# PAIDOS

TIDSSKRIFT FOR NORSK BARNELEGEFORENING 2017; 35 (2): 41-76

## Søvnforstyrrelser hos barn og unge

### Acta Paediatica

Norsk barnelegeforening
DEN NORSKE LEGEFORENING

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

**Tilpasset for å dekke næringsbehovet hos spedbarn og litt eldre barn**

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

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

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

**VED SPØRSMÅL**
ring vår kundeservice på
tlf. 81568332 eller 67817400

Informasjon til helsepersonell
www.nestlehealthscience.no

NestléHealthScience™



# PAIDOS



**Paidos©2017**
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**
Cox Oslo AS
Pilestredet 75D
0354 Oslo
ragnar.madsen@cox.no
Tlf. 22 59 90 97

**Materiellfrister**
Nr. 02/2017 - 08.05.2017
Nr. 03/2017 - 08.09.2017
Nr. 04/2017 - 13.11.2017

**Forsidefoto**
Fotograf: Anders Bjørkhaug

**Opplag:**
1300

**Antall utgivelser per år:**
4

**Paidos på nett**
www.paidos.no

**Abonnement**
240 kr pr år/4nr. Abonnement på Paidos bestilles ved henvendelse på mail: post@cox.no.


# Innhold


44 **Redaktør**
Anders Bjørkhaug

45 **Leder**
Ingebjørg Fagerli

47 **Acta Paediatrica**
Alf Meberg

50 **Søvnforstyrrelser hos barn og unge**
Karoline Lode-Kolz og Berit Hjelde Hansen

54 **Noen foreldre bærer på den tyngste byren**
Natasha Pedersen

58 **Høynivåmøte mot vold mot barn**
Ingebjørg Fagerlid

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

64 **Bokomtaler**
Olav Roti og Anders Bjørkhaug

66 **Doktorgrader**

71 **Highlights from Acta Paediatrica**


**Forsidebildet:** Noen ganger er søvnproblemer i fokus, andre ganger samsoving. Samsoving har i mange år vært diskutert så det koker i mediene. «Googler» man samsoving, kommer «Ammehjelpens» beskrivelser øverst på trefflisten. Denne er nyansert, og belyser ulike sider. Den mangler imidlertid gode referanser. Neste treff på Google er Babyverden.no. Informasjonen her er langtfra nyansert, og kan oppfattes direkte misvisende. Der vises til løse konklusjoner fra «studier», kanskje mest for å vekke leserens følelser, men helt uten å oppgi noen referanser. Først på treff nr 4, kommer landsforeningen for krybbedød. Her finnes rikelig med referanser, også til vitenskapelige artikler. Søkemotorenes verden er uransakelige....

# Takk for meg!

**AV ANDERS BJØRKHAUG.** REDAKTØR, PAIDOS.

Varme, snøsmelting, pollenspredning og Vårmøte! Noe for enhver! Paidosredaksjonen håper alle er vel fornøyd med vinteren som var, og allerede er i god gang med planlegging av kommende. Vårutgaven av Paidos belyser søvnproblemer og søvnsykdommer hos barn, et tema som også forfatter inviterer til kurs i til høsten (se egen annonse). I forrige utgave ble ACTAs grunnlegger Isak Jundell portrettert av Stefan Kutzsche. I denne utgaven følges ACTAs historie opp med et spennende tilbakeblikk av Alf Meberg og Hugo Lagercrantz. Dessverre uteblir den faste spalten «Historier i pediatrien» i denne utgaven, men fortsetter i neste utgave. Håper hele bladet er nyttig og spennende lesning i vårsolen!

Tiden er kommet for å tre av Paidos-skuta. Etter knappe 4 år som redaktør, har jeg lært veldig mye, og blitt kjent med en god del flotte og skriveføre kolleger. Arbeidet har vært givende og interessant. Som styremedlem får man en dyp innsikt i hva som rører seg i organisasjonen vår, og dagsaktuelle helsepolitiske saker. Som Paidosredaktør er en også med på å sette lys på viktige tema. Det redaksjonelle arbeidet kan likevel være tøft i perioder, og personlig tenker jeg at tidsskriftet vårt kunne profittert på å ha en liten redaksjonsstab. Utfordringer i min periode har dels vært økonomi, temanumre og fleksibilitet. Jeg har erfart en god del, som jeg ønsker bringe videre til neste redaktør, for å kanskje kunne lette arbeidet litt.

De viktigste bidragsyterne til Paidos er likevel oss selv. Det vil si oss barneleger! Det er vi som vet hva som er aktuelt i fagmiljøet. Det er vi som kjenner nyhetene fra forskning. Det er vi som lager retningslinjer og veiledere, og det er vi som møter pasientene og hører deres historier. Vi må bringe våre erfaringer og meninger inn i vårt eget forum, Paidos! Paidos trenger deg på vegen videre til å lage gode artikler, temanumre og bokomtaler. Og Paidos trenger deg, til å veilede flinke LIS til å skrive kasuistikker, forskningsrapporter og referater fra kurs, møter og kongresser. **Paidos trenger DEG!**

I min redaksjonsperiode har Paidos fått nytt format. Ønsket var å ha et tidsskrift med 4 utgivelser, der ett har vært et temanummer. Fleksibilitet har vært viktig, og med dette mulighet for å unngå å refusere bidrag til oss. Vi har også lagt vekt på god layout, samt rekruttering av annonsører for å kunne snu økonomien. Sammen med COX/DRD som utgiver, har dette gitt et tilfredsstillende resultat. Dette har også gjort at vi har kunnet lansere nettsiden paidos.no, og gjøre tidsskriftet vårt fullt ut elektronisk. Alle artikler publiseres på nett, med link via sosiale medier. Aktiviteten på nettsiden har økt jevnt, som viser at artiklene deles og brukes. Dette setter vi stor pris på!

Jeg ønsker med dette et stort lykke til for påtroppende styreleder Ketil Størdal, og hans særdeles sterke styremedlemmer for neste styreperiode. NBF gjør en solid innsats på alle fronter, og legges godt merke til både i legeforeningen sentralt og blant alle samarbeidspartnere og helsepolitiske aktører.

Hva skal jeg gjøre nå da? Vel…jeg skal nok jobbe litt, og sikkert bruke tid på kidza, mate bikkja, gå en skitur og bygge hus. Og så skal jeg skrive artikler til Paidos! Jeg håper på å kunne bidra godt i tiden fremover, slik at vi får beholde Paidos som vårt tidsskrift g medlemsblad i lang tid fremover!

Håper virkelig jeg traff nettopp deg på Vårmøtet i Drammen 2017!!

Takk for meg!

Avtroppende redaktør i midten med påtroppende leder ved sin venstre side og møtesekretær Jan Magnus Aase motsatt. Her nytes en lang og særdeles varm dag under åpningen av den nye barneklinikken på Zanzibar i november 2016.





# Kjære kolleger!

**AV INGEBJØRG FAGERLI.** LEDER, NORSK BARNELEGEFORENING.

## Hva er status?

Vår styreperiode går mot slutten og det er naturlig å se tilbake og se hva vi har jobbet med og fått utrettet.

De nye satsningsområder for 2017-2021 er nå klare. I arbeidet med disse har vi tatt utgangspunkt i de forrige satsningsområdene, gjort opp status, og lagt mål og strategier for de neste 5 årene.

Arbeidet for de sårbare barna er viktig. Her jobber vi tett sammen med Barneombudet. Vi har i ulike sammenhenger uttalt oss svært kritisk til LAR-behandling av gravide og har også vært i dialog med Helsedirektoratet om saken. I juni arrangeres det en konsensuskonferanse om temaet. Forhåpentligvis blir dagens retningslinjer endret.

NBF har også hatt en tydelig stemme mot aldersbestemmelse av enslige mindreårige asylsøkere med de metodene vi har tilgjengelige i dag. At metodene ikke er egnet er også konklusjonen fra rettsmedisinerne som nå har fått oppdraget fra UDI.

Utforming av ny spesialistutdanning har vært, og er en viktig sak for oss. Læringsmålene og øvrig innhold er i støpeskjeen nå. Dersom intensjonen om at dette skal bli en kvalitetsreform skal oppfylles, må det videre være et tett samarbeid mellom fagmiljøene, helsemyndighetene og helseforetakene.

Satsningen på ungdomsmedisin fortsetter. Målet om 18-års aldersgrense på alle barneavdelinger er ikke oppnådd. Det var store forhåpninger til regjeringens ungdomshelsestrategi som kom i 2016. Her er mye bra. Men tilbudet til unge med kroniske lidelser og stort forbruk av spesialisthelsetjenester er i lite omtalt. Nettverk for unges helse er nå nedlagt, og det er ikke etablert noen nasjonal kompetansetjeneste. NBF har vært i møte med HOD for å påpeke de udekte behovene. Saken er ikke avsluttet.

I vår har media satt søkelys på alternativ behandling av barn. Høsten 2016 gikk vi ut og advarte mot bl.a. kopping og andre ubehagelige alternative terapier til barn, og oppfordret det alternative miljøet til forsiktighet og intern selvjustis. Vi valgte også å delta i TV2-programmet «Helsekontrollen» der konsultasjoner hos alternative behandlere ble filmet med skjult kamera. Disse avdekket ukritisk diagnostikk og ubegrunnede terapiforslag. Inntrykket av en useriøs bransje ble klart forsterket. Leder av Norske Naturterapeuters Hovedorganisasjon har nå bedt om et dialogmøte med NBF, Landsgruppen av helsesøstre og NAFKAM (Nasjonalt forskningssenter innen komplementær og alternativ medisin). Det gjenstår å se hva som kan komme ut av det.

NBF er en forening med stor aktivitet, kompetanse og engasjement. Vi har blitt mer synlig utad, og får ofte henvendelser fra media og myndigheter. Men vi ønsker en bedre kommunikasjon med helsemyndighetene. Det er bekymringsfullt at Helsedirektoratet gang på gang kommer med forslag til nasjonale faglige retningslinjer uten at forslagene er forankret i fagmiljøene. Det var f.eks. ingen barnelege med i arbeidsgruppen som laget retningslinjen om hørselsscreening av nyfødte. Viktige høringsinnspill fra NBF ble heller ikke tatt til følge. Vi har senere hatt møte med saksbehandlerne og kommet med nye skriftlige innspill, uten å få gjennomslag. Helsedirektoratet følger ikke sine egne retningslinjer for hvordan faglige retningslinjer skal utarbeides. Prosessen rundt organiseringen av nyfødtomsorgen er også kritikkverdig. Saken om manuell terapi ved såkalt KISS/KIDD syndrom har ligget ubesvart i over 2 år til tross for gjentatte purringer. Det samme gjelder henvendelsen om endring av hodeomkretskurver.

## Vårmøtet i Drammen

Ingen vårmøtepromoteringer har fått så mye oppmerksomhet utover egne rekker som SKAM-parodien til gjengen fra Drammen. Utrolig kreativ og morsom! Vi har nå lagt bak oss fine vårmøtedager med nyttig faglig påfyll, interessante debatter og trivelige sosiale samvær der jeg håper alle har blitt kjent med noen nye kolleger. Vel blåst og takk til Florin & co for et godt gjennomført møte.

## Torstein Vik og Trond Markestad nye æresmedlemmer i NBF

Det var en stor glede å utnevne Torstein Vik og Trond Markestad til æresmedlemmer i NBF under Vårmøtet i Drammen. Begge har gjennom utrettelige arbeid i sine lange legeliv gjort en stor innsats for norsk og internasjonal barnehelse. Æresmedlemskapene er vel fortjent!

## Takk for meg

Å være leder i NBF er en lærerik, spennende og morsom oppgave. Takk til alle som har bidratt på min reise. Spesielt vil jeg takke mine gode, kunnskapsrike styrekolleger. Uten deres innsats ville vi ikke vært der vi er i dag. Det er vemodig at 2 flotte år som leder snart er over, men et nytt kompetent styre ledet av Ketil Størdal står klar til å overta. Og jeg er trygg på at foreningen vil bli ivaretatt på best tenkelig måte. Lykke til!

God sommer til alle!

Beste hilsen

Ingebjørg Fagerli

ACTA PÆDIATRICA

# Acta Paediatrica

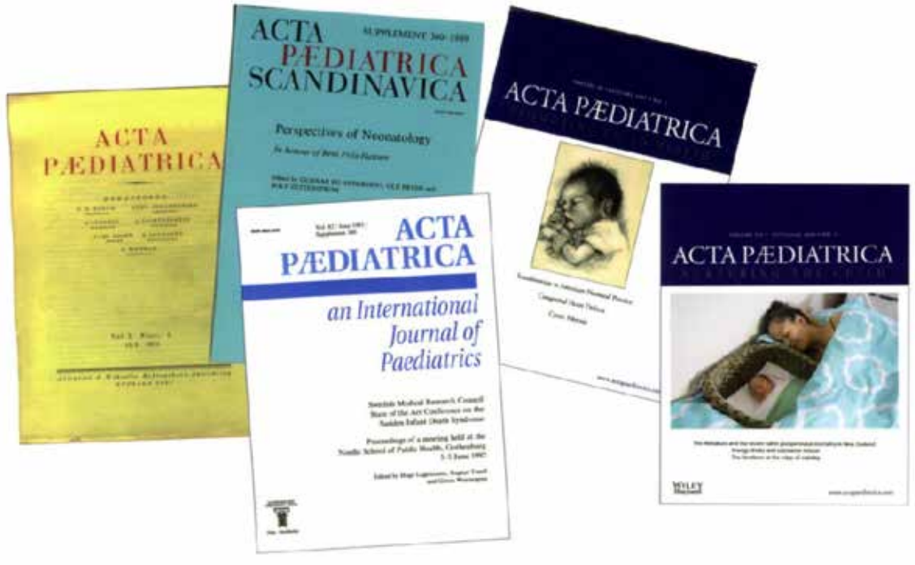
## Internasjonalt tidsskrift med Skandinavisk profil

**AV ALF MEBERG,** ASSOCIATED EDITOR OG **HUGO LAGERCRANTZ,** EDITOR-IN-CHIEF, ACTA PAEDIATRICA

Alle norske pediatere kjenner Acta Paediatrica - som lesere, forfattere eller fra «highlights» i Paidos. Acta ble grunnlagt i 1920 av den svenske barnelegen Isak Jundell (1867-1945) (1). Han var redaktør frem til han døde.

