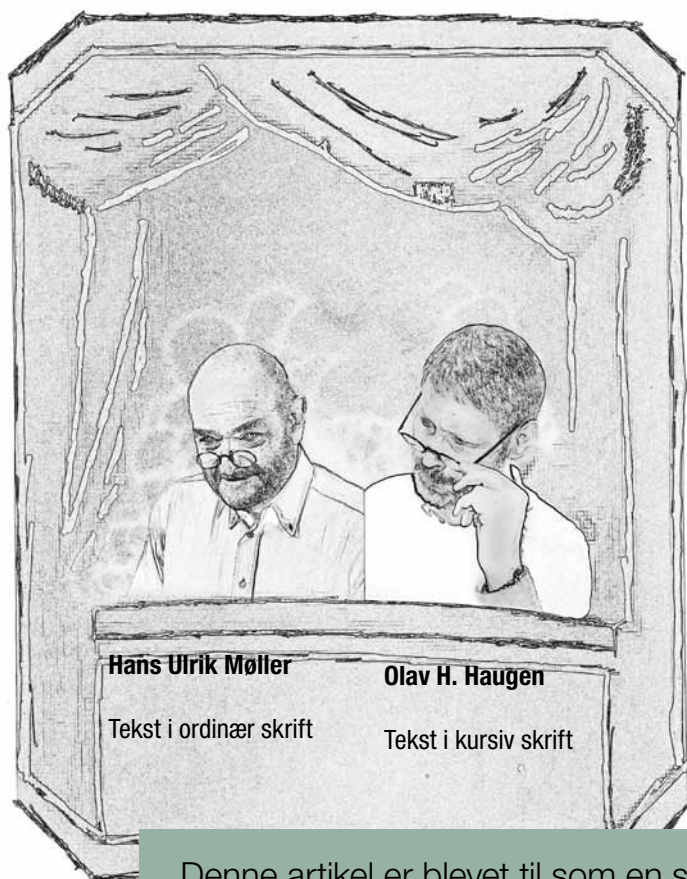


# Slik barna ser det

## sådan ser to gamle

# børneøjenlæger det



Denne artikel er blevet til som en samtale i en Wordfil, der er sendt frem og tilbage – en forlængelse af diskussioner i kaffepauser gennem 25 år.

HANS ULRIK MØLLER, ÅRHUS UNIVERSITETS HOSPITAL  
& OLAV H. HAUGEN, HAUKELAND UNIVERSITETSSJUKEHUS

### Børneoftalmologi

Børn er ikke blot en brøkdæl af en voksen: "Barn är ett folk och de bor i ett främmande land" skrev den svenske forfatter Beppe Wolger i en vise fra 1964; på dansk ved Halfdan Rasmussen "Børn er et gådefuldt folk i en helt anden verden".

På samme måde afviger børneoftalmologien sig markant fra voksenoftalmologien. Børneoftalmologien omhandler ikke kun syndromologi, sjældne genetiske varianter og congenitte malformationer. Den indeholder også en helt anderledes, pædagogisk, tålmodig indgang til patienten, og vores del af faget har andre succeskriterier for "en god dag på jobbet", sammenlignet med hvad vores "voksenkolleger" oplever.

*Det første jeg tenker om barneoftalmologien, er spenningen hver gang jeg går ut på venteværelset for å rope inn et barn som kommer for første gang til undersøkelse. Vil jeg klare*

*å skape den atmosfære av vennlighet og tålmodighet – og kanskje en spennende overraskelse – som gjør at barnet glemmer at det egentlig var redd for å gå til legen, og i stedet møter meg med nysgjerrighet og gryende fortrolighet? Hvor avgjørende dette er for at jeg skal "lykkes" som barneøyelege! Ikke først og fremst for at konsultasjonen skal bli "hyggelig" (men det er også viktig!), men for at jeg som øyelege skal kunne gjøre viktige kliniske observasjoner av barnet,*

