du finner NeoFax ved å gå inn på **helsebiblioteket.no**. Klikk på «Alle oppslagsverk» under fanen «Oppslagsverk», deretter «IBM Micromedex». Velg fanen NeoFax/ Pediatrics oppe til høyre. NeoFax kan også lastes ned gratis som App på følgende nett-adresse: <http://truvenhealth.com/your-healthcare-focus/hospital-patient-care-decisions/helsebiblioteket-mobile>. Nødvendige passord er oppgitt på siden.

Ny høring fra Helsedirektoratet om prevensjon og familieplanlegging til kvinner i LAR

Helsedirektoratet har nylig kommet med høringsutkast om prevensjon, familieplanlegging, legemiddelvalg og legemiddeldose til kvinner i legemiddellassistert rehabilitering (LAR). I klartekst er Helsedirektoratets konklusjon fortsatt at langtidsvirkende prevensjon ikke skal være en del av pakken ved behandling med Metadon, Subutex (buprenorfin) eller andre rusmidler. Planlagt graviditet frarådes ikke. Det heter at «Vedvarende abstinensplager bør unngås for å sikre ro og stabilitet i den gravides forberedelser til å bli mor», og at det kan være behov for økt dose under svangerskapet.

Av 1470 kvinner under 50 år i LAR, blir cirka 3% gravide hvert år. De fleste barneleger har erfart at barn født av kvinner i LAR ofte får svært plagsomme abstinenssymptomer som krever behandling med morfin og langsom dosenedtrapping over flere uker. Barnevernet overtar omsorgen for 50-75% av barna.

Høringsfristen er 20.mai. Siste ord er ikke sagt.

▼ Revestive «Shire Pharmaceuticals Ireland Ltd.»

C Fordøyelses- og stoffskiftepreparat. ATC-nr.: A16A X08
PULVER OG VÆSKE TIL INJEKSJONSVÆSKE, oppløsning 1,25 mg: Hvert sett *innh.:* I) Hetteglass: Teduglutid 1,25 mg, L-histidin, mannitol, natriumfosfatmonohydrat, dinatriumfosfatheptahydrat. II) Ferdigfylt sprøyte med oppløsningsvæske. Vann til injeksjonsvæsker. Etter rekonstituering: 1 ml inneholder 2,5 mg teduglutid.
PULVER OG VÆSKE TIL INJEKSJONSVÆSKE, oppløsning 5 mg: Hvert sett *innh.:* I) Hetteglass: Teduglutid 5 mg, L-histidin, mannitol, natriumfosfatmonohydrat, dinatriumfosfatheptahydrat, natriumhydroksid, saltsyre. II) Ferdigfylt sprøyte med oppløsningsvæske: Vann til injeksjonsvæsker. Etter rekonstituering: 1 ml inneholder 10 mg teduglutid.

Indikasjoner: Behandling av pasienter ≥1 år med kort tarm-syndrom («short bowel syndrome», SBS). Pasienten bør være stabil etter en periode med intestinal adapsjon etter kirurgi.

Dosering: Det anbefales sterkt at preparatets navn og produksjonsnr. noteres hver gang preparatet gis til en pasient; for å opprettholde en kobling mellom pasienten og produksjonsnr. til preparatet. Behandling skal startes opp under veiledning av helsepersonell med erfaring i behandling av SBS. Behandling av barn skal startes opp under veiledning av helsepersonell med erfaring i behandling av pediatrik SBS. Behandling bør ikke startes før det er rimelig å anta at pasienten er stabil etter en periode med intestinal adapsjon. Optimalisering og stabilisering av i.v. væske og ernæring bør være gjennomført før behandlingsstart. Klinisk vurdering bør ta hensyn til utgangspunktet og målet med behandlingen for hver enkelt pasient. Behandlingen skal avsluttes dersom en generell forbedring av pasientens tilstand ikke er oppnådd. Effekt og sikkerhet hos alle pasienter skal overvåkes kontinuerlig, iht. retningslinjene for klinisk behandling. Ved hver visitt bør legen veie pasienten, fastsette den daglige dosen som skal administreres inntil neste visitt samt informere pasienten om dette. **Voksne inkl. eldre >65 år:** Hetteglass 5 mg: 0,05 mg/kg kroppsvekt 1 gang daglig. Se tabell for injeksjonsvolum iht. kroppsvekt. Forsiktig nedtitrering av daglig dose kan vurderes hos enkelte for å optimere toleransen av behandlingen pga. uensartethet i SBS-populasjonen. Behandlingseffekten skal evalueres etter 6 måneder. Begrensede data viser at det kan ta lengre tid før enkelte responderer på behandling (dvs. de som fortsatt har sammenhengende kolon eller distal/terminal ileum). Dersom generell forbedring ikke er oppnådd innen 12 måneder, bør behovet for fortsatt behandling revideres. Kontinuerlig behandling anbefales for pasienter som er avhengig parenteral ernæring. **Barn og ungdom 21-17 år:** 0,05 mg/kg kroppsvekt 1 gang daglig. Se tabell for injeksjonsvolum iht. kroppsvekt. Ved kroppsvekt >20 kg skal hetteglass 5 mg brukes. Det anbefales en behandlingsperiode på 12 uker med påfølgende evaluering av behandlingseffekten. Ved bruk etter 12 uker ikke tilgjengelig. Se også Forsiktighetsregler. **Injeksjonsvolum iht. kroppsvekt for voksne, inkl. eldre >65 år, barn og ungdom 21-17 år:**

Kroppsvekt (kg)	Hetteglass 1,25 mg injeksjonsvolum (ml)	Kroppsvekt (kg)	Hetteglass 5 mg injeksjonsvolum (ml)
5-6	0,1	10-11	0,05
7-8	0,14	12-13	0,06
9-10	0,18	14-17	0,08
11-12	0,22	18-21	0,1
13-14	0,26	22-25	0,12
15-16	0,3	26-29	0,14
17-18	0,34	30-33	0,16
19-20	0,38	34-37	0,18
>20	Bruk hetteglass 5mg	38-41	0,2
		46-49	0,24
		50-53	0,26
		54-57	0,28

	58-61	0,3
	62-65	0,32
	66-69	0,34
	70-73	0,36
	74-77	0,38
	78-81	0,4
	82-85	0,42
	86-89	0,44
	90-93	0,46

Glemt dose: Glemt dose injiseres så snart som mulig samme dag. **Spesielle pasientgrupper:** Nedsatt leverfunksjon: Dosejustering unødvendig ved lett eller moderat nedsatt leverfunksjon. Ikke undersøkt ved alvorlig nedsatt leverfunksjon. Nedsatt nyrefunksjon: Dosejustering unødvendig ved lett nedsatt nyrefunksjon. Ved $Cl_{CR} < 50$ ml/minutt eller nyresykdom i slutfasen, bør daglig dose reduseres med 50%. Barn <1 år: Sikkerhet og effekt ikke fastslått. Ingen tilgjengelige data. **Tilberedning/Håndtering:** Kun til engangsbruk. Oppløsningen skal ikke brukes dersom den er uklar eller inneholder partikler. Skal rekonstitueres før administrering, se pakningsvedlegg. Skal ikke blandes med andre legemidler. **Administrering:** Rekonstituert oppløsning gis som s.c. injeksjon i magen (vekslende mellom magens 1 av 4 kvadranter), ev. i låret hvis injeksjon i magen ikke er mulig pga. smerter, arddannelse eller fortykket vev, se pakningsvedlegg. Skal ikke administreres i.v. eller i.m.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for innholdsstoffene eller spor av tetrasyklinnerster. Aktiv eller mistenkt malignitet. Malignitet i mage-tarmkanalen, inkl. lever- og galleystemet samt pankreas i løpet av de siste 5 årene.

Forsiktighetsregler: Voksne: Kolorektale polypper: Koloskopi med fjerning av polypper bør gjennomføres ved behandlingsstart. En oppfølgingskoloskopi (eller annen bildediagnostikk) anbefales i løpet av de 2 første behandlingsårene, deretter minst hvert 5. år. Basert på pasientkarakteristika (f.eks. alder, underliggende sykdom) skal det foretas en individuell vurdering av hvorvidt økt frekvens av undersøkelser er nødvendig. Dersom en polyp oppdages anbefales oppfølging iht. gjeldende retningslinjer, ved malignitet må behandling seponeres. **Gastrointestinal neoplas, inkl. lever- og gallegang:** Ved neoplas skal det fjernes, ved malignitet må behandling seponeres. **Galleblære og gallegang, pankreassykdommer, tarmobstruksjon:** Ved symptomer relatert til galleblære eller galleganger, ved bivirkninger som omfatter pankreas og ved gjentakende tarmobstruksjon, skal behovet for fortsatt behandling revideres. **Overvåkning:** SBS-pasienter skal være under nøye oppfølging iht. retningslinjer for klinisk behandling. Dette inkluderer overvåkning av tynntarmsfunksjon, galleblære, galleganger og pankreas for tegn og symptomer. Ytterligere laboratorieundersøkelser foretas og passende billedteknikker benyttes, dersom indisert. **Væskeoverbelastning:** Er observert i kliniske studier. Bivirkninger relatert til væskeoverbelastning oppsto hyppigst de første 4 behandlingssukene og avtok over tid. Ved kardiovaskulær sykdom bør pasienten overvåkes mht. væskeoverbelastning, særlig ved behandlingsstart, pga. økt væskeabsorpsjon. Pasienten bør rådes til å kontakte lege ved plutselig vektoppgang, hevelser i ankler og/eller dyspné. Væskeoverbelastning kan forhindres ved vurdering av behov for parenteral ernæring til rett tid. Vurderingen bør gjøres hyppigere de første behandlingsmånedene. Hjertesvikt med stuvning er observert i kliniske studier. Ved signifikant forverring av kardiovaskulær sykdom skal behovet for fortsatt behandling revideres. **Parenteral ernæring:** Parenteral ernæring bør reduseres forsiktig og ikke seponeres brått. Pasientens væskestatus bør evalueres etter reduksjon av parenteral ernæring, og nødvendig justering foretas. **Samtidig bruk av andre legemidler:** Ved samtidig bruk av orale legemidler som krever titrering eller har et smalt terapeutisk vindu, bør pasienten overvåkes nøye pga. mulig økt absorpsjon. **Seponering:** Ved seponering bør det utvises forsiktighet pga. risiko for dehydrering. **Spesielle kliniske tilstander:** Bruk ved alvorlige, klinisk ustabile samtidige sykdommer (f.eks. kardiovaskulære, respiratoriske, renale, infeksjoner, endokrine, hepatiske, eller sykdommer i CNS) eller ved malignitet i løpet av de siste 5 årene er ikke undersøkt. Forsiktighet skal utvises. **Barn og ungdom og eldre: Kolorektale polypper/neoplas:** Før behandlingsoppstart bør det tas prøver

for økkult blod i avføringen (FOBT) hos alle barn og ungdom, deretter årlige prøver. Før behandlingsoppstart bør barn og ungdom ≥12 år og eldre gjennomgå koloskopi/sigmoidoskopi, hvis ikke dette er foretatt innenfor det siste året. Barn <12 år bør også gjennomgå prosedyren ved blod i avføringen uten kjent årsak. Koloskopi anbefales hos alle barn og ungdom etter 1 års behandling, og deretter minst hvert 5. år ved kontinuerlig behandling. **Generelt:** **Hjelpstoffer:** Inneholder <1 mmol natrium (23 mg) pr. dose, dvs. tilnærmet natriumfritt. Forsiktighet er nødvendig når preparatet administreres ved kjent overfølsomhet for tetrasykliner. **Bilkjøring og bruk av maskiner:** Tilfeller av synkope er rapportert, og slike hendelser kan påvirke evnen til å kjøre bil og bruke maskiner.

Interaksjoner: For utfyllende informasjon om relevante interaksjoner, bruk interaksjonsanalyse. Ingen interaksjonsstudier er utført. Basert på teduglutids farmakodynamiske effekt, er det mulighet for økt absorpsjon av legemidler som tas samtidig.

Graviditet, amming og fertilitet: **Graviditet:** Ingen data. Bør unngås. Dyrestudier indikerer ingen direkte eller indirekte skadelige effekter mhp. reproduksjonstoksisitet. Som et forsiktighetstiltak bør bruk unngås. **Amming:** Utskillelse i morsmelk er ukjent. En risiko for nyfødte/spedbarn som ammes kan ikke utelukkes. Som et forsiktighetstiltak bør bruk unngås. **Fertilitet:** Ingen humane data. Dyrestudier indikerer ingen nedsatt fertilitet. **Bivirkninger:** Svært vanlige (≥1/10): Gastrointestinale: Abdominal smerte og distensjon, oppkast, kvalme, gastrointestinale stomikompikasjoner. Infeksjoner: Luftveisinfeksjon. Nevrologiske: Hodepine. Øvrige: Reaksjon på injeksjonsstedet. Vanlige (≥1/100 til <1/10): Gastrointestinale: Kolorektal polyp, kolonstenose, flatulens, tarmobstruksjon, pankreasgangstenose, pankreatitt, tynntarmsstenose. Hjerte/kar: Hjertesvikt med stuvning. Infeksjoner: Influensalignende sykdom. Lever/galle: Kolecystitt, akutt kolecystitt. Luftveier: Dyspné, hoste. Psykiske: Angst, søvnløshet. Stoffskifte/ernæring: Nedsatt appetitt, væskeoverbelastning. Øvrige: Perifert ødem. Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100): Gastrointestinale: Duodenalpolyp. Hjerte/kar: Synkope. Ukjent frekvens: Gastrointestinale: Gastropolyp. Immunsystemet: Overfølsomhet. Øvrige: Væskeretensjon. **Overdosering/Forgiftning:** Høyeste dose studert under klinisk utvikling var 86 mg/dag i 8 dager. Uventede systemiske bivirkninger ble ikke sett. Ved overdose skal pasienten overvåkes nøye av helsepersonell. **Egenskaper: Virkningsmekanisme:** Teduglutid er en analog til GLP-2, som er et peptid som utskilles av tarmens L-celler, og som øker intestinal og portal blodgjennomstrømning, hemmer utskillelse av magesyre og reduserer tarmens motilitet. Bevarer slimhinneens integritet ved å fremme reparasjon og normal vekst av tarmen ved økt høyde av villus og dybde av krypter i tarmpitelet. **Absorpsjon:** Rask. T_{max} ca. 3-5 timer etter administrering ved alle dosenivåer. Absolutt biotilgjengelighet 88%. **Fordeling:** Voksne: Tilsynelatende Vd 26 liter. **Halveringstid:** Terminal $t_{1/2}$ ca. 2 timer. Plasmaclearance ca. 127 ml/time/kg etter i.v. administrering, ekvivalent med GFR. Barn 1-17 år: Lavere AUC og kortere $t_{1/2}$ enn hos voksne. Clearance reduseres ved økende alder fra 1 år til voksen. **Metabolisme:** Ikke fullstendig kjent, sannsynlig følges hovedmekanismen for peptidmetabolisme. **Utskillelse:** Renalt.

Oppbevaring og holdbarhet: Hetteglass 1,25 mg: Oppbevares i kjøleskap (2-8°C). Skal ikke fryses. Hetteglass 5 mg: Oppbevares ved høyst 25°C. Skal ikke fryses. Etter rekonstituering: Kjemisk og fysisk stabilitet er vist i 3 timer (hetteglass 5 mg) og 24 timer (hetteglass 1,25 mg) ved 25°C. Av mikrobiologiske hensyn bør oppløsningen brukes umiddelbart, med mindre metoden for rekonstituering utelukker risiko for mikrobiell kontaminering. Dersom den ikke brukes umiddelbart er bruker ansvarlig for oppbevaringstid og -betingelser før bruk, vanligvis ikke >24 timer ved 2-8°C, hvis ikke rekonstituering er utført under kontrollerte og validerte aseptiske forhold. **Sist endret:** 07.02.2018.

Basert på SPC godkjent av SLV: 01/2018 (1,25 mg), 12/2017 (5 mg)
Pakninger og priser: 1,25 mg: 1 sett (28 hettegl. m/pulver + 28 ferdigfylte sprøyter m/oppløsningsvæske) kr 104767,90. Varenummer 158153. 5 mg: 1 sett (28 hettegl. m/pulver + 28 ferdigfylte sprøyter m/oppløsningsvæske) kr 214438,60. Varenummer 463088.

Innehaver av markedsføringstillatelsen:
Shire Pharmaceuticals Ireland Limited

Tenk å være så bundet.

Er det mulig å redusere byrden for pasienter med kort tarm-syndrom som får parenteral ernæring?

Ja, Revestive (teduglutid) gjør det mulig for opptil drøyt 6 av 10 pasienter.*

Kontraindikasjoner:

Overfølsomhet for innholdsstoffene eller tetrasykliner. Aktiv eller mistenkt malignitet. Malignitet i magetarmkanalen, inklusiv lever- og galle-systemet og pankreas i løpet av de siste fem årene.

* To studier viser at 48,8 % - 62,8 % av pasientene reduserer sitt parenterale ernæringsvolum med mellom 20 % - 100 % per uke (p=0,002).¹

Revestive er indisert for behandling av pasienter > 1 år med kort tarm-syndrom («short bowel syndrome», SBS). Pasienten bør være stabil etter en periode med intestinal adapsjon etter kirurgi.¹

▼ Dette legemidlet er underlagt særlig overvåkning for å oppdage ny sikkerhetsinformasjon så raskt som mulig. Helsepersonell oppfordres til å melde enhver mistenkt bivirkning til RELIS via skjema (www.legemiddelverket.no/meldeskjema).

Ref: 1. Revestive (teduglutide) Revestive SmPC, Avsnitt 5.1. Feb 2018.

C-APROM/NO//035B June 2018


www.shirenorger.no


teduglutid



Pediaterdagene 2019

Den 16.-18. januar gikk Pediaterdagene av stabelen på Rikshospitalet. Med et program som spente fra nobelprisforedrag til lam oppfostret i kunstig livmor, var det lite som kunne legge en demper på stemningen.

Tekst: Hege Kristiansen, Førde og Janicke Syltern, St. Olavs hospital

Dag 1 - onsdag

Kanskje fortalte grid-cellene ham at han var ute av posisjon? Snøfall og trafikkproblemer i Tigerstaden gjorde at flere ble forsinket til den offisielle åpningen. Deriblant nobelprisvinner Edvard Moser. Arrangørene fra Ahus og OUS gjorde snarrådig omstokk på programmet, og vi kortet ventetiden med vakker musikk fra Duo Dynamo, og et sjeldent underholdende nyreforedrag ved Detlef Bockenhauer. Når du vet om du tilhører tubuli- eller glomeruli-klanen, er du nyre-nerd. Bockenhauer plasserte seg på tubuli-siden: «Glomeruli bruker brannslange for å bære ut søpla fra huset - interiøret følger med,» sa han for å illustrere hvordan glomeruli filterer 180 liter vann og 1 kg salt i døgnet. «Tubuli reabsorberer og sørger for at vi kan opprettholde et akvatisk miljø i kroppen!» Så lyste Mosers hjerne opp med røde blink. Han var på plass, og vi fikk se musene hans svinse over lerretet med elektroder på hodet, og snedige posisjonsmønstre i hjernen. Fascinerende!

LIS-kurs, SPISS-kurs, og shuffle på Kullt

LIS-kurset tidligere på dagen, hadde også stått i nefrologiens tegn, og tilbakemeldingene var gode. SPISS-kurset var av det alvorlige slaget: Barnepalliasjon. Temaet er dagsaktuelt: «Vi trenger snarest å få etablert barnepalliative team og et faglig nasjonalt nettverk for palliasjon til barn og unge,» skrev Anja Lee med flere i en kronikk i Dagsavisen 14. januar. Faglig sterkt program med gode foredragsholdere fra inn- og utland, ga mange tankevekkende og lærerike tilnærminger: Høy kompetanse, tid og tverrfaglighet er stikkord. Historien om Sverre på 9 år som tok avskjed med klassen og planla sin egen begravelse, og videoklipp av en ungdom som drar på konsert i terminalfase og synger av full hals til Eminems «Not afraid», gjorde sterkt inntrykk. Jens Grøgaard presenterte Helsedirektoratets faglige retningslinje fra 2017. Denne er laget både som et klinisk hjelpemiddel og legger organisatoriske føringer. Danskene syntes dette var så bra at de har implementert modellen, tilført friske ressurser og opprettet fem regionale team. Dette til inspirasjon: Vi må stå på videre

for å få barnepalliasjon på den helsepolitiske agendaen her hjemme også! Døende barn fortjener et robust og likeverdig tilbud uansett hvor i landet de bor. Bra deltagelse, engasjerte diskusjoner og mange navn på lista for å bli med i et nytt faglig nasjonalt nettverk lover godt!

Kvelden ble tilbrakt på Kullt. Barnelegene prioriterte samtale fremfor lek, men noe vennskapelig kniving over shuffleboardene ble observert.

Dag 2 - torsdag

Frie foredrag: Markering av 60-årsjubileet for fototerapi for gulsott, nyoppstått chorea, en uvanlig intubasjonskomplikasjon hos ekstremt prematur, WPW hos nyfødt, nye metoder for diagnose av nevroborreliose. Og mer til. De frie foredragene gir et fantastisk variert bilde av faget vårt!

Resten av programmet denne dagen, stod også for bredde: Kloke valg, smertebehandling og eksperimentell science fiction nyfødtmedisin. Resultatene av en spørreundersøkelse om «Gjør kloke valg»-kampanje, var tankevekkende. 90% blant barnelegene mener overutredning og overbehandling, forekommer, 75% mener det er et problem. Omtrent halvparten innser at de overbehandler selv, men enda flere skylder på kollegene. De eldre hadde større tro på egen fortreffelighet enn de yngre. Spørsmålet er om dette skyldes mangel på selvinnsikt eller reelle forskjeller?

Mer smerte

Rebecca Slater fra Oxford var overbevist om at nyfødte trengte mer medikamentell smertelindring og at ikke-farmakologiske tiltak hadde liten effekt. Men hennes egen forskning

viste ingen sikker effekt av morfin-mikstur, hverken ved ROP-undersøkelse eller hælstikk. Bivirkningene i form av respirasjonsdepresjon var imidlertid uttalte. Hudstimulering derimot, fant hun at kan gi svært effektiv smertelindring. Vil du trøste barnet ditt eller gi partneren en god opplevelse? Stryk varsomt med en hastighet av 3 cm/sekund. For raskt eller for sakte har dårligere effekt. Men det er ingen grunn til å finne frem stoppeklokken; hastigheten er intuitiv.

Boris Zernikow brakte palliasjon tilbake på programmet. Han var innom hele smertespekteret fra funksjonelle smerter via kreft til alvorlig kronisk sykdom. Funksjonelle smertetilstander hos barn er økende – opp mot 3 av 4 barn i enkelte studier. I Norge har vi en prevalens på omtrent 1 av 5. Zernikow beskrev «total pain» hos barn med ulike grunnlidelser, og løftet på ny hvordan ikke-medikamentelle tiltak, tid og tverrfaglighet har en stor plass. Kreative løsninger som mulighet for å gi seg selv «narkosebolus» med PCA hvis det foreligger risiko for akutt, uutholdelig smerte, kan gi trygghet og bidra til at barn kan være hjemme i den siste fasen. WHO's retningslinjer ble kritisert for ikke å ta inn over seg barns særegenheter, blant annet er opiatdoseringen farlig høy. Han ser stort behov for forskning på smertebehandling hos barn, men siden mange caser er lite generaliserbare og behandlingen må skreddersys, er RCTer og Cochrane-reviewer neppe veien å gå.

Lam på menyen

Marcus Davey fra Philadelphia stod for science fiction-delen av programmet: Han presenterte oppfostring av premature lam i kunstig livmor. Lammefoster får innlagt navlestrengskatetere under keisersnitt, og legges over i

en plastpose med kunstig fostervann. Parenteral ernæring tilføres og en oksygenator tar seg av gassutveksling. Målet er å utvikle en måte å hjelpe ekstrempremature barn frem til uke 27-28. Det var forbausende lite spørsmål i etterkant. Det ryktes at mange rett og slett var lamslåtte!

Festmiddagen på Ekebergrestauranten var enda et høydepunkt. Barnelegene ved OUS og AHUS stilte for anledningen med egen sekstett – en nytelse for øret! Egne tekster traff godt. Mange var nok lettet over at sous-vide posen var tatt av før lammet kom på tallerkenen, dagens spektakulære forelesning tatt i betraktning. Det ble som vanlig utdeling av priser for frie foredrag og inspirerende taler.

Dag 3 – fredag, og vel hjem!

Dag tre startet med forskningspresentasjoner fra OUS. I styrets time fikk vi høre om etterutdanning for spesialister, barnepalliasjon, korte tungebånd og ny LIS-utdanning. Tom Stiris informerte om EAP 2019, europeisk eksamen og oppfordret LIS til internasjonalt samarbeid. Vi fikk også en oppdatering på endringene i Pleiepengeordningen. Pediaterdagene ble avsluttet med temaet Barneovervåking og etikk i intensivbehandling av barn. Etter spennende dager i Oslo, kan vi nå begynne å glede oss til Vårmetet og feiring av barnelegeforeningens 100-års jubileum i Tønsberg!

Prisdryss!



Frie foredrag

Prisen for beste frie foredrag gikk til Marlen Fossan Aas fra Barne- og ungdomsklinikken ved Akershus universitetssykehus for foredraget "En jente med subakutt chorea". I bedømmelsen ble følgende vektlagt: Nytteverdi, fremføringsevne og evne til å besvare spørsmål. Aas tok tilhørerne med på en spennende utredning av en sjelden tilstand hvor både kliniske funn og avanserte metoder ble forklart på en pedagogisk og engasjerende måte. Sykehistorie og utredning kan være av stor verdi for kollegaer som møter pasienter med lignende, sjeldne symptomer. Aas svarte godt og overbevisende på spørsmål og avdekket god kjennskap til differensialdiagnostiske vurderinger og den aktuelle pasienten.

Bedømmelseskomite: Hege Kristiansen (Førde), Stian Orlien (Tønsberg), Beate Horsberg Eriksen (Ålesund)



Beste vitenskapelige innlegg

Tjuefem år etter OL gikk guldet tilbake til Lillehammer! Asborg Aanstad Bjertnæs vant prisen for beste vitenskapelige innlegg på Pediaterdagene 2019 med foredraget: "Økende kroppsmasseindeks (KMI) fra 2002 til 2017 hos 15-16 år gamle jenter". Kandidaten presenterte et stort vitenskapelig arbeid med omfattende bakgrunnsdata. Arbeidet bidrar til økt forståelse i det pediatriske miljøet, men har også et tydelig samfunnsperspektiv. Vi så en utmerket fremføring - entusiastisk og med glimt i øyet. Håndteringen av spørsmål var reflektert, og svarene gode. Well done!

Bedømmelseskomité: Ludger Dorlöchter (Kalnes), Marianne Nordhov (Tromsø) og Håvard Tetlie Garberg (Drammen)



Barnehelseprisen

Barnehelseprisen 2019 ble tildelt TV-serien SKAM. Skuespillerne Iman Meskini som spilte 'Sana' og Marlon Langeland som spilte 'Jonas', tok i mot prisen på vegne av teamet. Serieskaper Julie Andem beklaget sterkt at hun ikke hadde mulighet til å møte selv siden hun var i USA for å spille inn en amerikansk versjon av serien. I begrunnelsen for tildelingen ble det sagt at SKAM i vid forstand har bidratt til bedre ungdomshelse, ved å sette fokus på viktige og dagsaktuelle tema i ungdommers liv. TV-serien har tatt opp emner som vennskap, homofili, identitetssøken, spiseforstyrrelser, psykiske lidelser, voldtekt i nære relasjoner og fremmedfrykt på en opplysende og nyskapende måte.

En velfortjent tildeling. Paidos gratulerer!



TRYGGHET Å VOKSE MED

For små mager
med kumelk-
proteinallergi



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.¹⁻³

Nivåene av kalsium og D vitamin er tilpasset for å dekke behovet hos både spedbarn og de litt eldre barna.⁴ Dette innebærer at Althéra kan følge barnet over lengre tid, som gjør det enklere både for helsepersonell og foreldre.

Althéra er et næringsmiddel til spesielle medisinske formål, brukes i samråd med helsepersonell.

VED SPØRSMÅL

ring vår kundeservice på
tlf. 81568332 eller 67817400

1. Niggeman B, et al. Pediatr Allergy Immunol 2008;19:348-354. 2. BSACI Milk allergy guideline: Luyt D, et al. Clin Exp Allergy 2014;44(5):642-672. 3. ESPGHAN Guidelines: Diagnosis and Management of CMPA: JPGN 2012;55(2):221-229. 4. Nordiska Näringsrekommendationer 2012;22-23 (tabell 3).

Informasjon til helsepersonell
www.nestlehealthscience.no



Hundre år med Norsk barnelegeforening

Født i en søttiårsdag. Oppvokst under utformingen av norsk barnemedisin. Hva har barnelegeforeningen vært opptatt av gjennom tidene? Hvem er vi? Hvor går vi? Hva vil vi bli husket for om 100 år?

Tekst: Jon Lunde, pensjonert overlege ved Sykehuset Østfold og leder i NBF anno 1996-99 og Kari Holte, overlege ved Sykehuset Østfold og redaktør i Paidos

Stiftelsen og formålet

Den norske lægeforening ble etablert i 1886 etter økende opposisjon blant legene mot Det medisinske fakultetets konservative holdning til undervisning. Rundt samme tid hadde medisinske fremskritt ført til en grad av spesialisering. Flere brukte spesialistbetegnelser, noen ganger også uten å ha fordypet seg i faget. Enkelte kalte seg spesialister allerede få uker etter embetseksamen! Etter lang tids debatt om hvordan man skulle løse problemet, ble det på det «17.de almindelige norske lægemøde» i Kristiania 5.-7. september 1918 vedtatt å opprette 13 godkjente spesialiteter med bestemte spesialistregler.¹ Barnesykdommer var en av de 13.

Norsk Pædiatrisk selskab ble stiftet året etter. Carl Looft i Bergen tok initiativet. Axel Theodor Johannessen, barnelege og professor i barnesykdommer ved Det Kongelige Frederiks Universitet i Christiania, ble foreningens første formann. Selve stiftelsen skjedde under hans søttiårsfeiring på Grand Hotell 29. mai 1919. Det ble valgt et styre på 3 medlemmer.

