ÅRGANG 24 – JANUAR 2006 – S. 1-32



P A I D O S

TIDSSKRIFT FOR NORSK BARNELEGEFORENING

PORTRETTET	Per Haavardsholm Finne	s. 18
DIAGNOSE	Ultralyd ved magesmerter hos barn	s. 14
AKTUELT	Hva er det vi ikke "ser" i dag?	s. 25



DEN NORSKE LÆGEFORENING 1886

PAIDOS NR.1 – JANUAR 2006

Redaktør: Tomas Nordheim Alme, Klinikk for barn og habilitering, Sykehuset Buskerud HF, 3004 Drammen
paidos@barnelegeforeningen.no
Design og lay-out: Anne-Marie Korseberg
Trykket hos PDC Tangen
Opplag: 700
Antall utgivelser per år: 4

Fristen:
Frist for innsending av bidrag og annonsemateriale:
Nr 02/2006 – 1. mars
Nr 03/2006 – 1. juni
Nr 04/2006 – 1. september
ISSN: 0804-1687 © Norsk Barnelegeforening

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.

REDAKTØREN

Kjære kolleger!



Tomas Nordheim Alme
Redaktør

Så var det på'an igjen. Heller ikke Paidos har kommet seg gjennom jula uten å legge på seg litt, men i dette tilfellet er det både ønskelig og gledelig. Jeg vil derfor starte med å takke for innsendte bidrag og oppfordre til videre bruk av Paidos som forum for faglig debatt.

I et leserbrev stiller Helene Pande spørsmål vi ikke liker å tenke på - hvordan vil historien dømme oss og våre vurderinger? I denne sammenheng gjelder det "barnehageplikt" for ettåringer. Selv er jeg veldig for barnehager. Som familiefar i et flytteintensivt yrke, har jeg til nå blitt kjent med 5 barnehager og 2 barneskoler. De fleste har imponert meg i sin evne og vilje til å ta nettopp mine barn på alvor og møte dem på deres premisser og derigjennom skape trivsel. Jeg har også kjent på fortvilelsen og vanskene som oppstår når så ikke er tilfelle. Pandes poeng er at vi som ellers i pediatrien må nyansere vurderingene våre for de ulike aldersgrupper og ulike barn, og at *noen* må vurdere barnets behov, uavhengig av foreldrenes. Det er vanskelig å akseptere logikken i at det "eneste rette" for barn under 12 måneder er å være hjemme med en av foreldrene i fødselspermisjon, mens det "eneste rette" for alle ettåringer er å gå i barnehage. Forholdet mellom barnehager og kontantstøtte er blitt en kampsak – det kommer det neppe noe godt ut av for barnas del. Når Barneombudet, og i senere tid vår kunnskapsminister (hvilket er en forholdsvis ublyg tittel), går løs på problemstillingen, tilsynelatende med bare ett øye, er det riktig at vi som har barn som vår profesjon stiller noen kontrollspørsmål. Det finnes helt sikkert foreldre som ikke er i stand til å vurdere hva som er best for egne barn, men jeg tror de er i et klart mindretall. Det finnes da også barnehager som jeg ikke ville finne på å overlate mine barn til, og i iveren etter å skaffe svært mange nye barnehageplasser på kort tid, tror jeg vi skaper noen flere av den sorten også. Kanskje burde Barneombudet i kraft av å skulle være *alle barns* talsmann koste på seg et noe mer nyansert syn på barnehager og kontantstøtte, for inntil videre er det altså foreldrene som innehar retten til å bestemme hva som er best for egne barn.

Det var gledelig å se den store oppslutningen om stiftingen av Norsk Barnesmerteforening i slutten av november. Over 200 helsearbeidere møtte opp for å delta i oppstarten av det som blir en viktig premissleverandør for hvordan vi i fremtiden skal forholde oss til smerter hos barn. Vi er alle rett som det er i situasjoner hvor vi med vitende og vilje påfører barn til dels sterke og skremmende smerter i forbindelse med undersøkelse og behandling. Oppfatningen av hva som er akseptabelt i denne sammenheng har endret seg, og vil ganske sikkert endre seg videre. Som vi i etterpåklokskapens lys har dømt våre forgjengere, vil også fremtidens doktere vurdere og felle dom over det vi har gjort. Da vil opprettelsen av Barnesmerteforeningen antakelig tale til vår fordel.

Paidos har som nevnt blitt tjukk i jula. Jeg har ingen slankeplaner og avslutter derfor med oppfordringen om å dele tanker, erfaringer og idéer med dine kolleger i Paidos i 2006. Hva skjer akkurat der du er?

Jeg ønsker dere alle et riktig godt og fredelig nytt år!

Tomas

LEDER

Kjære kolleger!



Leif Brunvand
Leder i NBF

Først, en takk til Barnesenteret på Ullevål universitetssykehus, for avvikling av Pediaterdagene 2005. Godt faglig program, god stemning og godt sosialt program. Det er viktig for oss å ha to møter i året der vi kan få en følelse av samhørighet og utvikle et nasjonalt pediatrisk nettverk, basert på vennskap og respekt.

Det er mange aktører i arbeidet for å fremme barns helse. Sammen med Barneombudet har vi siden sist delt ut Barnehelseprisen 2005 – for å gi ros og heder til en offentlig person utenfor den medisinske profesjon. En person som har gjort noe spesielt for barns helse. Ideen er både å profilere oss som organisasjon og å fremheve viktigheten av god barnehelse. Årets pris gikk til Jens Stoltenberg for hans arbeid som styremedlem i det internasjonale vaksinefondet. Fondet er svært viktig for å få finansiert et internasjonalt vaksineprogram som når alle barn, også barn i de fattigste landene. Vaksiner er viktig for å hindre sykdom for godt ernærte, ellers friske norske barn. Dårlig ernærte barn har redusert immunforsvar og er langt mer sårbare for infeksjonssykdommer, om underernæringen er på grunn av kronisk sykdom eller fattigdom. Det å få aksept for at vaksine er en rettighet for alle barn, uansett landets eller foreldrenes økonomi, er viktig for å få barnedødeligheten ned. Uten et økonomisk fundament blir en slik rettighet en ren papirbestemmelse. Beregninger kan tyde på at så mye som ¼ av alle barn under ett år ikke får tilbud om de vanlige vaksinene. Det ser ut til at vaksinefondet nå vil lykkes i å fremskaffe nok midler for å nå sitt mål. Bedret vaksinasjonsstatus i seg selv løser langt fra alle problemer relatert til internasjonal barnehelse, men gjennomføring av et internasjonalt vaksineprogram som omfatter alle barn vil ha klare positive ringvirkninger på forhold som oppbygging av primærhelsetjenesten for barn i fattige land, mødrehelse (færre graviditeter), og også for den økonomiske utvikling for det enkelte land.

Det er mange ulike leger som driver kurativ eller forebyggende medisinsk virksomhet for barn i Norge; fastlegen, legevaktslegen, helsestasjonslegen, praktiserende pediater og pediater på sykehus. Det er også andre spesialiteter innenfor kirurgi, hud, øre-nese-hals og øye som behandler barn. Det er åpenbart behov for god samhandling og kontakt mellom de ulike legene. Ut fra pediaterens synspunkt så er det lett å oppfatte vår rolle som sentral, både i utredning og behandling av syke barn og i samarbeid mellom ulike medisinske og ikke medisinske profesjoner for kronisk syke barn. Vi befinner oss imidlertid på en arena for de sykeste barna. Karl Wefrings tverrsnittsundersøkelse av 4-åringers helse i Vestfold fra 2001 viste at vel 70% av de som hadde vært hos lege, hadde vært hos allmennpraktiker, over 10% av barna svært mange ganger. 7,8% av barna hadde ikke brukt annen legetjeneste enn legevakt, 6,3 % hadde bare brukt spesialisthelsetjenesten. Etter innføring av fastlegeordningen har alle barn fått en ansvarlig primærlege, og fastlegen har blitt en sentral del av primærhelsetjenesten for barn. En betydelig del av all kurativ virksomhet hos barn foregår nå hos barnets fastlege. Sykdomspanorama i en allmennpraksis er annerledes enn det vi møter på sykehus, eller i en selektert pediatrisk praksis utenfor sykehus, og de fleste av oss har ikke spesiell erfaring eller kunnskap om allmennmedisinsk legearbeid for barn. Vi har desto bedre kjennskap til alvorlig sykdom hos barn.

INNHOLD

6 Notiser / Lure Lenker

8 Bra for barn!
Sjukehusstafetten til Ålesund
OVE ØKLAND

11 Den gule fare! Kjerneikterus hos en fullbåren nyfødt
LUTZ NIETSCH

14 Ultralyd ved uklare abdominaltilstander
THOMAS REIHER

18 Portrett: Per Haavardsholm Finne
TOMAS NORDHEIM ALME

22 MENINGER

28 Vårmøtet 2006
TOMAS NORDHEIM ALME

30 Pediaterdagene 2005
TOMAS NORDHEIM ALME

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.

Vil du være med å lage Paidos?

Paidos søker skriveglade barneleger som vil være med å forme bladet fremover. Ta kontakt på epost paidos@barnelegeforeningen.no

Før sommeren 2005 ble ”ARBEIDSNOTAT OM SAMHANDLING MELLOM FASTLEGER OG BARNELEGER I FREMTIDEN. HVA KOMMER ETTER OMRÅDEPEDIATRIEN ?”

lagt frem til diskusjon. Det ligger et betydelig arbeid bak dokumentet, som i sin helhet kan leses på www.pedweb.no. Hovedpoenget i notatet er et ønske om å få til en kvalitativt sett bedre legetjeneste for barn utenfor sykehus i Norge. Med den mangelen på ferdige spesialister vi i dag opplever på sykehus, er ikke svaret på dette å ta over allmennlegenes arbeidsoppgaver. Vi må samarbeide med våre kolleger innen allmennmedisin for å finne de beste løsninger. Det er god bruk for den erfaring spesialister i pediatri har også utenfor sykehus. Med den organisasjonsmodell vi har i dag, der foretakene er ansvarlige for all spesialisttjeneste innenfor sitt område, bør det være mulig å sikre en fornuftig bruk av pediatere som arbeider utenfor sykehus. Med barnets helse i sentrum vil vi fortsette å arbeide for et bedre samspill mellom de ulike medisinske aktører innenfor barns helse.

Arbeidsdokumentet som ligger på pedweb er utgått fra NBF. Vi er, etter et møte med allmennlegene i høst, enige med allmennlegene om å utarbeide et ett felles dokument for å bedre helsetjenesten til barn utenfor sykehus. God samhandling krever en felles forståelse og respekt. Hvis vi sammen med allmennlegene klarer å lage en felles plattform, vil et slikt dokument kunne brukes med stor helsepolitisk tyngde.

Leif Brunvand
Leder

Forsidebildet:

Klovnen Lystig er dette nummerets forsidemotiv. Lystig er ansatt ved barneavdelingen i Drammen hvor hun utfører de arbeidsoppgaver som passer for en klovn. Blant disse er ballongkunster, sparkesykling og såpebobleblåsing. Til og med nyfødtintensiv får besøk av klovnen som gjerne stiller opp på bilder med de nyfødte når det skal fotograferes. Fra tid til annen hjelper også Lystig til når vanskelige oppgaver må utføres. Bildet til høyre viser redaktøren og klovnen i kamp med motvillige blodårer. For sikkerhets skyld har klovnen utstyrt legen med Veneflonhatt som etter sigende skal bringe lykke. Både pasient og dokter kom fra episoden uten varige mén.

Lystigs alter ego (eller var det omvendt) er Wenche Wang som er sykepleier på Barnepost 1. — Inspirasjon har jeg blant annet hentet fra sykehusklovnen Siv Øvsthus som jobber på Haukland Sykehus, forteller hun. — Lystig oppfører seg, sier



Thea, Lystig og redaktøren i munter veneflonpassiar. (foto: Nina Boye Pedersen, gjengitt med samtykke fra Theas foresatte.)

Klovnen Lystig (foto: Arild Sønstrød, Fotograf1, Drammen)



og gjør ting som sykepleierne og legene eller andre voksne ikke gjør. Barna vet nok at klovnen er en som garantert ikke skal gjøre noe vondt eller ubehagelig med dem. Hun er der for å bidra til at sykehuserfaringen skal bli til en positiv erfaring. Da kan barna også glede seg til å komme tilbake til sykehuset, og det er viktig hvis man skal dit mange, mange ganger, avslutter Wenche.

Forsidebildet er tatt av fotograf Arild Sønstrød ved Fotograf1 i Drammen. I anledning avdelingens 25-årsjubileum sto han for utsmykkingen av Barnepost 1 med en flott serie fotografier av barn i barneavdelingsalder. Lystig klarte på sedvanlig vis å snike seg med på flere bilder. Takk til Arild Sønstrød for gratis bruk av forsidebildet.

Styret i Norsk barnelegeforening 05/06



Leif Inge Brunvand (Leder)

Medisinsk embetseksamen 1980, distriktslege Gamvik kommune, Finnmark 1982-84, Assistentlege Barneavdelingen Fylkessykehuset i Ålesund 1984-86, Fra og med 1986 vært tilknyttet barneavdelingen Ullevål Universitetssykehus. Doktorgrad i 1998, ”Migration, Vitamin D and Health”. Er nå seksjonsoverlege ved Barnehjerteseksjonen, Ullevål universitetsukehus. Gift 1980, tre barn. Stikkord for fritid er hund, kajakk, turgåing/-løping, bøker og hytte.

leder@barnelegeforeningen.no



Jannicke Andresen (Møtesekretær)

Studert i Tyskland (Wuerzburg). Jobbet på barneavdelingen i Fredrikstad fra desember 2000 til mars 2004, deretter ansatt barneklinikken RH, stipendiat ved Pediatrisk Forskningsinstitutt fra februar i år. Samboer, ingen barn, driver med kitesurfing / kiteskiing på fritiden.

motesekretaer@barnelegeforeningen.no



Kristin Hodnekvam (Nestleder)

Klinikksjef ved Sykehuset Telemark HF. Generell pediater med et hovedområde barnediabetes. Styremedlem i norsk studiegruppe for barnediabetes. For tiden permisjon fra klinikksjefstilling for 1 års overlegevikariat ved Barnesenteret Ullevål. Blir glad av skigåing, musikk, gode filmer og bøker, natur og reiseopplevelser.

nestleder@barnelegeforeningen.no



Bjarne Dag Andersen (Kasserer/Økonomiansvarlig)

Medisinsk embetseksamen i Oslo 1969. Tjeneste som svensk ”prov-läkare” i Kristinehamn. Turnus og senere ass.lege på med avd. Kongsberg s.h.