*samt få aksept fra barnet til å nærme meg med mine "lyse-og-titte-instrumenter". Har den 5-årige prinsessen på seg en fin kjole? Gi henne uhemmede komplimenter! Har hun med seg bamsen eller dukken? Ikke glem å hilse skikkelig på den også.*



**Barneoftalmologer har det gøy på jobben! Bildet er tatt med tillatelse fra foreldrene**

*Noen ganger kan den beste dialogen med barnet bli via bamsen. Kanskje bør bamsens øyne også få en sjekk?*

Jeg kunne ikke være mere enig. Måden at møte barnet på, kan gøres på mange måder. Ingen er "den riktigste". Jeg velger ofte – når barnet er mellom tre og fem år, som er den sværeste alder – at "lede etter barnet" i venteværelset – lade som om jeg ikke kan finne barnet og leder bag gardinet og under stolene. Barnet er enten straks med på legen og råber: "Jeg er her" eller sitter undrende og kigger på min ryg og foreldrene, indtil jeg pludselig overrasket spørger, "Er det dig?"

Herefter beder jeg barnet "tage sin far og mor med ind til min tryllemappe, ellers kan de jo ikke finde vej" – stadig uden at hilse på foreldrene. Undertiden hilser jeg først på foreldrene, men med et stort smil, når vi er godt i gang med undersøgelsen – med en bemærkning om, at jeg "ikke er interessert i gamle mennesker – kun børn". Dette afføder

et smil fra foreldrene og en klar accept af, at deres barn er hovedpersonen. Herefter slapper både voksne og børn af, fordi jeg har overrasket dem, og det hele forløber helt anderledes, end de "frygtede".

For vi skal altid huske, at ofte er både barn og foreldrene bekymrede – eller rent ud sagt bange – for resultatet af dagens besøg.

*Et av de beste rådene jeg har fått når det gjelder å vinne tillit og trygghet hos et lite barn som skal undersøkes i øynene, er å synge for barnet mens jeg kikker, skiaskoperer og oftalmoskoperer. Mange foreldre synger for barna sine når de skal trøste dem, når de skal sove, og i andre situasjoner. Min erfaring er at å synge skaper en atmosfære av forundring hos barnet ("Næ – synger virkelig doktormannen?" "Næmen, han kan jo akkurat den sangen som mamma synger for meg!"), en forundring som ofte stopper gråten. Man behøver ikke være noen stor sanger, og i mange situasjoner*

*går dette "rett hjem". Og nogle gange virker sangen bare på moderen; men barnet slapper af straks, det mærker, at "mor synes, manden er god nok".*

Jeg har desuden et meget specielt oftalmoskop, som børnene ved egentlig er en tryllemappe, og den lyser grønt lys (!), når man puster på den. Der er kun øjenlæger og børn, som kan trylle sådan. Af helt uforklarlige grunde kan forældre ikke finde ud af det! Herudover har jeg lært mig et par simple trylletricks, som det tager under 30 sekunder at udføre. Flere børn, som kommer til kontrol, spørger, "om jeg vil trylle for dem igen". Det er så simpelt, så simpelt – men uhyre virkningsfuldt. De 30 sekunder er hurtigt tjent ind igen, hvis barnet ikke er bange.

### **Hjernen og synet**

*Det er en gruppe barn som fortjener en spesiell omtale, nemlig barn med sammensatte vansker. Med det mener vi barn som ikke bare har synsvansker, men*

Behandling af Glaucom

# **TAPTIQOM<sup>®</sup>** (tafluprost 15µg/ml + timolol 5mg/ml)

## **FAST KOMBINATION UDEN KONSERVERING I EN DRÅBE**

- IOP sænkning på op til 40%<sup>1</sup>
- Lav hyperæmi frekvens<sup>2</sup>
- En gang daglig<sup>3</sup>

**TAPTIQOM<sup>®</sup> - når der er brug  
for yderligere sænkning af IOP**

References: 1) Holló G et al. Adv Ther 2014;31:932-944. 2) Hollo et al. Expert Opin. Drug Saf. 2015;14(4):609-17. 3) SPC Taptiqom.