Det første møtet ble holdt på Rikshospitalets barneavdeling 2. oktober samme år. «Til stede var 13 pediatere og avdelingens kandidat».² Hovedformålet var å fremme interessen for pædiatrisk vitenskapelig arbeid i Norge. «Omsorgen for standsinteresser» er nevnt som en bisetning.³ Forut for stiftelsen av Norsk Pædiatrisk Selskap, hadde det vært holdt mer uformelle faglige møter i legenes hjem, og angivelig var det opprettet en spesialitetskomité allerede i 1917. Pionerne på Rikshospitalet og i kretsen rundt Axel Johannessen utgjorde kjernen i norsk pediatri i de første tiårene.

Fra 1928 ble Norsk Pædiatrisk selskab en spesialforening i Legeforeningen og underlagt Legeforeningens lover. Etter omorganisering av Legeforeningen i 2007 ble barnelegeforeningen definert som en fagmedisinsk forening. Formålsparagrafen har endret seg gjennom årene, og fagforeningsaspektet har hatt ulik prioritet. Men foreningen har hele tiden jobbet aktivt for barns helse og utviklingen av pediatrien, og hatt stor frihet til å uttale seg.



Professor dr.med. Axel Theodor Johannessen (1849-1926), første professor i pediatri på Det Kongelige Fredriks Universitet / Rikshospitalet og første formann i Norsk Pædiatrisk Selskap. Takk til Medisinsk Museum på Ullevål sykehus for villig tillatelse til gjengivelse, og til Thor Willy Ruud Hansen som har tatt bilde av bildet.

De første årene

Da Arthur Collet oppsummerte de første 25 årene⁴, skrev han: «Gjennom foredrag, demonstrasjoner og kortere meddelelser er nær sagt alle sider av barnets patologi behandlet, både det uterine og den postnatale periode og delvis svangerskapets forhold. Barnets, og vesentlig spebarnets ernæring er viet stor interesse, og i den forbindelse melkens sammensetning, dens rolle i ernæringen og dens fremskaffing». Av faglige temaer som ble behandlet nevnte Collett: Tuberkulose, Lues, Akutte infeksjonssykdommer, Tarm og fordøyelse, Psykologi. Psykiatri, Vekt- og høydeforhold, Neomortalitet, Melken. Ernæringen med mer. Hedvig Trætteberg trakk frem «Det forebyggende helsearbeid for mor og barn» og «Sykehus-saken og utdannelsen i pediatri»⁵ som to «merkesaker i selskapets virke» de første årene.

Det forebyggende helsearbeidet for mor og barn

Utviklingen av «kontrollstasjoner» i første halvdel av forrige århundre var en viktig oppgave. Norske Kvinners Sanitetsforening var nok den viktigste drivkraften, men

også barnelegene var sentrale, blant annet illustrert ved Alfred Sundals arbeid med høyde- og vekt-tabeller. På møte i Norsk Pædiatrisk Selskap 5. desember 1935 holdt daværende formann, Kirsten Utheim Toverud foredrag om neomortalitetens årsaksforhold. «Etter diskusjonen ble styret bemyndiget til å supplere seg og danne en komité,» het det i referatet. Denne skulle sende «en motivert henstilling til statsmaktene» med tanke på «planleggelse av en systematisk anordnet svangerskaps- og barnehigiene for vårt land, og i forbindelse hermed også et ernæringsråd».

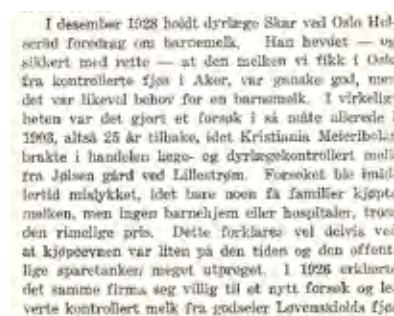
Arbeidet med mor-/barnomsorgen ble avbrutt av krigen, og tok lang tid. I 1974 fikk vi «Lov om helsestasjoner og helsetiltak blant barn», den kanskje mest betydningsfulle loven for forebyggende helsearbeid siden Sundhetsloven av 1860. Norsk Pædiatrisk Selskap hadde vært en sterk pådriver. Foreningen engasjerte seg også i oppfølging av loven og for at profylaktisk helsearbeid for barn ble satt på agendaen. Kanskje har vi sviktet litt ved lavere engasjement for forebyggende helsearbeid i de senere årene?



Juletreff på Rikshospitalets barneavdeling på starten av 1900-tallet.
Foto: Severin Worm-Petersen, Norsk Teknisk Museum



Aksel Theodor Johannessen



NPS engasjerte seg i ernæring og var til og med opptatt av hvilke gårder som leverte melken!
Tekstutdrag fra Arthur Collets beretning



Fra Tøyenkirken barnekrybber Helsestasjon, ca.1930.
Foto: Esther Langberg, oslobilder.no



Kirsten Utheim Toverud

1886
Den norske Lægeforening etablert

1893
Den første barneavdelingen i Norge åpnet på Rikshospitalet

1918
13 spesialiteter definert, pediatri var en av dem

1919
29.mai: Norsk Pædiatrisk Selskap stiftet i professor Axel Johannessens 70-års dag

1928
Norsk Pædiatrisk Selskap innlemmet som en spesialforening i Den norske lægeforening

1934-36
Første kvinnelige formann: Kirsten Utheim Toverud

Debatt om spesialisering

Etablering av «kontrollstasjoner» for mor og barn, helsestasjonenes forløper



Antall spesialister i pediatri har vokst eksponentielt siden Norsk Pædiatrisk Selskap ble stiftet i 1919. Per 1.februar 2019, var det 1062 medlemmer i Norsk barnelegeforening pluss 53 assosierte. Hvor mange barneleger trenger vi?

Flere barneavdelinger

Den kanskje viktigste merkesaken for foreningen i en årrekke, var å få opprettet flere barneavdelinger. Det første fremstøtet skjedde da Collet i 1929 slo til lyd for opprettelsen av en barneavdeling for Oslo by. Dette førte ikke frem. Først i 1935 besluttet Stortinget å bygge ny barneavdeling ved Rikshospitalet, men med hensyn til kommunal barneavdeling var det ikke skjedd noe (se Oslo-historikk side 50).

Med freden i 1945 kom det imidlertid overveldende hjelp fra vår nabo i øst. Den svenske frihetsgaven til Norge samlet inn 10 millioner kroner til barnesykehus. Det ble besluttet å bygge barneklonikere i Oslo og Bergen og avdelinger knyttet til sykehusene i Bodø, Narvik og Tromsø. Fra 1950 og utover ble det jevnlig etablert nye barneavdelinger. Felles for de

fleste, var at de ble drevet fram av barneleger som drev privat praksis og tilbød konsulenttjenester til sykehusene. Først og fremst var de knyttet til føde-/barselavdelingene, men etter hvert utviklet det seg også mindre barnestuer som var forløpere til dagens barneavdelinger. (Se artikkel om fremvekst av pediatrien i helseregionene, side 26.)

Barnemedisin utenfor sykehusene – «Områdepediatri»

I 1978 ble det avholdt et møte på Larkollen der privatpraktiserende barnelegers rolle, og grenseoppgangene mot allmennpraksis ble debattert. Dette var også et tema i arbeidet med å lage en «Generalplan» for foreningen i 1979. Begrepet «Områdepediatri» ble lansert. Planen var at spesialister i pediatri skulle reise ut til primærhelsetjenesten for å møte pasienter og personale, oftest med base i helsestasjonen. Områdepediateren skulle ha et spesielt ansvar for forebyggende helsearbeid blant barn, og yte støtte og opplæring slik at barn med kroniske sykdommer og funksjonshemninger kunne ivaretas bedre lokalt.

Også i dag står samhandling mellom ulike nivåer sentralt på den helsepolitiske agendaen, men områdepediatri og spesialistpraksis utenfor sykehus nevnes knapt i «Barnelegeforeningens satsningsområder» fra 2011 og 2017. Er pediatri utenfor sykehus bare allmennlegenes domene?

Generalist versus spesialist

En «rød tråd» gjennom innlegg i NBF-nytt/Paidos de siste 40 årene er spesialisering versus en helhetlig tilnærming. I «Generalplanen» fra 1979 sto følgende: «Det virker som den generelle pediatri er godt dekket ved barneavdelingene i dag, men det er nødvendig med en opprustning av flere spesialiserte funksjoner. Muligheten for den totale omsorg er også fremdeles for dårlig. I stigende grad erkjenner vi at syke barns problemer er av langt videre omfang enn den eventuelt lokaliserte somatiske lidelse. Det er viktig at kontaktflater

med andre faggrupper etableres og utbygges. Viktige nøkkelpersoner her er sosionom, psykolog, spesialpedagog og barnepsykiater.»

Det er bred enighet om at helhetstenkning rundt barnet, familien og samfunnet er noe av kjernen i faget vårt. Men vi må også erkjenne at kunnskapskravene har overskredet det en person kan mestre. I 1985 ble det søkt om grenspesialisering i allergologi. Dette ble avslått av Legeforeningen. Senere har formalisert subspesialisering i liten grad vært oppe som konkrete forslag, men temaet generalist versus spesialist er fortsatt aktuelt. Motsetninger mellom små avdelinger og universitetssykehus, og nødvendigheten av bredde for å opprettholde vaktkompetanse, er også elementer i debatten.

Noen av grenene i faget vårt, som sosialmedisin og habilitering, rommer åpenbart problemstillinger som krever helhetstenkning og samarbeid med primærhelsetjenesten og andre profesjoner, mens nyfødtmedisinen har «sprengt» vaktlaget i flere avdelinger på grunn av akutt preg og høye krav. Men de sykeste nyfødte kan bli fremtidens hab-barn, og familiens omsorgsevne er sentral for barns helse uavhengig av diagnose. Å ivareta både helhet og ekspertise, distrikt og sentrum – samtidig - er en utfordring. Å finne gode løsninger i denne spagaten, er kanskje den fremste lakmustesten på om vi lykkes som forening.

«Jeg tror de vi jobber for trenger en barnelege. En som våger å rådføre seg og lære av andre når yttergrensene av kompetansen utfordres, og ikke sende pasienten på omvisning i et oppstykket helsevesen»⁶ skrev nåværende leder Ketil Størdal i Paidos nr 2, 2018.

Kvalitetsarbeid

Fagutvikling har alltid stått sentralt i foreningens arbeid. Interessegroppene, eller subgruppene som de het i starten,

Historieskriving

Ved Norsk Pædiatrisk Selskaps 25-års jubileum, skrev Arthur Collett en beretning, Hedvig Trætteberg fulgte opp med et tilsvarende dokument etter 50 år, og ved 75-års jubileet skrev Sverre Halvorsen boken «På ungenes parti». Alle disse skriftene gir interessante innblikk i foreningens arbeid og arbeidsformer. De to førstnevnte er nylig scannet og gjort tilgjengelige på pedweb.no. «På ungenes parti» finner du digitalisert via Nasjonalbiblioteket: www.nb.no.

utviklet seg fra slutten av 1970- årene og framover. Til å begynne med var nok noe av motivasjonen å få utviklet grenspesialiteter, men etter at denne diskusjonen «døde hen» utover i 1990-årene, har hovedfunksjonen vært kvalitetsarbeid – godt hjulpet av Kvalitetsutvalget (opprinnelig «Kvalitetssikringsutvalget») som ble opprettet i 1992.

Utviklingen av «veiledere» har vært et stort løft. De har hatt en praktisk tilnærming til faget, bidratt til konsensus og vært nyttige hjelpemidler. Den første «Veileder i akuttpediatri» ble ferdigstilt i 1999. «Generell veileder» kom i 2006. Senere er det det gjort et imponerende arbeid med vedlikehold og revisjoner. På nyfødt-siden har sprik i praksis og lokale tradisjoner gjort det vanskelig å enes om en felles veileder, men arbeidet er omsider påbegynt, og «Metodebok i nyfødtmedisin» fra Tromsø er lagt ut på helsebiblioteket.no.

Noen saker har satt spor

Ser man på oversikter over behandlete styresaker i årenes løp, finner man et utall avgitte høringsuttalelser og oppnevnelser av deltagere til en rekke utvalg og komitéer både



Helseundersøkelse av bybarn som ble sendt på landet for å «fete seg opp» under krigen. Ukjent fotograf, oslobilder.no

1944

Arthur Collets beretning om de første 25 årene i norsk pediatri

2. verdenskrig



Sykepleier Berte Olsen ved den første kuvøsen på Ullevål sykehus i 1950
Foto: Medisinsk museum, Ullevål

1950

De første barneavdelingene utenfor Rikshospitalet åpnet: Haukeland og Ullevål



Fra den første prematur-avdelingen på Ullevål i 1958

1952

Første vårmøte utenfor Oslo (i Bergen)

Etablering av nye barneavdelinger



Avisutklipp fra Aftenposten 15.november 1969. Hedvig Trætteberg, Sverre Halvorsen og Svein Oseid.

1969

Femtiårs-jubileum

1974

Lov om helsestasjoner og helsetiltak blant barn

Utbygging av nyfødtintensivavdelinger



Søster Vincentia med pasient på St.Josephs hospital i Fredrikstad

1978

Retningslinjer for barn på sykehus



Utsnitt fra intervju med Sverre Lie fra Tidsskriftet 1979.

1979

Den første «Generalplanen» som skulle sette retningen for foreningen fremover, ble laget under ledelse av Sverre Lie

Områdepediatri

faglig og helsepolitisk, nasjonalt og internasjonalt. Det er henvendelser fra faggrupper, pasientorganisasjoner og andre grupperinger, initiativ fra medlemmer, og en rekke løpende saker som varierer i innhold og karakter. Forhåpentligvis – og sannsynligvis - har mange timer i møter og svetting over høringssvar og rapporter bidratt til forbedring av helsetilbudet til barn.

Noen saker har skapt mer furore enn andre. På årsmøtet 22.november 1991 ble det fremmet to forslag til lovendringer fra styret: Den ene var endring av «formann» til «leder». Dette gikk smertefritt. Den andre var forslag om navneendring fra «Norsk Pediatrisk Selskap» til «Norsk barnelegeforening». Saken ble heftig og følelsesladet diskutert - utsatt - og først vedtatt på årsmøtet i Trondheim 30.oktober året etter. Om du spør en aldrende pediater, kan det hende han fortsatt humrer litt i barten over temperaturen i debatten.

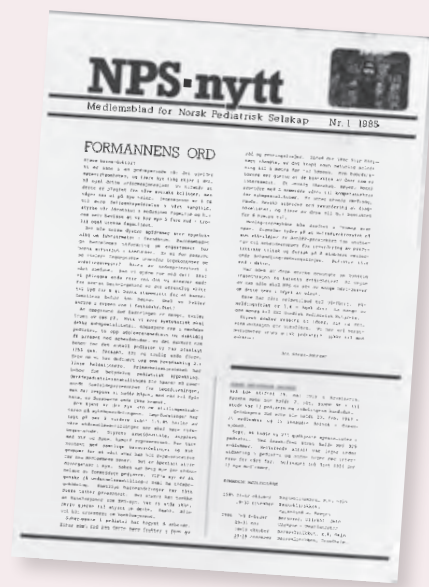
Moderne tider

Nye tider kommer med nye problemstillinger - og resirkulerer de gamle. Samfunnet, og barndommen, er i endring. Hva vi vil bli husket for om 100 år, er for tidlig å si. Introduksjonen av ungdomsmedisin i pediatrien, internettets påvirkning på helse og kommunikasjonsformer og en økende internasjonalisering i form av reisevirksomhet, innvandring og asylpolitiske problemstillinger, kan komme på lista. Kampen for en pleiepengeordning som ivaretar de familiene som trenger den mest, og strevet med å få legemiddelfirmaene til å gjøre nødvendige medikamenter tilgjengelige for barn, kan bli glemt. Finansiering til sosialpediatriske stillinger i barnehusene, omskjæring av guttebabyer, endringer i spesialistutdannelsen, etterutdanning, gjør-kloke-valg-kampanjen og norsk standard for barneovervåking er andre saker som har skapt engasjement i den senere tid. Om valgene vi tok var kloke, er det opp til kommende pediater å bedømme. Vi gleder oss til fremtiden!

Referanser: Se paidos.no

PAIDOS

Høstmøtet i 1984 vedtok å etablere et kontaktorgan, en forlenget arm mellom styret og medlemmene. Første utgave av «NPS-nytt» kom i 1985 med Jørgen Hurum som redaktør. «Redaktøren og NPS' styre håper bladet vil ha en samlende funksjon i selskapet og gi medlemmene en følelse av fellesskap. Kvaliteten av vårt medlemsblad er i stor grad avhengig av medlemmenes ytringsbidrag,» skrev han. Etter navneendringen i 1992 ble bladet hetende NBF-nytt. I 2002 endret det navn til «Paidos» som er gresk og betyr «for barn».



Møter

I den første perioden av selskapets historie, ble alle møtene holdt i auditoriet på barneavdelingen på Rikshospitalet. De hadde preg av faglige kollokvier med en betydelig sosial profil. I begynnelsen var typisk 10-15 medlemmer tilstede, for det meste praktiserende pediater i Oslo-området, samt avdelingens leger – 4 faste og 2 volontærassistenter (LIS). Man møttes kl. 19-21 torsdager, hver annen måned fra september til april, 4-5 møter i året. Helt til 1949 ble alle møtedeltagere oppført i protokollen med navns nevning.

Først i 1952 ble et møte arrangert utenfor Oslo - vår-møtet i Bergen 31.mai 1952. «Det var 44 deltagere og 14 foredrag over forskjellige emner. Storartet festmiddag på Fløyrestauranten og etterpå utflukt til Hardanger». Fra 1960-tallet har det blitt arrangert vårmøter årlig, med unntak av hvert tredje år frem til år 2000 da det isteden var nordiske barnelegedager (se artikkel om Nordisk Pediatrisk Forening, side 56).

Vårmøtene var og er viktige sosiale begivenheter. «Det vi husker er de sosiale arrangementer; turene, underholdningen og bankettene eller middagen,» skrev Sverre Halvorsenii. Men noe av det faglige går også inn i historiebøkene – blant annet Einar Gerhardsens foredrag «Barnet og samfunnsutviklingen» som ble holdt ved Norsk pediatrisk selskaps 60-års jubileum i Tønsberg, juni 1979 .

Fram til 1988 hadde foreningen 4 møter i året (vinter-, vår-, høst- og årsmøte). I 1994 ble det redusert til 3 og etter noen års diskusjon, ble det fra 2001 to møter i året: Pediatrerdager ved universitetssykehusene, mens de mindre avdelingene har vekslet om ansvaret for vårmøtene.

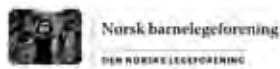
Helt til begynnelsen av 90-tallet var det vanlig at hustruer (og noen ektemenn) var med på møtene. Det var eget ledsagerprogram og polonese under banketten. I dag vil du nok oppfattes som litt rar, om du trekker med deg gubben på vårmøtet og forventer at komiteen skal arrangere utflukt for ham!



På vårmøtet i Porsgrunn i 1976 fikk alle deltagerne en spesiallaget porselensplatte! Slår dere den, Tønsberg?



Transportkuvøse i Fredrikstad, cirka 1987.



1992
Navneendring fra «Norsk Pediatrisk Selskap» til «Norsk barnelegeforening»



Fra vårmøtet i Hammerfest i 1998



2002
NBF-nytt skiftet navn til Paidos



Fra vårmøtet i Hammerfest i 2016



2017
Satsningsområder for Norsk barnelegeforening 2017-2022



2019
Hundreårsjubileum!

Barnehabilitering

Sentralisering av de minste premature

NBF passerte 1000 medlemmer

En liten pike mellom trær, vill i skogen

Barnelegeforeningens logo er ikke av de glade med enkel strek. Motivet er alvorlig, på grensen til dystert, og noen har tatt til orde for å bytte den ut med noe festligere. Men logoen har en historie.

Tekst: Kari Holte

Historien om barnelegeforeningens logo, begynte i 1978 med at Helene Pande skrev et brev til kunstneren Kaare Espolin Johnsen. Hun spurte om lov til å bruke et av bildene hans, «Gutten med konkylie» til «vignett» i forbindelse med vårmøtet som skulle holdes i Bodø det året. Han svarte ikke bare ja, men siden bildet kunne være vanskelig å gjengi fint på trykk, sendte han et annet i tillegg.

I brevet som fulgte, skrev han: «Laget en annen tegn., ett alternativ, denne i rent sort-hvitt – og lett å trykke, en liten pike mellom trær, vill i skogen. Og det er det jo mange barn av i dag som er. Så muligens vil den kunde brukes. Men håpet, drømmen og lengselen - det er det gutten i fjæra som har. Lykke til med dette, og vennlig hilsen Deres Kaare Espolin Johnsen».

I takknemlighet ble bildet returnert til kunstneren etter vårmøtet, og siden kjøpt av en kollega. Etter en tid, syntes hun heller bildet burde tilhøre den som hadde fått det laget, og gav det til Helene Pande. Da Marit Hellebostad disputerte i 1993, som første barnelege som hadde startet pediatriutdannelsen i

Bodø, fikk hun bildet i gave. Men også hun syntes etter en tid at bildet måtte få komme hjem: Under vårmøtet i Bodø i 2018, gav hun det til barneavdelingen i Bodø. Og der bor det nå.

Akkurat når piken i skogen ble barnelegeforeningens logo, har vi ikke klart å finne sikkert ut av, men trolig skjedde dette allerede i 1978 eller 1979. Helene Pande sier at de forstod på kunstneren at NPS kunne bruke bildet fritt allerede under vårmøtet, men det var konkret kontakt med kunstneren om å bruke bildet som logo litt senere.

Helene Pande skrev historien om piken i skogen i Tidsskriftet i 20.mars 2002 (122:864-5) - anbefales.

«Hvor ser vi slike øyne i dag, og hvem ser dem?» Spør hun. «Og hvor er hendene hennes? Klarer vi å gripe dem og trekke henne inn på et «bessmorfang» eller annet trygt sted, inn til et varmt fellesskap?»

Barnelegeforeningens logo er kanskje litt dystert. Men den er en viktig påminnelse om at alle barn trenger å bli sett.



Gutten med konkylie.



En liten pike mellom trær, vill i skogen



Chiesi
In neonatology for life

Norsk barnemedisin i 100 år – de lange linjene

Norsk barnemedisin har gjennomgått en metamorfose fra starten av 1900-tallet og frem til i dag. Sykdomspanoramaet er endret, barnedødeligheten har falt dramatisk, og arbeidshverdagen for barneleger er totalt forandret. Hva skjedde, og hvordan gikk det til?

Av Anne Kveim Lie, medisinsk historiker, Universitetet i Oslo

MELLOMKRIGSTIDEN

Infeksjonssykdommer og barnedødelighet

I år 1900 døde om lag 80 barn per 1000 levendefødte i Norge (1). Dødeligheten var høyest i nord, og høyere i byene enn på landsbygda. I byene hadde mange mødre tungt arbeid med lange dager, uten mulighet til svangerskaps- eller fødselspermisjon. Det var stor fattigdom, trange boliger, dårlig hygiene og dårlig ernæring. Barna døde hovedsakelig av infeksjoner, som skarlagensfeber, tuberkulose, kikhoste, difteri, lungebetennelse og gastroenteritt. Da Norsk Pædiatrisk Selskap ble dannet i 1919, hadde tuberkulosedødsfallene falt dramatisk, og skulle fortsette å synke det neste tiåret. Det samme gjaldt for barnesykdommene. Frem mot andre verdenskrig var det også en markant nedgang i dødsfall av lungebetennelse, bronkitt og influensa.

En forsvinnende liten del av nedgangen i dødelighet skyldtes medisinske intervensjoner. Med unntak av koppevaksinen, som hadde vært obligatorisk fra 1811, hadde medisinen lite å tilby mot infeksjoner. Det er lett å glemme i dag, men de fleste ble faktisk friske av seg selv. Da moderne antimikrobiell behandling startet med sulfonamidene i slutten av 30-årene, hadde den mest dramatiske nedgangen allerede funnet sted. Vaksinene kom ikke før i de første tiårene etter krigen. Nedgangen i infeksjonsdødsfall i denne perioden, skyldtes i hovedsak bedre boforhold, ernæring og hygiene.

Ernæring, velferd og kontrollstasjoner

Når det gjaldt ernæring, hadde bedre

kontroll med næringsmidlene og opplysning om spedbarns-ernæring betydning. Barnelegene spilte en viktig rolle i informasjon om ammingens fortrinn og utvikling av gode morsmelkerstatninger. Kostholdet blant de fattigste ble også satt under lupen av sosialistiske leger i mellomkrigstiden. Karl Evang (1902-1981), senere helsedirektør, fikk utført flere kostholdsundersøkelser i fattige familier på 30-tallet, og ernæring ble en viktig del av sosialpolitikken (2)

En annen viktig årsak til endring i spedbarnsdødeligheten, var utvikling av velferdsordninger som gav bedre helseforhold for mor og barn. Først i privat regi, drevet av ideelle organisasjoner som Norske Kvinners Sanitetsforening. Som Cecilie Arentz-Hansen nylig har beskrevet, var de nye kvinnelige legene ofte aktivt tilstede i disse tiltakene (3). Med økonomisk vekst kom også sosiallovgivningen i mellomkrigstida. Arbeidervernlovene, innført mellom 1936 og 1956 – gav økt trygghet, og mødre fikk rett til fravær fra arbeid i forbindelse med barnefødsel og amming.

Barnelegene var pådrivere for å få på plass omsorg for mor og barn som et offentlig ansvar. I 1907 tok den første norske professoren i pediatri, Axel Johannessen, initiativet til en kontrollstasjon for barn på Rikshospitalet. For første gang viste han at barn født utenfor ekteskap hadde høyere dødelighet enn andre, en overdødelighet som holdt seg frem til 1970-tallet. På Arbeiderpartiets kvinnekonferanse i 1925, innledet Katti Anker Møller til diskusjon om barnepleiestasjoner, og det ble vedtatt å sette dette på valgprogrammet, som offentlig tiltak til barns beste. Ved utgangen av 1930-tallet fantes det totalt cirka 70 slike

“
selv om det foregikk
mye behandling på landets
eneste barneavdeling
i mellomkrigstiden, er det
lite som fremstår som
effektivt med dagens
medisinske blikk.”



Arbeiderhjem på Sagene i Oslo, cirka 1916. Fra Katti Anker Møllers arkiv, Teknisk museum

Fra Sagene helsestasjon, 1949. Helsestasjonen ble ledet av Kirsten Utheim Toverud fra 1939-47. Leif Salomonsen til venstre i bildet, Toveruds konkurrent til professorat ved UiO. Mer om dette i Paidos 2-19! Arbeiderbevegelsen arkiv og bibliotek.



barnestasjoner i landet. I Oslo åpnet i 1939 Sagene kommunale helsestasjon, ledet av Kirsten Utheim Toverud (formann i Norsk Pædiatrisk Selskap 1934-36). Hun var opptatt av at kontrollstasjonene både måtte ta seg av småbarn og drive svangerskapskontroll hvis spedbarnsdødeligheten skulle ned (4).

Pediaterhverdagen i mellomkrigstiden

Hva gjorde de med barn innlagt på sykehus i mellomkrigs-årene? For det første var det en viktig gruppe som manglet – nemlig de premature og de nyfødte. I 1919 skjedde de fleste fødsler hjemme. Fødte kvinnen på sykehus, ble syke nyfødte tatt hånd om av fødselslegen, ikke av barnelegen.

Det er vanskelig for oss i dag å forestille oss sykdoms-panoramaet som møtte datidens pediater, men vi kan få et glimt ved å lese kasuistikkene Theodor Frølich brukte i sine forelesninger, publisert i henholdsvis 1928 og 1938. En av dem handler om en gutt som ble innlagt på Rikshospitalet som 15 åring - la oss kalle ham Mons (5). To av søsknene hadde dødd av stivkrampe, den ene som ettåring, den andre tre uker gammel. En gjenlevende bror hadde lungetuberkulose, en annen hadde «kjertler» i brystet og øynene (Vi får ikke vite av hvilken grunn: Tuberkulose?). Bror nummer fem hadde hatt poliomyelitt som ettåring. Selv hadde Mons hatt skarlagensfeber som treåring, og kusma som 13-åring. Mons og familien bodde i Nord-Norge, og sannsynligvis var dette den første kontakten familien hadde med barneleger.

Mons hadde tilbragt store deler av barndommen på kysthospitalet i Vadsø, med ledd- og ryggmerter. Da han kom til Rikshospitalet som 15-åring, hadde han utviklet betydelig kyfose og kunne knapt gå. Legene stilte diagnosen Stills sykdom da det ble påvist streptococcus viridans i leddvæsken (6). Som behandling fikk Mons antihistamin, fibrolysin, omnadin (et uspesifikt presumtivt «immunstimulerende middel» (7)), massasje og lysbad, kinin, pyramidon (et antipyretikum)

og Fowlers løsning (en løsning som inneholdt kaliumarsenikk), og det ble gjort tonsillektomi. Hva Mons egentlig led av kan vi bare spekulere i. Kan det ha vært barneleddgikt? Tuberkulose med skjelettaffeksjon?

Selv om det foregikk mye behandling på landets eneste barneavdeling, er det lite som fremstår som effektivt med dagens medisinske blikk. Ved infeksjonssykdommer satset de på antipyretisk og såkalt immunforsterkende behandling. Barn med difteri kunne få difteriserum, antistoff produsert av hesteblood på Statens seruminstitut i København. De store mangelsykdommenes tid var forbi, men fremdeles var det mange barn som hadde både rakitt (vitamin D-mangel) og anemi. En ikke ubetydelig andel hadde mer kroniske infeksjoner som medfødt syfilis, som kunne behandles med salvarsan.