Ass.lege på Barneavd. Ullevål s.h. 1971-74. Vikariater på barneavdelin gene i Lørenskog og Drammen. Spesialistpraksis med avtalehjemmel og deltidsstilling som barnelege ved Kongsberg s.h. siden 1976.

kasserer@barnelegeforeningen.no



Elisabeth Selvaag (styremedlem)

Medisinsk embetseksamen fra -87. Arbeidet i pediatrien fra -93, først i Trondheim, deretter på Lillehammer og nå igjen i Trondheim. Her jobber jeg med barneneurologi og -habilitering. Har ellers interessert meg for sosialpediatri. Jeg trives godt hjemme hvor jeg har ett barn. Liker meg dessuten ute i all slags vær og forsåvidt hvor som helst i godt selskap.



Thomas Möller (IT-ansvarlig / Webmaster)

Født og oppvokst i Tyskland, utdannet i Kiel og Trondheim. Turnus i Hammerfest, Harstad og Trondheim. Allmennmedisin i 2 år, indremedisin/kardiologi i 1,5 år før jeg begynte i pediatrien. Jobbet på SiA og senere SiV i Tønsberg samt overlegevikariater på AHUS og Barnehjerteseksjon, Rikshospitalet. Spesialist siden 2001. Startet med doktorsgradsprosjekt innen medfødte hjertefeil ved siden av klinisk arbeid i Tønsberg. Bor på Nøtterøy med legekone og tre barn. Fritidsinteresser: musikk, småfly, data.

pedweb@barnelegeforeningen.no



Jon Konradsen (Sekretær)

Født og oppvokst i Bodø. Studert i Trondheim. Jobbet som assistentelege ved Barneavdelingen i Bodø siden 2003. Gift, ingen barn. Bodø/Glimt supporter!

sekretaer@barnelegeforeningen.no



Tomas Nordheim Alme (Redaktør Paidos)

Født i Narvik, oppvokst litt her og litt der. Studert i Oslo, turnustjeneste på vakre Voss, assistentlege ved Klinikk for barn og habilitering i Drammen. Bor på Kjeller med kone og to barn. Ved siden av pediatri er friluftsliv, jakt, småfly og musikk viktige fritidsinteresser.

paidos@barnelegeforeningen.no

NOTISER

Ny klinikksjef på Rikshospitalet



Overlege dr. med. Terje Rootwelt (44) er fra 1.1.2006 tilsatt som Klinikksjef ved Barneklinikken Rikshospitalet og etterfølger dermed Sverre Lie.

— Mine største utfordringer i en tid med innsparingskrav og økonomifokus er å holde hovedfokus på barna og faget, på klinikk, forskning og undervisning og å bidra til at entusiasmen i miljøet opprettholdes tross innsparinger, sier Rootwelt.

— For øvrig ønsker jeg at det gode samarbeidet mellom oss og andre barneavdelinger opprettholdes og videreutvikles. Sammen er vi best! Helt for egen del håper jeg at jeg klarer å finne litt tid til å fortsette mitt engasjement for barn med medfødte stoffskiftesykdommer, avslutter han. Paidos gratulerer med ny jobb, og ønsker lykke til!

Ingen napp på artikkekonkurranse

Artikkelkonkurransen som ble utlyst i forrige nummer av Paidos vakte liten interesse. Det er ikke kommet inn noen bidrag, noe som i det minste gjør juryens jobb enklere. Hovedformålet med konkurransen var å stimulere til økt produksjon av artikler til Paidos. Konkurransen regnes nå som avsluttet, og redaktøren og styret i NBF vil i samarbeid utspekulere nye måter for å lokke frem skrivegleden hos norske barneleger. Har du tips til hvordan dette kan gjøres, ta kontakt via epost paidos@barnelegeforeningen.no

Utmerkelse til norsk pediater



Professor dr. med Thor Willy Ruud Hansen er utnevnt til æresmedlem av The American Pediatric Society. Dette er USA's eldste barnelegeforening med ca 1000 medlemmer. Ruud Hansen arbeider til daglig ved nyfødtseksjonen på Barneklinikken, Rikshospitalet og har gjennom flere år markert seg internasjonalt gjennom arbeid med hyperbilirubinemi. I tillegg til sitt arbeide i Norge har han arbeidet i USA gjennom flere år, blant annet som Associate Professor ved Univerity of Pittsburg i Pennsylvania. Paidos gratulerer med æresbevisningen!

Veileder på nett

Etter lang tids venting er den endelig her, generell veileder for pediatri er publisert på internett. Sammen med Akuttveilederen utgjør den en solid basis for felles rutiner og praksis ved norske barneavdelinger. Fremdeles mangler det noen kapitler, men det aller meste er på plass. Klikk deg inn på www.pedweb.no. Det er meningen at veilederen også skal komme i papirform, men inntil videre må de leselystne av oss klare seg med nettversjonen.

Husk Europediatrics 2006 i oktober

Fra organisasjonskomitéen for den europeiske pediatrikonferansen Europediatrics 2006 har vi fått følgende melding:

The Europaediatrics 2006, C.E.S.P./European Academy of Paediatrics - EAP meeting will take place in Barcelona, Spain, October 7-10, 2006.

The European Academy of Paediatrics - EAP (Europaediatrics) is the largest European Congress of Paediatrics, organized alternately by C.E.S.P. (Confederation of European Specialists in Paediatrics) and UNEPSA (Union of National European Paediatric Societies and Associations).

Europaediatrics 2006 will be a very special congress as, for the first time, two European paediatric subspecialty societies, ESPR/ESN (European Society for Paediatric Research/European Society of Neonatology) and the ESPNIC (European Society of Paediatric and Neonatal Intensive Care) will combine their annual meeting with the C.E.S.P. congress.

Mer informasjon på http://www.kenes.com/europaediatrics/

Ny diabetesform



Ei forskingsgruppe i Bergen har oppdaga ei ny form for diabetes. Ved sida av for høgt blodsukker blir sjukdommen karakterisert av svikt i bukspyttkjertelen sin fordøyelsesfunksjon og nedsett feittopptak frå tarmen. Dette kan ha betydning for behandling av pasientar med vanlege former for diabetes.

Professor og overlege Pål Rasmus Njølstad er leiar for forskingsgruppa som har oppdaga ein ny form for diabetes.

I ein rapport i januarnummeret av det amerikanske tidsskriftet Nature Genetics, eit av verdas høgast rangerte tidsskrift innan medisin og naturvitskap, skildrar forskarar frå Haukeland Universitetssjukehus og Universitetet i Bergen to familiar der mange medlemmer hadde diabetes.

Pasientane viste seg ved nærmare undersøkingar også å ha ein svikt i den delen av bukspyttkjertelen som lagar fordøyelsesenzym og sørger for opptak frå tarmen av næringsemna i maten.

Ved avanserte genteknologiske metodar klarte forskingsgruppa å finne at sjukdommen skuldast mutasjonar i genet som kodar for enzymet karboksyl-ester lipase.

Dette enzymet blir produsert i bukspyttkjertelen, skilt ut til tarmen og påverkar kolesterolomsetninga. Sidan diabetesutviking no kan knytast til bukspyttkjertelen sin fordøyelsesfunksjon og kroppen si kolesterolomsetning, har forskarane funne ei ny forklaring på korleis diabetes kan oppstå.

Dette har stor vitskapeleg betydning og kan få konsekvensar for behandling av andre pasientar med diabetes.

(Sakset fra www.Helse-Bergen.no)

LURE LENKER

Nyttige ressurser på nett

I denne spalten vil vi i hvert nummer presentere et knippe lenker til nettressurser som tar opp tema som er av interesse for pediatere. Noen vil være mest interessante for leger under spesialisering, andre vil være mer generelle. Alle lenkene som legges ut her vil også bli lagt ut på www.barnelegeforeningen.no.

Nettstedene i denne utgaven har nyfødtmedisin som en slags fellesnevner. Paidos tar ikke ansvar for innholdet på nettstedene som det lenkes til. Har du tips og forslag til lure lenker? Send en epost til paidos@barnelegeforeningen.no

Neonatalressurser

For nybakte assistentleger i pediatri er antakelig nyfødtmedisinen det som ligger lengst fra curriculum på medisinstudiet. Mange ferdige spesialister som til vanlig ikke jobber med nyfødte, må fra tid til annen håndtere nyfødtmedisin i vaktsammenheng. Her er en ressurs som kan være til hjelp.

WWW.NEONATOLOGY.ORG



Neonatology.org er veien til en bråte informasjon om vanlige nyfødtproblemstillinger når du trenger å vite litt mer enn det som står i prosedyreboken. Siden er privat drevet av Ray Duncan som er neonatolog ved Cedars-Cinai Medical Center.

Under kapitelet Clinical Resources har Duncan satt sammen en omfangsrik samling av nettressurser sortert på tema. Om du feks. ønsker å lese mer om asfyksi, finnes det ikke mindre enn syv referanser til oversiktsartikler om emnet. I tillegg finnes en egen kolonne med artikler beregnet på pårørende. Selv om disse er på engelsk og dermed vanskelig tilgjengelig for enkelte, finnes det gjerne gode illustrasjoner og tips til hvordan man kan legge opp informasjon til pårørende.

Det finnes også sider som omhandler teknisk utstyr på neonatalavdelinger til glede for ferske barneleger eller andre som trenger en oppfrisking.

Duncan har også laget et kapitel som omhandler neonatologiens historie, med interessante og tankevekkende artikler. En ekstra bonus er en samling "neonatal-pinups", pictures only a neonatologist could love. Her finnes bilder (med klær) og omtaler av en lang rekke kjente nyfødtdoktere, feks Virginia Apgar.

Vil du øke din neonatale allmenndannelse er neonatology.org definitivt verdt et besøk.

TROMSØBOKA



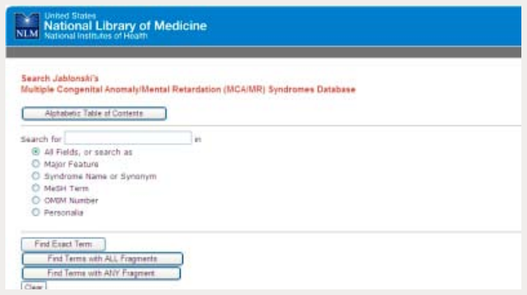
Metodeboka til Universitetssykehuset i Nord-Norge er velkjent på nyfødtavdelinger rundt om i landet. I tillegg til papirversjonen (som henger tungt i frakkelommen) er den tilgjengelig i elektronisk format både for lommePC (PDA) og på internett. Noen videre beskrivelse er vel neppe nødvendig. Adressen direkte til sidene er lang og hengslete, men skriver du www.unn.no og velger området Fagfolk, er du ikke langt unna. Fra sidene finner du dessuten lenke til www. turnuslegen.no hvor boken finnes gratis i isilo-format for deg som foretrekker å bære med deg informasjonen på en PDA eller Palm.

JABLONSKI'S MCA/MR SYNDROMES DATABASE

http://www.nlm.nih.gov/mesh/jablonski/syndrome_db.html

Den er ikke oppdatert siden 1999, og så vidt jeg vet vil den heller ikke bli det. Det er kanskje også å dra det langt å kalle dette en neonatalressurs. Likevel er den definitivt verdt en omtale.

Stanley Jablonski står først og fremst for indeksering av medisinsk literatur. Fra 1949 og helt til i dag har han stått for sortering og katalogisering av medisinsk litteratur (på 10 forskjellige språk) i National Library of Medicine. En av disse katalogene er Multiple Congenital Anomaly/Mental Retardation (MCA/MR) Syndromes. Her kan du skrive inn navn på syndrom, eller mer nyttig, de dysmorfe trekk som i utgangspunktet har fått deg til å stusse. Forsøk feks å skrive inn linjen "ventricular septal defect cholestasis deep eyes" og velg ALL eller ANY fragments. (Noen som tar den i hodet?) . Katalogen inneholder godt med referanser om de forskjellige tilstandene, men har ikke et eget bildegalleri. Dette er en real kam for den som skal klø seg i hodet!





SJUKEHUSSTAFETTEN

Bra for barn!

Barneavdelinga ved Ålesund Sjukehus

Barneavdelinga ved sjukehuset i Ålesund står for tur i denne etappen av sjukehusstafetten. Jugendbyen har hatt barneavdeling sidan 1959 og ved inngangen til 2006 er fokus framleis retta framover.