Santen Danmark  
Repræsentationskontor af SantenPharma AB  
Strandvejen 343 · 2930 Klampenborg · Tlf. 39 90 84 90 · info.dk@santen.com · www.santen.dk

 Santen

som i tillegg har motoriske problemer (sitter i rullestol, ataxi), har vansker med språk og kommunikasjon, samt kognitive problemer. Ofte er dette barn med sjeldne syndromer, nevrometabolske sykdommer eller komplekse hjerneskader av annen årsak.

Mange øjenlæger – uden for børne-oftalmologernes rækker – tænker ikke så ofte på, at en tredjedel af alle svagtsende børn har raske øjne, men har ”hjernebetinget synsnedsettelse”. Disse børn udgør et af de vigtigste områder i en børneoftalmologisk klinik. Jeg oplever ofte, at disse konsultationer er de mest givende. Forældre til multi-handikappede børn har ofte følt sig ladt i stikken, hvis de ikke har mødt en børneøjelæge, som er vant til at sætte deres børns øjensymptomer i relief. Da min gamle lærermester *Mette Warburg* (1926 - 2015) for måske 30 år siden viste mig den første patient med ordene ”Det er en typisk patient med Cerebral Visual Impairment”, tænkte jeg: ”Ok, så har jeg lært det i dag.” Men rent faktisk tog

det langt over ti år, før jeg rigtig forstod, hvad hun havde indført mig i.

Nogle eksempler: De allersværest afficerede børn stirrer bare ud i luften og reagerer end ikke på skift mellem lys og mørke. Her kan forældrene ofte fortælle, at barnet er ”meget bedre til at høre end til at se.” Egentlig giver denne sætning ingen mening, for de to sanser kan ikke sammenlignes – men jo, sætningen giver mening: Den fortæller, at barnet, som blot stirrer ud i luften, rent faktisk alligevel kan have kontakt med omverdenen, kan genkende forskellige stemmer og har et følelsesliv.

Andre børn kan kun se, når de er mætte, udhvilede eller i kendte omgivelser – men ”slår synet fra”, når de ikke føler sig trygge: Det er fordi, de skal bruge så meget cerebral energi på at se.

Og atter andre børn kan se næsten alt, men ikke genkende for eksempel ansigter eller objekter i bevægelse.

Det er vigtigt at forklare, hvordan det hænger sammen og beskrive for forældrene, hvor i dette brede spektrum netop deres barn befinder

sig. Men det tager tid! Hjernebetinget synsnedsettelse er umådelig mange-facetteret og udfordrende. Ved at sætte sig ind i barnets situation kan man gøre gavn – uden at helbrede noget.

*Mange vil kanskje oppleve en usikkerhet og hjelpeløshet i møte med disse pasientene, fordi de virker så vanskelige å undersøke. Men nettopp disse barna er det viktig at vi møter med trygg faglighet, ekstra årvåkenhet, omtanke og interesse. Det er flere grunner til dette.*

*For det første kan en øyeundersøkelse være av største viktighet for å stille en riktig diagnose. Det kan være misdannelser i fremre segment, en blek papille, en ”cherry-red spot” i fundus, et kolobom. Slike funn kan være den biten i puslespillet som bidrar til å stille en riktig diagnose på en sjelden tilstand. Dette er faglig svært tilfredsstillende og krydrer hverdagen!*

Jeg husker specielt en seksårig dreng: Han havde som første symptom nedsat syn, og han kunne ikke klare mere end et par linjer på synstavlen.