Diabetesbehandling var et kapittel for seg. I følge den første norske læreboken i pediatri, var overlevelsen ved ubehandlet barnediabetes i høyden 3 år, gjennomsnittlig 1 ½ til 2 år. Man kan jo bare tenke seg hvordan det var å være lege med et ansvar for dem! Og selv om insulin ble påvist og industrielt fremstilt fra 1920-tallet av, var det enda ikke uvanlig med «tradisjonell behandling» da den andre utgaven av Frølichs lærebok kom ut i 1938. Den bestod i å finne karbohydratrolleransen ved å eksponere barnet for en karbohydratfri kost en tid, før man gradvis økte inntak av karbohydrater til det oppstod glukosuri. Den endelige karbohydratmengden i barnets kost skulle så være halvparten av dette. I tillegg kom kosttilskudd i form av eggehvite for proteinene og den fettmengde som måtte til for å dekke energibehovet. For de som fikk insulin (og det var flertallet på slutten av 30-tallet) var det tungvinte regimer med flergangssprøyter som måtte steriliseres og var vonde å sette. Det var neppe enkelt – hverken for barn, foreldre eller leger.



Barn på sykehus. Foto Leif Ørnelund, 1958. Byhistorisk samling, Oslo Museum



Fra nyfødtintensiv i Fredrikstad i 1986 etter innflytting i det nye sentralsykehuset.



Fra «intensiv neonatal» i Porsgrunn, startet i 1971, og utvidet i 1977. Bildet er fra 1978. Alle barna hadde fått strikkede nisseluer, og barnepleierne viser stolt frem fire av dem.

ETTERKRIGSTIDEN

Nye barneavdelinger, helsestasjoner og vaksiner

Norsk pediatri fikk en pangstart etter andre verdenskrig. En svensk frihetsgave finansierte bygging av nye barneavdelinger på Haukeland og Rikshospitalet, og det ble åpnet barneavdeling på Ullevål sykehus (1950, se s.50). Deretter kom nye barneavdelinger som perler på en snor (s.24), først ute var Porsgrunn i 1963. I 1994 hadde alle fylker fått egne barneavdelinger.

I 1950 hadde spedbarnsdødeligheten sunket drastisk – og var nede i 35 barn per 1000 levendefødte. De første tiårene etter krigen ble dødsfall på bakgrunn av dårlig hygiene, feilernæring og mage/tarminfeksjoner omtrent borte, og i 1970 hadde infeksjonssykdommene også nesten forsvunnet som dødsårsak (8). I denne perioden ble grunnstammen lagt for etterkrigstidens store og viktige forebyggingsprosjekt: Barnevaksinasjonsprogrammene (s 42).

En helt sentral bakgrunn var innføringen av offentlig helsestasjonsvirksomhet. Loven som kom i 1974, bygde på en innstilling fra et utvalg oppnevnt av Norsk Pediatrisk Selskap.

Endret sykdomspanorama og nyfødtmedisin

Som hos voksne så man et dramatisk endret sykdomspanorama i etterkrigstiden. Parallelt med at de akutte infeksjonssykdommene sank, økte kroniske plager i mage og tarm, samt allergiske

lidelser. Forekomst av astma hos barn var lav på 50- og 60-tallet, men økte raskt. Noe av økningen kan nok tilskrives en økende oppmerksomhet rundt tilstandene, og at man begynte å forstå problemkomplekset autoimmune sykdommer. Men noe skyldes antagelig også økt industrialisering av landbruket, endret sammensetning av næringsmidlene og økt luftforurensning. Innenfor sykehusenes vegger skjedde de største endringene kanskje innen nyfødtmedisinen. I 1960 foregikk 96 prosent av fødslene på en fødeinstitusjon med medisinsk personell og utstyr, og premature og nyfødte hadde blitt barnelegenes ansvar. Den første spesialavdelingen for nyfødte, åpnet på Rikshospitalet i 1957 (9). Flere nyfødtavdelinger ble etablert utover i landet fra sent på 60-tallet. Bedre teknisk utstyr muliggjorde at syke- og premature barn kunne få langt bedre behandling og omsorg enn tidligere, noe som førte til økt overlevelse for de aller minste. Antall neonatale dødsfall avtok for hvert år fra registreringene begynte i 1967 til begynnelsen av 80-tallet, en reduksjon som i hvert fall

delvis skyldtes etablering av de mange nye nyfødtintensivenhetene. Fra 1995 kom en ny reduksjon, sannsynligvis som resultat av økt bruk av prenatal steroider og surfactant hos de ekstremt premature.

En dødsårsak som begynte å gjøre seg gjeldende i statistikken da andre dødsårsaker forsvant, var krybbedød. På slutten av 1970-tallet utgjorde disse rundt 5%. Så økte den markant, og i 1980 utgjorde krybbedød 19% av alle dødsfall blant barn under 1 år. Toppen

Barn som tidligere ville ha dødd, overlever nå. Mange blir i større eller mindre grad avhengig av oppfølging av helsevesenet.

ble nådd i 1989 med hele 30 %, eller 2.39 dødsfall per 1000 levendefødte. De neste fire årene ble den redusert til 0.62, mye som følge av endrede råd om liggestilling. I det vi gikk over i et nytt millennium, var spedbarnsdødeligheten 3.8 barn per 1000 levendefødte, i dag er den nede i 2.3. I dag skyldes de fleste dødsfall blant spebarn medfødte misdannelser og tilstander som oppstår rundt fødselen.

I Frølichs lærebok var ikke barnekreft nevnt med et ord. Da selskapet feiret sitt 50-årsjubileum var det bare ti år siden de aller fleste som fikk leukemi døde. Et nordisk fellesløft skapte formidable resultater, og nå overlever heldigvis 9 av 10. Dette er bare ett av mange eksempler på en eventyrlig utvikling innenfor norsk pediatri. Men den er også et godt eksempel på et annet aspekt ved utviklingen de siste hundre år. Medisinske fremskritt har skapt en ny pasientpopulasjon som pionerne i 1919 ikke så: Overleverne. Barn som tidligere ville ha dødd, enten på grunn av diabetes, prematur fødsel, kreft eller medfødt hjertefeil, overlever nå. Mange blir i større eller mindre grad avhengig av oppfølging av helsevesenet.

BARNELEGEN OG SAMFUNNET

Spedbarnsdødelighet har vært en rød tråd gjennom denne teksten. Denne indikatoren har nok i store deler av disse hundre årene vært mer preget av samfunnets velferdsnivå enn av kvaliteten på den medisinske omsorgen. Like fullt har det skjedd formidable endringer i norsk pediatri. Det gjelder

“
Hva tenker barnelegene i dag skal være deres rolle i forebyggende og helsefremmende arbeid?

både hvilke barn som har kommet til lege, sykdommene de har hatt, hva slags leger de har møtt, og hvordan legene har kunnet behandle dem. For hvert enkelt barn, for familien rundt dem, og for legene som har behandlet dem, har selvfølgelig det viktigste vært hvorvidt det har vært mulig å kurere akkurat dette barnet - ikke om behandlingen hadde effekt på totaldødeligheten.

Barnelegene har som alle andre leger opplevd økende arbeidsbelastning i den daglige kliniske hverdagen på sykehusene, og har over tid blitt mer sykehusleger, og mindre synlige som konsulenter til primærhelsetjenesten og det forebyggende helsearbeidet Allikevel: Tradisjonelt har det å være barnelege også vært å forsøke å påvirke bestemmende myndigheter til beste for barn og foreldre. Hvor står denne viktige tradisjonen i dag?

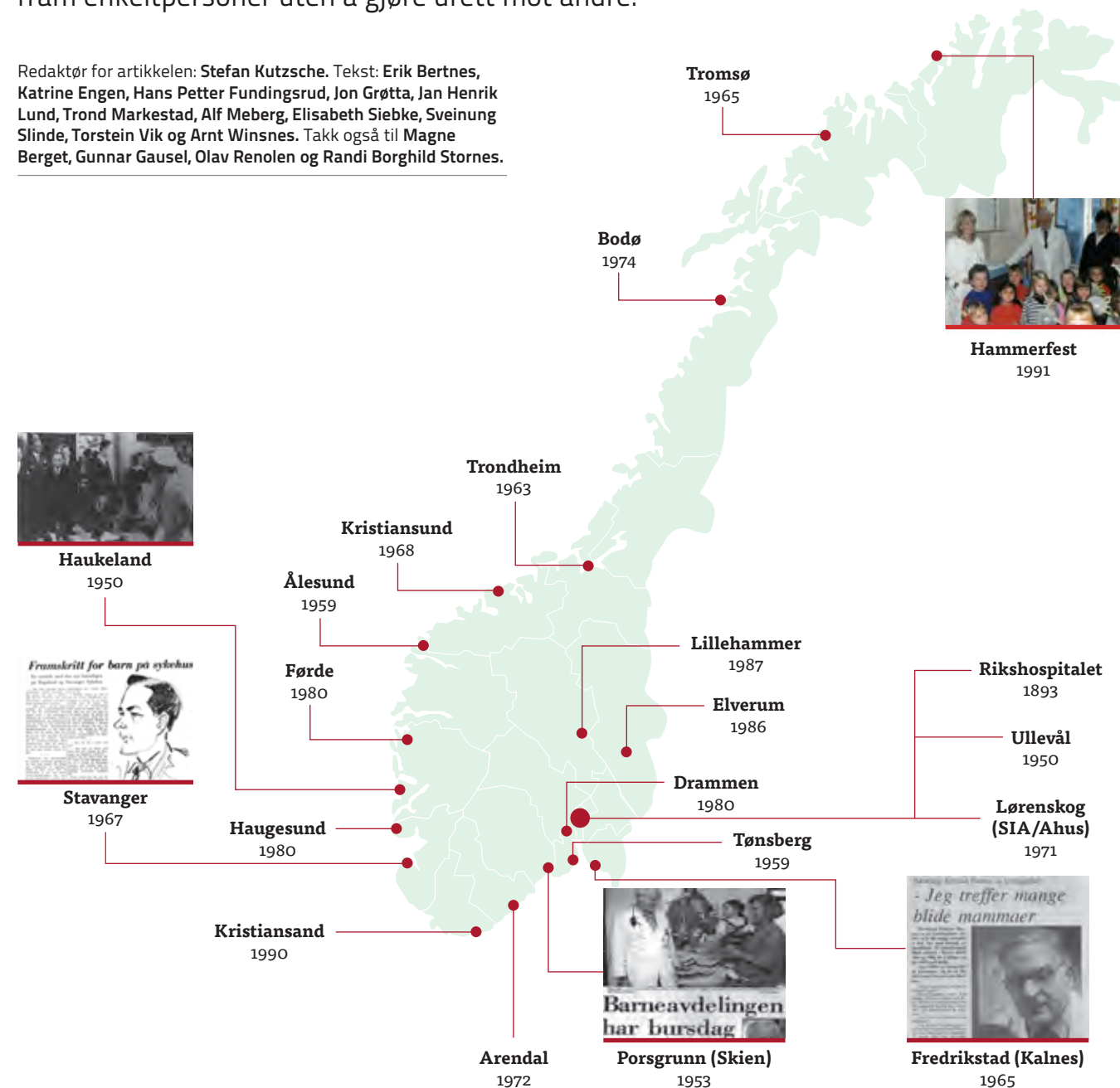
Axel Johannesen som feiret sin 70-årsdag med opprettelsen av NPS, hadde nok vært stolt av norsk pediatri hvis han kunne ha sett dagens helsevesen. Men han ville nok også vært litt undrende til at det forebyggende arbeidet, som han så som helt vesentlig ved barnelegens oppgaver, i stor grad har blitt overlatt til andre. Hva tenker barnelegene i dag skal være deres rolle i forebyggende og helsefremmende arbeid?

Referanser: Se paidos.no

Fremveksten av norsk pediatri – en historie om pionérer

Gjennom sine 100 år har barnelegeforeningen fulgt norsk pediatri fra en sped fødsel til dagens omfattende spesialitet. Utviklingen bygger på historier om barnelegepionérer som la ned stor innsats for å bygge opp et godt helsetilbud til barn. Noen av dem er nevnt i denne oversikten. I dag er det veldig mange dyktige barneleger som fører utviklingen videre på ulike felter. Det er derfor ikke mulig å trekke fram enkeltpersoner uten å gjøre urett mot andre.

Redaktør for artikkelen: Stefan Kutzsche. Tekst: Erik Bertnes, Katrine Engen, Hans Petter Fundingsrud, Jon Grøtta, Jan Henrik Lund, Trond Markestad, Alf Meberg, Elisabeth Siebke, Sveinung Slinde, Torstein Vik og Arnt Winsnes. Takk også til Magne Berget, Gunnar Gausel, Olav Renolen og Randi Borghild Stornes.



Fra åpningen av barneavdelingen i Fredrikstad 9. august 1965.

HELSE SØR-ØST Akershus

Den første barneavdelingen i Akershus (SiA) ble grunnlagt i 1971 som en småbarnsavdeling i enkle lokaler med to legestillinger. I 1972 åpnet prematuravdelingen og senere økte antall legestillinger og areal. Tilsynsordning for nyfødte ved Stensby sykehus startet i 1984 fram til fødeenheten der ble avvirket. I 1999 ble en seksjon for barnehabilitering inkludert og i 2001 flyttet seksjonen for store barn inn i nye, større og mer funksjonelle lokaler. I forbindelse med sykehusreformen fikk SiA i 2002 igjen status som universitetssykehus. I dag er Barne- og ungdomsklinikken AHUS en av landets største barneavdelinger med 95% akuttpasienter.

Buskerud

Fra 40-tallet og utover drev barneleger som Anders Smith, Sten Bille, Franziska Aass og Thor Bækken egen praksis i Drammen. Fra 1976 hadde Bjarne Dag Andersen tilsyn med nyfødte ved Kongsberg sykehus. Ole Jørgen Moe tiltrådte som barnelege ved Ringerike sykehus i 1979. Drammen fikk ny barneavdeling i 1980 med tre barnelegestillinger (Tor Feyling, Johan Ek og Arnt Winsnes). Feyling hadde begynt som spesiallege ved medisinske avdeling i 1978 for å forberede den nye barneavdelingen. Helene Pande og Henning Aabech tiltrådte høsten 1982. Først etter en lang og hard kamp fikk avdelingen 7 barnelegestillinger i 1988, samme år ble det etablert tilstedevakt.

Østfold

I 1958 ble Erling Langseth ansatt for tilsyn med barn og nyfødte ved Sarpsborg sykehus. St. Joseph-søstrene i Fredrikstad tok opp ideen, og ansatte Kristian Harnæs for tilsyn på fødeavdeling i 1959. De samlet inn penger, og i 1965 åpnet en moderne barneavdeling ved St. Joseph hospital med Harnæs som eneste lege. Fylkeskommunen overtok sykehuset i 1972. Fra 1973 fikk Harnæs en assistentlege som

forsterkning. Først i 1982 ble det åpnet en egen enhet for syke nyfødte. «Prematur'n» rommet to kuvøser, to spedbarnsenger og en undersøkelsesbenk. I 1986-88 ble føde/barsel, gynekologi og pediatri samlet ved Sentralsykehuset i Fredrikstad: Avdelingen flyttet til nye lokaler, nyfødt-intensiven fikk større areal, og ble styrket både med leger og sykepleiere og barnepsykiater. I en ny æra satset man på kunnskapsspredning, områdepediatri, oppfølging av barn med spesielle behov samt en utvidet barnepoliklinikk. I 2015 flyttet barne- og ungdomsklinikken til nytt sykehus på Kalnes utenfor Sarpsborg.

Vestfold

Sykehuspediatrien i Vestfold startet med ansettelse av Arne Kåss (1912-1989) som "konsulent i barnesykdommer" ved sentralsykehuset i Tønsberg i 1955. I 1959 åpnet en barneavdeling med 30 senger. Egen nyfødt enhet kom i 1970, og en ny barneavdeling sto ferdig i 1974. Kåss utviklet omsorgen for barn med cerebral parese (CP) i fylket og var grunnlegger av CP-hjemmet "Solvang" i Tønsberg. Karl Wilhelm Wefring (1925-2018) ble ansatt i 1959 og overtok som sjef for avdelingen etter Kåss i 1979. Han iverksatte blant annet områdepediatri i fylket i samarbeid med Fylkeslegen i Vestfold, og "samordnet habilitering" ved senteret på Solvang. Wefring la stor vekt på sosialpediatri og pediatrien som et helhetlig fag. Fra 1979 hadde avdelingen også kirurgiske barnepasienter. En rekke ressurspersoner bidro i de følgende årene til utviklingen av pediatrien i Vestfold. I 2005 etablerte neonatalenheten, som den første i Norge, familieorientert nyfødtomsorg med egne familierom. Forskning ble en viktig del av sykehuspediatrien, og bl. a. medvirket epidemiologiske studier over CP-panoramaet i fylket til at det nasjonale CP-registeret ble lagt til Solvang (2006). I dag fremstår barnesenteret som en moderne klinisk og forskningsorientert virksomhet. Et nytt barnesenter er planlagt ferdig i 2022.



Sverre Hestetun i den nyåpnede poliklinikken på Barneavdelingen ved Porsgrunn Lutherske sykehus i 1978/79

Innlandet

Før barneavdelingen i Elverum ble opprettet i 1986, var det alenepediatere tre steder i Hedmark. Dag Nilson på Kongsvinger, Aage Skandsen i Hamar og Bjarne Smeby i Elverum. Smeby drev barnelegepraksis fra 1960 til 1986 og var barneavdelingens første sjef. Barnestuen på Kongsvinger og Hamar ble nedlagt da barneavdelingen åpnet, og erstattet av barnepoliklinikker. Dette var det bred enighet om. Aage Skandsen skal ha sagt: «For å lage omelett må man knuse noen egg». Olav Flesvig overtok som avdelingsoverlege, og fra årtusensskiftet Jon Grøtta.

På Lillehammer var barnepasienter spredt på voksenmedisinske sengeposter frem til 1975 da det ble innrettet en barnemedisinsk seksjon ved Fylkessykehuset i Oppland Lillehammer og på Gjøvik. På Lillehammer drev privatpraktiserende barneleger en avdeling med 10-20 tilsynstimer per uke, i tillegg til egen poliklinikk. I 1986 samlet man alle pediatrike sengeplasser på Lillehammer, med nyfødtavdeling fra 1987. Innlandspediatriens' far Olav Renolen ansatte flere kolleger, blant annet Pål Christensen i 1988. Den endelige avgjørelsen om at avdelingen for barnemedisin i Oppland fylke skulle samles her kom først i 1992. Idag drives det fortsatt poliklinikk og tilsyn ved føde/barselavdelingen på Gjøvik. Siden 1988 har avdelingen på Lillehammer vokst fra 3 til 17 leger. Avdelingen er akuttmottak for alle medisinske problemstillinger, og behandler nyfødte ned til 28 uker.

Telemark

Porsgrunn Lutherske sykehus ansatte Sverre Hestetun som spesialist i barnesykdommer i 1953. Han ble leder av Norges fjerde barneavdeling bestående av 4 sykerom med plass til 15-20 barn. I 1960 initierte Hestetun og oversykepleier Marie Sveeggen en barnepleierskole og barnehage. I 1969 ansatte de en førskolelærer. Cerebral parese-foreningen ble en viktig pådriver for å etablere Menstad behandlingssted for cerebral parese. Hestetun fikk barnelegen Jon Steen-Johnsen

med på laget. De etablerte egen allergiseksjon i 1968, neonatalseksjon i 1969 og organiserte barnepoliklinikk fra 1978. Avdelingen bygget ut områdepediatrien fra 1982, startet skoleundervisning på avdelingen fra 1986 og ansatte spesialpedagog, barnevernskonsulent og sosionom. I 1997 flyttet barneavdelingen fra Porsgrunn til Skien. Omorganisering av Sykehuset Telemark førte til etablering av en ny barne- og ungdomsklinikk i 2002. Idégrunnlaget for den nye avdelingen var å samle all spesialisthelsetjeneste for barn og unge i en klinikk med et forpliktende samarbeid og liaison-funksjoner og gi en stemme til barn for å fremme deres helse.

Agderfylkene

Dag Skyberg ble ansatt som barnelege ved Sentralsykehuset i Arendal i 1971 og Axel Støren fikk tilsvarende stilling i Kristiansand i 1972. De første årene var de spesialleger i sykehusenes medisinske avdelinger. Fra 1980 var det tre barneleger på sykehuset i Arendal og to i Kristiansand. I Kristiansand var fødeavdelingen adskilt fra hovedsykehuset, og barnelegene måtte gjennom bysentrum ved tilkalling og tilsyn til nyfødte. I 1980 fikk Kristiansand kuvøse og startet med CPAP-behandling hos nyfødte. På 80-tallet ble intubasjoner og respiratorbehandling utført i samarbeid med anestesilegene. I 1984 ble barnemedisin i Kristiansand egen avdeling med Per Vesterhus som overlege. Med en fjerde lege ble hjemmевaktordning etablert med assistentleger og turnuskandidat fra medisinsk avdeling som forvakt. I 1990 etablerte det nye Sentralsykehus på Eeg i Vest-Agder utdanningsstillinger i barnemedisin, egen vaktordning og nyfødtintensivavdeling. Tilsvarende ble også etablert i Arendal. På 80-tallet var det tre privatpraktiserende barneleger i Kristiansand, og en i Arendal. Sykehusavdelingene og Agder Pediatrisk Klubb inviterte alle barneleger i de to fylkene til faglige møter, skiftevis i Arendal og i Kristiansand. I dag er det en privatpraktiserende barnelege i Arendal. Sykehusene i Arendal og Kristiansand var under felles ledelse fram til 2016.

MIDT-NORGE

Pediatrien i Midt-Norge startet utenfor sykehusene. Etter flere studieopphold i utlandet på 1930-tallet startet Håkon Tønseth (1899-1985) privat barnelegepraksis i Trondheim. I perioden 1943 til 1970 var han skolelege, helsestasjons- og tilsynslege for nyfødte ved E.C. Dahls stiftelse. I Ålesund ble Arnljot Drabløs (1915-2011) konsulent for barnesykdommer i 1956 og var tilknyttet medisinsk avdeling som spesiallege. Med en årslønn på 7000,- kroner var han nødt til å starte privatpraksis ved siden av. Drabløs fikk opprettet den første barneavdelingen i Midt-Norge – i Ålesund i 1959 med 26 senger som han ledet frem til 1984. Han reiste rundt på fylkets helsestasjoner for å sikre seg støtte til prosjektet. Drabløs var en pionér og mente at nyfødtmedisin måtte bli et eget fagfelt, noe som bidro til at Ålesund tidlig ble en av landets ledende nyfødtavdelinger. Han hadde tilsyn av barn på helsestasjonen helt til han var over 80 år. Han gjorde også en stor innsats for habiliteringstjenesten for funksjonshemmede barn og deltok i opprettelsen av Haug behandlingshjem for barn med cerebral parese.

Fire år senere, i 1963, ble Odd Garborg (1916-1982) den første overlegen ved den nyopprettede barneavdelingen i Trondheim. Først i 1975 flyttet avdelingen med Karel Cyvin (1928-90) som leder inn i eget bygg. Dag Skyberg ledet barneavdelingen ved Sykehuset i Kristiansund fra 1967 med egen avdeling i nytt sykehus fra 1986. Jens Andreas Steen ble sjef på barneavdelingen i Levanger i 1970. I en mannsalder, fra 1973 til 2004 var Sigurd Børsting overlege ved avdelingen i Levanger og i størstedelen av denne perioden var han sjef. Etter at han ble pensjonist i 2004, fortsatte han å arbeide ved poliklinikken frem til 2009.



Den første barneavdelingen i Ålesund lå i 2. etasje i en historisk trebygning.

Den akademiske pediatrien i Midt-Norge skjøt fart etter at Trondheim fikk Medisinsk fakultet i 1975. Karel Cyvin (1928-1990) fikk ansvar for klinisk undervisning av studenter. Som den tredje legen tok Cyvin doktorgraden ved det nye fakultet, med temaet: «Congenital dislocation of the hip». I 1978 overtok Peter Johan Moe (1923-2007) som avdelingssjef og som den første professor i pediatri. Moe satte særlig spor etter seg som barne-hematolog og onkolog. Innføring av metotreksat høydosebehandling i Norden gjorde ham kjent internasjonalt. Han var en forkjemper for å behandle søsken til barn med meningokokkinfeksjoner med antibiotika. Mange leger i spesialisering fra perioden 1975-95 har fulgt hans kurs i barnehematologi.

Barnelege Karl Erik Larsen (1944-1989) var hovedforfatter av to omfattende rapporter om perinatalomsorgen i Norge der han beskrev den strukturelle oppbygningen av nyfødtmedisinen og gjennomførte en perinatal audit i fem fylker. Rapporten konkluderte med 11 anbefalinger, som alle er blitt innført. Han ga råd om å opprette perinatalkomiteer i alle fylker for å vurdere alle perinatale dødsfall. Larsen tok initiativ til ansettelse av Ann-Mari Brubakk i 1985. Med spesialkompetanse i nyfødtmedisin og studier av hjerneblodstrøm hos nyfødte fra USA fikk avdelingen en medarbeider som startet omfattende forskningsvirksomhet. Hun fikk internasjonalt anerkjennelse for sine longitudinelle studier om barn med lav fødselsvekt i et livstidsperspektiv. I tillegg engasjerte Brubakk seg i langtidsoppfølging av barn utsatt for alkohol og rusmidler i svangerskapet.



Dagens trim over taket for sykepleierne på vei fra den ene bygningen til den andre. Man måtte bøye seg for ikke å stange hodet i takrenna.



Eyvinn Tveterås (nr 3 fra venstre) og medarbeidere utenfor trebrakken som huset barneavdelingen i Stavanger frem til juni 1978.

BARNEMEDISINEN I HELSE VEST

Carl Looft (1863-1943) ble i 1891 den første barnelegen i Bergen. Han drev privatpraksis, men var også en produktiv forsker med doktorgrad på psykisk utviklingshemning hos barn (1897). Han fikk etablert Bergen spedbarnshjem i 1904 og ga ut en lærebok om spedbarnstell som var enerådende fra 1912 til 1938. Han tok initiativet til Norsk pediatrik selskap, senere Norsk barnelegeforening, i 1919. Ved hjelp av fredsgaven fra Sverige åpnet Bergen egen barneavdeling og universitetsklinikk i 1950.

Professor Alfred Sundal (1900-1991) var første sjef i perioden 1950-1971 og var pådriver for forebyggende helsearbeid blant barn. Han laget de første vekstkurvene og ble 'folkeopp-lyseren' med boken «Mor og barn» som kom ut i 1937 og senere i 22 opplag fram til 1972. Dagfinn Aarskog (1928-2014) var Barneklinnikkens neste sjef fra 1971 til 1998. Som spesialist i medisinsk genetikk åpnet han landets første kromosom-laboratorium på Barneklinnikken. Han var senere sentral i etableringen av Avdeling for Medisinsk Genetikk og initiativ-taker til opprettelsen av Senter for klinisk molekylærmedisin.

Poliklinikkfløyen ble fullstendig ødelagt i en gasseksplosjon i 1972. En ung sykepleier omkom, men heldigvis var det ingen andre personer der da det skjedde. En ny fløy med blant annet ny nyfødtavdeling ble åpnet i 1979. Barneklinnikken er nå revet og midlertidig flyttet til et annet bygg. Sengeavdelingen har 52 og nyfødt 21 senger. Det er 30 overlege- og 14 LIS-hjemler som dekkes av 65 personer.



Fra barselavdelingen i Stavanger.

Eyvinn Tveterås (1925-2018) ble ansatt som spesiallege i pediatri ved Stavanger og Rogaland sykehus i 1965. En barne-avdeling ble åpnet i en brakke på Stavanger sykehus i 1967. Ny barneavdeling med nyfødtavdeling ble etablert i Sentral-sykehuset Rogaland i 1978. Tveterås var avdelingsoverlege i tiden 1967-1993, etterfulgt av Jakob Havnen. Barneavdelingen har 41 sengeplasser, derav 21 på nyfødtavdelingen, samt 5 dagplasser. Avdelingen har 30 overleger fordelt på 26 årsverk og 19 LIS fordelt på 12 årsverk.

John Luhr ble ansatt som spesiallege i pediatri ved Haugesund sykehus i 1967. Dag Roness kom i tillegg i 1973 og ble første avdelingsoverlege i 1980. Barneavdelingen har 18 senger, derav 8 nyfødt-plasser og bemannes av 8 overleger og 7 LIS. De dekker barseltilsyn og poliklinikk på Stord.

Ole Sverre Haga var første barnelege i Sogn og Fjordane. Han ble tilknyttet Nordfjordeid sykehus i 1977 og er særlig kjent for sin innsats innen områdepediatrien og for den populære boka «Hverdagspediatri». Fylket fikk barneavdeling da sentralsykehuset i Førde sto ferdig i 1979. Arne Søvdde var avdelingsoverlege fram til 1984, deretter Jens Terum de neste 20 årene. Avdelingen har barnesentermodell med 14 senger og 7 nyfødt-senger og har 7 overleger og 6 LIS.

DA PEDIATRIEN KOM TIL NORD-NORGE!

«Det var en gang...» - slik begynner de fleste norske folke-eventyr. Kåre Håvard Torp må nødvendigvis ha følt seg som en eventyrer da han i 1958 satte kursen nordover fra Rikshospitalet til Tromsø. Fra 1960 begynte han sine reiser til Finnmark – en måneds reiser langs hele kysten og høstreiser med bil til indre deler av fylket. Avdelingens historie er uløselig knyttet til opprettelsen og utviklingen av Universitetet i Tromsø (UiT) som Stortinget vedtok å etablere i 1968. På rekke og rad flyttet fagfolk nordover. I pediatrien: Stein Høyner (avdelingsleder i perioden 1978-2001), Lauritz B. Dahl (primus motor for den nyfødtmedisinske virksomheten) Roald Bolle («hele Nord-Norges allergolog») - alle som pionérer i sine fag, først til Tromsø Sykehus/RST i Strandveien og seinere til RiTø, som stod ferdig i Breivika i 1991.

Peter Johan Moe var den første professor i pediatri fra 1972 til 1978 ved UiT. Kreftbehandlingen hos barn ble hans livsoppgave. Avdelingen har i dag et regionalt ansvar for kreftbehandling og driver med like gode resultater som ellers i landet. Moe var også engasjert i sykehusutbygging og studentenes tidlige kliniske integrering.

Andre milepæler er metodebok for nyfødtmedisin som benyttes av mange av landets nyfødtavdelinger, RAAO – regionalt allergisenter, regionalt ansvar for de mest lungesyke, regionalt ansvar for CFS/ME (kronisk utmattelse) og ansvar for medisinske undersøkelser ved barnehusene i Tromsø og Kirkenes. Avdelingen ble en del av den nye Barne- og ungdomsklinikken ved UNN i 2003, en nasjonal nyskapning for barn, unge og deres familier, sammen med barne- og ungdomspsykiatri, medisinsk genetikk og barne-

habilitering og feiret sitt 15-årsjubileum i 2018. Hans Petter Fundingsrud var den første klinikkssjefen (2002-2011).