Ove Økland, Avdelingssjef Barneavdelinga Helse Sunnmøre

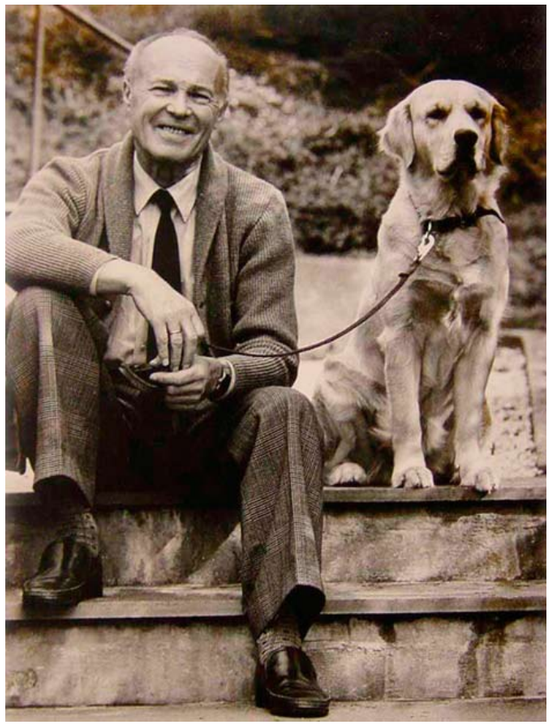
Barneavdelinga Helse Sunnmøre, Ålesund, vart opna i mars 1959, med 26 senger og 3 legar. I 1971 kom den over i nye, utvida lokaler (1000m2) og ein fekk ei spesialisering av funksjonar, med eigen nyføddseksjon. Grunnleggaren av avdelinga og avd.overlege fram til 1984, var Arnljot Drabløs, han følgjer framleis interessert med frå sidelinja!! Dei første åra veksla pleiepersonalet mellom nyfødd og barnemedisin, frå 1978 vart pleiepersonalet utskilt og spesialisert. Dette gav eit markert fall i spebarnsdødelighet frå 10,2 til 4 pr. 1000 levande fødde. Frå 1990 vart det også oppretta eigen habiliteringsseksjon, i 2004 vart denne utvida til også å inkludere vaksenhabilitering , for å få livsløpsperspektiv og eit større fagmiljø.

Plassmangel. Barneavdelinga har sidan 80 og 90-talet slitt med for lite areal, ei utvikling som blei aksentuert av både endringar i infeksjonspanorama og nye forskrifter om barn på sykehus. I same perioden har vi hatt ei utvikling mot aukende poliklinisering, delvis på grunn av få senger på barnemedisinsk sengepost og ei liggetid der som no er nede på 2,0 døgn, men også som eit allsidig temabasert tilbud i eit område med stadig betre kommunikasjonar.

Organisering og utfordringar. Barneavdlinga har fire seksjonar; barnemedisinsk sengepost, barnepoliklinikken, neonatal intensiv seksjon og seksjon for habilitering (barn/vaksen). Desse seksjonane er både faglege og økonomiske driftseiningar. Vi er på vei mot enhetlig ledelse når det gjeld personalforvaltning og økonomisk styring. Den medisinsk faglege ledelsen vil framleis ligge hos seksjonsoverlege. Seksjonane har seksjonsråd kvar måned (avd.spl, seksjonsoverlege, ansatterepresentant og avdelingssjef) med gjennomgang av avvik, månedsrapport økonomi og drøfting av problem relatert til medisinsk behandling eller samarbeid. Dersom ein vidare også vektlegg seksjonsoverlegens faglege styring, trur vi at økonomi og personalforvaltning kan vere styrt av andre yrkesgrupper, i alle fall dersom avd.sjefen er lege. Seksjonsrådet har nøkkelfunksjon i økonomistyringa og dette fungerer godt. Over dette står avdelingsrådet som omfattar lederane ved alle seksjonane, her blir felles problemstillingar og seksjonsovergripande saker, prosedyrer, og fellesressurser diskutert (2-4x pr.år).

Barneavdelinga har eit budsjett oppmot 70 mill.kr pr.år og 120 tilsette. Ved barnemedisinsk sengepost er talet på øyeblikkeleg hjelp innlegginger gått noko ned (75%) som følge av aukende poliklinisering, utnytelsesgraden av sengene er 55 %, noe som gjenspeiler årstidssvingningane. Vi tar her i mot alle typer pediatriske problem , utanom kirurgi.

Barneavdelinga i Ålesund anno 1959



Arnljot Drabløs grunnla barneavdelinga i Ålesund i 1959 og var avdelingsoverlege fram til 1984.

BARNEAVDELINGA ÅLESUND

Etablert:	1959
Senger:	26 (14 nyfødde og 12 store barn)
Seksjonar:	Barnemedisin
	Barnepoliklinikk (Volda, Ålesund)
	Habilitering(Barn+ vaksen)
	Neonatal intensiv
Innleggelsar	ca. 1600
Poliklinikk	ca. 6800

Pasientkontakter barnehabilitering 1140

9 overlegestillingar + 1 i vaksenhabilitering

7 stillingar for underordna legar

Fylkesfunksjon i nyføddmedisin og barnekardiologi

Folketal lokalsjukehusområde: 145 000

Folketal Møre og Romsdal: 245 000

Tradisjonelt har vi brukt både Rikshospitalet, Ullevål Sykehus og Haukeland Sykehus ved behov for spisskompetanse, like mykje som St.Olav , dette har ikkje endra seg etter oppretttinga av dei nye helseregionane.

Når det gjeld utvikling i eigen barneavdeling, vil vi nemne utviklinga av omfattande diagnostikk innanfor pediatrisk gastroenterologi, og til tidlegare tilbakeføring av barn med kreft frå St.Olav, i tillegg til dei typiske luftsvegsproblemstillingane med infeksjonar og astma. På grunn av plassproblem er liggetida kanksje for lav med 2,0 døgn (2004).

Nyfødt. Neonatal intensiv tar i mot nyfødde med problem frå eit totalt fødselstal på om lag 3000 i Møre og Romsdal. Helse Sunnmøre har om lag 1750 fødslar. Seksjonen har 4 nivå III plassar med Stephanie-respiratorar, men talet respiratordøgn har gått ned som følge av tidleg CPAP-behandling. Seksjonen tar i mot og behandler heile spekteret nyfødtmedisin, inklusive inhouse ductuskirurgi hos premature (Team frå RH) som ikkje har hatt effekt av tidleg medikamentell behandling, men vi sender nyfødte med misdanningar til St.Olav.

Nordisk samarbeid. Dei siste 5 åra har vi hatt eit stimulerande samarbeid med tilsvarande avdeling i Lund, med hospitering der og vikariat av neonatologer her, både til dagleg neonatologi, vakter og benchmarking. Frå 2006 starter ein også opp eit forskningssamarbeid med Lund. Seksjonen har i dag to erfarne neonatologer, nr. 3 kjem neste år. Sjukepleierstaben har gjennomsnittleg erfaring på 11 år og innføringa av Nidcap starta allereie i 1995.

Barnepoliklinikken. Ved barnepoliklinikken har vi klart å doble konsultasjonstalet dei siste 4 åra, uten å få fleire legar eller meir hjelpepersonell. Av desse var oppmot 38% nyhenviste i 2004.Vi håper vi også har klart å ta vare på kvaliteten ved tema-poliklinikkar med samme type problemstillingar og spesialiserte sjukepleiarar til god hjelp.

Habilitering. Ved seksjon for habilitering har det skjedd mykje spennande siste året.Ved å samle vaksen og barnehabiliteringa i ein seksjon med felles leder, blir det eit større fagmiljø og ressurser kan også brukes fleksibelt i eit livsløpsperspektiv. Seksjonen har i dag 2 overlegestillingar. I tillegg får assistentlegane halvårsvis teneste der. Seksjonen vil fullt utbygt få om lag 55 tilsette.

Allsidig legegruppe. Tenesteplaner med stor variasjon i lengde , men med mange(dei fleste) som har ønske om å få meir fritid.Gruppa er fagleg allsidig, men det har vore lite tid og tradisjon for forskning.Ultralyd-diagnostikk er integrert i den kliniske kvardagen, 4 av overlegane gjer dette til dagleg (Cerebral,hjerte,magetarm,nyre osv).Forskningslysta og mulighetene ser no ut til å endre seg og fleire spennande prosjekt tar form hos ivrige kolleger.

Nybygg. Hovedproblemet er knytta til for lite areal. Poliklinikken er spredd på 3 stader, også seksjon for habilitering ligg utanfor sjukehuset, på to stader.På barnemedisinsk sengepost er det korridorsenger heile infeksjonssesongen, og vi slit med manglende isolasjonsmulighet. Planane om ny avdeling er over 10 år gamle, men har endeleg i løpet av 2005 munna ut i ein arkitekt-konkurranse . Denne vart vunnen av samme firma



Avdelingssjef Ove Økland

som har teikna nye Ahus , med tittelen Kenguru. Det totale arealet er her 4400 m2, med bl.a inndeling av barnemedisin i ein infeksjonspost og ein post for utredning/ onkologi. Det er også tatt med plass til ungdomsmedisin m.v. Vi sender no dette over til styret i Helse Midt Norge og håper på forprosjekt(detaljteikningar) i løpet 2006.

Utfordringar. Hovedutfordringa er omstilling og effektivisering med god kvalitet .Vi bør bruke meir ressurser på dei som har dei alvorlegaste lidelsane, dette krev nytenking overfor gruppa med lettare, ikkje livstruande plager.Vi merkar at dei nye regionane betyr sentraliseringspress, men er glade for at den pågåande prosessen i Helse Midt Norge(Prosjekt 2010) har fokus på kvalitet og likt eit tilbud til befolkningen. Dette vil vi vere med på og tar gjerne utfordringa med å tenke nye måter å drive pediatrien på .

Barneavdelinga i Ålesund anno 200?





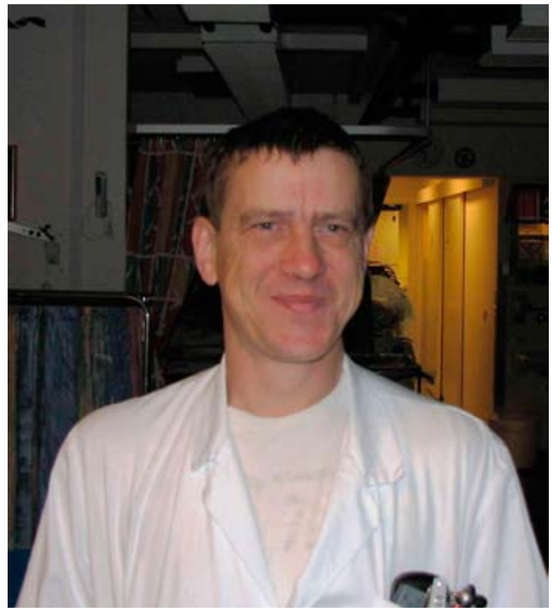
NY BARNEAVDELING VED ÅLESUND SJUKEHUS — motto: KENGURU

Den gule fare...

Kjerneikterus hos en fullbåren nyfødt

Kjerneikterus har blitt sjelden i de utviklede industriland siden 1980-årene. I aktuelle publikasjoner snakkes det nå om en truende ny bølge av tilfeller med kjerneikterus på grunn av en mer og mer liberal holdning til hyperbilirubinemi, og en tendens til tidligere utskriving av friske nyfødte fra barselavdelinger. Seksjonsoverlege Lutz Nietsch forteller i denne artikkelen om et spesielt tilfelle.

Lutz Nietsch, Seksjonsoverlege Nyfødt intensiv,
Barneavdelinga Helse Sunnmøre - Ålesund Sjukehus



Lutz Nietsch

Pasienten fødtes spontant ved gestasjonsalder 37 + 6 uker med vanskelig skulderforløsning. Ingen relevante sykdommer i familien, familiens første barn ble ikke lys-behandlet. Apgar 5, 9, 10 etter 1, 5 og 10 minutter. Vekt 4100 gram, lengde 50 cm, hodeomkrets 38 cm. På barselavdeling ble det påvist clavicula fractur – uten spesielle behandlingsbehov bortsett fra vektadekvat Paracetamolterapi.

Pasienten ble lysbehandlet fra andre 2. til 3. levedag, med maksimal bilirubinverdi ved 233 µmmol/l. Ammingen kom godt i gang, vektkurven snudde og pasienten ble utskrevet 4 dager etter fødselen, etter at det ble tatt en avsluttende bilirubinkontroll.

Barnelege ikke informert. Denne prøven viste en bilirubinverdi ved 298 µmmol/l. Dette resultatet ble ikke formidlet til vakthavende barnelege og ble registrert skriftlig 4 dager etter hjemreise.

Pasienten ble innkalt umiddelbart til barneavdelingen. Ved innkomst beskriver moren at barnet har vært våkent og tatt maten bra, og ikke vært påfallende slapp. Innkomstblodprøver viser en total bilirubin ved 570 µmmol/l, konjugert 36. DAT positiv, barnets blodgruppe er A+, mor har 0 +, hemoglobin 17,4 g/dl, haptoglobin 0,3, g/l, normal LD, GT 288 u/l, normale thyroideaprøver, normale betennelsesparametre.

Ved klinisk undersøkelse ses det en 9 dager gammel gutt i lett redusert allmenntilstand. Han viser en intens generalisert ikterus på hud og slimhinner. Muskelspenning er lettgradig redusert, vanskelig utløsbare primærreflekser. Bemerkes også påfallende gråt, høyfrekvent skrik etter hvert. Pasienten blir lagt i trippellys, kontrollprøven bekreftet den eksessive bilirubinverdien.

Komplisert utskriftningstransfusjon. Det ble lagt et navlevenekateter i perifer posisjon, og startet utskiftningstransfusjon. Etter ca. 1/3-del av planlagt utskiftningsvolum, er det ikke lenger mulig å trekke ut blod. Forsøk på å legge en kateter inn i V. femoralis mislykkes, og etter hvert legges det et kateter i A. femoralis med Seldingers teknikk. Utskiftningstransfusjonen fullstendiggjøres, det gis gammaglobulin 0,5 g/kg, som infusjon.

Utskiftningstransfusjonen var komplisert av generell irritabilitet og klonisk krampeanfall som ikke responderte på intravenøst kalsium, men på fenobarbital (aktuell blodprøve viste normale verdier for blodsukker og kalsium). Etterfølgende blodprøver viste verdi s-Mg 0,54 mmol/l, og ble ansett som årsak til pasientens krampeanfall.