Taptiqom (tafluprost 15 mikrogram + timolol, som maleat, 5 mg). Øjendråber, opløsning, i enkelt dosisbeholder. Indikationer: Reduktion af intraokulært tryk (IOP) hos voksne patienter med åbenvinklet glaukom eller okulær hypertension, som ikke responderer tilstrækkeligt på topisk monoterapi med betablokkere eller prostaglandinanaloger og har brug for en kombinationsbehandling, og som vil have gavn af øjendråber uden konserveringsmidler. Dosering og indgivelsesmåde: En øjendråbe i konjunktivalsækken i det/de syge øjne en gang daglig. Dosen må ikke overskride en dråbe i det/de syge øjne daglig. Taptiqom er en steril opløsning uden konserveringsmidler i en enkelt dosisbeholder. Kun til engangsbrug. En beholder er tilstrækkelig til behandling af begge øjne. Hvis der anvendes mere end et topikalt oftalmisk lægemiddel, skal de enkelte lægemidler administreres med mindst 5 minutters mellemrum. Kontaktlinser skal fjernes inden instillation af øjendråberne og kan sættes i igen efter 15 minutter. Taptiqoms sikkerhed og virkning hos børn under 18 år er endnu ikke klarlagt. Kontraindikationer: Overfølsomhed over for de aktive stoffer eller over for et eller flere af hjælpestofferne. Reaktiv luftvejssygdom herunder astma bronchiale eller astma bronchiale i anamnesen, svær kronisk obstruktiv lungesygdom. Sinusbradykardi, syg sinusyndrom, sinoatrial blok, atrioventrikulært blok af anden eller tredje grad, der ikke kontrolleres med pacemaker. Åbenlyst hjertesvigt, kardiogent shock. Særlige advarsler og forsigtighedsregler vedrørende brugen: På grund af det beta-adrenerge indholdsstof timolol kan der forekomme de samme typer kardiovaskulære, pulmonale og andre bivirkninger, som ses ved systemiske betablokkere. Hos patienter med kardiovaskulære sygdomme (f.eks. koronar hjertesygdom, Prinzmetals angina og hjerteinsufficiens) og hypotension bør behandling med betablokkere vurderes meget nøje, og behandling med andre aktive stoffer bør overvejes. Patienter med kardiovaskulære lidelser bør monitoreres for tegn på forværring af disse sygdomme og bivirkninger. På grund af deres negative effekt på ledningstiden bør betablokkere kun gives med forsigtighed til patienter med hjerteblod af første grad. Patienter med svære perifere kredsløbsforstyrrelser/lidelser (dvs. alvorlige former for Raynauds sygdom og Raynauds syndrom) bør behandles med forsigtighed. Respiratoriske reaktioner, herunder dødsfald på grund af bronkospasmer hos patienter med astma, er blevet rapporteret efter administration af nogle oftalmiske betablokkere. Taptiqom bør anvendes med forsigtighed hos patienter med mild/moderat kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL), og kun hvis den potentielle fordel opvejer den potentielle risiko. Betablokkere bør anvendes med forsigtighed hos patienter med spontan hypoglykæmi eller til patienter med labil diabetes, idet betablokkere kan maskere tegn og symptomer på akut hypoglykæmi. Oftalmiske  $\beta$ -blokkere kan fremkalde tørhed i øjnene. Patienter med korneale sygdomme bør behandles med forsigtighed. Effekten på det intraokulære tryk eller de kendte virkninger ved systemisk betablokkade kan blive forstærket, når timolol (et af indholdsstofferne i Taptiqom) gives til patienter, der allerede behandles med en systemisk betablokker. Reaktionerne hos disse patienter bør observeres nøje. For behandlingen påbegyndes, skal patienterne informeres om risikoen for vækst af øjenvipperne, mørkfarvning af huden på øjenlåget og forøget pigmentering af iris. Nogle af disse ændringer kan være permanente og føre til forskelle i udseendet på øjnene, når kun det ene øje behandles. Det anbefales at udvise forsigtighed ved brug af tafluprost hos afakiske patienter, pseudofakiske patienter med bristet bagerste linsekapsel eller forkommerlinser eller hos patienter med kendte risikofaktorer for cystoidt makulært ødem eller iritis/uveitis. Interaktion med andre lægemidler og andre former for interaktion: Der er ikke udført interaktionsstudier. Effekterne er potentielt additive med risiko for hypotension og/eller udtalt bradykardi ved samtidig administration af oftalmisk betablokkeropløsning med orale calciumkanal-blokkere, beta-adrenerge blokkere, antiarytmika (herunder amiodaron), digitalisglycosider, parasymptomimetika, guanethidin. Orale beta-adrenerge blokkere kan forværre rebound-hypertension, som kan opstå ved seponering af clonidin. Forstærket systemisk betablokkade (f.eks. nedsat hjertefrekvens, depression) er blevet rapporteret ved samtidig behandling med CYP2D6-hæmmere (f.eks. quinidin, fluoxetin, paroxetin) og timolol. Fertilitet, graviditet og amning: Der findes ingen data om Taptiqoms virkning på human fertilitet. Der er ingen eller utilstrækkelige data fra anvendelse af Taptiqom til gravide kvinder. Kvinder i den fertile alder skal anvende sikker kontraktion under Taptiqom-behandlingen. Taptiqom bør ikke anvendes under graviditeten, med mindre det er klart nødvendigt. Det er ukendt, om tafluprost og/eller dets metabolitter udskilles i human mælk. Hvis behandling med Taptiqom er påkrævet, må amning frarådes. Bivirkninger: Bivirkningerne, som blev rapporteret i de kliniske forsøg med Taptiqom, var begrænset til dem, som tidligere er rapporteret for ét af eller begge de to aktive stoffer: tafluprost eller timolol. Der blev ikke observeret nye bivirkninger, der er specifikke for Taptiqom, i de kliniske forsøg. De fleste bivirkninger, som blev rapporteret, var okulære, milde eller moderate i sværhedsgrad, og ingen af dem var alvorlige. Følgende bivirkninger med Taptiqom blev rapporteret under kliniske forsøg (opstillet efter faldende hyppighed inden for hver hyppighedsgruppe). Nervesystemet, Ikke almindelig ( $\geq 1/1.000$  til  $< 1/100$ ): Hovedpine. Øjne: Almindelig ( $\geq 1/100$  til  $< 1/10$ ): Konjunktival/okulær hyperæmi, øjenkløe, øjensmerte, ændringer i øjenvipper (forøget længde, tykkelse og antal vipper), misfarvning af øjenvipper, øjenirritation, formemmelse af fremmedlegeme i øjnene, sløret syn, fotofobi. Ikke almindelig ( $\geq 1/1.000$  til  $< 1/100$ ): Unormal følelse i øjet, tørre øjne, ubehag i øjnene, konjunktivitis, erytem på øjenlåget, øjenallergi, øjenlågssødem, overfladisk punktførmig keratitis, øget tåreflåd, infilmation i det forreste kammer, astenopi, blefaritis. Overdosering: Det er usandsynligt, at der vil forekomme en topisk overdosering med tafluprost, og at den ville være forbundet med toksicitet. Udlevering: B. Tilskud: Ja. Opbevaringsstid: Efter anbrud af folieposen: 28 dage. Særlige opbevaringsforhold: Opbevares i køleskab ( $2^{\circ}\text{C}$  til  $8^{\circ}\text{C}$ ). Opbevar enkelt dosisbeholderne i den originale foliepose for at beskytte mod lys, må ikke opbevares ved temperaturer over  $25^{\circ}\text{C}$ . Bortskaf en åbnet enkelt dosisbeholder med eventuel overskydende opløsning umiddelbart efter brug. Pakninger og priser ekskl. rec. gebyr: enkelt dosisbeholder 30 x 0,3 ml og 90 x 0,3 ml. Priser se [www.medicinpriser.dk](http://www.medicinpriser.dk). Indehaver af markedsføringstilladelsen: Santen Oy, Niittyhaankatu 20, 33720 Tampere, Finland. Dato for første markedsføringstilladelse: 7. november 2014. Produktinformationen er forkortet i forhold til det af Lægemiddelstyrelsens godkendte produktresumé. Produktresumeeet kan vederlagsfrit rekvireres fra Santen Danmark.

