PAIDOS

TIDSSKRIFT FOR NORSK BARNELEGEFORENING 2016; 36 (3): 89-136

Barnelegeikonet:

Arvo Henrik Ylppö

Fra Zanzibar til Hammerfest

Norsk barnelegeforening
DEN NORSKE LEGEFORENING

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

Althéra er et sikkert og vel tolerert produkt for spedbarn med konstatert kumelkproteinallergi.[1, 2]

Produktet inneholder nå mer D vitamin og kalsium, for å tilfredsstille næringsbehovet til de litt eldre barna.[3] Althéra kan da følge barnet over lengre tid som gjør det enklere både for deg og for foreldrene

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

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

Informasjon til helsepersonell
www.nestlehealthscience.no

NestléHealthScience

PAIDOS

Paidos©2016
Paidos forbeholder seg retten til å oppbevare og publisere artikler og annet stoff også i elektronisk form, for eksempel via internet. Fagpressens redaktørplakat ligger til grunn for utgivelsen. Alt som publiseres representerer forfatterens synspunkter. Disse samsvarer ikke nødvendigvis med redaksjonens eller Norsk Barnelegeforening sine offisielle synspunkter med mindre dette er presisert.

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

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

ISSN: 0804-1687 © Norsk Barnelegeforening

Sjefredaktør
Anders Bjørkhaug
paidos@barnelegeforeningen.no

Redaksjonsmedarbeider
Stefan Kutzsche
paidosredaksjonen@barnelegeforeningen.no

Kari Holte
paidosredaksjonen@barnelegeforeningen.no

Adresse
Paidos redaksjon
Tiriltunet 3
6812 Førde

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

Materiellfrister
Nr. 04/2016 - 10.11.2016
Nr. 01/2017 - 08.02.2017
Nr. 02/2017 - 08.05.2017
Nr. 03/2017 - 08.09.2017
Nr. 04/2017 - 13.11.2017

Forsidefoto
Foto: Stefan Kutzsche

Opplag:
1300

Antall utgivelser per år:
4

Paidos på nett
www.paidos.no

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

Innhold

92 **Redaktør**
Anders Bjørkhaug

93 **Leder**
Ingebjørg Fagerli

96 **Zanzibar. Inntrykk fra et arbeidsopphold**
Thore Henrichsen

101 **Vil du prøve arbeid i den tredje verden?**
Hallvard Reigstad

104 **En rutinejobb, eller det nye livets mirakel?**
Thor Willy Ruud Hansen

108 **International Pediatric Association:** skal NBF engasjere seg?
Ketil Størdal

110 **Kasuistikk:** Over gjennomsnittet eksotisk? Eller bare dødelig vanlig?
Anders Bjørkhaug

114 **Vårmøtet Hammerfest 2016**
Anders Bjørkhaug m/fler

117 **Erik Bøhler er utnevnt til æresmedlem i NBF!**
NBF styret m/fler

118 **Historier i pediatrien: Arvo Henrik Ylppö**
- Den store lille barnelegen fra de tusen sjøers land
Stefan Kutzsche og Hildegunn Kutzsche

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

124 **Bokomtaler**
Stefan kutzsche og Bernhard Weidle

127 **Doktorgrader**

130 **Highlights from Acta Paediatrica**

Forsidefoto: Arvo Ylppö portrettert på et frimerke utgitt i 1987 i anledning av hans 100-års fødselsdag. Arvo Henrik Ylppö (1887 - 1992) var en finsk barnelege som bidro betydelig til å redusere finsk spedbarnsdødeligheten i det 20. århundre. Han betraktes som skaperen av Finlands offentlige barnehelsevesen, og holdt tittelen "arkiater" i førti år.

Niggeman B, et al. Pediatr Allergy Immunol 2008;19:348-354. 2Vandenplas Y, et al. 2011.Poster PAAM 49. 3. Nordiska NäringsRekommendationer 2012.22-23(tabell 3).

Kjære kolleger og venner!

AV ANDERS BJØRKHAUG. REDAKTØR, PAIDOS.

Redaksjonen ønsker alle lesere en vel overstått sommer. Tiden er kommet for kortere kvelder, men like fullt håp om enkelte varme høstdager. Gule farger med et stikk av kjølig duft i nesen. Høstjakta, kantarellene og piggsoppen. Medisinerstudentene som inntar avdelingene. Skolestart og lønnsoppgjør. Nok å gripe fatt i for enhver, før de første snøfnuggene kommer.

Høstnummeret bringer nyheten om at Paidos.no nå er en realitet! Alle artikler blir nå elektronisk tilgjengelig på nett, og er derfor også lettere søkbar. Paidos på nett er enkel og oversiktlig. Den er like godt tilgjengelig på pc som på nettbrett og mobil. Del artikler! Del kommentarer! Bruk den og få inspirasjon til å dele fagstoff og annet interessant materiale med gode kolleger og andre lesere.

Denne utgaven har et ekstra fokus på et spennende barnemedisinsk samarbeidsprosjekt på Zanzibar. Prosjektet har tidligere vært omtalt i Tidsskriftet (Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133:187 – 9), samt Paidos utgaver nr 4 - 2012 og nr 2 – 2014. Styret Barnelegeforeningen vurderer prosjektet som et nasjonalt satsingsprosjekt innen internasjonal barnehelse. I løpet av høsten 2016 åpnes den nye barneklinikken på Zanzibar, tegnet av en norsk arkitekt og delfinansiert gjennom prosjektet. Svært mye positivt er oppnådd av deltakere, og vekker dette interesse, håper vi dette kan hjelpe til et engasjement.

Vi bringer også et kort tilbakeblikk på et spennende og eksotisk vårmøte ved landets nordligste barneavdeling. Arvo Ylppö troner denne utgavens forside. Ylppö var en høyt utmerket barnelege fra Finland, som var svært engasjert innen mødre- og barnehelse. Hans historie presenteres i Paidos sine Gode Historier.

Paidos søker ny redaktør fra sommeren 2017.
Redaksjonsarbeidet har for meg vært svært spennende og givende. Det er etablert et godt samarbeid med utgiver som forenkler det redaksjonelle arbeidet betraktelig. Å være Paidosredaktør og en del av styret i Norsk Barnelegeforening, er svært spennende og inspirerende. Det gir muligheter til å knytte gode kontakter og bygge nettverk. Paidosredaksjonen har siste årene bestått av 2-3 medlemmer. Deler av redaksjonsstaben ønsker å fortsette, som gjør det lettere å kunne sette seg inn i arbeidet. Undertegnende vil også bidra på best mulig måte for å kunne få en sømløs overgang. Om ønskelig, kan interesserte henvende seg dirkete til meg for nærmere informasjon.

Ønsker dere alle en flott høst videre!

Kjære kolleger!

AV INGEBJØRG FAGERLI. LEDER, NORSK BARNELEGEFORENING.

Vel overstått sommer! Og igjen takk til Barneavdelingen i Hammerfest for et flott gjennomført og inspirerende vårmøte og en fantastisk naturopplevelse for oss som var med til Tarhalsen lørdag etter møteslutt.

Alternativ medisin
Etter at markante idrettsutøvere under OL i Rio stilte med tydelige merker etter kopping, har denne behandlingen blitt mye omtalt i media. Kjendiser står fram og reklamerer for behandlingen både for seg selv og sine barn. Aftenposten skriver at flere alternative klinikker også i Norge tilbyr kopping som behandlingsmetode til barn helt ned til 4-årsalder for fordøyelsesplager og luftveisproblemer. En akupunktør hevder også at kopping kan brukes til behandling av cerebral parese.

Nasjonalt forskningssenter innen komplementær og alternativ medisin slår fast at det ikke finnes solid vitenskapelig dokumentasjon på at kopping virker mot sykdom. Kopping er ikke ansett å medføre noen vesentlig direkterisiko, men dersom denne behandlingen blir gitt istedenfor virksom behandling kan det medføre risiko.

I Sverige er det forbudt å undersøke og behandle barn under 8 år med alternativ medisin. Vi har ikke et tilsvarende forbud i Norge. Foreldrene kan velge alternativ behandling for sine barn, selv om effekt ikke er dokumentert. Dersom behandlingen medfører plager og ubehag for barnet, er dette på ingen måte greit. Kopping er en slik type behandling. Derfor vil NBF engasjere seg i denne saken.

Vi har dessverre sett mange eksempler på at alternativ behandling medfører manglende eller forsinket diagnostikk og behandling av alvorlig sykdom. Det gjelder bl.a. behandling av såkalt KISS/KIDD syndrom med manuell terapi. NBF tok et initiativ overfor Helsedirektoratet for snart 2 år siden angående dette. Det ble lovet en forespørsel til Kunnskapssenteret om litteraturgjennomgang og manuellterapimiljøet skulle utfordres på å skaffe dokumentasjon. Vi har ikke fått noen tilbakemelding ennå, men purrer på saken. Det er behov for en total gjennomgang av lovverket for alternativ medisin!

Ungdomshelsestrategi
NBF har hatt ungdomsmedisin som et av sine satsningsområder de siste årene. Vi var derfor spent på innholdet i regjeringens nye ungdomshelsestrategi som ble lansert 14. juni. I strategien er det mest fokus på psykisk helse, primærhelsetjeneste og ungdomshelsetjeneste generelt. Dette er viktig. Men den inneholder skuffende lite konkret om tilbudet til ungdommer med kroniske sykdommer og/eller nedsatt funksjonsevne. Denne gruppen er storforbrukere av spesialisthelsetjenesten. Etablering av ungdomsråd og gode overgangsforløp gir ikke tilstrekkelig bedring i kvaliteten på tilbudet til ungdomsgruppen. Helse- og omsorgsdepartementet avslo Ahus sin søknad om Nasjonal kompetansetjeneste i ungdomsmedisin. Avslaget ble begrunnet bl.a. med at det eksisterer et nasjonalt nettverk med representanter fra alle RHF, Norsk Nettverk for Unges Helse. Dette nettverket har arrangert nasjonale konferanser og regionale fagdager og virkelig bidratt til kompetansebygging. Men nettverket er i ferd med å legges ned. Hvem skal da stå i bresjen for å spre kunnskap og bidra til økt kvalitet? Det er helt klart at NBF også videre må være pådriver for å gi ungdomsgruppen et bedre tilbud i spesialisthelsetjenesten. Vi har avtale om møte i oktober med statssekretær i HOD for å drøfte dette.

Barn og krig
Vi rystes nesten daglig av sterke bilder av barn som lider pga krigføring. Tusenvis av barn er på flukt. Alt for mange er skadet for livet eller drept. Sykehus bombes systematisk, og helsearbeidere drepes. Det vi ser i Syria og andre steder er helt uakseptabelt. Nestleder Ketil Størdal representerte NBF på IPA (International Pediatric Association) sin kongress i Vancouver i august. På vegne av NBF tok han initiativ til å aksjonere. Dette resulterte i et åpent brev til FN og verdenssamfunnet fra IPA og ISPCAN (the International Society for Prevention of Child Abuse & Neglect). Brevet er publisert i Lancet og fordømmer alle bruddene på barnekonvensjonen og menneskerettighetene og krever umiddelbar handling for å stoppe overgrepene mot barn, samt beskytte barn og helsearbeidere i konfliktsoner. Det spres nå også som et opprop i sosiale medier.

Barnehelseprisen
NBF deler ut Barnehelseprisen regelmessig i samarbeid med Barneombudet. Prisen skal gå til en person som har gjort en spesiell innsats for barnehelse eller en eller offentlig aktør som taler barnas sak. Tidligere vinnere er Jens Stoltenberg (2005), Landsgruppen for helsesøstre (2006) og Simon Flem Devold (2011)og Magne Raundalen (2013). Vi oppfordrer dere nå til å komme med forslag til prisvinner for 2017. Se annonse senere i bladet.

Ønsker dere alle en fin høst!

Ingebjørg Fagerli

NYHET

LILLY LANSERER ▼ABASAGLAR®:

NORGES FØRSTE BIOTILSVARENDE INSULIN

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

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

Bestill Abasaglar® demopenn og støttemateriell på abasaglar.no

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

INDIKASJON[3]
Indikasjon: Diabetes mellitus hos voksne, ungdom og barn ≥2 år.

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

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

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

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

▼abasaglar
insulin glargin
100 enheter/ml

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

INJEKSJONSVÆSKE, oppløsning 100 enheter/ml i ferdigfylt penn: 1 ml inneh.: Insulin glargin 100 enheter, sinkoksid, m-kresol, glyserol, natriumhydroksid, saltsyre, vann til injeksjonsvæsker.
Indikasjoner: Behandling av diabetes mellitus hos voksne, ungdom og barn fra 2 år og eldre.
Dosering: Individuell. Administreres s.c. 1 gang daglig når som helst i løpet av døgnet, men til samme tidspunkt hver dag. Styrken angis i enheter som er spesifikke for insulin glargin og er ikke det samme som IE eller enhetene til andre insulinanaloger. Insulin glargin kan også gis sammen med perorale antidiabetika ved type-2 diabetes. Omstilling fra andre insuliner til insulin glargin: Ved omstilling fra insulin med middels eller lang virkningstid kan det være nødvendig å endre basalinsulindose samt justere dose og tidspunkt for annen antidiabetisk behandling. Ved overgang fra NPH-insulin 2 ganger daglig, bør daglig dose av basalinsulin reduseres med 20-30 % de første ukene for å redusere risikoen for hypoglykemi om natten og tidlig om morgenen. Nøye metabolsk kontroll anbefales ved omstilling og i de påfølgende ukene. Med bedret metabolsk kontroll og påfølgende økt insulinfølsomhet kan ytterligere dosejustering bli nødvendig. Ved høy insulindose pga. antistoffer mot humaninsulin kan bedret insulinrespons sees med insulin glargin. *Spesielle pasientgrupper: Nedsatt leverfunksjon:* Insulinbehovet vil kunne være redusert. Nedsatt nyrefunksjon: Insulinbehovet vil kunne være redusert. *Barn og ungdom:* Sikkerhet og effekt er vist for ungdom og barn ≥2 år. Det er ikke gjort studier hos barn <2 år. Eldre (≥65 år): En tiltagende forverring av nyrefunksjonen vil kunne lede til en jevn nedgang i insulinbehovet. *Tilberedning:* Bruk kun klare, fargeløse oppløsninger med vannlignende konsistens uten synlige partikler. Frosset preparat skal ikke brukes. Skal ikke blandes med annet insulin. Abasaglar leveres i KwikPen ferdigfylt penn. Bruksanvisningen følges nøye. *Administrering:* Injiseres s.c. i abdomen, lår eller deltoid. Skal ikke gis i.v.. Injeksjonssted skal roteres innen et injeksjonsområde.
Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for innholdsstoffene
Forsiktighetsregler: Skal ikke brukes til behandling av diabetisk ketoacidose. Ved utilstrekkelig glukosekontroll, eller ved tendens til hyper- eller hypoglykemiske episoder, må pasientens oppfølgning av det foreskrevne behandlingsopplegget, injeksjonssted og korrekt injeksjonsteknikk, samt alle andre relevante faktorer vurderes før dosejustering overveies. Særlig varsomhet hos pasienter der hypoglykemi kan ha spesiell klinisk betydning og der varselsymptomene på hypoglykemi er redusert. Overføring til ny insulintype eller nytt insulinmerke krever grundig medisinsk oppfølging. Forandring i styrke, merke, type, opprinnelse og/eller produksjonsmetode kan føre til behov for dosejustering. Den lange virketiden av s.c. insulin glargin kan forsinke bedringen etter hypoglykemi. Hjertesvikt er rapportert ved samtidig bruk av pioglitazon og insulin, spesielt hos pasienter med risikofaktorer. Hvis denne kombinasjonen brukes, bør pasienten observeres mht. symptomer på hjertesvikt, vektøkning og ødem, og pioglitazon seponeres ved forverring.
Interaksjoner: For utfyllende informasjon fra Legemiddelverket om relevanteinteraksjoner, se A10A E04 Legemidler som kan gi økt risiko for hypoglykemi: Perorale antidiabetika, ACE-hemmere, disopyramid, fibrater, fluoksetin, MAO-hemmere, pentoksyfyllin, propoksyfen, salisylater, somatostatinanaloger og sulfonamidantibiotika. Legemidler som kan redusere den blodsukkersenkende virkningen: Kortikosteroider, danazol, diazoksid, diuretika, glukagon, isoniazid, østrogener og progestogener, fenotiazinderivater, somatropin, sympatomimetika, tyreoideahormoner, atypiske antipsykotika samt proteasehemmere. Betablokkere, klonidin, litiumsalter eller alkohol kan enten potensere eller svekke insulinets blodsukkersenkende virkning. Pentamidin kan gi hypoglykemi som i noen tilfeller etterfølges av hyperglykemi. Under påvirkning av sympatolytiske legemidler, f.eks. betablokkere, klonidin, guanetidin og reserpin, kan tegnene på adrenerg motregulering svekkes eller utebli.

Graviditet, amming og fertilitet: *Graviditet:* Bruk kan vurderes under graviditet. Nøye glukosekontroll er viktig. Insulinbehovet kan falle i første trimester og stiger normalt igjen i andre og tredje trimester. Umiddelbart etter fødselen faller insulinbehovet raskt. *Amming:* Overgang i morsmelk er ukjent. Metabolske effekter hos diende barn er ikke forventet. Det kan være nødvendig å justere insulindose og diett. *Fertilitet:* Dyrestudier indikerer ikke direkte skadelige effekter.
Bivirkninger: Svært vanlige (≥1/10): Endokrine: Hypoglykemi. Vanlige (≥1/100 til <1/10): Hud: Lipodystrofi, som oftest lipohypertrofi (ved gjentatt injeksjon på samme sted). Reaksjoner på injeksjonsstedet (rødme, smerte, kløe, utslett, hevelse eller inflammasjon) går vanligvis over i løpet av et par dager/uker. Erfaring indikerer at pasienter <18 år har høyere frekvens av reaksjoner og smerte på injeksjonsstedet enn pasienter > 18 år. Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100): Hud: Lipoatrofi. Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000): Immunsystemet: Allergi. Straksallergiske reaksjoner (hudreaksjoner, angioødem, bronkospasme, hypotensjon, sjokk), kan være livstruende. Antistoffdannelse, som kan nødvendiggjøre justering av insulindosen. Øye: Nedsatt syn, retinopati. En markert endring i blodglukosekontrollen kan gi forbigående synssvekkelse pga. midlertidig endring i linsens turgiditet og brytningsindeks. Intensivert insulinbehandling med plutselig bedring i blodsukkerkontroll kan gi temporær forverring av diabetesretinopati. Natriumretensjon og ødem, spesielt ved intensivert insulinbehandling etter tidligere dårlig metabolsk kontroll. Svært sjeldne (<1/10 000): Muskel-skjelettsystemet: Myalgi. Nevrologiske: Smaksforstyrrelse. **Overdosering/Forgiftning:** *Symptomer:* Alvorlig og iblant langvarig og livstruende hypoglykemi. *Behandling:* Milde tilfeller: Oralt inntak av karbohydrater. Ev. justering av dose, matinntak eller fysisk aktivitet. Alvorlige episoder med koma, kramper eller nevrologisk svekkelse: Glukagon i.m./s.c. eller konsentrert glukose i.v. Fortsatt karbohydrattilførsel og observasjon kan bli nødvendig fordi hypoglykemi kan opptre på nytt etter tilsynelatende klinisk bedring. Se Giftinformasjonens anbefalinger A10A.
Egenskaper: Klassifisering: Insulinanalog, langtidsvirkende. Biotilsvarende legemiddel. Virkningsmekanisme: Blodsukkersenkende ved å stimulere perifert glukoseopptak, særlig i skjelettmuskulatur og fettvev, og hemming av glukoseproduksjonen i lever. Hemmer lipolyse i fettceller, hemmer proteolyse og øker proteinsyntesen. Absorpsjon: Langsom og forlenget sammenlignet med humant NPH-insulin. Foreligger oppløst ved lav pH. Den sure oppløsningen nøytraliseres etter s.c. injeksjon, og det dannes mikroutfellinger som kontinuerlig frigjør små mengder insulin glargin. Dette gir en jevn, flat og forutsigbar konsentrasjons-/tidsprofil med forlenget virkningstid. Steady state etter 2-4 dager. Halveringstid: sammenlignbar med humaninsulin ved administrering i.v. Metabolisme: Raskt etter s.c. injeksjon til 2 aktive metabolitter, hvorav den ene er hovedsubstans i plasma og gir trolig i hovedsak effekten. Eksponeringen øker med gitt dose.