Barneavdelingen i Bodø ble etablert i 1974 av Helene Pande som fikk med seg overlege Helge Michalsen (1942-2017) sørfra samt assistentlegene Jan Holt og Gyro Herder. Sammen dannet de bærebjelkene i avdelingen. De skjønte at etableringen av en oppegående nyfødtavdeling var nødvendig for å bedre overlevelsen og omsorgen for de minste. De begynte å reise ut til lokalsykehusene for å stabilisere og transportere nyfødte som hadde behov for overvåkning og behandling. Bodø ble en pionér innen lufttransport av nyfødte. Som den første i landet fikk avdelingen etablert en egen barnehabiliteringsenhet. Jan Holt overtok som avdelings-overlege i 1982 og fortsatte å engasjere seg i utviklingen av perinatalomsorgen. I 2001 avla han avdelingens første doktorgrad.

Felles for Tromsø og Bodø var at legene var opptatt av den høye spedbarnsdødeligheten i landsdelen og gjorde nyfødtmedisin til et hovedsatsningsområde. I Sandnessjøen har Andrezej Rasinski drevet som ene-pediater i lang tid. Han er tilknyttet Barneavdelingen i Bodø hvor han bidrar med gastrokopier.

Kjell Berg hadde også blitt spurt om han var interessert i å være en del av satsingen i Bodø, men Båtsfjordingen valgte omsider ene-pediatertilværelsen på Hammerfest Sykehus i 1974. Først etter 12 år fikk han en å dele vaktene med. Hans tilstedeværelse og innsats dannet grunnlaget for landets siste og minste avdeling som åpnet i 1991. Harald Dramsdahl etablerte seg som ene-pediater i Harstad på omtrent samme tid, og i 1978 Tone Sparr på Kirkenes.

Referanser: Se paidos.no



Daværende barneombud Trond Viggo Torgersen åpnet barneavdelingen i Hammerfest i 1991. Kjell Berg til venstre i bildet.

Små voksne?

Foreldrenes plass i barneavdelingene

I dag himler vi med øynene over tiden da barn måtte være innlagt på sykehus uten foreldrene sine. Hvordan ble det slik? Og hvordan kom foreldrene inn i barneavdelingene igjen?

Av Anne Kveim Lie, medisinsk historiker, Universitetet i Oslo

På 1800-tallet var det en selvfølge at mor ble med barnet på sykehus, rett og slett fordi hun trengtes til pleie av barnet. Det spredde seg imidlertid en bekymring blant tyske og franske pediater om den økende dødeligheten de observerte på de nye barneavdelingene som ble etablert i Europa på slutten av 1800-tallet. Dette var en tid da bakteriologien hadde begynt å få gjennomslag, og pediaterne mente det var foreldrene som brakte smitten inn til avdelingen. Løsningen som ble foreslått var å begrense deres tilgang til barna så mye som mulig under sykehusoppholdet (1). Holdningen satte seg fast og holdt seg til langt etter krigen. Foreldrene måtte holde seg til strengt oppsatte visittider, og enkelte steder nøye seg med å betrakte barna gjennom glassvinduer. Observasjoner som at barn ble urolige etter at de hadde hatt besøk av foreldrene, men forholdt seg rolig når de ikke var der, ble tolket som at dette også var det beste for barna: Holdningen var at barnet tilpasset seg sykehusmiljøet, og at foreldrenes besøk forstyrret denne tilpasningen (2).

I etterkrigstiden kom forskning som problematiserte denne oppfatningen, og påpekte at den tilsynelatende tilpasningen

var uttrykk for at barna beskyttet seg for å unngå ytterligere traumatisering. Fra 1950-årene og utover meldte stadig flere røster seg på i debatten i fagpresse og i avisene. På 1960-tallet tok også foreldrene opp kampen, støttet av tilknytningsteori og annen faglig informasjon om at barn tok skade av langvarig fravær fra foreldrene. På 60-tallet ble det gitt noe utvidede besøksmuligheter til foreldre, og i «enkeltilfeller» anledning for «rooming-in» av mødre (2). Dette gjaldt imidlertid bare barneavdelingene, siden de nye tankene hadde dårlig gjennomslag ved andre avdelinger hvor barn lå innlagt, som for eksempel på ØNH eller ortopediske avdelinger. Selv om pediatriens kliniske læresetning var at barn IKKE var små voksne, ble det forventet at de skulle oppføre seg som små voksne.

Ved slutten av 60-tallet, oppnevnte Helsedirektoratet et utvalg. Helene Pande representerte Norsk Pediatrisk Selskap. Innstillingen ble ferdig i 1969, og gitt ut som bok i 1971 (2). Budskapet var at barn trengte foreldrene på sykehus, og at sykehusopphold kunne skade barns helse hvis tilknytningen til nærmeste omsorgsperson ble brutt. Men vanen var vond

“
Hva er det vi gjør
i dag som vil se galt
ut om 100 år?”



Avisutklipp fra avisen Demokraten i Fredrikstad, julen 1978.



Fra barneavdelingen i 1968. Medisinsk museum, Ullevål sykehus.

å vende, enda så rart det kan høres ut i dag. Det krevde en stor mental omstilling både fra leger og sykepleiere å slippe foreldrene inn i sykehusene. I april 1978 kom de offisielle retningslinjer for barn på sykehus. De siste tiårene frem mot milleniumskiftet ble karakterisert av en fundamental endring av barneavdelingene i det foreldrene flyttet inn, og ble forankret i spesialisthelsetjenesteloven og pasientrettighetsloven.

Barn skal fortrinnsvis legges inn på egne barneavdelinger, de har rett til å ha minst en av foreldrene hos seg under oppholdet og rett til aktivisering og undervisning.

Det er ikke så lenge siden vi trodde at barn hadde godt av å være på sykehus uten foreldre. Snarere enn å fordømme fortidens praksis, bør vi spørre oss selv: Hva er det vi gjør i dag som vil se like rart ut som dette når barnelegeforeningens 200-årsjubileum finner sted?

1. Rowold K. What Do Babies Need to Thrive? Changing Interpretations of 'Hospitalism' in an International Context, 1900–1945. Soc Hist Med 2018; hxx114.
2. Auestad AM. Barn på sykehus. Oslo: s.n., 1970.

“
Foreldrene måtte holde
seg til strengt oppsatte
visittider, og enkelte
steder nøye seg med å
betrakte barna gjennom
glassvinduer.”

Hvorfor vil du bli barnelege?

Paidos har spurt leger i spesialisering på fem forskjellige barneavdelinger om hva som er tiltrekkende ved faget vårt. Er du litt lei av og til? Les – og få en påminnelse om hvorfor pediatri er det beste faget.

Mini-intervjuer utført av Signe Hatteland (Kristiansand), Gunhild Helsvig (Bodø), Kari Holte (Østfold), Randi Stornes (Telemark) og Ina Helland (Ahus)



Ann-Christin Ankervig Trydal,
4 måneders erfaring som LIS i Kristiansand

- Jeg vil bli barnelege fordi det er så sabla givanes å jobbe med barn, og så er det mer action i hverdagen! Men det at det er så givanes å jobbe med barn rager over alle andre grunner.



Karsten Holt Simonsen,
LIS i Bodø

- Som student fattet jeg interesse for pediatri på grunn av gode forelesninger og spennende uketjenester. Og da jeg fikk jobb på barneavdelingen, skjønte jeg fort at det er dette jeg vil drive med. Jeg synes det er morsomt å jobbe med et bredt fagfelt med svært varierte problemstillinger, selv om det også til tider kan være krevende. Det beste med jobben er møtet med pasienter, og det er ekstra gøy når det blir en god allianse med barn og foreldre. Jeg liker utfordringene med akutte syke når jeg har vakt, men jeg er ikke like glad i alt papirarbeidet.



Gry Nordeide Grønli,
LIS på Sykehuset Østfold, Kalnes

- Eg hadde lyst til å prøve pediatri fordi det er eit spennande og veldig variert fagfelt. Ein må handtere mykje forskjellig, inkludert akutte situasjonar. I tillegg er pasientgruppa heilt fantastisk! Det gir mykje å kunne jobbe for dei.



Torgunn Ripegutu,
cirka 1 års erfaring som LIS i Skien

- Det gir meg så mye glede! Gleden av å se et barn løpe ut fra barneavdelingen, friskest på hele sykehuset. Gleden av å bære et nyfødt barn tilbake til sine foreldre etter en snarvisitt på asfiksibordet. Gleden av å møte stolte nybakte foreldre på nyfødtundersøkelsen. Gleden av å se et dehydrert barn spise is. Gleden av å se et febersykt barn kvikne til av Paracet og Ibux. Gleden av å ha lek som et viktig arbeidsverktøy. Gleden av å være en del av et felleskap med varme og faglige dedikerte kollegaer. Gleden i møte med det ekte, utilgjorte hos barnet. Er det rart jeg vil bli barnelege?



Anna Heim Tveiten,
LIS på Ahus siden mai -18

- I utgangspunktet syntes jeg det var litt skummelt med barn, og ville derfor gjerne ha mer erfaring med det. Det viste seg jo å være veldig variert og spennende! Kort sagt så liker jeg bredden, og den litt vane-dannende kombinasjonen av stor glede, stort alvor og litt såpebobler!

Referanser:

1. Tresiba® SPC, avsnitt 4.1 (sist oppdatert 10.07.2018)
2. Tresiba® SPC, avsnitt 4.2 (sist oppdatert 10.07.2018)
3. Generell veileder i pediatri. Endokrinologi, metabolisme og genetikk. Diabetes mellitus. Norsk barnelegeforening. (Revidert 2017) <http://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/pediatri/endokrinologi/diabetes-mellitus> (21.01.2019)
4. Patton SR, Midyett LK, Dolan LM, et al. A comparison of average daily risk range scores for young children with type 1 diabetes mellitus using continuous glucose monitoring and self-monitoring data. Diabetes Technol Ther. 2012 Mar;14(3):239–43.
5. Danne T, Bangstad H-J, Deeb L, et al. Insulin treatment in children and adolescents with diabetes. Pediatric Diabetes 2014;15(20):115–134
6. Halvorson M, Yasuda P, Carpenter S, et al. Unique Challenges for Pediatric Patients With Diabetes. Diabetes Spectrum 2005;18 (3):167–173.

Utvalgt sikkerhetsinformasjon¹¹

Kun til s.c. injeksjon i lår, overarm eller abdominalvegg. Injeksjonsstedene skal alltid varieres innen samme område for å redusere risikoen for lipodystrofi. I de tilfeller der det ikke er mulig å administrere ved samme tidspunkt hver dag tillater Tresiba® fleksibilitet i valg av tidspunkt for administrering av insulinet. Glemte dose anbefales tatt så snart det oppdages, og deretter gjenoppas vanlig doseregime med 1 daglig dose. Det skal alltid være minst 8 timer mellom injeksjonene. Det er ingen klinisk erfaring med fleksibilitet i doseringstidspunkt hos barn og ungdom. Ved overgang fra andre insulinpreparater anbefales streng blodglukosekontroll i overgangsperioden og de første påfølgende uker. Dose og tidspunkt for administrering av hurtigvirkende insulinpreparater må ev. justeres. Hypoglykemi kan forekomme dersom insulin dosen er for høy i forhold til insulinbehovet. Reaksjoner på injeksjonsstedet kan forekomme, disse er milde og forbigående, og forsvinner normalt ved fortsatt behandling. En egen kardiovaskulær sikkerhetsstudie er gjennomført for insulin degludec (Tresiba®)¹². Det er viktig at alle bivirkninger og uønskede medisinske hendelser som oppstår under behandling rapporteres til Statens Legemiddelverk eller Novo Nordisk.

Tresiba® i ferdigfylt penn finnes i to styrker

Ved forskrivning skal legen forsikre seg om at korrekt styrke er angitt på resepten. Pasienten skal ha opplæring i riktig bruk av Tresiba® ferdigfylt penn. Se felleskatalogen.no for ytterligere informasjonsmaterieill.

Les fullstendig preparatomtale for forskrivning av Tresiba®.

Tresiba«Novo Nordisk»

- C Insulinanalog, langtidsvirkende.** ATC-nr.: A10A E06
- T INJEKS.JONS/VSKE, oppløsning i sylinderrampulle 100 enheter/ml: 1 ml inneh.:** Insulin degludec (rDNA) 100 enheter (E) tilsv. 3,66 mg, glyserol, metakresol, fenol, sinkacetat, saltsyre, natriumhydroksid, vann til injeksjonsvæsker.
- T INJEKS.JONS/VSKE, oppløsning i ferdigfylt penn 100 enheter/ml og 200 enheter/ml: 1 ml inneh.:** Insulin degludec (rDNA) 100 enheter (E), resp. 200 enheter (E) tilsv. 3,66 mg, resp. 7,32 mg, glyserol, metakresol, fenol, sinkacetat, saltsyre, natriumhydroksid, vann til injeksjonsvæsker.

Indikasjoner: Behandling av diabetes mellitus hos voksne, ungdom og barn fra 1 år. **Dosering:** Administreres 1 gang daglig, når som helst i løpet av dagen, fortrinnsvis på samme tidspunkt hver dag. Fleksibilitet i valg av administreringstidspunkt tillates når det ikke er mulig å administrere ved samme tidspunkt hver dag, men klinisk erfaring med dette mangler hos barn og ungdom. Glemte dose anbefales tatt så snart den oppdages, og deretter gjenoppas vanlig doseregime med 1 daglig dose. Det skal alltid være minst 8 timer mellom injeksjonene. Doseres i overensstemmelse med pasientens individuelle behov. Optimalisering av glykemisk kontroll anbefales vha. dosejustering basert på fastende plasmaglukose. Dosejustering kan være nødvendig ved økt fysisk aktivitet, endret kosthold, eller annen samtidig sykdom. Ved overgang fra andre insulinpreparater anbefales streng blodglukosekontroll i overgangsperioden og de første påfølgende uker. Dose og tidspunkt for administrering av hurtigvirkende insulinpreparater, eller annen samtidig antidiabetisk behandling, må ev. justeres. Insulin degludec 1 enhet (E) tilsv. humaninsulin 1 internasjonl enhet (IE), insulin glargin (100 E/ml) 1 enhet (E) eller insulin detemir 1 enhet (E). **Diabetes mellitus type 1:** Skal kombineres med hurtigvirkende insulin for å dekke insulinbehovet ved måltider. Tas 1 gang daglig sammen med måltidsinsulin, etterfølgende individuelle dosejusteringer er påkrevd. Overgang fra andre insulinpreparater: En dosereduksjon på 20% av den tidligere dosen med basalininsulin eller den tidligere basalkomponenten i et kontinuerlig s.c. insulininfusjonsregime bør vurderes, etterfulgt av individuell dosejustering basert på glykemisk respons. **Diabetes mellitus type 2:** Kan administreres alene eller i enhver kombinasjon med orale antidiabetika, GLP-1-reseptoragonister og bolusinsulin. Anbefalt daglig startdose er 10 enheter, etterfulgt av individuell dosejustering. Ved tillegg av insulin degludec til GLP-1-reseptoragonister er anbefalt startdose 10 enheter daglig etterfulgt av individuelle dosejusteringer. Ved tillegg av GLP-1-reseptoragonister til insulin degludec anbefales det å redusere dosen av insulin degludec med 20%, for å minimere risikoen for hypoglykemi. Dosen justeres deretter individuelt. Overgang fra andre insulinpreparater: For pasienter som behandles med basalininsulin 1 gang daglig, basalbolusbehandling, eller behandling med blandingsinsulin eller selvblandet insulin, kan overgangen fra basalininsulin til insulin degludec gjøres enhet for enhet basert på tidligere basalininsulindose, etterfulgt av individuelle dosejusteringer. En dosereduksjon på 20% av den tidligere dosen med basalininsulin bør vurderes ved overgang fra basalininsulin 2 ganger daglig og ved overgang fra insulin glargin (300 E/ml), etterfulgt av individuell dosejustering. **Spesielle pasientgrupper:** *Nedsatt lever- eller nyrefunksjon:* Måling av glukose må intensiveres, og insulin dosen justeres individuelt. *Barn og ungdom <18 år:* Ingen klinisk erfaring med bruk av dette legemidlet til barn <1 år. Kan brukes av ungdom og barn fra 1 år. Ved endring av basalininsulin til Tresiba er det nødvendig å overveie individuell dosereduksjon av basal- og bolusinsulin for å minimere risikoen for hypoglykemi. *Eldre >65 år:* Måling av glukose må intensiveres, og insulin dosen justeres individuelt. **Tilberedning/Håndtering:** Oppløsning som ikke fremstår som klar og fargeløs skal ikke brukes. Skal ikke etterfylles, deles med andre eller blandes med andre legemidler. Skal ikke tilsettes infusjonsvæsker. Det skal alltid settes på en ny nål for hver bruk. Nåler skal ikke brukes om igjen: Gjenbruk av nåler øker risikoen for tette nåler, noe som kan føre til under- eller overdosering. Pasienten skal kaste nålen etter hver injeksjon. *FlexTouch ferdigfylt penn:* Med ferdigfylt penn 100 enheter/ml kan det administreres en dose fra 1-80 enheter pr. injeksjon, i trinn på 1 enhet. Med ferdigfylt penn 200 enheter/ml kan det administreres en dose fra 2-160 enheter pr. injeksjon, i trinn på 2 enheter. Dosetelleren viser antallet enheter uansett styrke, og det skal ikke foretas noen doseomregning ved overgang til ny styrke. For å unngå feildosering og potensiell overdosering skal det aldri brukes en sprøyte til å trekke legemidlet opp fra sylinderrampullen som er i den ferdigfylte pennen. FlexTouch brukes sammen med NovoFine nåler med lengde opptil 8 mm. Se pakningsvedlegg. *PenFill sylinderrampuller:* Brukes sammen med NovoFine nåler og insulininjeksjonssystemer fra Novo Nordisk. Se pakningsvedlegg. **Administrering:** Kun til s.c. injeksjon i låret, overarmen eller abdominalveggen. Injeksjonsstedene skal alltid varieres innen samme område for å redusere risikoen for lipodystrofi. Skal ikke administreres i.v., da dette kan gi alvorlig hypoglykemi. Skal ikke administreres i.m., da dette kan endre absorpsjonen. Skal ikke brukes i insulininfusjonspumper. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdstoffene. **Forsiktighetsregler:** *Hypoglykemi:* Utelatelse av et måltid, ikke planlagt anstrengende fysisk aktivitet, eller for høy insulin dose i forhold til insulinbehovet kan føre til hypoglykemi. Hos barn (spesielt ved basal-bolusregimer) er det viktig å tilpasse insulin doser med matinntak og fysisk aktivitet for å minimere risikoen for hypoglykemi. Pasienter som oppnår betydelig forbedring av blodglukosekontrollen (f.eks. ved intensivert insulinbehandling), kan oppleve endring i vanlige varselssymptomer på hypoglykemi, og må informeres om dette. Vanlige varselssymptomer kan forsvinne hos pasienter som har hatt diabetes lenge. Annen samtidig sykdom, især infeksjoner og feber, øker vanligvis insulinbehovet. Samtidig sykdom i nyre, lever eller sykdom som påvirker binyre, hypofyse eller thyreoida, kan kreve doseendringer. Den forlengede effekten av insulin degludec kan forsinke restitusjon etter hypoglykemi. Hypoglykemi kan svekke konsentrasjons- og reaksjonsevnen, og ved bilkjøring bør pasienten rådes til å ta forholdsregler for å unngå dette. Det bør overveies om bilkjøring er tilrådelig for pasienter som har nedsatte eller manglende forvarslar på hypoglykemi eller som opplever hyppige hypoglykemiafall. *Hyperglykemi:* Administrering av hurtigvirkende insulin anbefales ved alvorlig hypoglykemi. Utlitrekekelig dosering og/eller avbrytelse av behandlingen kan føre til hyperglykemi og potensielt til diabetisk ketoacidose. Annen samtidig sykdom, især infeksjoner, kan føre til hypoglykemi og økt insulinbehov. Ved diabetes mellitus type 1 fører ubehandlet hypoglykemi etter hvert til diabetisk ketoacidose, som er potensielt dødelig. Skifte til insulin av annen type, annet merke eller fra annen tilvirker, må skje under medisinsk kontroll og kan kreve doseendring. *Kombinasjon med pioglitazon:* Tilfeller av hjertesvikt er rapportert ved samtidig bruk av pioglitazon og insulin, spesielt ved risikofaktorer for å utvikle hjertesvikt. Dette må tas i betrakning hvis kombinasjonen vurderes, og pasienten skal observeres for tegn og symptomer på hjertesvikt, vektøkning og ødem. Pioglitazon skal seponeres ved forverring av kardiale symptomer. *Horddan unngå felmedisinering:* Insulinetketten skal kontrolleres før hver injeksjon, for å unngå utilsikket forveksling mellom de to styrkene av ferdigfylt penn, samt forveksling med andre insulinpreparater. Antall valgte enheter på pennens doseteller skal kontrolleres visuelt, og det kreves derfor at pasienter som skal injisere selv kan lese av dosetelleren. Blinde/svaksynte skal alltid få hjelp/assistanse fra annen person med godt syn, og som har fått opplæring i bruk av pennen. *Glyesykdom:* Intensivering av insulinbehandling med umiddelbar forbedret glykemisk kontroll kan være forbundet med forbigående forverring av diabetisk retinopati, mens langvarig forbedret glykemisk kontroll reduserer risikoen for progresjon

7. Matyka K, Ford-Adams M, Dunger DB. Hypoglycaemia and Counterregulation during Childhood. Hormone Research 2002;57(1):85–90
8. Taplin CE, Cobry E, Messer L, et al. Preventing Post-Exercise Nocturnal Hypoglycemia in Children with Type 1 Diabetes. J Pediatr. Nov 2010;157(5):784–788.e1
9. Cemeroglu AP, Can A, Davis AT, et al. Fear of Needles in Children. with Type 1 Diabetes Mellitus on Multiple Daily Injections (Mdi) and Continuous Subcutaneous Insulin Infusion (Csi). Endocrine Practice 2014;6:1-25
10. Howe CJ, Ratcliffe SJ, Tuttle A, et al. Needle Anxiety in Children With Type 1 Diabetes and Their Mothers. MCN Am J Matern Child Nurs. 2011;36(1):25-31.
11. Tresiba® SPC avsnitt 4.2, 4.4 og 4.8 (sist oppdatert 10.07.2018)
12. Tresiba® SPC, avsnitt 5.1 (sist oppdatert 10.07.2018)

Indikasjon

Behandling av diabetes mellitus hos voksne, ungdom og barn fra 1 år.

Refusjonsberettiget bruk

Behandling av type 1 diabetes mellitus.

Refusjonskode:

ICPC		Vilkår nr
T89	Diabetes type 1	180, 181
ICD		Vilkår nr
E10	Diabetes mellitus type 1	180, 181

Vilkår:

180	Refusjon ytes kun til pasienter som ikke oppnår behandlingsmålene til tross for optimal behandling med middels langtidsvirkende NPH-insulin på grunn av: - hyppige eller alvorlige nattlige følinger som skyldes insulinbruken - store blodsukkersvingninger som ikke gjør det mulig å oppnå akseptabel blodsukkerkontroll
181	Behandling skal kun startes av spesialist i indremedisin, barnesykdommer eller ved sykehusavdeling med tilsvarende spesialitet

Kilde: <https://www.felleskatalogen.no/medisin/blaarev-register/a10ae06-1> (lest 21.01.2019)

av diabetisk retinopati. *Insulinantistoffer:* Administrering av insulin kan føre til dannelse av insulinantistoffer. I sjeldne tilfeller kan forekomsten av slike insulinantistoffer kreve justering av insulin dosen for å korrigere tendens til hyper- eller hypoglykemi. **Interaksjoner:** For utfyllende informasjon om relevante interaksjoner, bruk interaksjonsanalyse. Betablokkere kan maskere symptomer på hypoglykemi. Oktreotid/lanreotid kan enten redusere eller øke insulinbehovet. Alkohol kan forsterke eller redusere insulinets hypoglykemiske effekt. Følgende kan redusere insulinbehovet: Orale antidiabetika, GLP-1-reseptoragonister, MAO-hemmere, betablokkere, ACE-hemmere, salisylater, anabole steroider og sulfonamider. Følgende kan øke insulinbehovet: Orale antikonsepsjonsmidler, tiiazider, glukokortikoider, thyreoidahormoner, sympatomimetika, veksthormon og danazol. **Graviditet, amning og fertilitet:** *Graviditet:* Ingen klinisk erfaring med bruk hos gravide. Dyrestudier har ikke vist forskjell mellom insulin degludec og humant insulin når det gjelder embryotoksitet og teratogenisitet. Intensivert blodglukosekontroll og overvåkning anbefales generelt hos gravide med diabetes, og ved planlagt graviditet. Insulinbehovet minker vanligvis i 1. trimester og stiger deretter i 2. og 3. trimester. Etter fødselen går insulinbehovet vanligvis raskt tilbake til samme nivå som før graviditeten. *Amning:* Ingen klinisk erfaring. Hos rotter ble insulin degludec utskilt i melk; konsentrasjonen i melk var lavere enn i plasma. Ukjent om insulin degludec skilles ut i morsmelk hos mennesker. Det forventes ingen metabolsk effekt på nyfødte/spedbarn som ammes. *Fertilitet:* Reproduksjonsstudier på dyr har ikke indikert negativ effekt på fertilitet. **Bivirkninger:** *Svært vanlige (≥1/10):* Stoffskifte/emærning: hypoglykemi¹. *Vanlige (≥ 1/100 til <1/10):* Øvrige: Reaksjoner på injeksjonsstedet². *Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100):* Hud: Lipodystrofi³. Øvrige: Perifert ødem. *Sjeldne (≥ 1/10 000 til <1/1000):* Immunsystemet: Overfølsomhet⁴, urticaria. *Spesielle pasientgrupper:* Ingen indikasjon på forskjeller mht. frekvens, type og alvorlighetsgrad av bivirkninger observert hos eldre, barn og ungdom (>1 år til <18 år) og hos pasienter med nedsatt nyre- eller leverfunksjon i forhold til den generelle populasjonen. ¹ Alvorlig hypoglykemi kan føre til bevisstløshet og/eller krampeanfall, og kan gi forbigående eller permanent hjerneskada eller t.o.m. dødsfall. ² Inkludert hematom, smerte, blødning, erytem, knuter, hevelse, misfarging, kløe, varmefølelse samt klump på injeksjonsstedet. Vanligvis milde og forbigående, forsvinner normalt ved fortsatt behandling. ³ Inkludert lipohypertrofi, lipodystrofi. Kontinuerlig variasjon av injeksjonsstedet innenfor det bestemte injeksjonsområdet kan bidra til å redusere risikoen. ⁴ Manifestert ved hevelse i tunge og lepper, diaré, kvalme, tretthet, kløe. **Overdosering/Forgiftning:** Hypoglykemi kan utvikles i sekvensielle faser. *Symptomer:* Varierer fra matthet, sult, svette og krampor til bevisstløshet (insulinsjokk). *Behandling:* Ved mild hypoglykemi gis glukose eller sukkerholdige produkter oralt. Det anbefales derfor at pasienten alltid har med seg glukoseholdige produkter. Ved alvorlig hypoglykemi, der pasienten er bevisstløs, injiseres glukose i.v. eller glukagon (0,5-1 mg) i.m. eller s.c. Glukose skal gis i.v. hvis pasienten ikke reagerer på glukagon innen 10-15 minutter. Når pasienten igjen er ved bevissthet, anbefales perorale karbohydrater for å forhindre tilbakefall. Se Giftnformasjonens anbefalinger for insulin og analoger A10A på www.felleskatalogen.no. **Egenskaper:** *Klassifisering:* Langtidsvirkende insulinanalog, fremstilt ved rekombinant DNA-teknologi. *Virkningsmekanisme:* Bindes spesifikt til humaninsulinreseptoren og gir samme farmakologiske effekt som humant insulin. Blodglukosenedsettende effekt skyldes at opptak av glukose lettes ved at insulinet bindes til reseptorer i muskel- og fettceller, samtidig som utskillelse av glukose fra lever hemmes. *Absorpsjon:* Etter s.c. injeksjon dannes oppløselige og stabile multihetamerer som danner et insulindepot i det subkutane vevet. Insulin degludec monomerer spaltes gradvis av fra multihetamerene og fører til en sakte og kontinuerlig tilførsel av insulin degludec inn i sirkulasjonen. I løpet av en 24-timers periode med behandling 1 gang daglig, er glukosenedsettende effekt jevnt fordelt gjennom første og andre 12-timers periode. Virkningstiden er >42 timer innenfor terapeutisk doseområde. Steady state-konsentrasjon i serum nås etter 2-3 dager ved daglig administrering. Doseproposjonallitet ved total eksponering er observert etter s.c. administrering innenfor terapeutisk doseområde. Kravene til bioekvivalens er oppfylt for styrkene 100 enheter/ml og 200 enheter/ml. Sammenligning med komparator (se SPC for mer informasjon): Ved diabetes mellitus type 1 er det ved steady state vist 4 × lavere dag til dag variasjon i glukosenedsettende effekt, og betydelig antall færre alvorlige hypoglykemiske episoder. Ved diabetes mellitus type 1 og 2 er det vist betydelig antall færre nattlige hypoglykemiske episoder. Reduksjon i hypoglykemi oppnås ved lavere gjennomsnittlig fastende plasmaglukosenivå og likt HbA1C-resultat. *Proteinbinding:* >99%. *Halveringstid:* Ca. 25 timer, uavhengig av dose. *Metabolisme:* Metaboliseres på lignende måte som humant insulin. Alle metabolitter som dannes er inaktive.