Han fremtrådte lidt "sær" – siger vi på dansk. Han var alt for usikker, og alt for svær at få kontakt med. Han lignede for eksempel slet ikke de børn, som man mistænker for Funktionel Synsnedsættelse: Dem kender vi jo alle sammen. Det er de børn, som oplagt gætter forkert, og som læser selv de store bogstaver m e g e t langsomt. Han havde raske øjne, men virkede syg. I den aktuelle situation er en hjernetumor i en stum zone jo det, som lægen er bange for at overse. Men kort forinden havde jeg været på kursus og lært, at drenge i førskolealderen, som ikke kan se trods raske øjne, også skal mistænkes for "adrenoleukodystrofi". Det er en X-bundet arvelig, progressiv sygdom i fedtstofskiftet. Han blev akut sendt til skanning på indikationen "obs hjernetumor / adrenoleukodystrofi" – og han havde det sidstnævnte. Casen fortælles ikke her for at fremhæve egen fortræffelighed. Men den er illustrativ, fordi den skaffede barnet en hurtig henvisning til den rette afdeling "Center for Sjældne Sygdomme", hvor han blev taget hånd om på kvalificeret vis – seks måneder senere var han død. Men det var ikke syndromologen, som stillede den diagnose den dag. Det var øjnlægen, som selv havde haft børn i seksårs alderen, der studede over drengens adfærd. Det kan alle øjnlæger, som er forældre, finde. Man skal huske at bruge sin almindelige kliniske sans og ikke tro, at kun børneøjnlæge-nørder kan undersøge børn.

