PAIDOS

TIDSSKRIFT FOR NORSK BARNELEGEFORENING 2015; 33 (3): 93-140

Vårmøtet Skien 2015

Videre- og etterutdanning for spesialister

Norsk Barnehelseatlas

Norsk barnelegeforening
DEN NORSKE LEGEFORENING

Semper

Endelig ro

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

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

•

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

Produktene kan kjøpes på apotek.

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

Paidos©2015
Paidos forbeholder seg retten til å oppbevare og publisere artikler og annet stoff også i elektronisk form, for eksempel via internet. Fagpressens redaktørplakat ligger til grunn for utgivelsen. Alt som publiseres representerer forfatterens synspunkter. Disse samsvarer ikke nødvendigvis med redaksjonens eller Norsk Barnelegeforening sine offisielle synspunkter med mindre dette er presisert.

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

Redaksjonen mottar med takk alle bidrag fra leserne. Signerte artikler og innlegg står for forfatterens egen regning.

ISSN: 0804-1687 © Norsk Barnelegeforening

Sjefredaktør
Anders Bjørkhaug
paidos@barnelegeforeningen.no

Redaksjonsmedarbeider
Stefan Kutzsche
paidosredaksjonen@barnelegeforeningen.no

Kari Holte
paidosredaksjonen@barnelegeforeningen.no

Adresse
Paidos redaksjon
Tiriltunet 3
6812 Førde

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

Materiellfrister
Nr. 04/2015 - 20.11.2015

Forsidefoto
Foto: Anders Bjørkhaug

Opplag:
1150

Antall utgivelser per år:
4

Paidos på nett
www.barnelegeforeningen.no

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

Innhold

96 **Redaktør**
Anders Bjørkhaug

97 **Leder**
Ingebjørg Fagerli

100 **Barnelegeforeningens vårmøte i Skien**
Kari Holte, Ida Knapstad og Anders Bjørkhaug

105 **Det nye NBF styret**

108 **Tilrettelegging av videre- og etterutdanningen på Barneavdelinger i Norge**
Claus Klingenberg og Unni Mette Stamnes Köpp

112 **Aktuelt fra Nettverket**
Nasjonalt Kompetansenettverk for Legemidler til Barn

116 **Rapport fra arbeidsgruppe**
- NBF - Interessegruppemøter
Ingebjørg Fagerli

120 **Barnehelse i nyhetsbildet**
- Helseatlaset lansert
Ketil Størdal

121 **Kommentar**
Variasjon - er det fali?
Ketil Størdal

122 **Prof. Dr. Med. Ingeborg Sylm-Rapoport**
- et forbilde
Stefan Kutzsche

126 **Bokomtale**
Robert Bjerknes

128 **Doktorgrader**

136 **Highlights from Acta Paediatrica**

Forsidebildet: Barn i leikarring før festmiddagen ved Vårmøtet i Skien 2015. Leikarring er ei forening som driv med folkedans og ofte knytt til bygdeungdomslaga. Fokuset er å videreføre folkedanstradisjonar, men også være et sosialt samlingspunkt, samt stimulere barn og unge til god aktivitet som krever balanse, hurtighet og koordinasjon. Folkedans er i tillegg kultur, kreativitet og en spennende hobby som kanskje ikke er vanlig blant barn og unge flest. Disse barna hadde mye moro under fremvisningen. Det hadde vi som tilskuere også !

Kjære kolleger og venner!

AV ANDERS BJØRKHAUG. REDAKTØR, PAIDOS.

Vel møtt til Paidos sitt høstnummer. Redaksjonen håper gode kolleger og andre trofaste lesere har tatt høstmånedene med fatning, og kanskje noen allerede har fått et lite avbrekk med høstferie, eller potetferie som det het for andre. De av oss som har barn i skolepliktig alder, kan faktisk takke poteten for at vi har høstferie. For ganske mange tiår siden var potetferien en plikt, som mange steder ble arrangert i skolens regi. Forskjellene mellom bygd og by var likevel store, og for skolebarn på landsbygda kunne knapt potetferien kalles ferie. De fleste barna i storbyene ble aldri satt til potetplukking, og der var potetferie bare "ferie". I skrivende stund sitter redaktøren i Spania, og takker altså pent conquistadorene for at de tok med seg potetene til Europa for over 500 år siden..

Høsten (og vinteren) ser ut til å bli spennende. Norsk Barnehelseatlas er lansert, med Helseministeren i spissen. Media har ikke latt vente på seg, og datamaterialet belyses i tallrike artikler fra ulike vinkler. Barnelegeforeningen var representert ved lanseringen, med leder i spissen og nestleder ved pennen, som omtales litt ut i bladet. Lanseringen kommenteres, fra samme penn. Er variasjoner mellom de ulike sykehusene uønsket? Skaper dette ulikheter i spesialisthelsetjenestetilbudet som gir vesentlige forskjeller? Er det slik at hele barnepopulasjonen skal behandles likt for lik lidelse? Lanseringen av Norsk Barnehelseatlas har allerede fått svært mye positiv omtale. Barnelegene har selv tatt initiativ til å sammenlikne helsetilbudet for barn og unge. Vil dette skape endret praksis i behandlingstilbud og prioritering av helsetjenester ulike steder? Eller vil det danne grobunn for flere rapporteringskrav fra ledelse? Jeg har få svar i denne omgang, men fremtiden ser ut til å bli interessant, og Paidos vil gjerne være en kanal for debatt.

Sommeren er over for lengst. Paidos minner deltakere ved Vårmøtet i Skien om viktige meldinger ved undervisningsdagene, samt refererer kort de som ikke fikk delta, de viktige tema som ble tatt opp. Skien leverte! Fag og sosiale arrangement samlet kollegiet i et flott arrangement. Vi ser nå også fremover mot Pediaterdagene 2016 i Oslo, samt neste vårmøte som holdes ved landets nordligste barneavdeling: Hammerfest!

Funksjon og fremtid til interessegruppene (IG) drøftes i en egen rapport. Barnelegeforeningen ønsker at deltakelse både ved egne møter skal bedres, men ikke minst at deltakelse ved interessegruppemøter skal bedres. En arbeidsgruppe bestående av representanter fra NBF styret og ulike IG'er har utarbeidet en rapport med drøftinger og anbefalinger til evt. endringer i dagens virke. Rapporten er sendt til høring til alle ledere i de ulike IG, og der er kommet rikelig med tilbakemeldinger. Rapporten presenteres i sin helhet i dette nummeret, men tilbakemeldingene fra høringsrundene presenteres foreløpig ikke. Der er svært ulike tilbakemeldinger. Noen er tilfreds med dagens ordninger, mens andre ønsker endringer. Noen av IG'ene har ikke møtevirksomhet ved Barnelegeforeningens møter, da det heller føles naturlig å møtes ved internasjonale kongresser eller andre arrangement. De som ikke er hørt, er brukerene. Brukerene er en viktig høringsinstans, men hvem er brukerene? Dette er selvsagt ulikt fra IG til IG, og en må huske på at noen brukere ikke har anledning til å delta ved spissede internasjonale kongresser. De dekker gjerne bredden i norsk barnemedisin ved blant annet å holde kontakten med "Norges Flinkeste" gjennom interessegruppemøtene i et nasjonalt barnelegeforum som både Vårmøtet og Pediaterdagene er. Hilsen potet på høstferie..

Denne utgaven presenterer også en relativt fersk spørreundersøkelse om videreutdanning blandt spesialister, og en spennende beretning om en pioner innen barnemedisin.

God lesning!!

Kjære kolleger!

AV INGEBJØRG FAGERLI. LEDER, NORSK BARNELEGEFORENING.

Takk!
Først av alt: Takk for tilliten dere har vist ved å velge meg til leder av NBF. Det er en stor og viktig oppgave, som jeg går til med glede og entusiasme, men også respekt og ydmykhet. Jeg har fått med meg et meget kompetent styre, og sammen skal vi arbeide for bedre barne-og ungdomshelse nasjonalt, men også i et større perspektiv.

Jeg vil igjen også takke avtroppende leder Jan-Petter Odden og de andre styremedlemmene som gir seg, for en stor innsats. Det er mange års erfaring og stor kompetanse som nå har gått ut av styret. Jan-Petter har ledet NBF med klokskap og stort engasjement. Og han har bidratt til at Barnelegeforeningen er blitt en enda mer synlig aktør i det offentlige rom.

Strategi
NBF er en levende, aktiv forening med snart 1000 medlemmer. Det har vært stor deltagelse på de siste møtene og vi seiler i medvind. Norsk barnelegeforening blir regnet med og kontaktes ofte av media og samarbeidspartnere. Dette kommer ikke av seg selv.

Strategidokumentet "Satsningsområder for norsk pediatri 2011-2015", som ble laget da Thor Willy Ruud Hansen var leder i NBF, har vært et viktig arbeidsredskap i styrearbeidet. Vi vil i løpet av høsten begynne arbeidet med nytt strategidokument. De fleste av satsningsområdene er fortsatt aktuelle og skal være med videre. Områder som var nye i 2011, er nå mer etablerte. Men i løpet av en 5-årsperiode dukker det opp nye felt. Vi venter på Helsedirektoratets utkast til Veileder i barnepalliasjon. Dette er en viktig sak. Nasjonalt har det vært satt søkelys på pasientsikkerhet, bl.a. med nasjonale tiltakspakker. Lite av dette har vært tilpasset barne- og ungdomsavdelinger. Her må vi selv bane vei. Det foregår mye kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid ute på de ulike avdelingene, og vi kan dra nytte av hverandre.

NBF er aktiv på sosiale medier og det skal vi fortsette med. Hvilken strategi er den beste for å kommunisere ut og få innspill på det vi ønsker?

Det er mange områder å ta tak i, og vi vil gjerne at våre medlemmer engasjerer seg i strategiarbeidet.

Helseatlas for barn
Når dere leser dette, er første del av Helseatlas for barn publisert. Helseatlas viser ressursbruk i helsevesenet, og er et verktøy for å sammenlikne forbruket av helsetjenester i forskjellige geografiske områder. NBF har vært opptatt av å sammenlikne aktivitet og ressursbruk mellom avdelinger. Formålet har vært å lære av hverandre. For 2012 og 2013 ble det internt gjennomført benchmarking. Det viste seg etter hvert å være vanskelig å få fram gode nok sammenlignbare data bl.a. pga ulike systemer. Etter diskusjon i avdelingsoverlegemøte i januar i år, ble man enig om å inngå et samarbeid med Senter for Klinisk Dokumentasjon og Evaluering (SKDE) for å utarbeide et helseatlas for barn. Det at initiativet kom fra fagmiljøet har blitt lagt merke til og svært godt mottatt. Vi ser at det er store forskjeller i forbruk av spesialisthelsetjenester mellom ulike bostedsområder. Disse forskjellene lar seg vanskelig forklare ut fra geografi. Det blir spennende å arbeide videre med dataene som har kommet fram. Takk til Atle Moen, OUS, som har gjort en stor jobb i dette arbeidet.

Organisering av interessegruppemøtene
Interessegruppene er foreningens faglige grunnmur. I dette nummeret av Paidos gjengis rapporten fra en arbeidsgruppe som har sett på hvordan interessegruppemøtene best kan organiseres. Møtene må gjøres tilgengelig også for LIS som ennå ikke har valgt sitt fagområde. Derfor kan ikke alle møtene legges utenom foreningsmøtene. Rapporten er sendt til interessegruppelederne til høring, men vi tar gjerne imot kommentarer fra andre medlemmer også i løpet av høsten.

Dugnad
Det meste av arbeidet i foreningen er tuftet på dugnadsinnsats. Mange av dere er allerede engasjert i komiteer, utvalg og styrer. Og flere vil bli spurt ila høsten om å bidra. Vi trenger folk til ulike oppgaver, og håper dere vil si ja når henvendelsen kommer. Husk at det er morsomt og inspirerende å være med der det skjer.

Pediaterdagene og frie foredrag
OUS/Ahus arrangerer pediaterdagene 20.-22. januar 2015. Da blir det nye muligheter til å vinne priser. Under vårmøtet i Skien fikk vi ikke delt ut noen pris til beste vitenskapelige innlegg fordi det ikke var noen LIS som presenterte innlegg i denne kategorien. Oppfordringen går til LIS og avdelingsoverleger: Ikke la det skje igjen.

Med ønske om en fin høst

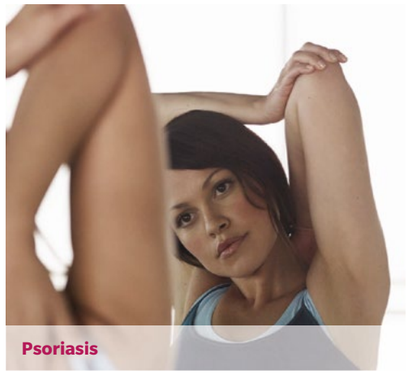
Ingebjørg Fagerli

HUMIRA® «AbbVie»
Immunsuppressivt middel. ATC-nr.: L04A B04
INJEKSJONSVÆSKE, oppløsning ***40 mg/0,8 ml i ferdigfylt penn, 40 mg/0,8 ml i ferdigfylt sprøyte og 40 mg/0,8 ml i hetteglass:*** *Hver ferdigfylte penn/sprøyte og hvert hetteglass inneh.:* Adalimumab 40 mg, mannitol, sitronsyremonohydrat, natriumsitrat, natriumdihydrogenfosfatdihydrat, dinatriumfosfatdihydrat, natriumklorid, polysorbat 80, natriumhydroksid, vann til injeksjonsvæsker.
Indikasjoner: *Revmatoid artritt:* I kombinasjon med metotreksat: Behandling av moderat til alvorlig aktiv revmatoid artritt hos voksne pasienter når responsen på andre sykdomsmodifiserende antirevmatiske legemidler inkl. metotreksat ikke har vært tilstrekkelig. Behandling av alvorlig, aktiv og progredierende revmatoid artritt hos voksne som ikke tidligere er behandlet med metotreksat. Adalimumab kan gis som monoterapi ved intoleranse overfor metotreksat eller når behandling med metotreksat ikke er egnet. Gitt i kombinasjon med metotreksat har adalimumab vist seg å redusere progresjonshastigheten av den strukturelle leddskaden, målt ved røntgenundersøkelser, og å forbedre den fysiske funksjon. *Polyartikulær juvenil idiopatisk artritt:* I kombinasjon med metotreksat: Behandling av aktiv polyartikulær juvenil idiopatisk artritt hos barn ≥2 år og ungdom, som har respondert utilstrekkelig på et eller flere sykdomsmodifiserende antirevmatiske legemidler (DMARDs). Adalimumab kan gis som monoterapi i tilfelle intoleranse mot metotreksat eller når fortsettelse av behandling med metotreksat ikke er hensiktsmessig. *Entesittrelatert artritt:* Behandling av aktiv entesittrelatert artritt hos barn ≥6 år og ungdom, som har respondert utilstrekkelig på, eller som er intolerante ovenfor konvensjonell terapi. *Psoriasisartritt:* Behandling av aktiv og progredierende psoriasis artritt hos voksne når responsen på tidligere behandling med sykdomsmodifiserende antirevmatiske legemidler ikke har vært tilfredstillende. Adalimumab har vist å redusere progresjonshastighet av perifer leddskade, målt ved røntgen, hos pasienter med polyartikulære, symmetriske undergrupper av sykdommen, og å forbedre fysisk funksjon. *Bekhterevs sykdom (ankyloserende spondylitt):* Behandling av voksne med alvorlig aktiv Bekhterevs sykdom som har respondert utilstrekkelig på konvensjonell terapi. *Aksial spondylartritt uten radiografisk bekreftelse på ankyloserende spondylitt:* Behandling av voksne med alvorlig aksial spondylartritt uten radiografisk bekreftelse på ankyloserende spondylitt, men med objektive tegn på inflammasjon vist ved økt CRP og/eller MRI, som har respondert utilstrekkelig eller er intolerante overfor NSAIDs. *Crohns sykdom:* Behandling av moderat til alvorlig aktiv Crohns sykdom hos voksne pasienter som ikke har respondert på en fullstendig og adekvat behandling med et kortikosteroid og/eller et immunsuppressivt legemiddel, eller som ikke tolererer eller har kontraindikasjoner mot slik behandling. *Pediatrisk Crohns sykdom:* Behandling av alvorlig aktiv Crohns sykdom hos barn ≥6 år og ungdom, som har respondert utilstrekkelig på konvensjonell terapi inkl. primær ernæringsterapi, et kortikosteroid og et immunmodulerende legemiddel, eller som ikke tolererer eller har kontraindikasjoner mot slike behandlinger. *Ulcerøs kolitt:* Behandling av moderat til alvorlig aktiv ulcerøs kolitt hos voksne som har hatt utilstrekkelig respons på konvensjonell behandling, inkl. kortikosteroider og 6-merkaptopurin (6-MP) eller azatioprin (AZA), eller som ikke tolererer eller har kontraindikasjoner mot slike behandlinger. *Psoriasis:* Behandling av moderat til alvorlig kronisk plakkpsoriasis hos voksne pasienter som ikke har respondert på eller har kontraindikasjon til, eller er intolerante overfor andre systemiske terapier, inkl. ciklosporin, metotreksat eller PUVA. *Pediatrisk plakkpsoriasis:* Behandling av alvorlig kronisk plakkpsoriasis hos barn ≥4 år og ungdom, som har respondert utilstrekkelig på eller som er uegnede kandidater for topikal behandling og lysbehandling. *Hidrosadenitt:* Behandling av aktiv moderat til alvorlig hidrosadenitt (svettekjertelbetennelse) hos voksne pasienter som har respondert utilstrekkelig på konvensjonell systemisk behandling.
Dosering: For å bedre sporbarheten av biologiske legemidler, skal handelsnavn og batchnummer registreres tydelig. Under behandling med adalimumab bør annen samtidig terapi (f.eks. kortikosteroider og/eller immunmodulerende midler) være optimalisert. Doseopphold kan være nødvendig, f.eks. før operasjon eller hvis alvorlige infeksjoner oppstår. Gjenopptak av behandling etter et opphold på 70 dager eller lenger vil føre til lik klinisk respons og sikkerhetsprofil som før oppholdet. ***Revmatoid artritt:*** *Voksne:* Anbefalt dose er 40 mg gitt hver 2. uke. Det bør fortsettes med metotreksat under behandling med adalimumab. Under monoterapi, kan noen pasienter som opplever redusert respons på preparatet ha nytte av en doseøkning til adalimumab 40 mg hver uke. ***Psoriasisartritt, Bekhterevs sykdom (ankyloserende spondylitt) og aksial spondylartritt uten radiografisk bekreftelse på ankyloserende spondylitt:*** *Voksne:* Anbefalt dose er 40 mg gitt hver 2. uke. ***Crohns sykdom:*** *Voksne:* Anbefalt induksjonsregime er 80 mg initialt (ved uke 0) etterfulgt av 40 mg fra uke 2. Ved behov for rask behandlingsrespons kan følgende doseringsregime brukes: 160 mg i uke 0 (dosen kan gis som 4 injeksjoner i løpet av 1 dag eller som 2 injeksjoner pr. dag i 2 påfølgende dager), og 80 mg i uke 2. Risikoen for bivirkninger er høyere ved sistnevnte doseringsregime. Anbefalt dose etter induksjonsbehandling er 40 mg hver 2. uke. I løpet av vedlikeholdsbehandling kan kortikosteroider gradvis seponeres iht. kliniske retningslinjer. Enkelte pasienter som opplever redusert respons kan ha nytte av en økning i doseringsfrekvens til adalimumab 40 mg hver uke. ***Pediatrisk Crohns sykdom:*** *Barn <40 kg:* Anbefalt induksjonsregime er 40 mg ved uke 0, etterfulgt av 20 mg ved uke 2. Ved behov for hurtigere respons; 80 mg ved uke 0 (dosen kan administreres som 2 injeksjoner på 1 dag), etterfulgt av 40 mg ved uke 2. Risikoen for bivirkninger kan øke ved bruk av høyere induksjonsdose. Etter induksjonsbehandling er anbefalt dose 20 mg annenhver uke. Noen pasienter som opplever utilstrekkelig respons kan dra nytte av økt doseringsfrekvens til 20 mg ukentlig. *Barn ≥40 kg:* Anbefalt induksjonsregime er 80 mg ved uke 0, etterfulgt av 40 mg ved uke 2. Ved behov for hurtigere respons; 160 mg ved uke 0 (dosen kan administreres som 4 injeksjoner på 1 dag eller som 2 injeksjoner daglig på 2 påfølgende dager), etterfulgt av 80 mg ved uke 2. Risikoen for bivirkninger kan øke ved bruk av høyere induksjonsdose. Etter induksjonsbehandling er anbefalt dose 40 mg annenhver uke. Noen pasienter som opplever utilstrekkelig respons kan dra nytte av økt doseringsfrekvens til 40 mg ukentlig. Fortsatt behandling hos pasienter som ikke responderer innen uke 12, bør vurderes nøye. ***Ulcerøs kolitt:*** *Voksne:* Anbefalt induksjonsregime er 160 mg ved uke 0 (dosen kan gis som 4 injeksjoner i løpet av 1 dag eller som 2 injeksjoner pr. dag i 2 påfølgende dager), etterfulgt av 80 mg ved uke 2. Ved behov for rask behandlingsrespons kan følgende doseringsregime brukes: 160 mg i uke 0 (dosen kan gis som 4 injeksjoner i løpet av 1 dag eller som 2 injeksjoner pr. dag i 2 påfølgende dager), og 80 mg i uke 2. Risikoen for bivirkninger er høyere ved sistnevnte doseringsregime. Anbefalt dose etter induksjonsbehandling er 40 mg hver 2. uke. I løpet av vedlikeholdsbehandling kan kortikosteroider gradvis seponeres iht. kliniske retningslinjer. Enkelte pasienter som opplever redusert respons kan ha nytte av en økning i doseringsfrekvens til adalimumab 40 mg hver uke. Tilgjengelig data tyder på at klinisk respons vanligvis oppnås innen 2-8 ukers behandling. Behandling bør ikke fortsette hos pasienter som ikke responderer i løpet av denne tiden. ***Psoriasis:*** *Voksne:* Anbefalt dose er initialt 80 mg etterfulgt av 40 mg etter 1 uke, og deretter 40 mg hver 2. uke. Behandling over 16 uker bør nøye overveies hos pasienter som ikke responderer innen denne perioden. ***Hidrosadenitt:*** *Voksne:* Anbefalt dose er initialt 160 mg (dosen kan gis som 4 injeksjoner i løpet av 1 dag eller som 2 injeksjoner pr. dag i 2 påfølgende dager), etterfulgt av 80 mg (som 2 injeksjoner på 1 dag) 2 uker senere. Etter ytterligere 2 uker, fortsettes det med 40 mg hver uke. Behandling med antibiotika kan fortsette om nødvendig. Det anbefales å bruke antiseptisk vask daglig på berørte områder. Behandling utover 12 uker bør nøye overveies dersom ingen forbedring innen denne perioden. ***Pediatrisk plakkpsoriasis:*** Anbefalt dose er 0,8 mg pr. kg kroppsvekt (opptil maks. 40 mg) administrert ukentlig for de første 2 dosene og deretter annenhver uke. Fortsatt behandling hos pasienter som ikke responderer innen 16 uker, bør vurderes nøye. Hvis rebehandling er indisert, bør samme doseringsanbefalinger følges. Injeksjonsvolumet velges basert på pasientens vekt: *13-16 kg:* 0,2 ml (10 mg). *17-22 kg:* 0,3 ml (15 mg). *23-28 kg:* 0,4 ml (20 mg). *29-34 kg:* 0,5 ml (25 mg). *35-40 kg:* 0,6 ml (30 mg). *41-46 kg:* 0,7 ml (35 mg). *>47 kg:* 0,8 ml (40 mg). ***Polyartikulær juvenil idiopatisk artritt:*** *Barn 2-12 år:* Anbefalt dose 24 mg/m^2 kroppsoverflate til maks. 20 mg (for barn 2-<4 år) og til maks. 40 mg (for barn 4-12 år) hver 2. uke. Injeksjonsvolumet velges basert på pasientens høyde og vekt:

Høyde (cm)	Total kroppsvekt (kg)												
	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70
80	0,2	0,3	0,3	0,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-
90	0,2	0,3	0,3	0,4	0,4	0,4	-	-	-	-	-	-	-
100	0,3	0,3	0,3	0,4	0,4	0,4	0,5	0,5	-	-	-	-	-
110	0,3	0,3	0,4	0,4	0,4	0,5	0,5	0,5	0,5	0,6	0,6	-	-
120	0,3	0,4	0,4	0,4	0,5	0,5	0,5	0,6	0,6	0,6	0,6	0,7	0,7
130	-	0,4	0,4	0,5	0,5	0,5	0,6	0,6	0,6	0,6	0,7	0,7	0,7
140	-	0,4	0,4	0,5	0,5	0,6	0,6	0,6	0,7	0,7	0,7	0,7	0,8[1]
150	-	-	0,5	0,5	0,6	0,6	0,6	0,7	0,7	0,7	0,7	0,8[1]	0,8[1]
160	-	-	0,5	0,5	0,6	0,6	0,7	0,7	0,7	0,8[1]	0,8[1]	0,8[1]	0,8[1]
170	-	-	-	0,6	0,6	0,6	0,7	0,7	0,8[1]	0,8[1]	0,8[1]	0,8[1]	0,8[1]
180	-	-	-	-	0,6	0,7	0,7	0,8[1]	0,8[1]	0,8[1]	0,8[1]	0,8[1]	0,8[1]