Oppbevaring og holdbarhet: Oppbevares ved 2-8°C (i kjøleskap). Holdes borte fra kjøleelementet. Skal ikke fryses. Beskyttes mot lys. Frosset insulin skal ikke brukes. *Etter anbrudd eller medbrakt som reserve:* FlexTouch (ferdigfylt penn): Oppbevares ved høyst 30°C eller ved 2-8°C (i kjøleskap) i maks. 8 uker. La pennenehetten sitte på for å beskytte mot lys. PenFill (sylinderramp.): Legemidlet skal ikke oppbevares i kjøleskap. Oppbevares <30°C i maks. 8 uker beskyttet mot lys. **Pakninger og priser:** *Injeksjonsvæske, oppløsning i sylinderrampulle: 100 enheter/ml:* 5 × 3 ml¹ (PenFill sylinderramp.) kr 742,10. *Injeksjonsvæske, oppløsning i ferdigfylt penn: 100 enheter/ml:* 5 × 3 ml¹ (FlexTouch ferdigfylt penn) kr 742,10. *200 enheter/ml:* 3 × 3 ml¹ (FlexTouch ferdigfylt penn) kr 883,20.

Refusjon:

¹A10A E06_1 Insulin degludec

Refusjonsberettiget bruk: Behandling av type 1 diabetes mellitus

ICPC		Vilkår nr	ICD		Vilkår nr
T89	Diabetes type 1	180, 181	E10	Diabetes mellitus type 1	180, 181

Vilkår: (180) Refusjon ytes kun til pasienter som ikke oppnår behandlingsmålene til tross for optimal behandling med middels langtidsvirkende NPH-insulin på grunn av: - hyppige eller alvorlige nattlige følinger som skyldes insulinbruken - store blodsukkersvingninger som ikke gjør det mulig å oppnå akseptabel blodsukkerkontroll (181) Behandling skal kun startes av spesialist i indremedisin, barnesykdommer eller ved sykehusavdeling med tilsvarende spesialitet

Sist endret: 22.06.2018

Basert på SPC godkjent av SLV: 10.07.2018

Pris per januar 2019

Tresiba® – basalinsulin godkjent til voksne, ungdom og barn fra 1 år med diabetes¹



1 Injeksjon²

1 Gang daglig²

Insulinbehandling barn³

Målsetting

Debutfase

- Gjenopprette metabolsk balanse

Remisjonsfase og kronisk fase

- Unngå insulinsjokk og hyppige følinger
- HbA_{1C} under 58 mmol/mol (7,5%)
- Blodglukose i området 4–7 mmol/l før måltid

Diabetesbehandling hos barn og ungdom kan være utfordrende

- Barn har ofte varierende blodglukosenivåer^{4,5}
- Barn vokser raskt og har uregelmessig livsstil⁶⁻⁸
- Risiko for hypoglykemi og hyperglykemi med ketose kan bekymre foreldre og barn^{5,8}
- Bekymring for ubehag ved injeksjon^{9,10}

Tresiba® FlexTouch® penn



100 enheter/ml, kan gi opptil 80 enheter i en injeksjon.
Pennene inneholder totalt 300 enheter

Pediatriens utfordringer

– fra noen av æresmedlemmenes synsvinkel

Gjennom 100 år har pediatrien gjennomgått en rekke omstillinger og utfordringer, både i Norge og globalt. Før de neste 100 står vi overfor nye. Paidos har spurt fem æresmedlemmer om hva de har opplevd som de viktigste utfordringene i sin karriere – og hva de tror vil bli de neste.

Tekst: Av Katrine Engen



Erik Bøhler

«Hvordan helsearbeid for barn finansieres angår oss som barneleger»

- Den største utfordringen for barnehelsearbeidet de siste årtiene var at barn i store deler av verden fortsatte å dø av sykdommer det lenge hadde eksistert enkle og billige midler til å behandle og forebygge. Dette er i ferd med å bedres, og det er en vesentlig årsak til synkende fødselstall i store deler av verden. Bedret barnehelse er motoren i at verdens folketall stabiliseres!

- Den største utfordringen for barnehelsearbeidet framover blir å sikre alle tilgang til nødvendige helsetjenester uten at de må betale en ruinerende pris. Dette er innholdet i FNs erklæring om «Universal Health Coverage» som går fra 2012 fram mot 2030. Her legges det vekt på å motarbeide systemet med at fattige mennesker mange steder må betale stykkpris for grunnleggende helsetjenester. Hundre millioner mennesker, svært mange av dem barn, dyttes ut i ekstrem fattigdom årlig, bare på grunn av store helseregninger. Hvordan helsearbeid for barn finansieres angår oss som barneleger.

Helene Pande

«En viktig detalj var å få slutt på den smertefulle lapisdryppingen og å få ut kunnskap om den viktige "bondingen" som skjer i nyfødtperioden».

- Da jeg dro til Bodø i 1974 tenkte jeg at de fire sykehusene der sammen med Bodø hadde greid dagligdags pediatri bra, men at det en relativt godt utdannet spesialist måtte konsentrere seg om var 1: Nyfødte og "intensiv care" av disse, og 2: Habilitering av funksjonshemmede, både psykisk og fysisk. Særlig korte (1-2 uker) opphold ved engelsk "intensiv care" (Queen Charlotte der sjefen hadde delt hybel med norsk student



i studietiden) og årlig deltagelse ved British Pediatric Associations årsmøter i York, var uvurderlig. Med disse erfaringer var utfordringen å få revidert våre lærebøkers feilinformasjon (som ble kopiert i utgave etter utgave) om nyfødte og alt det viktige som skjedde de første 2 leveår og som betyr så mye for senere utvikling; "De fester ikke blikket, de smiler ikke før de er 6 uker." To-tre ganger har jeg hørt glade mammaer si: "Han smilte til meg!" Og svaret fra ekspertisen: "Det er nok kolikk, det". En viktig detalj var å få slutt på den smertefulle lapisdryppingen, og å få ut kunnskap om den viktige "bondingen" som skjer i nyfødtperioden. Veterinæren hadde mye å lære oss der!

Det å få foreldrene med på laget og ikke se på dem som noen som burde holde seg unna med sin engstelse, var også en utfordring. Igjen, Storbritannia hadde vist at det gikk meget bedre og forandring kom i 1978. Til dette hører også med å legge merke til søskens reaksjoner.

- Hva tror jeg blir pediatriens største utfordringer i fremtiden? Ja, det blir mange, og skal det bli noe bra, så anbefales det sterkt å lese faglitteratur, ta besøk ved bedre avdelinger i utlandet. Bare 1-2 uker kan gi skjellsettende erfaringer. Kjempeutfordringer blir kanskje med betydelig etiske implikasjoner: Gen-manipulering og så videre. Her kunne det bli en lang opprømsing.

Jeg vil begrense meg til en sak: Nemlig at pediatrien skal ha en aldersgrense på 15 år. Allerede i min tid (før 1982) var det noen av oss som merket seg at spør du ungdommer, så vil de ikke på BARNE-avdeling. Men de vil heller ikke på voksen avdeling. De er klare på at de "vil være der det er annen ungdom". En 15-18 års ungdomsgruppe har helt spesielle problemer der rus og identitetsproblemer nå dominerer mer enn i en barnegruppe, så de trenger virkelig sine egne spesialister!

Trond Markestad

«Jeg tror at de etiske og behandlingsmessige dilemmaene som har vært de største utfordringene til nå, også vil bli de viktigste og i fremtiden»

- Det har vært etiske spørsmål knyttet til grenser for livreddende og livsforlengende behandling. Det gjelder både ekstremt for tidlig fødte barn, barn med alvorlige skader og barn med alvorlige medfødte utviklingsavvik. For utviklingsavvik har det særlig dreid seg om tilstander som barna ville ha dødd av kort tid etter fødsel uten behandling, og hvor omfattende avlastende kirurgi redder livet, men hvor risikoen for alvorlige funksjonsnedsettelse og tidlig død er svært stor. I min tid som barnelege, har dette vært det viktigste og hyppigst diskuterte faglige temaet når barneleger møttes. Det andre temaet er hvordan vi barneleger kunne bidra til riktig habilitering for barn med funksjonsnedsettelse og best mulig tilbud til familiene.

- Jeg tror at de etiske og behandlingsmessige dilemmaene som har vært de største utfordringene til nå, også vil bli de viktigste i fremtiden, og i enda større grad enn nå. Mer omfattende pre- og postnatal diagnostikk og nye kirurgiske og medisinske behandlingsmuligheter som ikke er kurative for tidlig dødelige tilstander, vil forsterke de dilemmaene vi har opplevd til nå. Det vil stadig komme nye og kostbare spesialtilpassete legemidler («orphan drugs») for sjeldne tilstander. Hver enkelt sykdom

er sjelden, men i sum vil det dreie seg om nokså mange barn. For den typen legemidler som blir godkjent, vil barnelegene i stor grad bli utfordret på om nytten svarer til kostnaden hos det enkelte barnet. Med andre ord vil balansen mellom å være behandlende lege og å gi en objektiv sakkyndig vurdering om effekten bli utfordrende. Jeg tror også at barnelegenes rolle overfor barn med funksjonsnedsettelse og deres familier vil bli mer krevende i balansen mellom medisinske muligheter og familienes behov og forventninger og hva samfunnet er villig til å yte.

Gyro Herder

«Vi opplevde ofte at barn med kroniske sykdommer ble nedprioritert i det daglige - akuttmedisinen måtte ha førsteprioritet.»

- Fagfeltet var bredt og til dels skremmende for en fersk assistentlege. Nyfødtsmedisin var nytt, med små premature, Loosko respirator og til dels hjemmelagde CPAP-apparater. Henteturer til lokalsykehusene med små ambulansefly for å bringe syke nyfødte og premature "hjem" til barneavdelingen, eller til andre sykehus i en del tilfeller, bød ofte på store utfordringer! Alvorlige infeksjoner var også skremmende, meningokokkepidemien særlig, med dramatiske forløp og hyppig sekveler. Astma var også utfordrende å behandle, før steroider og beta 2 lokalt kom i bruk. Jeg tenker med gru på barn som fikk livstruende Cushing som bivirkning til de systemiske steroidene. For gastroenterologi og coeliac og stadig slit for å få på plass Crosby-kapselen vil nok mange huske. Vi opplevde ofte at barn med kroniske sykdommer ble nedprioritert i det daglige, akuttmedisinen måtte ha førsteprioritet. Med opprettelsen av Habiliteringsenheten for barn på barneavdelingen i 1987, kom de fleste barna hit. Foreldrekurs ble tidlig satt på dagsorden; Helene Pande var pådriver. Familiene lærte om aktuell sykdom/tilstand, og fikk informasjon om stønader og hjelpetiltak, og ikke minst møtte de andre familier med de samme problemstillinger som de kunne utveksle erfaringer med, inspirert av Frambu. Alt i alt preget overgang til subspecialisering innenfor de ulike fagfelt hele perioden.

- Utredningen "Satsningsområder for Norsk barnelegeforening. Perioden 2017-2021/22, ved styret i Norsk barnelegeforening, går bredt inn i fremtidens utfordringer. Noen barneavdelinger har øvre aldersgrense 18 år, i Bodø har ulike sykdomsområder hatt ulike aldersgrenser, men ikke noen ungdomsavdeling. I vel ett år har avdelingen hatt barnepsykiatriteam på tre fagpersoner, som er godt mottatt. BUP har jo aldersgrense 18 år. Antagelig vil et tilbud til ungdommer som hverken føler seg hjemme i barn eller voksenavdeling, være et godt alternativ. Tilbud til uavklarte diagnosegrupper, for eksempel ME, spiseforstyrrelser, livsstilssykdommer og psykiatriske tilstander som depresjon og livstretthet, vil være viktig i fremtiden. I tillegg tror jeg de bioteknologiske og teknologiske utfordringene vil bli viktige; er teknologi løsningen for alle problemområder?



Torstein Vik

«Det påhviler ansvarlige myndigheter et stort ansvar for å tilføre sosialpediatrien nødvendige midler, både til forskning og til klinisk arbeid»

- For å si litt om det jeg kjenner best, og som jeg selv har erfart, så var barneonkologien fortsatt en utfordring da jeg startet min barnelegekarriere i Trondheim i 1980. Overlevelsen hos barn med kreft var dramatisk forbedret. Spesielt fremsto behandlingen av barn med Akutt Lymfatisk Leukemi som en fantastisk suksesshistorie. Fra 100% dødelighet av denne diagnosen på slutten av 1960-tallet, økte overlevelsen til 80% på rundt 1980. Fra slutten av 1970-tallet hadde imidlertid intensiv nyfødtsmedisin begynt å gjøre store fremskritt. Økende overlevelse av premature, flerlinger født etter assistert befruktning og moderne fostermedisin med behov for avansert nyfødtkirurgi førte i løpet av 80-tallet til en tredobling av nyfødte som trengte intensivbehandling. Den nye barneklubben i Trondheim som sto ferdig i 1975 var ikke planlagt eller bygget for denne «nye» utviklingen. De etiske sidene av moderne intensiv nyfødtsmedisin ble påtrengende og utfordrende.

I tillegg til disse utfordringene vil jeg trekke frem sosialpediatrien. «Fysisk» barnemishandling var for så vidt allerede en velkjent utfordring, men i løpet av 80- og 90-tallet dukket det opp flere og flere tilfeller av seksuelt misbrukte barn, barn helt ned i spedbarnsalder. Dimensjonene, forekomsten og graden av seksuelt misbruk av barn, opplevde vi som så «makabre» at vi hadde vanskelig for å tro på dem. I tillegg ble det født flere barn av gravide rusmiddelmisbrukere. Vi var også «blinde» for abstinens-symptomer hos nyfødte i mange år. Det fantes knapt noen oppfølging av den gravide. Jeg beundrer de som har involvert seg, og de som fortsatt involverer seg i denne delen av pediatrien. Noen av oss hadde vel et naivt håp om at økt fokus på disse problemene, og spesielt konsekvensene for barna, skulle føre til redusert forekomst. Utviklingen tyder dessverre på det motsatte.

- Hvis jeg skal holde meg i Norge, tenker jeg at sosialpediatrien kommer til fortsatt å ha store utfordringer. Denne grenen av pediatrien har nok ikke hatt like lett for å bli tilført ressurser, og det påhviler ansvarlige myndigheter et stort ansvar for å tilføre sosialpediatrien nødvendige midler, både til forskning og til klinisk arbeid.

Jeg tenker også at det vil være en viktig utfordring i fremtiden å forstå, og lære seg å behandle hjerneskader hos barn, både hos prematurt fødte og hos barn født til termin. Det er også mulig at genetisk behandling av en del medfødte sykdommer vil komme sterkere inn. Uansett vil en god del barn være funksjonshemmede også i fremtiden, og omsorgen for disse, spesielt utviklingshemmede i Norge, er alt for dårlig. Barns utvikling og mentale helse vil være en annen signifikant utfordring. Jeg håper på fremskritt innen forståelse av psykisk sykdom generelt, og av slik sykdom hos barn spesielt. Det er allerede blitt utfordrende å være barn i vårt digitale samfunn, hvor mye kommunikasjon ikke er synlig for de voksne. Forebygging av selvmord allerede i barne- og ungdomsalderen er et eksempel på utfordringene vi står overfor.

Ellers ser jeg mørkt på hvordan vi overlater kloden til etterfølgende generasjoner, og er bekymret for klimaendringene. Disse kan føre til at vi også her nord vil oppleve sykdommer som tidligere bare var sett i tropiske strøk.

Innleggene er forkortet og omarbeidet litt av redaksjonen for å fungere skriftlig.

Barnevaksinasjon i 100 år

Gjennom barnevaksinasjonsprogrammet er difteri, polio, meslinger og rubella i praksis utryddet i Norge. Innføringen av vaksiner har hatt stor betydning for folkehelsen og sykdomspanoramaet blant norske barn. Det skjedde ikke over natten.



Av Hanne Nøkleby, Folkehelseinstituttet

For 100 år siden var infeksjonssykdommer fortsatt en meget viktig årsak til sykdom og død, særlig i barnealder. Men vi var kommet et stykke: Bakteriene var oppdaget. Allerede i 1796 hadde Edward Jenner sett at smitte med kukopper kunne beskytte mot den mer alvorlige humane koppesyken. Louis Pasteur hadde oppdaget sammenhengen mellom infeksjoner og mikrober. Man så at gjennomgått sykdom i mange tilfeller syntes å beskytte mot ny infeksjon. Kunne døde bakterier gjøre samme nytten? En rekke forskjellige bakterier ble dyrket, drept og injisert som vaksiner. De fleste vaksinene ga liten effekt og betydelige lokale bivirkninger. Men BCG- og difterivaksine er begge nær 100 år gamle. Vaksiner ble gradvis innført i offentlige vaksinasjonsprogrammer etterhvert som man så at det var trygt og gav beskyttelse mot sykdom.

Tuberkulose

BCG-vaksinen ble gitt til alle ved utgangen av folkeskolen (13 – 14 år) fra 1948. Bakteppet var alvorlig: På begynnelsen av 1900-tallet var det tuberkulose som tok flest liv her i landet. Av en befolkning på cirka 2 millioner, døde rundt 7 000 årlig av sykdommen. Smitterisikoen var størst når ungdom forlot grunnskolen og kom ut i arbeidslivet. På 1920- og 30-tallet var omtrent halvparten av sykepleierelevene på Ullevål sykehus tuberkulin-negative da de begynte å studere. Etter tre år, var alle positive. Av 284 tuberkulin-negative studenter ble 97 syke av tuberkulose i løpet av studiet, og 10 døde. Legene Johannes Heimbeck og Olaf Scheel startet et pionerprogram med BCG-vaksinering av sykepleierelever og medisinstudenter på slutten av 1920-tallet. De fant at vaksinen ga 80% beskyttelse mot sykdom, høyere enn i svært mange andre undersøkelser (1).

Generelt smittevern (smitteoppsporing og tiltak for å redusere smitteoverføring) samt bedre ernærings-, bo- og sanitærforhold var det viktigste for å få kontroll, men innføring av BCG-vaksinen var et viktig bidrag.

Difteri, tetanus og stivkrampe

Under det store difteriutbruddet i Oslo i 1941 fikk alle småbarn på barnehem og i «barnekrybber» og alle skolebarn vaksine. Det førte til en overraskende og gledelig lav sykdomsforekomst i disse aldersgruppene sammenlignet med tidligere difteriepidemier (2). I 1952 ble kombinasjonsvaksinen mot difteri, tetanus og kikhoste (DTP) begynnelsen til det norske barnevaksinasjonsprogrammet. Vaksinen førte raskt til at difteri forsvant og kikhoste ble sjelden, særlig hos de minste.

Men kikhostevaksinen, som var laget av hele, drepte kikhostebakterier, kom i miskreditt på 1970-tallet. Den ble først mistenkt for å kunne gi alvorlige hjerneskader, deretter for å være årsak til plutselig uventet spedbarnsdød/SIDS. I England førte frykt for bivirkninger til fall i vaksinasjonsdekningen fulgt av store kikhosteepidemier med mange dødsfall. I Sverige valgte man å ta vaksine mot kikhoste ut av programmet i 1979 av samme grunn. Store epidemiologisk undersøkelser viste imidlertid at det neppe var noen sammenheng mellom vaksinen og hjerneskade (3), og at vaksinerte barn om noe hadde lavere risiko for SIDS enn uvaksinerte. Helcelle kikhostevaksine ga plager – feber, smerter og skriking – og hadde fått dårlig rykte. Acellulære kikhostevaksiner med rensede komponenter fra bakteriene ble utviklet. Sverige var sentral i de kliniske utprøvingene av vaksinen: Et europeisk land med god oversikt over befolkning og epidemiologi, som ikke hadde vaksinert mot kikhoste på 12 – 13 år da utprøvingene begynte! (4) De acellulære vaksinene gir god beskyttelse til den mest sårbare gruppen – barn under to år. Men den epidemiologiske utviklingen har vist at beskyttelsen mot lett kikhoste er dårligere og varigheten kortere enn av helcellevaksinen. Derfor er kikhoste stadig en utfordring.

Poliomyelitt

På begynnelsen av 1950-tallet var det et stort utbrudd av poliomyelitt i Norge, og barnestuen på sykehusene var



Vaksinasjon ved Oslo kommunes helsestasjon i Arendalsgata, november 1945



Polio-epidemien på starten av 50-tallet rammet hardt. Det var stor glede og lettelse da poliovaksinen ble innført i 1956. Dette bildet fra oslobilder.no har tittel «Hersleb skoles barn blir poliovaksiner, november 1956». Fotograf ukjent.

overfylte av barn med lammelser. Dette var en sykdom foreldre virkelig fryktet! Det var derfor en stor glede da Norge fikk tilgang til inaktivert poliovaksine (IPV) i 1956. I løpet av skoleåret 1956/57 fikk alle som gikk på folkeskolen tilbud om vaksine. Det jeg husker best, er hvor vondt de to første dosene gjorde! Vi grudde oss til den tredje – som vi knapt kjente i det hele tatt. I studietiden fikk jeg forklaringen: De første dosene ble gitt intrakutant, fordi man da klarer seg med en femtedels vaksinemengde.

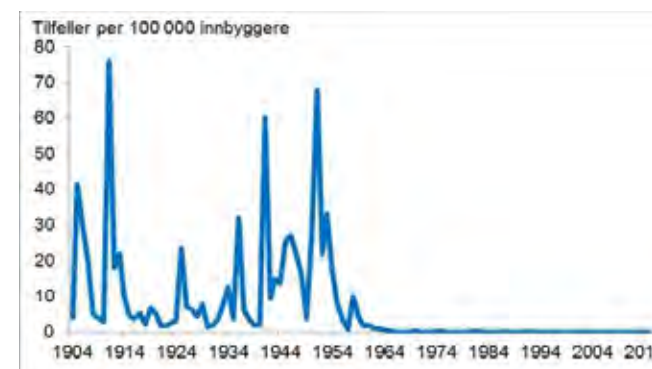
Fra 1957 fikk spedbarn og flere andre grupper tilbud om vaksine, og polio ble i løpet av få år historie (figur 1). WHO har de siste årene har brukt store ressurser på å utrydde polio, og i den forbindelse gjort kliniske utprøvinger med små doser IPV intrakutant for å dokumentere at det gir god nok effekt. Det sier kanskje mest om hvordan kravene til dokumentasjon er endret på 60 år.

Røde hunder

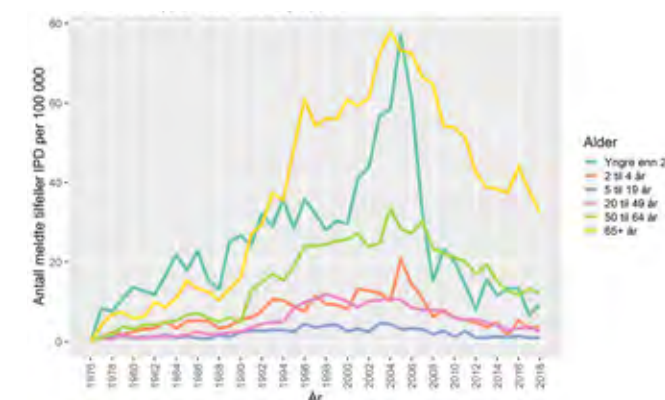
Røde hunder ble lenge oppfattet som en ubetydelig infeksjon. Litt feber og utslett, men ikke noe å bry seg om. Under en stor

epidemi i Australia i 1941 reagerte imidlertid barne-øyelegen Norman Gregg (5) på at overraskende mange spedbarn hadde medfødt grå stær. Han fanget opp at mødrene på venterommet snakket om at de hadde hatt røde hunder i svangerskapet, og skrev en artikkel om mulig sammenheng. Artikkelen førte til at kvinner som hadde født barn med andre fosterskader også tok kontakt. Nå vet vi at rubella i første trimester fører til fosterdød eller skader hos 80 – 90 % av barna, med hjerneskade, hjertefeil, døvhet og blindhet som de vanligste. Det var den hyppigste og alvorligste av sykdommene vi leter etter med TORCH-undersøkelsene.

Da sammenhengen mellom røde hunder og fosterskader ble kjent, ble kvinner opptatt av å gjennomgå røde hunder før første graviditet. Rundt 1970 fikk blant annet kvinnelige medisinerstudenter tilbud om testing for røde hunder. De seronegative på mitt kull oppsøkte barnehager der det gikk røde hunder i håp om å bli smittet. Rubellavaksine ble et tilbud til jenter i ungdomsskolen i 1978, og har inngått i barnevaksinasjonsprogrammet som MMR til begge kjønn siden 1983. Hensikten er å hindre sirkulasjon av rubellavirus,



Figur 1. Registrerte tilfeller av poliomyelitt i Norge. Kilde: Smittevernveiledningen, FHI



Figur 2. Invasiv pneumokokkinfeksjon i Norge. Kilde: MSIS, FHI

fordi det gir mest effektiv beskyttelse av gravide og dermed hindrer fosterskader.

Virker vaksinene?

Gjennom barnevaksinasjonsprogrammet er difteri, polio, meslinger og rubella i praksis utryddet i Norge. Kikhoste er sjelden hos barn under to år, den mest sårbare gruppen. Alvorlige infeksjoner med Hib eller pneumokokker forekommer praktisk talt ikke i barnealder. Pneumokokk-infeksjoner er også blitt betydelig sjeldnere hos eldre – det har vist seg at deres viktigste smittekilde var barnebarna (figur 2). Forekomst av rotavirusinfeksjoner hos småbarn og HPV-infeksjoner hos tenåringsjenter har også gått betydelig ned (6).

Alle effektive legemidler har bivirkninger, også vaksiner. Årlig meldes cirka 5-600 bivirkninger, godt under 1 per 1000 doser. De fleste er bagatellmessige – smerter og hevelse på injeksjonsstedet, litt feber. Mindre enn 1 per 10 000 bivirkninger vurderes som alvorlige, og da oftest fordi barnet blir lagt inn på sykehus etter vaksinerings. Svært mange av disse innleggelsene skyldes sykdommer som ikke har med vaksinen å gjøre, eller observasjon for feber, og de fleste kommer raskt ut igjen.

Er vaksinemotstand et problem i Norge?

WHO har nylig erklært at vaksineskepsis er en av de 10 største globale helsetruslene. I mange europeiske land har skepsis til vaksiner økt betydelig de siste 10 – 20 årene. Forklaringene varierer, men den viktigste årsaken er sannsynligvis at infeksjoner som tidligere ga mye sykdom (difteri, kikhoste, poliomyelitt, meslinger, røde hunder) praktisk talt er vaksinert bort. Folk vet ikke lenger hva vi unngår takket være vaksinene.

Med skepsis følger fallende vaksinasjonsdekning. Da kommer sykdommene igjen. Som man kunne vente, kommer den mest smittsomme sykdommen, meslinger, først. Med store utbrudd i Europa vil det også komme smitteførende personer til Norge. I dag fører det til store overskrifter – og ingen eller et par sekundærttilfeller. Og det fortjener store overskrifter, for det er en fantastisk seier: Takket være høy vaksinasjonsdekning klarer vi å stoppe verdens mest smittsomme sykdom i døra!

Vaksineskepsis er ikke noe stort problem i Norge. Over 98 % av alle barn får minst en av vaksinene, og 96 % av barna er fullvaksinert ved 2 års alder. Vaksinemotstandene er få, men så mye som 20 % har en eller flere ganger lurt på om de skal la sine barn få vaksiner. De vanligste begrunnelsene er

- Redsel for bivirkninger
- Skepsis til «kunstige stoffer» som vaksiner
- Tror at alt naturlig (som infeksjoner), er sunt
- Tror ikke at infeksjoner er farlige
- Mer redd for å «gjøre noe» som kan være skadelig enn for å la være å gjøre noe, og ser ikke det å velge bort vaksiner som et aktivt valg

Vaksine mot vaksinemotstand?

Hvis vaksinasjonsprogrammet skal fortsette å virke, er det viktig å møte vaksine-skeptiske foreldre på en god måte: Ta deres bekymringer på alvor og møt dem i at vi alle ønsker det beste for barnet. Svar på spørsmål og forklar om bivirkninger, men informer også om sykdommene – risikoen ved å la være å vaksinere. Kanskje viktigst av alt: Gi dem tid – og mulighet til å komme tilbake og spørre mer før de bestemmer seg. Bare slik kan vi opprettholde den gode vaksinedekningen vi har i Norge i dag.

Referanser: Se paidos.no

Barnevaksinasjonsprogrammet i Norge: Utvikling og status i dag.

Vaksine mot	Innført	Status/kommentarer
Kopper	1810	Obligatorisk til vaksinasjon ble avsluttet i 1976. Kopper utryddet 1980
BCG	1948	Avsluttet 2009 Fortsatt tilbudt barn med foreldre fra land med høy forekomst
Difteri, stivkrampe, kikhoste	1952	Acellulær kikhostevaksine fra 1998. Inngår nå i seksvalent kombinasjonsvaksine: DTP-polio-Hib-HepB (3, 5 og 12 måneder)
Poliomyelitt	1956	Tilbudt alle som gikk på folkeskolen (født 1943 eller senere). Levende oral vaksine (OPV) i perioden 1965 – 1980, ellers IPV. Inngår nå i seksvalent kombinasjonsvaksine: DTP-polio-Hib-HepB
Meslinger	1969	Som MMR fra 1983
Rubella	1978	Til jenter i ungdomsskolen. Som MMR til alle fra 1983
Meslinger, kusma, rubella (MMR)	1983	Ved 15 måneder og 11 år
Hib	1992	Inngår nå i seksvalent kombinasjonsvaksine: DTP-polio-Hib-HepB
Pneumokokker	2006	Vaksine med 7 serotyper til 2011, deretter 13 serotyper (3, 5 og 12 måneder)
HPV	2009	Til jenter 12 år fra 2009, begge kjønn fra 2018. Innhentingsprogram for jenter født 1991 eller senere i perioden 2016 – 2018
Rotavirus	2014	Ved 6 og 12 uker
Hepatitt B	2017	Tilbudt barn med foreldre fra land med høy forekomst fra 1992. Inngår i seksvalent kombinasjonsvaksine: DTP-polio-Hib-HepB til alle fra 2017



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 aminosyrebaserede morsmelkerstatningen for barn med alvorlig kumelkallergi eller multiple matallergier. Nå med:

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

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

Les mer: www.meadjohnson.no

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

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

Fightteren

Det er etterdønninger av fredsfest og en nasjon i ukuelig fremgangstro høsten 1945. Men det var fortsatt smalhans og rasjonering. Og noen var rammet av krigens følgesvenn tuberkulosen. Pågangsmotet var ikke mindre blant pasientene på avdelingen Båtshaugen ved Mesnalien Sanatorium som tilfrisknet gradvis i den klare luften mellom innlandsfjellene. Blant dem var den 17 år gamle gymnasiasten Helene Pande. Gjennom et mikroskop på laboratoriet skimter hun syrefaste staver. Da skrev hun i dagboken: Dette Helene, dette er fienden! Denne må du kjempe mot!