Jundells visjon var å skape et høykvalitets internasjonalt pediatrisk tidsskrift. Artiklene ble derfor de første årene trykket på både engelsk, tysk og fransk. Første nummer kom ut i mars 1921. Så 100-års jubileet nærmer seg. Gjennom alle disse årene har Acta publisert vitenskapelige arbeider fra hele verden, men bevart en Skandinavisk profil (2). Dette ble spesielt markert med nummer dedikert norsk (februar 2011), dansk (februar 2012) og finsk (februar 2013) pediatri, sendt ut til alle medlemmer av de respektive lands barnelegeforeninger. Mange norske barneleger har publisert artikler i Acta, og hatt stor nytte av tidsskriftet i sin forskning og faglige oppdatering. I tillegg til regulære nummer har Acta gitt ut ca.500 supplement med spesielle tema, og proceedings fra kongresser og symposier. Flere norske doktorgrader er trykket som supplement til Acta.

Acta har gjennom de snart 100 år gjennomgått betydelige endringer, også lay-outmessig. Figur 1 viser hvordan omslagene har vært utformet. Mange eldre kolleger vil ha et nærmest emosjonelt forhold til den helblå utgaven i et hendig format. Tidsskriftet hadde da navnet Acta Paediatrica Scandinavica. Med økende internasjonalisering ble navnet siden endret tilbake til Acta Paediatrica.

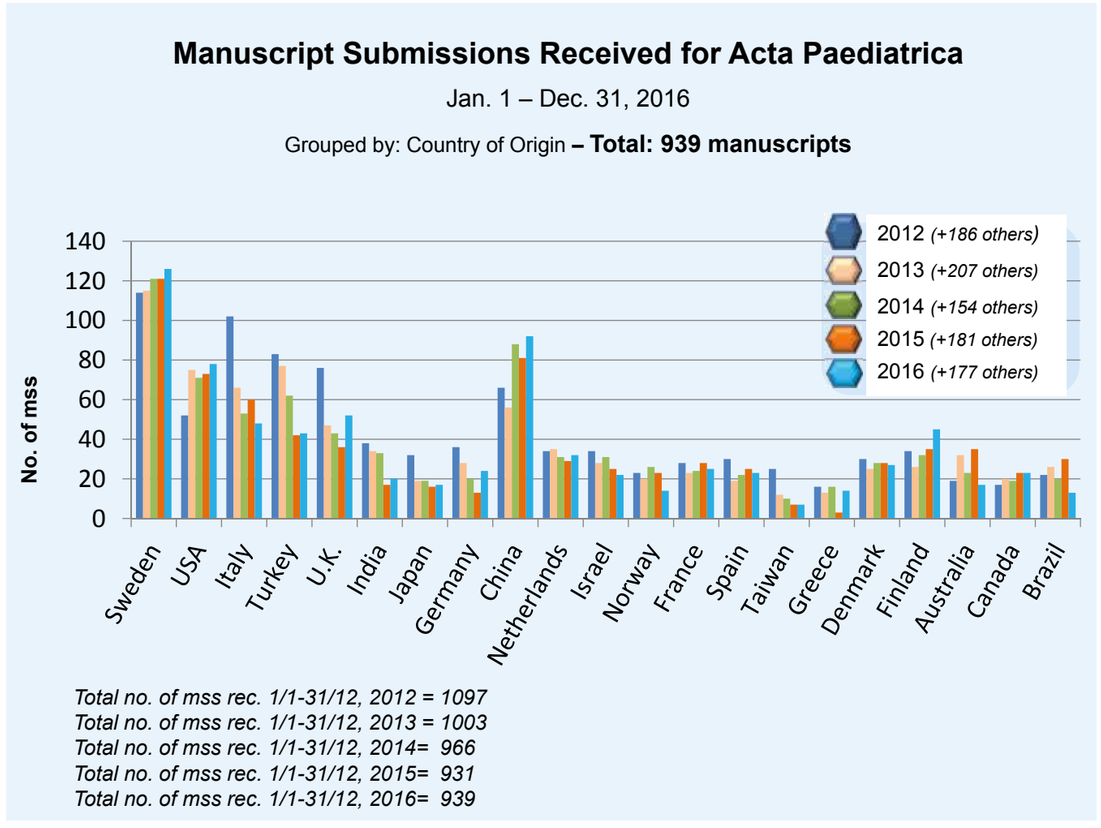



Omslag for de trykte utgavene av Acta Paediatrica 1921-2016.

> Fra Norge publiserte Gro Harlem Bruntland under sin pediatri-utdannelse studier over vekstparametere hos Oslobarn i Acta i 1975, hvor hun også viste økning i forekomsten av adipositas.

En rekke banebrytende arbeider har gjennom årene vært publisert i Acta, f. eks. Gudrun og Bengt Hagbergs studier over forekomsten av cerebral parese i Syd-Sverige (3), det første arbeid som dokumenterte at cøliaki var forårsaket av glutenintoleranse (4) og at fenotypen av phenylketonuri kunne forebygges ved diett (5). Fra Norge publiserte Gro Harlem Bruntland under sin pediatriutdannelse studier over vekstparametere hos Oslobarn i Acta i 1975, hvor hun også viste økning i forekomsten av adipositas (6). Fra de Skandinaviske land, med oversiktlige populasjoner og gode registre, har mange epidemiologiske arbeider av høy kvalitet funnet veien til Acta.

Acta har et redaksjonkontor (Editorial Office) lokalisert til Karolinska Institutet i Stockholm, med en sjefsredaktør og en stab av «assistant editors». Rolf Zetterström var redaktør i over 40 år frem til dagens sjefredaktør, Hugo Lagercrantz, overtok i 2005. Alle sjefsredaktører har vært professorer ved Karolinska Institutet, som også står for utvelgelsen av Nobelprisvinneren i fysiologi og medisin.




Antall manuskript mottatt til Acta Paediatrica 2012-16 fra ulike land.

Acta har 12 «associate editors» som har som hovedoppgave å vurdere innsendte manuskripter. To ganger i året møtes disse sammen med sjefsredaktør og assistant editors for å dele erfaringer og diskutere ulike faglige og praktiske aspekter ved arbeidet. Representant for Actas forlag, Wiley Blackwell (London), deltar i disse møtene. Alf Meberg overtok vervet som norsk associated editor etter Ola Didrik Saugstad i 2010. Tidligere hadde bl.a. professor Sverre Halvorsen ved Barneavdelingen, Ullevål sykehus hatt denne funksjonen i flere år. Acta har også knyttet til seg ca. 30 fremstående internasjonale barneleger og forskere som bistår i faglige og strategiske spørsmål («editorial committee»).

> Det har vært en bevisst strategi å prioritere originalartikler, bl. a for å imøtekomme doktorgradskandidaters behov for å få sine arbeider publisert.

Manuskripter i form av originalarbeider, reviews, kommentarartikler m.m. mottas fra hele verden. Antall innkomne manuskripter var 939 i 2016. De fleste av disse, 684 (73%), var «regular articles.» 266 (36%) ble akseptert for publisering. Gjennomsnittlig tid fra mottatt manus til aksept var 2,8 måneder, mens det bare tok i gjennomsnitt 0,9 mnd. til avgjørelse om «reject.» Tematisk har neonatologi vært et viktig område, og det samme gjelder vekst, ernæring, barns adferd og adferdsavvik, livsstil og global pediatri. Impact factor har ligget på litt under 2. Dette skyldes i stor grad at andelen originalartikler er høy. Disse har en lavere siteringshyppighet, som trekker impact factor ned, enn f eks oversiktsartikler, som siteres oftere. Selv om Acta senere år i økende grad har satset på editorials, oversikts- og kommentarartikler (ofte inviterte forfattere) har det vært en bevisst strategi å prioritere originalartikler, bl.a. for å imøtekomme doktorgradskandidaters behov for å få sine arbeider publisert.

Manuskripter som mottas vurderes av sjefsredaktøren og videresendes (hvis de ikke primært avvises) til associate editors for videre håndtering. Associate editors kan selv vurdere manuskriptene, men vanligvis videresendes disse til review av internasjonale fagfeller med relevant spesialkompetanse. Det søkes uttalelse fra minst to fagfeller. Figur 2 viser antall innsendte manuskripter fordelt på de ulike land i årene 2012-16. Norge ligger relativt lavt på denne statistikken. I 2016 ble bare 12 manuskript sendt inn fra norske sykehus og forskningsinstitusjoner, og 7 av disse ble akseptert. Dette gir åpenbart rom for forbedringer. Av Actas artikler er imidlertid de norske blant de som oftest siteres i andre internasjonale tidsskrift, noe som indikerer kvalitet på og interesse for norsk pediatrisk forskning.

> Av Actas artikler er imidlertid de norske blant de som oftest siteres i andre internasjonale tidsskrift, noe som indikerer kvalitet på og interesse for norsk pediatrisk forskning.

Acta ønsker fortsatt å bevare en Skandinavisk profil. Det er all grunn til at norske barneleger og forskere prioriterer Acta for publisering av sine arbeider. Det er en utfordring til det norske pediatriske miljøet å øke antall innsendte manuskripter og endre den nedadgående trenden i 2016 (fig 2).

Desembernummeret i 2016 (volum 105, No. 12) ble det siste nummer av Acta i papirversjon. Lesernes behov har endret seg i takt med den teknologiske utviklingen, og fra og med 2017 gikk Acta over til å bare utgis online. En brukervennlig app kan lastes ned på mobiltelefon og lesebrett og gir tilgang til innholdsregister og abstracts.

**Referanser**


1. *Rydelius P-A. Isak Jundell (1867-1945), professor of pediatrics, founder of Acta Paediatrica and the child's best friend. Acta Paediatr 2016;105:1389-90.*
2. *Lagercrantz H. Acta Paediatrica from print (1921-2016) to online only. Acta Paediatr 2016;105:1380-1.*
3. *Hagberg B, Hagberg G, Olow I. The changing panorama of cerebral palsy in Sweden 1954-1970. I. Analysis of the general changes. Acta Paediatr Scand 1975;64:187-92.*
4. *Dicke WK, Weijers HA, De Van Kamer JH. Coeliac disease. II. The presence in wheat of a factor having a deleterious effect in cases of coeliac disease. Acta Paediatr 1953;42:34-42.*
5. *Bickel H, Gerrard J, Hickmans EM. The influence of phenylananine intake on the chemistry and behaviour of a phenyl-ketonuric child. Acta Paediatr 1954;43:64-77.*
6. *Bruntland GH, Liestol K, Walloe L. Height and weight of school children and adolescent girls and boys in Oslo 1970. Acta Paediatr Scand 1975;64:565-73.*

# Søvnforstyrrelser hos barn og unge – hvorfor er dette aktuelt

**AV KAROLINE LODE-KOLZ,** BARNELEGE/NEVROFYSIOLOG VED STAVANGER UNIVERSITETSSYKEHUS, NEVROSENTERET
OG **BERIT HJELDE HANSEN,** BARNE- OG UNGDOMSPSYKIATER VED AKERSHUS UNIVERSITETSSYKEHUS, DIVISJON PSYKISK HELSE

Hensikten med denne artikkelen er ikke å gi en fullstendig gjennomgang av pediatrisk søvnmedisin, men gi eksempler på forskjellige problemstillinger som klinikeren kan møte som fastlege eller sykehusspesialist. Vi opplever at det er et stort behov og interesse for mer kunnskap innen pediatrisk søvnmedisin, som sykehusleger får vi henvendelser fra fastleger om pasienter de følger. Som barnelege eller barnepsykiater har vi behandlet pasienter hvor problemstillingen er såpass sammensatt at en raskt har sett nødvendigheten av et godt tverrfaglig samarbeid.

**Søvnproblemer og søvnsykdommer**

Vi skiller i praksis mellom søvnproblemer og søvnsykdommer. Søvnproblemer betegner et søvnmønster som oftest fører til søvnmangel eller en døgnrytme som ikke samsvarer med hverdagslivets krav. Det kan være et lite barn som har problemer med innsoving og som våkner opp flere ganger på natten uten at det er en bakenforliggende medisinsk tilstand. Det kan også være tenåringen som sovner først klokken to på natten og som har store vanskeligheter med å stå opp om morgenen. Dersom søvnproblemene er av en bestemt alvorlighetsgrad, hyppighet og vedvarer regelmessig over en viss tid, samt fører til et betydelig tap av funksjon enten for barnet, ungdommen eller familien kan de diagnostiske kriteriene for insomni eller døgnrytmeforstyrrelse være tilstede. Årsakene til søvnproblemer hos barn og ungdom er sammensatte. Noen har sammenheng med individuell utvikling eller livsvaner, andre med omgivelsene. Det er også utstrakt grad av komorbiditet, både psykisk og somatisk. Forskjellige søvnproblemer kan forekomme samtidig. Som oftest er søvnundersøkelser unødvendig i denne gruppen. Kunnskap om søvn og døgnrytme, positive rutiner og god søvnhygiene kan forebygge søvnproblemer og inngår i behandlingen.