[1] Maks. enkeldose er 40 mg (0,8 ml).
Ungdom ≥13 år: 1 dose på 40 mg hver 2. uke, uavhengig av kroppsoverflate. Klinisk respons oppnås vanligvis innen 12 uker. Fortsettelse av behandlingen hos pasienter som ikke responderer innen denne perioden bør vurderes nøye. ***Entesittrelatert artritt:*** *Barn ≥6 år og ungdom:* Anbefalt dose er 24 mg/m^2 kroppsoverflate til maks. 40 mg adalimumab gitt som enkeltdose hver 2. uke. Injeksjonsvolumet velges basert på pasientens høyde og vekt (se tabell over). ***Spesielle pasientgrupper:*** *Nedsatt lever- og nyrefunksjon:* Erfaring mangler. *Eldre:* Dosejustering er ikke nødvendig. ***Administrering:*** S.c. injeksjon.
Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for et eller flere av innholdsstoffene. Aktiv tuberkulose eller annen kraftig infeksjon som sepsis, samt opportunistiske infeksjoner. Moderat til alvorlig hjertesvikt (NYHA klasse III/IV).
Forsiktighetsregler: Pasienter som tar TNF-antagonister er mer mottagelige for alvorlige infeksjoner. Nedsatt lungefunksjon kan øke risikoen for infeksjoner. Derfor må pasienter overvåkes nøye med henblikk på mulige infeksjoner, deriblant tuberkulose, før, under og etter behandling med adalimumab. Da eliminasjon av adalimumab kan ta opptil 4 måneder, bør overvåking fortsette ut denne perioden. Behandling bør ikke innledes hos pasienter med aktive infeksjoner, inkl. kroniske eller lokaliserte infeksjoner, før infeksjonene er under kontroll. Hos pasienter som har vært utsatt for tuberkulose eller har reist i områder hvor det er høy risiko for tuberkulose eller endemiske mykoser, som histoplasmose, koksidiomykose eller blastomykose, skal nytte og risiko avveies før start av behandlingen. Pasienter som utvikler en ny infeksjon i løpet av behandlingen bør overvåkes nøye og gjennomgå en fullstendig diagnostisering. Dersom pasienten utvikler en ny alvorlig infeksjon eller sepsis bør adalimumab seponeres og passende behandling med antimikrobielle eller antimykotiske legemidler startes inntil infeksjonen er under kontroll. Legen bør utvise varsomhet i forbindelse med bruk av adalimumab til pasienter som har hatt gjentatte infeksjoner eller som har underliggende lidelser som predisponerer for infeksjoner, inkl. samtidig bruk av immunsuppressive legemidler. Alvorlige infeksjoner, inkl. sepsis, pga. bakterielle, mykobakterielle, invasive sopp-, parasitt-, virus- og andre opportunistiske infeksjoner, som listeriose, legionellose og pneumocystose er rapportert. Andre alvorlige infeksjoner inkl. pneumoni, pyelonefritt, septisk artritt og septikemi er sett i kliniske studier. Sykehusinnleggelse eller fatale følger assosiert med infeksjoner er rapportert. Tilfeller av tuberkulose er rapportert, inkl. reaktivering og nyoppstått tuberkulose. Tuberkulosetilfellene var pulmonale og ekstrapulmonale, dvs. disseminerte. Alle pasienter må vurderes med henblikk på både aktiv eller inaktiv (latent) tuberkuløs infeksjon før adalimumabbehandling innledes. Evalueringen bør omfatte en detaljert medisinsk vurdering av pasientens tidligere historie med tuberkulose eller mulig tidligere eksponering for mennesker med aktiv tuberkulose, samt tidligere og/eller pågående immunsuppressiv behandling. Passende screeningtester (dvs. tuberkulin hudprøve og thoraxrøntgen) bør gjennomføres. Forskrivende lege bør være oppmerksom på risikoen for falske negative resultater av tuberkulintest, spesielt hos pasienter som er alvorlig syke eller har immunsvikt. Behandling skal ikke innledes ved diagnostisert aktiv tuberkulose. Hvis latent tuberkulose mistenkes, bør lege, ekspert på tuberkulose, konsulteres. Hvis latent tuberkulose diagnostiseres må passende tuberkulose profylaksebehandling startes, før behandling med adalimumab begynner og iht. lokale retningslinjer. Bruk av tuberkulose profylaksebehandling bør også vurderes før oppstart med adalimumab hos pasienter med flere eller signifikante risikofaktorer for tuberkulose til tross for negativ tuberkulosetest, og hos pasienter med en tidligere historie med latent eller aktiv tuberkulose hvor tilstrekkelig behandling ikke kan bekreftes. Tilfeller av reaktivert tuberkulose har hendt til tross for tuberkulose profylaksebehandling. Noen pasienter med vellykket behandling for aktiv tuberkulose, har igjen utviklet tuberkulose under behandling med adalimumab. Pasienten bør instrueres til å oppsøke medisinsk hjelp ved tegn/symptomer på tuberkuløs infeksjon (f.eks. vedvarende hoste, vekttap, lavgradig feber, slapphet) under eller etter adalimumabbehandling. Opportunistiske infeksjoner, inkl. invasive soppinfeksjoner er observert hos pasienter som behandles med adalimumab. Disse infeksjonene er ikke konsekvent blitt gjenkjent hos pasienter som tar TNF-antagonister, noe som har ført til forsinkelser av hensiktsmessig behandling, noen ganger med fatale følger. Hos pasienter som utvikler symptomer som feber, malaise, vekttap, svette, hoste, dyspné og/eller lungeinfiltrat eller andre alvorlige og systemiske sykdommer med eller uten samtidig sjokk, bør en invasiv soppinfeksjon mistenkes og behandling med adalimumab avbrytes omgående. Reaktivering av hepatitt B har forekommet hos pasienter som behandles med TNF-antagonister, og som er kroniske bærere av viruset (dvs. overflateantigen positive). Noen tilfeller var fatale. Pasienter bør testes for HBV-infeksjon før start av behandling med adalimumab. For pasienter som testes positiv for hepatitt B-infeksjon, anbefales det å konsultere en lege med ekspertise på behandling av hepatitt B. HBV-bærere som krever behandling med adalimumab bør overvåkes nøye mht. sykdomstegn og symptomer på aktiv HBV-infeksjon under behandlingen, og flere måneder etter avsluttet behandling. Adalimumab bør seponeres hos pasienter som utvikler HBV-reaktivering og effektiv antiviralterapi med passende støttebehandling bør startes. TNF-antagonister er i sjeldne tilfeller satt i sammenheng med oppblussing eller forverring av kliniske symptomer og/eller radiografisk indikasjon på demyeliniserende sykdom i sentralnervesystemet, inkl. multippel sklerose og optiksusnevritt, og perifer demyeliniserende sykdom, inkl. Guillain-Barrés syndrom. Forskrivende lege bør utvise varsomhet ved bruk til pasienter med tidligere eksisterende eller nylig oppstått demyeliniserende sykdommer i det sentrale/perifere nervesystemet. Mulig risiko for utvikling av lymfomer, leukemi og andre maligniteter kan ikke utelukkes. Sjeldne tilfeller av hepatosplenisk T-cellelymfom hos pasienter behandlet med adalimumab er identifisert. Denne sjeldne typen av T-cellelymfom har meget aggressivt sykdomsforløp og er vanligvis fatal. Den potensielle risikoen ved samtidig bruk av azatioprin eller 6-merkaptopurin og adalimumab bør vurderes nøye. Alle pasienter, særlig de med en tidligere omfattende immunsuppressiv terapi eller psoriasispasienter med en historie med tidligere PUVA-behandling, bør undersøkes for nærvær av ikke-melanom hudkreft, før eller under behandling med adalimumab. Melanom og merkelcellekarsinom er rapportert hos pasienter behandlet med TNF-antagonister, inkl. adalimumab. TNF-antagonister skal brukes med forsiktighet til KOLS-pasienter og storrøykere med økt risiko for maligniteter, pga. risiko for maligniteter. Alle pasienter med ulcerøs kolitt som har økt risiko for dysplasi eller kolonkarsinom (f.eks. pasienter med langvarig ulcerøs kolitt eller primær skleroserende kolangitt), eller som har en forhistorie med dysplasi eller kolonkarsinom, bør regelmessig screenes for dysplasi før terapi initieres og gjennom hele sykdomsforløpet. Evalueringen skal omfatte koloskopi og biopsi etter lokale anbefalinger. Sjeldne tilfeller av pancytopeni inkl. aplastisk anemi er rapportert med TNF-antagonister. Alle pasienter bør råds til øyeblikkelig å søke medisinsk hjelp hvis de utvikler tegn og symptomer på bloddyskrasier (f.eks. vedvarende feber, bloduttredelser, blødninger, blekhet) under behandling med adalimumab. Seponering av behandling med adalimumab bør vurderes hos pasienter med bekreftet signifikante hematologiske abnormaliteter. Samtidig administrering av levende vaksine anbefales ikke, da data mangler. Det anbefales, hvis mulig, at pediatriske pasienter vaksineres i tråd med gjeldende vaksinasjonsveiledninger før behandling startes. Pasienter som behandles med adalimumab kan få kombinerte vaksinasjoner, med unntak av levende vaksiner. Administrering av levende vaksiner til spedbarn eksponert for adalimumab intrauterint anbefales ikke før 5 måneder etter morens siste injeksjon med adalimumab under graviditeten. Ved samtidig bruk av en TNF-antagonist har det vært observert forverret kongestiv hjertesvikt og økt mortalitet pga. kongestiv hjertesvikt. Det bør utvises varsomhet ved bruk av adalimumab hos pasienter med lett hjertesvikt (NYHA klasse I/II). Behandlingen skal seponeres hos pasienter som utvikler nye eller forverrede symptomer på kongestiv hjertesvikt. Videre behandling med adalimumab skal stoppes dersom pasienten utvikler symptomer på lupuslignende syndrom og er positiv for antistoffer mot dobbeltkjedet DNA. Alvorlige infeksjoner er observert ved samtidig bruk av anakinra og etanercept (TNF-antagonist), uten å gi tilleggseffekt sammenlignet med etanercept alene. Lignende bivirkninger kan også forekomme ved kombinasjonen av anakinra og andre TNF-antagonister. Kombinasjonen av adalimumab og anakinra anbefales derfor ikke. Samtidig administrering av adalimumab med andre biologiske DMARDs (f.eks. anakinra og abatacept) eller andre TNF-antagonister anbefales ikke basert på mulig økt risiko for infeksjoner, inkl. alvorlige infeksjoner og andre potensielle farmakologiske interaksjoner. Begrenset erfaring med kirurgiske inngrep hos pasienter behandlet med adalimumab. Under operasjon skal pasienten følges nøye opp mht. infeksjoner, og nødvendige tiltak må iverksettes. Manglende respons på behandling av Crohns sykdom kan indikere en vedvarende fibrotisk striktur som kan kreve kirurgisk behandling. Alvorlige infeksjoner forekommer oftere hos pasienter >65 år behandlet med adalimumab enn hos pasienter <65 år. Noen av dem fatale. Man skal være særlig oppmerksom på risiko for infeksjoner ved behandling av eldre.
Graviditet, amming og fertilitet: *Graviditet:* Bruk under graviditet anbefales ikke. Kvinner i fertil alder anbefales sterkt å benytte sikker prevensjon under og i minst 5 måneder etter siste behandling. *Amming:* Overgang i morsmelk er ukjent. Amming skal unngås i minst 5 måneder etter siste behandling. *Fertilitet:* Ukjent. Ingen data tilgjengelig.
Bivirkninger: *Svært vanlige (≥1/10):* Blod/lymfe: Leukopeni (inkl. nøytropeni og agranulocytose), anemi. Gastrointestinale: Abdominal smerte, kvalme, oppkast. Hud: Utslett (inkl. eksfoliativt utslett). Infeksiøse: Luftveisinfeksjon (inkl. nedre og øvre luftveisinfeksjon, lungebetennelse, sinusitt, faryngitt, nasofaryngitt og herpesvirus pneumoni). Lever/galle: Stigning i leverenzymer. Muskel-skjelettsystemet: Smerter i skjelett og muskulatur. Nevrologiske: Hodepine. Stoffskifte/ernæring: Lipidøkning. Øvrige: Reaksjoner på injeksjonsstedet (inkl. erytem). *Vanlige (≥1/100 til <1/10):* Blod/lymfe: Trombocytopeni, leukocytose. Gastrointestinale: Gastrointestinal blødning, dyspepsi, refluksøsofagitt (GERD), Sjøgrens syndrom. Hjerte/kar: Takykardi, hypertensjon, flushing, hematomer. Hud: Forverring eller nytt tilfelle av psoriasis (inkl. palmoplantar pustular psoriasis), pruritus, urticaria, blåmerker (inkl. purpura), dermatitt (inkl. eksem), onykolyse, hyperhidrose, alopesi. Immunsystemet: Hypersensitivitet, allergier (inkl. sesongbetinget allergi). Infeksiøse: Systemiske infeksjoner (inkl. blodforgiftning, candidiasis og influensa), intestinale infeksjoner (inkl. viral gastroenteritt), hud- og bløtvevsinfeksjoner (inkl. paronyki, cellulitt, impetigo, nekrotiserende fasciitt og Herpes zoster), øreinfeksjoner, orale infeksjoner (inkl. Herpes simplex, oral herpes, tanninfeksjoner), infeksjoner i reproduksjonsorgan (inkl. vulvovaginal soppinfeksjon), urinveisinfeksjoner (inkl. pyelonefritt), soppinfeksjoner, leddinfeksjoner. Luftveier: Hoste, astma, dyspné. Muskel-skjelettsystemet: Muskelspasmer (inkl. forhøyet kreatinfosfokinase i blod). Nevrologiske: Parestesier (inkl. hypoestesi), migrene, kompresjon av nerverot. Nyre/urinveier: Hematuri, nedsatt nyrefunksjon. Stoffskifte/ernæring: Hypokalemi, forhøyet urinsyre, unormale natriumverdier i blod, hypokalsemi, hyperglykemi, hypofosfatemi, dehydrering. Svulster/cyster: Godartet svulst, hudkreft unntatt melanom (inkl. Basalcellekarsinom og plateepitelkarsinom). Undersøkelser: Koagulasjons- og blødningsforstyrrelser (inkl. forlenget aktivert partiell tromboplastintid), positiv test på autoantistoff (inkl. dobbelkjedet DNA), forhøyet laktatdehydrogenase i blod). Øre: Svimmelhet. Øye: Synsforstyrrelser, konjunktivitt, blefaritt, hevelse i øye. Øvrige: Brystsmerter, ødem, svekket tilhelning, pyreksi. *Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100):* Blod/lymfe: Idiopatisk trombocytopenisk purpura. Gastrointestinale: Pankreatitt, dysfagi, ansiktsødem. Hjerte/kar: Arytmi, kongestiv hjertesvikt, hjerteinfarkt, vaskulær arteriell okklusjon, tromboflebitt, aortaaneurisme. Hud: Nattesvette, arrdannelse. Immunsystemet: Sarkoidose, vaskulitt. Infeksiøse: Opportunistiske infeksjoner og tuberkulose (inkl. koksidioidomykose, histoplamose og mycobactrium avium kompleks-infeksjon), nevrologiske infeksjoner (inkl. viral meningitt), øyeinfeksjoner, bakterieinfeksjoner, divertikulitt. Kjønnsorganer/bryst: Erektil dysfunksjon. Lever/galle: Kolecystitt og kolelitiasis, hepatisk steatose, forhøyet bilirubin i blod. Luftveier: Kronisk obstruktiv lungesykdom, interstitiell lungesykdom, pneumonitt, lungeemboli, pleuravæske. Muskel-skjelettsystemet: Rabdomyolyse, systemisk lupus erythematosus. Nevrologiske: Tremor, cerebrovaskulær sykdom, nevropati. Nyre/urinveier: Nokturi. Psykiske: Humørforandringer (inkl. depresjon), angst, søvnløshet. Stoffskifte/ernæring: Dehydrering. Svulster/cyster: Lymfom, solid organneoplasme (inkl. brystkreft, svulst i lunge, svulst i skjoldkjertel), melanom. Øre: Døvhet, øresus. Øye: Diplopi. Øvrige: Inflammasjon. *Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000):* Blod/lymfe: Pancytopeni. Gastrointestinale: Intestinal perforasjon. Hjerte/kar: Hjertestans. Hud: Erythema multiforme, Stevens-Johnsons syndrom, angioødem, kutan vaskulitt. Immunsystemet: Anafylaksi. Lever/galle: Hepatitt, reaktivering av hepatitt B, autoimmun hepatitt. Luftveier: Lungefibrose. Nevrologiske: Multippel sklerose, demyeliniseringsforstyrrelser (f.eks. optisk nevritt, Guillain-Barrés syndrom). Muskel-skjelettsystemet: Lupuslignende syndrom. Svulster/cyster: Leukemi. *Etter markedsføring:* Hud: Forverring av dermatomyositt symptomer. Lever/galle: Leversvikt samt mindre alvorlige leversykdommer som kan oppstå før leversvikt, f.eks. hepatitt inkl. autoimmun hepatitt. Svulster/cyster: Hepatosplenisk T-cellelymfom (HSTCL), merkelcellekarsinom (nevroendokrin hudkarsinom). *Oppsummering av sikkerhetsprofil:* De mest vanlig rapporterte bivirkninger er infeksjoner (som nasofaryngitt, øvre luftveisinfeksjon og sinusitt), reaksjoner på injeksjonsstedet (erytem, kløe, blødning, smerte eller hevelse), hodepine og smerter i skjelett og muskulatur. Alvorlige bivirkninger er rapportert. TNF-antagonister påvirker immunsystemet og kan påvirke kroppens forsvar mot infeksjon og kreft. Fatale og livstruende bivirkninger (inkl. sepsis, opportunistiske infeksjoner og TB), HBV-reaktivering og forskjellige maligniteter (inkl. leukemi, lymfom, HSTCL og merkelcellekarsinom) er rapportert. Alvorlige hematologiske, nevrologiske og autoimmune reaksjoner er rapportert (inkl. sjeldne tilfeller av pancytopeni, aplastisk anemi, sentrale og perifere demyeliniseringsforstyrrelser og tilfeller av lupus, lupusrelaterte tilstander og Stevens-Johnsons syndrom).
Overdosering/Forgiftning: Dosebegrensende toksisitet er ikke observert. Høyeste doseringsnivå som har vært undersøkt er multiple intravenøse doser på 10 mg/kg. Se Giftinformasjonens anbefalinger L04A B04 side c.
Oppbevaring og holdbarhet: Oppbevares i kjøleskap (2-8°C). Oppbevares i ytteremballasjen for å beskytte mot lys. Må ikke fryses. Hver ferdigfylte penn/sprøyte kan oppbevares ved temperaturer opptil maks. 25°C for en periode på opptil 14 dager, og kastes hvis den ikke brukes innen 14 dager.
Andre opplysninger: Leveres både i ferdigfylte penner og ferdigfylte sprøyter klare for bruk samt i hetteglass. 40 mg ferdigfylt penn og 40 mg ferdigfylt sprøyte er tilgjengelig for pasienter for administrering av 1 full 40 mg dose. 40 mg pediatrisk hetteglass er tilgjengelig for administrering av dose mindre enn 40 mg. Inneholder ikke konserveringsmidler.
Pakninger og priser: ***40 mg/0,8 ml i ferdigfylt penn:*** 2 × 0,8 ml (ferdigfylt penn + injeksjonstørk i blister) kr. 10140,50. ***40 mg/0,8 ml i ferdigfylt sprøyte:*** 2 × 0,8 ml (ferdigfylt sprøyte + injeksjonstørk i blister) 10140,50. ***40 mg/0,8 ml i hetteglass:*** 2 × 0,8 ml (hetteglass + 1 steril injeksjonssprøyte, 1 nål, 1 hetteglassadapter og 2 injeksjonstørk) 10140,50.

Sist endret: 07.08.2015



12 pasienter – 12 ulike liv
HUMIRA®
adalimumab
... så livet kan gå videre

NOHUM150232. THAU

"Peer - du lyver!"

Faglig kvalitet, lokale tradisjoner og kortreiste råvarer stod sentralt da barnelegene ved Sykehuset Telemark inviterte til Vårmøte i Skien 3.-5.juni 2015. Og Ibsen, selvfølgelig.

AV KARI HOLTE, IDA KNAPSTAD OG ANDERS BJØRKHAUG

"I Skiens storstue Ibsenhuset har alle saler og møterom navn etter kjente Ibsen-skikkelser," stod det i programmet. Og under festmiddagen i storsalen Peer Gynt, braste selveste Peer selv inn mellom forretten og hovedretten med Mor Åse i hælene. Vakre Telemarksbunader og musikalske perler akkompagnerte et faglig program som spente fra diabetesbehandling via vesikoureteral refluks til kvalitetsregistrering og infeksjonsforebygging. Det hele ble toppet med kulinariske høydepunkter fra Vinje, Drangedal, Haukeli, Gvarv og Kvitseid. Arrangørene har god grunn til å være stolte over et prikkfritt gjennomført Vårmøte.

De få utvalgte

For et celebert utvalg startet Vårmøtet allerede onsdag morgen. Avdelingsoverlegene møttes til debatt blant annet om faste LIS-stillinger og en presentasjon av Norsk Helseatlas. Parallelt foregikk forkurs for spesielt påmeldte som denne gang var viet barnenevrologi og forskning.

Sukkerspinn

En fortreffelig lunsj hevet blodsukkeret før klinikksjef Gunnar Gausel åpnet Vårmøtet for alvor. Overlege/musikkpedagog Margit Åkre Reite på piano og det lokale fiolintalentet Harot Andreas Yacoubian spilte oss virtuost over i hyperglykemien. Der stod Ullevåls Hans-Jacob Bangstad klar for å ta i mot oss. –Vær forsiktig med insulin i starten når du behandler ketoacidose, sa han. Det er ikke farlig om blodsukkeret faller fort når du gir initial væskebehandling, men pass på at natrium stiger når blodsukkeret faller! Å følge behandlingsretningslinjene gir ingen garanti mot hjerneødem. Retningslinjer er bra for å sikre en noenlunde lik og kvalitetssikret måte å håndtere ketoacidose over hele landet. Men det frir oss ikke fra ansvaret for å følge med, tenke – og faktisk fravike fra prosedyren når pasientens blodprøver ikke oppfører seg som planlagt.

Selv om diabetesbehandling er gøy, er nok tanken på en dag kanskje å kunne gjøre pasienten helt frisk ved implantasjon av friske beta-celler en søt drøm for de fleste endokrinologer. Barnelege og forsker Helge Ræder fra Haukeland gav oss oppdatering fra stamcelleforskningen. Det er fremgang, fikk vi vite. Men enda har man ikke klart å fremstille beta-celler som man vet at vil produsere insulin. Og risikoen for cancer-utvikling er fortsatt for høy til at man kan våge å gjøre forsøk på mennesker.

Tissetrang

Noen av oss rehydrerte oss godt nok på kaffe og te i pausen til at vi ble skikkelig tissetrengte allerede under første foredrag i neste emne: Føtale urinveisanomalier og vesikoureteral refluks. Mens Harm-Gerd Blaas fra senter for fosterdiagnostikk på St Olavs hospital presenterte pyelectasi sett med en gynekologs ultralydbaserte blikk, kjente vi formelig at nyrebekkenet blåste seg opp til høyere mål enn de

Harot Andreas Yacoubain innleder vakkert vårmøtet med glade telemarksbudeier i hælene.

4-5 millimeterne som er normalt intrauterint. Det var en trøst å høre at utvidet nyrebekken ofte normalisere seg spontant, og at aggressiv utredning kan føre til overbehandling og unødvendig engstelse. Cut-off for henvisning til barnelege satt ved AP-diameter >9mm, og dette er basert på sannsynligheten for operasjonsindikasjon postnatalt i større metaanalyser. >15mm anses som alvorlig med høy risiko for operasjonsbehov, sa Blaas.

"En gutt skal kunne tisse på foreldrene, men ikke opp i taket". Spesialist på vesikoureteral refluks Per Brandstrøm fra Gøteborg, ba oss legge merke til strålen. - Mekanismen for refluks er en av to, sa Brandstrøm. Enten går urinlederen for bratt inn i blæren slik at lukkemekanismen ikke fungerer, eller trykket i blæren er for høyt. Det er en ikke ubetydelig arvelighet med rundt 30% risiko for søsken, og 30-60% om en av foreldrene har VUR. Den største faren ved vesikoureteral refluks er infeksjon i nyrene, men under grad 3 er risikoen for nyreskade lav. Småjenter med refluks fra grad 3-5 har oftere residiverende infeksjoner enn gutter, og er de som har størst nytte av profylaktisk antibiotika. MUCG er gullstandard for å kartlegge urinveispatologi, det være seg grad av refluks, dobbeltanlegg, ureterocele eller utretraklaffer. Men det er også noe av det mest ubehagelige vi utsetter barn for! Det forutsetter kateter og medfører stråling. Derfor er DMSA-scintigrafi førstevalg i utredningen. Normale funn ved DMSA taler i mot patologi av betydning, og ofte kan barna slippe MUCG.

Fortsatt ikke pause! Både nyrebekken, urinledere og blære stod på strekk da barnekirurg Trine Sæther Hagen entret salen. "Det finnes en haug med prenatalt påvist uropati som får masse utredning og oppfølging her i landet," sa hun. "Ikke alle må sendes til Rikshospitalet...," sukket hun videre. Målet er å sikre normal nyrevekst, og å finne de som er bedre tjent med kirurgi enn konservativ behandling. Symptomfrie barn med normal nyrefunksjon, trenger sjelden kirurgi. 80% av vesikoureteral refluks grad 1-2 har forsvunnet ved 10 års alder, selv refluks grad 4 forsvinner hos rundt 40%. Ustabil blære og forstoppelse er ofte en del av patogenesen, og dette er kontraindikasjon mot operasjon! Kjønn, alder, antall febrile urinveisinfeksjoner bekreftet med dyrkning og behandlingsvansker spiller en rolle når operasjonsindikasjon vurderes. Før operasjon blir aktuelt skal det alltid være utført UL, DMSA og 2 MUCG-er. Rikshospitalet ønsker at både bilder og beskrivelser skal være vedlagt ved henvisning. Fra 2002 har Defluks-injeksjon vært den dominerende metoden ved operasjon for VUR. En kvaddel hyaluronsyre injiseres i underkant av ureters innmunning i blæren for å gjøre det trangere og skape en slags klaffemekanisme. Metoden gir bedring hos 59% etter første injeksjon, høyere ved gjentatt behandling. Dette er betydelig lavere enn 96% bedring ved tradisjonell teknikk med reimplantasjon av ureter, men likevel en betydelig gevinst siden inngrepet er lite invasivt og kan utføres som dagkirurgi endoskopisk via blæren. Puh! Endelig tissepause!