Videre behandling med lysterapi, magnesiuminfusjon og profylaktisk antibiotisk behandling.

Bilirubinverdi etter utskiftningstransfusjonen ble 264 µmol/l, normalisering av magnesiumverdi.

Normalisering. 36 timer etter utskiftningstransfusjon viste pasienten en normal nevrologisk status. Videre forløp upåfallende, pasienten skrives ut i god allmenntilstand, med minimal generalisert ikterus og bilirubinverdi ved 62 µmmol/l (17. levedag).

Otoakustiske emisjoner ved utskriving og under poliklinisk oppfølging, uten anmerkninger. Normale funn ved audiopedagogisk utredning, normale EEG-funn (5-måneders alder). Poliklinisk kontroll i 13-måneders alder med aldersadekvate nevrologiske funn.

SENTRALE POENGER

Pasienten fikk en kjerneikterus på grunn av en kommunikasjonsfeil mellom barselavdeling og barneavdeling.

Pasienten har sluppet de vanlige sequeler av en gjennomgått kjerneikterus tross svært høy bilirubinverdi, dette pga. en umiddelbar og aggressiv terapeutisk intervensjon.



Dobbeltlys (ill. foto: Tomas Nordheim Alme)

God bok...

En perfekt pasientvenn for et alvorlig sykt barn.

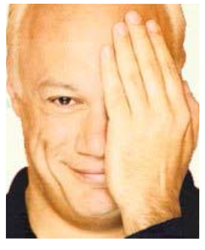


Eric-Emmanuel Schmitt
Oscar og den rosa damen.
80 s Oslo: Pantagruel forlag 2004
Pris NOK 198

Dette er en usedvanlig god bok som jeg gjerne ville skulle bli bedre kjent blant personale og pårørende til alvorlig syke barn. De to hovedpersonene er Oscar, en 10 år gammel gutt med leukemi og "den rosa damen", en eldre, uortodoks og særdeles klok pasientvenn. Vi blir også kjent med noen andre små pasienter på avdelingen og deres problemer. Oscars behandling med cellegift og benmargtransplantasjon har ikke nyttet og han er i siste stadium. Han opplever så at ingen, og spesielt ikke hans foreldre, våger å snakke med ham om hans situasjon. Behandlende lege tar sykdomsforløpet som et personlig nederlag og hans dystre ansikt smitter over på annet personale.

Forfatteren, Eric-Emmanuel Schmitt, er utdannet i musikk og filosofi. Han beskriver sykehusmiljøet svært realistisk. En annen bok av ham, "Monsieur Ibrahim et les fleurs du Coran", er filmet og gikk nylig på norske kinoer. Han er meget populær i fransktalende land for tiden.

Oscars skjebne er tung, men den eldre pasientvennen redder ham med sin burleske fantasi. Profesjonelt avverger hun spørsmål om egen alder og tidligere yrke og sier hun var fribryterske. Hun er liten og spe, men dikter opp en rekke fantastiske brytekamper som kaller på den store latteren, men som også formidler et klokt budskap om at selv i umulige situasjoner kan det finnes utveier. Det utvikler seg et nært og varmt forhold mellom Oscar og pasientvennen.



Gutten er ensom i sin situasjon, og pasientvennen foreslår at han skal skrive ned sine tanker og ønsker. Disse rettes i brevform til en Gud han ikke tror på og gjennom dem blir vi kjent med hans 12 siste dager. Gripende, men ikke sentimentalt.

Boken er meget godt oversatt (Christine Amadou) til et stedvis litt rampete guttespråk som passer bra. Ikke minst "fribrytersken" sper på med tabuord. Min eneste innvending til oversetteren er at hun lar Oscar kalle pasientvennen "Rosebestemor". Originalens "Mamie- Rose" burde vært beholdt da det har en fonetisk sødme som "bestemor" mangler. Det franske "mamie" kan også brukes om en kjær person, ikke bare "bestemor". Boken bør finnes i sykehusbiblioteket.

Helene Pande

Perfalgan til barn og voksne



Effekt
Perfalgan gir en signifikant bedre effekt enn oralt paracetamol [1]

Morfinsparende
Perfalgan reduserer behovet for morfin med 46% [2]



Perfalgan® paracetamol

Bristol-Myers Squibb

Perfalgan Bristol-Myers Squibb

Analgetikum. Antipyretikum.
ATC-nr.: N02B E01

INFUSJONSVÆSKE, oppløsning 10 mg/ml: 1 ml inneh.: Paracetamol 10 mg, cysteinhydrokloridmonohydrat, dinatriumfosfatdihydrat, saltsyre, mannitol, natriumhydroksid og vann til injeksjonsvæsker til 1 ml.

Indikasjoner: Perfalgan er indisert for korttidsbehandling av moderate smerter, spesielt etter kirurgi, og for korttidsbehandling av feber når intravenøs administrering er klinisk begrunnet pga. et øyeblikkelig behov for å behandle smerte eller hypertermi og/eller når andre administreringsmåter ikke er mulig.

Dosering: Til intravenøs bruk. Paracetamolopplosningen administreres som en 15 minutters intravenøs infusjon. Hetteglass 100 ml brukes kun til voksne, ungdom og barn >33 kg. Hetteglass 50 ml brukes kun til barn >10 kg og <33 kg. Voksne og ungdom >50 kg: 1 g paracetamol (1 hetteglass 100 ml), inntil 4 ganger daglig. Hver dose må administreres med minimum 4 timers intervall. Maks. daglig dose må ikke overstige 4 g paracetamol. Voksne og ungdom <50 kg, barn >33 kg: 15 mg/kg kroppsvekt pr. administrering (1,5 ml oppløsning pr. kg), inntil 4 ganger daglig. Hver dose må administreres med minimum 4 timers intervall. Maks. daglig dose må ikke overstige 60 mg/kg (eller 3 g paracetamol). Barn: >10 kg og <33 kg: 15 mg/kg kroppsvekt pr. administrering (1,5 ml oppløsning pr. kg), inntil 4 ganger daglig. Hver dose må administreres med minimum 4 timers intervall. Maks. daglig dose må ikke overstige 60 mg/kg (eller 2 g paracetamol). Alvorlig nedsatt nyrefunksjon: Ved kreatininclearance 30 ml/minutt anbefales det å øke minimumsintervallet mellom hver administrering til 6 timer.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for paracetamol, propacetamolhydroklorid (prodrug til paracetamol) eller noen av hjelpestoffene. Alvorlig hepatocellulær insuffisiens.

Forsiktighetsregler: Bør ikke kombineres med andre preparater som inneholder paracetamol. Det anbefales å bruke en passende peroral analgetisk behandling så snart denne administreringsmåten er mulig. Doser som overstiger de anbefalte kan medføre økt risiko for leverskade. Paracetamol bør brukes med forsiktighet ved hepatocellulær insuffisiens eller alvorlig nedsatt nyrefunksjon (kreatininclearance 30 ml/minutt), ved kronisk alkoholisme og ved dehydrering. Pasienter som lider av kronisk feilernæring kan ha små reserver av hepatisk glutation og dermed være mer følsomme for leverpåvirkning.

Interaksjoner: Probenecid fører til halvering av paracetamolclearance ved å hemme konjugering til glukuronsyre. Ved samtidig administrering av probenecid bør en reduksjon i paracetamoldosen overveies. Salisylamid kan forlenge halveringstiden for paracetamol. Forsiktighet må utvises ved samtidig inntak av enzymhemmende substanser. (I: N02B E01 paracetamol)

Graviditet/Amming: Overgang i placenta: Begrenset erfaring. Bør ikke brukes ved graviditet hvis ikke fordelen oppveier en mulig risiko. I slike tilfeller må anbefalt dosering og behandlingsvarighet overvåkes nøye. Overgang i morsmelk: Etter peroral administrering skilles paracetamol ut i morsmelk i små mengder. Det er ikke rapportert om bivirkninger hos diende spedbarn. Kan brukes under amming.

Bivirkninger: Sjeldne (<1/1000): Blod: Isolerte tilfeller av trombocytopeni, leukopeni og nøytropeni. Lever: Økte nivåer av hepatiske transaminaser. Sirkulatoriske: Hypotensjon. Øvrige: Malaise. Overfølsomhetsreaksjoner er sett i svært sjeldne tilfeller.

Overdosering/Forgiftning: Risikoen for overdosering kan være økt hos eldre, hos små barn, hos pasienter med leversykdom, i tilfeller av kronisk alkoholisme, hos pasienter med kronisk feilernæring og hos pasienter som behandles med enzyminducere. Symptomer: Symptomene oppstår vanligvis innen 24 timer og innebærer kvalme, oppkast, anoreksi, blekhet og mavesmerte. Toksisk dose med fare for akutt leverskade er 7,5 g paracetamol gitt som engangsdose til voksne og 140 mg/kg gitt som engangdose til barn. Kliniske symptomer på leverskade viser seg vanligvis initialt etter 2 dager og når et maksimum etter 4-6 dager. Behandling: Øyeblikkelig sykehusinnleggelse. Behandling inkl. intravenøs eller peroral administrering av antidoten N-acetylcystein (NAC). Symptomatisk behandling. (F: Paracetamol)

Egenskaper: Klassifisering: Analgetikum. Antipyretikum. Virkningsmekanisme: Sentral og perifer analgetisk effekt. Antipyretisk effekt. Eksakt virkningsmekanisme ikke klarlagt. Absorpsjon: Voksne: Lineær farmakokinetikk ved inntak av opp til 2 g etter 1 enkel administrering eller etter gjentatt administrering i løpet av 24 timer. Maks. plasmakonsentrasjon, ved slutten av en 15 minutters i.v. infusjon av 500 mg og 1 g paracetamol, er hhv. ca. 15 µg/ml og 30 µg/ml. Smertelindrende virkning inntrer i løpet av 5-10 minutter etter at administreringen er startet, maks. analgetisk effekt oppnås etter 1 time. Varighet 4-6 timer. Antipyretisk effekt inntrer innen 30 minutter etter at administreringen er startet. Varighet minst 6 timer. Proteinbinding: Bindes ikke i vesentlig grad til plasmaproteiner. Fordeling: Distribusjonsvolum: Ca. 1 liter/kg. Signifikante konsentrasjoner (ca. 1,5 µg/ml) er observert i cerebrospinalvæsken f.o.m. 20 minutter etter infusjon av 1 g. Halveringstid: 2,7 timer. Totalclearance er 18 liter/time. Metabolisme: Hovedsakelig i leveren ved glukuronsyrekonjugering og svovelsyrekonjugering. Utskillelse: Hovedsakelig renalt. 90% av administrert dose utskilles i løpet av 24 timer, hovedsakelig som glukuronid- (60-80%) og sulfatkonjugater (20-30%). <5% elimineres uforandret.

Oppbevaring og holdbarhet: Oppbevares ved høyst 30°C. Må ikke oppbevares i kjøleskap eller fryses. Preparatet bør brukes umiddelbart etter åpning.

Andre opplysninger: Injeksjonsvæsken bør ikke blandes med andre legemidler. Oppløsningen er klar og svakt gulfarget. Før administrering bør produktet inspiseres visuelt for faste partikler og misfarging.

Utlevering: Infusjonsvæske: Til sykehus.

Pakninger og priser:
Hettegl.: 12 × 50 ml kr 227,80, 12 × 100 ml kr 335,10.

Sist endret: 12.11.2004

Referanser:
[1] O Jarde et al. Parenteral versus oral route increases paracetamol efficacy. Clin Drug Invest 1997;14(6):474-81.
[2] Peduto VA et al Efficacy of propacetamol in the treatment of postoperative pain. Morphine-sparing effect in orthopedic surgery. Italian Collaborative Group on Propacetamol. Acta Anaethesiol Scand.1998;42:293-8.

DIAGNOSE

Vondt i magen

Abdominal ultralydundersøkelse hos barn med residiverende magesmerter

Magesmerter og -besvær er en svært hyppig tilstand som medfører store plager og ulemper, blant annet i form av skolefravær. Endel av disse pasientene dukker opp i barneavdelingen. Hvordan skal disse pasientene egentlig utredes? Seksjonsoverlege Thomas Reiher diskuterer i denne artikkelen bruk av ultralyd for en gruppe av disse pasientene med utgangspunkt i en pasient som ikke hadde vondt i magen.

Thomas Reiher, Seksjonsoverlege Barnepoliklinikken
Helse Sunnmøre - Ålesund Sjukehus

10 – 25 % av alle skolebarn klager en eller annen gang over residiverende magesmerter. 90 % av dem har regelmessig skolefravær, 30 % forsømmer mer enn 10 % av skoledagene. En somatisk årsak påvises hos bare 10 % av tilfellene.

Hvordan skal disse pasientene utredes? Hvor invasive skal vi være? Denne diskusjonen er ført mange ganger og jeg vil egentlig ikke gjenta den. Uten tvil kan en erfaren pediater med en grundig anamnese og en klinisk undersøkelse avklare en god del av årsakene. De neste trinnene er erfaringsmessig blodprøver og avføringsundersøkelser. Hvordan videre? Ved vårt sykehus får pasientene deretter utført ultrasonografi av magen.

Skånsom ultralyd. Av alle diagnostiske apparater er ultralyd den mest skånsomme undersøkelsen. Det finnes faktisk ingen aldersbegrensning. Det foreligger optimale undersøkelsesforhold hos barn pga. tynt fettlag og kort avstand til organene (et faktum som gjør "voksenultrasonografikere" høyst misunnelige). Man trenger ingen narkose eller sedering. Ultralyd har ingen kjente bivirkninger, ingen strålebelastning. Og hvis man har en liten pasient som har en annen mening om undersøkelsens gang, kan ultralyden gjentas en annen gang når barnet er i bedre humør. Helsepolitisk er ultralyd optimal som en enkel, lett tilgjengelig og billig undersøkelse.