Av Katrine Engen

Foreningens 90 år gamle æresmedlem har invitert til tidlig middag mellom ukentlig bridgespill og besøk av slektninger fra USA. 30 stillestående varmegrader i Ullevål Hageby er ingen hindring. «Du får skrive at du intervjuet et gammelt fossil som serverte pizza og skrøt av seg selv,» smiler hun.

Det angivelige selvskrivet, en gul ringperm med avisutklipp og artikler fra 50 års legeliv fremstår nøkternt formidlet og trumfes glatt av attester fra tidligere kollegaer. Oppsummert beskrives hun som «en foregangsperson innen norsk barnemedisin» – «en dedikert advokat for barnas beste» med en «enorm faglig kapasitet, intuisjon og vilje til å kjempe for det hun tror på». Videre på ringerunden beskrives en «myndig, omsorgsfull og dønn rettferdig avdelingssjef». Det fortelles om en «sjelden stor faglig bredde og en imponerende evne til å holde seg oppdatert som pensjonist». «Bare et helt fantastisk menneske» lyder den spontane reaksjonen fra en tidligere assistentlege.

Det skulle bli en kamperklæring mot tuberkelbasillen som ledet henne inn i legeyrket. En velvillig sykepleier tok den læringshungrige gymnasiasten med på laboratoriet. Skjebnens ironi var den utløsende årsaken; aktivt fredsengasjement og arbeid for Røde Kors.

«Jeg fikk bli med i Røde Kors allerede i januar 1945 da jeg fylte sytten år, mens det fortsatt var pågående krigs- og sabotasje-handlinger i Oslo. Vi lærte oss litt av hvert, blant annet påfallende meget om samband, og da freden kom ble vi tydeligvis regnet for å være inn under Milorg».

Ungdommene ble satt til sivile oppgaver i maidagene 1945. For hennes egen del innebar det pleie av svært syke russiske krigsfanger smuglet inn på Ullevål sykehus. Nøyaktig to

inkubasjonsmåneder senere hadde hun senkning på 102 og halvannen liter pleuravæske. Det ble 6 uker på Lillehammer sykehus og deretter 8 måneder på Båtshaugen.

«Det var helt fantastisk å bli pleuratappet første gang, for endelig kunne jeg puste igjen! Også lærte jeg litt om innstikkssteder. Det har jeg i hvert fall hatt nytte av selv, etter å ha opplevd det.»

Hun er født i Oslo i januar 1928. Mor kom fra Sveits og ble med far tilbake fra utenlandsstudier i Zürich til norsk landsbyliv uten alpin fjellkontur i miles omkrets. Det var en tid da Snarøya var Distrikts-Norge, lærerne i Oslo klaget over «de landsens skolene» i Bærum – og ikke bare enkelt å komme til byen som 8-åring. Etter avbrutt gymnas og rekonvalesensopphold manglet hun to poeng på realartium for medisinstudiet. Natten før andregangseksamen lå hun litt søvnløs, men kom så på at der var noe om en isklump – og repeterte fysikkens dertilhørende regulativer en siste gang. Det lykkebringende innfall slo til da oppgaven ble delt ut. Det ble S og holdt til medisinstudium i Oslo.

«Vi var 10 jenter av et kull på 100 og vi var nok litt Pippi Langstrømpe-jenter alle sammen. Hele kullet var etter hvert en fantastisk sammensveiset gjeng».

Veien gikk videre til turnus i Porsgrunn, og et lite lerret av ulike assistent- og reserve-legejobber. Selv kaller hun det «Norgesmesterskap i underordnet tjeneste»; fra kirurgi i Hammerfest til Kvinneklubben på Rikshospitalet, med hud, ØNH og indremedisin i mellom. Spesialist ble hun i 1964, etter pediatri-tjeneste i Porsgrunn, Bergen, på Rikshospitalet og Ullevål. I 1967 kom det rop om hjelp etter kvinnelig pediater i flyktningeleirene i Jordan under Seksdagerskrigen.



Det var egentlig ingen av de 7-8 andre kvinnelige barnelegene i landet som kunne slippe fra nattevakter eller småbarn og hun fikk 1 måneds kontrakt "med lommepenger". Manglende avløsning førte til nesten 4 måneders tjeneste. Det ble et lærerikt kultur møte.

«Vi så ikke rent sjelden forferdelige komplikasjoner av omskjæring i ukyndige hender, med alvorlige infeksjoner og bløtvevsskader».

Fortsatt er det en av hennes kjepphester.

«Jeg understreker at jeg har en enorm respekt for religion! Men dersom inngrepet skal gjøres bør det gjøres under kompetente forhold, mens barnet fortsatt er nyfødt. Jeg støtter ikke omskjæring av eldre gutter eller inngrepet ut i fra noen medisinsk profylaksegrunn, men jeg tror at ved å nekte totalt åpner vi for potensielt svært skadelige alternativer.»

Hjemkomsten ble isolasjonsavdelingen på Ullevål sykehus - 10 kilo lettere og ute av stand til å gå opp trappen etter en seiglivet og hissig GI-infeksjon. Det skremte henne ikke fra å reise til Nigeria i 1971.

Kampen mot egen tuberkulose er ikke den eneste Helene Pande har kjempet. Verken kravet om barns rett til å ha foreldre hos seg hele tiden på sykehus eller Credes profylakse ble vunnet etter en omgang – eller ett kritisk spørsmål til omgivelsene. I 1971 var hun medforfatter av boken «Når barn må på sykehus». Visittiden var den gang en til to timer et par ganger i uken, eller ikke i det hele tatt Det var grusomt å se avskjedene. Hun nektet å tro at barna "glemte" at foreldrene forlot dem – og at forglemmelsen slettet alle spor i barnehjernen. «En ting var de litt større barna som til en viss grad kunne forklares ting. De jeg virkelig var bekymret for var ettåringene – resignasjonen i øynene deres. Hvordan de ga opp da de skjønnte at mamma og pappa faktisk ikke kom tilbake».

Hospitering i England var grobunn for overbevisningen om at det er farlig å skille barn fra foreldrene sine på sykehus. Erfaringene etter Blitz-krigens barneevakueringer begynte å vise seg, og resultatene var konsistente. Barna som ikke ble evakuert til sikkerhet og nok mat på landet, men som i stedet gjennomgikk sult og krigsherjinger i tilfluktsrom sammen med foreldrene sine, utviklet seg likevel langt bedre enn de som opplevde langvarig separasjon i en sårbar periode.

“Vi var 10 jenter av et kull på 100 og vi var nok litt Pippi Langstrømpe-jenter alle sammen.”



Fra flyktningeleir i Jordan under Seksdagerskrigen i 1967.

Etter noen runder ble bokas forfattere i 1971 nedsatt som komité for en forandringsreform. Rettighetene ble godtatt først i 1978. Avdelingen i Bodø innførte den nye politikken allerede i 1974 der hun var med som avdelingsoverlege fra starten samme år. Kampen ble kronet med Kongens fortjenestemedalje i gull.

England hadde sluttet med Credés lapisprofylakse noen år etter at de fikk Penicillin. Og etter et nytt hospiteringsopphold i England i 1978, fikk hun for første gang stirre inn i klare, åpne nyfødt-øyne som ikke var gjenklistret av lapisprofylakse - en betydelig emosjonell opplevelse som gjorde det nødvendig å utfordre den 100 år gamle praksisen i Norge. Samspillet mellom mor og barn var verdt den seksårige kampen mot konservativ, byråkratisk motstand. Overbevisningen vant, godt understøttet av den Bodø-baserte studien av 195 nyfødte som fant at de med klare, åpne øyne ble ammet lengre enn de med lapispuss og dårligere blikkontakt.

«Miljøet i Bodø var helt fantastisk!» smiler hun, og forteller entusiastisk om hvordan legemiddelindustrien ble jaget ut og et sosialt arrangement arrangert på dugnad. De skjeveste bollene var bakt av Avdelingsoverlegen.

«Det var en moderne avdeling i sin tid. Vi fokuserte mye både på oppbygningen av en nyfødtavdeling og på en seksjon for funksjonshemmede barn integrert i barneavdelingen.»

Erfaringene fra barnemedisinen på 60-tallet preget henne. Det var fortsatt tabu å få et barn med Down syndrom i hennes egen assistentlegetid.



Et av avisutklippene fra en rikholdig, gul ringperm. Jordanbrev fra Helene Pande, trykket i Aftenposten 29/9-1967

«Vi opplevde at flere gikk i uker og måneder uten å få bekreftet sine antakelser.»

Foreldrene fikk ikke nødvendigvis noen klare svar av legene heller. Selv ble hun opptatt av å få inn fysioterapeut tidligst mulig, vise barnets normale reaksjoner, og å formidle kontakt med andre foreldre til barn med Down syndrom.

Middagen nærmer seg slutten. Andektigheten stiger i takt med varmegradene mens hun følger meg ut i gangen. Før vi avslutter har vi løst en rekke verdensproblemer over pizzarestene. Hun er bekymret for at mangelen på bredde og krav til effektivitet og prestasjon går utover noe, både Pippi-kreativitet og legenes egen tilværelse. Hun har fortalt om kjeppestene sine; fra omskjæring til separasjon for tidlig av barn i barnehage som ikke er klare for det. Den gule ringpermen har illustrert at pågangsmot og kritiske spørsmål kan endre 100 år gammel malpraksis – og hvorfor noen kamper er verdt å kjempe for. Hun har bedyret at hun «egentlig er forferdelig barnlig». Avslutningsvis har den 90 år gamle nestoren et lite råd til den kommende generasjonen peditere:

«Det er viktig å ikke miste barnet i seg. Også er det lurt å ha noen å prate med.»

Smilet henger lenge på netthinnen etter at hun har lukket døren.

«Det kan gjerne være et fossil!»



Kineret® (anakinra) er nå godkjent for behandling av pasienter med Stills sykdom¹

• Rask bedring av systemiske funksjoner som feber, utslett og økte akutfase-reaktanter¹

• Glukokortikoiddoser kan i mange tilfeller reduseres etter initiering av Kineret¹

Viktig sikkerhetsinformasjon:

Overfølsomhet for innholdsstoffene eller E. coli-proteiner. Skal ikke initieres ved nøytropeni (ANC <1,5 × 10⁹/liter). Skal ikke initieres ved aktive infeksjoner. Vær oppmerksom på symptomer på infeksjon eller forverring av Stills sykdom, da disse er kjente triggerere for MAS.

Samtidig behandling med TNF-α-antagonister anbefales ikke pga. økt risiko for alvorlige infeksjoner.

Før forskrivning av Kineret®, se preparatomtalen.



Kineret Swedish Orphan Biovitrum

Immunosuppressivt middel, interleukinhemmer. ATC-nr.: L04A C03

INJEKSJONSVÆSKE, oppløsning 100 mg/0,67 ml: 1 ferdigfylt sprøyte inneh.:Anakinra 100 mg, vannfri sitronsyre, natriumklorid, dinatriumedetatdihydrat, polysorbat 80, natriumhydroksid, vann til injeksjonsvæsker.

Indikasjoner: Voksne: I kombinasjon med metotreksat for behandling av symptomer hos voksne med revmatoid artritt (RA) som ikke oppnår tilstrekkelig effekt med metotreksat alene. Voksne, ungdom, barn og spedbarn (≥8 måneder med kroppsvekt ≥10 kg): Behandling av cryopyrinassosierte periodiske syndromer (CAPS) inkl.: Neonatal-onset multisystemisk inflammatorisk sykdom (NOMID)/kronisk infantilt neurologisk kutant artikulært syndrom (CINCA), Muckle-Wells syndrom (MWS) og familier autoinflammatorisk kuldesyndrom (FCAS). Behandling av Stills sykdom, inkl. systemisk juvenil idiopatisk artritt (SJIA) og Stills sykdom i voksen alder (AOSD), med aktive systemiske trekk av moderat til høy sykdomsaktivitet, eller ved fortsatt sykdomsaktivitet etter behandling med ikke-steroid antiinflammatoriske legemidler (NSAID) eller glukokortikoider. Kan gis som monoterapi eller i kombinasjon med andre NSAID og sykdomsmodifiserende antirevmatiske legemidler (DMARD).

Dosering: Behandling bør initieres og følges opp av spesialist med erfaring i diagnostisering og behandling av hhv. RA, CAPS og Stills sykdom.RA: Voksne inkl. eldre: Anbefalt dose er 100 mg 1 gang daglig, tatt på omtrent samme tid hver dag. CAPS: Voksne inkl. eldre, ungdom og barn ≥8 måneder og ≥10 kg: Anbefalt startdose 1-2 mg/kg/dag. Terapeutisk respons gjenspeiles primært ved reduksjon av symptomer, som feber, utslett, leddsmerter og hodepine, men også ved reduksjon av inflammatoriske serummarkører (CRP-/SAA-nivå) eller forekomst av oppblussinger. Vedlikeholdsdose ved mild CAPS (FCAS, mild MWS): 1-2 mg/kg/dag gir vanligvis god kontroll. Vedlikeholdsdose ved alvorlig CAPS (MWS og NOMID/CINCA): Doseøkning kan bli nødvendig innen 1-2 måneder basert på terapeutisk respons. Vanlig vedlikeholdsdose er 3-4 mg/kg/dag, maks. 8 mg/kg/dag. I tillegg til evaluering av symptomer og inflammatoriske markører ved alvorlig CAPS anbefales CNS-undersøkelser mht. inflammasjon, inkl. det indre øret (MRI eller CT, lumbalpunksjon og audiologi) og oftalmologiske undersøkelser etter en innledende 3-måneders behandling, og deretter etter hver 6. måned, inntil effektivt behandlingsdose er funnet. Ved god klinisk kontroll, kan CNS-overvåkning og oftalmologisk overvåkning gjennomføres årlig.Stills sykdom: Anbefalt dose 100 mg/dag ved kroppsvekt ≥50 kg. Ved kroppsvekt <50 kg bør dosen justeres etter kroppsvekt med startdose 1-2 mg/kg/dag. Behandlingsrespons bør evalueres etter 1 måned: Ved vedvarende systemiske manifestasjoner kan dosen justeres hos barn, ellers bør fortsatt behandling revurderes av behandlende lege. Hos barn med utilstrekkelig respons kan dosen økes opptil 4 mg/kg/dag.

Spesielle pasientgrupper: Nedsatt leverfunksjon: Ingen dosejustering ved moderat nedsatt leverfunksjon (Child-Pugh B). Brukes med forsiktighet ved alvorlig nedsatt leverfunksjon. Nedsatt nyrefunksjon: Ingen dosejustering ved lett nedsatt nyrefunksjon (CICR 60-89 ml/minutt). Bør brukes med forsiktighet ved moderat nedsatt nyrefunksjon (CICR 30-59 ml/minutt). Ved alvorlig nedsatt nyrefunksjon (CICR <30 ml/minutt) eller terminal nyresvikt, inkl. dialyse, bør administrering av forskrevet dose annerhenng vurderes. Barn: Manglende data hos barn <8 måneder. RA (JIA): Sikkerhet og effekt er ikke fastslått hos barn og ungdom (<18 år).

Tilberedning/Håndtering: Steril oppløsning uten konserveringsmiddel. Kun til engangsbruk. Skal ikke ristes. Sprøyten skal romtempereres før injeksjon. Kontroller oppløsningen for partikler og misfarginger. Injisjer kun klare, fargeløse til hvite oppløsninger, som kan inneholde små mengder delvis gjennomsiktige til hvite partikler. Skal ikke blandes med andre legemidler.

Administrering: Gis s.c. For å unngå ubehag på injeksjonsstedet bør injeksjonssted varieres. Reaksjoner på injeksjonsstedet kan lindres ved nedkjøling av injeksjonssted, romtemperering av injeksjonsvæske, bruk av kalde pakninger (før og etter injeksjon) og bruk av topiske glukokortikoider og antihistaminer etter injeksjon. Kontraindikasjoner:Overfølsomhet for innholdsstoffene eller E. coli-proteiner. Skal ikke initieres ved nøytropeni (ANC <1,5 × 10⁹/liter).

Forsiktighetsregler: Allergiske reaksjoner: I mindre vanlige tilfeller er det sett allergiske reaksjonerinkl. anafylaktiske reaksjoner og angioødem. De fleste reaksjonene var makulopapulære eller urtikarielle utslett. Ved alvorlig allergisk reaksjon bør preparatet seponeres og annen behandling igangsettes. Lever: Forbigående økning i leverenzymen er sett. Økningene var ikke assosiert med hepatocellulær skade, med ett unntak. Hepatiske hendelser som ikke påvirket leverfunksjonen er sett. Flertallet av disse har vært ved Stills sykdom eller ved predisponerende faktorer, f.eks. forhøyning i transaminaser. Tilfeller med ikke-infeksiøs hepatitt,

Referanse: 1: Godkjent preparatomtale (SPC)

inkl. akutt leversvikt, er sett ved Stills sykdom. Hepatiske hendelser ved Stills sykdom forekom hovedsakelig i løpet av den første måneden med behandling. Rutinemessig testing av leverenzymen i løpet av den første måneden bør vurderes, særlig ved predisponerende faktorer eller utvikling av symptomer som antyder leverdysfunksjon. Effekt og sikkerhet ved ASAT/ALAT ≥1,5 × øvre normalnivå er ikke undersøkt. Alvorlige infeksjoner: Forekommer vanligvis ved RA, for det meste i luftveiene og særlig ved astma. Sikkerhet og effekt ved kroniske og alvorlige infeksjoner er ikke undersøkt. Skal ikke initieres ved aktive infeksjoner. Seponeres ved alvorlig infeksjon hos RA-pasienter. Hos CAPS-pasienter kan sykdommen blusse opp ved seponering. Med nøye overvåkning kan behandlingen fortsettes ved alvorlig infeksjon. Makrofagaktiveringssyndrom (MAS) kan oppstå ved Stills sykdom. Ved mistanke om MAS eller dersom MAS oppstår, bør vurdering og behandling startes så tidlig som mulig. Legen bør være oppmerksom på symptomer på infeksjon eller forverring av Stills sykdom, da dette er kjente triggerere for MAS. Begrensede data vedrørende fortsettelse av behandling ved alvorlige infeksjoner ved Stills sykdom. Ved fortsatt behandling er nøye overvåkning nødvendig. Forsiktighet bør utvises ved tidligere tilbakevendende infeksjoner eller underliggende tilstander som disponerer for infeksjoner. Sikkerhet ved latent tuberkulose er ukjent. Pasienter skal screenes for latent tuberkulose før behandlingsstart. Tilgjengelige medisinske retningslinjer skal tas med i vurderingen. Andre antirevmatiske behandlinger er assosiert med hepatitt B-reakivering. Screening for virushepatitt skal derfor utføres i samsvar med offentlige retningslinjer før behandlingsstart. Nøytropeni: Nøytropeni (ANC <1,5 × 10⁹/liter) forekommer vanligvis ved RA, og er også sett ved CAPS og Stills sykdom. Behandling bør ikke initieres ved nøytropeni. Nøytrofiltallet bør vurderes før behandlingsstart samt hver måned de første 6 månedene, deretter kvartalsvis. Ved nøytropenibør absolutt nøytrofiltall overvåkes nøye og behandlingen seponeres. Sikkerhet og effekt ved nøytropeni er ikke undersøkt. Immunsuppresjon: Bruk ved allerede eksisterende maligniteter anbefales ikke, pga. manglende data. Vaksiner: Levende vaksiner bør ikke gis samtidig pga. utilstrekkelige data. Eldre: Begrenset erfaring med behandling av eldre med CAPS og Stills sykdom. Pga. generelt høyere insidens av infeksjoner, bør forsiktighet utvises ved behandling av eldre. Hjelpetoffer: Inneholder <1 mmol natrium pr. 100 mg, dvs. praktisk tall natriumfritt.

Interaksjoner: Kan brukes sammen med NSAID, glukokortikoider og DMARD. Pga. økt risiko for alvorlige infeksjoner og nøytropeni anbefales ikke samtidig behandling med etanercept eller andre TNF-α-antagonister. Ved oppstart eller seponering av behandling hos pasienter som bruker legemidler som er CYP450-substrater med lav terapeutisk indeks, kan det være behov for terapeutisk overvåkning av effekt eller konsentrasjon og ev. dosejustering kan være nødvendig.

Graviditet, amming og fertilitet Graviditet: Data mangler. Dyrestudier indikerer ingen direkte eller indirekte effekter mhp. reproduksjonstoksitet. Bruk under graviditet og hos fertile kvinner som ikke bruker prevensjon anbefales ikke. Amming: Overgang i morsmelk er ukjent. Risiko for nyfødte/spedbarn som ammes kan ikke utelukkes. Amming skal opphøre ved behandling.

Bivirkninger: Svært vanlige (≥1/10): Hud: Reaksjon på injeksjonsstedet. Nevrologiske: Hodepine. Undersøkelser: Økt blodkolesterol. Vanlige (≥1/100 til <1/10): Blod/lymfe: Nøytropeni, trombocytopeni. Infeksiøse: Alvorlige infeksjoner. Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100): Hud: Utslett. Immunsystemet: Allergiske reaksjoner inkl. anafylaktiske reaksjoner, angioødem, urticaria og pruritus. Lever/galle: Økte nivåer av leverenzymen. Ukjent frekvens: Lever/galle: Ikke-infeksiøs hepatitt.

Overdosering/Forgiftning: Ingen dosebegrensende toksisitet er sett. I studier på sepsis, ble doser på opptil 2 mg/kg/time gitt i.v. over 72 timer. Uventede hendelser fra disse skiller seg ikke fra det som er observert i studiene for RA.

Oppbevaring og holdbarhet: Oppbevares i kjøleskap (2-8°C). Skal ikke fryses. Oppbevares i originalpakningen for å beskytte mot lys. Ved ambulatorisk bruk kan preparatet fjernes fra kjøleskap i høyst 1 enkelt periode på 12 timer ved maks. 25°C. Ved slutten av perioden må legemidlet destrueres og ikke settes tilbake i kjøleskap.

Pakninger og priser: 100 mg/0,67 ml: 7 × 0,67 ml (ferdigfylt sprøyte) kr. 2355,70 100 mg/0,67 ml: 28 × 0,67 ml (ferdigfylt sprøyte) kr. 9 314,- Sist endret: 21.08.2018 Basert på SPC godkjent av SLV/EMA: 06.04.2018



Swedish Orphan Biovitrum AS
Dronning Eufemias gate 16, 0191 Oslo
Tlf: 66 82 34 00
www.sobi.no mail.no@sobi.com

Oslo – et arnested for norsk pediatri

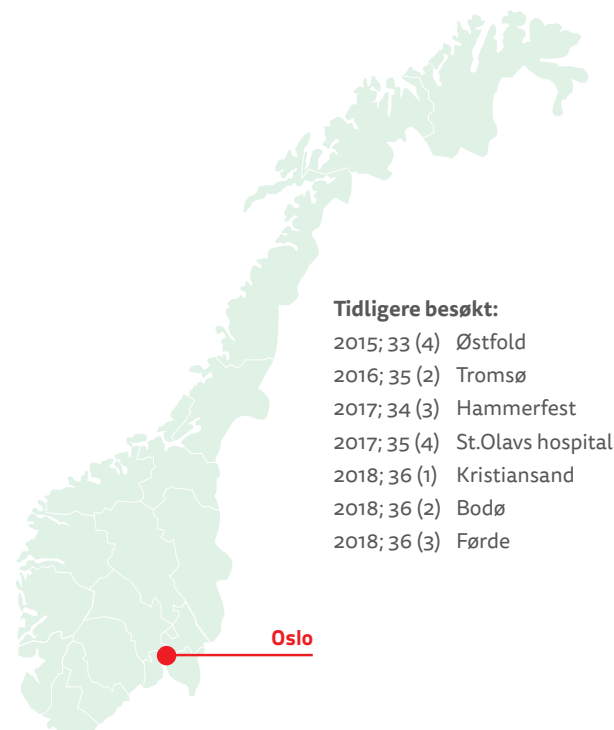


Barnestue nr 13, II avdeling, Ullevål

Fra 1893 til 1950 fantes det bare en barneavdeling i Norge: På Rikshospitalet. Denne artikkelen beskriver Oslo-pediatriens historie.

Tekst: Thor Willy Ruud Hansen og Hans-Jacob Bangstad, Barne- og ungdomsklinikken, Oslo Universitetssykehus

Kilder – se paidos.no

**Tidligere besøkt:**

2015; 33 (4) Østfold
2016; 35 (2) Tromsø
2017; 34 (3) Hammerfest
2017; 35 (4) St.Olavs hospital
2018; 36 (1) Kristiansand
2018; 36 (2) Bodø
2018; 36 (3) Førde

Oslo

Den første barneavdelingen i Norge, ble åpnet på Rikshospitalet i Oslo i januar 1893. Egentlig kan man likevel si at barna var «inne i den akademiske varmen» betydelig tidligere. I 1846 ble Frans Christian Faye utnevnt til «Lector i medicinen (særligt i Fødselsvidenskab, Fruentimmer- og Børnesygdomme)». Før dette hadde Faye oppholdt seg og studert 8-9 måneder på sykehus i en rekke europeiske storbyer. Under reisen stanset han lengst i Paris og fordypet seg i barne- og hudsykdommer. Faye var lærer og overlege ved Christiania Fødestiftelse og dessuten bestyrer ved jordmorskolen. Han ble utnevnt til professor i 1850, og i 1855 (noen kilder sier 1853) fikk han gjennomslag for å opprette et «børnehospital» ved fødestiftelsen. Dette ble innredet i et vognskjul og hadde plass til 15 barn. Faye var ikke barnelege, men var likevel sjef for barnesykehuset. Dette ble nedlagt da Rigshospitalet flyttet i 1883. Fødestiftelsen beholdt likevel 6 barnesenger som mest ble benyttet til nyfødte, men det lå også av og til noen eldre barn der. På det nye Rigshospitalet var det 20 barnesenger på medisinsk og kirurgisk avdeling.

Pediatri på pensum

Før barneavdelingen åpnet i 1893, foregikk undervisningen i barnesykdommer ved en poliklinikk ved Christiania Fødestiftelse. Fayes etterfølger Edvard Schønberg var ikke like interessert i barna som Faye hadde vært. Hans undervisning i faget ble sagt å være svært dårlig, og dette skal ha vært en motiverende faktor i en heftig diskusjon som utspilte seg på 1880-tallet om undervisningen på det medisinske fakultet (se artikkel om NBFs historie s. 14). Carl Wilhelm Mohn spilte en sentral rolle i kampen for å skaffe en plass for pediatrien i pensum, og man sa om ham at han var «den første som hos os lagde sig efter børnesygdomme som specialitet». Hans kamp må ha vært uselvisk, for det første dosenturet i pediatri gikk til Axel Theodor Johannessen i 1891. Det ble omgjort til professorat i 1895.



Over og til høyre: Svingertreff? Kronprinsesse Märtha ved åpningen av ny barneklinikk på Rikshospitalet i 1950 (Arbeiderbevegelsens arkiv og bibliotek). Dronning Sonja åpnet nytt barnesenter på Ullevål i 1998.

Øverst til venstre: Den første barneavdelingen på Ullevål, ble åpnet i Paviljong G i 1950.

Til venstre: Fra verandaen på barneavdelingen

Takk til Medisinsk museum, Ullevål sykehus for villig tillatelse til bruk av bilder!

**40 senger**

Da man etter sterk kamp endelig fikk gjennomslag for å opprette en barneavdeling med 40 senger på Rikshospitalet, fikk denne plass i en halvdel av hudavdelingen, angivelig i lite hensiktsmessige lokaler. Det var 3 store sykerom pluss ett lite rom for spesielt dårlige og døende pasienter. Et interessant trekk ved pasientpopulasjonen på den nye avdelingen, var at det helt fram til 1950 var innlagt svært få nyfødte. Fødestiftelsen (og senere Kvinneklíníken) beholdt disse på egen avdeling. Heller ikke i barnelegenes egen forening var det særlig interesse for nyfødtmedisinske problemstillinger før man passerte midten av det 20.de århundret. I lys av hva Rikshospitalet senere utviklet seg til, er det også interessant å se at i hvert fall i de første tre tiårene tok avdelingen seg i overveiende grad av fattige Oslobarn.

Axel Johannessens utdannelse i pediatri før hans utnevnelse til dosent var svært beskjeden. Dette korrigerte han i løpet av de første årene ved en utstrakt reisevirksomhet til utenlandske universiteter og kongresser. Forskningen hans dreide seg i hovedsak om spedbarnsernæring og infeksjonssykdommer. Theodor Frølich fulgte Johannessen som professor i 1922. Han hadde solid bakgrunn fra eksperimentell forskning, var en pioner på vitaminforskning og ga ut den første norske læreboken i pediatri.

En lokal barneavdeling for Oslo

Historien om norsk pediatri og Oslo-pediatrien i de første

årene, flyter i hverandre. Først i 1950, ble de første barneavdelingene utenfor Rikshospitalet etablert (se artikkel om fremveksten av norsk pediatri utenfor Oslo s. 24) Det første forsøket på å opprette en egen barneavdeling for Oslo skjedde i 1920-årene. Lyder W.C. Nicolaysen – en indremedisiner, som hadde begynt sin utdannelse i pediatri og hadde doktorgrad på et pediatrik emne, hadde opprettet en barnestue på sin avdeling på Ullevål Sykehus. I 1928 foreslo han at denne burde godkjennes som utdanningssted i pediatri. Da spesialistkomitéen ikke ville godkjenne dette, meldte han seg ut av Norsk Pediatrik Selskap. Arbeidet for en egen barneavdeling for Oslo fortsatte utover i 30-årene, men måtte legges til side da krigen kom.

Hva planene for videre sykehusbygging i Oslo vil innebære for pediatrien, er det ingen som sikkert vet

Først i 1950, samme år som det åpnet ny barneklinikk på Haukland Sykehus, og barneklíníken på Rikshospitalet flyttet inn i nytt hus, ble en egen barneavdeling for Oslo etablert på Ullevål Sykehus - dog i gamle og til dels lite hensiktsmessige bygninger. I 1975 åpnet en barneavdeling på Aker Sykehus. Denne fikk et ganske kort liv,

og ble i 1998 slått sammen med barneavdelingen på Ullevål da Barnesenteret flyttet inn i ny bygning. I årene før dette hadde et forbausende forent norsk barnemedisinsk miljø kjempet for et felles barnesykehus som skulle samle Barneklíníken på Rikshospitalet og barneavdelingene på Aker Sykehus og Ullevål Sykehus i ett senter. Denne visjonen er fortsatt uoppfylt.