> Søvnproblemer betegner et søvnmønster som oftest fører til søvnmangel eller en døgnrytme som ikke samsvarer med hverdagslivets krav.

Søvnundersøkelser er aktuelt når vi har mistanke om søvnsykdom. Et typisk eksempel vil være søvnapné som fører til oksidativt stress, inflammasjon, endotelial dysfunksjon og aktivering av det sympatiske autonome nervesystemet som fører kardiovaskulære komplikasjoner. Variasjoner i $O_2$ og $CO_2$ metning vil føre til gjentatte korte oppvåkninger, som oppstykker mikrosøvnen og forandrer søvnarkitekturen. Over tid vil dette gå ut over kognitive funksjoner med lære- og konsentrasjonsvansker, samt atferdsutfordringer.

I den ellers friske pediatriske befolkningen vil det typiske barnet med søvnapné være mellom 2-5 år, med hyppige ØNH infeksjoner. Foreldre vil etter forespørsel forklare at barnet gjerne sover med munnen åpen, hodet i ekstensjon, svetter en del, har enurese eller parasomnier og snorker med pustepauser. Barnet er grettent på morgenen, har lite matlyst. De eldre barna vil gjerne klage på hodepine. På dagtid er de trette, irritable og gjerne hyperaktive. Ved klinisk undersøkelse ser legen at barnet er munnpuster, med et litt hypotont preg på nedre del av ansiktet, en kan få inntrykk av tett nese og mandlene kan være middels store eller hypertrofe. Hos noen barn vil søvnapné moduleres av om de nylig har hatt en del ØNH infeksjoner eller ikke. Det er relativt sjelden i denne aldersgruppen at foreldre tar kontakt med fastlege grunnet mistanke om søvnapné, svært ofte kommer de av andre årsaker: enurese, hodepine, dårlig matlyst, dårlig vekst eller atferdsproblemer. Det er da opp til legen å stille de rette spørsmålene.

En annen gruppe barn som har økt risiko for søvnapne er barna som følges opp på rehabilitering pga nevromuskulære sykdommer eller genetiske syndromer. Generell hypotoni, noen ganger assosiert med overvekt, vil øke tendens til kollaps/gjenlukking av øvre luftveier under søvn, samtidig som svekket respirasjonsmusklatur ikke har den nødvendige kraften til å skape motvekt. I denne gruppen har barnet gjerne både obstruktiv søvnapné og alveolær hypoventilasjon. Hos barn med Duchene muskeldystrofi vil søvnapné debutere mellom 0-10 år og mellom 10-20 år vil en få en assosiasjon av obstruktiv søvnapné og alveolær hypoventilasjon. Det er viktig at dette blir diagnostisert så tidlig som mulig og tilpasset behandling påbegynt for å unngå komplikasjoner.

**Genetiske tilstander som disponerer for søvnproblemer**

I noen genetiske syndromer vil bein og vevsstrukturer i faciocervical region føre til smalere luftveier med lukking av øvre luftveier under søvn: eksempler på dette finner vi i syndromer som Goldenhar, Crouzon, Pfeiffer, Apert og Treacher-Collins. Noen av disse barna har også økt tendens til sentral søvnapné som også må dokumenteres med tanke på behandling. Hos barn som har Prader-Willi syndrom vil vi finne en kombinasjon av risikofaktorer for søvnapné: dysmorfi, hypotoni, skoliose, overvekt, veksthormon og nedsatt sentral respons på hypoxemi og sentrale apnéer. Overvekt spiller inn på flere måter: en finner et infiltrat av fett i øvre luftveier som øker risikoen for lukking/kollaps under søvn, samt ved alvorlig overvekt en restriktiv lungesykdom og alveolær hypoventilasjon. Veksthormon vil føre til hypertrofi av vev i øvre luftveier som kan føre til trangere forhold. Et barn med Prader-Willi er et typisk eksempel på barn som må følges opp tverrfagelig med tanke på søvn, da problemstillingen er såpass sammensatt.

> Overvekt spiller inn på flere måter: en finner et infiltrat av fett i øvre luftveier som øker risikoen for lukking/kollaps under søvn, samt ved alvorlig overvekt en restriktiv lungesykdom og alveolær hypoventilasjon.

Søvnapné hos barn med epilepsi kan føre til mer anfallsaktivitet, søvnapné hos barn med astma vil kunne føre til mer ustabil astma. Søvnapné hos barn kan medføre konsentrasjonsvansker og gjerne hyperaktivitet. Hva med barn som har en borderline- ADHD og i tillegg får søvnapné? Plutselig oppfyller barnet kriteriene for ADHD. Skal en da behandle søvnapnéen først og deretter se på medikamentell behandling, eller behandle begge tilstander samtidig? Hva er retningslinjene?

Sentrale apnéer ses hos barn som er født premature eller til termin og da opp til 6 måneders korrigert alder. Modning av sentral regulering av respirasjon fører til apnéene gradvis forsvinner. Vedvarende sentrale apnéer hos termin barn, uten tendens til bedring kan tyde på skade i reguleringssentre i hjernestamme, som etter ischemisk slag. Økende tendens til sentral søvnapné eller syklisk respirasjon, kan tyde på en degenerativ sykdom, mens brutale sentrale apnéer under søvn de første timer etter fødsel orienterer mot et kongenitalt sentralt alveolært hypoventilasjonssyndrom, kjent som Odines forbannelse.

**Hypersomnier**

En annen gruppe søvnsykdommer er hypersomniene. Dette er tilstander som kjennetegnes av en forstyrret søvn-våkenhetsregulering. I narkolepsi vil dette medføre påtrengende søvntrang på dagtid, men også forstyrret nattesøvn med mange oppvåkninger. Tilstanden kan ha en brutal debut eller komme gradvis. Ved diagnostisering ved 5-års alder kan foreldre si at barnet har alltid sovet mye, og har fortsatt å sove på dagtid i en alder der andre barn har sluttet. Familien syntes det ble mer påfallende ettersom tiden gikk da barnet ikke kunne følge aktivitetene i barnehagen eller hjemme. Andre foreldre vil fortelle om en mer brutal debut, muligens etter en hendelse (sykdom, stress, vaksinasjon el.), noen ganger observeres konkomitant vektøkning. Katapleksianfall kommer etter hvert, i begynnelsen er det hypersomni som predominerer. Hos barn kan katapleksien gjerne ses som en hypoton, åpen munn med tungeprotusjon eller partielle hypotonianfall. Barn kan også klage på vanskeligheter med syn og tale når de er trøtte. Søvnparalyse og hypnagoge hallusinasjoner er fenomener som forekommer hyppigere hos pasienter med narkolepsi. Dette blir sjeldent nevnt spontant, men når legen spør, kjenner barnet det igjen. Man har funnet klar statistisk økning av narkolepsitilfeller etter H1N1-vaksinasjon med vaksinen Pandemrix, men man har stadig ikke funnet den medisinske eller immunologiske årsakssammenhengen mellom narkolepsi og H1N1-vaksinasjon. Behandling av narkolepsi hos barn kan være utfordrende og krever langvarig og tilpasset oppfølging.

> Katapleksianfall kommer etter hvert, i begynnelsen er det hypersomni som predominerer

Kleine–Levin syndrom er en syklisk hypersomni. Episodene begynner vanligvis i tenårene og debuten kan utløses av en infeksjon, stress e.l. Som oftest er pasientene gutter, og de vil da ha gjentatte episoder med hypersomni assosiert med spiseforstyrrelser, atferdsproblemer, kognitive vansker, forvirring og hallusinasjoner. Episoden varer typisk opptil en uke, men det er betraktelig variasjon i både episodelengde- og hyppighet. En manisk fase på 1-2 dager med insomni kan forekomme mot slutten av episoden. Noen ganger er det positiv familiehistorie på bipolaritet, samt HLADQb1*02B1 positivitet. Hos noen pasienter med KLS kan man, under en søvnepisode, vise narkolepsi-lignende funn på søvnundersøkelser. Utenfor episoder er der normale funn. Man bør utføre PSG og MSLT av differensialdiagnostiske hensyn (for å utelukke narkolepsi/idiopatisk hypersomni). Episodene oppstår med variable mellomrom over et titalls år, og vil deretter forsvinne i de mest typiske tilfellene.

Idiopatisk hypersomni kjennetegnes med økt søvnighet i form av uimotståelig søvntrang på dagtid samt ofte store vansker med å våkne etter søvn. Idiopatisk hypersomni begynner vanligvis mellom 10 – 30 års alder, men kan oppstå i alle aldre. Den typiske IH pasient er en yngre person som klager over søvnighet og søvntrang på dagtid, behov for lengre sovepauser der en ikke er uthvilt ved oppvåkning, sover lengre enn jevnaldrende og sliter med å våkne. Idiopatisk hypersomni er en utelukkelsesdiagnose, og de viktigste differensialdiagnoser er naturlig stort søvnbehov, kronisk søvnmangel (dårlig søvnhygiene), narkolepsi, samt sekundær hypersomni i forbindelse med søvnapne, sideeffekt av en behandling eller i assosiasjon med en rekke andre sykdommer innen somatikk eller psykiatri.

> Den typiske IH pasient er en yngre person som klager over søvnighet og søvntrang på dagtid, behov for lengre sovepauser der en ikke er uthvilt ved oppvåkning, sover lengre enn jevnaldrende og sliter med å våkne.

Periodiske beinbevegelser under søvn (PLMS) kjennetegnes av episoder med gjentatte, ensartede beinbevegelser under søvn regelmessig natten gjennom. Bevegelsene vil kunne føre til korte oppvåkninger som kan gi en dårligere søvnkvalitet. I noen familier vil det oppstå arvelige varianter med barn ned i to-års alder som får diagnosen etter en polysomnografisk registrering.

Annen patologi fletter seg inn i søvn og utvikling. Et eksempel innen barneepilepsi er Continuous Spikes and Waves during Sleep eller Landau Kleffner syndrom. Under non-REM-søvn synkroniseres og aktiveres epileptiform aktivitet med fokale eller generaliserte spikes and waves, samtidig som det oppstår kognitiv alterasjon. Kommer de kognitive problemene av en generalisert eller fokal encefalopati? Søvn skal være en tilstand hvor kroppen stenger av for sensoriske og motoriske in-puts/out-puts, hvor tid og krefter skal brukes til å vaskes avfallsstoffer ut av hjernen, synapser vedlikeholdes eller avvikles, ny læring bearbeides osv. Kan det tenkes seg at hjernecellene i CSWS er så opptatt av å fyre spikes-and-waves, at den naturlige rydde og bearbeidelsesprossessen stopper opp og at det dermed fører til kognitive utfordringer og atferdsforstyrrelser?

Hva så med de aller minste barna født prematurt og som lever de første ukene med hjelp av teknologiske hjelpemidler? Forekomst av epilepsi, autismespekteforstyrrelser og kognitive vansker er høyere hos tidligere premature enn terminfødte barn. Hvorfor? Gjennom EEG registreringer vet man at en kan skille mellom forskjellige stadier av våkenhet og søvn fra 28GA. Kan en tenke seg at denne første søvnen til premature barn blir forstyrret av alt teknologien rundt dem (lys, lyd, smerte, varme, kulde, stell) slik at synapseregulering og gjenvinningsprossesser ikke får gå sin naturlige gang? Vil premature som legges hud mot hud ved fødsel og som tilbringer mesteparten av tiden sin der få en mer stabil og naturlig søvn med et bedre nevrologisk out-come?

**Komplekse sammenhenger**

Søvnforstyrrelser forekommer hyppig ved en rekke barne- og ungdomspsykiatriske tilstander, hos så mange som opp til 90 % i enkelte studier. Ved tilstander som angstlidelser, autismespekterforstyrrelser, ADHD, Tourette/tics lidelser, depresjon, bipolare lidelse, spiseforstyrrelser og psykotiske tilstander er problemer med søvn regelen og ikke unntaket. Søvnproblemer kan også være uttrykk for vanskelige livsforhold/omsorgssvikt og traumeeksponering. Sammenhengen mellom søvnforstyrrelser og psykiatriske tilstander er kompleks og gjensidig. Søvn påvirker emosjonsregulering/atferdregulering/kognitive funksjoner og vice versa, slik at søvnforstyrrelser og psykiske lidelser kan gjensidig opprettholde hverandre i en negativ spiral. Søvnforstyrrelser og psykiske lidelser kan også være uttrykk for den samme bakenforliggende etiologi. Dette er særlig studert ved ADHD, hvor en felles patofyiologisk mekanisme for både ADHD og vansker med søvnregulering har vært diskutert. Men psykiatriske symptomer hos barn kan også være konsekvenser av søvnmangel ved en søvnsykdom som f.eks. PLMS og søvnapné.

> Ved tilstander som angstlidelser, autismespekterforstyrrelser, ADHD, Tourette/tics lidelser, depresjon, bipolare lidelse, spiseforstyrrelser og psykotiske tilstander er problemer med søvn regelen og ikke unntaket.