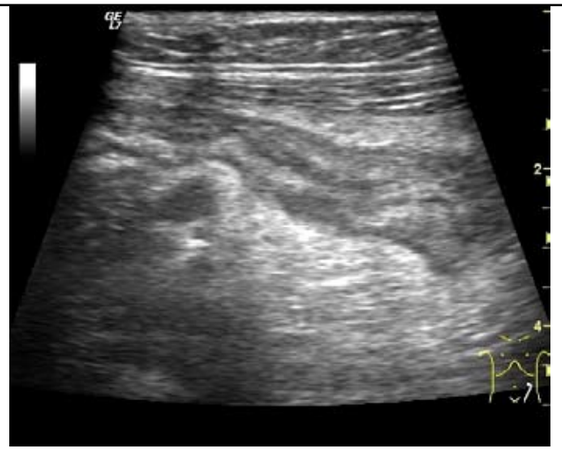
Jeg vil selvfølgelig ikke fortie at alle metoder, også ultralyd, har sine begrensninger. Ultrasonografi er en veldig personavhengig metode. Meteorisme kan forstyrre, samtidig kan lokalisasjonen av luft forklare en del av magesmertene. Den teknisk utviklingen på ultralydmarkedet går ekstrem fort, og ultralydapparater fra 80-tallet duger ikke lenger til en optimal ultralydundersøkelse. Men for en basal ultralyd av magen hos barn trengs likevel ikke de mest avanserte apparater med 3-D eller 4-D, cross beam, tissue harmonic imaging, tissue doppler imaging, contrast- enhanced ultrasonography osv. Det trengs faktisk kun vilje og selvfølgelig ressurser til å sette ultralyd litt lenger opp i den diagnostiske rekkefølgen hos pasienter med magesmerter.



Thomas Reiher

De senere årene har ultralyd fått en sentral plass i utredning og oppfølging av kroniske inflammatoriske tarmsykdommer (IBD) som ulcerøs colitt og Morbus Crohn. Alle de klassiske betennelsestegn som tumor, rubor, calor, dolor og functio laesa kan finnes ved ultralydundersøkelse: Tarmveggen er fortykket, økt dopplersignal indikerer økt blodflow og økt temperatur, sterkt press med ultralydproben kan utløse ømhet og den betente tarmen kan vise stenotiske avsnitt og dårlig peristaltikk.

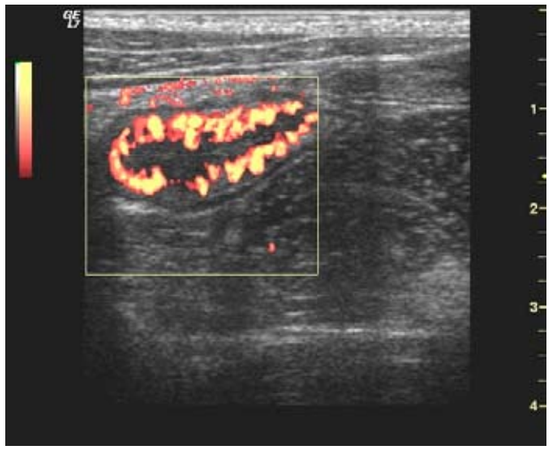
Ultralydens betydning sammenlignet med CT og MR er diskutert mange ganger både internasjonalt og i Norge (se Tidsskr Nor Lægeforen nr.27, 2002,122). Hos barn har ultralyd klare fordeler i forhold til strålebelastende og narkosekrevende radiologiske undersøkelser. En liten kasuistikk skal understreke betydningen av ultralydundersøkelse til riktig tidspunkt.



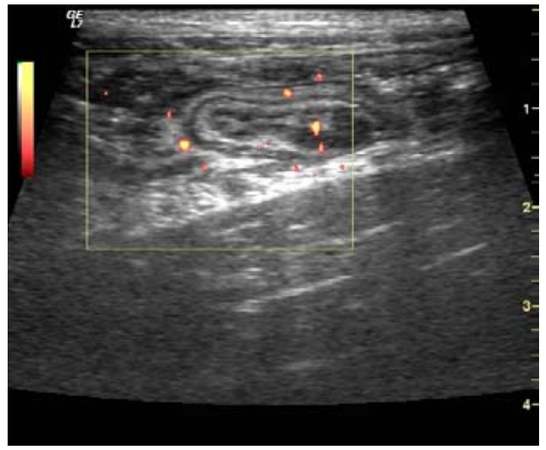
Figur 1: Longitudinalsnitt colon descendens, fortykket tarmvegg, dårlig peristaltikk



Figur3: Longitudinalsnitt colon transversum, mindre fortykket tarmvegg



Figur 2: Tverrsnitt colon ascendens, PowerDoppler viser økt perfusjon



Figur 4: Tverrsnitt colon descendens/sigmoideum, ingen patologisk perfusjon

Kasuistikk: Slapp gutt med løs mage

En 8 år gammel gutt ble elektivt innlagt på barneavdelingen for tynntarmsbiopsi i narkose etter henvisning fra primærlegen. Anamnestisk har han de siste 6 måneder hatt løs avføring, sjeldent blod og slimtilblandet, har vært noe slapp, den siste tiden bedring med noe fastere avføring. Vekttap på 5 kg i løpet av 3-4 måneder. Ingen magesmerter! Også tilkommet noen små eksemforandringer i begge munnviker med fissurer, tolket av hudlegen som sannsynlig del av hans atopiske dermatitt. Ingen familiær belastning med mage/tarmsykdommer. Gutten har ellers vært frisk.

Ved klinisk undersøkelse var gutten i god almenntilstand, hadde normale funn i abdomen, og for øvrig normal status presens. Serologiske cøliakiprøver viste antigliadin IgG 98, antigliadin IgA 54 og anti tTg IgA 5. Hb 10,6 og ferritin 12. Øvre endoskopi kunne ikke påvise patologi. Histologi fra duodenalslimhinnen viste normale, slanke totter, normalt antall intraepiteliale lymfocytter, bevart laktaseaktivitet.

Det ble satt i gang behandling med jern og probiotika, og pasienten ble sendt tilbake til primærlegen for videre oppfølging.

Vedvarende plager. 4 uker senere ble gutten henvist til barnepoliklinikken til en fornyet vurdering pga. vedvarende besvær. Han fikk utført en ultralydundersøkelse som viste økt veggtykkelse i store deler av colon,- særlig i colon ascendens,- opphevet veggstruktur og betydelig økt power doppler signal som tegn på økt perfusjon. Figur 1 og 2 viser ultralydbilder fra akuttfasen.

Pga. sterk mistanke om inflammatorisk tarmsykdom fikk pasienten utført en colonoskopi som viste uttalte inflammatoriske affeksjoner i hele colon og på valvula Bauhinii forenlig med Morbus Crohn. Histologisk analyse av biopsiene bekreftet diagnosen.

Etter oppstart med antiinflammatorisk behandling i form av Prednisolon 60 mg/d og 5- aminosalicylsyre 500 mg x 3 kom gutten raskt i remisjon. Figur 3 og 4 viser tilsvarende ultralydbilder ved lav klinisk sykdomsaktivitet.

Konklusjon. Sykehistorien er i utgangspunktet uspesifikk, særlig manglende magesmerter er atypisk for IBD. Men ved bruk av ultralydundersøkelse på et tidligere tidspunkt kunne vi ha spart pasienten for noen ukers lidelse og èn narkoseundersøkelse.

Mitt hovedbudskap er: Bruk ultrasonografi før man utreder barn med magesmerter med andre radiologiske og endoskopiske undersøkelsesmetoder. Mitt ønske er at flere barneavdelinger i Norge innfører ultralyd som "bedside" undersøkelse utført av barneleger.

I Ålesund har flere kliniske avdelinger tatt i bruk egne ultralydapparater, og erfaringene er gjennomgående veldig gode. Ultralyd er altså på frammarsj, ta sjansen!

Barnehelsepris til Stoltenberg

I samarbeid med Barneombudet deler Norsk Barnelegeforening ut Barnehelsepris til en person som har gjort en ekstraordinær innsats for å bedre barns helse og oppvekstvilkår. Formålet er å sette fokus på barnehelsespørsmål og få det på den offentlige dagsorden.

Tekst: Tomas Nordheim Alme

Stoltenberg får prisen for den innsatsen han har gjort for å fremme vaksinering av barn i utviklingsland gjennom det internasjonale vaksinefondet.

Leder i NBF Leif Brunvand delte ut prisen under en seremoni på Barnesenteret på Ullevål Universitetssykehus og understreket at det er privatpersonen Jens Stoltenberg som mottar prisen.

Sammen med Gates. Vaksinefondet (Global Alliance for Vaccines and Immunization, www.vaccinealliance.org) har som mål å sikre beskyttelse mot sykdommer som kan forebygges ved vaksiner til alle barn uavhengig av nasjonalitet og sosioøkonomisk status. Initiativet er et samarbeid mellom private og offentlige interesser, mest kjent av de private er kanskje the Bill and Melinda Gates Foundation.

Under prisutdelingen minnet Stoltenberg om at man ikke må la være å gjøre de enkle tingene selv om det finnes mange kompliserte spørsmål. Barns helse er en nøkkelfaktor for å kunne bygge velstand i fattige land. Han fortalte også om hvordan han selv fikk gi poliovaksine til et lite barn i Senegal. - De to dråpene som barnet fikk i munnen er det helt utrolig hva betyr. De gir forsikring mot polio for resten av livet, sa Stoltenberg.

I takketalen sin tok Stoltenberg også opp et tema av direkte interesse for norske barn da han snakket om innføring av pneumokokkvaksinen i det norske barnevaksinasjonsprogrammet. Regjeringen har på bakgrunn av Folkehelseinstituttets råd bedt om at det startes forhandlinger med leverandør av slik vaksine.



Personlig hilsen. Stoltenberg la også til en hilsen for egen regning. For en tid tilbake møtte han selv personalet ved Barnesenteret som far til et sykt barn, og han ønsket å takke for den varme og omsorg som ikke bare barnet, men også de redde foreldre ble vist.

Norsk Barnesmerteforening

Den 25. november ble Norsk Barnesmerteforening stiftet og over 200 helsearbeidere møtte opp i Oslo for å være med på fagdagen som markerte oppstarten av den nye foreningen. Barnesmerteforeningens mål er å fremme god og tverrfaglig smertebehandling til alle barn.

Tekst og foto: Tomas Nordheim Alme

Det var tidligere biskop Gunnar Stålsett som innledet fagdagen. Han inntok et bredt perspektiv, med utgangspunkt i barn som lider over hele verden.

— Det er et felles instinkt i alt det skapte - barn trenger beskyttelse, fremholdt han.

Retningslinjer. Rae Francis Bell fra Anestesiavdelingen, Haukeland Sykehus redegjorde for arbeidet med Legeforeningens veileder, Retningslinjer for smertebehandling i Norge. Denne kan forøvrig lastes ned fra Legeforeningens nettsted på adressen www.legeforeningen.no&?id=43266. Hun presenterte også en tankevekkende kasuistikk som tydelig viser vanskelighetene med kompliserte smerteproblemstillinger, og hva mangel på samarbeid kan medføre.

Kartlegger praksis. Thore Henrichsen (UUS) og Øyvind Skraastad (RH) har samlet inn data fra norske sykehus om praksis for behandling av akutte smerter hos barn. Undersøkelsen omfattet alle barneavdelinger, samt andre avdelinger som fra tid til annen behandler barn. Skraastad gjennomgikk de foreløpig funn ved undersøkelsen og sammenlignet blant annet med en tilsvarende undersøkelse gjort i Sverige for 10 år siden.



Til venstre: Biskop Gunnar Stålsett innledet fagdagen
Til høyre: Thore Henrichsen er en av initiativtakerne



Skiensinitiativ. Initiativet til foreningen ble tatt under konferansen "Smerter hos barn" i Skien i 2004, og et interimstyre har siden den gang forberedt oppstarten av NBSF. Foreningen ønsker å samarbeide både med fagmiljøene, utenlandske søsterorganisasjoner og norske myndigheter for å skaffe økt fokus på hvordan smerte hos barn håndteres i Norge. I 2007 har NBSF dessuten fått i oppgave å arrangere den 4. Nordiske Barnesmertekongress.

NBSFs planer for de neste årene omfatter både kompetansehevende tiltak så vel som forskning. Blant annet skal det utarbeides og gjennomføres kurs for sykepleiere i smerter og smertebehandling. Det er også meningen at resultatene fra kartleggingsstudien skal publiseres, og evt nye studier igangsettes på bakgrunn av dette.

På stiftelsesmøtet ble et nytt styre valgt til å avløse interimstyret. Som leder for det nye styret ble Randi D. Andersen valgt. Hun er barnesykepleier ved Sykehuset Telemark, og har vært primus motor for foreningen helt fra starten. Med seg i styret får hun Øyvind Skraastad (RH), Thore Henrichsen (UUS), Anne Berle Robstad (HUS), Inger Pauline Landsem (UNN), Brith Klæboe Ramberg (RH) og Anne Berit Krogh (HiST).

Norsk Barnesmerteforening arbeider for tiden med å bygge opp et eget nettsted hvor mer informasjon vil være tilgjengelig på www.norskbarnesmerteforening.no.

PORTRETTET



Per Haavardsholm Finne

- Gikk det greit å Finne frem? Jeg må bite meg i leppen. Jeg er på besøk hos Per Haavardsholm Finne, nybakt æresmedlem i Norsk Barnelegeforening og en nestor i norsk barnemedisin. Finne må være et vossanavn har jeg tenkt, på veg i bilen, mens hjernen har jobbet med en åpning til artikkelen og til min store ergrelse hengt seg opp i tørre ordspill over navnet. Så kommer han meg altså til unnsetning.