Hva planene for videre sykehusbygging i Oslo vil innebære for pediatrien, er det ingen som sikkert vet.

Barne- og ungdomsklinikken på OUS

- Eldst, størst og ...best?

Av Cecilia Tønnessen Tokheim, LIS, Oslo Universitetssykehus. Takk til alle som har hjulpet til! Særlig Terje Rootwelt, Trond Diseth, Astrid Kleiven Worren, Jannicke Andresen og Veronica Martinsen

"Hva er sjela til Barne- og ungdomsklinikken på OUS?", spurte Paidos-redaktør Kari. "Hmmm, jeg vet ikke," tenkte jeg. "Jeg har bare jobbet på OUS i noen måneder, og kun på nyfødt på Ullevål...". Heldigvis fikk jeg hjelp fra mange kollegaer til å skrive denne artikkelen. I ekte OUS-ånd samarbeidet LIS-er og overleger på tvers av Ullevål (UL) og Rikshospitalet (RH) for å innhente informasjon, brainstorme, diskutere og komme fram til et godt resultat - til beste for pasienten, **kremt**, leseren. Vi har også sendt ut spørreskjema til et bredt utvalg av barnelegene for å finne ut hvordan de har det på jobb og hva de synes er typisk OUS. Så hvis du vil bli litt bedre kjent med landets eldste og største Barne- og ungdomsklinikk: Ta fram en god kopp kaffe eller te, sett deg godt til rette og les videre!

Hvem er BAR?

Barne- og ungdomsklinikken på OUS består av 12 avdelinger som igjen er delt i over 30 seksjoner (se figur!) Det er cirka 104 overleger og 46 LIS-er ansatt i klinikken til enhver tid. Noen av sistnevnte er i gruppe I-tjeneste og skal tilbake til lokalsykehus, mens andre tar hele/resten av spesialiseringen her. Det er 530 sykepleiere, i tillegg kommer ernæringsfysiologer, fysioterapeuter, hjelpepleiere, sekretærer, psykologer, ingeniører, konsulenter, forskere, administrasjonspersonell, økonomer, HR og musikkterapeuter - til sammen nesten 1 000 årsverk. Omtrent 100 medisinstudenter er innom hvert semester. Det er 159 sengeplasser for syke barn i alle aldre, og vi har rundt 6 000 døgnpasienter årlig. I tillegg kommer 6 100 dagpasienter og 32 700 polikliniske konsultasjoner.

Siden 2010 har vi vært én klinikk. Det er fordelt mellom sykehusene hvem som tar hånd om hva. Utenom føden,

har ikke Rikshospitalet noen lokalsykehusfunksjon. I akuttmottaket kommer derfor hovedsakelig pasienter som er henvist videre fra andre sykehus, eller barn som allerede er i et utrednings- eller behandlingsløp på RH. Fagfeltene som kun er her er hjerte, kreft, transplantasjon, lever, nyre, immunologi, metabolske sykdommer og revmatologi. Ullevål er lokalsykehus for store deler av Oslo og har et stort barne-mottak for de fleste pediatrike problemstillinger. I tillegg har de spesialfunksjoner innen infeksjon, gastro, endokrinologi og sosialpediatri. Begge hus har nyfødt, nevro, habilitering, lunge/ allergi og klinisk forskningspost. På nyfødt siden har RH-barna med kompliserte, medfødte misdannelser, inkludert hjertefeil, syndromutredninger og andre kirurgiske problemstillinger, mens UL har flest av de premature og barn som får hypotermibehandling etter asfyksi.

Det faglige

I Oslo finnes spesialister innenfor alle undergrenene av pediatrien, og det er mange kollegaer som virkelig brenner for jobben sin og pasientene sine. Nesten 10% av LIS-ene og 50% av overlegene (inkludert vikarer) har doktorgrad. 36% av sykepleierene har spesialutdanning. Forskning er en stor del av hverdagen til mange av de ansatte, noe som gjør at denne brukes aktivt i klinikken. Det er fokus på oppdatert kunnskap og pasientens beste. Siden vi har mange pasienter, får vi mengdetrening i generelle pediatrike problemstillinger samtidig som vi også får flere av de uvanlige kasusene. I tillegg henvises mange sjeldne tilstander videre til oss fra andre sykehus, så grenspesialistene får kompliserte pasienter å bryne seg på. Framgangsmåten involverer aktiv bruk av faglitteratur, konferering med utenlandske kollegaer, kasuistikk og utprøving. Mange setter pris på å få følge

de samme pasientene over tid. Hvis man vil jobbe mer akutt, er barneintensiven på Ullevål et alternativ. Denne er organisert under akuttklinikken, men noen pediater med spisskompetanse i barneintensivmedisin har sitt hovedsete her sammen med barneanestesi og går felles vakt med nyfødtlegene. Som LIS roterer man mellom nyfødt og store barn, og mellom Ullevål og Rikshospitalet, og får dermed med seg både generell pediatri og hvordan man jobber med mer spesialiserte problemstillinger.

Med subspecialiserte overleger, kan det være en fare at den "generelle barnelegen" blir mangelvare. Dette kan merkes på OUS, og man ser at noen pasienter blir sendt i flere løp i ulike fagfelt i stedet for å møte én barnelege som kan ta tak i flere ting. Å se helheten kan mange ganger bli LIS-enes oppgave, for eksempel på poliklinikken, og ofte kreves konferering med flere ulike subspecialister om samme pasient - kanskje til tross for at alle problemstillingene er vanlige. Dette gir samtidig LIS-ene mulighet til å diskutere hvert problem med en spesialist på akkurat dét, noe som kan gi godt læringsutbytte. Siden mange av subspecialistene går generelle vakter, holder de likevel vedlike kunnskap om generell pediatri.

Samarbeid med psykiatri

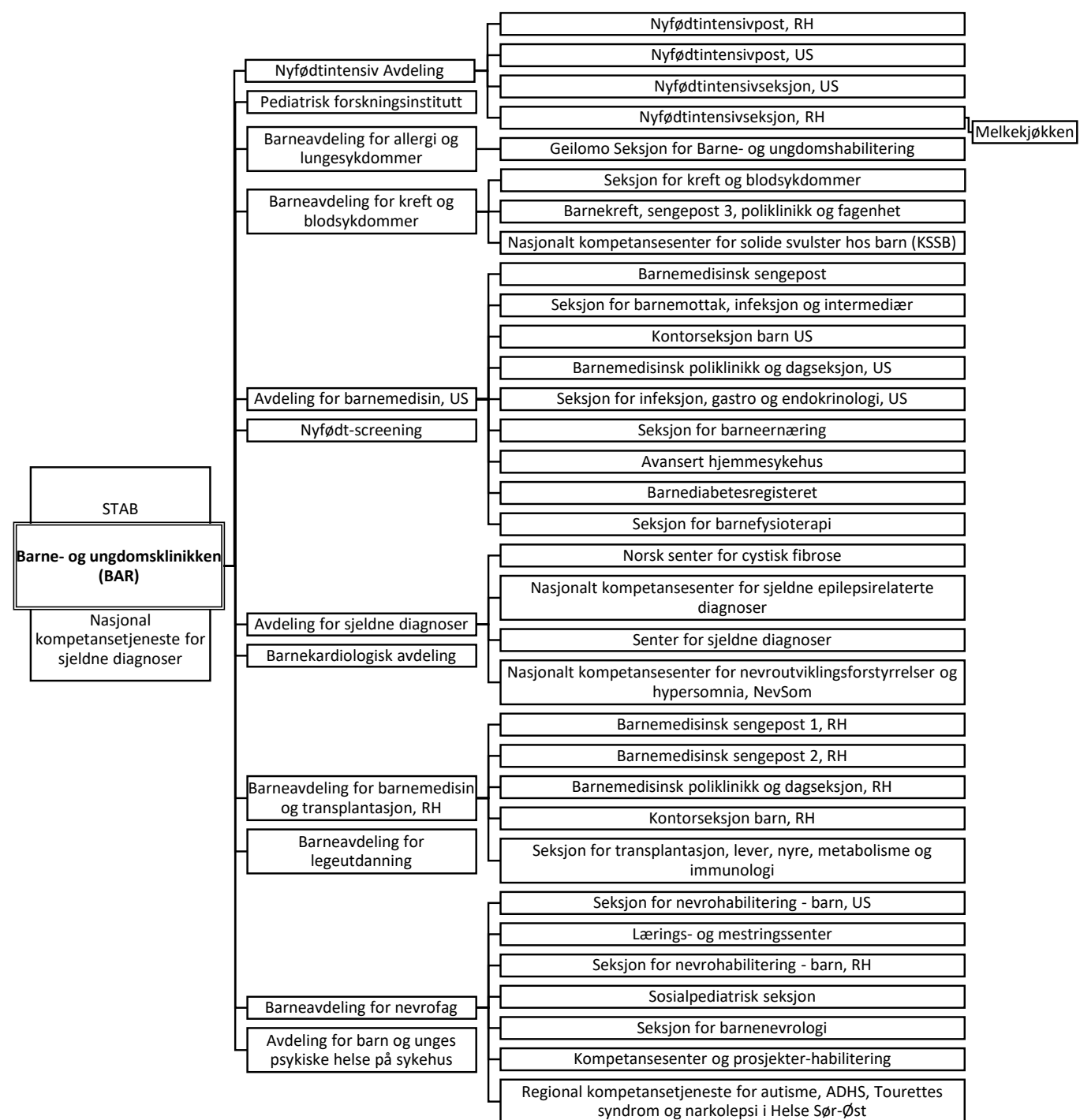
Samarbeid mellom somatikk og psykiatri er utfordrende mange steder i helsevesenet. Det er nok ekstra viktig at det fungerer godt på en barneavdeling: Barn med kronisk og/eller alvorlig somatisk sykdom har en 2-3 ganger økt risiko for utvikling av mentale, psykososiale og familiære problem, sykehusinnleggelse før 5-års alder gir risiko for senere psykiske utfordringer, familieforhold og foreldrereaksjoner kan være med på å vedlikeholde belastninger ved barnets sykdom og psykiatrisk sykdom kan arte seg som somatiske symptomer. Vi er veldig glade for at OUS siden 1976, som første sykehus i landet, har hatt egen barne- og ungdoms-

psykiatrisk avdeling (S-BUP) organisert inn under BAR. Over 40 år har de bygget opp en unik nasjonal spisskompetanse innen dette tverrfaglige fagområdet i grenselandet mellom pediatri, kirurgi og barne- og ungdomspsykiatri. Med psykiatere, psykologer, kliniske sosionomer, spesialpedagoger og musikkterapeuter deltar de i tverrfaglige pasientløp/-team rundt mange ulike pasientgrupper - som psykosomatiske tilstander, kreft, ulykker og syke nyfødte. I tillegg bidrar avdelingen med konsultasjon/veiledning/undervisning av somatisk fagpersonale for å fremme bio-psyko-sosial kompetanse på barnepostene på hele OUS.

“mange sjeldne tilstander henvises til oss fra andre sykehus, så grenspesialistene får kompliserte pasienter å bryne seg på



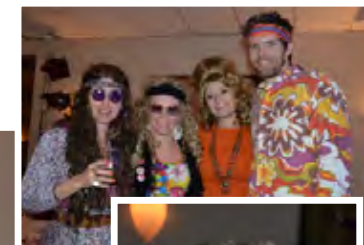
Et utvalg av de mange barnelegene ved OUS. Øverst til venstre: Store barn, Ullevål. Øverst til høyre: Nyfødt, RH. Nederst til venstre: Nyfødt, Ullevål. Midten: Store barn, RH. Takk til Sykehusklovnene for bildet til høyre!



Internasjonalt engasjement

Nyfødtavdelingen ved OUS har et samarbeidsprosjekt med JK Lone Hospital i Jaipur og Kalawati Saran Childrens Hospital i New Delhi i India. Dette er en forlengelse av en formell avtale mellom norske og indiske myndigheter for å bistå India med å redusere barnedødeligheten, herunder spedbarnsdødelighet. Prosjektet involverer utveksling av helsepersonell med mål om å forbedre omsorgen til syke nyfødte og premature i India, samt å gi norsk helsepersonell

erfaring med problemstillinger som er mindre kjente i det norske samfunnet. Resultater i India har vært at basal hygiene er forbedret, flere mødre ammer, foreldre tar større del i pleie og flere sitter i kenguru, smertescoringsverktøy er implementert og barna blir lindret med sukkervann før smertefulle prosedyrer. Det er også åpnet ammesenter og melkebank og laget melkebankretningslinjer. Mange ansatte ved BAR er også involvert i andre internasjonale prosjekter.



Det sosiale

På et så stort sykehus vil ikke alle kjenne alle, slik man kan på mindre sykehus. Innenfor de ulike underavdelingene har man likevel mulighet til å bli godt kjent med sine kollegaer og mange møtes også utenom jobb. Hvor sosial arbeidshverdagen er, varierer en del - fra avdelinger der man spiser sammen alle dager i uka, til avdelinger der de fleste tar matpakka foran dataen. Når det gjelder sosiale arrangement utenom jobb, har noen avdelinger julebord, sommerfester, vinterfester og/eller andre arrangementer, mens andre ikke har noe fast. Det alle legene har til felles, er mulighet til å dra på Barnelegefesten. Dette er en kjempefest, med økonomisk støtte fra ledelsen, som går av stabelen en gang i året. Alle barnelegene i OUS er invitert. I tillegg inviteres legene fra barneanestesi, barnekirurgi, barnekardiologi og barnerøntgen. Festen har nytt tema hvert år og det har blant annet vært cowboy-indianer (før dette ble politisk ukorrekt?), Monsters ball, James Bond og Maskeradeball. Det er tapas eller flere retters middag

med underholdning før det spilles opp til dans i timesvis før festen er over. Her har vi en unik mulighet til å være sammen utenom jobb og å kunne hilse på kollegaer man kanskje bare har konferert med over telefon.

Sjela til BAR

Vi er en gjeng med engasjerte kollegaer med fokus på evidensbasert, god behandling. Samarbeidet mellom overlegene, LIS-ene og oss imellom fungerer bra. Selv om OUS er et stort sykehus, blir vi godt kjent med mange og trives generelt godt på jobb. Hvorfor? Det er noen punkter de fleste trekker fram:

Hyggelige og flinke kollegaer, spennende pasientkasus og et godt, stimulerende fagmiljø med stort læringsutbytte. Det er varierte arbeidsoppgaver som strekker seg fra akuttbehandling til langvarig oppfølging og fra generell pediatri til spisset kompetanse på sjeldne tilstander. På spørsmål om man ønsker å fortsette å jobbe på OUS, og om man ville anbefalt andre å søke jobb der, er svaret et enstemmig "JA"!

“
Nesten 10% av LIS-ene
og 50% av overlegene
har doktorgrad

Du vet du jobber på BAR når...

- du må organisere transport av blodprøver i taxi innenfor eget sykehus
- du kan takrolimusdosene i hodet, men har glemt standard, utilpasset, dosering av Paracet
- du kaller kjærstekos for kengurutid
- du forventer å snakke med han som laget bilirubin-skjemaet når du har et enkelt spørsmål om gulsot
- du tror at cirka halvparten av nyfødte er født før uke 30
- du må diskutere med overleger i minst tre forskjellige subspecialiteter angående samme polikliniske pasient
- den minste pasienten din veier mindre enn biffen du spiser til middag
- overlegen ikke kan svare på om en tilfeldig påvist tarmbakterie skal behandles eller ikke fordi hun er overlege i gastro og ikke infeksjon
- du tenker at doktorgrad er noe alle må gjennom
- det mest overraskende som skjer i løpet av et mottak av en ny pasient er at du faktisk har hørt om diagnosen fra før

Nordisk Pediatrisk Forening

- åttiåringen som klatret ut gjennom vinduet og forsvant

Hvert tredje år fra 1919 til 2000, var det ikke vårmøte i Norsk barnelegeforening. Da reiste barnelegene isteden på nordisk kongress. Hvor ble Nordisk Pediatrisk Forening av?

Av Alf Meberg, Tønsberg

Nordisk Pediatrisk Forening (NPF) ble stiftet i København i 1916 med formål å fremme samarbeid og utvikling av pediatrien i de nordiske landene. Den første kongressen ble holdt på Rigshospitalet i København i 1919 med 82 deltakere og en kongressavgift på 25,- kroner. Kongressene, som ble arrangert hvert tredje år, ble et svært viktig forum for nordiske barneleger og hadde høy status. Ved åpningsseremonien var ofte fremstående rikspolitikere eller kongelige til stede, blant annet dronning Margrethe ved kongressen i Århus 1976 og president Vigdis Finnbogadóttir i Reykjavik i 1988.

Nordiske språk var autoriserte kongressspråk. Etter hvert ble dette problematisk, og det tilspisset seg i København i 1991 hvor mange danskspråklige foredrag var lite tilgjengelig

for de finske deltakerne. Foreningens lover ble endret og engelsk akseptert som kongressspråk. Nordiske kongresser ble arrangert i Norge en rekke ganger (blant annet Oslo 1954, Bergen 1967, Oslo 1982 og Trondheim 1997). Petter Johan Moe og Alf Meberg fungerte i flere år som generalsekretær for NPF.

Etter andre verdenskrig og frem til 1970-årene samlet kongressen mange deltakere. Barnelegene tok med familien, og ledsagerne kunne delta i et eget program preget av kultur- og turistattraksjoner. I Bergen i 1967 var det over 300 aktive deltakere og 200 ledsagere og i Århus 1976 like mange. Ved neste kongress, i Göteborg 1979, var imidlertid bildet snudd. Ledsagerne var nesten borte. Ektefellene var blitt yrkesaktive, og familienes tid og økonomi måtte prioriteres



Det første styret i Nordisk Pediatrisk Forening, København 1919.



Styremøte i Nordisk Pediatrisk Forening, Barneklubben, Rikshospitalet, Oslo 1954. Norske styremedlemmer er Alfred Sundal (nr 3 fra venstre), Leif Salomonsen (til høyre øverst ved bordet), Roald Rinvik og Arne Njå (nr 4 og 5 fra høyre).

“Barnelegene tok med familien, og ledsagerne kunne delta i et eget program preget av kultur og turistattraksjoner.”

annerledes. Denne trenden forsterket seg i årene som fulgte. Deltakerantallet falt og ble dominert av arrangørlandet mens få kom fra de øvrige landene.

Konkurransen med internasjonale kongresser økte, og spesielt spilte oppdelingen av pediatrien i subspecialiserte fagområder en viktig rolle. De nordiske kongressene hadde stivnet i en form som prøvde å favne hele faget ("generell pediatri"), og man var ikke våken nok for behovet for utvikling av egen organisasjon. Det oppstod selvstendige nordiske fora blant annet innen barnenevrologi, onkologi og allergologi. NPF gjorde i 1990-årene et forsøk på å reorganisere seg som en paraplyorganisasjon og samle alle de subspecialiserte foreningene til felles kongresser etter mønster av det svenska "Riksstämman." Tusenårsskiftet kalte på en slik visjon. Men forsøket ble mislykket. Den 26.te Nordiske Pediatriske

Kongress i Helsingfors i 2000, ble den siste. Etter dette skulle foreningen fungere som et samarbeidsforum for styrene i de respektive nordiske barnelegeforeningene med fokus på blant annet spesialistutdanning, nordiske virksomhets- og kvalitetsregistre, samarbeid med de baltiske landene og EU, og internasjonal helse.

NPF spilte i en lang periode en viktig rolle i norsk og nordisk pediatri. Gode minner lever fortsatt. Men i dag føles det kanskje litt som at foreningen, for å parafrasere tittelen av en kjent bok, ble "åttiåringen som klatret ut gjennom vinduet og forsvant." Sporadisk kontakt foregår fortsatt mellom lederne i de nordiske barnelegeforeningene, men ingen kan svare på hvor foreningen har blitt av. Så vidt vi vet, ble NPS aldri nedlagt. Men borte er den.

Internasjonalt arbeid for Norsk barnelegeforening



Norske barneleger bør være åpne og søke seg mot internasjonalt samarbeid og profilering. Vi har mye å lære av utenlandske miljøer, men også mye i å tilføre. Det er viktig at vi ikke isolerer oss og blir navlebeskuende.

Av Tom Stiris, professor ved det medisinske fakultet, UiO og seksjonsleder, Nyfødt Intensiv på Ullevål, OUS

Norsk barnelegeforening (NBF) er medlem av en internasjonal barnelegeforening som heter European Academy of Paediatrics/Paediatrics section of the European Union of Medical Specialities (EAPS/UEMS). UEMS (European Union of Medical Specialities) er en organisasjon under EU der alle de medisinske spesialitetene er samlet. Delegatene er valgt av de nasjonale medisinske organisasjonene i alle EU/EØS-landene og fra organisasjoner som representerer europeiske spesialistforeninger slik som EAP (pediatri).

EAP/UEMS

Jeg har vært NBFs representant i EAP/UEMS i mange år. Jeg kom i kontakt med EAP/UEMS som delegat for European Society for Paediatric Research (ESPR), hvor jeg var Secretary General og senere president. Med bakgrunn i mitt kjennskap til EAP/UEMS, ble jeg bedt av NBF om å representere norske barneleger i EAP/UEMS, noe jeg har sett på som et ærefullt oppdrag. De nordiske landene har vært aktive. Jeg ble valgt til president i EAP/UEMS i perioden fra 2013-2018, og kjenner derfor organisasjonen godt. Mitt håp er at Norge fortsetter å være aktiv i denne organisasjonen.

Hvorfor er så det viktig? Da må jeg forsøke å si litt om EAP/UEMS, hva de står for, hva oppgavene er og hvilke mål denne organisasjonen har.

EAP's oppgaver

Europa har mange utfordringer når det gjelder å ivareta barns helse. EAP/UEMS arbeider for at barnas «stemme» blir hørt helt inn i EU-parlamentet. Lobbyvirksomhet er en viktig, men vanskelig oppgave.

Dessverre er ikke barna førsteprioritet når EUs helsekroner deles ut. Et eksempel er planlegging av EUs nye «calls for grants», der temaet «barn» ikke blir direkte nevnt en gang som prioritert satsingsområde. Da er det viktig med organisasjoner som EAP/UEMS, som kontinuerlig arbeider inn mot EU-politikere for å promotere «barnet». Norge kan bidra med å pushe temaer vi mener er viktige. Et eksempel er «Choosing wisely». På initiativ blant annet fra lederen i NBF, er det nå opprettet en arbeidsgruppe i EAP/UEMS for å arbeide med dette temaet på europeisk nivå.

EAP/UEMS har også publisert flere statements som omhandler barnehelse med temaer som viktigheten av vaksine, immigrasjon og barns rettigheter og fornuftig bruk av antibiotika for å nevne noen. Dette arbeidet er en del av at det å rette lys mot barns rettigheter og barnehelse i samfunn vårt, og alle som ønsker kan bidra.

Profesjonskamp

EAP/UEMS representerer profesjonen pediatri i EU. I mange europeiske land (inkludert Norge?) er pediatrien under press fra voksenmedisinere (særlig subspecialister) som ønsker å behandle (i noen land ta over) denne pasientgruppen. Men barn er ikke «små voksne». Mange nasjonale barnelegeforeninger har bedt om skriftlige støtteerklæringer og uttalelser fra EAP/UEMS. Disse har vært til stor nytte i kampen mot å fase ut pediaterne og forsøk på å korte utdanningen. Samlet kan vi gjøre en forskjell. Derfor må også Norge bidra aktivt. Vi pediater må kjempe for vår profesjon, ikke minst med tanke på barnas beste.

Internasjonal kvalitetssikring

En av grunntankene bak opprettelsen av UEMS, var å sørge for harmonisering og kvalitetssikring av spesialistutdannelsen i Europa, spesielt med tanke på «fri flyt av arbeidskraft». Flere spesialiteter har utviklet europeiske spesialisteksamener. Nasjonale myndigheter avgjør om man ønsker bare nasjonale eksamener eller godkjenner europeiske spesialisteksamener. I noen land gjelder europeisk spesialisteksamen også som nasjonal eksamen. EAP/UEMS arbeider med å utvikle en europeisk eksamen i pediatri (CORE paediatrics). Her ønsker man bredest mulig deltagelse. Det er European Board of Paediatrics (underlagt EAP/UEMS) som har ansvaret for dette. Selv om Norge vil ha sin egen godkjenningsordning for spesialister i pediatri, kan det være nyttig for de som ønsker å reise ut å ta et europeisk diplom.

Norsk subspecialisering?

EAP/UEMS har også delegater fra europeiske sub-spesialistorganisasjoner (eksempler: ESPGHAN, ESPR, ESPID, EAACI,

ERS). Disse er godkjent av EAP/UEMS og UEMS sentralt, hvilket innebærer en strukturert utdannelsesplan og innhold i utdannelsen. I Norge er det ikke godkjent sub-spesialisering i pediatri (eller super-spesialisering som noen foretrekker å kalle det). Her er Norge et unntak fra resten av Europa. Det er ingen hemmelighet at jeg mener dette er problematisk, fordi det hindrer en strukturert videreutdanning hvor man kan stille spesielle krav for å bli sub-(super) spesialist for eksempel i neonatologi. Dersom NBF ønsker å fremme dette synspunktet til helsedirektoratet, kan man be om støtte fra EAP/UEMS og vise til europeiske retningslinjer.

Min tilbakemelding fra lang erfaring i internasjonalt arbeid er at dette har vært 100% positivt. Det har gitt meg mye glede, mange interessante oppgaver og ikke minst mange spennende internasjonale kolleger og etter hvert nære venner.

Verden er større enn Norge

Erik Böhler minner om at norsk pediatri også strekker seg ut over landegrensene, og har sendt bilder av kuvøser snekret av sykehusets egne snekkere i Okhaldhunga, Nepal. Klager du på arbeidsforholdene, sa du? Disse kuvøsene har fungert utmerket i 15 år, skriver Erik.

Tvillingpar i samme kuvøse (under) og en stolt, nybakt far (til høyre).



Farmasøyt i barneavdeling – før, nå og i fremtiden

Farmasøyten er ekspert på legemidler, og skal kunne gi svar og gode løsninger på legemiddelrelaterte spørsmål. Artikkelforfatterne mener at barnefarmasøyter har en viktig jobb å gjøre i norske barneavdelinger.

Av Kari Christiane Fougner Bjerknes, Gunn-Therese Lund Sørland og Henrik Underthun Irgens

Kan jeg knuse tabletten og blande den i mat? Hvordan skal jeg gi alle disse legemidlene når pasienten kun har ett-lumen-CVK? Kan jeg gi disse to legemidlene samtidig i sonden? Hvilken dose kan jeg gi? Dette er spørsmål farmasøyter ofte får på barneavdelingene. Det har ikke alltid vært farmasøyter på barneavdelinger, og ved mange sykehus finnes det fortsatt ingen med spesialkompetanse på legemidler til barn.

Den spede begynnelse

En pioner innen barnefarmasi er Ingrid Grønlie som startet å jobbe ved Barneklubben i Bergen i 1992. Hun samarbeidet med barnelegene på Barneklubben om blant annet produksjon av standardiserte fortynningsvæsker og parenteral ernæring til nyfødte. Hun fikk også raskt etablert retningslinjer og kurs i legemiddelhåndtering for sykepleiere, og senere også kurs for leger. Ingrid så at man måtte jobbe tverrfaglig og var en viktig pådriver for å opprette Nasjonalt kompetansenettverk for legemidler til barn (Nettverket) i 2009. Selv om Ingrid nå er pensjonist, jobber hun fremdeles med flere prosjekter. Ingrids arbeid har bidratt til at vi har fått flere farmasøyter ut på barneavdelingene. I dag jobber cirka 25 farmasøyter i ulike stillingsprosenter ved norske barneavdelinger. Det er stor variasjon i hvilke oppgaver de har. Under er det beskrevet hvordan farmasøyter kan integreres i barneavdelingene, med eksempel fra Oslo Universitetssykehus (OUS).

Legemiddelgjennomgang

Ved OUS arbeider fire kliniske barnefarmasøyter. En typisk arbeidsoppgave er gjennomgang av pasientenes legemiddel-liste. Er det hensiktsmessige doser? Ved behov kan de foreslå nedtrappingsplan eller serumkonsentrasjonsmålinger. Bør dosen justeres basert på CYP-genotyping? Nyrefunksjonen er nedsatt, hva blir riktig dose nå? Farmasøyten foretar interaksjonssøk på pasientens legemidler- er det noen av legemidlene som kan forsterke eller redusere hverandres

effekt? Kan vi unngå interaksjonen ved å gi legemidlene med noen timers avstand, eller bør det byttes til et annet legemiddel som ikke gir interaksjon? Bør dosene justeres for å unngå bivirkninger? Hvilke av pasientens legemidler kan forårsake de observerte bivirkningene? Slike vurderinger presenteres for ansvarlig lege, og sammen finner vi beste løsning for pasienten. Legemiddelgjennomgang er et viktig pasient-sikkerhetstiltak.

Legemidler gitt intravenøst

Mer komplekse problemstillinger kan være knyttet til intravenøse legemidler. Kan de gis samtidig i samme lumen, eller skal de administreres hver for seg? Hvilke legemidler kan gis sammen med total parenteral ernæring? Hva er risikoen ved å blande i samme lumen eller pose? Kan noen av infusjonene gis som bolus? - Det vil spare tid når 10 legemidler skal administreres. Hvilke legemidler skal gis i sentralt venekateter (CVK), og hvilke kan gis perifert? I samarbeid med sykepleier lager farmasøyten en plan for administreringen, slik at risikoen for utfellinger er lav og arbeidet blir gjennomførbart for sykepleierne. Vurderinger av legemidlenes forlikelighet bidrar også til økt pasientsikkerhet.