I barne- og ungdomspsykiatriske hverdag står klinikeren overfor problemet med å skille mellom søvnproblemer som vil bedres med behandling av primærlidelsen, søvnproblemer som har innvirkning på behandlingsforløpet og prognose og trenger aktiv intervensjon, og symptomer som uttrykk for/konsekvenser av søvnsykdom med behov for spesifikk søvnundersøkelse og behandling. Som eksempel på sistnevnte er ADHD symptomer forårsaket av eller forsterket av søvnapné, depressive symptomer ved forskjøvet døgnrytme, og hallusinasjoner og sosial tilbaketrekning ved hypersomnier. Viktige utfordringer for det barnepsykiatriske feltet er å utvikle gode rutiner for screening og kartlegging av søvnproblemer/søvnsykdommer, hvem som skal henvises til annen spesialitet for undersøkelse/oppfølging, å implementere ikke-farmakologiske behandlingsalternativer ved insomnisymptomer/insomni og døgnrytmeforstyrrelser, og å evaluere effekt av disse.

I oktober 2017 organiserer Berit Hjelde Hansen (barne- og ungdomspsykiater)) og Karoline Lode-Kolz (barnelege/nevrofysiolog) søvnkurs i samarbeid med NOSOM, SOVNO og NEVSOM: «Søvnforstyrrelser og søvnsykdommer hos barn og unge» (Kursnr 31644 i legeforeningens kurskatalog), dato 30.10.17 - 01.11.17. Kurset går for første gang i år og tar for seg et stort spekter av søvnforstyrrelser i den pediatriske befolkningen (se program i kurskatalogen) og henvender seg til allmennpratikere og LIS/spesialister innen pediatri, ØNH, lungemedesin, barne- og ungdomspsykiatri, nevrofysiologi og nevrologi.

Vi ønsker med kurset å spre mest mulig informasjon om pediatrisk søvnmedisin til praktisk nytte for klinikere, vekke interesse hos forskere og skape et aktivt tverrfaglig miljø på tvers av helseforetak. Vi ønsker å se deg på kurset, med dine spørsmål, tanker og erfaringer. Vi snakkes i oktober 2017, i mellomtiden ønskes du et riktig fint sommerhalvår, samt en utmerket søvn.

Norsk Forening for Søvnmedisin (NOSM), Nasjonalt kompetansesenter for nevroutviklingsforstyrrelser og hypersomnier (NevSom) og Nasjonalt kompetanse senter for søvnsykdommer (SOVno) arrangerer:

## Kurs i søvnforstyrrelser og søvnsykdommer hos barn og unge
## 30. oktober - 1. november 2017

**For program og påmelding, se [www.nevsom.no](http://www.nevsom.no)**

# Noen foreldre bærer på den tyngste byrden
## – vissheten om at de har alvorlig syke barn som skal dø

**TEKST:: NATASHA PEDERSEN,** LEDER OG FAGANSVARLIG I FORENINGEN FOR BARNEPALLIASJON **FOTO:: TOMMY HALVORSEN**

Barnepalliasjon er et fagområde i Norge som har fått betydelig oppmerksomhet de siste årene, og i oppbygningen av dette fagfeltet vil kunnskap fra pårørende være av stor betydning. Mange faktorer blir endret for familier når de gjennomgår ulike overganger gjennom stadiene i barnets sykdomsforløp – overganger som er relatert til selve sykdommen, barnets tilstand, omgivelser og helsepersonell.

Det kan være nyttig å opprettholde eller skape en følelse av orden midt i disse mange forandringene. Nyttige intervensjoner kan være å legge til rette for å åpne opp for dialog og arenaer med andre, på tabubelagte områder som å snakke om det at barnet skal dø. Det blir stadig oftere erkjent at barnepalliasjon innbefatter mye mer enn bare omsorg ved livets slutt. Mange av ideene og grunnprinsippene i barnepalliasjon er anvendelige tidlig i forløpet av sykdommen, noe som vil hjelpe familier å leve bedre med barnets dødelige sykdom. Det er viktig å merke seg at når foreldre går gjennom den siste overgangen til dødsfallet, vil erfaringene de har hatt i løpet av deres barns sykdom bli helt avgjørende i måten de sørger på i årene som kommer.

Odd Roger og Beate fikk et etterlengtet pusterom .

> Ventesorg er å forholde seg til døden mens den som er døende lever.

Det å få beskjed om at barnet ditt har fått en alvorlig uhelbredelig sykdom eller diagnose, rokker ved selve kjernen av det å bli foreldre. Uvisshet, usikkerhet om fremtiden, drømmer og håp du har for barnet ditt, blir satt på vent. Vi trenger gode ord i møte med alvorlig sykdom og sorg. Ventesorg er et slikt ord. Det beskriver en «normal» sorg som oppstår når en pasient eller en pårørende «venter» et dødsfall eller har fått en alvorlig diagnose. Ventesorg er å forholde seg til døden mens den som er døende lever. Samtaler om døden er ofte tabubelagt, både i sosiale sammenhenger og i møte med hjelpeapparatet- og ikke minst når det gjelder barn og unge man vet kommer til å dø.  Det var den tysk-amerikanske psykiateren Erich Lindemann som først beskrev fenomenet ventesorg i en artikkel i 1944. I 2010 begynte Foreningen for barnepalliasjon å bruke ordet ventesorg.

De fleste tiltakene og hjelpen som finnes i dag har fokus på sorgen etter et dødsfall, mens ventesorg og de emosjonelle

Gruppesamtale og refleksjon omkring det å leve med et alvorlig sykt barn man vet kommer til å dø.

utfordringene for foreldre med barn og unge med andre alvorlige og livstruende sykdommer enn kreft ikke får noe særlig fokus underveis i det kliniske arbeidet, eller fra de offentlige tjenestetilbudene eller i hjelpeapparatet. I moderne tid har også familiesammensetningene endret seg betydelig, noe som også innvirker på hverdagen til familier med alvorlig syke og døende barn. Derfor er ventesorgen så viktig å akseptere og forstå. Å kjenne til denne sorgen og sette ord på den, kan hjelpe familie, pårørende, venner, helsepersonell og andre involverte i møtet med dem som lever med ventesorg.

### Ventesorgseminar for foreldre

Foreningen for barnepalliasjon avholdt i fjor høst tidenes første seminarweekend i Norge med ventesorg som tema. Ti deltakere fra Finnmark i nord til Agder i sør, deltok på seminaret. Disse foreldrene er sårbare, men tøffe mennesker som står i krevende livssituasjoner- de vet at de har barn som kommer til å dø. De som deltok på weekend utgjorde et mangfold av foreldreskap, ektepar, fosterforeldre, aleneforeldre. Felles for disse foreldrene, er ventesorgen de opplever; sorgen over det de vet skal skje med barna. En fredag i september, troppet samtlige foreldre opp på hotellet på Bystranda i Kristiansand. Forventningsfulle, spente, litt usikre på hvordan dette ville bli- noen grudde seg også.

Å sette ord på ventesorg og vanskelige ting for første gang

### Adrenalinkick

Etter en velkomst- og presentasjonsrunde steg pulsen ytterligere tre hakk, da kursdeltakerne skulle lære å kjøre Segway. De skulle mestre noe helt annet enn alvorlig sykdom. Og for en innsats! Mestringsfølelsen spredte seg raskt i den uvanlig varme september lufta.

Helga bød ellers på aktiviteter som yoga, spa og kunstterapi, i tillegg til foredrag og gruppearbeid med samtaler og refleksjoner. Mange uttrykte at de kjenner seg alene med sin situasjon på hjemplassen. Her fikk de møte andre som forstod. Andre som kjente seg igjen.

«Det er som å komme hjem. Hjem til sine egne,» sa en. Andre nikket, mens både latter, tårer, gleder, sorger og store frustrasjoner i møte med et hjelpeapparat som ikke alltid føles som hjelpende, ble delt. Her var det mange skuldre å lene seg på.

> En annen mor, som både har mistet et barn og i dag lever med et multifunksjonshemma barn, sa at ventesorgen er større og vanskeligere enn mistesorgen.

> Alle har for lengst skrevet lister over hvordan deres barn skal dø.
> Ja eller nei til respirator, ja eller nei til antibiotikabehandling
> ved infeksjoner, ja eller nei til gjenoppliving ved hjertestans.
> Alle har planlagt sitt barns begravelse.
> Gang på gang.

**Tabu**

Vanskelige spørsmål og avgjørelser ble snakket åpent om. Mange opplever døden som tabubelagt både i sosiale sammenhenger og i møtet med hjelpeapparatet.» Noen ganger tenker jeg at det hadde vært bedre om barnet mitt fikk dø,» sa en mamma. En annen mor, som både har mistet et barn og i dag lever med et multifunksjonshemma barn, sa at ventesorgen er større og vanskeligere enn mistesorgen. Felles for dem, er at de aldri hadde våget å sette ord på dette før, i frykt for å bli misforstått.

Alle har for lengst skrevet lister over hvordan deres barn skal dø. Ja eller nei til respirator, ja eller nei til antibiotikabehandling ved infeksjoner, ja eller nei til gjenoppliving ved hjertestans. Alle har planlagt sitt barns begravelse. Gang på gang.

Disse tapre familiene lever i konstant unntakstilstand. Krisemestring er en del av hverdagen. Håpet var at denne helgen ville gi dem fornyet energi, og være en møteplass for å dele liv, erfaringer og få ny innsikt i egne sorgreaksjoner for å kunne oppnå god mestringsevne, deltagelse sosialt og i jobbsammenheng og for konstruktiv kommunikasjon med hjelpeapparatet.

På spørsmål om hva de ville ta med seg hjem fra helgen, svarte en mamma:

– Jeg har lyst til å ta med alle sammen!

**Ny weekend i september.**

Pårørende trenger støtte til å støtte barnet for mestringen og livskvaliteten og sin egen del. - Hjelp til å håpe på det beste og være forberedt på det verste. Flere studier viser at der foreldre får dele opplevelser og får bidra med erfaringer og kunnskap underveis i forløpet med barnets sykdom, har en positiv innvirkning og en terapeutisk effekt. I tillegg til at dette bidrar til større mestring. Å assistere og veilede foreldre som er i denne prosessen før barnet eller den unge dør, er en integrert del av barnepalliasjon. Derfor arrangerer vi igjen en ny weekend i september. Invitasjoner er sendt ut til alle landets barne- og avlastningsboliger i kommunene og helsestasjoner. Flere foreldre har allerede meldt sin interesse.

En pappa sa: «Helgen i Kristiansand er det beste vi har vært med på noen gang i våres karriere som foreldre til ett funksjonshemmet barn. Det var helt fantastisk å være ilag med dere. Det var så flott når vi fikk sitte i ring å snakke med hverandre om våre kjære barn».

Mamma Bisharo fikk tegne sine følelser, om hvordan det er å leve med datteren som har begrenset tid

**Påmelding her:**
*http://barnepalliasjon.no/invitasjon-til-ny-weekendsamling-og-workshop-for-parorende/*

**Kilder:**
*Barnepalliasjon.no*
*Ventesorg.no*



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 kløelindrende 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 vaksinasjonssteder 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 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

# Høynivåmøte mot vold mot barn – Grefsenerklæringen

**TEKST: INGEBJØRG FAGERLID,** LEDER I NORSK BARNELEGEFORENING

Barneombudet inviterte toppledere innen helsesektoren til «Høynivåmøte mot vold mot barn» på Grefsenkollen restaurant i Oslo mandag 24. april 2017.

Det er på høy tid at helsesektoren kommer mer på banen i arbeidet mot vold mot barn. Med dette møtet ønsker vi å snu ord til handling. Helsetjenestene har en unik mulighet til å forebygge vold og på et tidlig tidspunkt oppdage barn som blir utsatt for det. De har mulighet til å gjøre mye mer i arbeidet mot vold mot barn. Budskapet var klart fra Barneombud Anne Lindboe som er selv barnelege, og som tidligere har arbeidet akkurat med disse problemstillingene.

Og helsetoppene var virkelig samlet på dette møtet, der også Norsk barnelegeforening var invitert. Sentrale helsepolitikere, Helsedirektør Bjørn Guldvåg, direktørene for alle de regionale helseforetakene, direktør for Folkehelseinstituttet Camilla Stoltenberg, Legeforeningens president Marit Hermansen, tannlegepresidenten og leder for Psykologforeningen var blant deltakerne. Møtet ble åpnet av statsråd Solveig Horne. Hans Kongelige Høyhet Kronprins Haakon var også tilstede.

Dr. Dinesh Sethi fra WHO ga oss et innblikk i hva vold og overgrep mot barn har å si for sykelighet senere i livet og hvilke økonomiske konsekvenser det har for samfunnet. Den økonomiske byrden utgjør 1-2% av brutto nasjonalprodukt i mange land, også i Europa. Representanter fra politi, kommuner og vår egen representant Ellen Annexstad ga oss eksempler på hvordan det kan jobbes systematisk på ulike områder for å forebygge og avdekke vold mot barn. Vi fikk også høre den sterke historien til Angelica Kjos som ble utsatt for grov vold, overgrep og omsorgssvikt gjennom hele barndommen uten at det ble fanget opp. Hun understreket at vi som helsearbeider må våge å spørre og ta oss tid til å lytte.

Høynivåmøtet munnet ut i én felles erklæring om arbeidet mot vold mot barn – Grefsenerklæringen. I tillegg har deltakerne utarbeidet 20 undererklæringer. Disse er alle tilgjengelig på Barneombudets nettsider. Økt kompetanse og kapasitet innenfor sosialpediatri har vært et satsningsområde for NBF i flere år. Det er derfor svært interessant at RHF'ene også fokuserer på dette og at det er deres sørge for-ansvar.