Tekst: Tomas Nordheim Alme
Foto: Frøydis Geithus – studio:fazett

Per Finne er et navn det er vanskelig å komme utenom i norsk barnehelse. Allerede under medisinstudiet stifter mange bekjentskap med læreboka Propedeutisk pediatri som er skrevet i samarbeid med Martin Seip. Da han gikk av med pensjon i 2001, var det etter over 40 år i pediatrien, først som assistentlege på Rikshospitalet, deretter i 11 år som overlege ved nyfødtavdelingen på Haukeland Sykehus. Etter Haukeland, gikk turen tilbake til Rikshospitalet hvor han har arbeidet ved nyfødtavdelingen og vært professor i Barnemedisin siden 1983. Han er født og oppvokst i Asker, men navnet sitt har han ganske riktig fra Voss der han tilbragte barndommens sommerferier.

Perinatalmeldingen. Per har vært sentral i utviklingen av norsk perinatalomsorg. På slutten av 70-tallet var forskjellene store rundt i landet når det gjaldt behandling av syke nyfødte. Gjennom en grundig kartlegging, ble det antatt at kanskje så mye som 1/3 av alle dødsfall i nyfødtperioden kunne vært unngått dersom kunnskap, utstyr og rutiner hadde vært på plass. Arbeidet resulterte i en NOU i 1984 om perinatal omsorg i Norge, der Per var leder for transportutvalget som laget retningslinjer for transport av fødende og nyfødte. Denne NOU'en danner grunnlaget for nyfødtomsorgen slik den er i dag.

Vi kommer opp i stuen. På gulvet ligger barnelekene strødd. Jeg skritter over skinnegangene til Briotoget.

— Du ser hva jeg holder på med for tiden? Det er i grunnen rart hvordan man legger merke til helt andre sider ved barn og barnas utvikling som besteforelder. Ting jeg ikke kan huske å ha sett hos mine egne barn, eller som dokter. Jeg har jo de samme forutsetninger for å observere, den samme grunnleggende kunnskap – men det virker som om det gir en annen resonnans nå. Kanskje er det innrettet slik fra naturens side – nok en finurlig mekanisme for å sikre overlevelsen til avkommet, smiler Per.

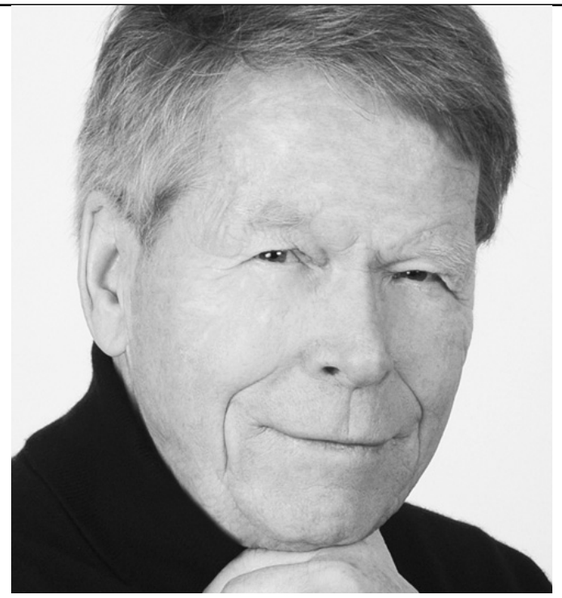
Erytropoeten. Per Finne disputerte for den medisinske doktorgrad i 1968 og temaet var erytropoietin (EPO). Han var den første som påviste EPO i urinen til friske, ikke-anemiske mennesker. Artikkelen ble publisert i British Medical Journal i 1965. Året før viste han at nivået av EPO i fostervann kunne brukes til å forutsi graden anemi ved Rh-immunisering. Arbeidene refereres fremdeles. Vel 80 publiserte originalartikler og en lang rekke oversiktsartikler, foredrag og bokbidrag vitner om en produktiv karriere.

Praten går ledig og lett, gjennom den ene assosiasjonen etter den andre. Per spretter opp og ned mellom stuen og kontoret i kjelleren og henter frem bøker og artikler som understreker temaet. Basert på uformell tidtaking, virker det som om Per har orden på kontoret sitt. Over kaffekoppen og delikate smørbrød går det lett å bli komfortabel, og nervøsiteten jeg hadde i forkant forsvinner raskt.

Tøffere før? På tungespissen har jeg et spørsmål om det å være dokter, og særlig barnelege, før og nå. Hvordan stiller man som ung lege et slikt spørsmål uten at det virker retorisk? Var legene flinkere før, jobbet de hardere, kunne de mer? Jeg tror Per skjønner hva jeg mener, han smiler lunt.

— Går du tilbake og ser på vaktlistene, er det klart at vi arbeidet mer. Det var vanlig og nødvendig. Vi var også mer alene og hadde færre å rådføre oss med. Men en av de store forskjellene til i dag er toleransen for feil – eller kanskje heller konsekvensen av feil. Den har endret seg markant, ikke minst med tanke på hvordan slike saker behandles i media. Jeg kjenner flere doktere som har valgt bort pediatri på grunn av dette presset.

" frykten for å gjøre feil er i høyeste grad til stede, også hos de med lang erfaring.



PER HAAVARDSHOLM FINNE

- Født i Oslo 1931
- Cand. med Oslo 1957
- Godkjent spesialist i barnesykdommer i 1966
- Dr. med. Oslo 1968
- Overlege Haukeland Sykehus, Nyfødtavdelingen 1972 - 1983
- Overlege Rikshospitalet, Barneklinikken 1983 - 2001
- Professor i Barnemedisin, Universitetet i Oslo

Frykten for feil. Men frykten for å gjøre feil gir seg vel, etter hvert som erfaringen øker, spør jeg? Per ser på meg og smiler.

— Til å begynne med er vel de aller fleste redde og uerfarne. Så øker selvtilliten med økende erfaring en stund. Etter en tid har du imidlertid sett så mange pasienter at du har opplevd unntakene, den ene på 10000 som feiler det sjeldne som du ikke plukker opp, eller som var noe annet enn hva det presenterte seg som. En ulykkelig "sak" er jo heller ikke noen god måte å avslutte en lang karriere på. Så jeg tror du kan si at frykten for å gjøre feil i høyeste grad er til stede, også hos de med lang erfaring, sier Per.

Nettdokter. Selv om han pensjonerte seg for 4 år siden, er det vanskelig å legge alt arbeid på hylla.

— Det er jo slik med leger, at jobben ofte blir en viktig del av den vi definerer oss som, en del av selvbildet. Derfor er det naturlig nok vanskelig å slutte helt. Jeg forsøker så godt jeg kan å holde meg oppdatert og jobber i tillegg litt på si, både som "nettdokter" på Doktor Online og som virkelig dokter på en barnelegevakt. De vanlige problemstillingene hos de vanlige barna er en fascinerende del av pediatrien. Og en sjelden gang dukker det opp noe riktig spesielt, sier han uten å kunne skjule entusiasmen.

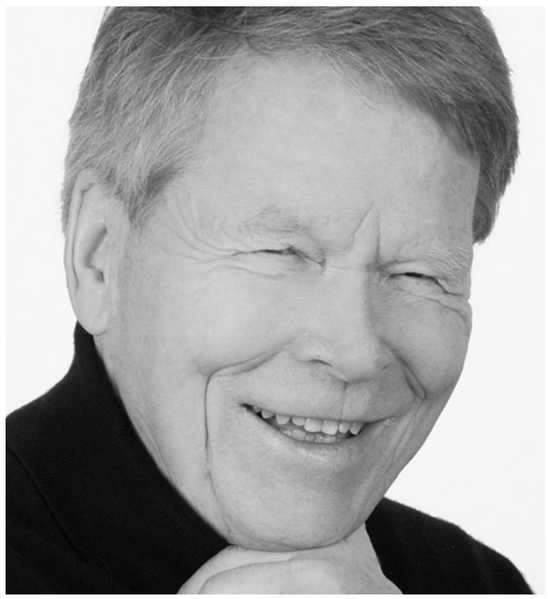
Bør engasjere oss. Per er engasjert i barns oppvekstforhold, og når praten kommer inn på dette blir stemmen mer ettertenksom og blikket skarpere.

— Det er naturlig at vi som er barneleger engasjerer oss i hvordan barn har det, og hvordan samfunnet legger opp til at både friske og syke barn ivaretas. Som fagpersoner kan vi ivareta barnets interesser, mindre avhengig av de til enhver tid rådende politiske oppfatninger. Et viktig poeng som ofte blir borte i slike diskusjoner, er at man ikke kan snakke om alle barn som én gruppe. Fra klinikken er vi vant til å ta med barnets alder i vurderingen, en ettåring er noe ganske annet enn en treåring.

Godt å være pensjonist. Per viser meg et ark med notater fra en visitt på nyfødtintensiv på Rikshospitalet for en tid tilbake.

— Jeg var innom Riksen og skulle sitte med på en previsitt på nyfødt. Plutselig veltet det tilbake mot meg: "26 uker GA, tarmnekrose, respiratorbehandles, 28 uker, hjertefeil osv. osv." Dette har jeg vasset i år etter år. Nå skjønner jeg ikke helt hvordan jeg orket å stå i det. Slik sett kan du si at det er godt å være pensjonist og å kunne velge mer selv.

Lavmælt. Bunken med bøker og utklipp som Per har funnet frem vokser på bordet foran meg, og for første gang i mitt liv har jeg fått lyst til å lese en NOU! Det lune smilet kommer stadig frem. Ingen spissformuleringer og personkarakteristikker – det behøver han ikke. Tiden går raskt, vi har plutselig snakket i to timer, og det er på tide å takke pent for seg. Per følger meg til døren og skaffer til veie en plastpose til alle papirene, heftene og bøkene jeg har blitt forelagt de siste timene. Det går opp for meg hvordan jeg selv har skravlet i vei de siste to timene. Det slår meg at Per er en lytter.



Kolleger om Per Finne

Det er vanskelig å få Per Finne til å skryte av seg selv. I stedet bringer han hele tiden samtalen over på andre personer som han har jobbet med og har respekt for. For å få vite mer, kontaktet jeg tre tidligere kolleger av Per, og ga dem i oppgave å gi en kort beskrivelse av ham.

Thor Willy Ruud Hansen:

Per Finne er en av norsk barnemedisins gentlemen! Han er svært beskjeden på egne vegne, men er en autoritet som man lytter til med respekt og beundring. Hans grunnleggende arbeid med Neonatalprogrammet, som nå er blitt til et kvalitetsregister for norsk nyfødtmedisin, vil være til nytte for våre pasienter og for vår forskning i generasjoner framover. Her på Nyfødtseksjonen huskes han som en person som man rett og slett blir glad i, fordi han er så helstøpt. På godt norsk - han er et godt menneske!

Trond Markestad:

Per har en enestående evne til å skape tillit hos både pasienter, leger og annet helsepersonell. Dette er én av grunnene til at han har fått en slik fremtredende posisjon og naturlig autoritet som barnelege, og i norsk medisin generelt, til tross for sin beskjedne og stillfarne måte å være på.

" Han tok bare musene i en bærepose

Rolf Lindemann:

Jeg er vel kanskje den som nesten har jobbet lengst med Per. Allerede som student i 1963 gikk jeg sammen med Per på PFI. Vi har senere fulgtes ad på PFI og senere som neonatologer.

Per var en av de første "Erythropoetene"

"An Erythropoet is a Scientist writing Erythropoems"

Han var den første som påviste EPO hos friske, normale personer. Han brukte konsentrasjonen av EPO i amnionvæske til å vurdere graden av hemolyse ved Rh-immunisering. Begge arbeidene refereres den dag i dag.

Å måle EPO på den tiden, var bioassay med polycythemiske mus. Ofte måtte Per hente "et par hundre mus" fra Fysiologen nede på Karl Johan eller han bilte ut til Dikemark, der en av pasientene avlet mus i mengder på sitt lille oppholdsrom.

Han tok bare musene i en bærepose i bilen (fra Dikemark) eller gikk med bæreposen i hånden fra Fysiologen og opp til PFI (gamle RH). Det hente minst en gang at det gikk hull på posen, men heldigvis først etter at han var "hjemme" igjen. Til stor fortvilelse for "søster Helene" som stelte dem. En gang utbrøt han: "La dem få løpe fritt, det er jo straks påske!".

" La dem få løpe fritt, det er jo straks påske!

Jeg arbeidet veldig lite praktisk sammen med Per i Klinikken. Jeg var student og "hospiterte" før han flyttet til Bergen. Selv om Per var vel 10 år eldre enn meg, holdt han seg svært godt, og vi ble omtalt som "småguttene" - og jeg var stolt!

For oss begge var spesiallege Wilhelm Blystad vårt store forbilde, en pioner innen neonatologien - ikke bare i Norge men langt utover landets grenser. Det var ikke mange som samarbeidet godt med Blystad, men Per var definitivt en av dem.

Så, jeg begynte på RH - Per dro til Bergen. Han flyttet til Ullevål og jeg overtok etter han der, da han flyttet tilbake til RH. Der gikk han i aktive vakter til sin siste arbeidsdag! Da han trakk seg som seksjonleder, fikk han i gave en kajak med det fengende navnet "Perinatus", som han ofte blir observert i ute på fjorden.