Interessegruppemøter og quiz

Onsdag kveld var først viet interessegrupper, siden sosialisering. Veileder i nyfødtmedisin, barselrutiner, gulsottretningslinjer og forebyggende tiltak mot kateterinfeksjoner var blant temaene som ble diskutert i Interessegruppe for Nyfødtmedisin. Interessegruppen for allergologi og pulmonlologi (SPIRO) snakket om forekomst og behandling av astma, HFNC ved bronkiolitt, bronkoskopi, empyem og mer til. Interessegruppe for barnenevrologi fokuserte på nevrologiske utfall ved medfødte hjertefeil, og anbefalt behandling ved infantile spasmer. Interessegruppe for endokrinologi og metabolisme tok opp retningslinjene for behandling/ikke behandling ved predikert stor voksenhøyde til diskusjon, snakket om insulinpumpe-avtaler og om pubertetsinduksjon. Interessegruppen for pediatrisk gastroenterologi, hepatologi og ernæring (IPGHE) nøyde seg med å velge nytt styre og ta opp høringsforslag til nye cøliaki-retningslinjer til debatt. Og så gikk turen videre til en hyggelig aften med Telemarkstapas og quiz på Klosterøya. Og jammen traff vi ikke selveste Ibsen på vegen.

Henrik Ibsen nyter solnedgangen ved Hjellevannet på Klosterøya.

Fordypende møtedeltagere.

Kvalitetstid

Barneleger av høy kvalitet kommer seg opp om morgenen (?). Torsdag formiddag var belønningen for morgenfriskhet utvidet kunnskap om faglige kvalitetsregistre. Torild Skrivarhaug (Ullevål), Guro Andersen (Sykehuset Vestfold) og Arild Rønnestad (Rikshospitalet) presenterte henholdsvis Barnediabetesregisteret, CP-registeret og Nyfødtmedisinsk register. Totalt finnes det nå 47 nasjonale kvalitetsregistre med ulik juridisk regulering, hvorav 15 inkluderer registreringer på barn, sa Skrivarhaug innledningsvis. Kvalitetsregistre laget av engasjerte klinikere er ikke noe nytt. Den lille kjernen av klinikere som ønsket å vite om det de gjorde faktisk gikk bra, har alltid drevet med dette. Det er det voldsomme fokuset på å registrere som er nytt, at registrene brukes nasjonalt for å fremme kvalitet, pasientsikkerhet og rettferdig prioritering. "Bedre, sikrere og likeverdig fordelt helsetjeneste for befolkningen", som det heter i regjeringsdokumenter… "Men vi klinikere må aldri miste kontrollen på registrene," sa Skrivarhaug – dypt engasjert nå. "Da bærer det galt av sted!" Forskning på barn har vært tabubelagt, men det er nå akseptert at forskning og kvalitetssikring er to sider av samme sak. Om dataene brukes aktivt får man vite det om kvaliteten faller, og kan forhåpentligvis finne ut hvorfor. "However beautiful the strategy, you should occationally look at the results."

Medisinske kvalitetsregistre fungerer også som pedagogiske verktøy. Etter at benchmarkingen til Diabetesregisteret ble offentliggjort første gang i 2013, har avdelinger kunnet dra nytte av hverandres behandlingssuksess. CP registeret har avdekket store andeler NPR feilkoding i sykehuspraksis. Mange av kvalitetsregistrene sliter likevel med effektiv drift. Mye av arbeidet er fortsatt papirbasert. Her er det jobb å gjøre slik at skjema, registrering og resultater kan bli hammer og tang i den kliniske verktøykassa.

Søte ungdomsspøkelser

Er du diabetiker? Ikke les dette… "Diabeteskardiomyopati," sa Leif Brunvand. "En årsak til plutselig uventet død ved diabetes?" Vibeke Gagnum fra Ullevål fulgte opp: "Standardisert mortalitetsrisiko (SMR) =1 betyr at dødsrisikoen er den samme som i bakgrunnsbefolkningen," sa hun. "Ved diabetes er SMR for suicid 2, for hjerte-karsykdom 12! Før 30 års alder er likevel den hyppigste dødsårsaken ketoacidose. Det som dreper diabetikere er ikke det lave, men det høye blodsukkeret!"

Og slik, med spøkelser ulende rundt i salen, ble grunnen beredt for Kristin Hodnekvam som skulle snakke om diabetes hos ungdom, og overgang fra barneavdeling til voksenavdeling. "Ungdommen er en fase med dårlig utviklet prefrontal cortex," forklarte hun. "Evne til planlegging og konsekvenstenkning er ikke fullt utviklet." I denne fasen kan følgene bli alvorlige hvis oppfølgingen glipper. På landets barneavdelinger har 91% av diabetespasientene samme lege hver gang, på voksenavdelingene er tilsvarende tall 64%. Det kan være mye helse å hente i at stadig flere barneavdelinger beholder diabetikerne sine til prefrontal cortex er noe bedre utviklet!

Heterozygot ABCA3-mutasjon

Vet du ikke hva dette er? Da skulle du vært på Vårmøtet! LIS Cathrine Overaa stakk av med den gjeve prisen for beste frie foredrag i år med et innlegg om 3 kasuistikker fra Nyfødtintensiv på Rikshospitalet. Alle pasientene hadde respirasjonsbesvær som gikk utover det man kunne forklare ut fra sykehistorien for øvrig. Genetiske prøver viste heterozygot mutasjon i surfaktant-genet (ABCA3) hos alle tre. Tidligere har man trodd at det kreves homozygot mutasjon i genet for å få klinisk relevant surfaktantmangel. Nyfødtmiljøet på Rikshospitalet mener på bakgrunn av disse kasuistikkene at det er grunn til å mistenke at også heterozygot ABCA3-mutasjon kan føre til alvorlig respirasjonsbesvær i nyfødtperioden.

Barnas leikaring – høyt tempo

Æres den som æres bør!

Kremet hummersuppe, Peer Gynt og Mor Åse, filet av dåhjort, tyttebærkokte pærer og hyggelige nye bekjentskaper rundt bordet til tross: Det som gjorde størst inntrykk på festmiddagen i Ibsenhuset torsdag 4.juni, var verken maten eller de innleide skuespillerne, men Barnelegeforeningens nye æresmedlem. Jon Steen-Johnsen har vært en del av Barneavdelingen i Telemark i en mannsalder, og deltar fortsatt i undervisning og møter etter at pensjonsalderen er passert med god margin. At verken hode eller fingre har pensjonert seg, beviste han til gangs med imponerende fløytespill og en nydelig takketale.

Fredag

Da Robinson Crusoe strandet på en øde øy, møtte han Fredag. Da Vårmøtet 2015 gikk mot slutten, møtte vi Randi Dovland Andersen, Andreas Ohlin, Berit Flatø og TAKO-senteret. Vi fikk lære om smertevurdering av preverbale barn som aldri har vist effekt i klinisk praksis, munnhelse og funksjon hos barn med kroniske diagnoser og reumatologisk sykdom som årsak til febertilstander hos barn. "Barn og unge skal ikke ha stive håndledd! Her er det mye doctors delay, " sa Berit Flatø. Noen av tilhørerne hadde blitt litt stive både i kropp og hode på dette tidspunktet, og slet litt med de mange forkortelsene(PFAPA, DITRA, CANDLE, TRAPS). Men mange vil nok ta Borrelia-prøver ved artritt heretter, og huske på at det er lurt å lete blant de autoinflammatoriske tilstandene når pasienten har tilbakevendende feber, artritt/artralgi, utslett og CNS-affeksjon.

Selv bakterier som har gått over i sporestadium, kan vekkes til live. Men at et foredrag om renhold skulle være det vi husker best fra en vårmøtefredag, kom litt overraskende. "Må vi bevise at ting blir renere når man skrubber?" Sa Andreas Ohlin – mannen som har vunnet det svenske Forsker Grand Prix og fått tusenvis av sykepleiere til å diskutere hygienetiltak på facebook på fritiden. Så viste han bilde av en gjørmete bil. -Nja, men det er faktisk bevist, var konklusjonen. Har vi mye infeksjoner, kan vi gjøre noe med det. Kateterbasert sepsis kan forebygges ved å bruke nålefri injeksjonsmembraner på alle innganger – populært kalt "hub". Om sykepleierne skrubber injeksjonsmembranen i 15 sekunder etterfulgt av 30 sekunders tørking før hver bruk, forsvinner tilfellene av sepsis med koagulasenegative stafylokokker nesten helt, i følge Ohlin. Salen var fanget. "Scrub the hub!" kunne neppe vært et Ibsen-sitat. Men det svingte så mye at vi ikke kunne motstå trangen til å kjøre innom en vaskehall på vei hjem!

Oppfølger

Neste Vårmøte blir i Hammerfest 1-3. juni 2016. Hold av datoen! Men før den tid, må alle huske Pediaterdagene som arrangeres av OUS og Ahus i samarbeid 20-22. januar 2016. Vi sees!

Barnelege Jon Steen-Johnsen hedres som æresmedlem i NBF av avtroppende leder Jan Petter Odden.

Avtroppende leder i NBF Jan Petter Odden hedres av salen for et fantastisk godt og engasjerende arbeid i NBF-styret den siste 2-års perioden.

iGRO er et nytt nettbasert medisinsk hjelpemiddel for barneleger/sykepleier som jobber ved sykehus.

iGRO skal hjelpe deg å vurdere barnets respons på veksthormonbehandling ved behandlingsstart. Dette kan gi pasienten og foresatte realistiske forventninger til vekstresultater både på kort og lang sikt.[1,2] I tillegg kan iGRO hjelpe deg å overvåke effekten av veksthormonbehandlingen ved å sammenligne barnets estimerte og reelle vekstrespons år for år.

Ønsker du tilgang til iGRO eller mer informasjon, send SMS med kodeord IGRO til 2242, skann QR-koden eller gå inn på www.pfizer.no/igro.

Pfizer

iGRO Individual Growth Response Optimisation

PP-GEN-NOR-0008

Referanser: 1. Wit JM et al. Horm Res Paediatr 2013;79:257–70. 2. Ranke MB et al. J Clin Endocrinol Metab 1999;84:1174–83.

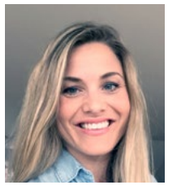
Paidos presenterer:
Det nye NBF styret

Ved Vårmøtet i Skien 2015 takket Ingebjørg Fagerli, avtroppende leder Jan Petter Odden, for et engasjerende og svært aktivt arbeid som leder for NBF-styret i perioden 2013-2015. Samtidig takket hun Ellen Annexstad og Eirik Borge Skei for et lengre og dyktig styreverv. Ingebjørg Fagerli tiltrer nå som ny leder i NBF. Styret har fått tre nye medlemmer, Ketil Størdal (nestleder), Eirin Esaiassen (økonomiansvarlig) og Kari Holte (sekretær). Vi ser alle frem til en spennende styreperiode.

Ingebjørg Fagerli (leder)
leder@barnelegeforeningen.no
Cand. med. fra Universitetet i Trondheim 1984. Begynte på Barneavdelingen i Bodø i 1987. Ferdig spesialist i barnesykdommer 1993 etter gruppe 1 tjeneste på Rikshospitalet. Overlege i Bodø fra 1994. Er nå igjen seksjonsoverlege på nyfødt-intensiv der etter 4 år som avdelingsoverlege. Faglige hovedinteresse er nyfødtmedisin, perinatalmedisin, barnekardiologi og enurese. Holder på med et forskningsprosjekt om perinatalomsorg i Nordland. Også tidligere styremedlem i Barnelegeforeningen og redaktør av NBF-nytt 1994-1997. Leder av spesialitetskomiteen i barnesykdommer fra 2008 -13 og dermed opptatt av å sikre kvalitet i spesialistutdanningen.

I fritiden trives jeg best ute i skog og mark, gjerne på en fjelltopp, med en god bok i godstolen, eller på kjøkkenet med tilberedning av et godt måltid for familie og venner.

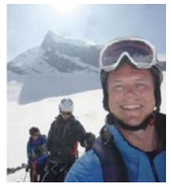
Ketil Størdal (nestleder)
nestleder@barnelegeforeningen.no
Utdannet fra UiO i 1991, spesialist i pediatri i 2000. Har arbeidet ved Sykehuset Østfold Fredrikstad, Rikshospitalet og Ullevaal, med hovedinteresse gastroenterologi. PhD i 2006. Arbeidet internasjonalt i Botswana, Tanzania og Sierra Leone. Fra 2011 delt stilling som forsker ved Folkehelseinstituttet og i klinikk ved SØF. Bor i Fredrikstad. Habil musiker og sanger(!), gift og to døtre.



Eirin Esaiassen (økonomiansvarlig)
kasserer@barnelegeforeningen.no
Cand.med. ved UiT i 2007. Begynte som LIS ved Barneavdelingen UNN Tromsø etter endt turnustjeneste. Fra vår 2014 vært stipendiat i forskningsgruppe for pediatri/infeksjon hvor hun holder på med en multisenterstudie om tarmfloraen til premature barn. Bredt faglig interessert. Gift. 2 barn.

Synne Sandbu (høringsansvarlig)
horinger@barnelegeforeningen.no
Synne Sandbu f. 1946, er cand. med. fra Universitetet i Oslo 1973. Turnustjeneste ved Kristiansund sjukehus og Sel distrikt. Hun er spesialist i barnesykdommer fra 1990 og viste tidlig interesse for tropemedisin og tok diplom i tropemedisin i Liverpool i 1977. Synne har en allsidig bakgrunn med bl.a. to år utdanning i kirurgi, arbeidet i 8 år i primærhelsetjeneste i Bangladesh, samt 6 år i norsk sykehuspediatri. Hun har vært ansatt i 22 år ved Folkehelseinstituttet, og er overlege ved avdeling for vaksine, med barnevaksinasjonsprogrammet som viktigste arbeidsoppgave. Synne er engasjert i samfunnshelse, inkludert internasjonale helsespørsmål og misjonshelsetjeneste, og har hatt noen styreverv.

Kari Holte (sekretær)
sekretaer@barnelegeforeningen.no
Cand. med. fra Universitetet i Oslo 2001. Begynte som LIS i anestesi i 2003, men ble fanget under sideutdannelse i pediatri i 2007. Spesialist i barnesykdommer fra 2013. Overlege ved barneavdelingen i Fredrikstad. Faglig potet med ekstra interesse for barnekardiologi, nyfødtmedisin og internasjonal helse. Gikk Norge på langs på ski i 2005. Diplom i tropemedisin fra London 2006. Forskningsprosjekt på nyfødtresuscitering i Tanzania fra 2015. Mamma til to flotte jenter.



Jan-Magnus Aase (møtesekretær)
motesekretaer@barnelegeforeningen.no
Vokste opp i Oslo. Utdannet ved Universitetet Erlangen-Nürnberg i Bayern, Tyskland, ferdig 2003. Fra 2002-2008 har han jobbet på barneavdelingen samt ett år på anestesiavdelingen ved Haugesund sykehus. Deretter syv år på Barneklinikken i Bergen og nå som overlege på nyfødtintensiv i Ålesund. Interesseområder er neonatologi, akuttmedisin og barnekardiologi. Han er også engasjert i ferdighetstrening. Tilbringer ellers gjerne mye tid på vann og til fjells, både sommer og vinter.

Zanira Ansari (webredaktør)
pedweb@barnelegeforeningen.no
Cand. med. ved Universitetet i Oslo 2009. Tredelt turnustjeneste ved Akershus Universitetssykehus (medisin/pediatri/kirurgi). Disktriktstjeneste ved Skårer Legesenter. Fra 2011 LIS ved Barne- og ungdomsklinikken (BUK) ved Akerhus Universitetssykehus. Tillitsvalgt for LIS gruppen ved BUK. Bred faglig interesse. Gift og mor til en liten gutt

Ida Knapstad (sosiale medier)
some@barnelegeforeningen.no
Cand. med. fra NTNU Trondheim i 2008. LIS ved barneavdelingen UNN Tromsø fra høsten -10, og var en periode tillitsvalgt for YLF. Fra april 2013 LIS og senere konstituert overlege ved barneavdelingen i Drammen, Vestre Viken HF. Bredt faglig interessert, med et engasjement for internasjonal barnehelse, kvalitetsarbeid i helsetjenesten og informasjonsutveksling på sosiale media. Tilbringer aller helst frihelger på fjellet.

Anders Bjørkhaug (Paidosredaktør)
paidos@barnelegeforeningen.no
Anders Bjørkhaug ble uteksaminert fra universitetet i Debrecen, Ungarn, i 2002. Grodde fast i Sogn og Fjordane etter turnustjeneste der, og påbegynte spesialisering i barnesykdommer ved Barneavdelinga, Førde Sentralsjukehus. Ferdig spesialist i 2009 etter sentral tjeneste ved Barneklinikken i Bergen, og returnerte da til overlegestilling ved barneavdelinga i Førde. Jobber i hovedsak med generell pediatri, ekstra fokus på lunge- og infeksjonssykdommer. Revidere 5te utgave av Haga's Hverdagspediatri med utgivelse i 2009. Arbeidet en kort periode som avdelingssjef ved barneavdelinga i Førde, men returnerte til full klinisk stilling i 2014. Har fungert som Paidos redaktør siden vinteren 2014, og håper på rikelig med bidrag fra kollegiet for å opprettholde det gode nivået på bladet. Fritidssysler og interesser; helst i den store vestnorske naturen, helst med brede ski på beina og helst med hele familien.

Velkommen til Pediaterdagene 2016

AHUS/OUS 20. - 22. januar 2016

Det er en glede på nytt å arrangere Pediaterdager i Osloregionen. En komitee med medlemmer fra både AHUS og OUS har laget et faglig og sosialt program som vi tror favner de fleste. Det faglige programmet spenner fra barns rett til helsehjelp, avansert epi-genetikk, nevrologi, nyfødtmedisin og interaktiv akuttpediatri.

Utenlandske foredragsholdere: John Lantos (USA), Moshe Szyf (Canada), Stephen Suomi (USA), Jim Padbury (USA), Johan van Goudoever (Nederland) og Richard Chin (Skottland).

Det sosiale programmet blir spesielt med "Get together" på Stortorvets Gjæstgiveri og middag på Tjuvholmen Sjømagasin.
Forkurset for LIS er simuleringstrening,
NB! kurset blir raskt fulltegnet.

SPISS kurset er et grunnleggende kurs i pediatrisk farmakologi. Dette er en del av et EU prosjekt "*GRIP Roadshow*". Møtet er gratis, men påmelding ønskes (*www.grip-network.org*).

Program

- Forkurs LIS leger: Simuleringstrening
- Interessegruppemøter
- Barns Rett til Helsehjelp
- Nevrobiologiske, molekylære og epigenetiske konsekvenser av uheldige barndomsopplevelser
- Nyfødtmedisin: Familiesentrert behandling, Ernæring av de minste premature
- Akuttmedisin: Behandling av kritisk sykt barn, en interaktiv sesjon
- Nevrologi: Behandling av status epileptikus
- Forskning i Osloområdet
- Frie foredrag
- Styrets time

Følg med på pedweb.no

Barneombudet kommer – kommer du?

Akershus universitetssykehus

Oslo University Hospital

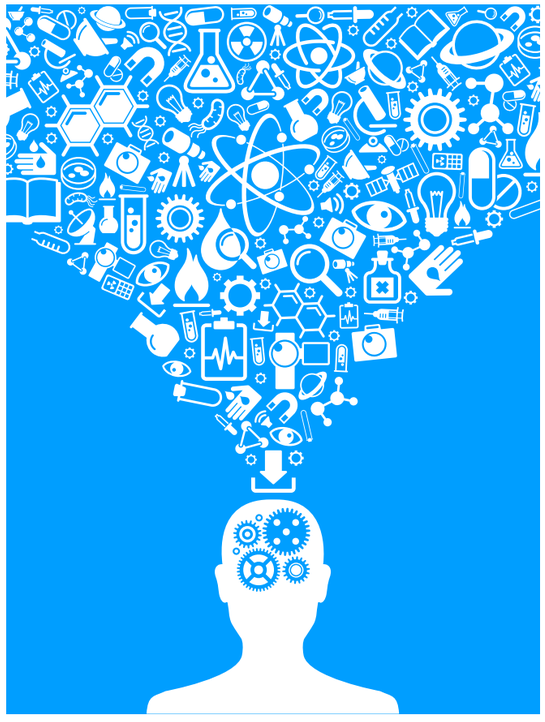
Tilrettelegging av videre- og etterutdanningen på Barneavdelinger i Norge

– en spørreundersøkelse

AV CLAUS KLINGENBERG BARNE- OG UNGDOMSKLINIKKEN, UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE OG FORSKNINGSGRUPPE PEDIATRI, DET HELSVITENSKAPELIGE FAKULTET, UNIVERSITETET I TROMSØ
OG **UNNI METTE STAMNES KÖPP** BARNE- OG UNGDOMSAVDELINGEN, SØRLANDET SYKEHUS

Introduksjon

Videre- og etterutdanning er viktig for å opprettholde faglig kompetanse blant overleger og legespesialister. Det er vist at etterutdanningstiltak som kurs, konferanser, arbeidsgrupper eller seminarer kan føre til forbedring av profesjonell praksis og en bedring i helserelaterte utfall for pasienten[1]. Aktive læringsformer gir trolig mer utbytte en passive[2]. I 2013 leverte en arbeidsgruppe nedsatt av Legeforeningen en rapport som het "Utredning av legespesialisters etterutdanning"[3]. I denne rapporten hevdes det at dagens rammebetingelser er utilstrekkelige for å sikre like rettigheter og reelle muligheter for etterutdanning. Tidligere finansierte legemiddelindustrien mange legers deltagelse på internasjonale kurs og kongresser, men nye regler gjeldende fra januar 2012 regulerte og begrenset denne virksomheten[4]. Helseforetakene har imidlertid, i henhold til avtaleverket, forpliktet seg til å legge til rette for at den enkelte lege skal kunne gjennomføre en kontinuerlig kompetanseutvikling, bl.a. gjennom deltagelse i fagutvikling, undervisning, veiledning, faglige møter og forskning[5]. Presset økonomi og drift gjør dette utfordrende. I Sverige har man over de siste 10 årene sett en negativ utvikling der legespesialister i stadig mindre grad får anledning til å delta på kompetanseutvikling, kurs og konferanser[6]. Den norske levekårsundersøkelsen viste at leger fra 1990-tallet til 2000-tallet deltok i mindre grad på kurs og kongresser, men brukte mer tid på å lese faglitteratur[7].



I regi av kvalitetsutvalget i Norsk barnelegeforening har vi gjennomført en spørreundersøkelse blant overleger/spesialister ved barneavdelingene i Norge. Målet med undersøkelsen var å kartlegge hvordan videre- og etterutdanningener tilrettelagt for overleger/legespesialister i pediatri i Norge.

Materiale og metode

I slutten av august 2014 ble det sendt en elektronisk spørreundersøkelse (SurveyMonkey) via epost til alle avdelingsoverleger på barneavdelinger i Norge. De ble anmodet om å distribuere den videre til alle bakvakter/overleger/spesialister i pediatri på egen avdeling. Vi spurte om bakgrunnsinformasjon (alder, kjønn, region), hvor mange kurs/møter man hadde deltatt på siste året og hvor mange av disse som ble dekket av arbeidsgiver, om arbeidsgiver tillot deltakelse på møter i regi av legemiddelindustrien, hvordan overlegepermisjon ble gjennomført og til slutt om hvor fornøyd respondenten var med mulighetene for videre- og etterutdanning på egen avdeling. Svaralternativer var enten avkrysning eller fritekst. I november 2014 ble det sendt en 1. purring.

Resultater

Bakgrunnsinformasjon

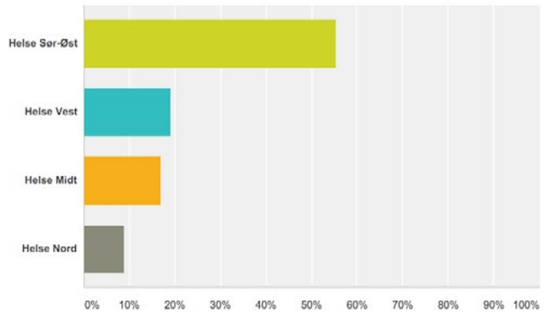
205 leger besvarte undersøkelsen, 140 etter første epost og 65 etter purring. Noe over halvparten av respondentene (n=110) var kvinner. Rundt 2/3 var i alderen 40-59 år.

Fordelingen av svar fra de forskjellige helseregionene gjenspeiler størrelsen på helseforetakene (Figur 1). I figur 2 vises antall års erfaring som overlege/legespesialist i pediatri blant respondentene. Nesten 40 % hadde 0-9 års erfaring mens litt over 30 % hadde 10-19 års erfaring.

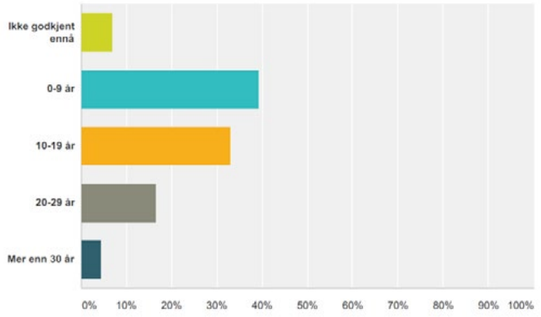
Deltagelse på møter og kurs

Figur 3 og 4 viser hvor mange kurs deltagerne angir de får dekket i henholdsvis Norge og utlandet i året. Noe over halvparten (56 %) av respondentene fikk tillatelse av arbeidsgiver å delta på møter i regi av legemiddelindustrien i Norge, mens kun 1/3 (34 %) fikk tillatelse av arbeidsgiver å delta på møter i regi av legemiddelindustrien i utlandet. De fleste (83 %) svarte at de får tillatelse av arbeidsgiver å delta på alle faglige møter i Norge hvis de er medlem av nasjonale faggrupper.

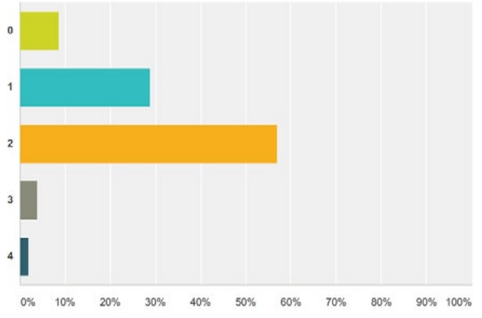
Figur 1: Fordelingen av svar fra de forskjellige helseregionene



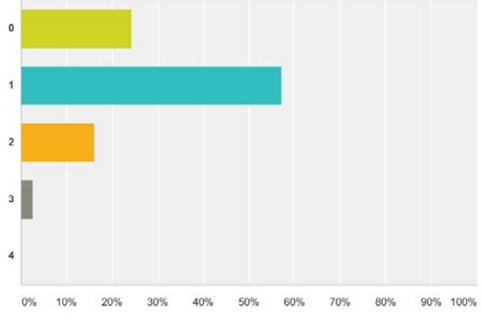
Figur 2: Antall års erfaring som overlege/legespesialist



Figur 3: Hvor mange faglige kurs/møter (varighet ≥ 2 dager) i Norge får du dekket av din avdeling i året?