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

Abasaglar, INJEKSJONSVÆSKE, oppløsning i ferdigfylt penn:

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

Pris per: 18.01.2016
Basert på SPC godkjent av SLV: 21.05.2015

NOABA00006(1)

Eli Lilly Norge A.S.
Grenseveien 99, 0663 Oslo
Tlf: +47 22 88 18 00 Faks: +47 22 88 18 50 www.lilly.no

Velkommen som medlem i NPF!

Vi ønsker *DEG* som medlem i norsk perinatalmedisinsk forening, NPF!

Hva er norsk perinatalmedisinsk forening; NPF?

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

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

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

Kontingenten er kun kr. 300 pr. år.

Meld deg inn i NPF!

Gyro Conference AS fører foreningens medlemslister. Du melder deg lettest inn som medlem via denne lenken http://tsforum.event123.no/npf/blinpfmedlem.cfm

Når innmeldingen er mottatt, vil du få tilsendt en giro for betaling av medlemsavgift.

Verve medlemmer?

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

På vegne av styret; Beate Horsberg Eriksen,
Nestleder, NPF, Barne og ungdomsklinikken i Ålesund

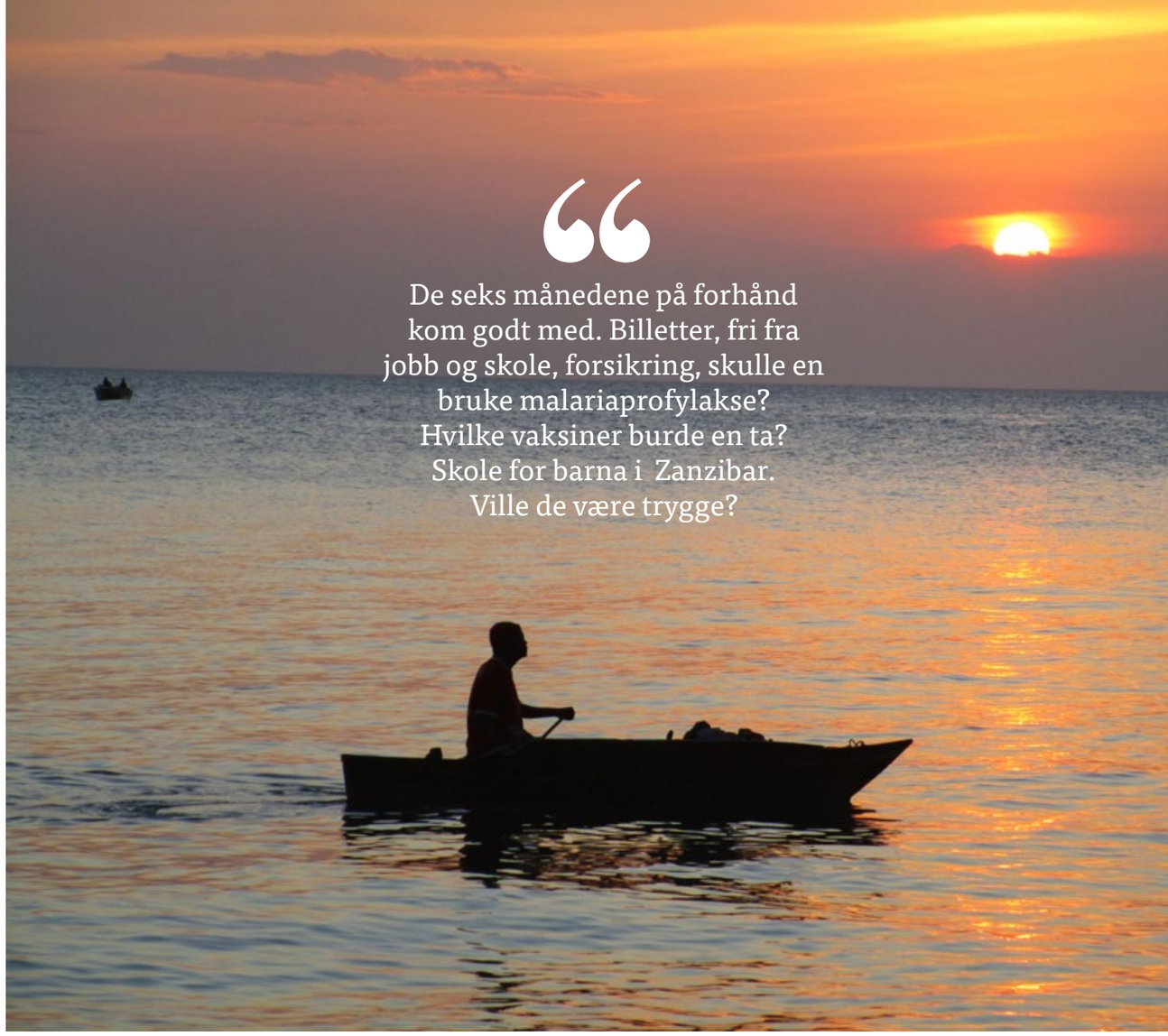
Zanzibar

Inntrykk fra et arbeidsopphold

TEKST OG FOTO: THORE HENRICHSEN, OVERLEGE VESTRE VIKEN HF

Turnuskandidat, sykepleiere og forfatter ved nyfødtavdelingen; MMH.

De fleste medisinerstudenter og leger har vel tenkt seg at de en dag skal bruke utdannelsen i et land der helsevesenet var uten high tech og legemangelen stor. Sånn har det i alle fall vært for meg. På tampen av ass.lege tiden kontaktet jeg både den ene og den andre NGO. De fleste var ikke interessert i en snart ferdig barnelege. Røde kors var mer imøtekommende; her kunne jeg gjerne levere inn CV´n min og de ville kontakte meg skulle det oppstå et behov. Etter dette gikk det flere år hvor det ville vært mulig, men ikke uten plunder, å få til et utenlandsopphold over litt tid. Først var det å bygge seg en jobb, deretter ble det å bygge seg en familie. Men lysten har vært der, og følelser langt i retning av misunnelse har dukket opp hver gang en treffer noen som forteller om sitt utenlandsopphold. Det frister med ny setting. Andre utfordringer. Nytt miljø. Improvisasjon. Følelse av å gjøre viktig doktorarbeid. Gjøre noe som monner. - En ikke dum blanding av eventyrlyst, bruk av erfaring og utdannelse som krydres med litt humanisme og idealisme.



> De seks månedene på forhånd kom godt med. Billetter, fri fra jobb og skole, forsikring, skulle en bruke malariaprofylakse? Hvilke vaksiner burde en ta? Skole for barna i Zanzibar. Ville de være trygge?

Fisker på vei hjem.

En reise blir til

Tiden gikk, og en dag var det en artikkel i tidsskriftet skrevet av Engjom, Brodwall, Engjom og Mørch. "Utveksling av helsepersonell mellom Bergen og Zanzibar" (Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133:187 – 9). Her ble det beskrevet et imponerende arbeid i det å bygge opp et samarbeid mellom Haukeland universitetssykehus og Mnazi Mmoja Hospital, det eneste tærtiærhospitalet på øya. Og jobben der var ikke sluttført. Som en lykkens pamfilius hadde jeg en av sjeldne hverdagsfridager strødd ut i turnusen dagen etter. Da fikk jeg lest artikkelen en gang til og tok det første skritt; jeg ringte til Bergen. Her ble jeg meget velkomment tatt i mot, men det var et aldri så lite men; jeg jobbet ikke på Haukeland, jeg jobbet ikke i Bergen eller Hordaland, ikke en gang i Helse Vest. Og delfinansieringen av utenlandsfarende til dette prosjektet forutsatte en slik tilknytning. Det var en lei hindring. Men med hjelp av gode krefter fikk en til en oppmyking av regelverket og Zanzibar rykket nærmere. Cirka et halvt år før vi som familie skulle dra, begynte avtalene å komme på plass. Overlegepermisjon pluss 5 ukers egen ferie ga oss mulighet til å booke for 5 måneder.

De seks månedene på forhånd kom godt med. Billetter, fri fra jobb og skole, forsikring, skulle en bruke malariaprofylakse? Hvilke vaksiner burde en ta? Skole for barna i Zanzibar. Ville de være trygge? Ville vi som familie være trygge? Hva skulle Ann Karin, kona, gjøre? Ville jeg som barnelege være kvalifisert til oppgaven, med den litt skjeve profilen jeg hadde ervervet meg med mange år i intensivmedisin og ditto mindre av allmennpediatrien? Jeg hadde ikke en gang et tropemedisinkurs bak meg.

Avdeling for internasjonalt samarbeid i Bergen, som har hatt en dyktig hånd i samarbeidet mellom de to sykehusene i hver sin verdensdel var til stor hjelp, både i råd og i praktisk

Hovedinngangen til Mnazi Mmoja Hospital. Skyggen er god å ty til når det er 33 grader og høy luftfuktighet.

gjennomføring. Dessuten kunne de by meg en leilighet i Haukeland House som var et lite leilighetskompleks med ca 10-11 leiligheter i alt fra et til treroms størrelse som var bygget for å huse slike som oss, som kom fra Norge via Fredskorpset eller på annen måte, for å arbeide i helsevesenet i Zanzibar.

Møtet med den nye verden

Det er en lang reise. Heldigvis er det mye god underholdning i dataspill og filmer på langdistanseflyene. Og gutta, tvillingene på 6 år, gledet seg. Breddegraden du er kommet til gir deg et fysisk møte i det du går av flyet. Denne veggen av varme og lyder og lukter som plutselig er der i det du går ut på øverste trappetrinn på flytrappa. Og det sterke lyset i øynene. Juma, sjåføren på Haukeland House, møtte oss på flyplassen. Leiligheten var fin, med godt renhold og rimelig fungerende air condition. Stone Town et par timer etter. Sanse-Tsunami for fire som da hadde hatt lite søvn de siste 36 timene.

Møte med direktøren på sykehuset dag 1. Kortfattet, men viktig. Et betinget velkommen. Jeg var kommet til Mnazi Mmoja Hospital som volunteering doctor. Det var bra. Enda bedre var det hvis jeg forholdt meg til at dette sykehuset var styrt og drevet av lokale krefter. På knappe fem minutter hadde han både gitt meg følelsen av at jeg ville bety noe (han tok meg personlig i mot) og at jeg var der på deres premisser. Litt uventede signaler for en naiv nykommer, men åpenbart viktige og riktige å gi en hvit doktor fra verdens rikeste land.

Jeg startet opp dagene med morgenmøtet klokken 0730 hver hverdag. Dette møtet hadde struktur og var dagens samlingssted for barneavdelingens doktorer. En gikk igjennom de som lå på intermediærstua (2-3 senger med mulighet for å gi ekstra oksygen) samt de på barneavdelingen som hadde dødd siste døgn. Nyfødtavdelingen var ikke med i disse presentasjonene hvis det ikke var født noen med helt spesielle

> Det første jeg ba om etter å ha sett systemet var laryngoskop og endotrakealtuber. Det var betegnende for den hvite doktors manglende forståelse av settingen.

Nyfødtrommet. Det kunne ligge tre ikke-beslektede i en kuvøse. Kjøleskapet (det eneste), resusciteringsbordet (det eneste) og vasken (den eneste). Og en hyggelig og flink sykepleier (ikke den eneste).

tilstander. Jeg hadde avklart med miljøet i Bergen før jeg dro at mitt viktigste bidrag ville være å ha en del tid på nyfødtavdelingen. Derfor begynte jeg med å gå visitt der fra første uke, og fortsatte daglig i de knappe 5 månedene jeg var ved sykehuset. På det minste var det 9 innlagte nyfødte på enheten. På det meste var vi på 23. Da med tre liggende på gangen utenfor nyfødtrommet, og de resterende 20 fordelt på 8-9 kuvøser inne på selve enheten. Regnestykket ble da at det kunne være tre ikke-beslektede nyfødte i en kuvøse. Med varierende tilstander og vekter. Det var to store grupper pasienter; asfyksier og premature. I tillegg kom det jevnlig nyfødte med kramper, infeksjoner og misdannelser. Penicillin og gentamycin til iv. Oftest men ikke alltid fenemal; mer sjeldent fenytoin. To farmacier rett utenfor sykehusporten. Hit måtte de pårørende gå for å kjøpe morsmelkerstatning, medisiner og annet. 11000 fødsler per år på sykehuset. Dessuten dårlige pasienter fra Mwembeladu Maternity Hospital som lå 10-15 minutters kjøreavstand fra Mnazi Mmoja Hospital. Der hadde de ca 7000 fødsler per år. Uten nyfødtavdeling men med Rooming in for barn og mødre på to special care rooms med i alt plass til ca 20 mødre med deres nyfødte.

Zanzibar, som del av Tanzania, er et fattig land, med dårlig helsetilbud. Svangerskapsomsorgen blir deretter, og med det store antall fødsler ble også fødselsomsorgen langt fra optimal. Dermed var det duket for mange asfyksier, og dermed mange resusciteringer. Det første jeg ba om etter å ha sett systemet var laryngoskop og endotrakealtuber. Det var betegnende for den hvite doktors manglende forståelse av settingen. Jeg fikk en del slike a-ha opplevelser underveis, og burde sikkert ha fått enda fler, hadde jeg vært våken nok: For det første ville en bare ha intuberings-kyndige i en fraksjon av tiden. Dernest ville en gi et feilaktig uttrykk av at denne type utstyr var en nødvendig suksessfaktor, og sist men ikke minst;

Prematur. Som holdes varm med norsk hjemmestrikket ull.

B-Thalassemi Forandringer i ansiktsskjelett og i craniet grunnet svært aktiv benmarg, også i dsse deler av skjelettet.

hvis de ikke ble selvpustende i den tiden du resusciterte, var det ikke noe videre tilbud uansett. En annen stor fordel med maske bag var at du kunne drive opplæring av både sykepleiere, medical officers og leger jevnt og trutt. In real life. De var helsevesenets framtid. Det var via dem at du kunne komme til å utgjøre en forskjell. Gap filling versus Sustainability. De to polene i utviklingsarbeid.

Vi kunne måle blodsukker. Dessuten Hb og også gi blod når det var indikasjon for det. Ellers var det lite å støtte seg til lab messig. Rtg thorax var tilgjengelig, men hva gjør du når du ikke kan gi ekstra oksygen på veien til X ray Dept? Vi hadde ingen mulighet til å gi CPAP, men det fantes 5-6 oksygen konsentratorer som var forbausende stabile, men trengte kontinuerlig strøm fra veggen. Disse konsentratorene var livgivende og har sikkert spart mange små liv. CPAP systemer kunne ha økt overlevelses-tallene ytterligere, og det var på trappene når jeg dro.

Nyfødtavdelingen var som en hjemmebane i forhold til barna på barneavdelingen, de over nyfødtperioden. Her savnet jeg mer egenerfaring i forhold til de sykdommer som er spesielle der. Erfaringen fra Norge strakk jevnlig ikke til. Og det var et stort savn etter diagnostiske hjelpemidler. Elfo for thalassemi-påvisning kostet så vidt jeg husker 29 dollar. Et mindretall av befolkningen hadde råd til det. Men malariautstryk ble raskt undersøkt og diagnosen gitt. Men kunne man stole på et negativt resultat? Grav underernæring. Vondt å se, og vondt å se at den høye mortaliteten WHO angir ved denne diagnosen, også stemte i ditt daglige virke. - Men så kunne du stadig vekk glede deg over at andre igjen ble friske, og at det nyttet. Dessuten var det stor lærevillighet rundt meg, og nok av turnuskandidater, medical officers, sykepleiere og ferske leger å dele diskusjoner og tentative diagnoser med. Noen kunne ha kjørt opp arbeidstempoet, mens svært mange var genuint nysgjerrige på faget og ivrige på det å lære. Og du følte deg alltid velkommen, slik at din egen motivasjon ble holdt jevnlig oppe.

En overdose inntrykk

Jeg hadde vært på Zanzibar 10 år før. En ukes ferie i dette paradis. Eksotisk. Vakkert. Milevis med strender. God mat. Mildt og blått hav så langt du ser. Velkomne mennesker som virket blide og fornøyde. Og velernærte uten prangende høy BMI. Sterk sol. - Så skjønner en etter å ha bodd på øya noen tid at dette er ytterst på Gauskurven; helt ute i strandkanten, der vi hvite pengesterke bor. Rett innenfor er de første landsbyene, med dårlig drikkevann, ofte med høyt saltinnhold (og dermed høyt blodtrykk hos befolkningen). One dollar a day. Familie-budsjettet, som bærer fra dag til dag, men ikke mer, og ikke nok til at en kan akkumulere og dermed komme seg oppover. Fattigdom hvis du ser etter. Og som slår deg nesten ut når du passerer inn sykehusporten.

Gutta trivdes på den internasjonale skolen. De lærte mer engelsk enn hjemme, og fikk en opplevelse av kultur, klima og alt det fremmede som jeg synes nesten er ubetalelig. For Ann Karin var det mer slitsomt, i starten i sær. Først om det var trygt. Hva er trygt for gutta og oss? Deretter litt gammel-dags rollefordeling med far på jobb og mor som ordner inn-kjøp og organiserer hverdagen. Deretter tid til å være nysgjerrig og kose seg over å oppleve noe veldig annerledes. Alle oss fire prøvde litt på Zwahili, men det var tungt. Overload var beskjeden fra hjernen min.

Oppnår en noe ved en slik overlegepermisjon på et så anner-ledes sykehus og i et så annerledes samfunn og helsevesen? En liker å tro det. Men utover det, så tror jeg at det også reelt gjør en forskjell. Det tar tid å skape endring til det bedre, og mye holder tilbake både av holdninger og rutiner, utover en mager økonomi. Men det er framskritt. Zanzibar har akkurat uteksaminert det første kullet med medisinerstudenter, opp-lært på øya, mye basert på lærekrefter fra Cuba. Kunnskap er den viktigste driveren framover. Og det er vel her vi kan bidra mest; øke kunnskapsnivået til de en jobber sammen med. Både ved å skrive prosedyrer og gjøre ren undervisning, men kanskje enda mer ved å være hel lege og vise både praktiske og kunnskapsmessige ferdigheter til de rundt deg. Ydmykt,-ikke belærende. Også er det jo godt da, å ha gjort en vellykket resuscitering. Eller å ha fått inn den nåla hos den treåringen som var så dehydrert at du utgjorde forskjellen

Neste gang er det din tur. Kanskje treffes vi, for min familie kommer igjen.

Vil du prøve arbeid i den tredje verden?

Foto: Anders Bjørkhaug.

AV HALLVARD REIGSTAD, HAUKELAND UNIVERSITETSSJUKEHUS

Haukeland universitetssjukehus har i flere år samarbeidet med barneavdelingen ved Mnazi Mjoja Hospital, det største sykehuset på Zanzibar.