**Dette er NBF's del av erklæringen:**
Norsk barnelegeforening vil

- Arbeide for at det etableres tverrfaglige sosialpediatriske team på alle sykehus med barneavdeling
- Bidra til at alle barn som har gjennomgått tilrettelagt avhør på barnehus også skal få tilbud om en kvalifisert sosialpediatrisk undersøkelse av barnelege
- Gjøre sosialpediatriske problemstillinger som inkluderer vold og overgrep til en obligatorisk del av utdannelsen til

Barneombudet kommer til å følge opp deltakernes forpliktelser med et nytt møte om et år, slik at Høynivåmøtet blir et startskuddet for handling mot vold på helsefeltet.

Chiesi
In neonatology for life

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

Nasjonalt kompetansenettverk for legemidler til barn

# Aktuelt fra Nettverket

Nasjonalt kompetansenettverk for legemidler til barn arbeider for at legemiddelbehandling til barn skal være hensiktsmessig og trygg, og i størst mulig grad basert på dokumentert kunnskap. Selv om målsetningen bruker begrepet barn, ser Nettverket det også som minst like viktig at målsetningen også gjelder ungdom!

NASJONALT KOMPETANSENETTVERK FOR LEGEMIDLER TIL BARN

De senere år har det kommet mange artikler som beskriver at barn og ungdom bruker legemidler som enten ikke har markedsføringstillatelse eller blir brukt utenfor myndighetsgodkjent dose, administrasjonsvei eller indikasjon (off-label). En studie fra Sverige angir at 13,5 % av alle forskrivninger gjort utenfor sykehus er off-label (1). Tilsvarende tall for sykehus var 49 %, mens det i nyfødtavdelinger var 69 % (2). En studie gjort ved to pediatriske sengeposter på Ullevål viste at 70 % av alle legemidler som ble benyttet enten var uregistrerte eller ble ordinert off-label (3). Det er gjort tilsvarende studier i en rekke land og tallene er relativt like. Felles er også at andelen av ordinasjoner av uregistrerte legemidler eller legemidler brukt off-label stiger med fallende alder. Hva så med voksne? Et raskt PUBMED søk gav svært få treff, men det ser allikevel ut som bruk av legemidler off-label også øker hos de aller eldste. En studie fra Skottland viste at 16,9 % av alle ordineringer gjort ved en akuttgeriatrisk sengepost var off-label. Siden pasientene benyttet svært mange medisiner hadde 84 % av alle pasientene minst én off-label ordinasjon. Samtidig var det i denne gruppen bare 3 av 1780 ordinasjoner som omhandlet uregistrerte legemidler og 8 av 1780 ordinasjoner inkluderte manipulering av legemiddelet (4).

Kontaktpunktet for tverretatlig legemiddelinformasjon (Kontaktpunktet) jobber nå med en rapport som skal gi svar på hvilke kilder til legemiddelinformasjon som er tilgjengelig og hva som mangler. De vil også evaluere om de kildene som i dag er tilgjengelig har et detaljeringsnivå som ivaretar innholdet som etterspørres. Til slutt vil de komme med forslag til tiltak og en vurdering av økonomiske og administrative konsekvenser.

I denne forbindelse tenker vi i Nettverket at barn og ungdom for en gangs skyld må komme først. Som tidligere beskrevet er barna i en særstilling når det gjelder bruk av legemidler som enten ikke er oppført i felleskatalogen eller brukes på andre måter enn det felleskatalogen angir. Det vil derfor være svært uheldig om rapporten skal farges av de behov som foreligger blant voksne da deres behov i stor grad skiller seg fra det en ser hos barn. Det svenske Läkemedelsverket har nylig laget en grundig rapport som omhandler barn, og som blant annet beskriver og peker på behovet for legemiddelinformasjon i denne aldersgruppen.

De siste årene har vist at tilgang på legemiddelinformasjon som omhandler barn ikke er en selvfølge. BNF-C var frem til og med 2015 åpent tilgjengelig i Norge via Helsebiblioteket. Bruken var høy og det ble i 2015 registrert ca. 20-30.000 søk. Som alle vet, måtte tilgangen for 2016 og 2017 begrenses, noe som har ført til at kun sykehus med barneavdeling har tilgang. Ut over denne kilden er «Up To Date» åpent tilgjengelig gjennom Helsebiblioteket. Her finner man også informasjon om legemidler, men her er informasjon om barn og voksne blandet, noe som gjør databasen uoversiktlig. Samtidig er det ikke gjennomført SI-benevning, noe som vil kreve omregning og vil kunne føre til fare for feildosering i en travel hverdag.

Disse problemstillingene har nå blitt «lagt merke til» i statsapparatet, og høsten 2016 laget Stortinget en innstilling som ber regjeringen sikre en løsning som bidrar til at norske helsetjenester får en allmenn og nasjonal tilgang til solid, trygg og kvalitetssikret informasjon om alle legemidler som er i rutinemessig bruk til barn. I første omgang resulterte dette i en ekstrabevilging på 400.000,- som muliggjorde videreføring av abonnement på BNF-C for sykehus med barneavdeling, men ikke for andre.

Mai 2017 var Nettverket, sammen med Helsedirektoratet, i møte med Helse- og Omsorgsdepartementet. Nettverket presenterte de utfordringene vi har hatt de siste årene med hensyn til adgang til kvalitetssikret informasjon om legemidler til barn. Vi løftet dessuten frem viktigheten av å tenke langsiktig og å ha kilder som ikke vil forsvinne. For 2018 ser en for seg at man viderefører BNF-C med dagens begrensninger. For de kommende år skisserte Nettverket tre mulige løsninger: Fortsette som abonnement på BNF-C, lage en egen norsk database

eller delta i et internasjonalt samarbeid. Å videreføre BNF-C vil være minst arbeidskrevende, men vil føre til at store deler av helsevesenet, samt foreldre, vil mangle tilgang til svært viktig informasjon. Det å lage noe eget for Norge vil ta lang tid og vil kreve store resurser, men vil samtidig løfte fagfeltet på området. Det å innlede et internasjonalt samarbeid framstår fornuftig, blant annet fordi dette som tilleggseffekt vil føre til en allmenn og åpen tilgang. Samtidig vil en slik løsning kunne komme på plass relativt raskt siden det meste av jobben vil bestå i å tilpasse kilden til norske forhold og tradisjon.

Nettverket følger nå opp alle disse tre mulige løsningene. Til høsten vil vi etter at statsbudsjettet er klart, starte ny forhandling med BNF-C. Dersom vi i Norge skal utvikle noe eget, vil en helt naturlig plattform være Norsk Legemiddelhåndbok. Vi har hatt innledende samtaler med redaksjonen der og det er stor interesse for å lage en slik løsning. Dette forutsetter imidlertid at prosjektet får tilstrekkelig finansiering. Nettverket har også hatt samtaler med et svært kompetent og tverrfaglig miljø i Nederland om deres www.kinderformularium.nl. Nederlenderne er nå i en fase der de ønsker å lage et EU-prosjekt; de har allerede knyttet til seg Tyskland som en samarbeidspartner og de er i kontraktsforhandlinger. Kinderformularium er skrevet på nederlandsk, men planen vil være å få laget en engelsk versjon, eventuelt oversette sentral informasjon til norsk. For de som ønsker å prøve ut Kinderformularium, anbefaler vi at denne åpnes i nettleseren «Chrome» hvor siden automatisk kan oversettes til norsk. Tilbakemelding på denne databasen er sterkt ønsket fra Nettverkets side og kan meldes via https://www.surveymonkey.com/r/Kinderformularium

Utviklingen gjennom de siste årene og planene for fremtiden viser at stadig mer av vårt arbeid blir digitalisert. E-resept er nå innført og innføring av forskrivningsstøtte vil hos barn kreve andre kilder enn Felleskatalogen. Elektroniske kurver blir nå innført ved stadig flere helseforetak. I og med at kurver og forskrivninger vil kunne knyttes mot alder og vekt vil systemet, om det lages riktig, kunne foreta en 'rimelighetsvurdering' av forskrevne legemiddel. For at dette skal fungere også for barn og ungdom, må andre kilder enn Felleskatalogen og andre nåværende norske kilder kunne benyttes.

**Rapport fra det svenske Läkemedelsverket:**
https://lakemedelsverket.se/upload/halso-och-sjukvard/behandlingsrekommendationer/Information_fran_Lakemedelsverket_nr_2_2017_kunskapsdokument_webb.pdf

**Informasjon fra Nettverket**
https://www.legemidlertilbarn.no/helsepersonell/Sider/Legemiddelbruk/Bruk-av-legemidler-utenfor-myndighetsgodkjenning.aspx

**Referanser**

1. *Olsson J, Kimland E, Pettersson S, Odlind V. Paediatric drug use with focus on off-label prescriptions in Swedish outpatient care--a nationwide study. Acta paediatrica. 2011;100(9):1272-5.*
2. *Kimland E, Nydert P, Odlind V, Bottiger Y, Lindemalm S. Paediatric drug use with focus on off-label prescriptions at Swedish hospitals - a nationwide study. Acta paediatrica. 2012;101(7):772-8.*
3. *Teigen A, Wang S, Truong BT, Bjerknes K. Off-label and unlicensed medicines to hospitalised children in Norway. The Journal of pharmacy and pharmacology. 2017;69(4):432-8.*
4. *Hames A, Wynne HA. Unlicensed and off-label drug use in elderly people. Age and ageing. 2001;30(6):530-1.*

# 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,
Postboks 222, sentrum, 0103 Oslo.

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

FORENINGEN FOR
HJERTESYKE BARN

---

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

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

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

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


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



PP-IG-NO-0001



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


Lilly

---

Nå også i ampuller

# ABASAGLAR®:
# NORGES FØRSTE BIOTILSVARENDE INSULIN

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

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

## Bestill Abasaglar® demopenn og støttemateriell på abasaglar.no

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

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

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

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

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

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

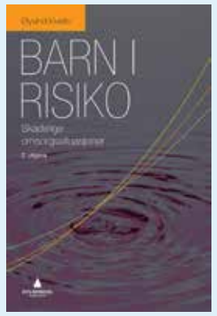
Lilly

▼abasaglar
insulin glargin
100 enheter/ml

# Barn i risiko

## – skadelige omsorgssituasjoner, 2. utgave

**AV OLAV ROTI,** OVERLEGE FØRDE SENTRALSJUKEHUS




**Forfatter:**
Øyvind Kvello
**Utgiver:** Gyldendal
**Antall sider:** 576
**ISBN:** 9788205459816
**Utgivelsesår:**
2015

**AKTUELL SOSIALPEDIATRI**

Gjennom ein barnelegealder har det vore mange framsteg med auke av kunnskap om belastningar på barn og unge i form av mishandling, overgrep og svikt i omsorg. I etterkant av dramatiske enkeltsaker og meir merksemd også generelt i samfunnet har forventning og krav auka til at aktuelle etater og fagfelt skal avdekke og hindre at barn lir overlast.

Det er ein del av barnelegen sin kvardag å medverke til å oppdage og opplyse slike forhold. Likevel kjenner vi oss gjerne usikre både i møtet med pasient og føresette og i samhandling med andre etater – først og framst barnevernstenesta.

«Barn i risiko» er ei bok som kan være til hjelp på dette feltet. Forfattaren Ø. Kvello er forskar ved RBUP Øst og professor II i psykologi ved UiT. Han har mykje kunnskap og erfaring som han har systematisert og formidler i ei form som er både opplysande og instruerande. Kvello har i sitt arbeid i hovedsak hatt barnevernstilsette som målgruppe, og han vil med boka først og framst gje desse motivasjon og verktøy for å gje tenester til barnet sitt beste.

I første kapittel omtalast og drøftast systemarbeid frå barnevernstenesta sin ståstad. Eg finn dette å være det mest originale bidraget kor vi for vårt fagfelt kan få innspel til å reflektere og plassere vår medverking i saksprosessar.

Dei seinere kapitla beskriv barn sine utviklings- og tilknytningsprosessar som bakgrunn for symptomutvikling og ligg nærare mot barnepsykiatri. Så følger fyldig omtale av alle dei kjente traumesituasjonane: Omsorgssvikt, foreldrerus, seksuelle overgrep, mishandling og vald. Særs relevant for barnelegar.

Det faglege nivået på teksten er høgt og det er rikeleg med aktuelle referanser. Svært praktisk og konkret er eit stort utval av informasjonsboksar og sjekklister kor ein raskt finn informasjon og hjelp til å systematisere.

1.utgava av «Barn i risiko» kom i 2010, både den og den aktuelle utgava bygger på den tidlegare boka: «Utredning av atferdsvansker, omsorgssvikt og mishandling» fra 2007. Ny utgave begrunnast i ny, oppdatert forskning og fagutvikling. «Barn i risiko» framstår no som ei aktuell oppslagsbok som eg sterkt anbefaler tilgjengeleg i barneavdelingar og - praksisar.



# Berørt

## – Historier om ventesorg

**AV ANDERS BJØRKHAUG,** REDAKTØR PAIDOS

**Utgiver:** Foreningen for barnepalliasjon (FFB)
**Antall sider:** 135
**ISBN:**
978-82-690697-0-9
Utgitt på eget forlag

Ventesorg er et begrep introdusert i Norge av Foreningen for barnepalliasjon (FFB) i 2010. Ordet er direkte oversatt fra det engelske ordet «anticipatory grief». Begrepet har vært i bruk lenge internasjonalt, og beskriver en sorg som oppstår når en pasient eller pårørende «venter» et dødsfall eller har fått en alvorlig diagnose. I 2011 ble ordet «ventesorg» oppført som et nytt ord av Norsk Språkråd, og i 2016 fikk FFB prosjektmidler av Helsedirektoratet til prosjektet «Ventesorg – å vente på døden».