*For det andre har denne gruppen patienter statistisk mye oftere en øyetilstand som det finnes en behandling for, og som det derfor er viktig å oppdage. Det beste eksempel på dette er refraksjonsfeil, som i mange tilfeller kan være store, enten hypermetropi, myopi eller astigmatisme. Noe så enkelt som en brille kan bety en enorm forskjell for dette barnet – især Downs syndrom!!*

*For det tredje vil et møte med en interessert og trygg lege være viktig for foreldrene, som ofte er veldig på vakt på grunn av mange kontroller og kanskje blandede erfaringer med helsevesenet. At en lege møter barnet deres med vennlig nysgjerrighet, omtanke og interesse, gjør at de senker skuldrene og raskt blir på "din side". Hos denne pasientgruppen er dette ekstra viktig, siden de ofte*



**Denne unge mor ved, at hendes datter har et spesielt behov for at få lavet synsprøve**

*må komme til kontroller i mange år fremover. Et råd: Selv om barnet mangler vanlig språk og åpenbart har kognitive vansker – henvend deg ikke bare til foreldrene, men også direkte til barnet, ved å bruke hans eller hennes navn. Mange barn oppfatter mer enn vi tror, og dessuten oppfatter foreldrene at du på denne måten behandler barnet deres med respekt.*

Man skal også huske, at halvstore barn skal have en forklaring om sykdommen i barnesprog, hvor man fremhæver, hvad de er gode til; og man skal huske at sikre sig, at de har forstået, hvad man sagde.

### **Gode råd og praktiske tips ved øyeundersøkelse av barn**

*Mye viktig informasjon om et barns synsfunksjon kan du få bare ved å observere på avstand*

- Fiksasjon (Synsaktiv? Stabil fiksasjon? Strabisme? Nystagmus?)
- Følgebevegelser (Følger et leketøy som du viser frem og beveger langsomt foran barnet (eller såpebobler!)?)
- Presenter et leketøy fra siden samtidig som du fanger oppmerksomheten rett

*frem – snur barnet seg etter leketøy? (Gir verdifull informasjon om synsfelt)*

- Gjør et par orienterende sveip med skiaskopet uten korrigerende glass – dette gir veldig raskt et hint om barnets refraksjonstilstand (Ubetydelig avvik? Stort avvik?). Dersom barnet bruker briller, la brillene være på; noen korte sveip med skiaskopet gir deg raskt informasjon om brillen er noenlunde riktig (Rask og symmetrisk medbevegelse på begge sider)
- Jeg anvender ofte "Tilvæningstider". Det betyr at barnet kommer i klinikken 4 ganger i få minutter, hvor vi leger med tryllepampen, og jeg iagttager det, som Olav beskriver ovenfor. Derefter udleverer jeg dråber, og så kommer barnet dillateret hjemmefra 5. og sidste gang. NU er det ikke bange lenger. Men - man må indstille sig på, at det tager noget tid at overtale moderen til at komme FEM gange. Tro mig! Det er et godt trick og det giver 5 gange honorar. Jeg har sparet rigtig mange undersøgelser i fuld bedøvelse – hvilket er meget dyrere – på denne vis.