I løpet av våren 2016 åpnes en ny barneavdeling, og vi vil da forsøke å øke innsatsen ytterligere.

Litt om Zanzibar og helsevesenet:

Zanzibar, som er en del av Tanzania med stort indre selvstyre, består av to øyer, hovedøya Unguja og Pemba, med til sammen mellom ca. 1,2 millioner innbyggere, og for barneleger kanskje mer interessant: totalt ca. 30000 fødsler. Øyene er kjent som et ferieparadis, med hvite strender og flott klima. Befolkningen er imidlertid jevnt over svært fattig, og helsevesenet er lite utviklet.

Mnazi Mmoja Hospital ligger like utenfor hovedstaden (Zanzibar by eller Stone Town), sykehuset har ca. 440 senger, av disse har barneavdelingen ca. 70 senger, i tillegg er det en nyfødtavdeling med et ikke definert antall senger (maksimalt plass til ca. 15 barn – og mødre – på ca. 20 m2), og en forholdsvis stor barnekirurgisk avdeling. Sykehuset har mellom 10 og 11 tusen fødsler, de skjer på tre fødebenker.

Inntil nå har vi fra Haukeland Universitetssjukehus sendt ut lis-leger og sykepleiere (delvis finansiert via Fredskorpset), supplert med overleger i overlegepermisjon fra Førde, Stavanger, Drammen og Bergen. I same tidsrom har vi hatt sykepleiere og leger eller clinical officers fra Zanzibar i seksmåneders utvekslingsperioder på Haukeland.

Alle formalia som kontakter mot sykehuset, oppholds- og arbeidstillatelse, nødvendige vaksiner og forsikringer blir ordnet via Avdeling for internasjonalt samarbeid ved Hauke-land universitetssjukehus. Haukeland samarbeider med flere andre avdelinger på sykehuset, og man har derfor bygd et leilighetsbygg for norske deltakere, som både er et godt sosialt samlingspunkt og en trygg bolig, uansett om man reiser alene eller med familie.

I forbindelse med innflytning i ny barneklinikk, bygd med midler fra den norske ambassaden i Daar es Salam og også utstyrt med midler fra norsk giver, vil vi forsøke å øke innsatsen ved hele tiden å ha minst en overlege fra Norge tilstede. Vi er derfor på jakt etter kolleger

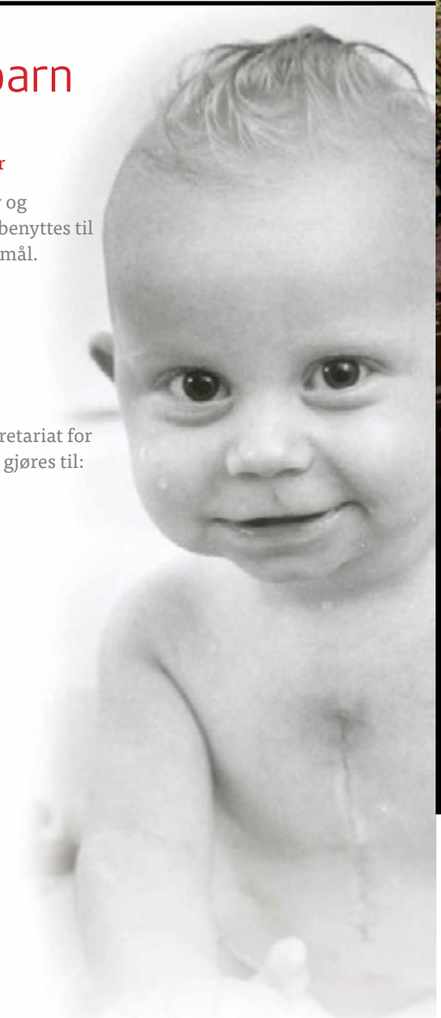
som har overlegepermisjon til gode og kan tenke seg å bruke minimum 3-4 måneder til å arbeide her. Spesiell erfaring i tropemedisin er ikke nødvendig, men man må være innstilt på å klare seg med få av de diagnostiske og behandlingshjelpemidler vi har i Norge.

Vi vil gjerne planlegge flere år framover, og er interessert i personer som kan tenke seg slikt arbeid i nærmeste fremtid eller også noen år fram i tid.

For flere opplysninger kontakt gjerne Hallvard Reigstad, Barneklinikken, Haukeland universitetssjukehus (*hallvard.reigstad@helse-bergen.no*), Thore Henrichsen, Barneavdelingen, Drammen sjukehus (*thore.henrichsen@vestreviken.no*), Anders Bjørkhaug, Barneavdelinga, Førde Sentralsjukehus (*anders.bjorkhaug@helse-forde.no*) eller Jon W Dahl, Avdeling for internasjonalt samarbeid, Haukeland universitetssjukehus (*jon.wigum.dahl@helse-bergen.no*)

Kanga til tørk ved Mnazi Mmoja Hospital. Og utsikt mot fastlandet i bakgrunnen. Foto: Anders Bjørkhaug.

LASSELITENS FOND for hjertesyke barn



Stiftelsens formål

Lasselitens fond for hjertesyke barn har som ideelt formål:

- å gi økonomisk støtte til hjertesyke barn i forbindelse med hjerteoperasjoner og annen medisinsk behandling.
- å bidra med økonomisk støtte til forskning relatert til hjertesykdommer hos barn.
- å bidra økonomisk til utstyr og materiell til sykehusavdelinger for hjertesyke barn.
- å bidra økonomisk til sosiale tiltak av ulik art for hjertesyke barn og deres foreldre/ foresatte.

Styret:

Stiftelsens styre består av sju medlemmer hvorav fire av styrets medlemmer representeres av Foreningen for hjertesyke barn (FFHB). Norsk barnelegeforening og Norsk cardiologisk selskap har hvert sitt styremedlem og familien Fagereng er fast styremedlem i stiftelsen.

Stiftelsens grunnkapital og utdelinger

Stiftelsens deler ut midler etter behov og avkastningen utover grunnkapitalen benyttes til utdeling i samsvar med stiftelsens formål.

SØKNADSFRIST ER 1. MARS
OG 1. SEPTEMBER HVERT ÅR

ØNSKER DU Å STØTTE ARBEIDET?

KONTONUMMER 2655 01 94340

Foreningen for hjertesyke barn er sekretariat for Lasselitens fond og henvendelser kan gjøres til:

Foreningen for hjertesyke barn,
Postboks 222, sentrum, 0103 Oslo.

Telefonnummer 23 05 80 00
eller mail: ffhb@ffhb.no

FORENINGEN FOR
HJERTESYKE BARN

Foreningen for hjertesyke barn,
Postboks 222, sentrum, 0103 Oslo.

Telefonnummer 23 05 80 00
eller mail: ffhb@ffhb.no

thisiswhyze

MORGENDAGENS LIVSNYTERE TRENGER EN GOD START

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

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

NÅ MED ØKOLOGISK MELK OG FLØTE

Informasjon til helsepersonell

NestléHealthScience™

En rutinejobb, eller det nye livets mirakel?

AV THOR WILLY RUUD HANSEN, OVERLEGE, PROFESSOR DR.MED., NYFØDTAVDELINGEN, BARNE- OG UNGDOMSKLINIKKEN OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS

Forrige uke hadde jeg min siste dag som klinisk arbeidende barnelege. Det var over 40 år siden jeg begynte min spesialist-utdanning i pediatri, et valg jeg aldri har angret på, og et faglig liv som har gitt meg utrolig mye i form av utfordringer, muligheter og gleder. I 28 av disse årene har jeg levd dette faglige livet på intensivavdelinger for syke nyfødte, de fleste i Norge, men også noen i USA. Å få være med på utviklingen i det vi er i stand til å gjøre for å hjelpe syke nyfødte har jeg opplevd som en stor gave, i full erkjennelse av at jeg ikke kan påberope meg noen kreditter for disse framskrittene. Veldig mye av det vi i dag oppfatter som rene rutiner i diagnostikk og behandling, var ikke en del av vår fantasi for 40 år siden.

Jeg har pleid å si til mine studenter at nyfødtmedisinen er et felt som lar deg bruke det bredest mulige spekter av dine evner, ferdigheter og gaver. Er du fingernem og glad i å gjøre ting med hendene, er det nok å bryne seg på i intuberinger og vaskulære tilganger. Er du «knottofil», mangler det ikke tilgang til avanserte apparater og maskiner som holder det skjøre livet oppe. Er du glad i det intellektuelle puslespillet, møter du rett som det er pasienter hvis diagnose er en gåte der svaret ikke finnes på registersidene i de store, fete bøkene. Og de gangene våre forsøk på å hjelpe ikke strekker til og livet ebber ut, har det omsorgsfulle medmennesket i deg en mulighet til å skinne.

I en slik hverdag, der dramaet og «blålys-faktoren» er sterkt til stede og det egne adrenalinet ikke sjelden topper seg, er det lett å tenke at rutineoppgaven med undersøkelse av (presumptivt) friske nyfødte på barselposten blekner og fortoner seg kjedelig. Når jeg nettopp har tilbragt de siste 2 ukene av min barnelegekarriere på barselposten, var det da en nedtur? I det følgende, som du gjerne kan kalle «Thor Willys lovsang til barselundersøkelsen», vil jeg fortelle hvorfor disse 2 siste ukene gave meg både glede og faglig tilfredsstillelse. Mitt lille håp er at en og annen kollega i dette vil finne inspirasjon til å se gleden i de små ting i arbeidsdagen.

Jeg ville ikke snakke sant hvis jeg sa at jeg alltid har tenkt slik om barselundersøkelsen som jeg gjør i dag. I begynnelsen var jeg, sikkert som de fleste andre, usikker og utrygg, engstelig for å overse viktige funn. Dessverre husker jeg ikke lenger

> Jeg har pleid å si til mine studenter at nyfødtmedisinen er et felt som lar deg bruke det bredest mulige spekter av dine evner, ferdigheter og gaver.

hvem som veiledet meg gjennom de første undersøkelsene. Systematisk undervisning og håndspålagt veiledning i studiet har, hvis de faktisk forekom, forsvunnet i den svekkede erindringens tåke. Kanskje var det først da jeg opplevde å bli far selv at perspektivet på denne oppgaven begynte å utvikle nyanser utover de hverdagslige. Sikkert er det at privilegiet å undervise medisinerstudenter førte til en ytterligere bevisstgjøring.

I dag kan jeg si at barselundersøkelsen er noe av det mest gledebringende jeg foretar meg. For de fleste foreldre er det nye barnet, særlig hvis det er deres første barn, den mest fantastiske skapning verden har sett. Jeg velger aktivt å forholde meg til det at denne situasjonen, som for meg kanskje representerer undersøkelse nummer 15 den dagen og slik sett er «rutine», for mor og far er helt unik. Derfor vil jeg at hele min holdning både til foreldrene, til det nye barnet, og til jordmor eller barnepleier som assisterer, skal preges av at jeg også synes at barnet er fantastisk! Svangerskapsjournalen har alt fortalt meg om dette er foreldrenes første barn, og om så er tilfelle, lar jeg alltid min gratulasjon til foreldrene ledsages av noen kommentarer om det spennende og utfordrende i den nye livsfasen de nå har trådt inn i. Deretter spør jeg gjerne om det også er det første barnebarnet på noen side. Da har jeg i tankene min egen far, og hvor enestående det var for ham da han, i en alder av 77 år, for første gang opplevde å bli bestefar.

Under undersøkelsen av barnet småprater jeg med barnet hele tiden. Det ligger ingen stor prosa i mine ytringer, men en kombinasjon av komplimenter over hvor nydelig hun er eller hvor kjekk han er, kombinert med spede forsøk på forsiktig humor, bidrar til å opprettholde en hyggelig og avslappet atmosfære. Ekstra morsomt blir det hvis det er en fersk søster eller storebror med under undersøkelsen. Da kan jeg kanskje få «hjelp» til å undersøke babyen, eller vi kan snakke om hvor heldig babyen er som har fått en så flott storesøster/-bror.

Thor Willy Ruud Hansen har undervist studenter i en årrekke. Han har også produsert en deltaljert undervsningsvideoserie i nyfødtundersøkelser. Disse ligger fritt tilgjengelig på nett for studenter, barneleger i spesialisering og ferdige spesialister i pediatri som ønsker å bedre kompetansen sin i nyfødtundersøkelsene. Se: http://meddev.uio.no/elaring/fag/barnesykdommer/newborn/clip1.shtml. Foto: Privat.

Når selve undersøkelsen er avsluttet, bruker jeg alltid ett minutt eller to på å prøve å få blikk-kontakt med den nyfødte. Av og til har jeg flaks, og barnet har den rette grad av våkenhet til å stirre intenst på meg med et blikk som spør «hvem er du for en merkelig fyr?» Noen ganger passer da sluttstrofen i Sigbjørn Obstfelders dikt «Jeg ser» perfekt:

Jeg ser, jeg ser...
Jeg er vist kommet paa en feil klode!
Her er saa underligt.

Andre ganger kan det være André Bjerkes undring som faller i hu:

«Det største mysterium
er ikke mer enn det
at en ørliten kropp
er våknet til jorden.
Den nyfødte ser.
To luker i himlen går opp.»

> Min barselundersøkelse er ikke effektiv – jeg bruker utvilsomt mer tid enn strengt tatt nødvendig.

Min barselundersøkelse er ikke effektiv – jeg bruker utvilsomt mer tid enn strengt tatt nødvendig. Men selv på dager da køen er lang og avdelingen travel har jeg aldri opplevd å få en eneste klage fra de jordmødrene og barnepleierne som er sammen med meg om oppgaven. Snarere gir de ofte spontant uttrykk for at de har hatt det hyggelig. Og hvis da både mor og far har hatt det hyggelig og jeg i tillegg har hatt det hyggelig selv, ikke har opplevd meg det minste stresset, og ikke har tapt miraklet av syne, da tenker jeg at en halvtime ekstra i dagens regnskap er en billig investering i retur for arbeidsglede og opplevelsen av å ha vært med på noe meningsfullt.

Med hilsen fra en glad og takknemlig barnelege «på fallrepet»
Thor Willy Ruud Hansen

Thor Willy Ruud Hansen har produsert en deltaljert undervsningsvideoserie i nyfødtundersøkelser. Disse ligger fritt tilgjengelig på nett for studenter, barneleger i spesialisering og ferdige spesialister i pediatri som ønsker å bedre kompetansen sin i nyfødtundersøkelsene.
Se: http://meddev.uio.no/elaring/fag/barnesykdommer/newborn/clip1.shtml

Velkommen til Pediaterdagene 2017

Bergen 18. -20. januar

Foto: Hans Jørgen Guthe

Barne- og ungdomsklinikken blant de 7 fjell gleder seg til å arrangere Pediaterdagene i januar 2017. Vi håper å kunne by på flotte opplevelser i Bergen fra et splitter nytt første byggetrinn av det nye og store Barne- og Ungdomssenteret.

Nasjonale og internasjonale forelesere vil sørge for en variert pediatrisk meny, og som alltid vil det være forkurs for LIS-leger og SPISS-kurs. Vi kan love flere sosiale samlinger med lav faglig profil.

Følg oss på Snap, Instagram og Facebook! Oppdatert program og info om påmelding finner du på pedweb.no og helse-bergen.no/pediaterdagene

Khr Arkitekter

Foreløpig program:

Forkurs LIS-leger
Praktisk pediatrisk akuttmedisin
SPISS-kurs
Tropemedisin og flyktningehelse

Genteknologi i klinisk praksis

Barn i kliniske studier

Internasjonal medisin
Perinatal helse
Globale helseprioriteringer
Pediatrisk katastrofemedisin

Legemiddelassistert rehabilitering
Nasjonale føringer
Pasientforløp på tvers av tilhørighet
LAR og barns utvikling
Brukerperspektiv

Forskningsnytt i Vest
Interessegruppemøter
Frie foredrag

HELSE BERGEN
Haukeland universitetssjukehus

Velkommen til Bergen!

Norsk barnelegeforening
DEN NORSKE LEGEFORENING

NESTE SKRITT FOR BARN MED KUMELK-ALLERGI

- God symptomlindring[1]
- God vekst og utvikling
- Velfungerende mage[2]
- God smak og lukt

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

SMÅ MELKEALLERGIKERE PEPTICATE

NUTRICIA Pepticate®

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

1. Giampietro PG, et al. PAI 2001;12:83-86 2. Moro G, et al. JPGN 2002; 34: 291-5.

International Pediatric Association:
skal NBF engasjere seg?

TEKST OG FOTO: KETIL STØRDAL, NESTLEDER I NBF

Vancouver Skyline.

International Pediatric Association (IPA) er barnelegenes FN: Nærmere 3000 deltakere fra 120 land deltok på kongress i Vancouver i august. Har Norge noen plass i en slik sammenheng?

IPA er en paraplyorganisasjon, der NBF er medlem gjennom EPA/UNEPSA (European Pediatric Association/Union of National European Pediatric Societies and Associations). Amerika og Asia har tradisjonelt vært toneangivende i IPA, mens de fleste europeiske barnelegeforeninger er mindre involvert. EU-land er gjerne mer engasjert i EAP (European Academy of Pediatrics) – og med kollega Tom Stiris som president de siste åra. NBF er med i både EAP og IPA, men har i det vesentligste forholdt seg ganske passiv i IPA.

Konferansen i Vancouver hadde et klart fokus på global helse. Toppfolk fra Unicef og WHO var selvskrevne foredragsholdere. Sjefredaktør i the Lancet, Richard Horton, var en tydelig og dedikert taler, og med et engasjement som er sjelden vare i akademiske sammenhenger.

Helsepolitiske strategier for barnehelse fikk romslig plass i det faglige programmet. Barnedødelighet, ungdomshelse og miljø/klima var av tema på agendaen i fellessesjonene. Mer klinisk relevante emner fikk plass i parallelle sesjoner. Over 2000 abstrakt var sendt inn, med presentasjoner både som postere og i muntlige sesjoner.

På det offisielle delegatmøtet var mer enn 60 foreninger representert, og Botswana ble tatt opp som nytt medlem sammen med flere andre land. Forslag om å holde møte hvert andre i stedet for hvert tredje år fikk solid flertall, noe som blant annet fører til kortere tid mellom hver gang eksekutivkomiteen skiftes ut. Neste kongress holdes i Panama i mars 2019, og fem byer var kandidater for 2021: Etter intens valgkamp og lobbying trakk Glasgow det lengste strået. Siste europeiske vertsby var Athen i 2007, og det blir første gang Storbritannia er vertskap. Kanskje dette kan føre til at vesteuropeiske land blir mer involvert?

“
På det offisielle delegatmøtet var mer enn 60 foreninger representert, og Botswana ble tatt opp som nytt medlem sammen med flere andre land.

IPA kan gi visse assosiasjoner til IOC, med en dominans av eldre herrer og der de viktige sakene gjerne er ordnet på bakrommet. Valgkampen for å få plass i komiteene er ganske unorsk, og Norges representant ble begavet med diverse slips for å støtte bestemte kandidater. Størst spenning var knyttet til vervet som President Elect; tidligere president i American Academy of Pediatrics Erroll Alden fikk flertallet.

Profilerte Zulfiqar Bhutta starter sin president-periode nå. Det er tydelig at den nye presidenten tar grep for å friske opp IPAs profil, blant annet med ny logo, nye nettsider og nytt slagord på plass. Kontakten med WHO, Unicef og FIGO er styrket. Det kan bli en spennende tid for IPA, og det gjenstår å se om professor Bhutta har tid til også å være IPA-president midt i alle sine internasjonale gjøremål.

Presidentskifte i IPA på Council of Delegates; Zulfiqar Bhutta tar over for Alexander Konstantopoulos.