Manipulering av legemidler

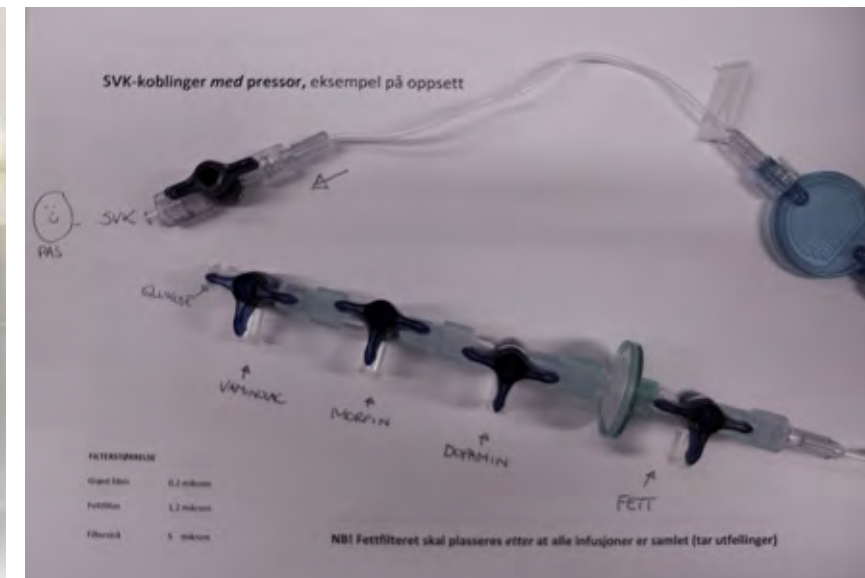
I mange tilfeller finnes det ikke tabletter som passer den ordinerte dosen. Kan vi trekke ut 8,5 mg av denne tabletten på 75 mg? Hvilken utblandingsmåte gir mest nøyaktig uttak av deldosen? Ved å se på tablettens egenskaper og hjelpestoffer kan farmasøyten foreslå best mulig løsning. Tilsvarende vil farmasøyten kunne vurdere om det er greit å knuse tabletten og sette den i sonde.

Pasientsamtaler

Før pasienten overflyttes til lokalsykehus eller reiser hjem, kan farmasøyten ha en legemiddelsamtale med pasienten og/eller



Rack Infusjoner



SVK med pressor

pårørende. I samtalene forklarer farmasøyten hvordan legemidlene virker, hvorfor pasienten skal bruke dem og hvordan de skal administreres hjemme. Informasjonen blir tilpasset barnets alder, og legemidlene tas oftest med under samtalen, slik at barnet kan se og bli kjent med medisinen de skal bruke. Noen pasienter er vant til legemidler, mens andre trenger innføring i hvordan resepsystemet og apoteket fungerer.

Systemrettede oppgaver

Som farmasøyt knyttet til det kliniske arbeidet på avdelingen, får vi et godt innblikk i hvordan avdelingen håndterer legemidler. Denne kunnskapen tar vi med oss når vi lager prosedyrer og undervisninger om bruk av legemidler til barn - både til den enkelte avdeling, men også i arbeidet ved Underutvalget for legemidler til barn ved OUS (LMUB). Ved leveringsvansker må farmasøytene vurdere hva slags tiltak som skal gjøres, og om det finnes andre alternativer. Er det de samme hjelpestoffene i erstatningsvaren, eller kan det tenke seg at det utenlandske preparatet ikke er egnet til barn? I samarbeid med apoteket og Mangelsenteret jobber de kliniske barnefarmasøytene med å avklare slike problemstillinger.

I 2006-2007 undersøkte Cathrine Kjeldby-Høie hvordan en farmasøyt kan bidra i kvalitetssikringen av legemiddel-håndteringen på en barneavdeling, både på pasient- og systemnivå (1). Konklusjonen i studien var at en farmasøyt i tverrfaglig team på en barneavdeling «ikke bare avdekker legemiddelrelaterte problemer, men også kan bidra med veiledning, utarbeide retningslinjer, bestille legemidler samt foreslå kostnadsbesparende tiltak». Nå, over 10 år senere, er dette noe som er godt innarbeidet på barneavdelingene ved Oslo universitetssykehus.

Veien videre

Økt kunnskap vil føre til at behandling av barn i sykehus blir tryggere. Ved Sykehusapoteket Oslo foregår det nå forskning knyttet til kompatibilitet av infusjonsvæsker og legemidler hos kritisk syke barn (ComPICU og ComNICU) (2,3). Det spennende med dette prosjektet er at det er tett knyttet til klinikken slik at det forskes på problemstillinger man møter i det virkelige liv. Hvilke legemidler er det som i praksis blir gitt i samme lumen på en nyfødt intensiv avdeling? Hvilke konsentrasjoner av legemidlene må undersøkes? Forskingen vil kunne peke på hva som er uheldig og hva som går bra, og en vil i større grad kunne tilpasse behandlingen slik at den blir trygg og effektiv. Det er farmasøyt Katerina Nezvalova-Henriksen som leder prosjektet. Dersom du har forslag til hva de bør undersøke, finnes kontaklinformasjon i lenken under (2).

Interessen for å ha kliniske farmasøyter på sykehusavdelinger er økende. Flere ledere, leger og sykepleiere ser nytten av at farmasøyten er tilgjengelig på avdelingen og kan bidra gjennom hele behandlingsforløpet. Hvis vi ser 10 år fremover i tid, håper vi at alle barneavdelinger i Norge har knyttet til seg en farmasøyt. Farmasøyten er en naturlig

del av det tverrfaglige teamet, og gir støtte til både pasienten og helsepersonellet på avdelingen.

Kilder:

1. C. Kjeldby et al.: «Klinisk farmasøyt i tverrfaglig gruppe på barneavdeling», Tidsskrift for Norske legeforening: <https://tidsskriftet.no/2009/09/aktuelt/klinisk-farmasoyt-i-tverrfaglig-gruppe-pa-barneavdeling>
2. https://www.legemidtilbarn.no/kursogkonferanser/Documents/Nettverksseminar/2018/Solstrand/MO9_ComPICU_ComNICU-Katerina.pdf
3. https://www.legemidtilbarn.no/kursogkonferanser/Documents/Nettverksseminar/2018/Solstrand/MO9-Forlikelighet_Nilsson.pdf



PEPTICATE- EN KOMPLETT LØSNING VED KUMELKALLERGI

Nye
forpakninger
slik at det blir
lettere å skille
produktene



- God symptomlindring for barn med kumelkallergi¹
- Normal vekst og utvikling^{2,3}
- God smak og lukt for enklere introduksjon og compliance^{4,5}
- Velfungerende mage^{6,7}

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. Giampietro PG, et al. *Pediatr Allergy Immunol* 2001;12:83-86. 2. Vandenplas Y, et al. *J Paediatr Gastroenterol Nutr* 1993;17(1):92-96 3. Verwimp JJM, et al. *Eur J Clin Nutr* 1995;4(1):39-48 4. Mabin et al. *Arch Dis Child*, 1995;73(3):2018-210 5. Venter C. *Journal of Family Health Care* 2009; 19(4): 128-134. 6. Knol J, et al. *JPGN* 2005; 40:36-42. 7. Moro G, et al. *JPGN* 2002; 34: 291-5



 WWW.KUMELKALLERGI.NO

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



NUTRICIA
Pepticate

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



Varicella vaccination protects renal transplant patients from serious consequences
Patients who have undergone renal transplants are particularly susceptible to highly contagious diseases, due to their reduced immunity. Lindahl et al. (1) studied 85 renal transplant patients to see whether they developed varicella zoster virus (VZV) immunity over time. They found that the varicella vaccination provided transplant patients with less protection from symptomatic VZV diseases than natural infections, but it did provide effective protection from life-threatening diseases. Nilsson comments on the findings (2).



Very high Caesarean section rates in Vietnam
Giang et al. (3) analysed 20 535 deliveries that occurred over a one-year period in Da Nang, which is one of the largest cities in Vietnam. They found that the overall Caesarean section rate was very high at 58.6% and that it was 70.6% in private hospitals and 57.9% in public hospitals. The authors concluded that there is a need for monitoring and interventions to reduce the high Caesarean section rates in this area.



Examination of the placenta as a tool for improving neonatal care
Histological examination of the placenta can help to diagnose early-onset neonatal sepsis (EONS) and guide clinical decision-making 48 hours after birth, leading to a clinically relevant reduction in antibiotic use. Those were the findings of a pilot study by Ykema et al. (4), who evaluated the role of placenta histology in diagnosing EONS in 88 premature infants in Zwolle, the Netherlands. In the accompanying editorial, Redline describes how the placenta can be used as a diagnostic tool for improving neonatal care (5).



Being large at birth increases radial artery intima thickness in adulthood
A Swedish study in this issue found that a high birthweight was associated with an increased risk of radial artery intima thickness at the age of 34–40, but not with other investigated cardiovascular risk factors. Johnsson et al. (6) examined 27 adults born in 1975–1979, who weighed at least 4500 g at birth, and compared them with 27 matched controls with a normal birthweight.



Communication between neonatologists and parents affects decision-making
Axelin et al. (7) observed the parents of 11 singletons and four sets of twins and how they interacted with two neonatologists during 15 medical rounds in a neonatal intensive care unit in Turku, Finland. They found that neonatologists played a central role in facilitating the level of parental participation and that their interaction affected how the parents participated in decision-making in both positive and negative ways.

Figures: 1, 2, 5: Istockphoto.com, 3, 4: Alamy.

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



The return of measles to Europe highlights the need to regain confidence in immunisation
Measles is one of the most contagious infectious diseases. Before the introduction of an efficient vaccine, it is estimated that there were 30 million cases and two million deaths each year, mostly among children in low-income countries. During the 1980s, measles was almost eliminated in many European countries. An editorial by Leif Dotevall (1) discusses the paradoxical and painful resurgence of measles in Europe in the last few years and highlights the need to regain confidence in immunisation.



Probiotics promoted head growth in extremely low-birthweight infants
In a double-blind randomised study, Wejryd et al. gave 134 extremely low-birthweight infant oil drops containing the probiotic *Lactobacillus reuteri* DSM 17938 or a placebo. They did this once a day until the infants reached 36 weeks of gestation (2). The authors found that the probiotic did not reduce the time it took the infants to reach full enteral feeds. However, the infants who received the probiotic supplements had a better head growth rate during the first month of life. Claris (3) comments on the findings.



Paediatric hypertension from three perspectives
This issue includes three reviews on paediatric hypertension. Wühl (4) shows that hypertension in childhood obesity was associated with significantly increased cardiovascular morbidity and mortality and states that early diagnosis and treatment for blood pressure control and weight reduction are essential. Meanwhile, Krmar (5) reviewed the prevalence of white-coat hypertension from a paediatric perspective and reports that this condition was best diagnosed in children by using ambulatory blood pressure monitoring over a 24-hour period. Carlström (6) studied hydronephrosis, and the risk of later hypertension, and points out that today's nonoperative management of hydronephrosis should be reconsidered to reduce the risk of developing elevated blood pressure or hypertension later in life.



Learning from bacterial outbreaks in two neonatal intensive care units
In 2014, an outbreak of group B *streptococcus* caused severe late-onset septicaemia in five very preterm infants and colonisation in 10 more infants in a neonatal intensive care unit (NICU) in Sweden. Åberg et al. (7) analysed the course of the outbreak, to find tools that stopped it from happening again. Meanwhile, Rønning et al. (8) adopted a similar approach to investigate an outbreak caused by antibiotic-susceptible *Klebsiella oxytoca* in a Norwegian NICU. The authors concluded that appropriate microbiological molecular screening methods and strict infection control measures are important, in order to control an outbreak. Readers may also be interested in the paper by Özenci and Schubert (9), which evaluated the implementation of an earlier, and more targeted, treatment of neonatal sepsis.



Childhood death rates declined in Sweden from 2000 to 2014
The number of child deaths fell in Sweden from 2000 to 2014, but as many as 25% were from badly defined external causes or unknown causes, according to a study by Otterman et al. (10). A sizeable number of deaths were registered without death certificates, especially for infants. The authors conclude that systematic death reviews could yield information that could prevent future deaths. Palusci (11) comments on the findings. Readers may also be interested in the paper by Lykke et al. (12) on child mortality rates in Denmark, which we published in 2018, and the accompanying editorial by Kreicbergs (13), who discussed why and where children die.

Figures 1–5. Istockphoto.com.

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



Diets in childhood and adolescence have an impact on academic grades
Adolescents who adhered well to a Mediterranean diet had higher academic grades and better verbal abilities than those who did not and better sleep quality could have been a contributing factor (1). The study by Adelantado-Renau et al. assessed the dietary habits of 269 adolescents with a mean age of 13.9 years in Castellon, Spain, and found that overall adherence was good (43.1%), average (51.7%) or poor (5.2%). Meanwhile, a paper by Sævarsson et al. (2) reports that above average increases in body fat from 9 to 15 years of age had a negative impact on academic performance, independent of physical activity.



Glutamate could be a biomarker for the early detection of autism spectrum disorders
Glutamate is one of the major excitatory neurotransmitters in the brain. A study by Khalifa et al. (3) of children aged 3–10 years showed that the 30 children with autism spectrum disorders (ASD) had higher serum glutamate levels than the 30 controls. The authors suggest that this result may reflect altered glutamatergic neurotransmission in children with ASD. If the result is confirmed by larger studies, glutamate may provide a possible biomarker for early ASD detection. Fernell (4) comments on the findings.



Study provides guidance on ataluren for nonsense mutation Duchenne muscular dystrophy
The orphan drug ataluren has been approved for treating nonsense mutation Duchenne muscular dystrophy (nmDMD) and a mini-review by Landfeldt et al. proposes clinical recommendations for the initiation and discontinuation of the drug in paediatric patients (5). The authors also suggest a model for implementing similar orphan drugs in clinical practice.



What we know now about the Swedish shaken baby syndrome report and review
Shaken baby syndrome, or abusive head trauma, has been associated with a triad of findings: subdural haematoma, retinal haemorrhages and encephalopathy. In 2016, the Swedish Agency for Health Technology Assessment and Assessment of Social Services published a systematic literature review and its authors, Lynøe et al. (6), concluded that the triad provided insufficient evidence to prove that traumatic shaking had occurred. The report was heavily criticised (7–9). Cohen summarises the debate and provides an update on what the latest knowledge tells us (10).



Cost consciousness differed among physicians and nurses in neonatal intensive care units
The rising incidence of premature birth in Western countries, and the need for costly medical innovations, has contributed to increasing healthcare costs. These trends highlight the importance of cost awareness in neonatology. Schmitz et al. (11) assessed cost consciousness among nurses and physicians in 84 neonatal intensive care units (NICUs) in Germany and found that there was a moderate level of cost awareness among the group. They reported that increased cost consciousness was more likely to be found in male healthcare workers and physicians. There was a positive association between cost consciousness, longer total experience of clinical work and working in a unit with a smaller number of NICU beds.

Figures 1–5: Istockphoto.com.

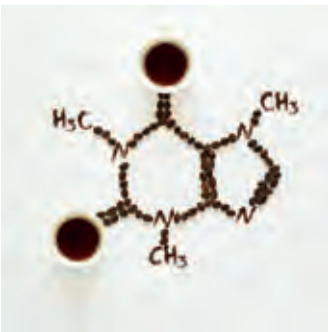
HIGHLIGHTS IN THIS ISSUE Anna Käll, Hugo Lagercrantz (hugo.lagercrantz@actapaediatrica.se) Acta Paediatrica, Stockholm, Sweden



Many seemingly healthy children show signs of metabolic syndrome
More than a quarter of otherwise healthy six-year-old Swedish children may have metabolic risk factors that increase their risk for cardiovascular disease. This finding comes from a longitudinal study that was conducted in Halland, south-west Sweden, by Kjellberg et al. (1). They found that 26% of the 212 children in the study had abnormal metabolic profiles, including insulin resistance. Jan Gustafsson (2) comments on the findings.



Caffeine and the neonatal heart and lungs
Caffeine has been widely used to treat apnoea of prematurity. This issue includes a systematic review by Brattström et al. (3) that compares high- versus low-dose caffeine. The authors concluded that the use of high-dose caffeine had no impact on mortality or bronchopulmonary dysplasia, but that it did result in fewer cases of extubation failure and shorter durations of mechanical ventilation. In another study, Huvanandana et al. (4) evaluated the cardiovascular impact of intravenous caffeine and found that caffeine was likely to increase the responsiveness of the autonomic nervous system. Meanwhile, Seppä-Moilanen et al. (5) report that caffeine and supplemental oxygen effectively suppressed periodic breathing in preterm infants, with only minor effects on the prevention of long episodes of apnoea.



Caffeine and the neonatal brain
Ravichandran et al. (6) retrospectively determined the influence of cumulative dosing of caffeine citrate on the neurodevelopmental outcomes of 181 very low birthweight infants when they reached 18–22 months of age. They found that a higher average daily dose of caffeine citrate was associated with better neurodevelopmental outcomes. Meanwhile, Huvanandana et al. (7) observed a reduced correlation between mean arterial pressure and the tissue oxygenation index following caffeine administration in preterm infants. The results suggested an acute improvement in cerebral autoregulation following a loading dose of caffeine.



Potential adverse outcomes of giving children herbal preparations
The use of complementary and alternative medicines to treat a range of medical issues is becoming increasingly popular worldwide. Farrington et al. (8) conducted a literature review to explore the current use of alternative medicines in children and to highlight the possible risks associated with their use. Despite their perceived safety, adverse events have been documented following the use of these products and infants and children may be more susceptible to the harmful effects of these alternative approaches, due to their immature metabolism.



Vitamin D deficiency and microbial peptides in urinary tract infections
Georgieva et al. (9) report that first-time urinary tract infections (UTIs) in girls were associated with low vitamin D levels, but not with low levels of antimicrobial peptides. In another study, Alberici et al. (10) evaluated the risk factors proposed by the Italian guidelines for the first febrile UTIs in children. They report that only the presence of pathogens other than *Escheria coli* significantly predicted reflux and that cystography could be postponed in children with no risk factors.

Dymista® - en klasse for seg'

ATC-KODE: R01AD58

- Signifikant mer effektiv symptomlindring enn nasalt steroid alene²
- Effekt på både nese- og øyesymptomer²
- Effekt etter 5 minutter^{*3}

Steroid
+
antihistamin**Dymista®**

flutikasonpropionat/azelastinhydroklorid



Utvaglt sikkerhetsinformasjon (basert på SPC godkjent av SLV: 31.05.2018)⁴

Indikasjoner: Symptomlindring ved moderat til alvorlig sesongrelatert og helårlig allergisk rhinitt hvis monoterapi med enten intranasalt antihistamin eller glukokortikoid ikke er tilstrekkelig. **Forsiktighetsregler og interaksjoner:** Nøye overvåking av pasienter med synsforandringer eller med tidligere økt okulært trykk, glaukom og/eller katarakt.

* Innsettende effekt målt etter skåring av totale nesesyntomer (TNSS).

C Dymista «Meda»

Lokalt antihistamin + kortikosteroid.

ATC-nr.: R01A D58

T NESESPRAY: 1 dose inneholder: Azelastinhydroklorid tilsv. azelastin 125 µg, flutikasonpropionat 50 µg, dinatriumedetat, glyserol, mikrokrySTALLINSK cellulose, karmellosennatrium, polysorbat 80, benzalkoniumklorid, fenyletylalkohol, renset vann. **Indikasjoner:** Symptomlindring ved moderat til alvorlig sesongrelatert og helårlig allergisk rhinitt, hvis monoterapi med enten intranasalt antihistamin eller glukokortikoid ikke er tilstrekkelig. **Dosering: Voksne og ungdom >12 år:** Regelmessig bruk er viktig for full terapeutisk effekt. Kontakt med øynene må unngås. En spray i hvert nesebor 2 ganger daglig (morgen og kveld). Behandlingsvarighet bør være i overensstemmelse med allergeneksponeringsperioden. **Spesielle pasientgrupper:** **Nedsatt lever- og nyrefunksjon:** Data foreligger ikke. **Barn <12 år:** Anbefales ikke da sikkerhet og effekt ikke er fastslått. **Eldre:** Dosejustering er nødvendig. **Administrering:** Til nasal bruk. Flasken bør ristes forsiktig før bruk i ca. 5 sekunder ved å vende den opp og ned. Før første gangs bruk må sprøyten klargjøres ved å trykke pumpen ned og slippe 6 ganger. Er det >7 dager siden bruk, må den klargjøres på nytt. Etter at nesen er pusset skal oppløsningen sprøytes inn i hvert nesebor mens hodet bøyes fremover. Spraytuppen tørkes av og beskyttelseshetten settes på plass etter bruk. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. **Forsiktighetsregler:** Systemiske effekter av nasale kortikosteroider kan forekomme, særlig ved bruk i høye doser over lang tid. Mulige systemiske effekter kan omfatte Cushings syndrom, Cushingslignende trekk, adrenal suppresjon, veksthemming hos barn og unge, katarakt, glaukom, og mer sjeldent, en rekke psykiske eller atferdsmessige effekter, som omfatter psykomotorisk hyperaktivitet, søvnforstyrrelser, angst, depresjon og aggresjon (særlig hos barn). Ved alvorlig leversykdom er det sannsynlig at systemisk eksponering for flutikasonpropionat er økt. Dette kan medføre høyere forekomst av systemiske bivirkninger og forsiktighet bør utvises. Behandling med høyere doser enn anbefalt kan medføre klinisk signifikant adrenal suppresjon. Ved bruk av doser som er høyere enn anbefalt, bør det vurderes å bruke ytterligere systemiske kortikosteroider i perioder med stress eller elektiv kirurgi. Det er rapportert veksthemming hos barn som får intranasale kortikosteroider i godkjente doser. Det anbefales at veksten hos ungdom overvåkes regelmessig. Ved hemmet vekst, skal dosereduksjon vurderes. Nøye overvåking er påkrevet hos pasienter med synsforandringer eller med tidligere økt okulært trykk, glaukom og/eller katarakt. Synsforstyrrelser kan forekomme ved bruk av systemiske og topiske kortikosteroider. Ved symptomer som tåkesyn/andre synsforstyrrelser skal pasienten vurderes for henvisning til øylege for evaluering av mulige årsaker, som grå stær, grønn stær eller sjeldne sykdommer som sentral serøs koretoretinopati (CSCR). Hvis det foreligger grunn til å tro at binyrefunksjonen er nedsatt, skal det utvises forsiktighet ved overføring av pasienter fra systemisk steroidbehandling til Dymista. Hos pasienter med tuberkulose, enhver type ubehandlet infeksjon eller som nylig har gjennomgått kirurgisk inngrep, eller fått skade på nese eller munn, skal mulige fordeler med behandling veies opp mot mulig risiko. Inneholder benzalkoniumklorid som kan forårsake irritasjon av neseshinnen og bronkospasmer. **Interaksjoner:** For utfyllende informasjon fra Legemiddelverket om relevante interaksjoner, se R01A D58. **Flutikasonpropionat:** Det er rapportert klinisk signifikante interaksjoner ved samtidig bruk av rifonamid, med systemiske kortikosteroidbivirkninger. Samtidig bruk av CYP3A4-hemmere, inkl. kobicistat, forventes å øke risikoen for systemiske kortikosteroidbivirkninger. Kombinasjon bør unngås med mindre fordel oppveier økt risiko. I slike tilfeller skal pasienten overvåkes for systemiske effekter. Under normale omstendigheter er det lave plasmakonsentrasjoner av flutikasonpropionat etter intranasal dosering pga. omfattende først-pass-metabolisme og høy systemisk clearance via CYP3A4 i tarm og lever. Klinisk signifikante interaksjoner er derfor lite sannsynlig. Det tilrådes forsiktighet ved samtidig administrering av en potent CYP3A4-hemmer (f.eks. ketokonazol), pga. potensielt økt systemisk eksponering av flutikasonpropionat. **Azelastinhydroklorid:** Anbefalte nasale doser fører til svært lav systemisk eksponering. Det skal likevel utvises forsiktighet ved samtidig bruk av sedativa, alkohol eller legemidler med virkning på sentralnervesystemet, da sedativ effekt kan øke. **Graviditet, amming og fertilitet:** **Graviditet:** Det er ingen eller begrenset data om bruk av azelastinhydroklorid og flutikasonpropionat hos gravide. Bør bare brukes under graviditet hvis potensiell fordel oppveier potensiell risiko for fosteret. **Amming:** Det er ukjent om nasalt administrert azelastinhydroklorid/metabolitter eller flutikasonpropionat/metabolitter utskilles i morsmelk. Bør bare brukes ved amming hvis potensiell fordel oppveier potensiell risiko for den nyfødte/spedbarnet. **Fertilitet:** Begrenset data. **Bivirkninger:** **Svært vanlige (>1/10):** Neseblod. **Vanlige (>1/100 til <1/10):** Hodepine, dysgeusi (ubehagelig smak) og ubehagelig lukt. **Mindre vanlige (>1/1000 til <1/100):** Ubehag i nesen (inkl. neserirritasjon, stikkling, kløe), nysing, nesetørhet, hoste, tørr hals, halsirritasjon. **Sjeldne (>1/10 000 til <1/1000):** Munntørhet. **Svært sjeldne (<1/10 000):** Hypersensitivitet, inkl. anafylaktiske reaksjoner, angioødem (hevelser i ansikt eller tunge og hudutslett), bronkospasme, svimmelhet, søvnighet, glaukom, økt intraokulært trykk, katarakt, nasal septumperforasjon, slimhinneerosjon, kvalme, utsett, kløe, elveblest, fatigue (tretthet, utmattelse), svakhet. **Ukjent frekvens:** Tåkesyn, nesesor. Systemiske effekter kan forekomme, særlig ved bruk i høye doser over lang tid. Det er rapportert veksthemming hos barn som får nasale kortikosteroider. Det er mulig med veksthemming hos ungdom også. I sjeldne tilfeller er det observert osteoporose ved bruk av nasale kortikosteroider over lang tid. **Overdosering/Forgiftning:** Ved nasal administrering forventes det ikke overdoseringsreaksjoner. **Symptomer:** Administrering av høyere doser enn anbefalt over en lengre periode, kan føre til midlertidig binyrebarksuppresjon. Binyrebarkfunksjonen vil gjenopprettes i løpet av få dager, og kan kontrolleres ved å måle kortisol i plasma. Ved overdosering etter utilsiktet oralt inntak, kan det forventes forstyrrelser i sentralnervesystemet (inkl. sløvhet, forvirring, koma, takykardi og hypotensjon), fordøysket av azelastinhydroklorid. **Behandling:** Symptomatisk. Avhengig av svelget mengde, anbefales mageskylling. Se Giftnformasjonens anbefalinger. For azelastin R01A C03 og glukokortikoider H02A B. **Egenskaper:** **Klassifisering:** H1-antagonist (azelastin) og kortikosteroid (flutikason). **Virkningsmekanisme:** Azelastinhydroklorid og flutikasonpropionat har forskjellige virkningsmekanismer og viser synergistiske effekter mhp. forbedring av allergisk rhinitt og symptomer på rhinokonjunktivitt. Flutikasonpropionat er et syntetisk trifluorinert kortikosteroid med svært høy affinitet til glukokortikoidreseptoren, og med potent antiinflammatorisk virkning. Azelastin har potent, langtidsvirkende anti-allergisk effekt, og har mastcellestabiliserende og antiinflammatoriske egenskaper. Hemmer syntese eller frigjøring av kjemiske mediatorer kjent for å være involvert i tidlige og sene stadier av allergiske reaksjoner, f.eks. leukotriener, histamin, plateaktiverende faktor (PAF) og serotonin. Lindring av nasale allergiske symptomer i løpet av 15 minutter. **Absorpsjon:** Etter intranasal administrering av 2 doser i hvert nesebor, er gjennomsnittlig C_{max} 194,5 ± 74,4 pg/ml for azelastin og 10,3 ± 3,9 pg/ml for flutikasonpropionat, og gjennomsnittlig AUC er 4217 ± 2618 pg/ml pr. time for azelastin og 97,7 ± 43,1 pg/ml pr. time for flutikason. T_{max} etter en enkelt dose er 0,5 time for azelastin og 1 time for flutikason. **Proteinbinding:** Flutikasonpropionat: 91%. Azelastin: 80-90%. **Fordeling:** Flutikasonpropionat: Vdss ca. 318 liter. Azelastin: Stort Vd. **Halveringstid:** Flutikasonpropionat: Eliminasjonshastigheten for i.v. administrert flutikasonpropionat er lineær i doseområdet 0,25-1 g, og karakteriseres ved høy plasmaclearance (Cl=1,1 liter/minutt). C_{max} reduseres med ca. 98% i løpet av 3-4 timer, og bare lave plasmakonsentrasjoner er forbundet med terminal t_{1/2} på 7,8 timer. Azelastin: Ca. 20-25 timer for azelastin og ca. 45 timer for den aktive metabolitten. **Metabolisme:** Flutikasonpropionat elimineres hurtig fra systemisk sirkulasjon, hovedsakelig via CYP3A4. Azelastin metaboliseres hovedsakelig via CYP3A4, CYP2D6 og CYP2C19. **Utskillelse:** Flutikasonpropionat: Hovedsakelig via galle. Azelastin: Utskillelse skjer hovedsakelig via feces. **Refusjon:** R01A D58. 22 Flutikason, kombinasjoner. **Refusjonsberettiget bruk:** Symptomlindring ved moderat til alvorlig sesongrelatert og helårlig allergisk rhinitt hvis monoterapi med enten intranasalt antihistamin eller glukokortikoid ikke er tilstrekkelig. **Refusjonskode:** ICPC: R97, allergisk rhinitt. **Vilkår nr.:** -. **ICD:** J30, vasomotorisk og allergisk rhinitt. **Vilkår nr.:** -. **Vilkår:** Ingen spesifisert. **Pakninger og priser:** 120 doser (glassflaske) kr 250,90. 3 x 120 doser (glassflaske) kr 680,20.

Sist endret: 04.04.2018

Basert på SPC godkjent av SLV: 31.05.2018

Referanser:

1. Dymista SPC (31.05.2018), avsnitt 5.1
2. Meltzer E, Rotner P, Bachert C et al. Clinically relevant effect of a new intranasal therapy (MP29-02) in allergic rhinitis assessed by responder analysis. Int Arch Allergy Immunol 2013;161:369-77.
3. Bousquet J, Meltzer E, Couroux P et al. Onset of action of the fixed combination intranasal azelastine-fluticasone propionate in an allergen exposure chamber. J Allergy Clin Immunol Pract 2018;6(5):1726-32.
4. Dymista SPC (31.05.2018), avsnitt 4.1 og 4.4.