Figur 4: Hvor mange faglige kurs/møter (varighet ≥ 2 dager) i utlandet får du dekket av din avdeling i året?



Overlegepermisjon

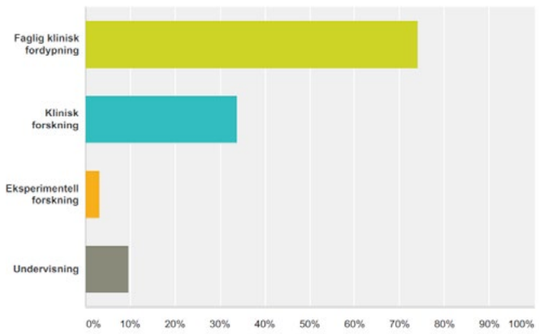
Blant deltagerne i spørreundersøkelsen hadde 28 % aldri hatt overlegepermisjon, mens litt over halvparten hadde hatt overlegepermisjon siste 3 år. Den siste overlegepermisjon hadde vært avviklet på det stedet der man bodde/arbeidet hos 67 %, mens 17 % hadde vært på annet sted/sykehus i Norge og 16 % hadde hatt overlegepermisjon i utlandet. Figur 5 viser innhold i sist avviklede overlegepermisjon. Hele 89 % svarte at den siste overlegepermisjonen hadde svart til deres forventninger.

Videre- og etterutdanning på egen avdeling

Vi spurte hvor fornøyd overlegene var med mulighet for videre- og etterutdanning på egen avdeling. Rundt 10 % var veldig godt fornøyd, 60 % var godt fornøyd, 27 % var ikke godt fornøyd og 3 % var veldig misfornøyd. På spørsmål om hva man mente burde forbedres har vi oppsummert fritekstsvar som tematisk gikk igjen:

- Kurs og konferanser bør betales av arbeidsgiver; minimum at det finnes en kurspott der man kan søke
- Det bør gis mulighet for deltagelse på møter arrangert av legemiddelindustrien; svært mange av dem har godt faglig innhold og det er ellers ikke lett å få dekket dyre kurs
- Ledelsen bør ha mer fokus på fag og ikke bare drift og økonomi
- Det bør utarbeides langsiktig plan for hva som trengs og ønskes av videre- og etterutdanning
- Krav om opprettholding av spesialistgodkjenning bør innføres
- Det bør være mulighet for og evt. krav om hospitering ved andre avdelinger hvis man jobber på mindre avdelinger
- Det bør budsjetteres for fravær fra avdelingen på grunn av avvikling av overlege-permisjoner; vikar under overlegeperm må være obligatorisk
- Faglige krav til innholdet i overlegepermisjonen bør innføres/gjennomføres
- Det bør være bedre mulighet for klinisk forskning fortløpende/kvalitetssikring
- Man bør legge bedre til rette for refleksjon, tilbakemelding og kontinuerlig læring i daglig drift

Figur 5: Innhold i siste overlegepermisjon



På spørsmål om hva som man mente fungerte bra med videre- og etterutdanning har vi oppsummert fritekstsvar som tematisk gikk igjen:

- Vanligvis greit å få dra på kurs
- God mulighet til overlegepermisjon
- Bra forskningsmiljø
- Godt kollegialt samarbeid

Diskusjon

Over 1/3 av alle yrkesaktive spesialister i pediatri som arbeider i Norge (n=604, mars 2015) besvarte undersøkelsen[8]. Vi mener at studien avdekker flere interessante funn om videre- og etterutdanning blant overleger/legespesialister ansatt ved norske barneavdelinger. Oss bekjent er det tidligere ikke gjort tilsvarende undersøkelser i Norge spesifikt innen fagområdet pediatri.

I avtalen mellom Spekter og Legeforeningen står det at overleger og legespesialist gis permisjon med full lønn etter arbeidsplan i inntil 10 dager per år til kurs, kongresser og møter[3]. Majoriteten av respondenten i vår studie fikk dekket to eller flere kurs i Norge i året, men omtrent 1/3 svarte at de kun fikk dekket ett eller ingen kurs av arbeidsgiver. Spesialisthelsetjenestelovens § 3-10 sier at "Virksomheter som yter helsetjenester som omfattes av denne loven, skal sørge for at ansatt helsepersonell gis slik opplæring, etterutdanning og videreutdanning som er påkrevet for at den enkelte skal kunne utføre sitt arbeid forsvarlig."[9]. Den enkelte arbeidstaker som opplever at man ikke får permisjon med lønn til minimum 10 dager per år til videre- og etterutdanning kan altså henvise både til avtaleverket og spesialisthelsetjenesteloven når man forhandler med sin arbeidsgiver.

Det var omtrent ¼ som anga at de ikke fikk dekket kurs eller kongresser i utlandet. Dette er en relativt høy andel når man tar i betraktning at nærmest alle større møter og kongresser i pediatri avholdes utenfor Norge. Deltagelse på slike møter er en viktig måte å holde seg oppdatert innen eget fagområde samt for å knytte viktige internasjonale faglige kontakter. Det var imidlertid fortsatt mange av de spurte som fikk tillatelse av arbeidsgiver til å delta på møter i regi av Legemiddelindustrien i utlandet. Dette på tross av at avtalen mellom Legemiddelindustrien og Legeforeningen beskriver at arrangementer/symposier rettet mot norske leger som hovedregel skal finne sted i Norge. Unntak er arrangementer som er rettet mot leger fra flere land, forutsatt at antall norske deltakere står i et rimelig forhold til antall deltakere fra andre land[4]. Vi mener det er uheldig at det er forskjeller i praksis mellom helseforetak på dette området. Arbeidsgiver bør se betydningen av internasjonalt samarbeid og faglige nettverk, som nødvendiggjør at man må reise til utlandet.

Legeforeningen inngikk allerede i 1953 en avtale med Kommunenes sentralforbund der fast ansatte overleger fikk rett til sammenhengende lønnet permisjon i fire måneder for videreutdanning og "faglig ajourhold" hvert femte år. Formålet med permisjonen var blant annet at overlegene skulle kunne hospitere ved andre sykehus i inn- eller utland og lære seg ny metodikk og teknikk[3]. Rundt ¼ av de som svarte på vår undersøkelsen hadde ennå ikke opparbeidet seg rett til permisjon. De som hadde hatt permisjon var gjennomgående svært fornøyde med innholdet i egen permisjon. Rundt 2/3 hadde gjennomført faglig fordypning, mens rundt 1/3 hadde vært involvert i forskning. Det var imidlertid kun 1/3 av de som hadde avviklet overlegepermisjon som hadde vært utenfor eget sykehus (halvparten av disse hadde vært i utlandet). Man kan spørre seg om ikke en større andel burde reist bort fra eget sykehus i permisjonsperioden for å hente nye impulser? Hospitering på andre sykehus er ellers angitt som noe flere av våre respondenter mente burde benyttes i større grad. I en tidligere undersøkelse var den viktigste grunnen til ikke å ta ut overlegepermisjon vanskeligheter med å rekruttere vikar, og flere kvinnelige enn mannlige overleger hadde vanskeligheter med dette[10]. Avtaleverket gir ikke rom for å ansette vikar i overlegepermisjonstiden, og spesielt små seksjoner og avdelinger blir dermed ekstra utsatt for bemanningsproblemer i forbindelse med at kolleger avvikler overlegepermisjon. Dette ble også påpekt av flere i vår spørreundersøkelse, og det er kjent at overleger unnlater å ta ut utdanningspermisjonen på grunn av lojalitet til arbeidsplassen[7]. Vi anbefaler at det etableres ordninger der avdelinger kan ansette vikar i forbindelse med slike permisjoner.

Deltagerne i vår spørreundersøkelse hadde mange forslag om hvordan videre- og etterutdanningen kunne forbedres. Kontinuerlig fokus på kvalitetssikring, undervisning og klinisk forskning anses som sentralt for å opprettholde kompetansen. Noen av forslagene omhandlet behov for en langsiktig plan for videre- og etterutdanning samt krav til opprettholdelse av spesialistgodkjenningen. I Västra Götaland helseregion i Sverige er det utviklet et program for kontinuerlig profesjonell utvikling med vaktgående spesialister i barnesykdommer som primær målgruppe. Programmet ble utviklet etter en behovsundersøkelse blant 26 vaktgående legespesialister, går over to år og omfatter 14 læringsmoduler inkludert APLS, sosialpediatri og etikk[11].

Samlet sett var omtrent 2/3 av respondenten godt eller veldig godt fornøyd med mulighet for videre- og etterutdanning på egen avdeling, mens omtrent 1/3 var misfornøyd eller svært misfornøyd. Det er altså et betydelig sprik i oppfattelsen av denne viktige ordningen på norske barneavdelinger. Vi mener at flere av funnene i vår spørreundersøkelse er godt egnet til å brukes som grunnlag for diskusjon og forbedring på egen avdeling.

Referanser

1. *Forsetlund L et al. Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009: CD003030*
2. *Davis D et al. Impact of formal continuing medical education: do conferences, workshops, rounds, and other traditional continuing education activities change physician behavior or health care outcomes? JAMA1999; 282: 867-874.*
3. *"Utredning av legespesialisters etterutdanning". Rapport Legeforeningen. Sak 9.2 landsstyremøtet juni 2013*
4. *Avtale mellom Legemiddelindustriforeningen og Den norske legeforening om retningslinjer for samarbeid og samhandling mellom leger, Legeforeningen og legemiddelindustrien. http://legeforeningen.no/Om-Legeforeningen/Organisasjonen/dnlf-lover/avtale-legemiddelindustriforeningen/*
5. *Overenskomstens del A2 mellom Spekter og Legeforeningen. http://legeforeningen.no/Emner/Andre-emner/Avtaler/Avtalearkiv/Spekter/spekter-10/overenskomstens-del-a2-mellom-spekter-og-legeforeningen/*
6. *Fortbildningsenkät 2012, Sveriges läkarförbund. https://www.slf.se/Karriar-och-utbildning/Fortbildning-och-kompetensutveckling/Fortbildningsenkat/*
7. *Nylenna M, Aasland OG. Doctors' learning habits: CME activities among Norwegian physicians over the last decade. BMC Medical Education 2007; 7:10.*
8. *Godkjente spesialister 4.3.15. http://legeforeningen.no/Emner/Andre-emner/Legestatistikk/Spesialister/Historikk-antall-spesialister/godkjente-spesialister-per-4-3-2015/*
9. *Lov om spesialisthelsetjenesten. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61*
10. *Aasland OG, Rosta J. Hvordan har overlegene det? Overlegen, April 2011*
11. *Wekell P, Aspegren K, Holmgren D. Devising a competency-based continuing professional development programme to meet the needs of on-call consultant paediatricians. Acta Paediatrica 2014; 103: 320-330.*

Nasjonalt kompetansenettverk for legemidler til barn

Aktuelt fra Nettverket

Nasjonalt kompetansenettverk for legemidler til barn bør være kjent for leserne av Paidos. Vi arrangerer blant annet to seminarer i året, ett om våren og ett om høsten. Vårseminaret i Oslo er åpent for alle og skal sette søkelys på et tema eller en problemstilling som Nettverket mener trenger mer fokus. Høstseminaret på Solstrand utenfor Bergen er internt for medlemmene av Nettverket, det vil si primært for medlemmene av de lokale legemiddelutvalgene.

Vårseminaret 2015

Årets vårseminar den 2. juni 2015 hadde tittelen «Legemidler til barn». Med dette ville vi sette fokus på barns særstilling med utstrakt bruk av legemidler uten, og/eller utenfor de vanlige ordningene myndighetene har sagt skal gjelde for offentlig godkjenning av legemidler i Norge. Vi reiste noen spørsmål: Hvorfor har vi det slik? Hvilke «hjelpetiltak» har vi iverksatt? Hvilke «grep» kan myndighetene ta for å få barns bruk av medisiner inn i mer normale regulatoriske rammer? Hva kan legemiddelindustrien bidra med?

Seminaret ble innledet av barnelege og professor Thor-Willy Ruud Hansen som satte søkelys på utvikling av medikamenter til barn i et historisk perspektiv, samt tok for seg særegenheter ved barns farmakoterapi. Videre ble det reist spørsmål om hvorfor alternative reguleringsmekanismer for barns farmakoterapi har vokst frem, og hvorfor det regulatoriske systemet for legemidler til barn er så åpenbart utilstrekkelig, og ikke minst - hvordan ønsker vi at dette skal fungere? Kan vi fortsette å la uoffisielle systemer regulere noe som er så viktig? Et panel bestående av Siri Wang og Steinar Madsen, begge fra Legemiddelverket, Claus Klingenberg fra Norsk Barnelegeforening og Kurt Østhuus Krogh, barnelege ved St. Olav og Norsk elektronisk legehåndbok forsøkte å gi noen svar til den spente forsamlingen.

Det ble en god diskusjon om barns «annerledeshet» i forhold til bruk av legemidler og myndighetsgodkjenning av denne. Wang presenterte oversiktlig hva det betyr at legemidler er uregistrerte eller blir brukt off-label. Madsen fulgte opp med å snakke om lovligheten av slik bruk og om legemiddelmyndighetenes forventninger til de som forskriver slike legemidler, de som gir råd om bruk og de som utarbeider retningslinjer. Klingenberg og Krogh tok frem sentrale tema om utarbeidelse og bruk av deres respektive veiledere/håndbøker.

Jurist Aadel Heilemann ved Legeforeningen bidro til debatten ved å gå gjennom ansvarsforhold for leger når legemidler blir brukt uten eller utenfor godkjenning. Heilemann tok også opp relevante pasientskadesaker og saker som har gått i rettssystemet, med fokus på konsekvenser for den enkelte lege og for arbeidsgivere/organisasjoner.

Karen Marie Ulshagen fra Legemiddelverket og Linn Camilla Svenningsen fra Legemiddelindustriforeningen (LMI) snakket om hvorfor vi rent faktisk har de legemidlene vi har på det norske markedet, eller like gjerne: hvorfor har vi ikke alle de legemidlene vi kunne ønsket oss? Dette ble det også debatt av, regulatoriske snubletråder og økonomiske perspektiver kan være vanskelig å begripe for oss som er nærmest pasienten!

Det vokste frem en gryende forståelse i forsamlingen at dette burde vi absolutt forsøke å få gjort noe med. Nettverket tok derfor på seg oppgaven med å lage et forum eller en plattform hvor myndighetene, industrien og klinikerne kan møtes for å forsøke å tette noen av disse hullene som vårseminaret så fint avdekket. Første skritt i den retning er tatt, vi i Nettverket har invitert representanter fra Norsk Barnelegeforening, Legemiddelverket og LMI til å delta i et møte der vi diskuterer en reell sak, med det mål å få relevante legemidler med barnegodkjenning på det norske markedet. Vi har fått positiv respons, og vi skal definitivt holde Paidos sine lesere oppdatert om utviklingen!

Alle presentasjonene fra vårseminaret kan leses på Nettverket sine sider: www.legemidlertilbarn.no

Solstrandseminaret 2015

Temaet for høstens Solstrandseminar er "Klinisk utprøving ved norske barneavdelinger" og "Barnenevrologi og epilepsi". Dette er Nettverkets interne seminar, og skal gi påfyll og inspirasjon til de som er i barneavdelingenes Legemiddelutvalg, og dessuten skape gode kontakter, personlig kjemi og bindinger mellom fagpersoner som har behov for å kjenne hverandre. Alle landets barneavdelinger har slike utvalg. Avdelingssjefene bes hermed forstå viktigheten av at nettopp deres avdeling er adekvat representert!

Forskning og fremskaffelse av en bedre kunnskapsbase for vår praksis er et langsiktig tema som vi ikke kan løse «i løpet av høsten». Likevel; vi må erkjenne at viktige deler av barns legemiddelbehandling foregår utenfor den evidensbaserte praksisen som vi anser selvsagt i voksenmedisin. Derfor bør vi som klinikere tenke nøye gjennom hvorvidt vi selv kan bidra til å skyve utviklingen i en positiv retning. «Kunnskapsutvikling» - er dette noe som kun «andre» skal holde på med, eller kan vi i enda større grad finne plass til den type arbeid også innenfor norske barneavdelinger. Vi har invitert flere spennende foredragsholdere til Solstrand og avsatt en hel dag til å fokusere på hvordan vi kan gjennomføre forskning og kliniske utprøvinger på de enkelte barneavdelingene i landet vårt. Vi vil belyse forskningsaktivitet i avdelingene fra ulike vinkler, både strategisk og rent praktisk.

Den siste dagen har vi satt nevrologien i sentrum, med flinke forelesere som skal undervise om epilepsi, spasmer og hodepine, og om den medikamentelle behandlingen av disse tilstandene.

Vi gleder oss til spennende dager på Solstrand. Skulle du ønske du kunne deltatt? Kanskje Legemiddelutvalget ved din avdeling trenger en ny representant, da har du sjansen.

Alle presentasjonene fra Solstrandseminaret vil bli lagt åpent tilgjengelig på nettsidene våre, slik at alle kan få glede av dem.

Du finner informasjon om alle våre seminar under fanen Kurs og konferanser på www.legemidlertilbarn.no.

Borte bra, men hjemme best

Hos premature barn med og uten BPD har forebyggende behandling med Synagis vist å signifikant redusere RSV-relatert sykehusinnleggelse.[1]

Synagis injeksjonsvæske er en **FERDIGOPPLØST FORMULERING** med **samme virkestoff** som har vært brukt i over 15 år på verdensbasis.

Ferdigoppløst Synagis gjør forberedelsesprosessen enklere og er mindre tidkrevende enn tørrstoff løst i væske.

Synagis NY formulering - klar til bruk!

VIKTIG SIKKERHETSINFORMASJON VED BRUK AV SYNAGIS[2]
Før oppstart må overfølsomhet overfor virkestoffet, hjelpestoffene (histidin, glysin, vann til injeksjonsvæske) eller overfor andre humaniserte monoklonale antistoffer avklares.
Palivizumab skal gis med forsiktighet til pasienter med trombocytopeni eller annen koagulasjonsforstyrrelse.
Det er ikke utført formelle interaksjonsstudier med andre legemidler.
De mest alvorlige bivirkninger som kan oppstå ved behandling med palivizumab er anafylaksi og andre akutte overfølsomhetsreaksjoner. Vanlige bivirkninger er feber, utslett og reaksjoner på injeksjonsstedet.

REFUSJON
Det kan søkes individuell refusjon. Synagis har ikke forhåndsgodkjent refusjon.

NYHET!

Synagis «AbbVie»
Immunglobulin mot respiratorisk syncytialvirus. ATC-nr.: J06B B16

INJEKSJONSVÆSKE, oppløsning *100 mg/ml:* *1 ml inneh.:* Palivizumab 100 mg, histidin, glysin, vann til injeksjonsvæsker.1
PULVER OG VÆSKE TIL INJEKSJONSVÆSKE, oppløsning *50 mg og 100 mg:* *Hvert sett inneh.:* I) Hetteglass: Palivizumab 50 mg, resp. 100 mg, glysin, histidin, mannitol. II) Ampulle: Vann til injeksjonsvæsker 1 ml. Ferdig tilberedt oppløsning har konsentrasjon 100 mg/ml.
Indikasjoner: Forebygging av alvorlige nedre luftveisinfeksjoner som krever sykehusinnleggelse forårsaket av respiratorisk syncytialvirus (RS-virus) hos barn med stor risiko for RS-virussykdom: Barn født i 35. svangerskapsuke eller tidligere <6 måneder i begynnelsen av RS-virussesongen, barn <2 år som har hatt behov for behandling for bronkopulmonal dysplasi i løpet av de siste 6 måneder, barn <2 år med medfødt hjertesykdom som er av hemodynamisk betydning.
Dosering: Anbefalt dosering er palivizumab 15 mg/kg kroppsvekt 1 gang i måneden i perioder med forventet RS-virusrisiko i befolkningen. Volum av tilberedt palivizumaboppløsning (ml) som skal administreres 1 gang pr. måned = [pasientvekt i kg] × 0,15. Når det er mulig, bør 1. dose gis før starten på RS-virussesongen. De påfølgende doser bør gis hver måned gjennom hele RS-virussesongen. Det anbefales at barn som er sykehusinnlagt med RS-virus og som får palivizumab, fortsetter med å få månedlige doser i hele RS-virussesongens varighet. For barn som har gjennomgått koronar-bypassoperasjon anbefales en injeksjon av 15 mg/kg kroppsvekt så snart barnet er stabilt etter inngrepet. Påfølgende doser bør fortsette månedlig gjennom resten av RS-virussesongen for barn som fortsatt har høy RS-virusrisiko. Injeksjonsvolum >1 ml bør fordeles på flere doser. Effekten ved andre doser enn 15 mg/kg, eller ved annen dosering enn månedlig i hele RS-virussesongen, er ikke fastslått.

Tilberedning/Håndtering: *Injeksjonsvæske:* Hetteglass uten konserveringsmiddel klar til bruk (engangsbruk). Skal ikke fortynnes. Skal ikke ristes. Både 0,5 ml og 1 ml hetteglass inneholder et overskudd som tillater opptrekking av hhv. 50 mg og 100 mg. Fjern klaffen til korken på hetteglasset og gummiproppen rengjøres med 70% etanol eller tilsv. Deretter trekkes opp passende volum av oppløsningen i sprøyten. Dosen skal gis rett etter at den er opptrukket i sprøyten. *Pulver og væske til injeksjonsvæske:* Hetteglass uten konserveringsmiddel til engangsbruk. Både 50 mg og 100 mg hetteglass inneholder et overskudd som tillater opptrekking av hhv. 50 mg og 100 mg når det er rekonstituert etter instruksjonene. For rekonstituering fjernes klaffen til korken på hetteglasset og gummiproppen rengjøres med 70% etanol eller tilsv. Vann til injeksjonsvæsker skal tilsettes langsomt langs innsiden av hetteglasset for å begrense skumdannelse. Synagis 50 mg oppløses i 0,6 ml vann til injeksjonsvæsker og Synagis 100 mg oppløses i 1 ml vann til injeksjonsvæsker. Når vannet er tilsatt, holdes hetteglasset litt skrått og roteres forsiktig i 30 sekunder. Både Synagis 50 mg og 100 mg gir 100 mg/ml palivizumab etter rekonstitusjon. Hetteglasset må ikke ristes. Oppløsningen skal stå i romtemperatur i minst 20 minutter inntil oppløsningen er klar. Se for øvrig pakningsvedlegg. ***Administrering:*** Gis i.m., helst anterolateralt i låret, ved bruk av standard aseptisk teknikk. Glutealmuskelen bør ikke rutinemessig brukes som injeksjonssted pga. risiko for skade på isjiasnerven. Injeksjonsvolum >1 ml bør fordeles på flere doser.
Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for innholdsstoffene eller for andre humaniserte monoklonale antistoffer.
Forsiktighetsregler: Allergiske reaksjoner inkl. svært sjeldne tilfeller av anafylaksi, anafylaktisk sjokk og dødsfall er rapportert. Medikamenter til behandling av allergiske reaksjoner bør være tilgjengelig for umiddelbar bruk ved administrering. En moderat til alvorlig akutt infeksjon eller febril sykdom kan berettige utsettelse av bruken, med mindre utsettelsen utgjør en større risiko. En lett febril sykdom som mild øvre luftveisinfeksjon, er normalt ikke grunn for utsettelse av palivizumab. Gis med forsiktighet ved trombocytopeni eller annen koagulasjonsforstyrrelse.
Interaksjoner: For utfyllende informasjon om relevante interaksjoner, bruk interaksjonsanalyse.
Palivizumab forventes ikke å interferere med immunresponsen på vaksiner. Palivizumab kan forstyrre immunbaserte RS-virusdiagnostiske tester, f.eks. noen antigenpåvisningsbaserte analyser. Palivizumab hemmer virusreplikasjon i cellekultur og kan forstyrre virale cellekulturanalyser. Palivizumab forstyrrer ikke reverstranskriptase polymerasekjedereaksjonsbaserte analyser. Analyseforstyrrelser kan føre til falske negative RS-virusdiagnostiske testresultater. Diagnostiske testresultater bør derfor brukes sammen med kliniske funn for å veilede medisinske beslutninger.
Graviditet, amming og fertilitet: Ikke relevant pga. ikke indisert til bruk hos voksne.
Bivirkninger: Mest alvorlig er anafylaksi og andre akutte overfølsomhetsreaksjoner. Feber, utslett og reaksjoner på injeksjonsstedet er vanlig. *Svært vanlige (≥1/10):* Hud: Utslett. Øvrige: Feber. *Vanlige (≥1/100 til <1/10):* Luftveier: Apnè[1]. Øvrige: Reaksjoner på injeksjonsstedet. *Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100):* Blod/lymfe: Trombocytopeni[1]. Hud: Urticaria[1]. Nevrologiske: Konvulsjon[1]. *Ukjent frekvens:* Immunsystemet: Anafylaksi, anafylaktisk sjokk (dødsfall er rapportert i noen tilfeller)[1]. Luftveier: Økt astmafrekvens hos premature (uklar årsakssammenheng)[1].
[1] Identifisert fra overvåkning etter markedsføring.
Overdosering/Forgiftning: En dose på 22,27 mg/kg til ett barn har ikke vist medisinske følger. Doser opptil 85 mg/kg er rapportert, og i noen tilfeller ble bivirkninger rapportert tilsvarende de observert for doser >15 mg/kg. *Behandling:* Pasienten overvåkes for tegn eller symptomer på bivirkninger, og hensiktsmessig symptomatisk behandling settes i gang umiddelbart.
Egenskaper: *Klassifisering:* Palivizumab er et humanisert IgG1k monoklonalt antistoff rettet mot en epitop på det A-antigene setet på fusjonsproteinet til respiratorisk syncytialvirus (RS-virus), og er sammensatt av humane (95%) og murine (5%) antistoffsekvenser. Palivizumab har potent nøytraliserende og fusjonshemmende aktivitet mot både RS-virus type A og B. *Absorpsjon:* Månedlige intramuskulære doser på 15 mg/kg gir etter ca. 30 dagers bruk, laveste serumkonsentrasjoner på ca. 40 mikrogram/ml etter 1. injeksjon, ca. 60 mikrogram/ml etter 2. injeksjon og ca. 70 mikrogram/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. *Injeksjonsvæske:* Skal gis rett etter at dosen er opptrukket i sprøyten. *Pulver og væske til injeksjonsvæske:* Holdbarhet etter rekonstituering er 3 timer.
Pakninger og priser: ***Injeksjonsvæske, oppløsning:*** 100 mg/ml, 0,5 ml (hettegl.) kr 6504,40. 1ml (hettegl.) kr 10909,30. ***Pulver og væske til injeksjonsvæske: 50 mg:*** 1 sett (hettegl. + amp.) kr 5063,30. ***100 mg:*** 1 sett (hettegl. + amp.) kr 8638,60.
Sist endret: 16.07.2015

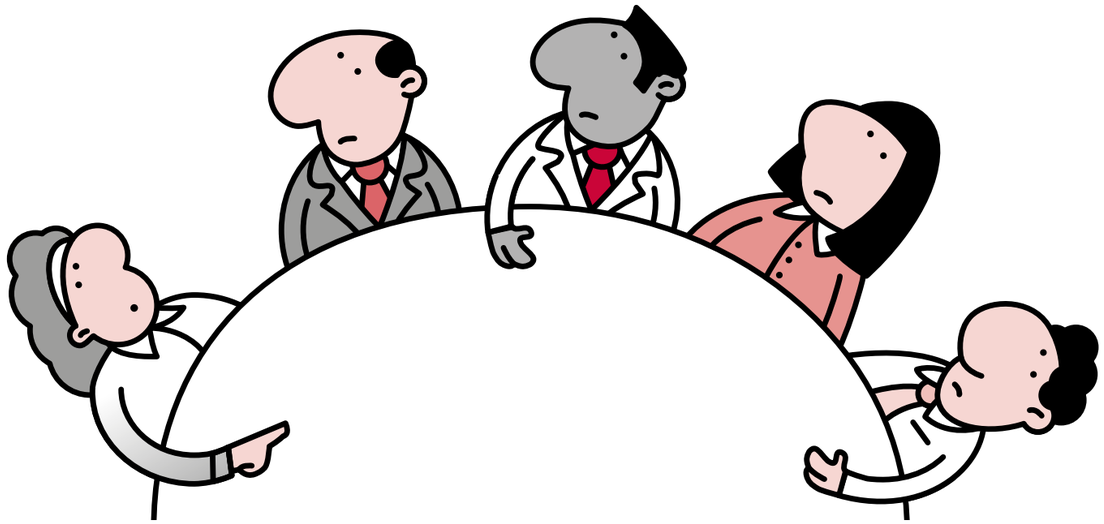
NOSYN150244. THAU

SYNAGIS® PALIZIVUMAB

Referanser: 1) The IMpact-RSV Study Group. Palivizumab, a humanised respiratory syncytial virus monoclonal antibody, reduces hospitalisation from respiratory syncytial virus infection in high-risk infants. *Pediatrics*. 1998;102:531-537. **2)** Synagis SPC godkjent 23.04.2015, http://felleskatalogen.no/medisin/spc-synagis-abbvie-564336.