Fra NBF sonderte vi muligheten for å få IPA bak en resolusjon om krisen i Syria: Helsetjenester for barn som flyktninger svikter både internt i Syria og i nabolandene, og responsen fra verdenssamfunnet er mangelfull. Samtidig foregår systematisk bombing av sykehus og helsepersonell i Aleppo, der en kollega ble drept i jobb på en barneavdeling i april. Flere tok kontakt underveis for å støtte et slikt initiativ. Tross en viss motstand tok IPA utfordringen, og har nå kommet med en uttalelse publisert i Lancet og fulgt opp med en kampanje på Twitter.

Om NBF skal ha en stemme og bli hørt i IPA, er det nok nødvendig å være tilstede og involvert over tid. Et mulig scenario for NBF er å prioritere EAP og tone ned betydningen av IPA, slutte å betale medlemsavgift og holde oss utenfor. Men for å sette det på spissen; melder man seg ut av FN?

Sjekk ut mer om IPA på *www.ipa-world.org*

Sjekk også ut IPA i The Lancet. En kunngjøring og opp fordring fra IPA om barn i krig ble faktisk publisert i Lancet. Ta en titt her. #ProtectChildrenOfWar http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)31577-X/fulltext

Kasuistikk:
Over gjennomsnittet eksotisk? Eller bare dødelig vanlig?

TEKST: ANDERS BJØRKHAUG, REDAKTØR AV PAIDOS OG BARNELEGE.
JOBBET VED MNAZI MMOJA HOSPITAL I PERIODEN SEPTEMBER 2013 – JANUAR 2014.

Denne kasuistikken er et eksempel på at man når man arbeider på et barnesykehus i et utviklingsland, kan man møte veldig alvorlige, og for oss uvanlige sykdomsforløp. Diagnostiske hjelpemidler er få, noe som setter store krav til kliniske ferdigheter og nysjerrighet, kombinert med litteratursøk, og av og til tilfeldigheter. Dette er godt beskrevet i tidligere rapporter fra arbeid på Zanzibar [1, 2] og i aktuelle utgave [3]. Hendelsesforløpet er ikke gjengitt til fulle av hensyn til pasient og pårørende, men de viktigste trekk er med. Å innhente samtykke til publikasjon av en slik kasuistikk er tilnærmet umulig å få gjennomført etter vestlige prinsipper, og her er det også vanskelig å komme i kontakt med familiene i etterkant. Kasuistikken er anonymisert.

12 år gammel gutt innlegges barneklinikken med omfattende utslett over hele kroppen, inklusive slimhinner. Han er i svært redusert almenntilstand, men kommer likevel gående til avdelingen. Gutten undersøkes først av lokal lege ved Barneklinikken, MMH, han tilsees også av medisinerstudenter og deres lærer, en cubansk professor i pediatri. Gutten er tydelig svært dårlig, og de søker også råd hos undertegnende som arbeider ved kuvøseenheten, ved at en av medisinerstudentene kommer med et mobilfoto av guttens ansikt. Bildet er av suboptimal oppløsning, men en ser omfattende utslett med papler og vesikler i ansikt, på lepper og slimhinner lettblødende. Umiddelbar klinisk tanke går i retning av en immunologisk årsak, som f.eks., Steven-Johnsons utslett. Bildet er likevel av såpass dårlig kvalitet at jeg har lyst å se gutten.

> Diagnostiske hjelpemidler er få, noe som setter store krav til kliniske ferdigheter og nysjerrighet, kombinert med litteratursøk, og av og til tilfeldigheter.

Ved første tilsyn er gutten åpenbart syk. Hans utslett er spredt over hele kroppen og delvis konfluerende. Det dekker også hodebunn, slimhinner og innsiden av håndflater og fotsåler. Det er heterogent, bestående av makler, papler, vesikler og enkelte områder med tørrere kruster, altså et utslett med forskjellige stadier. Trolig er slimhinnene i luftveiene også involvert da han er tydelig stridorøs i pusten. Han virker noe desorientert og motorisk rolig. Han er febril, men temperatur ikke angitt. Gutten er lagt inn på isolasjonsavdelingen, en liten avdeling for antatt svært alvorlige infeksjonssykdommer, som dessverre både gir små muligheter for observasjon og laboratoriediagnostikk grunnet vanskelig bemanning og manglende ressurser.

Jeg foreslår først og fremst væskebehandling. En av studentene viser meg et bilde fra Wikipedia (se neste side), og spør meg om tilstanden kan passe. Bildet viser en jente med utbredte vesikler i ansikt og på overkropp. Bildet er tatt under Koppeepidemien på tidlig 70-tall.

Kopper (eng: smallpox, pox, red plague. Latin: Variola vera) er en akutt smitteførende sykdom forårsaket av variola virus, som er en del av orthopoxvirus familien. Det er regnet som et av verdens mest dødelige virus. Siste kjente naturlig forløpende infeksjonstilfelle var i Somalia i 1977. Viruset og Koppesyken ble erklært eradikert fra jordens overflate i 1980 etter en global immuniseringskampanje ledet an av Verdens Helseorganisasjon (WHO), og er foreløpig eneste

Liten jente med kopperinfeksjon i Bangladesh, fra 1973.
Foto: US Department of Health and Human Services.
Kilde: https://no.wikipedia.org/wiki/Kopper_(sykdom).

mikrobe som smitter blant mennesker som er antatt utryddet av menneskeheten. Der finnes imidlertid variolavirus i beholdning ved enkelte laboratorier i verden, og der har vært knyttet bekymring til en risiko for utnytting av viruset i biologisk krigføring, eller spredning ved uhell. WHO opprettholder fremdeles beredskap med vaksinelager i tilfelle nye utbrudd. [4]

Ved tilsyn 1-2 timer senere er pasienten døende. Sikker årsak er vanskelig å anslå, men klinisk har han respirasjonssvikt, han er dehydrert og har en grad av multiorgansvikt. Etter nye diskusjoner i legegruppen, har det vært gjort funn som gir klinisk mistanke om immunsvikt Kva funn??. Vi ville gjerne ha prøve fra vesikler og HIV-test.

Zanzibar er et strengt muslimsk samfunn blant (> 95% av befolkningen er muslimer), og når et barn dør er pårørende raske med å svøpe barnet i et tøystykke (kanga), og ta barnet med seg for rask gravferd. Medisinske obduksjoner er ikke tilgjengelige, og det er heller ikke patolog ved sykehuset. Likevel er der muligheter for å kunne benytte laboratorier på fastlandet (Tanzania) eller tilknyttet WHO.

Barnet forlot sykehuset før vi fikk tatt prøver, og vi hadde derfor ikke mulighet for avklaring av tilstanden ved hjelp av laboratoriediagnostikk.

Hva gjør en så?
I tilfellet må en stole på kliniske observasjoner. Da kopper regnes som utryddet, er medisinsk informasjon ikke tilgjengelig i dagsaktuelle oppslagsverk. WHO har likevel oppdatert database med utfyllende informasjon og gode illustrasjoner.

Kopper er en virussykdom der vannkoppeinfeksjoner er den mest aktuelle differensialdiagnose. Sykdomsforløpet skilles ved ulikheter i sykdomsforløp og utbredelse av pustlene (se tabell).

	SMALLPOX	CHICKENPOX
FEVER	2–4 days before the rash	At time of rash
RASH Appearance	Pocks at same stage	Pocks in several stages
Development	Slow	Rapid
Distribution	More pocks on arms & legs	More pocks on body
On palms & soles	Usually present	Usually absent
DEATH	More than 10%	Very uncommon

Sentrale forskjeller i sykdomsutvikling mellom kopper og vannkopper.
Tabellen er hentet fra WHO-presentasjon «Diagnosis of smallpox» [5].
Kilde: http://www.who.int/csr/disease/smallpox/clinical-diagnosis/en/

Bildene over viser hudlesjoner av heterogen type, både makler, palper, vesikler og cruster. Fordelingen er tettest proksimalt. Foto privat.

> Ved første tilsyn er gutten åpenbart syk. Hans utslett er spredt over hele kroppen og delvis konfluerende. Det dekker også hodebunn, slimhinner og innsiden av håndflater og fotsåler.

Hos denne gutten var utviklingen av utslettet svært rask, kun over noen få dager. Han hadde global utbredelse av et utslett bestående av makler, papler, pustler og kruster (altså et utslett i mange stadier) (se bildet over). Tettheten av vesikler og kruster var intens over hele kroppen, men det var tydelig færre distalt på både over og underekstremiteter. Det var tydelig utslett på innside av håndflater og fotsåler, men en fant kun makuløse utslett her, ikke papler, vesikler eller kruster. Vi fant utslett og lettblødende slimhinner på lepper og i munnhule, og som nevnt var der mistanke om involvering av slimhinnene videre nedover i luftveier.

Kopper involverte i mindre grad slimhinner, foruten en sjelden hemorragisk type. Raskt progredierende forløp og tidlig død (innen 3-4 dager) var karakteristisk for denne typen, som oftest rammet gravide og fikk tilnavnet «sledgehammer smallpox» [6].

Kunne vi stille en sannsynlig diagnose?

Barnet døde kun få timer etter at han ble innlagt på barneklinikken. En fikk aldri etablert noen behandling, da i.v. tilgang var svært vanskelig grunnet de omfattende hudlesjonene.

Sannsynligheten for at der skulle oppstå et nytt tilfelle av kopper, som ett isolert tilfelle i et svært tettbefolket område er uhyre liten. I dette tilfellet passer utslettets utbredelse og karakter for alvorlig forløpende vannkoppeinfeksjon, trolig på grunn av alvorlig immunsvikt (HIV/AIDS). Bekreftelsen på vannkopper kom ca. 14 dager senere, da vår lokale lege meldte seg syk, med vannkopper...

Kasuistikken illustrerer hvordan diagnostikk og oppfølging i av en pasient er ganske annerledes enn det en er vant med hjemme. Når en har begrensede diagnostiske muligheter tvinges en i større grad til å løfte det kliniske blikket og stole på egne vurderinger.

Dette er bare ett eksempel på hvor spennende det er å arbeide på et barnesykehus i et utviklingsland.

En får møte et bredt spekter av pasienter, ofte med sykdommer som er utviklet til en grad vi aldri ser i vestlig medisin, og med en stor barnepopulasjon (dette sykehuset har mellom 11 og 12000 fødsler) er det store pasientvolumer. Infeksjonsmedisinske tilstander er ikke ulike det vi ser i Norge, og foruten en viss kunnskap om malaria, er det ikke behov for tropemedisinkurs for å jobbe der. Våre zanzibariske legekolleger er flinke og pliktoppfyllende, og gjør en god innsats med de ressurser de har tilgjengelig. Jeg vil absolutt anbefale norske barnelegekolleger et arbeidsopphold på Zanzibar.

Referanser

1. *Utveksling av helsepersonell mellom Bergen og Zanzibar; Engjom, Brodwall, Engjom og Mørch. Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133:187-9*
2. *Barnemedisinen på Zanzibar – En oppfølger; Bjørkhaug. Paidos 2014; 32(2):41-44*
3. *Zanzibar. Inntrykk fra et arbeidsopphold; Henrichsen. Paidos 2016; 34(3): 96-100*
4. *WHO programmes; Emergencies, preparedness, response – Smallpox: http://www.who.int/csr/disease/smallpox/en/*
5. *WHO programmes; Emergencies, preparedness, response – Smallpox: Diagnosis of smallpox: http://www.who.int/csr/disease/smallpox/clinical-diagnosis/en/*
6. *Uptodate.com, The epidemiology, pathogenesis, and clinical manifestations of smallpox; http://www.uptodate.com/contents/the-epidemiology-pathogenesis-and-clinical-manifestations-of-smallpox?source=machineLearning&search=smallpox&selectedTitle=1%7E47&sectionRank=1&anchor=H5#H5*

LEGENE I DIPS:

(fra venstre):

Anca Heyd, *Spesialist i kvinnesykdommer og fødselshjelp*
Arne Sæter, *Lege i spesialisering i øyesykdommer*
Tomas Alme, *Lege/ Medisinsk direktør*
Hege Tho Stokstad, *Lege i spesialisering i nyresykdommer*
Magne Rekdal, *Lege*
Hilde Hollås, *Spesialist i indremedisin og blodsykdommer*
Realf Ording Helgesen, *Allmennlege*

(15477) arteli.no Foto: Bård Ek

Sammen om framtidens pasientjournal

Teknologi skal tilpasse seg hverdagen på sykehusene, og ikke omvendt. Derfor samarbeider vi tett med leger og annet helsepersonell over hele landet når vi lager nye DIPS Arena. Hos oss jobber det syv leger som forstår kompleksiteten i helsetjenesten og behovet for gode verktøy som lar helsepersonell bruke mer tid på pasienten. Vår ambisjon er å lage en elektronisk pasientjournal i verdensklasse, i samarbeid med brukere av systemet.

Sammen jobber vi for en smartere pasientjournal.

DIPS

Vårmøtet Hammerfest 2016

TEKST OG FOTO: ANDERS BJØRKHAUG, REDAKTØR PAIDOS
BIDRAGSYTERE: PER HELGE MÅSEIDE, THOR WILLY RUUD HANSEN, ANNE KIRSTI HØGÅSEN OG KETIL STØRDAL

Velkommen til Eksotiske Hammerfest

– Og Hammerfest er eksotisk, forteller Ordfører Alf Jacobsen under åpningstalen.

Hammerfest er i lag med Vardø, Nord-Norges eldste by, grunnlagt i 1789. Den tronet også lenge som verdens nordligste by, inntil Honningsvåg fikk bystatus i 1996. Naturen er spektakulær, dyrelivet er rikt og variert. Kommunen har flere(?) nasjonalparker, der siste (på Seiland) blir åpnet sommeren 2016. Hammerfest har også en variert befolkning, og selv om 17% av innbyggerne kommer fra andre land, kalles dem Hammerfestinger.

For å ta vare på sine innbyggere brukes mye penger på skole, kultur og friluftsliv. Barnehagedekningen er over 100%, dvs at det til enhver tid står ledige barnehageplasser til familier som ønsker nyetablere seg i Hammerfest. Det er mye å se i og rundt Hammerfest, og arrangørene har bidratt med et variert program, ikke bare faglig, men også sosiale arrangement som gir oss et godt innblikk i livet i og rundt Hammerfest.

– Og så er det obligatorisk å få medlemskap i Isbjørnklubben, påstår en kollega idet vi stiger av bussen.

Det er imponerende hva en liten avdeling som Barneavdelingen i Hammerfest har fått til. Vårmøtets foredragsholdere er ikke bare medisinere, men både skuespiller/pasient, psykolog, teolog, og sykepleier. De har tydelig arbeidet godt med programmet, med høyt fokus på temaer som skal hjelpe oss i den kliniske hverdagen. Onsdag formiddag, før offisiell åpning, ble det holdt forkurs i praktiske barnenevrologiske undersøkelses- og behandlingsteknikker ved Jørgen Landehaug fra Finnmarksykehuset, samt forkurs i Motiverende Intervju ved Sofia Trygg Licke, fra Astrid Lindgrens Barnsjukehus. Samtidig ble det holdt avdelingsoverlegemøte i regi av NBF styret.

Avdelingsoverlegemøtet

Avdelingsoverlegemøtet er blitt et viktig fora for lederne ved barneklinikker og barneavdelinger for å samles for å satt viktige tema på dagsorden. Barnelegeforeningens styre setter dagsorden, men innspill fra avdelingslederne er viktige. Hovedemnene ved avdelingsoverlegemøtet var ivaretatt av Trond Diseth, avdelingsoverlege ved seksjon for psykosomatikk og CL-virksomhet, samt Hans Petter Fundingsrud, klinikkoverlege ved BUK UNN. Platon poengterte det for 2500 år siden: Den største feilen legene i vår tid gjør, er at de skiller kropp og sjel. Vi vet at sykehusinnleggelser før 5 års alder utgjør fremdeles en risiko for å utvikler senere psykiske problemer, og endring av sykdomspanoramaet tilsier et sterkere samarbeid på tvers mellom somatikk og psykiatri. Nye LIS'er er i dag med tverrfaglig og biologisk fokusert. En biopsykososial tilnærming er i vinden, der barne- og ungdomspsykiatrien er en viktig drivkraft. Samhandling setter krav til samorganisering med barnet og familien i midten, som igjen setter krav til oss.

Andreas Andreassen, leder i spesialitetskomiteen for barnesykdommer presenterte utkastet for ny spesialitetsstruktur. Spesialitetskomiteen vil med den nye modellen få en mindre rolle, men vil gi faglige innspill og anbefalinger til myndighetene. Komiteen har derfor utarbeidet forslag til læringsmål i pediatri, og utarbeider også et forslag til ny obligatorisk kursmodell. Utkast til læringsmål vil bli oversendt til Legeforeningen 10. juni for videre bearbeiding, før ferdig utkast oversendes Helsedirektoratet 30. september.

Fullt referat kan leses på barnelegeforeningens nettsider *www.pedweb.no*

Åpning

Vårmøtet åpnes høytidelig med introduksjon til joikens kultur i historisk, sosialt og familiært perspektiv. Alt og alle kan joikes til, enten det er personer, dyr, fjellvann eller rett og slett til vidda selv. Åpningsjoiken til Vårmøtet varmer godt på en ellers kjølig junidag i Hammerfest. Hammerfest kan skryte av å ha verdens nordligste barneavdeling. I juni var et hundretalls barneleger samlet på 71 grader nord; det er utvilsomt også en verdensrekord. Vikarer sørfra var hyrt inn for å se til de syke, og hele avdelinga var mobilisert og avviklet et strålende møte.

> I juni var et hundretalls barneleger samlet på 71 grader nord; det er utvilsomt også en verdensrekord.

Midnattssola var det mange av oss som hadde hørt om. Men i god tid før midnatt tok den kvelden, i kontrast til festglade barneleger på Seiland og Turistua som ikke skjønte at klokka var godt over rimelig leggetid. Utpreget innevær og rapporter om tropevarme sør i landet la ingen demper på arrangementet; vi hadde jo så godt selskap!

Innevær i løa på Seiland.

Mulighetene for å treffe en kollega på byen var rimelig store disse dagene. Barnelegene la beslag på sentrale deler av byen, og formatet på vårmøtet er kompakt. Mange av oss setter stor pris på muligheten for å bli kjent med nye kolleger når vi ikke er så mange.

Nær hundre deltakere er et flott oppmøte, og viser at arrangørene hadde truffet godt med både program og sosiale arrangement: Variasjonen fra sosialpediatri via hematologi til infeksjoner, hematologi og nyfødtresuscitering var spennende. Frie foredrag viste også spennvidden innen faget.

Fjøsfest på Seiland med helgrillet lam entusiastisk guidet av innbyggere på øya satte standarden, og festmiddag på Turistua med nytt æresmedlem og prisutdelinger toppet torsdagen. The best games ever? Bergen og Drammen, dere har en utfordring!

Pris for beste foredrag

Det forelå denne gangen 4 bidrag i kategorien beste vitenskapelige foredrag. 3 av arbeidene var utført av LIS'er og ett av en medisinsk student. Bedømmelseskomiteen, som bestod av Anne Lee Solevåg, Annette Ramm Pettersen og Thor Willy Ruud Hansen hadde en krevende oppgave når det gjaldt å dele ut prisen, siden alle innleggene i stor grad oppfylte

"Et tic er som et nys, og det er ingen som kan vente med et nys?" Skuespiller og pasient Pelle Sandstrak gir oss en reise i tvang og anderledeshet.