**Bokens oppbygning**

Boken er et resultat av prosjektarbeidet, og er 6 familiers sterke historier. 4 av historiene er skrevet av journalist og prosjektmedarbeider Tommy Halvorsen. 2 av historiene er skrevet av personer utenfor prosjektet. Boken er rikt illustrert med artistiske tegninger av kunstner Bjørg Thoraldsdottir. I tillegg til fotografier knyttet til hver enkelt historie. Historiene er personlige skildringer skrevet for og av de sørgende. Bilder i boken er private. Historiene er adskilt med blanke sider, kunstneriske illustrasjoner og visdomsord.

**Målgruppe**

Målgruppen for denne boken er svært heterogen. Boken er skrevet av og for pasienter og pårørende som lever med alvorlige diagnoser. Jeg vil likevel si at alle behandlere, leger og pleiepersonale, og alle andre som er i kontakt med pasienter og pårørende til barn, unge og voksne med alvorlige og livstruende diagnoser kan finne verdifull lesing i denne boken.

**Innhold**

Uten å røpe for mye, kan jeg si at alle historiene omfatter familier med barn med alvorlig og livstruende sykdom. Historiene tar for seg barnets livsløp, fra glede til traumatiske diagnoseavklaringer, sorg, venting, ventesorg, usikkerhet, ubesvarte spørsmål, refleksjoner, skyldfølelser, samt «normale» og «unormale» sorgreaksjoner. Vi får innsyn i foreldres sorg, barnas sorg, støtte og manglende støtte. Vi ser den siden av historiene vi som behandlere normalt sett ikke ser eller opplever, fordi de pårørende som regel ikke klarer å sette ord på dette før lenge etter at all oppfølging fra sykehus og helsevesen er avsluttet. Boken er lettlest fordi den er gripende. Hver historie leses i ett. Boken kan leses på en ettermiddag, men du gjør best i å reflektere litt over hver enkelt historie. Bruk derfor litt ekstra tid. Det er ekstra sterkt å lese denne når en samtidig står i tunge og alvorlige pasientforløp på jobb. Samtidig er det ekstra verdifullt å ha med seg disse historiene i arbeidet. Det gjør meg liksom litt mer erfaren, selv om jeg er en ultrageneralist og jobber på en av landets minste barneavdelinger.

Jeg vil anbefale denne boken til behandlere og pleiepersonale som treffer familier i krise. Jeg vil også anbefale boken til de familier jeg treffer i krise, og som er i en ventesorg. Jeg tar faktisk denne boken med meg i mitt neste pårørendemøte i morgen...

Philosophiae doctor (PhD)

# Paidos og Norsk barnelegeforening gratulerer

## Universitetet i Oslo

### En longitudinell studie av spedbarns utvikling fra 0-2 år

**M.Sc. Lisbeth Valla** ved Institutt for helse og samfunn disputerte 19. mai 2017 for p.hd graden med avhandlingen: «A longitudinal study of infant's development from zero to two years – Pathways, predictors and prevalence of suspected developmental delays».

http://www.med.uio.no/helsam/forskning/aktuelt/arrangementer/disputaser/2017/valla-lisbeth.html

### Identifisering av sykdomsgivende genetiske varianter hos barn med alvorlige nevrologiske sykdommer ved hjelp av eksomsekvensering

**M.Sc. Christeen Ramane Jesuthasan Pedurupillay** ved Institutt for klinisk medisin vil disputerte 7. april 2017 for p.hd graden med avhandlingen: «Identification and validation of novel disease-causing genetic variants in rare pediatric neurological disorders using whole exome sequencing (WES)».

http://www.med.uio.no/klinmed/forskning/aktuelt/arrangementer/disputaser/2017/pedurupillay-christeen-ramane-jesuthasan.html

### Hjerneskade etter prematur fødsel – årsaker, forebygging og behandling

**Cand.med. Janne Helen Skranes** ved Institutt for klinisk medisin disputerte 27. januar 2017 for p.hd graden med avhandlingen: «Early assessments and prediction of outcome of asphyxiated term infants treated with therapeutic hypothermia».

http://www.med.uio.no/klinmed/forskning/aktuelt/arrangementer/disputaser/2017/skranes-janne-helen.html

### Kvaliteten på hjerte- og lunge-redning til nyfødte

**Cand.med. Anne Marthe Boldingh** ved Institutt for klinisk medisin disputerte 16. januar for p.hd graden med avhandlingen: «Quality of Neonatal cardiopulmonary resuscitation: Mechanical and practical aspects (Manikin studies)».

http://www.med.uio.no/klinmed/forskning/aktuelt/arrangementer/disputaser/2016/boldingh-anne-marthe.html

### Kan undersøkelser av små blodkar i huden være til hjelp i behandlingen av syke nyfødte barn?

**Cand.med. Siv Fredly** ved Institutt for klinisk medisin disputerte 12. desember 2016 for p.hd graden med avhandlingen: «A skin microcirculation study in healthy and asphyxiated term newborn infants: Skin microcirculation morphology and physiology studied with Video-Microscopy, Laser Doppler Perfusion and Diffuse Reflectance Spectroscopy Techniques».

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

### Premature barn kan møte store utfordringer i livet

**Cand.med. Astrid Nylander Almaas** ved Institutt for medisinske basalfag disputerte 12. september 2016 for p.hd graden med avhandlingen: «Brain development, cognition and growth in 8- year old children born prematurely - Follow-up of a randomized controlled trial with docosahexaenoic acid and arachidonic acid».

http://www.med.uio.no/imb/forskning/aktuelt/arrangementer/disputaser/2016/almaas-astrid-nylander.html

### Langtidsresultater etter operasjon for Hirschsprungs sykdom

**Cand.med. Kjetil Juul Stensrud** ved Institutt for klinisk medisin disputerte 9. september 2016 for p.hd graden med avhandlingen: «Transanal endorectal pull-through for Hirschsprung Disease – Outcome in relation to surgical approach, age and anal canal morphology»

http://www.med.uio.no/klinmed/forskning/aktuelt/arrangementer/disputaser/2016/stensrud-kjetil-juul.html

### Virus mulig årsak til type 1 diabetes

**Cand.med. Lars Krogvold** ved Institutt for klinisk medisin disputerte 8. september 2017 for p.hd graden med avhandlingen: «The pathogenesis of type 1 diabetes - lessons from pancreatic biopsies in the Diabetes Virus Detection Study (DiViD)».

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

## Universitetet i Tromsø

### Virkningen av 2 ulike inflammatoriske mediatorer som fremmer tumorvekst

**Igor Snapkov** disputerte for ph.d.-graden i helsevitenskap 23. september 2016 for p.hd graden med avhandlingen: «The role of inflammatory pathways in neuroblastoma tumorigenesis»

https://uit.no/tavla/artikkel/485843/disputas_cand_med_igor_snapkov

## NTNU

### Humant bocavirus 1 og luftveisinfeksjoner hos barn

**Andreas Christensen** ved Det medisinske fakultetet, NTNU, disputerte 14. oktober 2016 for p.hd graden med avhandlingen: «Causal role of human bocavirus 1 in respiratory tract infections in children»

http://www.ntnu.no/kalender/detaljer/-/event/e21663eb-3675-3181-a05b-7f2879a6d18e

### Hvordan forstå smertetilstander og dets implikasjoner for ungdommers livstil utfra biopsykososiale risikofaktorer

**Wenche Langfjord Mangerud** ved Regionalt kunnskapssenter for barn og unge (RKBU) Midt-Norge, disputerte 17. november 2016 for p.hd graden med avhandlingen: «Adolescent mental health: associations with chronic pain and life style - A study based on the Health Survey in Department of Child and Adolescent Psychiatry, St. Olav's Hospital, and the Young-HUNT population study»

http://www.ntnu.no/kalender/detaljer/-/event/eb2545b9-3faa-3af2-9055-21c29a7c00ec

### Fysioterapi til for tidlig fødte barn. Måle-redskap for vurdering av motorisk funksjon i spedbarnsalderen og en randomisert kontrollert studie av tidlig intervensjon for å optimalisere motorisk funksjon

**Tordis Ustad** ved Institutt for laboratoriemedisin, barne- og kvinnesykdommer, disputerte 15. desember 2017 for p.hd graden med avhandlingen: «Physiotherapy in infants born preterm. Measurement tools for assessing motor function in infancy and a randomised controlled trial of early intervention to optimise motor function.»

http://www.ntnu.no/kalender/detaljer/-/event/7745d92c-33d6-3493-b674-ada401a158a2

# Philosophiae doctor (PhD)
# Paidos og Norsk barnelegeforening gratulerer

## Universitetet i Bergen

### For mye blodprøver og antibiotika til barn på legevakt?

**Ingrid Keilegavlen Rebnord** disputerte onsdag 31. mai 2017 for ph.d.-graden ved Universitetet i Bergen med avhandlingen: «Laboratory tests in out-of-hours services in Norway. Studies with special emphasis on use and consequences of C-reactive protein test in children».

http://www.uib.no/nye-doktorgrader/107951/mye-blodprøver-og-antibiotika-til-barn-på-legevakt

### Barnehabilitering strukturerast av eit sosialt hierarki

**Rolf Horne** disputerte fredag 18. november 2016 for ph.d.-graden ved Universitetet i Bergen med avhandlinga: «Like barn leikar best». Ein praxeologisk studie om habilitering av hjelpetrengande barn og unge.

http://www.uib.no/nye-doktorgrader/102398/barnehabilitering-strukturerast-av-eit-sosialt-hierarki

### Psykisk helse hos barn som er født ekstremt for tidlig

**Silje Katrine Elgen Fevang** disputerte fredag 30. september 2016 for ph.d.-graden ved Universitetet i Bergen med avhandlingen: «Mental health among children born extremely preterm or with extremely low birth weight at preschool- and school age. A national population based study.»

Link: http://www.uib.no/nye-doktorgrader/100957/psykisk-helse-hos-barn-som-er-født-ekstremt-tidlig

### Ny influensavaksine til barn gir god beskyttelse

Kristin Greve-Isdahl Mohn disputerte 23. september for ph.d.-graden ved Universitetet i Bergen med avhandlingen «Immune response to influenza after vaccination and infection».

Link: http://www.uib.no/nye-doktorgrader/100764/ny-influensavaksine-til-barn-gir-god-beskyttelse

### Mer skånsom strålebehandling for barn

Camilla Hanquist Stokkevåg disputerte 2. september 2016 for ph.d.-graden ved Universitetet i Bergen med avhandlingen «Model-based predictions of secondary cancer and late effect risks following particle therapy».

Link: http://www.uib.no/nye-doktorgrader/100036/mer-skånsom-strålebehandling-barn

Nutramigen

PURAMINO* for de mest sårbare allergiske barna

Nytt varenummer: 819408

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

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

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

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

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

Mai 2015

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

ABIGO Medical AS
Eidsbergveien 43
Telefon: 908 11 312

abigo

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.



MARCH ISSUE

## HIGHLIGHTS IN THIS ISSUE

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

### Evidence-based neonatology (EBNEO)

In this month's issue, we are delighted to announce a new feature, the Evidence-Based Neonatology Commentary. This represents a unique collaboration between *Acta Paediatrica* and the International Society for Evidence-Based Neonatology (EBNEO). Readers will find objective appraisals of trials related to the care of neonates. The commentaries will be published in *Acta Paediatrica* and displayed in more detail on the EBNEO website. The goal of this initiative was to reduce the time it takes to implement evidence-based research. See the editorial by Wright et al for more details (1).

### Moderate drinking during pregnancy also affects offspring

Heavy maternal alcohol consumption is well known to cause foetal alcohol spectrum disorders, but there is some controversy about whether low-to-moderate drinking during pregnancy can affect offspring. Sundelin-Wahlsten et al (2) examined the effects of mothers' self-reported alcohol consumption and reported negative effects on their children's growth, development and behaviour after moderate drinking. In the accompanying editorial, Landgren (3) discusses the implications of recognising alcohol as a teratogen.

### Swiss end-of-life decisions in the French, German or Italian way

Hendriks et al (4) conducted a nationwide telephone survey of the general population in the French-, German- and Italian-speaking regions of Switzerland, to explore attitudes and values with regard to extreme prematurity. The majority of the 1210 respondents, almost 78%, showed a strong preference for shared decision-making, although this was lower in the Italian region (66%) than in the German (78%) and French (80%) regions. In the accompanying editorial, Bührer (5) asks whether end-of-life decisions about extremely preterm infants are influenced by language, gender and education.

### Large differences between the Nordic countries in the use of less invasive surfactant administration

Less invasive surfactant administration (LISA) – which is surfactant instillation administered through a thin catheter in the trachea during spontaneous breathing – is increasingly used for premature infants. Heiring et al (6) surveyed Nordic neonatal units in autumn 2015 and of the 73 units who responded, 32% said that they used LISA. However, it was more common in Iceland (100%) and Norway (82%) than in Denmark (11%) and Sweden (9%), with Finland falling in between (60%). Premedication was used by 78%, which is more often than previously reported. Readers may also be interested to read the survey by Mukerji et al (7), who evaluated practice variations in noninvasive respiratory support use across Canadian neonatal intensive care units.

### Forty years of childhood encephalitis in Sweden

In this paper, Wickström et al (8) describe childhood encephalitis in Stockholm, Sweden, from 1970 to 2009, covering the diagnostics, aetiology and outcomes. The incidence was similar over the 40-year period and, although mortality markedly decreased and aetiologies shifted during that time, no clear long-term improvements in outcome were seen. The need for intensive care was relatively unchanged (18%–20%) for each of the study intervals, possibly indicating that the severity of cases remained unaltered.