©2015 AbbVie AS • Postboks 1 • 1330 Fornebu Tlf: 67 81 80 00 • September 2015

abbvie



Rapport fra arbeidersgruppe

NBF – Interessegruppemøter

AV INGEBJØRG FAGERLI LEDER NBF

NBF ønsker å være et overordnet, samlende organ for det norske barnelegemiljøet. Vi har en sykehusstruktur med mange barn- og ungdomsavdelinger av ulik størrelse. Selv om også barnemedisinen blir mer og mer spesialisert, kan og må mange barn tas hånd om av generalister som må ha faglig breddekunnskap.

NBF's interessegruppene utgjør foreningens faglige grunnmur. Møtene er viktige arenaer for å holde fagmiljøene i barnemedisin samlet og rekruttere nye leger til de ulike fagfeltene. Det er et ønske fra styret i NBF at interessegruppene har møte i forbindelse med barnelegemøtene. For noen av gruppene fungerer dette bra, men andre har funnet det mer hensiktsmessig med separate møter, uformelle møter i forbindelse med internasjonale kongresser innen det aktuelle fagområdet, møter i forbindelse med andre samarbeidsmøter osv. Mange barneleger har flere fagområder de interesserer seg for, og de store feltene blir ofte prioritert. Det betyr at det ofte kommer få deltagere på møtene til de mindre interessegruppene, til tross for gode faglige program.

Når flere grupper nå velger å legge møtene utenfor NBF-møtene blir de også mindre tilgjengelige for bl.a. LIS-leger som ennå ikke har valgt fagområde

Etter møte med interessegruppelederne høsten 2014, satte styret i NBF ned en arbeidsgruppe for å se på ulike alternative måter å avholde møter i interessegruppene på med formål å øke deltagelse på møtene i forbindelse med NBF-møter.

Er dagens ordning den beste, eller kan det gjøres endringer for å gjøre møtene mer tilgjengelig for alle og for å bedre oppslutningen for noen av gruppene?

Arbeidsgruppen har bestått av:

- Ingebjørg Fagerli, Bodø, nestleder NBF –leder av gruppen
- Marit Bjørnvåg, OUS, Norsk Barnenevrologisk Forening
- Astrid Rojahn, OUS, Interessegruppe for infeksjonsmedisin og immunsvikt
- Einar Stensvold, OUS, Interessegruppe for onkologi og hematologi

Gruppen har hatt 2 telefonmøter

Sean Wallace, OUS, ny leder i Norsk Barnenevrologisk forening deltok på det siste telefonmøtet.

Hvordan er situasjonen i dag?

Det er 13 interessegrupper med varierende aktivitet. Av disse har gruppen for allergi og lungesykdommer lagt nede, men er nå reetablert.

Vi sendte ut et spørreskjema via e-post til lederne av interessegruppene med spørsmål om møtefrekvens, antall deltagere, hvordan møtene arrangeres og hva de anser som meste hensiktsmessig møteform.

Vi fikk svar fra 9 grupper inkludert de som er representert i arbeidsgruppen.

1. **Norsk barnenevrologisk forening:** Møte fast 1 gang pr år. 2 dager inkl. årsmøte. I tillegg enkelte møter i forbindelse med NBF-møter
2. **Ductus/Barnekardiologi:** 2 møter årlig i forbindelse med barnekardiologisk samarbeidsmøte på Rikshospitalet. Frammøte 20 – 40 personer. Fungerer bra.
3. **Nyfødtmedisin:** Møter i forbindelse med NBF-møter. 30-40 deltagere. Ønsker et møte årlig i forbindelse med pediaterdager med varighet 3-4 timer.
4. **Endokrinologi og metabolisme:** Sjelden møter i forb. med NBF møter. Lite oppmøte da. Treffes i forbindelse med diabetesmøter og internasjonale kongresser
5. **Sosialpediatri:** 1-2 møter pr år i forbindelse med NBF-møter. 8-10 deltagere. Deltar også i et årlig tverrfaglig "Faglig forum". Oppfordrer NBF til å delta i fagutviklingsprosjekt innen området.
6. **Hematologi og onkologi:** Enkelte møter i forbindelse med NBF-møter. Fagområdet har 3 nasjonale faggrupper som møter 2 ganger i året. I tillegg nordiske møter.
7. **Infeksjonsmedisin og immunsvikt:** Liten gruppe. Møter i forbindelse med NBF-møter. Antall deltagere?? Krevende for en liten gruppe å lage program til to årlige møter.
8. **Medfødt stoffskiftesykdom:** Fra oppstart i 2011 ett årlig møte under et av barnelegemøtene og ett møte under årlig møte i medisinsk genetikk. Ca. 20 deltagere på disse møtene. Fra 2014 halvårlige møter i samarbeid med Kompetansesenter for medfødt metabolsk sykdom OUS, RH. 2-3 foredrag, samt kasuspresentasjoner. Ca. 50 deltakere (pediatri, genetikk, medisinsk biokjemi). Vellykket
9. **Ungdomsmedisin:** Møter i forbindelse med både vårmøtet og pediaterdagene. 5-10 deltagere. Forslår at interessegruppemøtene blir bedre integrert i selve møtene og ikke plassert som eneste programpost mellom forkurs/spisskurs og sosialt samvær. Etterlyser mer "reklame" for møtene, at de også er for LIS, ikke bare spesielt interesserte.

Hva er hensikten med interessegruppemøtene?

Disse møtene gir mulighet til å treffe andre som arbeider innenfor samme område. Det skal være faglig påfyll, samt rom for faglige og fagpolitiske diskusjoner. Gruppemøter i tilknytning til NBF-møtene gir også anledning til kontakt og kommunikasjon med det generelle miljøet , evt. fellesmøter med andre grupper. Leger i spesialisering kan "snuse" på ulike fagområder

De gruppene som samles i forbindelse med andre nasjonale/internasjonale møter har, slik det ser ut, større oppslutning på møtene enn de som samles på NBF-møter. Møtene er ofte tverrfaglige heldagsmøter med høyt faglig nivå. Unntaket er nyfødtgruppen som samler mange på sine møter i tilslutning til NBF-møtene.

Spisskurs

Det er forslag til årsmøtet 2015 at lokal arrangør av pediaterdagene overtar ansvaret for spisskursene i samarbeid med interessegruppene. Dette går da på omgang mellom interessegruppene slik at 2 grupper blir involvert hvert år (formiddag/ettermiddag)

Økonomi

De fleste interessegruppene har ikke noe eget budsjett, men kan søke NBF om bidrag til foredragsholdere. Det kan også være hensiktsmessig å bruke inviterte foredragsholdere som kommer til NBF-møtet. NBF oppfordrer avdelingsoverleger til å la LIS reise på NBF-møter i tillegg til den vanlige kurskvoten.

Rekruttering
Det er varierende rekruttering innenfor de ulike fagområder i barnemedisinen. Dette gjenspeiles også i frammøtet på interessegruppemøtene. For de områdene som sliter med rekrutteringen , er møtene en fin mulighet til å reklamere for faget. Det faglige programmet på møtene skal være aktuelt og relevant, men innholdet bør være på et nivå som også kan inkludere de som ikke er "superspesialister" innenfor fagområdet.

Alternative møteformer
Interessegruppemøtene har tradisjonelt vært lagt til onsdag ettermiddag før det sosiale programmet. Mange kommer da kun på dette møtet og deltar ikke på resten av NBF-møtet. Dette er uheldig med tanke på å holde det barnemedisinske miljøet samlet. Vi mener derfor at tidspunktet for interessegruppemøtene må ligge inne i selve møtet.

Det er stor variasjon i størrelse på fagområdene og antall deltagere på interessegruppemøtene. Noen av gruppene har fått større deltagelse og økt aktivitet etter at de har lagt møtene utenom NBF-møtene, og gjerne sammen med andre samarbeidspartnere. Faglig sett har dette vært positivt. Samtidig blir møtene mindre tilgjengelig for andre som kunne være interessert, men som ikke har anledning til å møte av ulike grunner. Arbeidsgruppen ser klart verdien av denne typen møter, men mener det er uheldig dersom interessegrupper har alle sine møter isolert fra NBF-møtene. Vi mener derfor at det må være aksept for egne møter, men at interessegruppene også må ha møter i tilknytning til NBF-møter.

Innenfor de mindre fagområdene er NBF-møtene den viktigste møteplassen. På disse interessegruppemøtene kommer det relativt få deltagere, og de som kommer har ofte flere ansvarsområder i sitt arbeid. Hvis interessegruppene har ett møte pr år i tilknytning til NBF-møter vil det bli færre møter hver gang og dermed større deltagelse på hvert av gruppemøtene.

Nyfødtgruppen har foreslått en lengre møtetid enn i dag, helst 3-4 timer. Det vil ta en relativ stor del av møtet. For små interessegrupper kan det også være vanskelig å ha kapasitet til et så langt faglig program. Dersom 3 timer skulle være aktuelt, må det være mulighet for at to interessegrupper kan dele tiden.

Arbeidsgruppen har kort drøftet muligheten for en årlig pediateruke der alle fagområder innenfor pediatrien møtes. Dette anser vi som vanskelig gjennomførbart og lite realistisk. Det vil være svært begrenset hvor mange som har mulighet til å delta.

Arbeidsgruppens anbefalinger:

1. Alle interessegruppene skal ha møte i forbindelse med NBF-møte 1 gang i året.

2. Møtet bør ha en varighet på 2 timer og være en mer integrert del av møteprogrammet. Forslag til tidspunkt: Etter lunsj andre møtedag. Alternativt 3 timers varighet med mulighet for at grupper kan dele tiden.

3. Interessegruppene står fritt til å arrangere andre møter utover dette. Disse bør bekjentgjøres på NBF´s hjemmesider

Barnehelse i nyhetsbildet
– Helseatlaset lansert

Media var godt primet, Aftenposten hadde hovedoppslag, og helseministeren Bent Høie var på banen: Barnehelseatlaset fikk solid oppmerksomhet under lanseringen 29. september. Rosende omtale av et aktivt fagmiljø som vil skaffe mer kunnskap for bedre helsetjenester var dagens bonus.

AV KETIL STØRDAL, NESTLEDER NBF

Ingebjørg Fagerli stilte det selvkritiske spørsmålet: Har vi for mye medisin? Er vi som behandlere nok bevisste på faren for overutredning, overdiagnostikk og overbehandling? Dette handler ikke bare om unødvendig og feil bruk av ressurser, men potensielt også om påført risiko og bekymring som ikke tjener barnet og familien. Variasjonen i forbruk av helsetjenester i et samfunn med svært god helse, er en indikator på at overforbruk er reelt i deler av Helse-Norge, hevdet Fagerli.

Helseminister Bent Høie la vekt på to utfordringer i helsetjenesten: For lang ventetid for de som trenger helsehjelp, og for stor variasjon i forbruket av helsetjenester. Fra helseatlaset om dagkirurgi trakk Høie fram et eksempel som viste at operativ behandling av skulderlidelser var langt mer vanlig i Finnmark enn på landsbasis for øvrig. Bedre samarbeid mellom ortoped og fysioterapeut har redusert frekvensen av skulderoperasjoner i Finnmark på bakgrunn av rapporten. Samtidig som overforbruk eksisterer på noen områder, viste helseministeren også til grupper som har et underforbruk av helsetjenester: Barn som lever under omsorgssvikt, samt enkelte kronikergrupper – uten at konkrete eksempler på det siste ble gitt.

Atle Moen, som har vært hovedforfatter av rapporten, ga en oppsummering av hovedfunnene: Vi lever i et land med svært gode indikatorer på barnehelse, med lavere dødelighet enn nesten alle andre land og betydelig forbedring også de siste tiåra. Forbruket av helsetjenester er relativt høyt: To av tre barn har kontakt med primærhelsetjenesten hvert år, og en av tre er hos spesialist. Variasjonen er liten på bruk av primærhelsetjenester mellom boområder, mens bildet av sprik er langt mer slående for spesialisthelsetjenesten: Førti prosent høyere forbruk i noen fylker sammenlignet med områder med lavest forbruk kan ikke forklares hverken med ulikheter i sykelighet eller i geografiske forhold. -«Har vi en tilbudssensitiv variasjon?» spurte Moen. Han vedgikk også at underforbruk på noen områder drukner i rapporten, og trakk fram grupper tilsvarende det helseministeren viste til.

Leder av Senter for Klinisk Dokumentasjon og Evaluering (SKDE) **Trine Magnus** ledet lanseringen, der media var invitert sammen med fagfolk. Styreleder i Helse Nord, Bjørn Kaldhol, innledet med en kort introduksjon om bakgrunnen for arbeidet: Første helseatlas om dagkirurgi ble godt tatt imot, og barnehelse var neste kapittel – ikke minst fordi barnelegemiljøet selv hadde tatt initiativet.

Petter Brelin fra Almenlegeforeningen stilte spørsmål om hva som skjer i grensesnittet mellom primær – og spesialisthelsetjeneste: Variasjonen er liten i bruk av primærhelsetjenester; hvorfor blir den så stor på spesialistnivået? Spørsmålet er ubesvart, men kontrollpraksis i spesialisthelsetjenesten ble trukket fram som en mulig forklaring: Når mer enn to av tre polikliniske konsultasjoner er kontroller, kan variasjoner innen egen kontrollpraksis gi store utslag på forbruk av spesialisthelsetjenester. Vårt eget fagmiljø er nærmest til å bruke informasjonen fra helseatlaset videre. Neste kapittel må være å sammenstille mål på helsetilstand med forbruk av helsetjenester, var en av konklusjonene fra Atle Moen.

Kommentar:
Variasjon - er det fali'?

En gang var variasjon et positivt ladet begrep; mangel på variasjon gjerne det motsatte – kjedelig og konformt. En musiker, kokk eller skribent som ikke kan variasjonens kunst, kommer sjelden langt. Er variasjon skummelt i utøvelse av legefaget?

AV KETIL STØRDAL, NESTLEDER NBF

Fagvitenskapelig skriving butter imot annen litteratur: Det siste bruker hele ordboka og utvider begrepsapparatet, mens faglitteratur dyrker entydige, presise og litt kjedelige begrep, framfor språklig eksellens. Retningslinjer og metodebøker i faget vårt forfekter et ideal om lite variasjon; å følge en fast rutine eller oppskrift gir mindre variasjon – og i mange tilfeller mindre risiko for feilskjær og forglemmelser.

Barnehelseatlaset baserer seg på paradigmet om at variasjon er uheldig. Men er dette en sannhet uten reservasjoner? Konklusjonene i atlaset tror jeg vi skal anse som ganske foreløpige. Det stemmer at vi ikke har gode forklaringer på variasjoner i antall pediaterkontakter; geografiske forhold og variasjon i sykelighet kan ikke forklare hovedfunnene. Men jeg tror vi må ta noen forbehold.

Kvaliteten på registerdata er et kritisk punkt: Norsk Pasientregister samler alle koder som vi putter inn i egnede og mindre egnede programmer, og fire år med koder gir en solid total mengde data. Samtidig vet vi at koding kan være ganske tilfeldig, kanskje spesielt på akutte tilstander. Grensene mellom diagnosene er ofte flytende; om et barn skal registreres som bronkiolitt eller astma tredje gang pusten piper, er åpen for tolkning. Og hvordan tilegner vi oss kodepraksis? Fra kolleger, kortlister og kodeeksperter - med tidvis oppslag i ICD-10-manualer. Derfor kan variasjonen bli tilsynelatende stor og preget av lokale tradisjoner på enkeltdiagnoser. Samtidig har flere av oss som har benyttet data fra Norsk Pasientregister funnet at registrerte koder på kroniske tilstander ofte er forbausende treffsikre. Summen av kontakter blir selvsagt heller ikke påvirket av hvilken kode som settes.

Det andre forbeholdet er faktorer som påvirker helseatferd. En sannhet vi lærte tidlig på doktorskolen og etter hvert erkjenner etter noen år i faget, er at objektive sykdomsprosesser er en ting, hvordan man mestrer sykdommen en annen. Et barn med omgangssyke vil oftest greie seg godt uten sykehustjenester, gitt at omsorgen i heimen er tilstrekkelig. Dette er avhengig av familiens nettverk, av besteforeldre, tanter og onkler, av egen erfaring med å ha syke barn – trygg omsorg tror jeg er en undervurdert faktor for sykehusinnleggelser. Derfor er det knapt noen overraskelse at Rogaland, fylket med høyest sosioøkonomisk status, ligger lavest på forbruk av helsetjenester for barn.

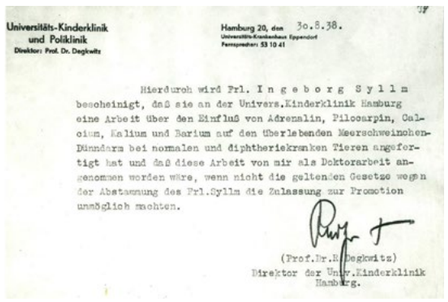
Til slutt: Vi vet lite om hva som er det optimale nivået av helsetjenester. Det er en grunn til at vi har verdens friskeste barnebefolkning, kanskje er et høyt forbruk av helsetjenester en av flere forklaringer på dette? Men så lenge helseatlaset ikke har noen kvalitetsmål på helse, kan vi ikke gi svar på det viktige spørsmålet: Hva er riktig dose helsetjeneste for å oppnå den beste helsetilstanden?

Men vi har kvalitetsregister; for nyfødte, for diabetes og kreft, for cerebral parese. Disse må brukes systematisk sammen med mål på forbruk av helsetjenester, og vi trenger kvalitetsregistre for flere sykdommer. Da kan vi slå fast om barn med diabetes, inflammatorisk tarmsykdom og astma tjener på tette kontroller, eller om det er vi som pediatere som får et godt liv med denne oppskriften. Kanskje vi skulle gjeninnføre variasjon med positivt fortegn; gi tettest oppfølging når behovet er størst og egenomsorgen dårligst, selv om det koster oss litt mer slit?

Prof. Dr. Med. Ingeborg Syllm-Rapoport
– et forbilde

Ingeborg Rapoport med sitt doktorgradsdiplom. Foto: Bodo Marks/Dpa/NTB scanpix

Ingeborg Syllm ble født i september 1912 i Kribi i den tidligere tyske kolonien Kamerun i Afrika. Kort tid etter fødselen flyttet familien til Hamburg. Etter medisinstudium i Hamburg var hun i 1938 doktorand og leverte sin avhandling til godkjenning ved Det medisinske fakultet ved Universitetet. Men Ingeborg måtte forlate Tyskland uten å kunne avslutte sin utdanning fordi hennes mor var jødinne. Først i mai 2015, 77 år senere, kunne hun forsvare sin avhandling om difteri for den medisinske doktorgrad ved Universitetsklinikken i Hamburg.


Universitäts-Kinderklinik
und Poliklinik
Direktor: Prof. Dr. Degkwitz

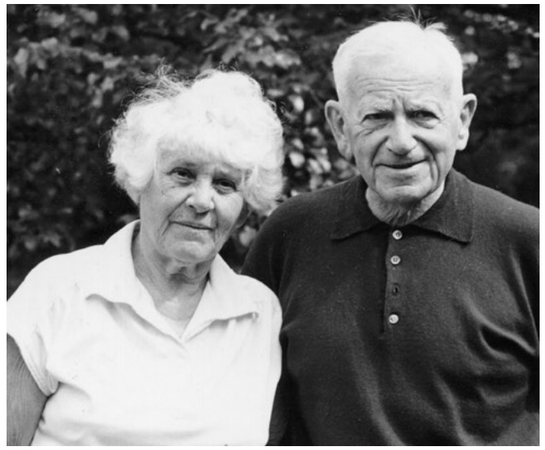
Hamburg 20, den 30.8.38.
Universitäts-Kinderklinik Eppendorf
Fernsprecher: 53 10 41

Hierdurch wird Frl. Ingeborg Syllm bescheinigt, daß sie an der Univers.Kinderklinik Hamburg eine Arbeit über den Einfluß von Adrenalin, Pilocarpin, Calcium, Kalium und Barium auf den überlebenden Meerschweinchen-Dünndarm bei normalen und diphtheriekranken Tieren angefertigt hat und daß diese Arbeit von mir als Doktorarbeit angenommen worden wäre, wenn nicht die geltenden Gesetze wegen der Abstammung des Frl.Syllm die Zulassung zur Promotion unmöglich machten.

(Prof.Dr.R.Degkwitz)
Direktor der Univ.Kinderklinik
Hamburg.

Attest Universität Hamburg 1938, foto privat.

AV STEFAN KUTZSCHE, INTERNATIONAL MEDICAL UNIVERSITY (IMU), CENTRE FOR EDUCATION (ICE), KUALA LUMPUR, MALAYSIA.


Ekteparet Rapoport i sin hage i Berlin Pankow ca. 1992, foto privat.

Ingeborg studerte og arbeidet i USA, og fra 50 tallet i Øst-Berlin (DDR). Hun og ektefellen Samuel Mitja Rapoport (1912–2004) ble verdenskjente som forskere, og som idealister var de alltid «outsidere» i samfunnet. Ingeborg var Europas første professor i neonatologi ved Charité Berlin og den første i verden som fullførte et doktorgradsprogram i en alder av 102 år.

Ingeborg Syllm vokste opp i Hamburg, der familien bodde i 20 år. Hennes mor, Rosa Maria Syllm f. Freibes (1891–1980) var jødinne og en anerkjent pianist og klaverlærer. Hun var utdannet hos ledende pianister som Albert Eibenschütz og Lonny Epstein i Aachen og Köln.

Hennes ektefelle Paul Syllm var en hanseatisk handelsmann i Kamerun og stammet fra en tysk-nasjonal patrisierfamilie i Hamburg. I 1928 ble Maria og Paul skilt, og hun ble aleneforsørger for Ingeborg og hennes syv år yngre bror Hellwig. Maria tjente nå til familiens livsopphold med pianoundervisning. Datteren Ingeborg husker mange musikkvelder hjemme med besøk av sangere og andre solister som kom for å spille sammen.

Barna lærte i oppveksten å respektere og vise omtanke for de fattige og svake i samfunnet. Ingeborg selv var inspirert av Albert Schweitzer, noe som også bidro til at hun valgte å studere medisin. Etter 1933, og spesielt etter et direktiv fra Reichsmusikkammer og yrkesforbud i 1935, mistet Maria Syllm nesten alle sine studenter, og hun mistet også sin jobb ved pianoakademiet Hans Hermann, som ikke torde å engasjere henne videre.

Ingeborgs ønske om å studere medisin var sterkt helt fra skoletiden. Men økonomien i familien var anstrengt, og det fantes knapt midler til at hun kunne studere ved universitetet. For å løse dette problemet ga hun allerede som elev utallige ekstratimer i ulike fag til andre skolebarn.

Våren 1932 kunne hun endelig ta fatt på medisinstudiet. Hun var svært opptatt av naturvitenskapelige fag som fysikk, kjemi og fysiologi, og hun lærte seg anatomiens ulike fasetter, noe hun skulle få stor nytte av senere da hun fullførte studiene sine i USA.

Lærdommen fra studietiden i Hamburg bidro senere til at hun ble en god diagnostiker, men hun opplevde undervisningen i farmakologi som utilfredsstillende. Hun savnet også muligheter for å kunne utvikle en humanistisk holdning i sitt fremtidige virke som helsearbeider. Studietilbudet manglet bl.a. opplæring i forebyggende medisin. Ingeborg var skeptisk til at merkantile holdninger ble lagt til grunn for legeyrket og for forholdet mellom lege og pasient. Allerede som student forsto hun at hun aldri kunne tenke seg å arbeide som privatpraktiserende lege.