> Man kan utvilsomt si at innføringen av en pris spesifikt for beste vitenskapelig foredrag på NBFs møter er med og oppmuntrer til vitenskapelig øvelse og læring blant våre LIS'er.

kriteriene for å få prisen. Stud.med Stephanie Kundtzon fra NTNU hadde undersøkt adhesjon av de små kjønnslepper hos jenter i et materiale som dels skrev seg fra en helsestasjon i Oslo og dels fra journaler fra St.Olavs Hospital i Trondheim. Tilstanden er ganske hyppig, og det er holdepunkter for at tilstanden spontant går i regresjon hos de aller fleste. Det er derfor grunn til å være svært tilbakeholdende med å intervenere, både mht medisinske og kirurgiske tiltak. LIS Hildegunn Norbakken Granslo fra UNN hadde ved hjelp av data fra Neonatalprogrammet og elektronisk pasientjournal undersøkt temperaturen ved innleggelse på nyfødtintensiv hos premature barn med GA<34 uker. Så mange som 1/5 var moderat hypoterme ved innleggelsen (<36,0°C), mens nesten 30% hadde «*mild hypotermi*» (tp 36,0-36,4°C). Risikoen for hypotermi var assosiert med lav GA, lav APGAR skåre og forløsning med keisersnitt. Det var således behov for økt fokus på tiltak for å forhindre varmetap.

LIS Christian Magnus Thaulow fra Ålesund hadde undersøkt bruken av terapeutisk hypotermi ved perinatal asfyksi. I perioden 2008-15 hadde man ved avdelingen i Ålesund behandlet 25 pasienter på denne måten. Det var, ikke overraskende, betydelig variasjon fra år til år mht antallet pasienter. Grad av HIE, patologi på MR caput og kliniske kramper korrelerte med det nevrologiske sluttresultatet. LIS Berthe Svenkerud hadde analysert kramper hos nyfødte i et 10 års retrospektivt journalmateriale fra UNN. Den vanligste årsaken til kramper var hypoksisk-iskemisk encefalopati etter fødselsasfyksi. 17 av 99 barn med en krampediagnose døde, og av de overlevende hadde 12% senskader i form av epilepsi og/eller cerebral parese.

Bedømmelseskomitéen kunne konstatere at alle fire foredragsholderne var flinke, de hadde laget gode slides og kunne sitt materiale, og hadde lagt et betydelig arbeid ned i de dataene de presenterte. Man kan derfor utvilsomt si at innføringen av en pris spesifikt for beste vitenskapelig foredrag på NBFs møter er med og oppmuntrer til vitenskapelig øvelse og læring blant våre LIS'er. Denne gangen gjaldt 3 av 4 foredrag spesifikt nyfødte, og det kan kanskje være en oppmuntring og stimulans til de som har sitt arbeid med større barn om å også «*komme på banen*» med de utvilsomt spennende materialene som man kan stille gode vitenskapelige spørsmål til i den populasjonen.

Selv om avveiningen mellom fire gode presentasjoner var krevende, greide bedømmelseskomitéen likevel å enes om at Hildegunn Norbakken Granslo fra UNN var en fortjent prisvinner. Hun hadde en elegant visuell framstilling, en solid muntlig framføring som var tydelig henvendt til forsamlingen, og kunne sitt materiale slik at hun kunne gi gode svar på spørsmål fra tilhørerne. NBF gratulerer med prisen og ønsker alle deltagerne lykke med videre vitenskapelig nysgjerrighet.

Prisen for beste «frie foredrag» under Vårmøtet i Hammerfest 2016 gikk til Anna Ingeborg Gundersen, LIS ved Nordlandssykehuset, Bodø, for foredraget «*Spedbarn med grav anemi*». Det var generelt svært gode innlegg av flinke LIS-leger i denne bolken med frie foredrag. Anna Ingeborg Gundersen utmerket seg allikevel med en fin presentasjon hvor foredraget var godt og spennende bygget opp. Barnets sykehistorie, symptomer og kliniske funn ble lagt frem på en interessant måte med diff.diagnoser fra det meste av pediatrien. Som kliniker gav hun og hennes kollegaer ikke opp selv om viktige prøvesvar initialt ikke helt stemte. Barnet viste seg å ha en ny mutasjon i CFTR genet og den kliniske diagnosen var cystisk fibrose. Nytteverdien av foredraget var god, og det er viktig å huske på at nyfødtscreening som kjent ikke fanger opp alle mutasjonene ved denne tilstanden. Ved ny sekvensering av DNA fant man imidlertid den nye mutasjonen.

Barnelegeforeningen gratulerer begge vinnere!

Erik Bøhler er utnevnt til æresmedlem i NBF !

TEKST: STYRET NBF, DRUDE, FUGLESETH, THOR WILLY RUUD HANSEN, LEIF BRUNVAND OG STEFAN KUTSZCHE

NBF utnevner barnelege Erik Bøhler som æresmedlem i 2015. Han har gjort en unik innsats for internasjonal barnehelse, gitt sitt bidrag til studenter ved Universitetet i Oslo, publisert rapporter fra sin kliniske virksomhet og publisert eget arbeid som førte fram til hans doktorgrad i 1996. Han er et forbilde for norske barneleger ved sitt empatiske forhold til sine pasienter, ved sin vitenskapelige holdning og entusiasme og ikke minst med sin gode formidlerevne. Med å utnevne ham som æresmedlem i NBF viser vi ham vår respekt og beundring for særlig det arbeidet han har nedlagt internasjonalt.

Erik Boehler NBF æresmedlem 2016. Foto: Thor Willy Ruud Hansen.

Det var en ydmyk kollega som takket for æresbevisningen. På tross av den store respekten mange norske barneleger har for det arbeidet Erik og hans kone Kristin har utført, først i Bhutan og senere i mange år i Nepal, var det tydelig at Erik Bøhler var genuint forbauset over at hans navn i det hele tatt var i noens tanker i forbindelse med æresmedlemskap i Norsk Barnelegeforening. I sin takketale i forbindelse med utnevnelsen fortalte Erik at e-posten som fortalte om utnevnelsen kom samme dag som de åpnet det nye sykehuset i Okhaldhunga. Gleden over utnevnelsen ble stor, og mange medarbeidere opplevde at det ikke bare var Erik som hadde blitt anerkjent, men faktisk det arbeidet som utføres av hele staben på sykehuset. Om sitt mangslungne arbeid på sykehuset og i det store distriktet som sogner dit, sa Erik at «*en god spesialist er en som er tilstrekkelig langt hjemmefra*». Som eksempel på den betydningen helsearbeid for barn har i en global sammenheng, kunne Erik fortelle at fordi nepalesiske kvinner nå har større grunn til å forvente at deres barn vil overleve spedbarns- og småbarnsalderen, er det gjennomsnittlige antallet barn en kvinne i Nepal føder nå er redusert til 2.2. Det betyr at befolkningsutviklingen nå i mye større grad er bærekraftig med tanke på fremtiden. Mens helseutgiftene per innbygger i Norge er omtrent US $4000, er det samme tallet for Nepal offisielt US $12 – i realiteten er det lavere. Skjevheten i verdens fordeling av helseressurser er enorm!

Utnevningen av Erik Bøhler til æresmedlem i NBF er ikke bare en ære for Erik, det er også en flott manifestering av foreningens vilje til, prioritering av, og arbeid for et internasjonalt engasjement.

Arvo Henrik Ylppö 1887-1992
- Den store lille barnelegen fra de tusen sjøers land

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

Arvo Henrik Yllpö var en finsk barnelege, professor og arkiater. Han bidro til a redusere den finske barnedødeligheten i det 20 århundre og var en viktig rådgiver for finsk mødre- og spedbarnshelse. I 1920 var barnedødeligheten i Finland 10%. Da Ylppö døde i 1992 i en alder av 104 år hadde barnemortaliteten i Finland sunket til 0,6 %, - en av de laveste i hele verden.

Arvo Ylppö ble født 27 oktober 1887 som det femte av 12 barn av Heikki Ylppö og hans hustru Henriikka Maunu. Foleldrene drev gårdsbruk i Akaa, Finland. Arvo Yllpö giftet seg to ganger. I hans først ekteskap med Aino Marjatta Wegelius (1901-1942) fikk paret to barn. Han giftet seg pånytt i 1950 med legen Lea Irene Jokelainen (1919-2011) og de fikk fire barn.

Ylppö studerte medisin ved Universitetet i Helsingfors i 1906. Hans studiekamerat fra denne tiden, Viljo Rantasalo, ble en viktig samarbeidspartner i utviklingen av barneomsorgen og pediatrien i Finland. I hans studietid ved Universitetet i Helsingfors var det mangel på anatomiske laeringsressurser. Sammen med en liten gruppe dedikerte studenter reiste Yllpö derfor høsten 1908 til Göttingen i Tyskland for å studere anatomi. Der ble han kjent med professor Friedrich Merkel, en anatomist som var berømt for sine moderne undervisningsmetoder. Merkel hadde sterk innflytelse på Ylppös kariere og interesse for patologisk anatomi.

> Jeg kan forutse at han kommer til å utvikle faget vårt i fremtiden og jeg håper at mange vanskelige problemer i pediatrien kan bli løst gjennom han.
>
> Professor Leopold Langstein

Eventyrlysten brakte den unge Ylppö på flere reiser til Russland, de Baltiske landene og Sentral Europa. Etter avslutningen av studiet i Finnland ønsket han å ta doktorgraden i Helsingfors, men en personlig spenning mellom han og daværende professor i pediatri, Wilhelm Pipping, førte til at Pipping ikke ville gi Ylppö et doktorgradsemne.

Berlinertiden

Arvo Ylppö tok kontakt med professor Leopold Langstein, direktør ved Kaiserin Auguste-Victoria Haus i Berlin. Med gode tyske språkferdigheter bestemte han seg for å utdanne seg til barnelege i Berlin og fikk stilling som lege i spesialisering der. Han laerte seg fort Berliner-dialekten for a vinne tillit hos barn og foreldre. Få måneder etter han hadde begynt i den nye stillingen fikk han tildelt tema for sin doktoravhandling. I 1912 fortsatte han å studere i Berlin for å bli kjent med den nyeste forskningen innen pediatrien. I 1913 avsluttet han sitt doktorgradsarbeide i Berlin og forsvarte sin thesis om bilirubinmetabolisme hos nyfødte barn for den medisinske doktorgrad 6. september i Helsingfors. Året etter avla han medisinsk embetseksamen i Helsingfors.

I Berliner tiden oppnådde han internasjonal oppmerksomhet gjennom sine studier om barns patologiske anatomi, men hans forskningsresultater ble undervurdert i Finland. Derfor valgte han å fortsette forskningsarbeide i Berlin. Det skulle ta flere år før han returnerte hjem til Finland. Han arbeidet i hele 9 år ved barneavdelingen ved Kaiserin Auguste-Victoria Haus, fra 1918-1920 som avdelingsoverlege. Han var en populær leder for sine kolleger som hadde stor tillit til hans faglige og menneskelige dømmekraft.

Arvo Henrik Ylppö. Lisa Ahokas, Suomen lasten arkkiatri, Akaan Seutu – Keskiviikko, 2013, 15-19

Tilbake i Finland

Ylppö fikk mange tilbud om universitetsstillinger fra flere land, deriblant fra amerikanske læresteder i pediatri. Men, hans kall var å komme tilbake til Finland. I 1920 var han på plass som lærer og dosent i pediatri ved barnesykesykehus i Helsingfors. Et år senere, i en alder av 34 år, fikk han et personlig professorat i barnesykdommer. Da hans tidlige professor Pipping ble pensjonert i 1925, rykket han opp som full professor i pediatri ved Universitetet i Helsingfors. Gjennom sin innsats ved å undervise studentene på morsmålet, bidro han til at Finland fikk en egen finsk medisinsk terminologi.

Ylppö fortsatte med å utvikle pediatrisk forskning også i de vanskelige krigsårene. Han publiserte mange arbeider om barnehelse og barnesykdommer og viste at sykdom og død hos premature barn skyldtes ikke bare immaturitet, som var den allminnelige oppfatningen. Tvert imot, han mente at sykdommer hos premature kan behandles, og død og skader kan forebygges gjennom behandling. Denne erkjennelsen førte til en større motivasjon for avansert behandling og forskning i neonatologi.

Ylppö bidro til a utvikle den finske barnepleierutdanningen. Med hans hjelp avla tre kvinner eksamen i barnepleie i Berlin, og sammen med han started de utdanning av barnepleiere og helsesøstre på 1920 tallet i Finland. Fra 1920 til 1963 var Ylppö sjeflege for Helsinkis *Barnets Borg* sykehus (Lastenlinna). Dette var det eneste barnesykehuset i regionen, og for å forflytte nyfødte og premature barn til sykehuset ble det utviklet en "transportkuvøse". Denne var laget av tre og hadde et lag av utskiftbar varm sand i en mellombunn. Denne kuvøsetypen ble brukt fram til 1960 da Finland fikk Sentralsykehus med kortere reiseveier og det ble utviklet moderne kuvøser.

På *Barnets Borg* ledet Ylppö barnesykepleierutdanningen og bidro også til opplæring av andre helsepersonellgrupper som jobbet med barn. Han finansierte en sykepleiers studiereise til Tyskland for å hente et "barnepleiemuseum" bestående av fotodukumentasjon av barnesykdommer. Med det reiste han rundt i Finland for å lære folk barnepleie, barneomsorg og forebyggende helsearbeid.

Ylppö engasjerte seg også i et tverrpolitisk helsearbeid med kvinnelige politikere for å bedre barnas livsvilkår. Han ble valgt til ordforer i *Mannerheimers barneskyddsforbund* (MBF) 1920-1960 og ledet den grunnleggende helseomsorgen for barn og mødrerådgivningen i Finland. Det ble opprettet mange lokalforeninger for å verne om barnas livsvilkår. Han holdt foredrag og publiserte populærvitenskapelige artikler om barnehelse, og på denne måten fikk han folkets

16 Keskiviikko 16.10.2013 – Akaan Seutu

Arvo Ylppö – Akaan pieni suuri mies

Liisa Ahokas

Arvo Ylpön vanhemmat olivat maanviljelijä **Heikki Ylppö** (1843–1909) ja emäntä **Henriikka Maunu** (1860–1934). Äiti Henriikka Maunu syntyi vuonna 1860 Kangasalla ja isä Heikki Juhonpoika (Jussila) vuonna 184 Pälkäneellä. Avioituessaan Henriikka oli 18- ja Heikki 35 -vuotias. Nuori pari osti vuonna 1882 Akaan Käyrälän kylästä Iso-Mikkolan tilan peltoineen ja metsineen.

Perheeseen syntyi lapsia tasaiseen tahtiin: **Hilja** 1880, **Ilta** 1882, **Hilma** 1884, **Tyyne** 1886, Arvo 27. lokakuuta 1887 ja **Helka** 1889.

– Ensin syntyi neljä tyttöä, ja mummot alkoivat käydä kärsimättömiksi, kun ei tullut ollenkaan poikia, mutta sitten synnyin minä. Mummot ja sisarukset huolehtivat siitä, että esikoispoika hemmoteltiin pilalle, on Arvo Ylppö muistellut.

Muutto Toijalan keskustaan

Vuonna 1890 perhe muutti Toijalan keskustaan, mistä he ostivat Ylpön talon. Alun perin Ylpön talo sijaitsi Toijalan kylässä, mutta se tuhoutui Toijalan palossa vuonna 1886, ja uusi Ylppö rakennettiin radan ja nykyisen Valtatien väliin. Perhe merkittiin kirkonkirjoihin ajan tavan mukaan tilan nimellä Ylpöksi.

Perhe kasvoi vielä toisella kuudella lapsella. Vuonna 1892 syntyi **Martti**, **Aarne** 1893, **Kaarin** 1895, **Atte** 1898, **Aune** 1900 ja **Aili** 1903.

Suuren tilan omistajina Ylpöt olivat tärkeitä työllistäjiä. Heillä oli sisäkkö, yhdestä kahteen lapsentyttöä, kahdesta kolmeen renkiä sekä karjakko. Ylppöjen talossa ei jaoteltu ihmisiä heidän asemansa ja tehtäviensä mukaan, vaan kaikki söivät samassa pöydässä. ... ja viljankor... uosittuja, ja ... i paljon ky... Talkoopalk... aterioina ja hauskanpitona: päiväkahvit ja vehnäset tuotiin pellolle ja iltaisin saunottiin, syötiin, juotiin sahtia ja tanssittiin.

Tilan tuotteet oman kaupan myyntiin

Akaasta oli rautatien valmistuttua tullut kasvava kunta, ja kun Ylpöt halusivat olla kehityksessä mukana, he lähtivät mukaan liike-elämään. Heikki Ylppö rakensi pihapiiriin toisen talon, joka toimi sekä liiketilana että vuokra-asuintalona. Talossa oli kauppahuone, jossa myytiin oman tilan tuotteita.

Liikehuoneistossa Heikki piti kestikievaria, jota itse kutsui majataloksi. Kestikievarin pitäjälle kuului myös hevoskyydin ylläpito, ja Arvo Ylppökin toimi lomillaan kyytimiehenä, vielä tohtorinakin.

– Kerran kyyditsin kahta nuorta naismaisteria Akaan pappilaan. Nämä kyselivät minulta jos jotakin ja välillä arvostelivat ruotsia puhuen kyytipojan ulkonäköä. Perille tultua he antoivat minulle kymmenen penniä juomarahaa ylistellen taitojani ja luvaten näyttää minulle Helsinkiä, jos joskus tulen sinne. Samassa tuli ruustinna lausuen vieraat tervetulleiksi ja sanoen: no tohtorihan on taas itse kyytipoikana. Silloin hävisivät nuoret naismaisterit kuin tuhka tuuleen! kertoo Arvo Ylppö. (Inkeri Numminen: Arvo Ylpön vuosisata, 1987.)

Matkustajakodista apteekkiin

Matkustajakodin kahvilasta sai ostaa leivonnaisia ja muita leipomoherkkuja. Kesäisin pihapiirissä toimi myös kioski. Talossa asui myös vuokralaisia kuten kruununvouti ja apteekkari, joka piti siellä apteekkiaan. Talossa pidettiin myös käräjiä.

Ylpön liiketiloissa olivat vuosien varrella vuokralaisina muun muassa kemikaaliliike, betonituotteita myyvän yrityksen edustus, invalidiravintola Vamma, Oskari Tulosen polkupyöräliike, KOP:n konttori, Tolletin lastenvaateliike ja Ilmari Karin maalausliike. Talon päädyssä oli vuonna 1918 punaisten esikunta.

Vuonna 1940 taloa korotettiin yhdellä kerroksella ja yläkertaan rakennettiin lisää asuntoja vuokrattavaksi. Ylppöjen maat Toijalan keskustassa, liikehuoneisto ja kotitalo myytiin sodan jälkeen, ja rakennukset purettiin vuonna 1974.

Vanhemmat kannustivat lapsia

Arvo Ylpön äiti Henriikka oli pienikokoinen mutta liikkeissään nopea nainen, joka teki ripeästi juosten talon töitä. Ylppö on sanonut äitiään piilovaikuttajaksi, joka toi rohkeasti mielipiteitään esiin. Vaikka hänellä riitti kotona töitä yllin kyllin, hän oli monin tavoin mukana edistämässä Akaan hyvinvointia. Henriikka oli aktiivisesti mukana muun muassa seurakunnassa pakanalähetyksen toiminnassa.

Isä Heikki oli hänkin aikaansaava, touhukas, luonteeltaan sopeutuvainen ja huolehti suuren perheensä elatuksesta.

Arvo Ylpön vanhemmat eivät itse olleet käyneet kouluja, mutta elämänviisautta ja lämpöä heillä oli lapsilleen jakaa. Heillä oli myös selkeät elämänarvot. He tukivat heikommassa asemassa olevia ja halusivat kouluttaa lapsensa vahvistamaan suomalaista hyvinvointia.