**Alle grædende børn falder i søvn, hvis man venter**

■ Når barnet skal dryppes med dilaterende dråper, la en annen person gjøre det, for eksempel en sykepleier som er flink med barn. Helst bør det også skje på et annet sted. På den måten blir det som er ubehagelig, utført av "the bad guy", mens du forblir "the good guy" og ditt kontor er stadig et "trygt" sted. Til barn som er store nok, bør du på forhånd forklare at de må få noen dråper i øynene. Vær ærlig og si at det er litt ekkelt, men at det går fort over. Små premier hjelper godt og brukes de fleste steder.

### Når ingenting nytter / når jeg "mislykkes" med undersøkelsen

Til tross for all vår vennlighet og ufarlighet, sanger og trylling, hender det det likevel at barnet er så engstelig og urolig, eller gråter seg helt bort, slik at vi må strekke våpen: Her er det ikke mulig å nærme seg barnet til en vanlig undersøkelse. I en slik situasjon vil vi gi følgende råd:

1) Ikke bruk fysisk makt! Å be mor eller far holde barnet – kroppen og hodet – i en "skruestikke" samtidig som du tvinger øynene opp for å gjøre din undersøkelse, vil være svært

traumatisk for foreldrene, og dessuten vil barnet huske dette og det vil gjøre senere kontroller enda vanskeligere.  
2) Foreslå at barnet kan komme tilbake for en senere kontroll, kanskje til en

gunstigere tid på dagen i forhold til soving og måltider. Det kan også være greit at barnet er ferdig dryppet hjemme, slik at det blir minimalt med ventetid før de kommer inn til deg.

3) Sjekk ut om barnet skal undersøkes i narkose i forbindelse med andre prosedyrer, slik at din øyeundersøkelse kan kombineres med det. Det er jo ofte skiaskopi og fundusundersøkelse som er "the hard part of the game", og dette kan gjøres mens barnet sover. Men vi legger nesten aldri et barn i narkose bare for å oftalmoskopere/skiaskopere. Nogle gange skal barnet bare vente en time i venterummet, før det faller i søvn, og så kan oftalmoskopien gjennomføres. Forældrene bliver rigtig glade for, at man udviser denne omsorg.

### Hvorfor valgte vi barneoftalmologien?

For snart 30 år siden fikk jeg som ung assistentlege delta på et kurs i "Paediatric Ophthalmology" i London. Kurset gikk over nesten 2 uker, og ble ledet av David Taylor og Tony Moore. Dette kurset ble på mange måter bestemmende for min senere yrkeskarriere. Jeg ble tatt med inn i et fascinerende fagfelt, som ble formidlet med et engasjement og en begeistring som gjorde et sterkt inntrykk – et felt som spente over et spekter fra



**Ung autistisk, svært svagtseende pige som har gjort sig det behageligt i ventetiden  
På skiltet på hendes trøje står: jeg er svagtseende autist, vis hensyn – det gjorde vi**

lesevansker til supersjeldne genetiske sykdommer og syndromer. Hjemme i Norge så jeg at dette var et område av øyefaget som mange skygget unna, men som tiltrakk meg på en forunderlig måte. Jeg har alltid trivdes sammen med barn og opplever at jeg har lett for å få kontakt med barn. Det er noe med barnas nysgjerrighet, deres ærlige og direkte måte å kommunisere på, som alltid har fascinert meg. Her åpnet det seg plutselig en mulighet til å jobbe med spennende faglige problemstillinger i kombinasjon med lek og moro, tøys og tull! Jeg har ikke angret en dag siden på at dette ble mitt fagfelt. Dette kursuset finnes stadig på The Institute of Child Health, London og kan stadig anbefales.