Meninger:

Billigere NO-behandling

Det europeiske patentet for inhalert nitrogenoksyd (NO) i form av INOmax er trukket tilbake



Som leserne av Paidos vil være kjent med, har det i noen år versert en strid om rettighetene til bruken av inhalert NO som behandling for persisterende pulmonal hypertensjon hos nyfødte. The General Hospital Corporation fikk for noen år siden europeisk patent nr.0 560 928 på produksjon av NO til humant bruk. Markedsføringen av produktet INOmax og de dertil hørende tittreringsenhetene ble ivaretatt av firmaet INO Therapeutics. Patentet ble aldri gjort gjeldende i Norge, men derimot skaffet firmaet seg markedsføringstillatelse for INOmax som et medikament. Denne tillatelsen ble brukt aktivt i markedsføringen, på tross av at norsk lov er helt klar på at slik markedsførings-tillatelse ikke er nødvendig for medisinske gasser i Norge. I vårt land kan en medisinsk gass brukes når produsenten av gassen er godkjent av sitt lands nasjonale myndigheter, noe som innebærer at produksjonsfasilitene og fremstillingsmetodene er vurdert og funnet å oppfylle kravene til sikkerhet og renhet.

Til forskjell fra andre europeiske land, forelå det således aldri på noe tidspunkt i Norge hverken juridiske, regulatoriske, eller medisinske grunner til å velge INOmax som kilde til inhalert NO i behandlingen av pulmonal hypertensjon. Siden prisen for INOmax -behandling var astronomisk høyere enn inhalert NO fra andre kilder, var det derfor noe forbausende å observere at flere norske barneavdelinger likevel valgte å bruke dette produktet.

Det er kanskje forståelig at INO Therapeutics i sin markedføring har gjort sitt beste for å tilsløre de forholdene som er nevnt ovenfor - deres uttalelser til media i forbindelsen med den eksponeringen saken fikk for et par år siden var i hvert fall et stykke unna det undertegnede oppfatter som sannferdig informasjon (1-3). Derfor er det heller ikke overraskende at INO Therapeutics, bortsett fra en kortfattet pressemelding som påfallende fort ble umulig å finne på www med vanlige søkemotorer, har fart svært stille i dørene med det faktum at deres europeiske patent på NO ble trukket tilbake av appellkomiteen i det Europeiske Patenkontoret i en beslutning datert 16.november 2004. Jeg har i løpet av året som er gått siden da, snakket med flere europeiske neonatolog-kolleger som ikke hadde hørt noe om denne beslutningen. Selv fikk jeg nærmest tilfeldig vite om dette gjennom en henvendelse fra vår tidligere tyske leverandør av NO, Westfalen AG. Det synes derfor, i anledning et lite 1 års jubileum for annuleringen av patentet, opportunt å orientere norske barneleger om dette.

I juni 2002 leverte Air Products and Chemicals, Inc., Allentown, PA, USA ved sin representant Air Liquide Santé France en såkalt intervensjon til det europeiske patentkontoret. I denne framsatte man bl.a. påstander om at patentet ikke tilfredsstilte kravene til at produktet/prosessen skulle være en klar nyvinning, og at det heller ikke forelå noen vesentlig nyskapning i noe ledd i prosessen/del av produktet. I sin vurdering la appellkomiteen mye vekt på en artikkel av Higgenbottam et al fra 1988 (4) som beskriver bruk av inhalert NO i forbindelse med pulmonal hypertensjon. I sin avgjørelse datert 16.11.2004 konkluderer appellkomiteen med *i)* å sette til side den tidligere beslutningen om å innvilge patentet, og *ii)* annullere patentet. De av oss som hele tiden har vært i stor undring på hvordan det i det hele tatt var mulig å få patent på et produkt som de facto hadde vært i bruk i årevis og levert av flere ulike produsenter, har fått vår skepsis bekreftet.

INOmax er således ikke lenger beskyttet av noe patent i Europa, hverken med tanke på framstilling eller bruk. Når man tar i betraktningen den enorme prisforskjellen mellom INOmax og NO fra andre leverandører, vil det for større avdelinger med et visst forbruk av NO være mye å spare på å skaffe seg sitt eget utstyr og kjøpe NO fra en norsk eller europeisk leverandør. For små avdelinger som sjelden bruker NO, kan kalkylene kanskje se annerledes ut. Et annet spørsmål, som ikke skal diskuteres her, er om avdelinger som svært sjelden bruker NO, faktisk skal ha dette i sitt armamentarium, eller heller sørge for å overflytte slike pasienter til et større sykehus raskest mulig. Her kan det sikkert argumenteres begge veier.

Oslo i november 2005

Thor Willy Ruud Hansen
Barneklinikken, Rikshospitalet-Radiumhospitalet HF

Referanser

1. Godal TA Grådig gasselskap kupper markedet. Dagens Medisin nr.2, 30.januar 2003
2. Godal TA Barnelege vant gasskampen. Dagens Medisin nr.5, 13.mars 2003
3. Hansen TWR Inhaled nitric oxide and the societal perspective. Pediatrics 2004;114: 1849-50
4. Higenbottam T et al Inhaled endothelium-derived relaxing factor (EDRF) in primary hypertension (PPH). Am Rev Resp Dis (Suppl) 1988; 137: 107

Ambulant spisetrening i Akershus

I Paidos nr 4, 2005 stiller Atle Moen spørsmål om nytten av ambulerende team med hensyn til spisetrening, og utfordrer Ahus og Stavanger til å svare.

Det er interessant å se at man i Drammen har gode resultater med økt fokus på spisetrening i avdelingen. Men vår filosofi om tidlig hjemreise bygger på litt flere postulater en bare spisetrening hjemme.

Mindre belastning. Tiden det premature barnet og familien (ofte mest moren) tilbringer på sykehuset er lang. Ikke sjelden har moren også ligget i flere uker på fødeavdelingen før hun føder. Etter det premature barnets fødsel er tiden ofte preget av engstelse og usikkerhet med hensyn til hva fremtiden vil bringe. Moren tilbringer mye tid på sykehuset, og ekstra mye når spistreningen starter. Tiden på sykehuset blir derfor en betydelig belastning også for søsken og far. Det er videre påvist at et langt sykehusopphold ofte fører til et svekket foreldre-barn-forhold, misstrivsel og i ytterste konsekvens senere mishandling av barnet.

Vi ønsket derfor primært å gjøre familien trygg på å ta vare på barnet, la familien være sammen i sine vante omgivelsene, la søsken delta i oppgavene og ikke minst forkorte tiden barnet tilbringer på sykehuset. Vår filosofi er: ”Borte bra men hjemme best”. På bakgrunn av dette startet vi NAT-prosjektet i 2004. (NICU Ambulatory Team)

Våre tall. I 2003 hadde Ahus 3152 fødsler. Totalt var det 102 barn med Ga <34 uker. Median GA blant disse var 32 uker + 4dager og median vekt 1710 g.

Med målsettingen om full amming før hjemreise blir oppholdet på helseinstitusjon langt for premature, ettersom mange barn også ofte flyttes mellom flere sykehus, noe vi må ta med i regnestykket.

Alder ved utskriving fra sykehus før oppstart av ambulerende team. i 2003 var 37 uker + 4 dager (median) og var som forventet negativt korrelert med gestasjonsalder. De yngste, mest umodne ved fødsel, lå lengst på sykehuset, bl.a. fordi denne gruppen er utsatt for flest komplikasjoner og det tar lengre tid å komme i gang med ammingen.

Tabellen viser gestasjonsalder ved hjemreiste i forhold til fødselsvekt (alle barn listet her er født med gestasjonsalder < 34 uker)

Vekt	GA hjemreise 2003	GA etter NAT
<749	40+1	42+1
750- 999	39 + 3	38 + 0
1000-1499	39 + 1	36 + 1
1500-1999	37 + 0	36 + 4
2000- 2499	36 + 2	36 + 0
>2500	35 + 6	35 + 6
	37 + 4	36 + 3

Med ambulerende team har tiden barnet tilbringer på sykehuset sunket med nesten en uke etter oppstart av prosjektet, fra 37 + 4 til 36 + 3 uker og median vekt ved hjemreise er 2400g. Tabellen viser imidlertid at det særlig er de med fødselsvekt 1000-1400 gram som har hatt nytte av prosjektet. I denne gruppen har hjemreisen skjedd tre uker tidligere en før prosjektet startet. Tabellen viser også at det er en viss effekt også på gruppen med fødselsvekt 750-999 gram. For gruppen med fødselsvekt < 749 gram har det imidlertid vært en økning på nesten 2 uker, antallet barn i denne gruppen er imidlertid svært lite.

Det er fortsatt premature barn som utskrives direkte til hjemmet fra nyfødtseksjonen og disse har i gjennomsnitt 6 dager lengre opphold.

Vinn-vinn. På Ahus er vi av den oppfatning at ambulerende team er blitt en vinn - vinn situasjon for alle partner. Det har mye å si for både foreldre og barn at de får dra hjem så fort den fysiologiske modningen og den medisinske tilstanden til barnet tillater det. Familien får mer ro hjemme og presset på nyfødtseksjonen blir mindre.

Det er ulike oppfatninger av når et prematurbarn er fysiologisk modent nok for å reise hjem, og i litteraturen ser vi at det opereres med vektgrenser fra 1800g til 2200g for tidlig hjemreise. Med konservative anslag for dette og derfor liten risiko for komplikasjoner vinner vi nå erfaring for bruken av ambulerende team i tiden fremover.

Det er ingen tvil om at så lenge mor og barn er på sykehuset har vi bedre muligheter til å kontrollere og påvirke utviklingen med hensyn til spisetrening. På den annen side brytes i det vesentligste båndet mellom sykehuset og familien ved utskrivning og oppfølging er da i praksis ikke mulig. Det er derfor en fare for at de rutiner som etableres under oppholdet på sykehuset og gjennomføres under tett kontroll der, lett glipper når familien kommer hjem og skal innrette familielivet så normalt som mulig. Med ambulerende team kan vi gi veiledning og om nødvendig annen oppfølging over en lengre periode med beskjeden bruk av resurser.

I innleggelsesperioden i ambulerende team har vi besøk med helsesøster. Her blir barnets sykehistorie gjennom-

Vekt	% Fullamming
<749	Ingen
750- 999	16%
1000-1499	50%
1500-1999	40%
2000- 2499	70%
>2500	40%

Meninger:

gått og hva det jobbes med videre i forhold til spisetrening. Helsesøster vil på denne måten tidlig i forløpet bli informert og få kunnskap om hva som kan forventes av et prematurt barn i forhold til spisemønster. Det vil gi helsesøster en bedre forutsetning for videre oppfølging på helsestasjonen etter utskrivning.

Ammefrekvensen varier sterkt med hensyn til fødselsvekt, for barn med fødselsvekt mellom 2000g og 2500g fullammes 70% selv om GA er < 34 uker. De mest umodne barna med de fleste komplikasjonene fullammes sjelden, men får ofte en kombinert løsning med flaske og amming.

Det finnes ingen etablerte kvalitetsmål på om familien har det bedre med ambulerende team ut over de tilbakemeldingene familiene gir selv. Samtidig viser studier at tidlig hjemreise ikke fører til økt stress hos foreldrene(Örtenstrand et al. 2001). Det betyr at vi med vår modell gir foreldre mulighet til å ta ansvar på heltid for sine premature barn og komme tilbake til et "normalt" familieliv på et tidligere tidspunkt.

Vi slutter oss til ønsket om å etablere kvalitets indikatorer for premature barn etter akuttfasen og enda viktigere i en periode etter utskriving fra sykehuset.

Teresa Farstad
Seksjonssjef Nyfødtseksjonen AHUS



Ambulerende spisetrenere. Fv: Rigmor Ihler (ansvarlig for N.A.T. prosjektet), Merete Olsen, Liv Ragnhild Mikalsen og Lene Rønningen

Atle Moen svarer:

Jeg har fått anledning til å kommentere Overlege Theresa Farstads innlegg og tilsvar til reportasjen fra Sykehuset Buskerud i Paidos vedrørende spisetrening av premature barn.

Jeg har ikke noe ønske om å starte et "Norgesmesterskap i tidlig hjemreise", men ønsker å få til en god faglig diskusjon og erfarings utveksling om hvordan man på best mulig måte forbereder barn og familie på utskrivning fra sykehus. Det poenget ser jeg at Farstad fullt ut har tatt og jeg er glad for at hun så raskt kan fremlegge sine tall som et konstruktivt bidrag.

Jeg ser av tallene at populasjonen som inngår i NAT prosjektet forlater sykehuset ved en median alder på 36+3 uker. Til sammenlikning er medianen ved hjemreise hos oss 35+5 uker.

Med 36+3 uker som tidspunktet hvor barnet sendes hjem fra avdelingen med videre oppfølging i hjemmet er jeg fortsatt usikker på om NAT prosjektet er den rette veien å gå. Det innebærer jo en vesentlig mer omfattende ressursbruk enn hva man har ved Buskerud alternativet, uten at man oppnår den gevinsten som ligger i kortere sykehusopphold for familien. Hvor lenge opprettholder avdelingen hjemme tilbudet til familien og hvor hyppig er de på hjemmebesøk?

Dessuten er jeg på mer generelt grunnlag usikker på hvor ønskelig det er at helsepersonell aktivt oppsøker familiens private sfære etter utskrivning. Det er ikke sikkert at vårt nærvær alltid oppfattes som et ubetinget gode etter mange og lange uker på avdelingen hvor man, på tross av våre bestrebelser, nok ofte føler at man har sitt barn på lån fra personalet.

Svaret kommer selvfølgelig an på hva familien ser som alternativet. Dersom de ser for seg 1-3 uker lengre sykehus opphold vil svaret trolig være et entusiastisk ja til hjemmebesøk. Dersom alternativet er utskriving like tidlig med et barn hvor foreldrene selv mestrer situasjonen i forhold til barnets totale behov tror jeg svaret langt oftere vil bli at hyppige hjemmebesøk er uønsket.

Med hensyn til ammefrekvensen foreligger det ikke tall for hele gruppen fra Ahus, men ut ifra tallene brutt ned på de ulike vektgruppene ser det ut til at disse er relativt identiske med våre. Dermed kan vel neppe dette brukes som argument for den ene eller andre fremgangsmåten, bortsett fra at våre barn oppnår den samme ammefrekvensen noe tidligere enn ved opplegget ved Ahus, hvor jeg antar at tallene relaterer seg til tidspunkt for avsluttet oppfølging i hjemmet.