Ura selvänä jo lapsesta asti

Ylppöjen suuressa lapsikatraassa sairasteltiin, ja tapaturmiakin sattui. Kunnanlääkäri **Kalle Palkonen** kutsuttiin usein apuun. Nähdessään äitinsä surun ja huolestuneisuuden perheen lasten sairastaessa, Arvo-poika teki päätöksensä urastaan.

– Pystyäkseni auttamaan äitiäni tein jo lapsena päätöksen opiskella lasten omaksi lääkäriksi, jotta äidin ei tarvitsisi telefoonilla Palkosen setää apuun niin usein pyytää.

Terävä mutta villi

Arvo Ylppö oli nopeaälyinen ja kekseliäs mutta ajoittain myös turhan vilkas poika, joka ei aina täyttänyt sen ajan kiltin lapsen kriteerejä. Niinpä hänen vanhempansa eivät kehdanneet panna häntä tiukasta kuristaan tunnetun opettaja **David Lehtosen** luokalle Akaan kansakouluun, vaan hänet lähetettiin kiertokouluun Hämeenkyröön, tutun **Ida**

Ylpön sisaruksia kouluajalta. Vasemmalta Ilta, Helka, Arvo, Tyyne ja Hilma.

Ylioppilas Tampereen realilyseosta 1906.

Ylpön perhettä kotitalon pihalla Toijalan keskustassa 1920-luvulla. Talojen pa... jonka seinässä on Ylppöjen suvusta muistuttava laatta.

Akaan Seutu – Keskiviikko 16.10.2013 17

lasta sisään sellaisilla papereilla. Koulunkäynti olisi kenties katkennut siihen, ellei luonnontieteen opettaja **Hjalmar Schulman**, Arvon isän hyvä metsästystoveri, olisi tuntenut Arvoa metsästysretkiltään ja suositellut tätä.

Arvo Ylppö pääsi oppikouluun ja oli koko kouluajan luokkansa priimus.

– Ymmärsin, ettei kansakoulussa harrastamani meininki enää vetelisi.

Opiskelu Helsingissä alkaa

Samana vuonna kun Arvo ... pääsi ylioppilaaksi, ...

ja valmistui joulukuussa lääketieteen kandidaatiksi, minkä jälkeen alkoi opiskelu Helsingin yliopiston sairaalan klinikoilla.

Vuonna 1911 hän siirtyi lastentautiopin kurssin opetusvaiheessa harjoittelemaan Tehtaankadun Lastensairaalaan. Hän oli innokas ja pyrki viettämään sielläkin myös vapaa-aikansa tutustuakseen lastentauteihin.

Kurssin päätyttyä hän jatkoi Lastensairaalassa amanuenssilääkärinä, ja sama työtahti jatkui. Ylppö hoiti työnsä ohessa kesäsijaisena myös tohtori **Lövegrenin** lastenpoliklinikkaa.

Väitöstyö ...

fessorin virkaan, josta hän jäi eläkkeelle vuonna 1957.

Ylppö oli opettajana innostava. Hän opasti nuoret lääkärit laajaan sosiaaliseen kansanterveystyöhön siten, että nämä myöhemmin kunnanlääkäreinä osallistuivat myös neuvolatyöhön. Hän kutsui Suomeen kansainvälisiä luennoitsijoita ja auttoi opiskelijoita jatko-opintoihin ulkomaille. Professorin työnsä lisäksi Ylppö toimi Helsingin yleisen sairaalan lastentautien osaston ylilääkärinä vuosina 1925–1957.

Arvo Ylppö sai vuonna 1952 arkkiatrin arvon, joka on korkein huomionosoitus, jonka lääkäri voi saada, ja joka on vain yhdellä lääkärillä kerrallaan.

Pienten lasten hoidon keulakuva

Arvo Ylpön suurimpana ...

... Carl Gustaf Mannerheim ja johon mukaan lähti myös Arvo Ylppö.

Kenraali Mannerheimin Lastensuojeluliiton (MLL) päämääränä oli lastenhoidon tason kohottaminen, jotta maan korkea imeväis- ja lapsikuolleisuus alenisi.

Järjestöstä tuli valtakunnallinen kansanterveystyön, nuorisonhuollon ja lastensuojelun toimija.

Neuvolajärjestelmän isä

Arvo Ylppö järjesti lasten perusterveydenhuollon lastensuojeluliitossa neuvolajärjestelmän avulla.

Jatkuu sivulla 18

Tervehdys syksyisestä Helsingistä

Lisa Ahokas, Suomen lasten arkkiatri, Akaan Seutu – Keskiviikko, 2013, 15-19.

oppmerksomhet. Han forsto å bruke sosiale medier for å nå mødre om amming og barnehelse. Som lærer satte han fokus på folkehelsearbeidet ved å undervise om sosialmedisin for å forberede kommunelegene til senere å delta i rådgivningsarbeidet. Han inviterte internasjonale forelesere til Finland og hjalp sine studenter til å søke seg utenlands for videreutdanning. Ved siden av undervisningen jobbet han også som privatpraktiserende barnelege i Helsingfors.

Ylppö tok et ansvar og hadde en viktig rolle som brobygger mellom klinikken og den finske legemiddelindustrien. Han var bl.a. medlem i *Orions* administrasjon og delte av sine erfaringer for utvikling av nye legemidler. Hans mening var at legemiddelindustrien var viktig for folket og tilstrebet større oppmerksomhet om medisiner som et offentlig anliggende. Han var også engasjert i å planlegge et nytt barnesykehus i Helsingfors, men pga krigen ble det ikke åpnet før 1946.

10 Euro minnemynt i sølv 2012 (NumisUnivers).

Den arbeidssomme og entusiastiske barnelegen trengte bare 5 timer nattesøvn. I tillegg til legegjerningen spilte han kort for å “trimme hjernen”. Han hadde også stor interesse for kunst og oppbevarte en utsøkt kunstsamling i sitt hjem. Hans storste hobby var likevel friluftslivet, blant annet fiske.

Krigen - Hjelp til Finnlands barn

Under den finske vinterkrigen var Ylppö sjef for Finlands største barnesykehus. Senere, i et intervju med Nordbottens Allehanda 7. januar 1942, sa han “daglig må jeg avvise halvdøde barn fra mitt sykehus.” Barn sultet og barnesanatorier ble omgjort til krigssykehus. De få barnesykehus i Finland var overfylt. I nabolandet Sverige oppstå en folkebevelgelse, *Hjelp til Finlands Barn*. Ylppö var medlem i sosialministeriets barneforflytningskommitee der han bidro til at svake og syke barn fikk komme til Sverige for pleie og behandling som det ikke fantes tilstrekkelig av i Finland. I 1942 ble mer enn 20 000 barn transportert til Sverige.

Arvo Ylppö trakk seg offisielt tilbake som pensjonist i 1957. I 1964 utga han sine memoarer som har den finske tittelen: *Elämäni pienten ja suurten parissa eller på norsk- Mitt liv blant små och store. Minnebilder och bildminner.* Pga hans høye alder ble han et nationalsymbol for et langt liv og et sunt levesett. Ylppö døde 1992 i en alder av 104 år. Hans ble gravlagt på Hietaniemi kirkegården i Helsinki.

Utmerkelser

Ylppö fikk i 1919 tildelt den prestisjetunge Heubner prisen som ble delt ut hvert fjerde år for det beste tyskspråklige forskningsarbeide i medisin. Som høyeste anerkjennelse

…faktisk på grunnlag av alt som har blitt sagt er jeg av den oppfatning at vi må prøve å sørge for å mate de premature barna umiddelbart etter fødselen i samsvar med naturen og forholdene i fosterperioden.

Professor Arvo Ylppö

Kaiserin Auguste Victoria Huset ble bygget i 1907-1909 av Ludwig Hoffmann og Alfred Messel som en spedbarnsklinikk og åpnet 06. april1909 for å bekjempe barnedødelighet i det tyske riket. Det var verdens første institusjon for å redusere barnedødeligheten.
Foto: KHMM, 12.1.2008.

fikk han av Finlands president tildelt tittelen som arkiater i 1952. Arkiater er den høyste hedersbetegnelsen en lege kan få i Finland. Denne posisjonen hadde Ylppö i 40 år. I 1964 fikk han tildelt den svenske *Rosén von Rosenstein* medaljen, en høythengende pris i verden som deles ut til tre leger bare hvert femte år. Han ble utnevnt som æresdoktor ved Åbo Universitet i 1982. Han ble også æresdoktor ved universitetene i Königsberg, Giessen, Turku og Tampere. Han var æresmedlem av den Europeiske Barnelegeforeningen samt medlem i barnelegeforeninger i Finland, Sverige, Norge, Danmark, Østerike, Italia, Polen og England.

Ett frimerke med hans profil ble publisert i anledning av hans 100-årsdag i 1987. Arvo Ylppö har ogsa gitt sitt navn til en medalje, som deles ut til spesielt fortjente barneleger. Medaljen ble første gang utdelt i 1957 til Ylppö selv og den amerikanske barnelegen Clement Smith. Arvo Ylppö medaljen ble senere gitt til bl.a. til Niels Räihä (1987), Mikko Hallman (1992), Ola Didrik Saugstad (1997), David Edwards (2007, 2013), Vineta Fellman (2012), Sture Andersson (2012), og Jeffrey A. Whitsett (2012, 2015). I 2012 i anledning av Ylppös 125 års fødselsdag ble det utgitt en farget 10 Euro minnemynt i sølv.

Ylppö har gjennom sitt livsverk vist oss barneleger verdien av å være nysgjerrig og eventyrlysten som utgangspunkt for faglig utvikling sammen med internasjonale partnere. Han har vist gjennom emosjonell intelligens og sosialt engasjement at helseinformasjon kan nå frem til befolkningen. Han samarbeidet med lokale politikere og frivillige organisasjoner for å bedre barnehelsen og barns vilkår i et land som i hans tid gjennomlevde flere kriger. Gjennom 100 år ser vi at hans arbeide har hatt en stor innflytelse på barns helse og overlevelse. I 2013 hadde barnedødeligheten i Finland falt til 2,6 per 1000 levendefødte, en av de laveste i verden.

Litteraturhenvisninger

1. *Ahokas L. (2013) Arvo Ylppö – Akaan pieni suuri. Keskiviikko 16.10.2013 – Akaan Seut*
2. *Ballabriga A. One century of pediatrics in Europe. In: Nichols BL, Ballabriga A, Kretchmer N, eds. History of pediatrics 1850–1950. Nestlé Nutrition Workshop Series vol 22. Vevey, Switzerland: Raven Press Ltd, 19911–21.21*
3. *Ballowitz L. Arvo Ylppö. In: Smith GF, Vidyasager, eds. Historical review and recent advances in neonatal and perinatal medicine. New Delhi: Interprint, 1985*
4. *Dunham E. Premature infants. 2nd ed. New York: Hoeber-Harper, 1955*
5. *Dunn P.M. (2005). Arvo Ylppö (1887-1992): pioneer of Finnish paediatrics (2007). Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed92 F230-F232.*
6. *Kouvalainen K. (2014). Icons in paediatrics: Arvo Henrik Ylppö (1887-1992). Acta Paediatr 103: 1126-1129*
7. *Kavén P (2012) Barnedødeligheten i Finnland. http://www.krigsbarn.com/2012*
8. *Korppi-Tommola, A. Biografiskt lexikon för Finland 4. Republiken M–Ö (2011). Webbpublicering i desember 2014. URN:NBN:fi:sls-5255 1416928957861http://www.blf.fi/artikel.php?id=6543*
9. *Raivio K.O. (2010). Historical Perspectives. NeoReviews, 11(4) April 01, 2010 pp. e169-e173 doi: 10.1542/neo.11-4-e169*
10. *Ylppö A. Icterus neonatorum und Gallenfarbsoffsekretion beim Foetus und Neugeborenen. Z Kinderheilkd 19139208 (888{Text in German}*
11. *Ylppö A. Zur Physiologie, Klinik und zum Schicksal der Frühgeborenen. (Physiology, clinical course and outcome of premature infants.) Z Kinderheilkd 1919241–110.110 {Text in German}*
12. *Ylppö A. Das Wachstum der Frühgeborenen von der Geburt bis zum Schulalter. (The growth of prematures from birth to school age.) Z Kinderheilkd 191924111–178.178 {Text in German}*
13. *Ylppö A. Pathologisch-anatomische Studien bei Frühgeborenen. (Pathological and anatomical studies of prematures.) Z Kinderheilkd 191924212–431.431 {Text in German}*
14. *Ylppö A. Premature children. Should they fast or be fed in the first days of life? Ann Pediatr Fenn 1954199–104.104*
15. *www.ylppo.fi/cv*

Nasjonalt kompetansenettverk for legemidler til barn

Aktuelt fra Nettverket

Nettverket arbeider for at legemiddelbehandling til barn skal være hensiktsmessig og trygg, og i størst mulig grad basert på dokumentert kunnskap, og for at alle involverte parter skal ha tilgang til nødvendig kunnskap, informasjon og litteratur. Kunnskapskildene vi benytter må være kvalitetssikret, de bør være de samme i hele landet vårt, og dessuten fritt tilgjengelig. Selv om Nettverkets målsetning bruker begrepet barn, ser vi det som like viktig at målsetningen også gjelder ungdom.

NASJONALT KOMPETANSENETTVERK FOR LEGEMIDLER TIL BARN

Vi barneleger har en fantastisk jobb og får gleden av å treffe både små og store pasienter. På samme dag kan vi i poliklinikken møte en liten jente på 3,5 kg som sliter med å legge på seg og en stor gutt på 125 kg der utfordringen er det motsatte. Senere på dagen går vaktcallingen og vi hjelper et for tidlig født barn på 750 gram. Forskjellen mellom liten og stor denne dagen vil være en faktor på over 150!

For å beregne riktig dose og doseringsintervall må vi i tillegg til barnets vekt, ta stilling til barnets alder og modenhet. Fra det lille premature barnet på 750 gram til den store gutten på 125 kg har det skjedd en utrolig utvikling. Lever og nyrer er ved fødsel umodne og har en annen evne til å metabolisere og eliminere legemidler. Samtidig vil distribusjonsvolum endres, både på grunn av endret mengde kroppsvann/kroppsfett og endret evne til proteinbinding. Dette fører til at alt fra metningsdose via dose pr. kg og doseringsintervall endres etterhvert som barnet modnes og vokser. Legemidler har svært forskjellige egenskaper, slik at disse endringene vil ha ulike konsekvenser for ulike legemidler.

> I mange år har Nettverket gjennom Helsebiblioteket sørget for at BNF-C er tilgjengelig for alle som jobber med barn.

To gode eksempler er gentamicin og karbamazepin. Gentamicin har et distribusjonsvolum som tilsvarer ekstracellulær væske. I og med at mengden kroppsvann og ekstracellulær væske endres med alderen vil distribusjonsvolumet endres fra 0,7 liter/kg hos en prematur til 0,25 liter/kg hos en ungdom. Dette vil føre til at man må administrere høyere dose per kg hos premature enn hos ungdommer. Samtidig er halveringstiden høyere hos premature (ca. 8 timer) enn hosungdommer (ca. 2-3 timer). Dette fører til at man hos premature og små barn ikke skal administrere gentamicin hyppigere enn hver 24. time, mens man hos ungdommer kan administrere det x 2 (selv om dette ikke er vanlig). For karbamazepin vil barn trenge større og hyppigere dosering enn voksne siden barn har økt eliminasjon av dette legemidlet.

Eksemplene viser at ordinasjon av legemidler til barn er et regnestykke. For de vanligste sykdommene har vi gode veiledere og kan til en viss grad støtte oss til Felleskatalogen. Samtidig vet vi at 65 % av legemidler gitt i en barneavdeling brukes utenfor godkjent indikasjon eller dose (1). Når vi i tillegg bruker mange legemidler som mangler markedsføringstillatelse og dermed ikke finnes omtalt i Felleskatalogen, er det klart at vi trenger oppslagsverk som er produsentuavhengig og oppsummerer det som finnes av kunnskap om aktuelle indikasjon og legemiddel.

I mange år har Nettverket gjennom Helsebiblioteket sørget for at BNF-C er tilgjengelig for alle som jobber med barn. Dette oppslagsverket er laget av en dyktig stab i England og baserer seg på det som finnes av tilgjengelig kunnskap. I desember 2015 fikk Nettverket en lite hyggelig Julepresang: Pharmaceutical Press, som publiserer BNF-C valgte å 10-doble prisen på det nasjonale abonnementet! Samtidig var de lite begeistret for den nasjonale tilgangen Norge hadde hatt og ville ha en løsning der de i større grad hadde kontroll over hvem som bruker deres produkt. Vi i Nettverket forhandlet så godt vi kunne, og klarte etter mye om og men å få til en løsning der alle sykehus med barneavdeling har tilgang. Denne løsningen er ikke ideell, men var det beste vi fikk til. Løsningen innebærer imidlertid at farmasøyter og apotek, hele primærhelsetjenesten og alle foreldre mangler tilgang til BNF-C. Dette er et stort problem, da en viktig side ved farmasøytenes jobb er å gå gjennom og kvalitetssikre de forskrivninger vi barneleger gjør. Samtidig vil ikke fastleger kunne vurdere mange av de doser og legemidler som barn er blitt satt på, noe som er betenkelig da fastlegen ofte fornyer forskrivninger som er instituert på sykehus.

Som reaksjon på dette samlet Nettverket alle involverte parter til et felles møte der problemstillingen «legemiddelinformasjon til barn» ble diskutert. Det var stor enighet om at det er behov for et oppslagsverk, og at dette må være det samme i hele landet, og dessuten tilgjengelig for alle som jobber med barn. Møtet oppfordret derfor Nettverket til å søke etter ekstramidler for 2017 slik at legemiddelinformasjon til barn fortsatt kan være tilgjengelig. Nettverket tok utfordringen og viste i sin søknad om tilleggsbevilgninger til Legemiddelmeldingen av 2015 som peker på BNF-C som en viktig kilde til informasjon (2).

I vår tok Stortingsrepresentant Sveinung Steinsland (H) opp denne problemstillingen i et spørsmål til Helseministeren. Svaret oppfatter vi som svært positivt, og at han støtter Nettverkets streben etter en enhetlig nasjonal kvalitetssikret og fritt tilgjengelig informasjonskilde for all legemiddelbruk blant norske barn. En slik felles og åpen kunnskapskilde er viktig for å hindre misforståelser og feilbruk av legemidler blant barn (3).

Det blir derfor spennende å se hva som står i statsbudsjettet når det offentliggjøres 6. oktober.

Referanser

1. *http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jphp.12581/full*
2. *https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-28-20142015/id2412810/*
3. *https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Sporsmal/Skriftlige-sporsmal-og-svar/Skriftlig-sporsmal/?qid=66014*

Girl in Glass – Dispatches from the Edge of Life

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

How My 'Distressed Baby' Defied the Odds, Shamed a CEO, and Taught Me the Essence of Love, Heartbreak, and Miracles

Forfatter: Deanne Fei
Utgiver: Bloomsbury USA, 2015
Antall sider: 314
ISBN: 9781620409930 620409917 91781620409916

Deanna Fei var ikke sikker på om datteren Mila (fra milagros=mirakel) var fortsatt i livet eller ei. Hun skriver: "Hun kan ikke gråte eller puste. Hennes ben ser ut som de av et sultende barn, huden er innskrumpet og henger løst over de tynne beina. Huden er lilla rød, blodig og forslått." En lege, synlig sjokkert, beskriver det som "geléaktig." Foreldre ble konfrontert med skremmende valg, bl.a. å skru av maskiner som hittil holdt den lille skapningen i livet. Hver dag bar med seg trusler om nye katastrofer.