Jeg valgte børneoftalmologien pga. en blanding af

- "norden's tilgang til faget", ham som opplever et kick ved at stille den sjældne diagnose og at samarbejde på tværs af medicinen med børnelægerne, som er holistiske i deres tilgang til patienten.
- en tilfredsstillelse ved at lege med barnet og lave sjov og ballade og lege teater på arbejdet. Det driver mig. Som min gamle øjenlæge-far sagde, "Vi har været i Show Business i generationer; vi er ud af en præsteslæggt."
- Jeg blev oprindeligt inspireret af Mette Warburg. Derefter brugte jeg børneoftalmologien til at udleve min politiske grundholdning / sociale indignation: Om at passe på de svageste i samfundet, fordi alle skal have samme chancer. Det at få undersøgelsen til at lykkes, hvor andre gav op, er belønningen, som gør mig glad – det er at sammenligne med det, kataraktkirurgen oplever ved at få sin patient til at se 6/6.

Gid at dette kunne udbredes til mange, mange flere – så ingen behøvede læse om det i Oftalmolog!

Taksigelser, illustrationer: Klinisk foto, Regionshospitalet Viborg (1,3), klinisk foto Haukeland (2) og Øjenklinikken, Viborg (4,5)



## Nordic Congress of Ophthalmology

Oslo 22 - 25 August 2018



Foto: Lotteise Folge

**Bente Haugom**  
Avtalespesialist, Leder av Norsk  
Oftalmologisk Forening



**Morten C. Moe**  
Professor Øyeavdelingen  
Oslo Universitetssykehus/  
Universitetet i Oslo  
President NOK 2018

Kjære alle kolleger,  
*Påmeldingen til NOK 2018 i Oslo 22-25. august er nå åpnet på [www.nok2018.com](http://www.nok2018.com)!*  
Dette gjelder også påmelding for **Abstrakt** som FREE PAPER eller POSTER, som er en utmerket anledning for å presentere forskning, en spennende kasustikk eller en ny metode for kollegaer – vi kan garantere diskusjon! *Frist for abstrakt påmelding er 1. april 2018.*

22-25 august er det perfekte tidspunktet å besøke Oslo, og vi har en aktiv arrangementskomité som arbeider på spreng for å lage de beste rammer om kongressen, inkludert mottakelse i vår storslåtte **Oslo Rådhus** og en uforglemmelig kongressmiddag ved **Den Norske Opera & Ballett**. Da det er noe begrenset med plasser til mottakelsen i Oslo Rådhus, anbefaler vi at du melder deg på så tidlig som mulig.

Temaet for kongressen er "**The future burden and possibilities in ophthalmology**", og vi er i ferd med å sette sammen et meget variert og spennende vitenskapelig program som vil gå parallelt i tre plenumsaler. Som tidligere vil det også arrangeres en egen **Young Ophthalmology (YO) dag** som har et meget imponerende program med både nordiske og internasjonale foredragsholdere. I tillegg arrangeres det dry-lab både for katarakt, strabisme og glaukomkirurgi.

Det arrangeres også en egen **Allied Health dag** med et skreddersydd program både for sykepleiere, optikere, ortoptister og teknikere som vi håper kan være interessant for ansatte ved øyeavdelinger, hos avtalespesialister og ved private klinikker.

På de neste sidene kan du lese mer om kjente – og mindre kjente kulturperler i nærheten av kongresslokalet, som befinner seg midt i Oslo sentrum.

God fornøyelse og vi ses i Oslo!

MER INFORMASJON FINNER DU PÅ **[WWW.NOK2018.COM](http://WWW.NOK2018.COM)**

Vennlig hilsen

Morten C. Moe  
President NOK 2018

Bente Haugom  
Leder av Norsk Oftalmologisk Forening