APRIL ISSUE

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

## Reading and media

The ability to read is acquired explicitly when a child is four to six years of age. However, reading ability relies on the development of more basic abilities before children start to read and this process starts at birth. Horowitz-Kraus et al (1) explain how language, cognitive control and literacy milestones can be evaluated and trained from birth, to create a successful reader later in life. Meanwhile, Kostyrka-Allchorne et al (2) documented current media habits of children aged three to six in the United Kingdom. They found that traditional television remained the favourite type of media, but that touch screen devices were gaining in popularity. The concurrent use of more than one screen device was common.

## Microbiota and the brain and gut in infant colic

The aetiology of colic crying remains unresolved, and treatment options are limited. Savino et al (3) compared the gut microbiota composition of 77 formula-fed infants and found that the faeces of the infants with colic contained a lower number of total bacteria than the faeces of the infants without colic. The results support the idea that the microbiota–gut–brain axis plays an important role in the mechanisms of colic. Pärtty and Kalliomäki (4) comment on the findings.

## Do parents follow advice to reduce the risk of sudden infant death syndrome?

National guidance has lowered sudden infant death syndrome (SIDS) in Sweden, but there has been a lack of information on parental adherence. Strömberg Celind et al (5) asked parents with infants registered at child health care centres in western Sweden to complete a questionnaire on infant care from birth to six months of age. The authors found that the overall adherence to SIDS advice was good, but the results have prompted them to advise that both prone and side sleeping practices should be targeted.

## Special diets are common among preschool children in Sweden

A survey of 3276 preschool children aged one to five years in Karlskrona, Sweden, showed that 19% of the children had special diets, including 12% on nonmedical diets and 6, 3% on medical diets. The five most common diets were avoiding pork, a vegetarian diet and avoiding cows' milk, hens' egg and lactose. Half (47%) of the children on special medical diets lacked a medical certificate for their diet. Servin and her co-authors suggest that mandatory medical certificates for medically based special diets might reduce unnecessary dietary restrictions (6).

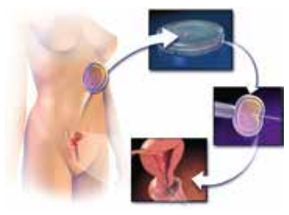
## Screening for coeliac disease in type 1 diabetes

The risk of having coeliac disease is more than five times higher for people with type 1 diabetes than for the general population. However, screening children with type 1 diabetes for coeliac disease remains controversial, because they often appear asymptomatic. Laitinen et al (7) followed 22 patients whose coeliac disease was detected by serological screening during diabetes surveillance and found that they had fewer clinical symptoms, but that most of the signs of mucosal damage were similar to those diagnosed on a clinical basis. In their comments on the paper, Ludvigsson and Lebwohl (8) suggest that the lack of differences in mucosal atrophy was probably due to the small sample size, but point out that the study still underlines the value of examining children with type 1 diabetes for other autoimmune problems, including coeliac disease.



MAY ISSUE

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



## Increased risk of haematological cancers in children born after fertility treatment

Medically assisted fertility treatment, including assisted reproductive technology, is increasingly being used, and the subsequent child health outcomes are of interest. This literature review by Reigstad et al (1), which was based on 23 cohort and case–control studies, found elevated risks of cancers at specific sites, especially haematological cancers, but little evidence of an overall higher cancer risk.

## When headache hides epilepsy

Coci et al (2) describe two novel cases of adolescent females with chronic headache and a long history of unsuccessful analgesic oral therapy, who were successfully treated with anti-epileptic drugs. The authors explore the features of ictal epileptic headache – a rare and underestimated epileptic form – and review the literature on paediatric cases. The study emphasises the importance of diagnostic electroencephalograms for paediatric patients suffering from chronic headache. Parisi et al (3) comment on the findings. Readers may also be interested in the paper by Ahmed et al (4), who report that site locked headaches in children do not require routine brain imaging and rarely have a serious aetiology.

## Bedwetting impaired children's quality of life and friendships

Children with nocturnal enuresis have impaired self-esteem, and their impaired quality of life affects their relationships with friends, according to a prospective study by Jönsson Ring et al (5). The authors based their findings on 46 Swedish children aged six to 18 years with nocturnal enuresis, who completed a translated version of the Paediatric Incontinence Questionnaire. Moreover, the study showed that the Swedish version of the questionnaire proved to be a reliable tool that can be used in further studies.

## Physical activity outside organised sports is associated with better functional performance

Young athletes who engaged in strenuous physical activity outside organised sports five or more times a week were able to jump significantly higher, had a better oxygen uptake and completed a pro-agility test faster than those who only engaged in physical activity one to four times a week. The finding comes from a cross-sectional study by Tocci et al (6), who followed 445 young athletes between six and 18 years of age. The authors concluded that free-play physical activity may represent a safe way to improve sports performance and motor coordination.

## Definitions of bronchopulmonary dysplasia in preterm infants

In the March issue, Hines et al published a review that showed wide variations in the definitions of bronchopulmonary dysplasia (BPD) in preterm infants and called for a consensus (7). In a letter to the journal, Meyer et al propose modifications to the National Institutes of Health workshop definition, based on their ongoing trial of oral vitamin A to prevent BPD (8). However, Jobe and Bancalari (9) argue that these adaptations are band aids that do not solve the basic problems with the definitions. Readers may also be interested in the study by Dicky et al, who report that a policy of feeding very preterm infants with their mother's own fresh expressed milk was associated with a reduced risk of BPD (10).

JUNE ISSUE

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

## How children are affected by television screens and can use smartphones

Chiu et al. (1) examined data on 18 577 babies born in Taiwan and identified childhood television viewing trajectories up to five and a half years of age. They found that the amount of television that the infants and their parents watched influenced the children's viewing habits when they got older. Holgert (2) comments on the study. Readers may also be interested in the paper by Yadav and Chakraborty (3), who found that children aged two to four were able to use smartphone drawing apps and comment that these may be used by this age group as well as other drawing media.

## Why are unethical periviability guidelines tolerated?

In a different view paper (4), obstetrician Patrick Marmion reports his negative experiences with the Kaempf periviability guidelines used at his centre. He describes how these life and death guidelines required him to behave in ways that conflicted with his own values, stating that he witnessed discussions with families that he perceived as biased and unduly pessimistic and that preterm babies died because they were not given the chance to receive intensive care. In the accompanying editorial, Janvier et al. (5) state that it is time to stop considering gestational age as the sole factor when determining which babies should be treated.

## Parent-infant closeness in European neonatal intensive care units

Raiskila et al.'s study (6) focused on how much time the parents of preterm infants spent in 11 neonatal intensive care units (NICUs) in Finland, Estonia, Sweden, Norway, Italy and Spain. The result showed that the parents' presence ranged from a median of 3.3 hours per day in Como, Italy, to 22.3 hours per day in Stockholm, Sweden. Skin-to-skin contact ranged from an average of half an hour to nine hours per day. Allowing parents to stay overnight in NICUs was the most important factor in establishing parent-infant closeness, according to the authors.

## Global child survival, including wars, catastrophes and malnutrition

A review by Persson et al. (7) analysed child mortality in Bangladesh, Nicaragua, Rwanda and Vietnam, to examine global achievements in child survival. Mortality curves were dramatically reduced over time, but peaked during wars and catastrophes and were rapidly reduced by targeted interventions. In another paper, Garces et al. (8) evaluated the use of the global network neonatal cause of death algorithm in low-resource settings in six countries and found that it proved to be a reliable tool. Readers may also be interested in the paper by Magnin et al. (9), who report that most children who took part in a comprehensive malnutrition programme in Madagascar reached, and maintained, the recovery threshold.

## Lack of babbling may indicate future speech problems

Canonical syllables are well-formed syllables consisting of a consonant and a vowel, with a rapid transition between the two. They provide verbal building blocks and canonical babbling corresponds largely with the speech sounds in early words. This observational study by Lohmander et al. (10) showed that a lack of canonical babbling in children between nine and 21 months can indicate future speech and language problems.

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

**Synagis®** AbbVie

***Immunglobulin mot respiratorisk syncytialvirus.***

ATC-nr.: J06B B16

C **INJEKSJONSVÆSKE, oppløsning 100 mg/ml:** 1 ml inneh.: Palivizumab 100 mg, histidin, glysin, vann til injeksjonsvæsker.
**Indikasjoner:** Forebygging av alvorlige nedre luftveisinfeksjoner som krever sykehusinnleggelse forårsaket av respiratorisk syncytialvirus (RS-virus) hos barn med stor risiko for RS-virussykdom: Barn født i 35. svangerskapsuke eller tidligere <6 måneder i begynnelsen av RS-virussesongen, barn <2 år som har hatt behov for behandling for bronkopulmonal dysplasi i løpet av de siste 6 måneder, barn <2 år med medfødt hjertesykdom som er av hemodynamisk betydning.
**Dosering:** Anbefalt dosering er palivizumab 15 mg/kg kroppsvekt 1 gang i måneden i perioder med forventet RS-virusrisiko i befolkningen. Volum av tilberedt palivizumaboppløsning (ml) som skal administreres 1 gang pr. måned = [pasientvekt i kg] × 0,15. Når det er mulig, bør 1. dose gis før starten på RS-virussesongen. De påfølgende doser bør gis hver måned gjennom hele RS-virussesongen. Det anbefales at barn som er sykehusinnlagt med RS-virus og som får palivizumab, fortsetter med å få månedlige doser i hele RS-virussesongens varighet. For barn som har gjennomgått koronar-bypass-operasjon anbefales en injeksjon av 15 mg/kg kroppsvekt så snart barnet er stabilt etter inngrepet. Påfølgende doser bør fortsette månedlig gjennom resten av RS-virussesongen for barn som fortsatt har høy RS-virusrisiko. Injeksjonsvolum >1 ml bør fordeles på flere doser. Effekten ved andre doser enn 15 mg/kg, eller ved annen dosering enn månedlig i hele RS-virussesongen, er ikke fastslått. ***Tilberedning/Håndtering:*** Hetteglass uten konserveringsmiddel klar til bruk (engangsbruk). Skal ikke fortynnes. Skal ikke ristes. Både 0,5 ml og 1 ml hetteglass inneholder et overskudd som tillater opptrekking av hhv. 50 mg og 100 mg. Fjern klaffen til korken på hetteglasset og gummipproppen rengjøres med 70% etanol eller tilsv. Deretter trekkes opp passende volum av oppløsningen i sprøyten. Dosen skal gis rett etter at den er opptrukket i sprøyten. Se for øvrig pakningsvedlegg. ***Administrering:*** Gis i.m., helst anterolateralt i låret, ved bruk av standard aseptisk teknikk. Glutealmuskelen bør ikke rutinemessig brukes som injeksjonssted pga. risiko for skade på isjiasnerven. Injeksjonsvolum >1 ml bør fordeles på flere doser.
**Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene eller for andre humaniserte monoklonale antistoffer.
**Forsiktighetsregler:** Allergiske reaksjoner inkl. svært sjeldne tilfeller av anafylaksi, anafylaktisk sjokk og dødsfall er rapportert. Medikamenter til behandling av allergiske reaksjoner bør være tilgjengelig for umiddelbar bruk ved administrering. En moderat til alvorlig akutt infeksjon eller febril sykdom kan berettige utsettelse av bruken, med mindre utsettelsen utgjør en større risiko. En lett febril sykdom som mild øvre luftveisinfeksjon, er normalt ikke grunn for utsettelse av palivizumab. Gis med forsiktighet ved trombocytopeni eller annen koagulasjonsforstyrrelse.
**Interaksjoner:** For utfyllende informasjon fra Legemiddelverket om relevante interaksjoner, se J06B B16.Palivizumab forventes ikke å interferere med immunresponsen på vaksiner. Palivizumab kan forstyrre immunbaserte RS-virusdiagnostiske tester, f.eks. noen antigenpåvisningsbaserte analyser. Palivizumab hemmer virusreplikasjon i cellekultur og kan forstyrre virale cellekulturanalyser. Palivizumab forstyrrer ikke reverstranskriptase polymerasekjedereaksjonsbaserte analyser. Analyseforstyrrelser kan føre til falske negative RS-virusdiagnostiske testresultater. Diagnostiske testresultater bør derfor brukes sammen med kliniske funn for å veilede medisinske beslutninger.
**Graviditet, amming og fertilitet:** Ikke relevant pga. ikke indisert til bruk hos voksne.
**Bivirkninger:** Mest alvorlig er anafylaksi og andre akutte overfølsomhetsreaksjoner. Feber, utslett og reaksjoner på injeksjonsstedet er vanlig. *Svært vanlige (≥1/10):* Hud: Utslett. Øvrige: Feber. *Vanlige (≥1/100 til <1/10):* Luftveier: Apné[1]. Øvrige: Reaksjoner på injeksjonsstedet. *Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100):* Blod/lymfe: Trombocytopeni[1]. Hud: Urticaria[1]. Nevrologiske: Konvulsjon[1]. Ukjent frekvens: Immunsystemet: Anafylaksi, anafylaktisk sjokk (dødsfall er rapportert i noen tilfeller)[1]. Luftveier: Økt astmafrekvens hos premature (uklar årsakssammenheng)[1].
[1] Identifisert fra overvåkning etter markedsføring.
**Overdosering/Forgiftning:** En dose på 22,27 mg/kg til ett barn har ikke vist medisinske følger. Doser opptil 85 mg/kg er rapportert, og i noen tilfeller ble bivirkninger rapportert tilsvarende de observert for doser >15 mg/kg. Behandling: Pasienten overvåkes for tegn eller symptomer på bivirkninger, og hensiktsmessig symptomatisk behandling settes i gang umiddelbart.
**Egenskaper:** *Klassifisering:* Palivizumab er et humanisert IgG1k monoklonalt antistoff rettet mot en epitop på det A-antigene setet på fusjonsproteinet til respiratorisk syncytialvirus (RS-virus), og er sammensatt av humane (95%) og murine (5%) antistoffsekvenser. Palivizumab har potent nøytraliserende og fusjonshemmende aktivitet mot både RS-virus type A og B. *Absorpsjon:* Månedlige intramuskulære doser på 15 mg/kg gir etter ca. 30 dagers bruk, laveste serumkonsentrasjoner på ca. 40 µg/ml etter 1. injeksjon, ca. 60 µg/ml etter 2. injeksjon og ca. 70 µg/ml etter 3. og a4. injeksjon. Fordeling: Distribusjonsvolum ca. 57 ml/kg. *Halveringstid:* Ca. 20 dager hos barn.
**Oppbevaring og holdbarhet:** Oppbevares i kjøleskap ved 2-8°C. Skal ikke fryses. Oppbevares i originalemballasjen for å beskytte mot lys. Skal gis rett etter at dosen er opptrukket i sprøyten.
**Pakninger og priser:** ***Injeksjonsvæske, oppløsning:*** 100 mg/ml, 0,5 ml (hettegl.) kr 5406,10. 1ml (hettegl.) kr 9145,10.
**Sist endret:** 28.01.2016