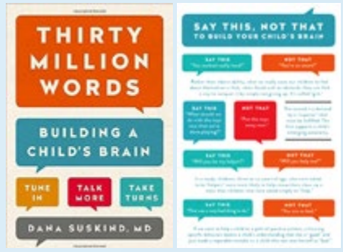
Girl in glass blir en dramatisk, steg-for-steg utforskning av hva det vil si å opprettholde et liv uten å vite konsekvensene av å gjøre det. Fei viser den uutholdelig usikkerheten og tvil som følger med konfrontasjon med nye komplikasjoner som for eksempel hjerneblødning. Hun spør, kan livet likevel være verd å leve? Et år etter at hun kom hjem med datteren, kuttet administrerende direktør i hennes manns selskapet bonusen til de ansatte fordi selskapet hadde brukt så mye penger på å betale sykehusregninger for Mila. En person sa til henne, "du er så heldig at barnet ditt overlevde og jeg håper at hun vokser opp og bli sunn og sterk og kan en dag rettferdiggjøre kostnaden som holdt henne i livet."

"Girl in glass" er en gripende filosofisk refleksjon over erfaringer av å være mor til et ekstremt prematurt barn som klamrer seg til livet, og om våre grunnleggende tanker om hvordan livet skal begynne. Fei forteller hva det betyr å redde det lille barnets liv mot alle odds. "Kanskje er det bare en refleks, men det er også viljen til å leve", skrev hun. Historien om mor og datter spenner fra en verden i isolasjon på nyfødtintensiven til hvordan vi kan ta vare på de mest sårbare barn. Det handler om følelser og sorg, om hennes datter vil overleve neste dag - og om hun burde. Fei tar opp diskusjonen om ansvar, holdninger og verdier i samfunnet. Hun viser oss sine tanker om barnets perspektiv og dens vilje og styrke til å overleve. Som mor utforsker hun verdien av et menneskeliv: fra medisinske kostnadstall til risikotenkning rundt graviditet; fra medisinsk innovasjon i omsorgen for premature barn til analyser av hva livet er verdt; og til slutt, til dypet av sin egen kamp for menneskeverd. Boken er et bevis på hvordan kjærlighet tar tak når et nytt liv trosser alle forventninger. Hun skriver, "jo mer jeg elsker henne, jo mer er det å tape." Fei lærer oss at i livets gråsone innebærer kjærlighet også sårbarhet. Basert på hennes erfaringer er styrken i mor-barn tilknytningen det mest elementære som kan overvinne den daglige frykten for å miste barnet.

Boken er lettlest og delt in i 4 hovedavsnitt og totalt 65 oversiktlige små kapitler. Forfatteren bruker et godt Engelsk/ Amerikansk språk. Den egner seg som lesing for premature barns` foreldre, deres familier og venner og for alle typer helsepersonell som er ansvarlige for omsorg og behandling av premature barn. Boken anbefales også for medisinske studenter i de kliniske semestre, for yngre leger som skal påbegynne sin rotasjon på nyfødtintensivavdeling og for medlemmer i en klinisk etikk komite.

Thirty Million Words. Building a child's brain

AV BERNHARD WEIDLE



Forfatter: Dana L. Suskind, MD
Utgiver: Penguin Publishing Group, NewYork: 2015
Antall sider: 320
Pris: 28 $

Bernhard Weidle er spesialist i pediatri og barne- og ungdomspsykiatri, dr. med fra Universitetet i Tübingen, Tyskland og Ph.D. fra NTNU, Trondheim. Han arbeider som overlege ved BUP-klinikk, St. Olavs Hospital og ved Regionalt kunnskapssenter for barn og unge, Midt-Norge.

Allerede på bokomslaget oppsummeres det viktigste: Tretti millioner er forskjellen i antall ord som et barn fra en familie med høyere inntekt har hørt i en alder av fire år, sammenlignet med en fireåring fra en familie som er avhengig av sosialhjelp. Bokens undertittel «Å bygge opp barnets hjerne» (building a child's brain) følges av tre plakative budskap for å forandre denne ekstreme forskjellen som avgjør barnets senere læreevne: Tone inn, snakke mer, ta hver sin tur (tune inn, talk more, take turns).

Hva skal til for at et barns hjerne utvikler seg til det best mulige evnenivå og stabilitet? Hvorfor et det bra å bable babyspråk med barnet? Hva vedlikeholder de store sosiale forskjellene når det gjelder læring og utdanning? Disse og en rekke andre spørsmål om barnets tidlige utvikling besvares med pedagogisk teft og stor kompetanse i denne boka.

Dana Suskind er Professor i kirurgi ved Universitetet i Chicago med hørselstap og Cochlea implantater hos barn som spesialfelt. Hun er også grunnlegger og direktor av "The Thirty Million Words-initiative", et program som ble utviklet for å hjelpe foreldre til å forbedre språkmiljøet hjemme og dermed til å bidra til optimale betingelser for læring og hjerneutvikling for barna.

I boka beskriver hun sin egen vei fra å være kirurg med spesialfelt cochleatransplantasjoner hos barn til å bli mer og mer interessert i sosialpsykologisk forskning og barns hjerneutvikling. Hennes utgangspunkt er 1990 årene hvor anbefalingen om screening av hørselen av alle nyfødte sammen med utviklingen av cochleaimplantater med komplekse funksjoner for språkhåndtering revolusjonerte behandlingen av døvfødte barn. Det viste den helt avgjørende betydningen som språkmiljøet barnet eksponeres for i de første tre leveårene har for hjerneutviklingen. Døvefødte barn som får cochleaimplantater på et mye senere tidspunkt vil kunne høre lyder, men sjelden utvikle evnen til å skjønne deres betydning, fordi vellykket implantasjon krever nevroplastisitet, dvs. hjernens evne til å utvikle seg videre med nye stimuli. Suskind begrenser seg imidlertid ikke bare til de biologiske hindringer for en vellykket hjerneutvikling, men hennes erfaringer med hvordan sosiale ulikheter og fattigdom påvirker barns evne til å utvikle språkferdigheter etter cochleatransplantasjon førte henne videre til områder som sosialpsykologi og språkforskning.

På 300 overraskende lettleste sider guider forfatteren leseren gjennom de viktigste forskningsresultater om spedbarnsutvikling. Hun starter med Hart og Risleys banebrytende forskning (1995, 1992) som viste at både kvalitet og kvantitet av språkeksponering i de første leveårene er den avgjørende faktoren for barnets senere læreevne. Både mengden av ord er viktig, men også hvordan de blir sagt. I familier med høyere sosioøkonomisk status var kommunikasjonen med spedbarnet preget av et bekreftende og støttende innhold, mens barn i mer fattige familier fikk høre mer enn dobbelt så mange negative bemerkninger og utsagn av typen «slutt med det der», som forhindrer videre kommunikasjon.

Senere studier har indirekte bekreftet Hart and Risleys resultater for eksempel at barn som vokser opp i et språkfattig miljø hadde lavere ordforråd og lavere språkprosesseringshastighet allerede som 2 åring også uavhengig av sosioøkonomisk nivå (Fernald et al 2013). Suskind følger opp med en gjennomgang av forskningsresultater om hjernens utvikling som timing, kritiske perioder, neuroplastisitet, pruning, som alle understreker den avgjørende

betydningen et rikt språkmiljø i spedbarnstiden har for den videre utviklingen.

I en egen del omtales den sosialpolitiske dimensjonen av disse funn, beskrevet i amerikansk litteratur som «the achievement gap». Barn fra familier med lav sosioøkonomisk status vokser opp i et tidlig språkmiljø som er preget av færre ord, mindre og enklere språk, færre momenter med felles oppmerksomhet mellom foreldre og barn og mindre gjensidig samspill. Det bidrar direkte til mindre språkferdigheter hos barnet, lavere ordforråd, mindre fortelle-evne og dårligere ferdigheter til å tilegne seg lese og skriveferdigheter. Suskind nøyer seg ikke med å beskrive disse funn og konstatere faktene. Hun og hennes medarbeidere har i tillegg utviklet et program som skal bidra til å endre på dette.

3T-initiativen som beskrives detaljert i boken formidler leserne de tre grunnleggende steg for å hjelpe foreldrene og andre som er involvert i barns utvikling i de første leveårene å gjennomføre de viktigste tiltak for en optimal hjerneutvikling og læreevne, slik at barnet senere i livet ville kunne ta ut hele sitt potensiale: Å tone seg inn til barnet og det det er interessert i, å snakke mer og ikke bare til barnet men med barnet, og å engasjere barnet i konversasjonsrunder der det er hver sin tur (tune inn, talk more, take turns).

Boka er populærvitenskapelig i stil, men alle påstander og forskningsresultater dokumenteres med referanser i en appendiks på slutten av boken. Forfatteren har tatt med innskutte detaljer fra sin egen livshistorie og leting etter svar samt pasientkasus og korte karakteristikker av de presenterte forskere og deres arbeid. Med denne fortelleteknikk oppnår hun en ramme der sosialpsykologiske og medisinske forskningsresultater blir til en spennende utviklingsroman som holder leserens interesse helt til siste side. De som ønsker budskapet presentert i mer vitenskapelig terminologi kan lese Suskinds og medarbeidernes artikler (for eksempel Leffel og Suskind, 2013).

Suskind gir en fantastisk oppsummering av sosialpsykologisk forskning og spedbarnsutvikling, engasjert, spennende, leservennlig og superkompetent presentert. Løp og kjøp eller lån den og gi i gave til alle som skal få barn, har små barn, arbeider med små barn eller kjenner noen i disse tre målgruppene og kan lese engelsk. I september 2016 skal den komme ut som paperback og blir da litt billigere.

Referanser

1. *Hart B, Risley TR. Meaningful Differences in the everyday experience of young American children. Brookes Publishing Company; Baltimore: 1995*
2. *Hart B, Risley TR. American parenting of language-learning children: persisting differences in family-child interactions observed in natural home environments. Dev Psychol 1992;28:1096–1105*
3. *Fernald A, Marchman VA, Weisleder A. SES differences in language processing skill and vocabulary are evident at 18 months. Dev Sci 2013; 16:234–248*
4. *Leffel, K, Suskind D. (2013). Parent-Directed Approaches to Enrich the Early Language Environments of Children Living in Poverty. Seminars in Speech and Language;34(4):267–278*

Norsk barnelegeforening

DEN NORSKE LEGEFORENING

Barnelegeforeningens forskningspris

Forskning er et viktig område som Norsk Barnelegeforening ønsker å satse tydelig på. Fra 2017 har styret vedtatt at beste artikkel fra det norske pediatermiljøet skal premieres, og pris deles første gang ut under Vårmøtet i Drammen. Alle artikler med barnelege fra Norge som første- eller sisteforfatter kan nomineres til prisen.

Kjenner du til en artikkel som er aktuell?
Da kan du sende et forslag til:
forskningspris@barnelegeforeningen.no

Tre jurymedlemmer (Ragnhild Halvorsen, Alf Meberg og Trond Markestad) vil vurdere foreslåtte artikler, og kan også selv foreslå aktuelle artikler. **Prisen består av kr 10 000**, og prisvinner(e) presenterer det aktuelle arbeidet ved vårmøtet.

Philosophiae doctor (PhD)

Paidos og Norsk barnelegeforening gratulerer

Doktor Aase Serine Devold Pay ved Institutt for klinisk medisin forsvarte tirsdag 10. mai sin avhandling for graden philosophiae doctor (ph.d.): Symphysis -fundus measurements and prediction of fetal size at birth.

Kort resymé av avhandlingen
Nye populasjonsbaserte referansekurver for symfyse-fundus mål hos gravide viser en tilnærmet konstant vekstfart gjennom svangerskapet. Individuelle avvik fra disse kurvene kan brukes til å beregne barnets risiko for å bli født liten for gestasjonsalderen.

Symfyse-fundus mål brukes i svangerskapsomsorgen for å finne fostre som vokser dårlig. Fostre som er veksthemmede har økt risiko for skade, hasteintervensjoner og død under svangerskap, fødsel og i nyfødtperioden. Det er en høyt prioritert oppgave å identifisere disse så tidlig som mulig i svangerskapet, og identifikasjon av veksthemming før fødsel er forbundet med tydelige helsegevinster under og etter fødsel.

I avhandlingen «Symphysis-fundus measurement and prediction of SGA neonates» har jordmor og forsker Aase Devold Pay og medarbeidere utarbeidet nye referansekurver for symfyse-fundus mål basert på i overkant av 40 000 svangerskap og 280 000 målinger av gravide fra Västra Götaland län i Sverige. Disse kurvene er svært ulike de tidligere norske referansevekstkurvene; symfyse-fundus-målene som ble foretatt i studien ligger vesentlig høyere enn hva de gjorde for 40 år siden, og i motsetning til tidligere referansevekstkurver er det ingen avflatning av kurven mot termin, men derimot en tilnærmet konstant vekstfart gjennom hele svangerskapet.

I avhandlingen presenteres også sammenhengen mellom symfyse-fundus mål og risiko for å bli født liten for gestasjonsalder. Studien viser at symfyse-fundus mål har generelt lav evne til å finne fostre som vokser dårlig tidlig i svangerskapet, men prediksjonen forbedres senere i svangerskapet. Ved å inkludere faktorer knyttet til mor og foster forbedres prediksjonskvaliteten ytterligere, men metoden vil fremdeles overse mange veksthemmede fostre og bør fortrinnsvis brukes med annen relevant informasjon. Klinikere bør kjenne til testens begrensninger.

http://www.med.uio.no/klinmed/forskning/aktuelt/arrangementer/disputaser/2016/pay-aase-serine-devold.html

Doktor Sigrid Bjørnstad ved Institutt for klinisk medisin forsvarte onsdag 11. mai sin avhandling for graden philo sophiae doctor (ph.d.): Morphological and molecular aspects of hormone receptor signalling in developing lungs and cerebellum; an experimental study in the chicken.

Kort resymé av avhandlingen
Kylling gir ny kunnskap om fosterutvikling. Vi vet lite om optimal medisinering av nyfødte kritisk syke barn. Dette er en sammensatt pasientgruppe, som ofte for tidlig født og som av ulike årsaker er sårbare. I sin avhandling «Morphological and molecular aspects of hormone receptor signaling in developing lungs and cerebellum; an experimental study in the chicken» har Sigrid Bjørnstad og medarbeidere undersøkt hvordan fosterets utvikling påvirkes av medikamenter. De har etablert en klassifikasjon av utviklingstrinnene i kyllinglunger basert på vevstruktur og proteinprofil og relatert dette til utviklingstrinnene i menneskelunger. De fant endret modning og endret mikroRNA signatur i lungevev fra kyllinger som hadde fått medikamentelt indusert lavt stoffskifte etter injeksjon av methimazole.

Videre fant de strukturelle endringer i lillehjernen hos kylling som hadde blitt behandlet med dexametason i foster livet, et medikament som hos mennesker brukes for å fremme lungemodning ved truende for tidlig fødsel, men som man frykter kan skade nervesystemet. De fant endringer i uttrykket av proteiner som man vet er sentrale for normal hjerneutvikling.

Ved å knytte endringer i vevsstruktur til hittil ukjente molekylære forandringer bidrar deres funn til økt forståelse av de biologiske prosessene i normal og unormal fosterutvikling. Dette vil på sikt kunne føre til bedret diagnostikk og mer målrettet behandling av en svært sårbar pasientgruppe. Avhandlingen innbefatter også en kunnskapsoppsummering der økt bruk av kylling i utvikling av medikamenter til gravide og barn foreslås. Kyllingens egenskaper, som blant annet total uavhengighet av mor under fosterutviklingen, gjør den til en svært attraktiv modell for å studere fosterutvikling.

http://www.med.uio.no/klinmed/forskning/aktuelt/arrangementer/disputaser/2016/bjornstad-sigrid.html

Doktor Ernst Christian Neukamm ved Institutt for klinisk medisin forsvarte onsdag 15. juni sin avhandling for graden philosophiae doctor (ph.d.): Bovine pericardial heart valves as a pulmonary valve replacement. A selection from an 8 year-period of pulmonary valve replacement and a cross-sectional follow-up of a biological valve, assessed

with an established and new methods.

Kort resymé av avhandlingen
PerimountTM hjerteklaffer som erstatning av pulmonalklaffen og en ny ultralyd metode for å vurdere høyre side av hjertet. Ved medfødte hjertefeil eller pga. degenerasjon kan nødvendigheten forekomme å erstatte hjerteklaffen under lungene. De kirurgiske resultatene er meget bra, men varigheten en kunstig klaff forblir velfungerende er begrenset. I sin avhandling "Bovine pericardial heart valves as a pulmonary valve replacement. A selection from an 8 year-period of pulmonary valve replacement and a cross-sectional follow-up of a biological valve, assessed with established and new methods" har Ernst Christian Neukamm og medarbeidere undersøkt bruken av erstatninger av pulmonalklaffen samt en ny ultralyd metode for å vurdere høyre side av hjertet.

Alle metoder og resultater for en pulmonalklaffeerstatning ved Rikshospitalet fra året 2000 til 2008 ble undersøkt. Den kommersielle klaffen PerimountTM viste utmerkete resultater etter operasjonen slik at en vurdering også etter fem år ble gjennomført. 91 % av alle pasienter hadde ikke behov for en ny operasjon og var i livet etter fem år. Ung alder ble identifisert som risiko faktor for tidlig degenerasjon. Det kunne ikke vises at PerimountTM klaffer er bedre enn andre metoder. Lengre oppfølging ble anbefalt for å kartlegge langtidsresultater. Ultralydmetoden som databasert rekonstruerer hjerte tredimensjonalt, VentriPointTM, ble sammenliknet med gullstandarden magnetresonanstomografi (MRT). Metoden kunne brukes i alle undersøkte pasientene og ga gode resultater for å bestemme størrelsen av høyre side av hjerte (EDV). Metoden kan anbefales i pasientoppfølging ved mistanke om et forstørret høyre hjerte.

http://www.med.uio.no/klinmed/forskning/aktuelt/arrangementer/disputaser/2016/neukamm-ernst-christian.html

Doktor Dobrinko Socanski

forsvarte 15.06.2016 sin ph.d.-grad ved Universitetet i Bergen med avhandlingen: "Attention deficit/hyperactivity disorder and occurrence of epilepsy, interictal epileptiform discharges and two years follow-up in children".

Kort resymé av avhandlingen
Tidligere studier viser at barn med epilepsi har større risiko for utvikling av symptomer som kjennetegner Attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD) (oppmerksomhetsvansker, hyperaktivitet, impulsivitet). Fremdeles vet man lite om omfanget av epilepsi og epileptiforme EEG abnormiteter (EA) ved ADHD. Det er usikkert hvorvidt det er trygt å bruke metylfenidat (MF) hos barn med ADHD og epilepsi og/eller EA. I Socanskis avhandling ble forekomsten av epilepsi og EA hos barn med ADHD i sør Rogaland undersøkt over en 6-årsperiode, fra 2000 tom 2005. Det ble gjennomført en 2 års oppfølging med fokus på bruk av MF, atiepileptika og om MF gir en økt risiko for epilepsi. Av de 607 barna med ADHD hadde 2,3% epilepsi, hvilket er en betydelig høyere forekomst enn i den generelle pediatriske populasjonen (0,5%). Alle epilepsi-diagnosene ble stilt før ADHD-diagnosene. EEG ble utført hos 517 barn ved ADHD diagnostisering og EA ble funnet hos 39 (7,5%) av disse. Når man kontrollerte for tidligere epilepsi var forekomsten av EA 5,4%. Barn med EA hadde oftere ADHD-uoppmerksom type. I 2 års oppfølging ble det registrert epileptiske anfall bare hos barn med farmakoresistent epilepsi, men uten endring i anfallsfrekvens. Barn med og uten EA brukte MF i like høy grad. Noen barn med EA brukte midlertidig antiepileptika på grunn av diagnostisk usikkerhet. I studien fant Socanski at forekomst av EA uten komorbid epilepsi i utgangspunktet ikke er forbundet med økt risiko for epilepsi, dette til tross for bruk av MF.

http://www.uib.no/nye-doktorgrader/98537/epilepsi-og-epileptiform-eeg-hos-barn-med-adhd

Doktor Jarle Jortveit

ved Institutt for klinisk medisin forsvarte torsdag 16. juni sin avhandling for graden philosophiae doctor (ph.d.): Mortality in children with congenital heart defects.