I 1937 ble hennes tema til doktorgradsarbeidet – å søke etter årsaken til paralytisk tarm hos barn med difteri – akseptert av professor Rudolf Degkwitz, sjef for barneklinikken ved Universitetet i Hamburg.

Ingeborg arbeidet som assistentlege ved Det israelske sykehuset (Israelitisches Krankenhaus) i Hamburg fra 1937 til 1938, der hun gjennomførte eksperimentell forskning på marsvin. Hun skrev sin avhandling om difteri, som ble godkjent av daværende dekanus. Men Universitetet i Hamburg var den gangen under sterk nasjonalsosialistisk innflytelse, og fordi moren var jødinne, fikk Ingeborg ikke lov til å forsvare avhandlingen.

Universitetsforvaltningen merket hennes eksamenssøknad med en gul stripe og anså henne som ikke kvalifisert for videre faglig utvikling. «Min medisinske karriere ble ødelagt,» sa Ingeborg. «Det var en skam for vitenskapen og en skam for Tyskland.» Hun var ikke alene: Tusenvis av «ikke-ariske» studenter og professorer ble skjøvet ut av universitetene i Hitlers tredje rike, og mange omkom i dødsleirene.

Blant de antinazistiske professorene ved Universitetet i Hamburg var Ingeborgs veileder Degkwitz, som var motstander av eutanasiprogrammet på barneklinikken i Hamburg. Han ble derfor arrestert og fengslet. Han emigrerte senere til USA.

I midten av 1938 besluttet Maria Syllm at hun ville forlate Tyskland. Men først sørget hun for at Ingeborg, som nå var nesten ferdig lege, forlot Nazi-Tyskland. I september 1938 reiste Ingeborg alene til USA – uten å ha fått ta sin medisinske doktorgrad.

Prof. Dr. Med. Ingeborg Rapoport

- Født 1912
- Bor i Berlin, Tyskland
- Barnelege og leder av Cincinnati Childrens Hospital, Ohio på 50 tallet
- Grunnla den første nyfødtavdelingen i DDR ved Charité Berlin.
- 1964: Professor i barnesykdommer ved Humboldt Universität, Berlin.
- 1969: Første professor i nyfødtmedisin i Europa, Humboldt Universität, Berlin.
- 1973: professor emeritus ved Humboldt Universität Berlin.

Hun livnærte seg i starten med å praktisere ved sykehus i Brooklyn, New York, Baltimore og Akron, Ohio. For henne betydde det å være i Amerika å være fri fra fascismen. I et intervju sa hun senere: «... mine prioriteringer er følgende: først antifascismen, dvs. kampen mot fascismen, deretter vitenskapen og så familien.»

Selv om Ingeborg var fattig, var hun målrettet og ga aldri opp. I USA ble hun konfrontert med den ekstreme fattigdommen i den svarte befolkningen og reagerte sterkt på rasediskrimineringen. Hun fant en slags løsning ved å slutte seg til kommunistene for å kjempe for sine idealer.

Ingeborg var en klok og hard arbeidende kvinne og lyktes til slutt, etter å ha søkt 48 amerikanske universiteter, med å få

Dokumentarfilm: Die Rapoports, Unsere drei Leben, 2003

Tittelside Meine ersten drei Leben, selvbiografi 2002 (2. utgave).

et stipend for å studere medisin i Philadelphia. I 1942 avla hun den amerikanske medisinske eksamen ved Women´s Medical College of Pennsylvania med årgangens beste resultat. «Jeg hadde stor flaks, men var nok også ganske målrettet», sa hun.

Etter eksamen spesialiserte hun seg ved John Hopkins Hospital i Baltimore og fikk senere sin første jobb som ferdig utdannet barnelege ved Cincinnati sykehus, Ohio. Sykehuset hadde en av de beste barneavdelingene i landet og kunne vise til betydelige forskningsresultater innen pediatri allerede på denne tiden. Ingeborg arbeidet der som nyfødtmedisiner og forsker, etter hvert med professorkompetanse, og hun ble senere leder av barneavdelingen.

I 1944 møtte Ingeborg den østerriksk-jødiske legen, biokjemikeren og hematologen Samuel Mitja Rapoport (1912-2004) ved Cincinnati Childrens Hospital. Han var sosialist og medlem i kommunistpartiet. To år senere giftet de seg. Begge gjorde en stor innsats med å utvikle teknologien for konservering av blod og blodprodukter. Blodtransfusjoner reddet mange pasienter med traumer, inkludert sårede soldater. For dette arbeidet ble paret hedret av president Harry S. Truman med USAs største anerkjennelse, «The Presidents Certificate of Merit».

I USA fikk Ingeborg og Mitja Rapoport tre barn, Tom, Michael og Susan. Deres yngste barn ble senere født i Europa.

I perioden 1950–54, under ledelse av senator Joseph R. McCarthy, ble personer som var mistenkt for å sympatisere med kommunistene offentlig avhørt og risikerte yrkesforbud eller fengsel. På grunn av Mitjas og Ingeborgs sosialistiske orientering valgte de i 1950 å forlate USA etter at han hadde vært på en internasjonal kongress i Zürich. Ingeborg Rapoport var den gangen gravid med sitt fjerde barn. Mitja Rapoport søkte på en utlyst stilling som biokjemiker i Wien, men fikk ikke stillingen fordi USA truet med å trekke seg ut av samarbeidet med universitetet i Wien dersom de ansatte han. Som amerikanske statsborgere kunne de heller ikke flytte til Russland. Først i 1952, etter at de hadde brukt opp alle sparepengene sine, fikk Mitja et tilbud fra Humboldt Universitetet i Øst Berlin, og aksepterte det. Her utviklet og ledet han det biokjemiske instituttet. Mitja Rapoport ble en høyt anerkjent vitenskapsmann og biokjemiker i DDR og publiserte mer enn 600 artikler.

Ingeborg Rapoport arbeidet som overlege ved Hufeland-Krankenhaus i Berlin Buch, der hun fikk i 1959 anerkjennelse som spesialist i barnesykdommer. Hun arbeidet med eksperimentell forskning ved Institutt for Biokjemi ved Humboldt Universitet og ble dosent ved barneklinikken Charité i 1960. I 1964 ble hun utnevnt til professor i pediatri ved Charité, og i 1969 ble hun Europas første professor i neonatologi ved samme sted. Hun ledet Instituttet for nyfødtmedisin ved Humboldt Universitetet i Øst-Berlin. Der grunnla hun den første nyfødtavdelingen i DDR ved Charité-sykehuset. Hun la avdelingen direkte inn i kvinneklinikken for å sikre barna og lette samarbeidet mellom obstetrikk og neonatologi. Hennes arbeid fokuserte bl.a. på respiratorisk distress syndrom hos nyfødte. Ingeborg Rapoport var en lidenskapelig forsker, en respektert akademisk lærer og en dedikert leder for avdelingen for nyfødte i Berlins Charité. I 1973 gikk hun av med pensjon som professor emeritus, men fortsatte å arbeide som forsker frem til 80 tallet.

Rapoport var medgrunnlegger av perinatalforeningen i DDR og rådsmedlem i Den europeiske foreningen for perinatalmedisin. I 1984 ble hun hedret med DDRs nasjonalpris for sitt arbeide med å redusere spedbarnsdødeligheten.

Tom Rapoport, sønn av Ingeborg og Mitja og professor i cellebiologi ved Harvard Medical School, fortalte historien om sin mor til dekan dr. Uwe Koch-Gromus ved Det medisinske fakultet ved Universitetet i Hamburg. Ingeborg Rapoport var fortsatt i besittelse av den skriftlige attesten fra 1938 som dokumenterte at hennes doktorarbeid var levert og godkjent.

Universitetets juridiske avdeling mente imidlertid at det ville by på store utfordringer for Ingeborg å få godkjent avhandlingen nå, blant annet fordi selve avhandlingen ikke kunne oppspores og fordi hun hadde amerikansk autorisasjon, ikke tysk, som lege.

I mai 2015 begynte Ingeborg Rapoport likevel å øyne muligheten for at hun kunne fremstille seg for den tyske medisinske doktorgraden som hun var blitt nektet 77 år tidligere.

Fakultetet var innstilt på å tilby henne en æresdoktortittel ved Universitetet i Hamburg. Men hverken dr. Koch-Gromus eller dr. Ingeborg Rapoport var tilfreds med det. I stedet, søkte dekanus en juridisk vei for henne til å kvalifisere seg for en regulær doktorgrad. Fakultetet gjorde så en vurdering som førte til at hun fikk muligheten til å forsvare sin avhandling for den medisinske doktorgrad. Det endte med at hun 13. mai 2015 ble uteksaminert etter de nyeste PhD eksamensreglene hjemme i sin egen leilighet. Universitetet i Hamburg oppnevnte professor Koch-Gromus, professor Gabriele M. Rune (Institut für Neuroanatomie) og professor Michael Frotscher (Institut für Strukturelle Neurobiologie) som opponenter. Ingeborg Rapoport brukte måneder til å forberede seg til disputasen. Etter et brilliant forsvar ble arbeidet godkjent og hun fikk utmerkelsen «magna cum laude». Opponentene sa: «Vi var imponert over hennes intellektuelle årvåkenhet, og er målløse når det gjelder hennes kompetanse – også innen moderne medisin.»

Selv har Ingeborg Rapoport sagt: «Jeg har aldri følt bitterhet. Jeg har vært utrolig heldig oppi alt dette. For meg ble det en god utgang: Jeg hadde mine beste lærere i USA, jeg fant min mann, og jeg fikk mine fire barn.»

Katharina Fegebank, viseborgermester og senator for vitenskap, forskning og likestilling i Hamburg overrakte Ingeborg Rapoport doktorgradsdiplomet. Professor Burkhard Göke, medisinsk leder og leder av Universitetssykehusets styre og professor Uwe Koch-Gromus, dekanus ved Det medisinske fakultet, gratulerte doktoranden ved festmiddagen.

The Wall Street Journal kommenterte: «Ingeborg Rapoport er blitt den eldste mottaker av en doktorgrad etter at Nazi urettferdighet ble rettet ». Ingeborg Rapoport skal ha sagt: «Ikke at det har vært viktig for meg.» Hun var jo blitt professor, og har flere titler i USA og i Tyskland. Det handler om å gjøre det godt igjen. «Det å lese pånytt gjorde at jeg husker hvor forlatt og usikker jeg følte meg i 1938. Jeg hadde fortrengt det, men nå kom det nylig tilbake i mine drømmer.»

Avgjørelsen om å gi Rapoport muligheten til å forsvare avhandlingen og tildele henne den medisinske doktorgraden så lenge etter at hennes doktorarbeid ble levert fortjener internasjonal oppmerksomhet. Tildelingen av doktorgraden var en viktig markering der universitetet fikk demonstrert vilje til å gjøre opp for den uretten mange jødiske akademikere var utsatt for under nazismen.

Ingeborg Rapoport har vist et ukuelig faglig og etisk engasjement i en vanskelig verden med politisk, sosial og etnisk diskriminering, urettferdighet og overgrep. Gjennom mer enn 80 år har hun trosset utdannings- og yrkesforbud og tilpasset seg nye situasjoner, bygget på sin idealisme og tro på en rettferdig og bedre verden. Som dedikert barnelege er hun et forbilde for helsepersonell, akademikere og spesielt for oss barneleger.

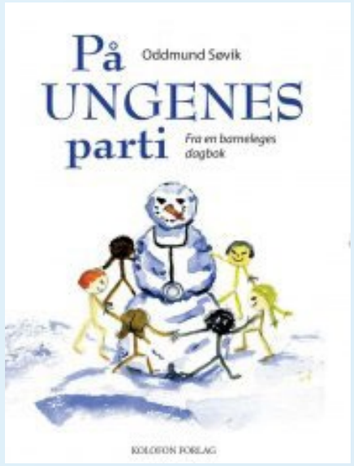
Kilder

1. *Doctoral awards ceremony for 102-year-old paediatrician. idw – Informationsdienst Wissenschaft. Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. 06/09/2015https://idw-online.de/en/news?print=1&id=632483*
2. *Charité ehrt Ingeborg og Mitja Rapoport. Festakt zum 100 Geburtstag. http://www.charite.de/charite/presse/pressemitteilungen/artikel/detail/charite_ehrt_ingeborg_und_samuel_mitja_rapoport*
3. *http://www.rbb-online.de/panorama/beitrag/2015/05/102*
4. *http://www.bbc.com/news/world-europe-33048927*
5. *Graff, J. (2015). Ingeborg Rapoport to become oldest recipient of doctorate after Nazi injustice is righted. The Wall Street Journal http://www.wsj.com/articles/from-nazi-germany-a-tale-of-redemption-1431576062*
6. *Christian Engel http://www.spiegel.de/unispiegel/studium/promotion-einer-102-jaehrigen-doktortitel-nach-77-jahren-a-1037794.html*
7. *http://www.zeit.de/news/2015-06/09/wissenschaft-doktortitel-fuer-102-jaehrige-medizinerin-09053412*
8. *Ingeborg Rapoport. Meine ersten drei Leben. Stolberg: Nora Verlag 2002 (første utgave Verlag Ost 1997)*
9. *Binus, W., Gürtler, R., Hörz, H., Jacobasch, G., Schneeweiss, C., & Wagenknecht, C. (2013). Medizin – eine Biowissenschaft. Zum 100. Geburtstag des Forschungsehepaares Ingeborg und Mitja Rapoport. Rosa Luxenburg Stiftung Berlin, Pankower Vorträge Heft 174*
10. *Nachruf auf Samuel Mitja Rapoport, Angaben zu Ingeborg Rapoport, geb. Syllm (5/2004, S. 643) http://www.biospektrum.de/*
11. *Lexikon verfolgter Musiker und Musikerinnen der NS Zeit (LexM), Maria Syllm, Universtät Hamburg, http://www.lexm.unihamburg.de/object/lexm_lexmperson_00003117;jsessionid=uun2h0nl5lav?wcmsID=0003&XSL.lexmlayout.SESSION=lexmperson_all*
12. *http://www.britzka.de dokumentarfilm: DIE RAPOPORTS - Unsere drei Leben, mars 2003, Ziegler Film, Berlin*
13. *https://en.wikipedia.org/wiki/Samuel_Mitja_Rapoport*

BOKOMTALE

AV ROBERT BJERKNES BARNEKLINIKKEN, HAUKELAND UNIVERSITETSSYKEHUS OG UNIVERSITET I BERGEN

Klokt og utfordrende om barn før og nå



Tittel: På Ungenes Parti - fra en barneleges dagbok
Forfatter: Oddmund Søvik
Sidetall: 272
Forlag: Kolofon
ISBN: 9788230012598
Utgivelsesår: 2015

I sin syvende bok deler pensjonert barnelege og professor Oddmund Søvik en rekke av sine synspunkter på det å være barn og det å ha barn. Boken henter perspektiver fra forfatterens nedtegnelser og opplevelser fra inn- og utland over en periode på mer enn 50 år. Resultatet er blitt en lesverdig bok som både utfordrer og kaller på ettertanken.

I «På ungenes parti» gir Oddmund Søvik oss innblikk i en rekke opplevelser fra et langt liv som barnelege. Vi kjenner oss igjen i så vel erfaringer fra turnustiden som i de mange utfordringene det kan by på å være lege for barn og unge med kronisk sykdom. Likevel er det kanskje formidlingen av erfaringer fra arbeidet som ung militærlege i konfliktområder i Afrika og Midtøsten, og engasjementet for hvordan barns kår trues ved den såkalte moderne samfunnsutviklingen som gjør størst inntrykk. Tematisk spenner boken vidt, og den preges naturlig nok av tema som Søvik har vært opptatt av i sin lange karriere. Hans perspektiv både på det friske og syke barnet, den moderne medisinens fremskritt og begrensninger, samt hans krystallklare motstand mot såkalt alternativ medisin – særlig når barn utsettes for dette – er viktige og maner til både praktisk, politisk og etisk refleksjon.

Søvik er opptatt av barns miljø i videste forstand, og store deler av teksten må sies å være nokså samfunnskritisk. I dette perspektivet kunne man godt tenke seg at en bok fra en kollega på godt over «de 80», lett kunne bli både tilbakeskuende og idylliserende av det som var. Slik har det imidlertid ikke blitt. Søvik evner i boken både å trekke de lange linjene og å være oppdatert og dagsaktuell, for eksempel når han omtaler krig, vold og ulike former for overgrep som barn kan utsettes for. Kanskje også flere enn forfatteren skulle tenke mer over i hvilken grad dagens barn blir et mål eller et middel for voksnes selvrealisering og lykke?

Oddmund Søvik skriver godt og direkte. Vi som kjenner forskeren og akademikeren Søvik, kjenner igjen hans evne til popularisere og om nødvendig også spissformulere. Klar tale er viktig både for å engasjere, men også for å skape refleksjon. Vi merker at Søvik har mye på hjertet, og enkelte steder tar han seg ikke helt tid til å gå i dybden. Andre steder balanserer han på stram line mellom det personlige og det private. Vanskelige problemstillinger formidles imidlertid med stor ærlighet, og ofte inviteres leseren gjennom åpne spørsmål mer til ettertanke enn til å akseptere Søviks egne synspunkter, enten det nå måtte være på abortspørsmålet, familiestruktur eller barneoppdragelse.

«På ungenes parti» er ikke en bok om pediatriens utvikling gjennom 50 år. Det har åpenbart heller ikke vært Søviks intensjon. Som lesere inviteres vi i stedet med på en engasjert reise som løfter oss ut av den kliniske hverdagen og utfordrer oss. Pediatere i alle aldre bør ta i mot denne invitasjonen.

Det klare valget for barn med Failure To Thrive

Inneholder 100 kcal/100 ml
2,6 g protein, 5,4 g fett samt 10,3 g karbohydrat (hvorav 6,4 g laktose)
Basert på 100% partielt hydrolysert myseprotein.

Infasource er et næringsmiddel for spesielle medisinske formål og skal brukes i samråd med helsepersonell.

Informasjon til helsepersonell

www.nestlehealthscience.no
Ved produktspørsmål: Tlf 6781 7400 eller tlf. kundeservice 8156 8332

NestléHealthScience

Philosophiae doctor (PhD)

Paidos og Norsk barnelegeforening gratulerer

Doktor Espen Lien ved det medisinske fakultet, NTNU, forsvarte onsdag 9. september sin avhandling for graden PhD (philosophiae doctor): Apolipoprotein E and Cerebral Palsy: A Cross-sectional Study of the Influence of Genetic Variation on Clinical Manifestations of CP.

http://www.ntnu.no/kalender/detaljer/-/event/395f1e4f-0fa1-315f-9ec2-5cf5e1498fbe

Doktor Jannike Kaasbøll ved det medisinske fakultet, NTNU, forsvarte fredag 5. juni sin avhandling for graden PhD. (philosophiae doctor): Parental Chronic Pain and Aspects of Mental Health in Adolescent Offspring – The Hunt Study

http://www.ntnu.no/kalender/detaljer/-/event/c635cbb5-3048-33cb-994e-52ef32f23b87

Doktor Kristin Melheim Strand ved det medisinske fakultet, NTNU, forsvarte mandag 22. juni sin avhandling for graden PhD (philosophiae doctor): Markers of placental insufficiency: etiology and the risk of cerebral palsy - Population based studies of preeclampsia, low birth weight, and abnormal placental weight.

http://www.ntnu.no/kalender/detaljer/-/event/04bc6542-88f0-3b2c-9b99-e0c947f2039c

Doktor Marit Synnøve Skrove ved det medisinske fakultet, NTNU, forsvarte fredag 4. september sin avhandling for graden PhD. (philosophiae doctor): Emotional Symptoms, Lifestyle and Somatic Aspects in Adolescence. The importance of resilience factors.

http://www.uib.no/nye-doktorgrader/87755/hvor-effektiv-er-kognitiv-atferdsterapi-angst-hos-barn

Doktor Arne Michael Taxt forsvarte mandag 5. oktober 2015 sin avhandling for graden PhD ved Universitetet i Bergen: "Characterisation of toxic, antigenic and cross-reactive determinants of the heat-stable toxin of enterotoxigenic Escherichia coli. Towards rational design of a toxoid vaccine".

Arne Michael Taxt er født i Tromsø i 1978. Han er oppvokst i Asker, men har bodd store deler av sitt liv i Bergen. Han studerte medisin ved Vrije Universiteit i Amsterdam, og arbeider som lege ved Barneavdelingen ved Sørlandet Sykehus, Arendal. Han har vært stipendiat ved Senter for Internasjonal Helse og Molekylærbiologisk Institutt ved Universitetet i Bergen. Forskningsleder Pål Puntervoll ved Uni Research Miljø og professor Halvor Sommerfelt har vært veiledere.

Kort resymé av avhandlingen:
Årlig dør omlag 600.000 barn av akutt diaré, og i tillegg fører gjentatte diaréepisoder til underernæring, hemmet vekst og forsinket utvikling hos et stort antall barn. De fleste dødsfallene finner sted i Sørøst- og Sør-Asia og i Afrika sør for Sahara. En sykdomsfremkallende variant av bakterien Escherichia coli, enterotoksindannende E. coli (ETEC), er blant de viktigste årsakene til diaré blant barn i utviklingsland. ETEC er også den vanligste årsaken til diaré blant reisende til slike land. Bakterien kan produsere to ulike toksiner: et varmestabilt (ST) og et varme-labilt (LT). ST-produserende ETEC forårsaker de fleste alvorlige formene for ETEC-diaré blant barn i utviklingsland, og avhandlingens hovedfokus er å bidra til utviklingen av en vaksine mot ST. ST gir diaré ved å aktivere en reseptor i tarmveggen som normalt reguleres av to peptider, guanylin og uroguanylin. Peptidene og reseptoren bidrar til å opprettholde den normale væskebalansen i tarmen. Siden ST er svært lik guanylin og uroguanylin, har det lenge vært en bekymring at en ST-vaksine kan gi opphav til antistoff som kryssreagerer med disse humane peptidene. Avhandlingen viser at slik kryssreaksjon kan finne sted og er en utfordring for fremtidig vaksineutvikling, men også at det er mulig å danne antistoff som nøytraliserer ST uten å kryssreagere. Avhandlingen presenterer også en molekylær kartlegging av ST, som viser hvilke deler av molekylet som kan gi opphav til trygge, ikke-kryssreagerende antistoff, og hvilke deler som bør endres for å gjøre vaksinemolekylet ikke-toksisk. Informasjonen fra kartleggingen kan brukes til å konstruere en trygg og effektiv ST-vaksine, som forhåpentligvis vil kunne bli et viktig bidrag mot barnediaré.

http://www.uib.no/nye-doktorgrader/91819/utvikling-av-en-vaksine-mot-barnediaré-i-u-land

Doktor Bente Johanne Vederhus forsvarte onsdag 17. juni 2015 sin avhandling for graden PhD (philosophiae doctor) ved Universitetet i Bergen: "Health-Related Quality of Life, emotional and behavioural difficulties and perception of pain after extreme preterm birth – a population-based longitudinal cohort study".

Bente Johanne Vederhus er født i Bergen i 1957. Hun ble utdannet sykepleier i 1980, fullførte videreutdanning i intensivsykepleie i 1990 og master i helsefag (sykepleievitenskap) ved UiB 2005. Hun arbeider på seksjon for nyfødte ved Barneklinikken, Haukeland Universitetssykehus. Doktorgradsarbeidet utgår fra Institutt for global helse og samfunnsmedisin og Helse Bergen.

Kort sammendrag av avhandlingen:
Ekstremt for tidlig fødsel er en påkjenning for barnet og familien og gir økt risiko for senere sykdom og funksjonsnedsettelse. I avhandlingen ble det undersøkt hvordan helse, livskvalitet og smerteopplevelse utviklet seg hos to grupper ekstremt for tidlig fødte barn sammenlignet med jevnaldrende terminfødte barn. Den ene gruppen, født i 1982-85, ble undersøkt ved 17 og 24 år, den andre, født i 1991-92, ble undersøkt ved 10 og 18 år. Ved 10 års alder rapporterte foreldrene at de for tidlig fødte barna, særlig guttene, hadde lavere livskvalitet og mer emosjonelle problemer og atferdsvansker enn de terminfødte barna. Det var vesentlig forbedring fram mot 18 år med mindre forskjeller mellom ungdommene som var født for tidlig og til termin. Barna som hadde betydelige emosjonelle vansker eller atferdsvansker da de var 10 år opplevde likevel lavere livskvalitet ved 18 år. Bekymringer knyttet til barnas helse skapte utfordringer i familiene.

Begge gruppene av for tidlig fødte ungdommer opplevde sin helse og livskvalitet ved 17-18 år tilsvarende som ungdommene født til termin. Men fra 17 til 24 år opplevde de for tidlig fødte redusert livskvalitet med mer

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

psykiske vansker enn dem som var født til termin. I et smerteeksperiment ved 18 årsalder viste de for tidlig fødte ungdommene lavere smertetoleranse enn de terminfødte ungdommene, uten at selve opplevelsen av smerte var forskjellig. Funnene har betydning for familiene, helsetjenesten og skolene. De peker på betydningen av å følge utvikling av subjektiv helse og livskvalitet gjennom kritiske faser i livet, særlig psykisk velvære. At de ekstremt for tidlig fødte barna opplevde mer psykiske vansker som unge voksne enn som ungdommer, kan tyde på at de er mer sårbare for krav som stilles til voksne. Selv om atferd og psykisk helse bedret seg fra barndom til ungdom, hadde senere livskvalitet sammenheng med tidlig problematferd og emosjonelle vansker. Tidlig erkjennelse av slike vansker synes viktig for å forebygge senere problemer.

http://www.uib.no/nye-doktorgrader/89243/ekstremt-tidlig-født-–-hvordan-går-det-på-lang-sikt

Doktor Hanne Marit Bjørgaas forsvarte fredag 12. juni 2015 sin avhandling for graden PhD (philosophiae doctor) ved Universitetet i Bergen: "Psychiatric disorders in children with cerebral palsy. Is there a need for mental health screening?"