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

NOSYN17001 THAU

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

abbvie

B ØKONOMI
ÉCONOMIQUE

Returadresse:
Den Norske Legeforening
Pb 1152 Sentrum
0107 Oslo

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

**Utvalgt sikkerhetsinformasjon (basert på SPC godkjent av SLV: 07.10.2015)**[3]
**Indikasjoner:** Symptomlindring ved moderat til alvorlig sesongrelatert og helårlig allergisk rhinitt hvis monoterapi med enten intranasalt antihistamin eller glukokortikoid ikke er tilstrekkelig.
**Forsiktighetsregler og interaksjoner:** Nøye overvåking av pasienter med synsforandringer eller med tidligere økt okulært trykk, glaukom og/eller katarakt.

## C Dymista «Meda»

*Lokalt antihistamin + kortikosteroid.*

ATC-nr.: R01A D58

T **NESESPRAY:** Azelastinhydroklorid tilsv. azelastin 125 µg, flutikasonpropionat 50 µg, dinatriumedetat, glyserol, mikrokrystallinsk cellulose, karmellosenatrium, polysorbat 80, benzalkoniumklorid, fenyletylalkohol, renset vann. **Indikasjoner:** Symptomlindring ved moderat til alvorlig sesongrelatert og helårlig allergisk rhinitt, hvis monoterapi med enten intranasalt antihistamin eller glukokortikoid ikke er tilstrekkelig. **Dosering:** ***Voksne og ungdom ≥12 år.*** Regelmessig bruk er viktig for full terapeutisk effekt. Kontakt med øynene må unngås. En spray i hvert nesebor 2 ganger daglig (morgen og kveld). Behandlingsvarighet bør være i overensstemmelse med allergeneksponeringsperioden. ***Spesielle pasientgrupper:*** *Nedsatt lever- og nyrefunksjon:* Data foreligger ikke. *Barn <12 år:* Anbefales ikke da sikkerhet og effekt ikke er fastslått. *Eldre:* Dosejustering er unødvendig. **Administrering:** Til nasal bruk. Flasken bør ristes forsiktig før bruk i ca. 5 sekunder ved å vende den opp og ned. Før første gangs bruk må sprayen klargjøres ved å trykke pumpen ned og slippe 6 ganger. Er det >7 dager siden bruk, må den klargjøres på nytt. Etter at nesen er pusset skal oppløsningen sprayes inn i hvert nesebor mens hodet bøyes fremover. Spraytuppen tørkes av og beskyttelseshetten settes på plass etter bruk. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for noen av innholdsstoffene. **Forsiktighetsregler:** Systemiske effekter av nasale kortikosteroider kan forekomme, særlig ved bruk i høye doser over lang tid. Mulige systemiske effekter kan omfatte Cushings syndrom, Cushinglignende trekk, adrenal suppresjon, veksthemming hos barn og unge, katarakt, glaukom, og mer sjeldent, en rekke psykiske eller atferdsmessige effekter, som omfatter psykomotorisk hyperaktivitet, søvnforstyrrelser, angst, depresjon og aggresjon (særlig hos barn). Ved alvorlig leversykdom er det sannsynlig at systemisk eksponering for flutikasonpropionat er økt. Dette kan medføre høyere forekomst av systemiske bivirkninger og forsiktighet bør utvises. Behandling med høyere doser enn anbefalt kan medføre klinisk signifikant adrenal suppresjon. Ved bruk av doser som er høyere enn anbefalt, bør det vurderes å bruke ytterligere systemiske kortikosteroider i perioder med stress eller elektiv kirurgi. Det er rapportert veksthemming hos barn som får intranasale kortikosteroider i godkjente doser. Det anbefales at veksten hos ungdom overvåkes regelmessig. Ved hemmet vekst, skal dosereduksjon vurderes. Nøye overvåkning er påkrevet hos pasienter med synsforandringer eller med tidligere økt okulært trykk, glaukom og/eller katarakt. Hvis det foreligger grunn til å tro at binyrefunksjonen er nedsatt, skal det utvises forsiktighet ved overføring av pasienter fra systemisk steroidbehandling til Dymista. Hos pasienter med tuberkulose, enhver type ubehandlet infeksjon eller som nylig har gjennomgått kirurgisk inngrep, eller fått skade på nese eller munn, skal mulige fordeler med behandling veies opp mot mulig risiko. Inneholder benzalkoniumklorid som kan forårsake irritasjon av neseslimhinnen og bronkospasmer. **Interaksjoner:** For utfyllende informasjon fra Legemiddelverket om relevante interaksjoner, se R01A D58+. *Flutikasonpropionat:* Det er rapportert klinisk signifikante interaksjoner ved samtidig bruk av ritonavir, med systemiske kortikosteroidbivirkninger som Cushings syndrom og binyrebarkssuppresjon. Samtidig bruk med ritonavir skal derfor unngås, med mindre potensiell nytte oppveier risiko. Under normale omstendigheter er det lave plasmakonsentrasjoner av flutikasonpropionat etter intranasal dosering pga. omfattende first pass-metabolisme og høy systemisk clearance via CYP 3A4 i tarm og lever. Klinisk signifikante interaksjoner er derfor lite sannsynlig. Det tilrådes forsiktighet ved samtidig administrering av en potent CYP 3A4-hemmer (f.eks. ketokonazol), pga. potensielt økt systemisk eksponering av flutikasonpropionat. *Azelastinhydroklorid:* Anbefalte nasale doser fører til svært lav systemisk eksponering. Det skal likevel utvises forsiktighet ved samtidig bruk av sedativa, alkohol eller legemidler med virkning på sentralnervesystemet, da sedativ effekt kan øke. **Graviditet, amming og fertilitet:** *Graviditet:* Det er ingen eller begrenset data om bruk av azelastinhydroklorid og flutikasonpropionat hos gravide. Bør bare brukes under graviditet hvis potensiell fordel oppveier potensiell risiko for fosteret. *Amming:* Det er ukjent om nasalt administrert azelastinhydroklorid/metabolitter eller flutikasonpropionat/metabolitter utskilles i morsmelk. Bør bare brukes ved amming hvis potensiell fordel oppveier potensiell risiko for den nyfødte/spedbarnet. *Fertilitet:* Begrensede data. **Bivirkninger:** *Svært vanlige (>1/10):* Neseblod. *Vanlige (≥1/100 til <1/10):* Hodepine, dysgeusi (ubehagelig smak) og ubehagelig lukt. *Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100):* Ubehag i nesen (inkl. neseirritasjon, stikking, kløe), nysing, nesetørrhet, hoste, tørr hals, halsirritasjon. *Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000):* Munntørrhet. *Svært sjeldne(<1/10 000):* Hypersensitivitet, inkl. anafylaktiske reaksjoner, angioødem (hevelser i ansikt eller tunge og hudutslett), bronkospasme, svimmelhet, søvnighet, glaukom, økt intraokulært trykk, katarakt, nasal septumperforasjon, slimhinneerosjon, kvalme, utslett, kløe, elveblest, fatigue (tretthet, utmattelse), svakhet. Systemiske effekter kan forekomme, særlig ved bruk i høye doser over lang tid. Det er rapportert veksthemming hos barn som får nasale kortikosteroider. Det er mulig med veksthemming hos ungdom også. I sjeldne tilfeller er det observert osteoporose ved bruk av nasale kortikosteroider over lang tid. **Overdosering/Forgiftning:** Ved nasal administrering forventes det ikke overdoseringsreaksjoner. Symptomer: Administrering av høyere doser enn anbefalt over en lengre periode, kan føre til midlertidig binyrebarkssuppresjon.Binyrebarkfunksjonen vil gjenopprettes i løpet av få dager, og kan kontrolleres ved å måle kortisol i plasma. Ved overdosering etter utilsiktet oralt inntak, kan det forventes forstyrrelser i sentralnervesystemet (inkl. sløvhet, forvirring, koma, takykardi og hypotensjon), forårsaket av azelastinhydroklorid. Behandling: Symptomatisk. Avhengig av svelget mengde, anbefales mageskylling. Intet kjent antidot. Se Giftinformasjonens anbefalinger for azelastin R01A C03 side d og flutikason: Glukokortikoider H02A B side d. **Egenskaper:** *Klassifisering:* H1-antagonist (azelastin) og kortikosteroid (flutikason). *Virkningsmekanisme:* Azelastinhydroklorid og flutikasonpropionat har forskjellige virkningsmekanismer og viser synergistiske effekter mhp. forbedring av allergisk rhinitt og symptomer på rhinokonjunktivitt. Flutikasonpropionat er et syntetisk trifluorinert kortikosteroid med svært høy affinitet til glukokortikoidreseptoren, og med potent antiinflammatorisk virkning. Azelastin har potent, langtidsvirkende antiallergisk effekt, og har mastcellestabiliserende og antiinflammatoriske egenskaper. Hemmer syntese eller frigjøring av kjemiske mediatorer kjent for å være involvert i tidlige og sene stadier av allergiske reaksjoner, f.eks. leukotriener, histamin, plateaktiverende faktor (PAF) og serotonin. Lindring av nasale allergiske symptomer i løpet av 15 minutter. *Absorpsjon:* Etter intranasal administrering av 2 doser i hvert nesebor, er gjennomsnittlig Cmax 194,5 ± 74,4 pg/ml for azelastin og 10,3 ± 3,9 pg/ml for flutikasonpropionat, og gjennomsnittlig AUC er 4217 ± 2618 pg/ ml pr. time for azelastin og 97,7 ± 43,1 pg/ml pr. time for flutikason. Tmax etter en enkelt dose er 0,5 time for azelastin og 1 time for flutikason. *Proteinbinding:* Flutikasonpropionat: 91%. Azelastin: 80-90%. Fordeling: Flutikasonpropionat: Distribusjonsvolum ca. 318 liter ved steady state. Azelastin: Stort distribusjonsvolum. *Halveringstid:* Flutikasonpropionat: Eliminasjonshastigheten for i.v. administrert flutikasonpropionat er lineær i doseområdet 0,25-1 g, og karakteriseres ved høy plasmaclearance (Cl=1,1 liter/minutt). Maks. plasmakonsentrasjon reduseres med ca. 98% i løpet av 3-4 timer, og bare lave plasmakonsentrasjoner er forbundet med terminal halveringstid på 7,8 timer. Azelastin: Ca. 20-25 timer for azelastin og ca. 45 timer for den aktive metabolitten. *Metabolisme:* Flutikasonpropionat elimineres hurtig fra systemisk sirkulasjon, hovedsakelig via CYP 3A4. Azelastin metaboliseres hovedsakelig via CYP 3A4, 2D6 og 2C19. Utskillelse: Flutikasonpropionat: Hovedsakelig via gallen. Azelastin: Utskillelse skjer hovedsakelig via feces. **Refusjonsberettiget bruk:** Symptomlindring ved moderat til alvorlig sesongrelatert og helårlig allergisk rhinitt hvis monoterapi med enten intranasalt antihistamin eller glukokortikoid ikke er tilstrekkelig. ***Refusjonskode: ICPC:*** R97, allergisk rhinitt. ***Vilkår nr.: –. ICD:*** J30, vasomotorisk og allergisk rhinitt. ***Vilkår nr.: –. Vilkår:*** Ingen spesifisert. **Pakninger og priser:** *120 doser* (glassflaske) kr 261,60, *3 x 120 doser* (glassflaske) kr. 703,60.
**Sist endret:** 18.08.2015

Mylan
Askerveien 61, 1384 Asker | Postboks 194, N-1371 Asker
info@meda.no | www.dymista.no

**Referanser:**
**1.** Dymista SPC (07.10.2015), avsnitt 2. **2.** Meltzer E, Ratner P, Bachert C et al. Clinically relevant effect of a new intranasal therapy (MP29-02) in allergic rhinitis assessed by responder analysis. Int Arch Allergy Immunol 2013;161:369-77. **3.** Dymista SPC (07.10.2015).