Kort resymé av avhandlingen
Bedre overlevelse hos barn med hjertefeil. I perioden 1994-2009 ble dødeligheten innen ett år hos barn med alvorlige medfødte hjertefeil nesten halvert i Norge. Plutselige og uventede dødsfall forekom svært sjeldent, og ingen barn med hjertefeil født i denne perioden døde i forbindelse med idrettsaktivitet. Dette er funn som fremkommer i doktorgradsavhandlingen «Mortality in children with congenital heart defects» av overlege Jarle Jortveit ved Sørlandet sykehus Arendal. I et utvalg på 954 413 barn, som inkluderer fødte barn, dødfødsler og avbrutte svangerskap i Norge perioden 1994-2009, hadde totalt 1,2 % en medfødt hjertefeil. I 1994 døde 21 % av barna som ble født med alvorlig hjertefeil i løpet av første leveår, mens det i 2009 var gått ned til 12 %. Barn med mindre alvorlige hjertefeil hadde lav dødelighet innen ett år (2-4 %), men også her ble overlevelsen forbedret i perioden. Bedre behandling er sannsynligvis den viktigste forklaringen. Flere aborter av fostre med de mest alvorlige hjertefeilene har også hatt betydning for utviklingen. Andelen svangerskapsavbrudd med alvorlige hjertefeil økte fra 3 til 20 % i perioden. Den vanligste medfødte hjertefeilen er hull i skilleveggen mellom hjertets hovedkamre. Studien viser at de fleste barn med et slikt hull, er like friske som andre barn. Det ble i undersøkelsesperioden registrert et hull i skilleveggen som eneste hjertefeil hos 3495 barn. Bare 181 barn (5 %) trengte operasjon, få utviklet komplikasjoner og deres overlevelse var lik som hos friske barn.

Studien har også undersøkt forekomsten av plutselig død generelt, og plutselig død i forbindelse med fysisk aktivitet spesielt. Kun 0,2 % av barna i studien mellom to og 18 år med medfødte hjertefeil døde plutselig. Ingen av barna døde i forbindelse med fysisk aktivitet. Studien konkluderer med at plutselig død i forbindelse med fysisk aktivitet er sjeldent, og at denne risikoen ikke bør hindre de fleste barn med medfødte hjertefeil i å delta på idrettsaktiviteter.

http://www.med.uio.no/klinmed/forskning/aktuelt/arrangementer/disputaser/2016/jortveit-jarle.html

Doktor Håvard Ove Skjerven

ved Institutt for klinisk medisin forsvarte tirsdag 21. juni sin avhandling for graden philosophiae doctor (ph.d.): Treatment of acute bronchiolitis; the role of respiratory viruses and allergic disease.

Kort resymeé av avhandlingen
Forskningsresultatene som presenteres i doktorgradsavhandlingen "Treatment of acute bronchiolitis; the role of respiratory viruses and allergic disease" av Håvard Ove Skjerven har ført til at spedbarn som innlegges i sykehus med akutt, virusutløst pustebesvær (bronkiolitt) nå får en mer effektiv, mindre ressurskrevende og mer skånsom behandling enn tidligere. Både norske og internasjonale retningslinjer har blitt endret som en direkte konsekvens av studien.

Akutt bronkiolitt er en potensielt livstruende sykdom som fyller barneavdelingene i store deler av verden hver vinter. Behandlingstradisjonene er ulike, men i Skandinavia og Nord-Amerika har inhalasjoner med forstøvet adrenalin blitt mye brukt; i Norge har dette vært standardbehandling i flere tiår.

Skjerven og medarbeidere gjennomførte en multisenter, dobbeltblind studie av inhalasjoner med racemisk adrenalin sammenliknet med saltvann og behandling gitt ved behov vs. faste tidspunkter hos 404 spedbarn innlagt med moderat til alvorlig bronkiolitt i Helse Sør-Øst. Barna ble fulgt opp til 2 års alder.

Studien viste at adrenalin ikke var bedre enn saltvann, mens barn som fikk behovsprøvd behandling fikk 30 % færre inhalasjoner, lå kortere på sykehus og trengte mindre oksygen og pustestøtte enn spedbarna som fikk behandling på faste tidspunkter.

Barna under 3mnd hadde best effekt av behovsprøvd behandling og en tendens til å ha negativ effekt av adrenalin inhalasjoner.

Analyser (PCR-teknikk) fra barnas luftveier påviste minst 2 virus hos >60 % av barna, minst 3 virus hos >30 % og helt opp til 7 virus hos 2 barn, uten at dette hadde sammenheng med sykdomsalvorlighet. Før 2-årsalder gjennomgikk 49 % av barna minst 3 episoder med tetthet i nedre luftveier, 23 % hadde atopisk eksem og 8 % var allergisk sensiblisert. Ingen av disse tilstandene påvirket behandlingseffekten.

Konklusjonen er at spedbarn med akutt bronkiolitt bør behandles individuelt og varsomt, med hovedfokus på støttende, fremfor medikamentelle behandlingstiltak.

http://www.med.uio.no/klinmed/forskning/aktuelt/arrangementer/disputaser/2016/skjerven-havard-ove.html

Doktor Kristin Åshild Alfstad

ved Institutt for klinisk medisin forsvarte tirsdag den 28. juni sin avhandling for graden philosophiae doctor (ph.d.): Psychiatric Comorbidity and Risk Factors for Psychopathology in Children and Youth with Epilepsy.

Kort resymé av avhandlingen
Barn og ungdom med epilepsi har økt risiko for psykiske vansker. Kunnskap om risikofaktorer gjør det mulig å identifisere sårbare grupper, sette inn forebyggende tiltak og starte behandling tidlig.

I sin avhandling *Psychiatric Comorbidity and Risk Factors for Psychopathology in Children and Youth with Epilepsy* har Kristin Alfstad og medarbeidere undersøkt forekomst og risikofaktorer for psykiske vansker hos barn og ungdommer med epilepsi. Første del av avhandlingen hentet data fra en stor befolkningsundersøkelse av totalt 36 456 barn og unge og deres foreldre (14 699). Nesten 38 % av barn med epilepsi hadde psykiske vansker sammenliknet med 17 % av dem uten epilepsi. Flere gutter enn jenter med epilepsi hadde psykiske vansker.

Risikoatferd og seksuell atferd hos ungdom med epilepsi ble også kartlagt. Også her var gutter med epilepsi mere utsatt. De hadde hyppigere risikoatferd, lavere seksuell debutalder, og de brukte sjeldnere prevensjon sammenliknet med gutter uten epilepsi.

I avhandlingens andre del ble barn og unge innlagt ved et epilepsisenter (SSE) grundig undersøkt. Faktorer som ga økt risiko for psykiatrisk sykdom i denne gruppen var lav alder ved epilepsidebut og eksekutiv svikt (styringssvikt). Gutter hadde hyppigere psykiatrisk sykdom sammenliknet med jenter også i denne gruppen. Epilepsitype eller anfallsfrekvens påvirket ikke risikoen for psykiatrisk sykdom. Det gjorde heller ikke sosioøkonomiske faktorer.

Barn og ungdom med epilepsi har økt forekomst av psykiske vansker. Det er flere og sammensatte årsaker til dette, både av biologisk og psykososial art.

http://www.med.uio.no/klinmed/forskning/aktuelt/arrangementer/disputaser/2016/alfstad-kristin-ashild.html

Doktor Knut Jørgen Bjuland

forsvarte 31. august sin doktorgrad "Cortical morphometry, brain volumes and cognition in young adults born preterm with very low birth weight – cross-sectional and longitudinal findings" ved Det medisinske fakultet.

http://www.ntnu.no/kalender/detaljer/-/event/1cb4f1df-4107-3ab8-8b75-c1eaab9f7195

JULY ISSUE

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

Decreased head size is already evident by mid-pregnancy in substance-exposed foetuses

Only a minority of pregnant women who abuse alcohol, drugs or medication are recognised by healthcare providers and receive the help they need. Prenatal substance exposure leads to a wide range of problems, but we lack reliable tools to detect the early effects. This study by Anni Lehikoinen et al (1) is the first to show that a decrease in head circumference was already evident during mid-pregnancy in alcohol- or drug-exposed foetuses.

Suboptimal bonding impairs hormonal, epigenetic and neuronal development

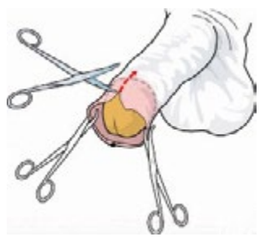
This literature review by Deedee Kommers et al (2) raises awareness of the consequences of suboptimal bonding as a result of prematurity. The authors found that suboptimal bonding significantly impaired hormonal, epigenetic and neuronal development, but that these impairments could be reversed by bonding interventions. The findings suggest that neonatal intensive care units should focus more on interventions that optimise bonding. Martha Welch discusses the mechanisms behind the nurture phenomenon in the accompanying editorial (3).

Early interventions can lead to long-term developmental effects

The Infant Behavioral Assessment and Intervention Program (IBAIP) aims to support responsive interaction between parents and their preterm and low-birthweight infants. This longitudinal randomised study by Janeline Van Hus et al, found that the early gains in motor development after IBAIP still remained at five years of age and infants with bronchopulmonary dysplasia gained particular benefits from the intervention (4). Readers will also be interested to see Karli Treyvaud's commentary (5) and the editorial by Björn Westrup (6), who points out that it is important to provide supportive interventions that encourage development after the neonatal intensive care period. Moreover, Paola Oras et al report that skin-to-skin contact is associated with earlier breastfeeding attainment (7).

Pain and sedation management protocol for extremely preterm infants increased opiate exposure

This study by Philipp Deindl et al (8) compared the neurodevelopmental outcomes of extremely preterm infants before and after the implementation of a protocol to manage neonatal pain and sedation in two neonatal intensive care units in Austria. Opiate exposure was increased after the protocol was implemented, but no changes were seen in neurodevelopmental outcomes while the infants were in hospital or at 12 months of age. Ricardo Carbajal (9) and Sunny Anand (10) discuss the findings.



Male circumcision warning after serious complications in Scandinavia

More than 7000 male circumcisions are performed in Scandinavia every year, and over the last two decades, 74 procedures have resulted in complications that were reported to the health authorities in these countries. Four cases involved severe bleeding and circulatory shock, and one of these led to the death of the child. On the basis of their analysis of these severe cases, Gertrud Edler et al (11) conclude that circumcision should only be performed at hospitals with a 24-hour emergency department.

AUGUST ISSUE

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

Is hospital-assisted home care after early discharge from a neonatal intensive care unit safe?

Björn Lundberg et al report that hospital-assisted home care after early discharge from a Swedish neonatal intensive care unit (NICU) between 2002 and 2011 was safe for the vast majority of infants (94.8%) (1). However, Gorm Greisen, who recently published experiences from an early discharge programme in Denmark (2), expresses his concerns in the accompanying editorial (3). Two cases of sudden infant death syndrome out of a combined total of 2000 infants suggest that there may be a problem. Readers may also be interested to see the paper by Charlotta Robinson et al (4), who report that using telemedicine to help care for newborn infants after their NICU discharge reduced the need for hospital visits.

Preventing drowning in Bangladesh

Drowning has been described as a secret epidemic in Bangladesh. Mosharaf Hossain et al held focus groups with parents and community leaders in rural Bangladesh in an attempt to develop an intervention package that prevented children under the age of five from drowning. Most drownings occurred around lunchtime and the risk factors included children not being able to swim, unfilled ditches, lack of medical facilities and lack of parental awareness. The authors concluded that a safety education programme could be effective in increasing knowledge and changing attitudes among parents and reduce the number of young children drowning in the country (5).

Choosing patients for life-saving therapies

Stephanie Kukora and Naomi Laventhal suggest that adults who refuse the influenza vaccine should not receive extracorporeal membrane oxygenation (ECMO) during influenza epidemics if resources are scarce. The authors share their own experiences from a cold night in January 2013, when a severely ill newborn baby risked being refused ECMO as the H1N1 flu epidemic meant that the pressure on equipment and staffing levels had reached breaking point (6). Tracy K Koogler and Michael Broomé discuss the ethical dilemma of medical decision-making in times of scarce technological and human resources (7,8).

Low-dose chemotherapy improves quality of life in palliative oncology care

Children with refractory or high-risk malignancies frequently suffer from poor quality of life during palliative care. In this Finnish study by Mikaela Porkholm et al, 17 children with end-stage malignancies achieved a significantly better quality of life when they received low daily doses of chemotherapy (9). However, 76% of the patients experienced serious adverse events, emphasising the need for careful patient selection to minimise the risk of toxicity. Nicolas Andre et al comment on the findings (10).

Hand-held computers can help to distract children during painful procedures

Distraction is a useful intervention for venipuncture pain in children, but there is no evidence of which distraction technique is the most useful. This randomised controlled trial by Franca Crevatin et al compared the efficacy of children playing the Angry Bird game on a hand-held computer with nurse-led distraction in a blood drawing centre in Italy. Only one in six children in the computer game group reported pain during venipuncture, which was as effective as being distracted by nurses (11).

SEPTEMBER ISSUE

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

The brain connectomes of children with and without autism

Brain connectomics is a relatively new field of research that maps the brain's large-scale structural and functional networks at rest. Katell Mevel and Peter Fransson (1) describe the theory behind the concept and the development and dynamics of brain networks and explain how this knowledge could be used to further our understanding of autism spectrum disorders. In the accompanying editorial, Christopher Smyser explains why he feels that the use of this technique has fundamentally altered the landscape of paediatric functional neuroimaging (2).

Swedish fathers are still neglected by child health professionals

Sweden has a reputation for gender equality, and its child health services seek to support both parents. However, when Michael Wells reviewed Swedish studies published from 2000 to 2015, covering prenatal clinics, hospital inpatient services and child health centres, he found that fathers frequently felt that child healthcare programmes and services did not meet their paternal needs (3). Commenting on the findings of the Wells' study, Sven Bremberg explains why it is essential to support fathers in the child health field (4).

Syncope is a frequently underdiagnosed condition in infants and toddlers

When syncope occurs in young children, it often leads to extensive diagnostic evaluations, mostly to rule out epilepsy. Shiran Sara Moore et al looked at data from 37 children up to the age of six who had been referred to a paediatric neurology clinic following at least one episode of sudden loss of consciousness. Most of the children underwent diagnostic procedures, but all the results were normal and none of the cases developed epilepsy during the two-year follow-up period. The authors concluded that vagal syncope should be considered more often when a child loses consciousness, due to an identifiable trigger, and rapidly regain consciousness, as this would avoid unnecessary diagnostic procedures and hospitalisation (5).

Sleep problems in children with dyslexia

Sleep disorders are significantly more frequent in children with developmental dyslexia than in healthy controls, according to an Italian study by Marco Carotenuto et al (6). The authors assessed sleep disturbances in 147 children with dyslexia and 766 controls and found that the greatest difficulties were initiating and maintaining sleep, breathing disorders during sleep and arousal disorders. In the accompanying editorial, Faye Smith and Lisa Henderson look further at the role of sleep in neurocognitive development through the lens of developmental disorders (7).

Tell children with cancer the truth, but leave room for hope

Few studies have focused on how children with cancer want to receive bad news, such as when no more treatment options are available. Li Jalmsell et al conducted interviews with ten children with cancer, who were aged seven to 17 years. All the children wanted to be fully informed about their disease, but they also wanted it to be relayed as positively as possible so that they could stay hopeful. They also wanted to be informed at the same time as their parents and in words that they could understand (8). In the accompanying editorial, Abby Rosenberg and Chris Feudtner explore the relationship between telling the truth and fostering hope in the face of progressive disease (9). Readers may also be interested in the paper by Ivana van der Geest et al (10), who explore how parents who lost a child to cancer felt about them taking part in a clinical trial.

ELIDEL®
Pimecrolimus krem 10mg/g

Enkel å bruke

Elidel® – steroidfri krem til behandling av atopisk eksem

- Elidel brukes til behandling av mild eller moderat atopisk eksem hos voksne og barn[1]
- Elidel gir effektiv symptomlindring på sensitive hudområder som ansikt og hals[2]
- Elidel har en rask klølindrende effekt[3]
- Elidel gir ikke hudatrofi[4]

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

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

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

Barnehelseprisen 2017

Har du forslag til kandidater for Barnehelseprisen 2017? Send de til oss!
Frist 1. desember. Les alt om prisen her.

Styret i NBF ønsker å oppfordre NBF´s medlemmer til å komme med forslag til kandidater for pris i 2017.

Fristen er 1. desember 2016.

Følgende kriterier brukes til å velge en egnet kandidat:

- Prisen skal gå til en person eller organisasjon som har gjort en spesiell innsats for barnehelse.
- Prisen skal primært gå til en som ikke er medlem av NBF.
- Prismottaker trenger ikke selv å ha medisinsk utdannelse eller profesjon.
- Prisen kan gå til en offentlig aktør som taler barnas sak.
- Prisen består av en kunstgjenstand som kan være inspirert av NBF`s emblem "Piken i skogen" og skal ha symbolsk verdi.

Styret i NBF ønsker å dele ut prisen på Pediaterdagene. Kandidat bestemmes av styret i NBF, i samarbeid med Barneombudet.

Forslag til kandidater ønskes til:
sekretaer@barnelegeforeningen.no

Ta en titt på tidligere barnehelseprisvinnere her:
http://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-barnelegeforening/Medlemsinformasjon/Barnehelseprisen/

BARNEOMBUDET

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

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

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

Nutramigen
Spesialnæringen som skiller seg ut

Nutramigen - med kvalitet i en klasse for seg

Førstevalg ved kostbehandling av kumelkproteinallergi hos barn[1]

Nutramigen er i følge en oversiktsstudie[2]:

- Best blant eHF produktene med 99% effekt[2]
- Lavest allergenisitet[2]
- Peptidprofilen skiller seg fra andre eHF[3]
- Kalsiumnivå tilpasset ulik alder
- Et trygt evidensbasert valg med lang klinisk erfaring[4]

#eHF = høygradig hydrolysert spesialnæring

Besøk www.meadjohnson.no for mer informasjon

Viktig: Morsmelk er spedbarnets beste føde. Nutramigen er et næringsmiddel til spesielle medisinske formål og skal bare brukes under medisinsk tilsyn.
*Varemerke tilhører Mead Johnson & Company, LLC.
© 2016 Mead Johnson & Company, LLC. Alle rettigheter forbeholdes.

Referanser:
1, Nielsen market data 2015.
2, Dupont C et al. Br J Nutr. 2012; 107:325-338.
3, Lambers TI et al. Food Sci Nutr. 2015; 3(1): 81-90.
4, Nutramigen monograph.

Materialet er beregent på helsepersonell

ABIGO Medical AS
Eidsbergveien 43
1811 Askim
Kundeservice: 23 96 23 00

abigo

EU 16.517

Chiesi

In neonatology for life

Chiesi Pharma AB • www.chiesi.no • InfoNordic@chiesi.com • +46 8 753 35 20