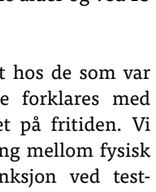
Hanne Marit Bjørgaas (f.1963) er utdannet ved Universitetet i Trondheim i 1989. Spesialist i barne- og ungdomspsykiatri. Ansatt ved Østerlide Barnehabilitering, Stavanger Universitetssykehus. Har hatt deltidsstilling som stipendiat fra 2009 med forskningsmidler fra Helse Vest. Hovedveileder har vært prof. Irene Elgen, Universitetet i Bergen og med-veileder har vært seniorforsker Mari Hysing ved Regionalt kunnskapssenter for barn og unge, Uni Research Helse.

Kort sammendrag av avhandlingen:
Cerebral parese (CP) rammer 2-3 av 1000 barn og er en av de hyppigste barnenevrologiske tilstandene. Diagnosen baseres på motoriske symptomer, men tilleggsproblematikk som epilepsi, psykisk utviklingshemning og psykiske vansker er vanlig. I sin doktorgradsavhandling har Bjørgaas kartlagt forekomst av psykiatriske diagnoser hos barn med CP. Hun har også kartlagt grad av psykiske symptomer generelt, og symptomer på autismespekterforstyrrelser hos barn med CP sammenlignet med jevnaldrende barn. Videre har hun testet spørreskjemaet SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire) for å finne ut om det var egnet til bruk som screening for å fange opp psykiske vansker hos barn med CP. 67 barn med CP deltok i studien, sammen med sine foreldre. Funn gjort hos denne gruppen ble sammenlignet med jevnaldrende barn fra den epidemiologiske studien Barn i Bergen.

Mer enn halvparten av barna med CP oppfylte kriterier for en psykiatrisk diagnose. Ett av fem barn hadde en sannsynlig autismespekterdiagnose, noe som er betydelig forhøyet sammenlignet med normal befolkningen. Det var også mye høyere forekomst av psykiske problemer generelt hos barn med CP. Vansker i venneforhold var svært vanlig, og ni av ti barn hadde problemer på dette området. Spørreskjemaet SDQ vil kunne fange opp de fleste barn med CP og psykiske vansker, men barna som blir fanget opp ved screeningundersøkelse vil i tillegg trenge en grundigere utredning for å stille en sikker psykiatrisk diagnose. Den høye forekomsten av psykiske vansker hos barn med CP understøtter betydningen av å integrere kartlegging og behandling av psykiske vansker som en sentral del av oppfølgingen av disse barna.

http://www.uib.no/nye-doktorgrader/89161/psykisk-helse-hos-barn-med-cerebral-parese-screening

Doktor Hege Synnøve Havstad Clemm forsvarte fredag 28. august 2015 sin avhandling for graden PhD (philosophiae doctor) ved Universitetet i Bergen: «Exercise Capacity after extremely preterm birth – Development from childhood to adulthood».



Hege Synnøve Havstad Clemm (f. 1976), avla medisinsk embetseksamen ved Universitetet i Bergen i 2003. Hun har arbeidet ved Barneklinikken i Bergen siden 2006 og er spesialist i Pediatri med subspesialisering rettet mot lunge og luftveier samt idrett. Doktorgradsarbeidet utgår fra Institutt for klinisk medisin ved Universitetet i Bergen og Helse Bergen. Veiledere har vært Professor Thomas Halvorsen, Professor Trond Markestad og Førsteamanuensis Ola Røksund.

Kort sammendrag av avhandlingen:
Avhandlingen beskriver fysisk arbeidskapasitet hos barn og unge voksne som ble født mer enn tre måneder for tidlig i periodene 1982-85 og 1991-92. Vi fant at maksimalt oksygenopptak og maksimalt antall meter tilbakelagt på en standardisert tredemølletest var ca. 10 prosent lavere enn hos jevnaldrende kontroller født til termin. Gjennomsnittsverdiene var likevel innenfor det som regnes som normalt. Med tanke på hvilken belastning det er å være født ekstremt for tidlig, bør dette regnes som svært bra.

Deltagerne i studien ble testet på tredemølle med ca. syv års mellomrom, ved henholdsvis 18 og 25 års alder og ved 10 og 18 års alder.

Lavere fysisk kapasitet hos de som var født for tidlig, kunne forklares med mindre fysisk aktivitet på fritiden. Vi fant ingen sammenheng mellom fysisk kapasitet og lungefunksjon ved testpunktet eller nyfødtmedisinske forhold, slik som bronkopulmonal dysplasi. Kirurgisk lukking av ductus arteriosus i nyfødtperioden (en blodåre fra fosterlivet som normalt lukker seg spontant) viste seg å være en risiko for lammelse av venstre stemmebånd. Dette var assosiert med betydelige symptomer fra luftveiene, men ikke med redusert fysisk kapasitet.

Utvikling av fysisk kapasitet fra 10 til 18 år og fra 18 til 25 år var den samme hos de som var født for tidlig og de som var født til termin. Både hos de som var født for tidlig og hos de som var født til termin, var det i ungdomsårene en positiv sammenheng mellom fysisk kapasitet og rapportert trening på fritiden.

Å være født ekstremt for tidlig er en risiko for funksjonsnedsettelse og sykdommer senere i livet. Fysisk aktivitet er helsefremmende og forebyggende, og studien viser at det er mulig å oppnå normal fysisk kapasitet for denne sårbare gruppen. Det er derfor viktig at man tidlig oppmuntrer til fysisk aktivitet, slik at mestring oppnås og god helse fremmes.

http://www.uib.no/nye-doktorgrader/90830/fysisk-kapasitet-hos-ekstremt-tidlig-fødte

Doktor Jostein Andersen Førsvoll forsvarte fredag 11. september 2015 sin avhandling for graden PhD (philosophiae doctor) ved Universitetet i Bergen: "The Periodic Fever, Aphthous stomatitis, Pharyngitis and cervical Adenitis syndrome in children. Clinical and immunological aspects".

Jostein Andersen Førsvoll (f. 1976) er vokst opp på Kråkerøy. Han avla medisinsk embetseksamen ved Universitetet i Oslo i 2001. Han er spesialist i barnesykdommer og arbeider som overlege ved Barne- og ungdomsklinikken ved Stavanger Universitetssjukehus

Kort sammendrag av avhandlingen:
Barn er mer utsatt for infeksjoner og har oftere feber enn voksne. Infeksjoner er imidlertid ikke alltid årsaken til gjentatte feberepisoder hos barn. Barn som har regelmessige, korte og selvbegrensende feberepisoder kan ha et periodisk febersyndrom. «Periodic Fever, Aphthous stomatitis, Pharyngitis and cervical Adenitis syndrome», som forkortes PFAPA, er det vanligste periodiske febersyndromet hos barn. Feberepisodene ved PFAPA debuterer i tidlige barneår og ledsages av store lymfeknuter på hals, sår i munnslimhinnen og betennelse i svelgslimhinner og halsmandler. Siden 2004 har alle barn diagnostisert med PFAPA blitt fulgt systematisk opp ved Barne- og ungdomsklinikken ved Stavanger Universitetssjukehus. I studien tok vi blodprøver fra barn med PFAPA under og mellom feberepisodene. Halsmandler ble fjernet som behandling for PFAPA. Halsmandelvevet ble studert i mikroskop. Ved hjelp av en fargeteknikk, ble ulike undergrupper av celler merket og telt. Funnene ble sammenliknet med

halsmandler fra en kontrollgruppe. Vi fant at sykdomsdebut var vanlig i første leveår. Årlig sykdomshyppighet av PFAPA ble beregnet til 2.3 nye tilfeller pr 10.000 barn under fem år. Vi fant endringer i nivået av ulike typer hvite blodlegemer og immunologiske signalstoffer i blodet under feberepisodene. I halsmandlene hos barn med PFAPA, fant vi færre celler av en bestemt type sammenliknet med kontrollene. Vår studie viser at PFAPA er relativt vanlig, og leger som vurderer barn bør være kjent med tilstanden. Resultatene våre kan tyde på at PFAPA skyldes en feilregulering av immunforsvaret, men mer forskning trengs for å avklare sykdomsårsaken.

http://www.uib.no/nye-doktorgrader/91144/periodisk-febersyndrom-hos-barn

Doktor Anette Ramm-Pettersen ved Institutt for klinisk medisin forsvarte onsdag 10. juni sin avhandling for graden PhD (philosophiae doctor) ved Universitetet i Oslo: GLUT1 deficiency syndrome in Norway-an epidemiological study of a treatable metabolic disease.

Kort sammendrag av avhandlingen:
Lege og forsker Anette Ramm-Pettersen har studert en sjelden årsak til epilepsi, nemlig GLUT1 mangel sykdom. I Norge er det foreløpig funnet i underkant av 30 personer med sykdommen, men man antar at det finnes mange udiagnostiserte tilfeller. Sykdommen skyldes en genfeil som gir sviktende transport av sukker til hjernen. Sukker er hjernens hovedenergikilde, og svikt i denne transporten fører hos de fleste til epileptiske anfall, forsinket utvikling og anstrengelsesutløste bevegelsesforstyrrelser.

For å kompensere for hjernens sukkermangel, blir sykdommen behandlet med ketogen diett, dvs. en svært fettrik og karbohydratfattig kost. Målet med studiene har vært å identifisere og karakterisere klinisk og genetisk personer med GLUT1 mangel. Ramm-Pettersen har vist at jo tidligere diagnosen stilles og behandlingen iverksettes, jo bedre går det med pasientene. Blant annet har hun funnet at tidlig behandling med ketogen diett ikke bare kan gi anfallsfrihet, men også en generell bedring i livskvalitet, fysisk utholdenhet og språklige ferdigheter. GLUT1 mangel er en sjelden metabolsk årsak til epilepsi som kan behandles effektivt. Det er derfor av stor viktighet å gjøre denne tilstanden bedre kjent.

http://www.med.uio.no/klinmed/forskning/aktuelt/arrangementer/disputaser/2015/ramm-pettersen-anette.html

Doktor Elen Gjevik ved institutt for klinisk medisin forsvarte onsdag 27. mai sin avhandling for graden PhD (philosophiae doctor) ved Universitetet i Oslo: Psychiatric comorbidity in children with autism spectrum disorder – from genes to clinical characteristics.

Kort resymé av avhandlingen:
Lege og forsker Elen Gjevik har vist at barn og ungdom med autismespekterforstyrrelse ofte har psykiatriske tilleggslidelser. Tilleggslidelser kan være viktige å behandle, men vanskelige å identifisere. I sin avhandling, «Psychiatric comorbidity in children with autism spectrum disorder – from genes to clinical characteristics", fant Elen Gjevik og medarbeidere at over 70 % av barn og ungdom med autisme hadde en tilleggslidelse. Angstlidelser og ADHD var de hyppigste. Tilleggslidelser forekom hos barn i alle aldre og på alle språk- og evnenivå. Elen Gjevik fant videre at et psykiatrisk spørreskjema ikke skilte godt nok mellom tilleggslidelser og autisme, og konkluderer med at tilleggslidelser bør vurderes ved hjelp av et diagnostisk intervju. Videre fant hun at legemiddelet atomoxetine kan være et behandlingsalternativ for tilleggslidelse ADHD ved autisme. I en genetisk studie hadde 16 % av barn med autisme mindre forandringer på arvestoffet, såkalte kopinummervariasjoner. Ingen av forandringene er imidlertid spesifikke for autisme, men også assosiert til andre barnepsykiatriske lidelser. Dette indikerer at de samme genene som disponerer for autisme også disponerer for tilleggslidelser. Avhandlingen understreker behovet for å kartlegge psykiatriske tilleggslidelser hos alle barn og ungdommer med autisme. Klinikere må imidlertid være klar over diagnostiske utfordringer.

http://www.med.uio.no/klinmed/forskning/aktuelt/arrangementer/disputaser/2015/gjevik-elen.html

Doktor Gry Hay ved Institutt for medisinske basalfag forsvarte fredag 4. september sin avhandling for graden PhD (doctor philosophiae) ved Universitetet I Oslo: Iron, folate and cobalamin status in infants and toddlers. A longitudinal study of Norwegian children 0-2 years.

Kort resymé av avhandlingen:
Cand. scient. i ernæring Gry Hay har undersøkt næringsstoffene jern, folat og vitamin B12 (kobalamin) i blodet og kosten til en gruppe friske, norske barn, 0-2 år. Disse næringsstoffene er nødvendige i passe store mengder for at barn skal vokse og utvikle seg normalt. Studien Iron, folate and cobalamin status in infants and toddlers bidrar til økt forståelse av hva som er normal status (nivåer i blodet) av jern, folat og vitamin B12 hos barn og hva som påvirker status de første to leveårene. Jernstatus var i hovedsak god i denne gruppen av barn. Folatstatus var også god, særlig blant barn som ble fullammet (fikk kun morsmelk). Nivåene av vitamin B12 var lavere hos ammede barn enn hos barn som ikke fikk morsmelk. Når annen mat eller melk ble gitt i tillegg til morsmelk, ga det likevel ikke økning i vitamin B12-status. Resultatene tyder på at lave verdier av vitamin B12 hos ammede barn er et normalt funn. Det er mulig at komponenter i morsmelk gjør at vitaminet utnyttes mer effektivt hos ammede barn. Det er også mulig at de lavere verdiene hos ammede barn er hensiktsmessig for barnet. Nivåene av folat og vitamin B12 i blodet hos disse barna, født og ammet av velernærte norske mødre med variert kosthold og god B12-status, foreslås som referanseverdier (normalverdier). Hva som er optimal vitamin B12-status hos spedbarn, kan imidlertid kun fastslås gjennom kontrollerte studier av friske barn, der blodverdier knyttes til funksjonelle mål som mental og motorisk utvikling. Mors status av folat og vitamin B12 i svangerskapet påvirket status hos de ammede barna. Jerntilskudd i svangerskapet hadde positiv effekt, mens røyking hadde negativ effekt, på barnets jernlager ved fødsel. Jernlageret ved fødsel påvirket jernstatus i de første to leveårene. Ved to års alder ble folatstatus positivt påvirket av frukt, bær og kornprodukter i barnas kost, mens B12-status ble positivt påvirket av kumelk, leverpostei og B12-tilskudd.

http://www.med.uio.no/imb/forskning/aktuelt/arrangementer/disputaser/2015/hay-gry.html

Doktor Håkon Bøås ved Institutt for klinisk medisin forsvarte tirsdag 16. juni sin avhandling for graden PhD. (philosophiae doctor) ved Universitetet I Oslo: Pinworms and viral infections in early childhood: epidemiological studies of relevance for the hygiene hypothesis.

Kort sammendrag av avhandlingen:
Stipendiat Håkon Bøås har undersøkt hvor vanlig barnemark (Enterobius vermicularis) er i Norge, og mulige sammenhenger med astma, allergi og atopisk eksem. Han har også studert saffoldvirus og mulig sammenheng med øycelleautoimmunitet. Forekomsten av mange kronisk inflammatoriske- og autoimmune sykdommer har økt siden 1950 tallet. Samtidig har en nedgang i forekomsten av barnemark blitt rapportert. I samsvar med «The Old Friends» hypotesen, ble derfor barnemarksmitte foreslått som nødvendig for normal utvikling av immunsystemet. Andre kandidater inkluderer virusfamilien Picornaviridae, hvor flere medlemmer også mistenkes for å være involvert i utviklingen av type 1 diabetes. I sin avhandling Pinworms and viral infections in early childhood: epidemiological studies of relevance for the hygiene hypothesis, har Håkon Bøås vist at barnemark fortsatt er vanlig i Norge. Det virker lite sannsynlig at en redusert forekomst alene forklarer økningen av astma, eksem og allergi. Totalt fikk ~18% av deltagerne påvist barnemark. Forekomsten var lavere hos barn under 3 års alder. Barnemark er mer vanlig blant barn med eldre søsken, og det var færre tilfeller blant de med en høy genetisk risiko for type 1 diabetes. En mulig sammenheng mellom matallergier og pågående infeksjon ble funnet. Saffoldvirus (i Picornaviridae familien) ble funnet i 2.6% av prøvene og 18 % hadde blitt infisert før 2 års alder. Det var noe høyere frekvens av viruset blant de som senere utviklet øycelleautoimmunitet, men forskjellen var ikke statistisk signifikant. Større studier vil være nødvendig for å utelukke sammenhenger av moderat størrelse. Prøvene kommer fra barn som deltar i MIDIA (Miljøårsaker til Type 1 Diabetes) studien. Scotch-tape prøver fra 395 barn mellom 2 to 11 års alder, ble tatt på 3 påfølgende dager, og undersøkt for barnemark. Månedlige avføringsprøver ble samlet mellom 3-35 måneders alder. Totalt ble 2077 avføringsprøver testet for saffoldvirus.

http://www.med.uio.no/klinmed/forskning/aktuelt/arrangementer/disputaser/2015/boas-hakon.html

Doktor Helle Høyer ved Institutt for klinisk medisin forsvarte fredag 11. september sin avhandling for graden PhD. (philosophiae doctor) ved Universitetet I Oslo: Molecular diagnostics of Charcot-Marie-Tooth disease in Norway.

Kort resymé av avhandlingen:
Forsker Helle Høyer har i sin doktorgrad tatt i bruk ny DNA teknologi for å diagnostisere pasienter med arvelig perifer nervesykdom. Rundt 3000 mennesker i Norge er rammet av arvelig perifer nervesykdom, Charcot-Marie-Tooth sykdom. Sykdommen fører til muskelsvinn og lammelser samt tap av sensoriske ferdigheter, med varierende alvorlighetsgrad. Identifikasjon av den arvelige årsaken er viktig for pasientene, for å kunne avklare prognose og gjentagelsesrisiko. Og i fremtiden vil dette være avgjørende for å kunne dra nytte av en målrettet behandling. En genetisk diagnose har imidlertid vært vanskelig å fremskaffe, ettersom den arvelige faktoren som utløser sykdommen variererer fra person til person. I to tidligere norske studier mottok kun 14% og 25% av denne pasientgruppen en genetisk diagnose etter analyse av de vanligste faktorer.

I hennes avhandling "Molecular diagnostics of Charcot-Marie-Tooth

disease in Norway" har Helle Høyer og hennes medarbeidere anvendt nyere DNA teknologi for utredning av denne pasientgruppen. Resultatene fra studien viser at etter bruk av ny DNA teknologi mottok 49 % av pasientene i studien en genetisk diagnose. Spesielt metoden next-generation sequencing, som detekterer små variasjoner i arvematerialet vårt, var fordelaktig. Denne metoden var mer effektiv enn tidligere anvendt metode og gav tilnærmet en tredobling i forhold til tidligere utbytte. Metoden next-generation sequencing anbefales nå til rutinediagnostikk av pasienter med arvelig perifer nervesykdom.

http://www.med.uio.no/klinmed/forskning/aktuelt/arrangementer/disputaser/2015/hoyer-helle.html

Doktor Martin Heier ved Institutt for klinisk medisin forsvarte torsdag 18. Juni sin avhandling for graden PhD. (philosophiae doctor) ved Universitetet i Oslo: Early atherosclerosis in childhood onset diabetes - The impact of inflammation and advanced glycation.

Kort sammendrag av avhandlingen:
Mer uttalt åreforkalkning hos barn med type 1 diabetes. Barnelege Martin Heier har sammenlignet barn med og uten type 1 diabetes (T1D) med tanke på utvikling av åreforkalkning. Åreforkalkning er den viktigste årsaken til hjerte- og karsykdommer som hjerteinfarkt og hjerneslag. Heier har påvist at barn med T1D allerede ved 13 års alder har mer uttalt åreforkalkning enn friske jevnaldrende. Man vet at mennesker med T1D har redusert forventet levealder, hovedsakelig grunnet økt forekomst av hjerte- og karsykdom. Det er vanskelig, men viktig, å starte forebygging og behandling av slike sykdommer tidlig. I sin avhandling "Early atherosclerosis in childhood onset diabetes - The impact of inflammation and advanced glycation" presenterer Heier arbeider der han og medarbeidere ved ultralyd og forskjellige blodprøver har målt graden av åreforkalkning. Åreforkalkningen preges av kronisk betennelse, og faktisk viser den vanlige blodprøven CRP (C-reaktivt protein) seg å være en av de mest sensitive markørene. Barn og ungdom som har hatt T1D i fem år har allerede forhøyede verdier. Denne økningen inntreffer før man kan se fortykkelse av åreveggen med ultralyd. Ved diabetes er blodsukkeret stadig forhøyet. At dette blodsukkeret reagerer med og endrer kroppens proteiner ser i Heiers undersøkelser ut til å være en viktig mekanisme for sammenhengen mellom diabetes og hjerte- og karsykdom.

http://www.med.uio.no/klinmed/forskning/aktuelt/arrangementer/disputaser/2015/heier-martin.html

Doktor Quetoline Gwendoline Kandawasvika ved Institutt for klinisk medisin forsvarte torsdag 18. Juni sin avhandling for graden PhD (philosophiae doctor) ved Universitetet i Oslo: Child neurodevelopment in a resource constrained setting: a 8 year follow up of children born in a high HIV prevalence community in Zimbabwe.

Kort sammendrag av avhandlingen:
Mer uttalt åreforkalkning hos barn med type 1 diabetes. Barnelege Martin Heier har sammenlignet barn med og uten type 1 diabetes (T1D) med tanke på utvikling av åreforkalkning. Åreforkalkning er den viktigste årsaken til hjerte- og karsykdommer som hjerteinfarkt og hjerneslag. Heier har påvist at barn med T1D allerede ved 13 års alder har mer uttalt åreforkalkning enn friske jevnaldrende. Man vet at mennesker med T1D har redusert forventet levealder, hovedsakelig grunnet økt forekomst av hjerte- og karsykdom. Det er vanskelig, men viktig, å starte forebygging og behandling av slike sykdommer tidlig. I sin avhandling "Early atherosclerosis in childhood onset diabetes - The impact of inflammation and advanced glycation" presenterer Heier arbeider der han og medarbeidere ved ultralyd og forskjellige blodprøver har målt graden av åreforkalkning. Åreforkalkningen preges av kronisk betennelse, og faktisk viser den vanlige blodprøven CRP (C-reaktivt protein) seg å være en av de mest sensitive markørene. Barn og ungdom som har hatt T1D i fem år har allerede forhøyede verdier. Denne økningen inntreffer før man kan se fortykkelse av åreveggen med ultralyd. Ved diabetes er blodsukkeret stadig forhøyet. At dette blodsukkeret reagerer med og endrer kroppens proteiner ser i Heiers undersøkelser ut til å være en viktig mekanisme for sammenhengen mellom diabetes og hjerte- og karsykdom.

http://www.med.uio.no/klinmed/forskning/aktuelt/arrangementer/disputaser/2015/heier-martin.html

EN GOD GRUNN TIL Å BEHANDLE ENURESE (SENGEVÆTING)

Målet er tørre netter

Barn med enurese?

Noen bruker litt lengre tid på å få sin døgnvariasjon av antidiuretisk hormon på plass. De har enurese, og tall fra litteraturen viser at de ikke er alene om problemet. Med en utbredelse på 13 prosent av seksåringer, er dette et uttalt problem blant barn. Tap av kontroll kan påvirke barnets selvfølelse og sosial fungering over tid.[1]

Nattlig polyuri er en hovedårsak til primær monosymtomatisk enurese. Minirin® (desmopressin) er en analog av vasopressin, og kan erstatte manglende egenregulering en periode uten å påvirke barnets egenproduksjon av antidiuretisk hormon. [2,3]

- Over 40 år med klinisk bruk og høyeste anbefalingsgrad i internasjonale handlingsprogram. [2]
- 3 av 4 (75 %) oppnår respons [4]
- Like effektiv som alarm og gir færre avbrutte behandlinger [5,6]
- Godkjent på blå resept fra 5-års alder [7]
- Selektiv renal virkning (V2-reseptorer) uten å passere blod-hjerne-barrieren [7,8]

1. DiBianco DM Avicenna. J Med. 2014 Oct; 4(4): 77-86
2. Vande Walle. J Eur J Pediatr 2012; 171: 971–983
3. Van Kerrebroeck. PEV Br J Urol Int 2002; 89: 420-425
4. Laecke E et al. 2012 The Journal of Urology; 187( ): 240-41
5. Perrin N et al. Prim Health Care Res Dev 2015; 16(1): 21-31
6. Onol F et al. Jour Urol 2015; 193: 655-61
7. Se preparatomtale
8. Holt J et al. Tidskr Nor Lageforen 2001; 121: 59-62

Minirin® DESMOPRESSIN 60/120/240 µg SMELTETABLETT

Minirin Ferring Legemidler AS
Antidiuretikum.

ATC-nr.: H01B A02

SMELTETABLETTER *60 µg, 120 µg og 240 µg:* *Hver smeltetablett inneh.:* Desmopressinacetat tilsv. desmopressin 60 µg, resp. 120 µg og 240 µg, mannitol 10,25 mg, vannfri sitronsyre (E 330), gelatin. **Indikasjoner:** Hypofysær diabetes insipidus. Polyuri-polydipsisyndrom etter hypofyseektomi. Primær nattlig enurese f.o.m. 5 års alder hos pasienter med normal evne til å konsentrere urin hvor bruk av enuresealarm ikke finnes hensiktsmessig. Symptomatisk behandling av nokturi hos voksne assosiert med nattlig polyuri, dvs. nattlig urinproduksjon som overskrider funksjonell blærekapasitet. **Dosering:** Individuell dosering. Behandlingen bør avsluttes dersom tilstrekkelig effekt ikke oppnås innen 4 uker med dosetitrering. ***Hypofysær diabetes insipidus:*** *Voksne og barn:* Passende initialdose er 60 µg sublingualt 3 ganger daglig. Deretter dosering etter respons. Daglig dose varierer mellom 120 µg og 720 µg. Vanlig dose er 60-120 µg sublingualt 3 ganger daglig. ***Primær nattlig enurese:*** *Voksne og barn ≥ 5 år:* Passende initialdose er 120 µg sublingualt ved sengetid. Dosen kan økes til 240 µg. Væskerestriksjon skal følges. Behandling i perioder à 3 måneder. Minst 1 ukes pause mellom behandlingsperiodene for å se om pasienten er blitt tørr. ***Nokturi:*** *Voksne:* Anbefalt initialdose er 60 µg sublingualt ved sengetid. Dersom dosen ikke er tilstrekkelig effektiv etter 1 uke, kan den økes til 120 µg og deretter til 240 µg ved ukentlige doseøkninger. Væskerestriksjon skal følges. ***Spesielle pasientgrupper:*** *Nedsatt nyrefunksjon:* Se Kontraindikasjoner. *Eldre:* Behandling bør ikke påbegynnes hos eldre ≥65 år. Dersom behandling likevel initieres hos eldre, bør serumnatrium måles før behandlingsstart, etter 3 dager, samt ved ev. doseøkninger. ***Administrering:*** Samtidig matinntak reduserer absorpsjonen og effekten av Minirin og bør derfor alltid tas til samme tid i forhold til måltid. Smeltetabletten skal plasseres under tungen hvor den løses opp uten behov for vann. **Kontraindikasjoner:** Habituell eller psykogent betinget polydipsi (urinvolum >40 ml/kg/24 timer), kjent eller mistenkt hjertesvikt og andre tilstander som krever behandling med diuretika, moderat til alvorlig nedsatt nyrefunksjon (Cl_{cr} <50 ml/minutt), syndrom med forstyrret ADH-sekresjon (SIADH), kjent hyponatremi, overfølsomhet for noen av innholdsstoffene. **Forsiktighetsregler:** Ved behandling av primær nattlig enurese eller nokturi, skal væskeinntaket begrenses til minst mulig i perioden fra 1 time før til 8 timer etter innntak. Behandling uten samtidig reduksjon i væskeinntak kan føre til væskeretensjon og/eller hyponatremi med eller uten varseltegn og symptomer (hodepine, kvalme/oppkast, vektøkning, nedsatt serumnatrium og i alvorlige tilfeller kramper). Hos pasienter med «urgency/urge incontinence», organiske årsaker til økt miksjonshyppighet og nokturi (f.eks. benign prostata hyperplasi, urinveisinfeksjon, blæresteiner/svulster), polydipsi og inadekvat regulert diabetes mellitus, bør den spesifikke årsaken behandles. Pasienter ≥65 år, pasienter med lavt serumnatrium og pasienter med høyt døgnurinvolum (> 2,8-3 liter) kan ha økt risiko for hyponatremi. Behandlingen bør avbrytes ved akutte forbigående tilstander karakterisert ved væske- og/eller elektrolyttubalanse. **Interaksjoner:** Substanser som er kjent for å indusere ADH-sekresjon, f.eks. TCA, SSRI, klorpromazin og karbamazepin, kan forårsake additiv antidiuretisk effekt med økt risiko for væskeretensjon. NSAIDs kan indusere væskeretensjon/hyponatremi. Samtidig behandling med loperamid og andre legemidler som forsinker intestinal transittid kan føre til økning i desmopressinkonsentrasjonen i serum. Samtidig behandling med dimetikon kan resultere i redusert absorpsjon av desmopressin. **Graviditet/Amming:** *Overgang i placenta:* Data fra et begrenset antall gravide og fra dyreforsøk indikerer ingen skadelige effekter på svangerskapsforløpet eller på helsen til fosteret/det nyfødte barnet. Forsiktighet må imidlertid utvises ved forskrivning til gravide. *Overgang i morsmelk:* Går over, men påvirkning av barnet anses som usannsynlig ved terapeutiske doser. Fertilitet: Ukjent **Bivirkninger:** *Svært vanlige (≥1/10):* Nevrologiske: Hodepine[1]. *Vanlige (≥1/100 til <1/10):* Gastrointestinale: Kvalme[1], magesmerter[1], diaré, forstoppelse, oppkast[1]. Hjerte/kar: Hypertensjon. Nevrologiske: Svimmelhet[1]. Nyre/urinveier: Blære- og urinrørsymptomer. Stoffskifte/ernæring: Hyponatremi[1]. Øvrige: Ødem, fatigue. *Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100):* Gastrointestinale: Dyspepsi, flatulens, oppblåsthet og distensjon. Hjerte/kar: Palpitasjoner, ortostatisk hypotensjon. Hud: Svette, pruritus, utslett, urticaria. Lever/galle: Økning i leverenzymer. Luftveier: Dyspné. Muskel-skjelettsystemet: Muskelspasmer, myalgi. Nevrologiske: Somnolens, parestesier. Psykiske: Insomni. Stoffskifte/ernæring: Hypokalemi. Undersøkelser: Vektøkning[1]. Øre: Vertigo[1]. Øye: Svekket syn. Øvrige: Malaise[1], smerter i bryst, influensalignende sykdom. *Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000):* Hud: Allergisk dermatitt. Psykiske: Forvirring[1]. *Svært sjeldne (<1/10 000), ukjent:* Immunsystemet: Anafylaktisk reaksjon. Nevrologiske: Kramper[1], asteni[2], koma[1]. Stoffskifte/ernæring: Dehydrering[2], hypernatremi[2]. ***Barn og ungdom:*** *Vanlige (≥1/100 til <1/10):* Nevrologiske: Hodepine[1]. *Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100):* Gastrointestinale: Magesmerter[1], kvalme[1], oppkast[1], diaré. Nyre/urinveier: Blære- og urinrørsymptomer. Psykiske: Affektlabilitet, aggresjon. Øvrige: Perifert ødem, fatigue. *Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000):* Hjerte/kar: Hypertensjon. Nevrologiske: Somnolens. Psykiske: Angstsymptomer, mareritt, humørsvingninger. Øvrige: Irritabilitet. *Svært sjeldne (<1/10 000), ukjent:* Hud: Allergisk dermatitt, utslett, svette, urticaria. Immunsystemet: Anafylaktisk reaksjon. Luftveier: Epistaksis. Psykiske: Abnormal oppførsel, emosjonelle lidelser, depresjon, hallusinasjoner, insomni. Nevrologiske: Oppmerksomhetsforstyrrelser, psykomotorisk hyperaktivitet, kramper[1]. Stoffskifte/ernæring: Hyponatremi. **Overdosering/Forgiftning:** Overdosering fører til forlenget virketid med økt fare for væskeretensjon og hyponatremi. *Symptomer:* Hodepine, kvalme, væskeretensjon, hyponatremi, oliguri, kramper, lungeødem. *Behandling:* Individuell, men generelt skal desmopressin seponeres og væskerestriksjon igangsettes. Dersom pasienten har symptomer, kan isoton eller hyperton natriumkloridinfusjon gis. Ved alvorlig væskeretensjon (kramper og tap av bevissthet) gis furosemidbehandling. Se Giftinformasjonens anbefalinger. **Egenskaper:** *Klassifisering:* Desmopressin er en syntetisk strukturanalog til det naturlige humane hypofysebaklapphormonet argininvasopressin. *Virkningsmekanisme:* Desmopressin skiller seg fra det naturlige hormonet ved at aminogruppen i cystein er fjernet og L-arginin er erstattet med D-arginin. Dette resulterer i betydelig forlenget virketid samt fullstendig mangel på pressoreffekt ved klinisk dosering. *Absorpsjon:* Moderat til høy intra- og interindividuell variasjon i biotilgjengelighet. Etter sublingual administrering av doser à 200, 400 og 800 µg er total gjennomsnittlig systemisk biotilgjengelighet 0,25 % og C_{max} hhv. 14, 30 og 65 pg/ml. T_{max} nås etter 0,5-2 timer. *Fordeling:* Distribusjonsvolumet er 33 liter. Passerer ikke blod-hjerne-barrieren. *Halveringstid:* Ca. 2,8 timer. *Utskillelse:* Ca. 45% gjenfinnes i urinen innen 24 timer ved i.v. administrering. **Pakninger og priser pr november 2014:** ***60 µg*** *30 stk.* (blister) kr 261,60; *100 stk.* (blister) kr 704,60. ***120 µg*** *30 stk.* (blister) kr 445,00; *100 stk.* (blister) kr 1320,30. ***240 µg*** *30 stk.* (blister) kr 839,90; *100 stk.* (blister) kr 2599,40. **Refusjon:** *Refusjonsberettiget bruk:* Hypofysær diabetes insipidus. Polyuripoly-dipsisyndrom etter hypofyse-ektomi. Primær nattlig enurese f.o.m. 5 års alder hos pasienter med normal evne til å konsentrere urin hvor bruk av enuresealarm ikke finnes hensiktsmessig. *Refusjonskode ICPC:* P12 Sengevæting/enuresis IKA (-), T99 Hypofysesvikt INA (-). *ICD:* E23 Hypofunksjon og andre forstyrrelser i hypofyse (-), F98.0 Ikke-organisk enurese (-). For fullstendig preparatomtale (SPC), se www.legemiddelverket.no. ***Sist endret:*** 25.02.2014. (priser og ev. refusjon oppdateres hver 14. dag).

1. Kan være symptom på hyponatremi. 2. Kun ved hypofysær diabetes insipidus.

torrhelenatten.no - nettsiden om sengevæting

Ferring Legemidler AS | Nydalsveien 36B, 0484 Oslo | Postboks 4445 Nydalen, 0403 Oslo | Tlf: 22 02 08 80 | Faks: 22 02 08 81

FERRING PHARMACEUTICALS

MIN/006/03/2015

AUGUST ISSUE

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

Babies and screens

Toddlers who have been increasingly exposed to background TV over time have more developmental problems and oppositional defiant behaviour scores than those without elevated TV exposure. The finding comes from a study by Weerasak Chonchaiya et al (pp. 1039–1046). Victor Strasburger, who is one of the paediatricians behind the American Academy of Pediatrics' recommendation to limit screen time, comments the finding in an editorial (pp. 967–968). See also the article by Gary S Goldfield et al, who found that screen time is independently associated with health-related quality of life in obese adolescents (pp. e448–454).

Mental health problems in adolescence are rising more in Sweden than in other Nordic countries

The social and health conditions for children are similar and relatively favourable in the Nordic countries and the Netherlands. This review examines the time trends for mental health problems in adolescents and young adults in these countries between 1990 and 2010. In general, there were only small changes in all countries studied except for Sweden, where there was a marked rising trend in mental health problems. Sweden also had decreasing school achievements and increasing unemployment rates among youngsters. See the review by Sven Bremberg (pp. 997–1004).

Childhood cancer survivors and their lifestyle

Childhood cancer survivors have an elevated future risk of several types of chronic health conditions. Gal Dubnov-Raz et al found in an interventional trial that changes in fitness in childhood cancer survivors were associated with changes in body composition and bone health (pp. 1055–1061). Tina FT Bogg et al report that childhood haematopoetic stem cell transplant survivors are not sufficiently active and spend too much time using screen media (pp. e455–e459). In an editorial, Robert M Siegel and his co-authors discuss the importance of physical activity and optimal nutrition throughout life after sickening in childhood cancer (pp. 969–970).

Neonatal weight charts, exclusive breastfeeding and behaviour

Newborn infants are expected to lose weight during the first days of life, but how much weight loss is normal? Giovanna Bertini et al have developed a weight loss chart that provides an important instrument for identifying high-risk infants (pp. 1024–1027). Maria João Fonseca and her co-authors have studied another new useful approach to estimating weight change the first 96 hours after birth (pp. 1028–1034). In another article, a group of Canadian, Swedish and Japanese researchers report that weight loss is associated with intensity of rooting behaviour in newborn infants (pp. 1018–1023). Samuli Rautava comments the three above-mentioned articles in an editorial (pp. 965–966).

Perception of light stimuli by very preterm infants

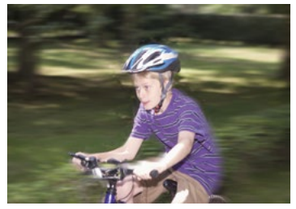
Very preterm infants are exposed to much more illumination in the incubator than they would have been if they had still been in the foetal environment. Claire Zores and her co-authors analysed the physiological responses of 27 incubated very preterm infants to a total of 332 light changes over a 10-hour period. They found that the infants were able to detect small variations in environmental light levels, especially in mild light protection conditions (pp. 1005–1011). Robert D. White comments the finding in the editorial 'Perception of stimuli by preterm infants' (p. 964).

SEPTEMBER ISSUE

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

School garden vegetables increased salad selection

If kids grow their own vegetables, they seem more likely to eat them. Brian Wansink and his co-authors found in a pilot study that when greens from the school garden were introduced in the cafeteria of a high school in upstate New York, students were four times as likely to select salad. The subjects were 370 high school students who purchased lunch from the school cafeteria. Although waste increased relative to the control, it is promising to see that still more greens were consumed compared to the past, even in a cold climate high school (pp. 823–826).



Physical activity decreased by a quarter in 12-year-old Swedish boys between 2000 and 2013

This study explores trends in physical activity from 2000 to 2013 among second- and fifth-grade Swedish schoolchildren, aged 8–9 years and 11–12 years, respectively. Time trends in physical activity seem to differ between boys and girls. Second-grade boys and fifth-grade girls were stable throughout, whereas physical activity among second-grade girls increased between 2000 and 2006 before stabilising. The most remarkable finding was that fifth-grade boys showed a significant 24% reduction in physical activity. Anders Raustorp et al suggest that changes in recess and leisure time habits, such as smartphone use, may be an explanation to the decrease in this group (pp. 808–814).

Has neonatal dialysis become morally obligatory? Lessons from Baby Doe

Aaron Wightman and Jennifer Kett describe a situation with a seven-day-old baby born at term. The child had a kidney disease and doctors recommended the initiation of dialysis with the goal of pursuing kidney transplantation in about two years. But the baby's parents did not wish to pursue dialysis or renal transplant. Should the parents' refusal be accepted? The authors come to the conclusion that interventions should be performed in the best interest of the child, even over parental objection (pp. 748–750). William Meadow, on the other hand, explains in his editorial that he is ok with allowing parents the right to choose for their child (p. 751).

Children in rural China enjoyed an increase in quality of life from 2009 to 2011

This study examined quality of life (QoL) among 816 children in rural China in relation to sociodemographic, family environment and psychosocial factors. The authors, Yi-Le Wu et al, found that quality of life significantly improved from 2009 to 2011 and was positively related to family income and baseline QoL and negatively related to older age and being female (pp. 849–854).

Bed sharing is more common in SIDS than in explained sudden infant deaths

Despite its declining incidence, sudden infant death syndrome (SIDS) is still an important cause of death in infancy. This study investigated the environmental circumstances associated with SIDS, by analysing data from all sudden unexpected deaths in infancy (SUDI) in Sweden from 2005 to 2011. Bed sharing and prone sleeping were found to be more common in SIDS than in explained SUDI. Per Möllborg and his co-authors also found that environmental data were missing in medical records. They are now working with the National Board of Health and Welfare on a project to establish new routines (pp. 777–783).

OCTOBER ISSUE

HIGHLIGHTS IN THIS ISSUE

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

Ex-preemies are less happy as adults than as adolescents

Extremely preterm born (EPB) infants in western Norway were followed by self-assessment of their quality of life (HRQoL) from adolescence to young adulthood. At 24 years of age EPB subjects without disabilities reported lower scores of social functioning and mental health and reported more psychological health complaints. See the article by Berit Båtsvik et al (pp. 948–955).

A more interventionist approach to neonatal care in the Netherlands and Switzerland

In 2005, the Netherlands uniquely accepted euthanasia as a legal option for newborn infants. Jan F Koper et al have examined how neonatologists in a Dutch hospital handled end-of-life care in 2001–2003 and 2008–2010, before and after the euthanasia legalisation. Modes of death in the delivery room had changed over time, while modes of death in the neonatal intensive care unit (NICU) remained the same. There was an increased duration of NICU treatment before dying, suggesting a more interventionist approach to treatment in the later period. No cases of euthanasia were found (pp. 888–893). See also the article on the outcome of neonates in Swiss medical centres (pp. 872–879).

Children hospitalised with respiratory syncytial virus infection

Respiratory syncytial virus (RSV) infections are among the most common lower respiratory tract infections in infants. Charlotta Svensson and her co-authors have gathered data from laboratory verified hospitalised RSV cases in western Sweden between 2004 and 2011. The incidence was 17.4/1000/year during the first year of life and 0.6/1000/year from one to four years of age. Preterm infants had a higher risk, but most infants needing hospitalisation were full term and had no risk factors (pp. 922–926). See also the paper by Leanna MA Kool-Houweling et al, who have studied the use of the RSV prophylactic drug Palivizumab in the Netherlands (pp. 927–932).

Maternal use of methadone and risk of sudden neonatal death

Infants born to drug-using mothers are a growing population. They are at risk of low birthweight, prematurity and possible long-term developmental problems and may also be at increased risk of sudden infant death syndrome. This retrospective postmortem survey conducted in Sheffield, UK, between 2004 and 2011, found that 37% of infants dying suddenly and unexpectedly in the first month of life had a history of maternal methadone use or other drugs of addiction. Most of these babies had been exposed to multiple risk factors, including sleeping in an unsafe environment. See the paper by Martha C Cohen et al (pp. 883–887).

The Hammersmith (Dubovitz) score revisited

The newly developed cumulative deviance scores may be used as an alternative scoring method to the Hammersmith Neonatal Neurological Examination in scientific research, according to this pilot study. The new scale was found to yield better differentiation of infants by preserving more of the interindividual variance and it also allows the use of independent variables such as gestational age. Susanna Stjerna and her co-authors conclude that it might even offer a way to define the elusive relationship between early neurological assessment and later neurodevelopmental outcome (pp. e414–e416).

Nutramigen

PURAMINO* for de mest sårbare allergiske barna

Nytt varenummer: 819408

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

Nutramigen PURAMINO - samme trygge, effektive[1†] og 100% sikre hypoallergene aminosyrebaserte morsmelkerstatningen for barn med alvorlig kumelkallergi eller multiple matallergier. Nå med:

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

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

Les mer: **www.meadjohnson.no**

Mai 2015

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

ABIGO Medical AS
Eidsbergveien 43
Telefon: 908 11 312

abigo

B ØKONOMI
ÉCONOMIQUE

Returadresse:
Den Norske Legeforening
Pb 1152 Sentrum
0107 Oslo

posten DISTRIBUERT AV POSTEN NORGE
NORGE P.P. PORTO BETALT

Redusert bevegelighet i ledd[2]

Klohånd deformitet[2]

Gjentagende hernie reponering[2]

Gjentagende øre –nese –halsinfeksjoner[2]

Aldurazyme (Laronidase)

ATC-nr.: A16A B05

KONSENTRAT TIL INFUSJONSVÆSKE, oppløsning *100 E/ml:* *Hvert hetteglass inneh.:* Laronidase 500 E, monobasisk natriumfosfat (monohydrat), dibasisk natriumfosfat (heptahydrat), polysorbat 80, natriumklorid, vann til injeksjonsvæsker.

Indikasjoner: Langvarig enzymerstatningsbehandling hos pasienter som har fått bekreftet diagnosen Mukopolysakkaridose I (MPS I; α-L-iduronidasemangel) for å behandle sykdommens ikke-nevrologiske symptomer.

Dosering: ***Voksne og barn:*** Behandling bør skje under tilsyn av lege som har erfaring med behandling av pasienter med MPS I eller andre arvelige stoffskiftesykdommer. Bør gis i egnet klinisk miljø der gjenopplivingsutstyr til bruk i nødstilfelle er lett tilgjengelig. Anbefalt dose er 100 E/kg kroppsvekt, gitt 1 gang pr. uke. Initial infusjonshastighet på 2 E/kg/time kan økes hvert 15. minutt, hvis tolerert, til maks. 43 E/kg/time. Totalt infusjonsvolum bør tilføres i løpet av ca. 3-4 timer. ***Eldre (>65 år):*** Sikkerhet og effekt er ikke klarlagt, ingen dosering kan anbefales. ***Spesielle pasientgrupper:*** *Nedsatt lever-/nyrefunksjon:* Sikkerhet og effekt er ikke klarlagt, ingen dosering kan anbefales. ***Tilberedning:*** Fortynnes med natriumklorid 9 mg/ml infusjonsvæske, se pakningsvedlegg. Fortynnet oppløsning bør administreres gjennom et 0,2 µm in-line-filter for å fjerne proteinpartikler. ***Administrering:*** Gis som i.v. infusjon.

Kontraindikasjoner: Alvorlig overfølsomhet (anafylaktisk reaksjon) for innholdsstoffene.

Forsiktighetsregler: Pasienter kan utvikle infusjonsrelaterte reaksjoner (IRR, noen kan være alvorlige) og bør overvåkes nøye. Alle tilfeller av IRR, forsinkede reaksjoner og mulige immunologiske reaksjoner bør rapporteres. Antistoffstatus bør monitoreres regelmessig og rapporteres. Alvorlige IRR er sett ved alvorlige underliggende problemer med øvre luftveier, og disse pasientene skal overvåkes nøye og bare infunderes i klinisk hensiktsmessige omgivelser med tilgang til gjenopplivningsutstyr. Akutt underliggende sykdom ser ut til å gi større risiko for IRR. Klinisk status bør derfor vurderes nøye før administrering. Nesten alle pasienter forventes å utvikle IgG-antistoffer mot laronidase, vanligvis innen 3 måneder etter behandlingsstart. Ved antistoffer eller symptomer på IRR bør behandling skje med forsiktighet. Vanligvis kan IRR behandles ved å senke infusjonshastigheten og gi antihistaminer og/eller antipyretika (paracetamol eller ibuprofen) før behandling, for å muliggjøre fortsatt behandling. Ved gjenopptak av behandlingen etter et lengre avbrudd, må forsiktighet utvises pga. økt risiko for overfølsomhetsreaksjon. For å minimere forekomst av IRR anbefales premedisinering (antihistaminer og/eller antipyretika) ca. 60 minutter før infusjonsstart ved 1. administrering, eller ved gjenopptak etter avbrudd i behandlingen. Premedisinering bør også vurderes ved påfølgende infusjoner hvis det foreligger kliniske indikasjoner. Ved mild eller moderat IRR bør behandling med antihistaminer og paracetamol/ibuprofen og/eller halvering av infusjonshastighet vurderes. Ved et alvorlig enkelttilfelle av IRR, bør infusjonen stoppes til symptomene er forsvunnet og behandling med antihistaminer og paracetamol/ibuprofen vurderes. Ved restart reduseres infusjonshastigheten til 1/2-1/4 av hastigheten ved forrige reaksjon. Ved gjentatte moderate IRR eller ny provokasjon etter et enkelttilfelle av alvorlig IRR, bør premedisinering (antihistaminer og paracetamol/ibuprofen og/eller kortikosteroider) vurderes og infusjonshastigheten reduseres til 1/2-1/4 av hastigheten ved forrige reaksjon. Alvorlige allergilignende overfølsomhetsreaksjoner kan forekomme. Ved slike reaksjoner anbefales umiddelbar seponering og standard akuttbehandling. Inneholder natrium (1,29 mmol/hetteglass). Pasienter på natriumdiett bør ta hensyn til dette. **Interaksjoner:** Ingen studier utført. Cytokrom P-450-relaterte interaksjoner er usannsynlig pga. virkestoffets metabolisme. Bør ikke administreres samtidig med klorokin eller prokain, pga. potensiell risiko for forstyrrelser i det intracellulære opptaket av laronidase.

Graviditet, amming og fertilitet: *Graviditet:* Utilstrekkelige data. Skal kun brukes ved graviditet dersom strengt nødvendig. *Amming:* Kan gå over i morsmelk. Amming anbefales ikke.

Bivirkninger: Ca. 53% av pasientene (35% hos barn) opplever IRR, noen alvorlige. Omfanget av disse reduseres over tid. *Svært vanlige (≥1/10):* Gastrointestinale: Kvalme, abdominale smerter. Hjerte/kar: Rødming. Hud: Utslett. Muskel-skjelettsystemet: Artropati, atralgi, ryggsmerter, smerter i ekstremitetene. Nevrologiske: Hodepine. Øvrige: Pyreksi, reaksjoner på administreringsstedet. *Vanlige (≥1/100 til <1/10):* Gastrointestinale: Oppkast, diaré. Hjerte/kar: Takykardi, hypotensjon, blekhet, perifer kuldefølelse. Hud: Angioødem, ansiktshevelser, urticaria, prurigo, kaldsvette, alopesi, hyperhidrose. Immunsystemet: Anafylaktisk reaksjon. Luftveier: Pustevansker, dyspné, hoste. Muskel-skjelettsystemet: Muskel- og skjelettsmerter. Nevrologiske: Parestesi, svimmelhet. Psykiske: Rastløshet. Undersøkelser: Forhøyet kroppstemperatur, redusert oksygenmetning. Øvrige: Kuldegysninger, varmefølelse, kuldefølelse, tretthet, influensalignende symptomer. Etter markedsføring (noen av disse alvorlige): Cyanose, hypoksi, takypné, pyreksi, oppkast, kuldegysninger og erytem. Problem i øvre luftveier og lunger, alvorlige reaksjoner inkl. bronkospasme, respirasjonsstans og ansiktsødem er sett hos enkelte pasienter med tidligere alvorlig MPS I. Serokonvertering forventes hos de fleste pasienter etter behandling. Det er også sett bloduttredelse. Hos barn <5 år er følgende milde til moderate bivirkninger sett: *Svært vanlige (≥1/10):* Hjerte/kar: Takykardi. Undersøkelser: Økt blodtrykk, redusert oksygenmetning. Øvrige: Pyreksi, kuldegysninger.

Egenskaper: *Klassifisering:* Rekombinant form av human α-L-iduronidase. *Virkningsmekanisme:* Gjenoppretter enzymaktivitetsnivået tilstrekkelig til å hydrolysere akkumulert substrat (GAG). *Absorpsjon:* C_{max} 0,2-0,3 E/ml, økning over tid. AUC 0,9-1,2 E/ml/time. *Fordeling:* Distribusjonsvolum 0,44-0,22 liter/kg, reduseres ved fortsatt behandling, muligens relatert til dannelsen av antistoffer og/eller redusert levervolum. *Halveringstid:* 3,61-1,94 timer. Plasmaclearance: 1,68-2,31 ml/minutt/kg. *Metabolisme:* Degraderes via peptidhydrolyse.

Oppbevaring og holdbarhet: Oppbevares i kjøleskap (2-8°C). Kun til engangsbruk. Bør brukes umiddelbart etter fortynning.

Sist endret: 16.01.2013

Basert på SPC godkjent av SLV: 22.11.2011

PRISER OG PAKNINGER: 1 x 5 ml hettegl. , 100 U/ml: 6.381,50 kr

Referanser:
1. Neufeld EF, Muenzer J. The mucoploysaccharidoses. In: Scriver CR, Beudet AL, Sly WS, Valle D, eds The Metabolic and Molecular Bases of Inherited Disease, Chapt 136 New York: McGraw-Hill Medical Publishing Division. 2001:3421-52
2. Aldurazyme SPC 22.11.2011

NO-LAR-14-12-01

genzyme
A SANOFI COMPANY

sanofi-aventis Norge AS · Strandveien 15 · Postboks 133 · 1325 Lysaker · Tlf.: 67 10 71 00 · Faks: 67 10 71 01 · www.genzyme.no