Vi sitter nå med to ulike modeller for spisetrening og hjemsendelse av premature barn, som begge er godt innarbeidet på de respektive avdelinger. Det kan sikkert argumenteres for begge modeller avhengig av øynene som ser. Våre to utskrivnings populasjoner må kunne antas å være relativt like både i sammensetning og størrelse, og jeg inviterer Farstad og hennes medarbeidere til å bli med på en sammenliknende studie mellom våre to avdelinger, hvor vi på forhånd blir enige om hvilke variabler vi anser som gode ressurs- og kvalitetsindikatorer for prematur omsorg i tiden under og etter oppholdet. Vi registrerer så disse prospektivt over en tidsperiode på 2-3 år for å se hvilken praksis, om noen, som fører til størst måloppnåelse i henhold til våre valgte kvalitetsindikatorer. Jeg tror en slik registrering kunne være praktisk nyttig for vårt nyfødtmedisinske miljø, og bidra til en større interesse for disse litt "mykere" sidene ved det å behandle premature barn og deres familier.

Atle Moen
Seksjonsoverlege Dr.med
Nyfødt intensiv-Barneavdelingen
Sykehuset Buskerud HF

Hva er det vi ikke "ser" i dag?

- Noen uortodokse tanker fra en pensjonert barnelege.



For ca 35 år siden hadde ikke foreldre fri adgang til sine barn når de lå på sykehus. Visittiden, selv på barneavdelinger, var bare en eller få timer daglig og på mange opererende avdelinger var det ikke adgang i det hele tatt. Argumentene mot å slippe inn foreldrene var høylytte og tallrike, både blant leger og ikke minst sykepleiere: mer gråt, bråk, uro, mer infeksjoner, barna ville klamre til foreldrene og være mindre tilgjengelige for personalet og så videre.

Dette er lenge siden nå. Det er lett å være etterpåklok. At vi nå har forandret på en del, viser at verden forbedrer seg, i hvert fall på visse områder. Slik mimring over fortidens feilgrep fører meg stadig frem til det urovekkende spørsmål: Hva er det vi gjør i dag som fremtiden vil felle knusende dommer over?

Når jeg sier at min bekymring gjelder visse sider ved dagens **barnehager**, blir det gjerne stormfullt. Jeg er ikke orientert om Norsk Barnelegeforening har vært på banen. Jeg etterlyser fagkunnskap og øyne som "ser".

Før jeg går inn på bekymringer vil jeg minne om at vårt første spørsmål når det gjelder både sykdom, adferd og behov hos barn er "hvor gammelt er barnet?" Ettåringen er svært forskjellig fra 3-åringen, behovene er følgelig like forskjellige. Det har undret meg og etter hvert ergret meg at i de opphetede diskusjoner om barnehagene, er det 3-åringene som omtales. Når kunnskapsministeren sier at barn har nytte av å "bryne seg" i møte med andre, tenker han da på 1-åringen?

La oss derfor se på de forskjellige aldersgruppe hver for seg.

Barn under 1 år har en av de mest privilegerte ordninger i verden ved at en av foreldrene kan ta fri og være hjemme. Det er gledelig at fedre i stadig stigende grad bruker denne muligheten. Helsestasjoner og foreldergrupper er viktige medspillere i denne alder.

Barn over 3 år har stor glede av barnehagen, her er det vel full enighet, og vi roper alle på "full dekning". Særlig våre innvandrere burde få muligheter til å benytte et slikt tilbud. Barn med funksjonshemninger og problemer går med rette foran. Noen problemer kan oppstå. Christian W Beck, (Pedagogisk forskningsinstitutt, UiO), har nylig referert at barnehagebarn (aldersgruppe ikke angitt) tilbringer gjennomsnittlig 39,1 time/uke i barnehagen. Dette høres urimelig lenge ut. Barneombudet har kalt det "helvetestimen" fra et trett og slitent barn blir hentet, til innkjøp er gjort og de like slitne og trette foreldre har fått maten ferdig på bordet. Slikt stress gir korte lunter og dårlige selvbilder.

Barn mellom 1 og 2 år, er mitt bekymringstema. I undervisning for medisinere og sykepleiere pleide jeg å si at "ettåringer og schæferhunder skal man nærme seg forsiktig, bruk øyekontakt, bruk tid". Begge trenger det for å bli trygge.

I kampen for å få inn foreldrene på sykehus lærte vi at det for de minste ikke var "hvite frakker", stikk og annet som var det verste, men separasjonen fra foreldrene (trygghet, kontaktevne). Personalet "så" ikke sorgen og forvirringen som truende for barnets utvikling for "det går over". Foreldre, som ofte følte at de sviktet sine barn, fant seg i det for "det er det beste og skal jo være slik". Barna fikk forvirrende mange voksne å forholde seg til.

Det er avgjort mulig at vi som etter hvert "så" dette er blitt ekstra sensible. Men når jeg nå hører om og ser ettåringer som protesterer langvarig over å komme i barnehage, og foreldre som forteller hvor vondt det gjør, så virvles gamle minner opp. Og argumentene er de samme som den gang: "det går over", "det er det beste for barnet". For mange føles dette ikke riktig. Men hva så?

Jo, foreldre trenger inntekter, faglig stimulering, sosialt samvær, samfunnet trenger deres arbeide. Men om det nå er en konflikt mellom disse minstes behov og foreldrenes behov, kan vi ikke løse det på en bedre måte?

Meninger:

Kontantstøtten. Den forrige regjering innførte ”kontantstøtten” og det var vel dels ut fra ønsket om å gi en valgmulighet for de foreldre som ville forlenge egen omsorgsperiode for barnet, dels ut fra ønsket om rettferdighet: barn i barnehage blir subsidiert. Vår geografi er også slik at mange steder er det ikke barnehagetilbud innen rekkevidde og kontantstøtten kan da brukes til andre, mer private ordninger. Som forsvarere av barns behov må vi vel si at kontantstøttens intensjon var prisverdig og faglig riktig. Men som så mangt er også den blitt misbrukt og saken fikk i valgkampen et partipolitisk tilsnitt som synes å stenge for faglige argumenter. B**arneombudet** har engasjert seg mot kontantstøtten og hevdet på et seminar i Trondheim om incest at ”kontantstøtten er en trussel mot barn i faresonen, barn som er utsatt for omsorgssvikt, mishandling og misbruk. Det blir færre øyne som ser dem”.

Vår gode kollega Trond Markestad hadde et innlegg i (Aftenposten 25.juli 2004): ”Til forsvar for kontantstøtten”. Han er sterk og klar i sin avslutning: ”Det er oppsiktsvekkende at barneombudet, som jeg trodde skulle forsvare alle barns behov, er så blindet av sin ideologi og sin måte å lese statistikk på, at han ikke evner å se variasjonene i disse behovene”. Før dette kom på trykk hadde jeg sendt inn et innlegg som kom noen dager senere ”Barneombudet og kontantstøtten. Fakta eller ”synsing”?” (Aftenposten 3.aug 2004). Det kom mye god støtte fra folk som var enige, mest pris satte jeg på takk fra en professor i psykologi, vår fremste premissleverandør for å få inn foreldre på sykehus den gang det var stridstema.

Barneombudet har sagt at han ”ikke gir seg før kontantstøtten er fjernet” og at hans uttalelser ”ikke er tilbakevist av en eneste fagperson” (Aftenposten 10/10-04). Er da Trond Markestad og jeg ikke fagpersoner ? Og igjen: hvor er Norsk Barnelegeforening?

Trond har mye erfaring og skrev i en kommentar til dette innlegget: ”Jeg synes fortsatt at kontantstøtten er et godt alternativ for mange, uansett hvor små og gode småbarnsbarnehagene måtte bli. For mange er dagmamma bra, og det er vel da greitt at de bruker penger på det i stedet for en barnehage. Hovedpoenget mitt er at en må stole på at foreldre vet hva som er best for sine egne barn og får anledning til å innrette seg etter dette, og at det er bekymringsfullt at foreldre skal føle at de selv ikke er gode nok til å vurdere dette, og at det er SAMFUNNET som vet best at barna trenger profesjonelt tilsyn og overvåkning av foreldrene!”

”Dagmamma” er også blitt et stridsområde.. Den ene fløy beskriver figurer som er fantastiske personer og har reddet familiens yrkesliv og sinnsro. Andre beskriver personer som er vesentlig interessert i betalingen (svart) og har hatt 4-5 bleievåte, understimulerte unger i røykfylte rom.

”Dag-hjelp”. Ressurssterke, utearbeidende foreldre (leger?) kan ha økonomi til ordninger så barna kan være i egne omgivelser og følge sin egen rytme til de er barnehagemodne. Middagsmaten står på bordet og ”helvetetstimen” er ekstirpert. Besteforeldre kommer også ofte inn her.

Er da ikke vanlige barnehager bra nok også for disse minste? Det er vel kjent at barn under tre år i barnehager har betydelig mer infeksjoner (bronkitter, ørebetennelser, rennende øyne) enn barn i mindre, hjemlige miljø. (For de over 3 år er det ikke sikker forskjell). Kanskje verre enn de banale infeksjoner i seg selv er det stress familien utsettes for. Det kan bli en ond sirkel der barnet ikke klarer å forstå at foreldrenes fortvilelse gjelder sykdommene og ikke barnet selv.

De minste trenger mindre grupper, kortere tid, nærmere foreldres arbeidsplass. Noen barnehager lykkes med å lage små grupper med færre voksne å forholde seg til. Åtte til 9 barn med 2-3 voksne regnes som bra, men jeg synes det er mange. At det skal bygges flere barnehager er bra, men når det snakkes om enheter for opp til 200 kan en mistenke at det står rasjonaliseringseksperter (”blåruss”) bak. Å sluse 200 barn inn og ut daglig må være en ekstra påkjenning for alle og mest de minste. De minste trenger mindre grupper, færre voksne, nærmere hjem eller arbeidsplass.

Christian W Beck refererer til undersøkelser fra Sverige som viste at om barn under 3 år er mer enn 20 timer pr uke i barnehage gir det øket utrygghet, ukonsentrerthet og aggressivitet. (Jeg går ut fra at transporten går inn i timeberegningen).

Jeg har etterlyst fagpersonale som i større grad formidler betenkelighetene ved disse store enhetene for de minste. En hver stor arbeidsplass burde legge forhold til rette for små minstebarngrupper slik at foreldre kan stikke bort i pauser til gjensidig beroligelse. Det kan kreve en revisjon av regler om m2, brannvern og toaletter. Slike mindre grupper krever et modent, velutdannet og selvstendig personale som ikke er avhengig av de mange unge kolleger rundt seg.

Nytenkning. Hvis noen tror at dette innlegg er et ensidig forsvar for kontantstøtten og får pigger ut, så har de misforstått. Det jeg etterlyser er øyne som ”ser”, som har fantasi og krefter til nytenkning. . Det snakkes om 6-timers arbeidsdag. Det kan synes som et umulig økonomisk løft for nasjonen. Men om det ble innført som en mulighet for den ene forelder der det er barn under 2 år?

De mellom 2 og 3 år kan nok trenge samme tilbud, men her er forholdene så forskjellige. Mange, kanskje de fleste vil ha det utmerket i vanlig barnehage og det er vanskelig å ha noen generelle råd om denne gruppen.

Jeg utfordrer norske barneleger. Først og fremst må vi få hamret inn at 1-åringer er forskjellige, at man må nærme seg dem varsomt og man må få mulighet til å gjøre noe med det man ”ser”, slik at både foreldre og barn kan leve videre med god samvittighet.

Jeg synes dette er en alvorlig sak, jeg ønsker at en fagforening som Norsk Barnelegeforening legger skulderen til.

Helene Pande

Ullevål-seminar

Fredag 10. mars kl 14-18
Auditoriet patologen Ullevål universitetssykehus

Asbjørn Langslet startet på Ullevål universitetssykehus i 1974. Han har vært en av pionerene i oppbyggingen av både nyfødtenheten og barnehjerteseksjonen ved Ullevål. Asbjørn har nå sluttet i sin kliniske virksomhet. Seminaret vil sette fokus på en del av de saker Asbjørn var opptatt av under sitt arbeid på Ullevål. Det inviteres til middag kl 19.00, etter at seminaret er ferdig. Seminaret er åpent for alle som ønsker å delta. Middagen er til selvkost og krever at man melder seg på innen 1. mars til Else Hovind, Barneintensivavdeling, elov@uus.no eller Leif Brunvand, lebr@uus.no.

Program:

Neonatologi og universitetet	
Rolf Lindemann :	**Liquid ventilasjon – hvor langt unna er vi i praktisk medisin?**
Drude Fugelseth :	**Persisterende duktus venosus – mulige kliniske implikasjoner ?**
Borghild Roald:	**Pediatriundervisning på engelsk i medisinstudiet ved UiO - er det et riktig valg?”**
Kjell Borthne:	**Nye IT løsninger for helsevesenet - muligheter og problemer**
Farmakologi -hjertet:	
Odd Brørs:	**Fra gray baby syndrom til moderne pediatrisk farmakoterapi – hva har Pediatrien å lære av moderne farmakologi?**
Leif Brunvand:	**Legemiddelnett for barn – et instrument for bedre legemiddelbehandling av barn**
Jan-Bjørn Osnes og Tor Skomedal:	**Adrenerge reseptorer og mekanismer i hjertet: nøkkelreseptorer for farmakologisk påvirkning og nøkkelmekanismer for andre reseptorer.**
Alf Meberg:	**Screening av nyfødte for å oppdage hjertefeil**
Odd Geiran:	**Hjertetransplantasjon hos barn - hvor er vi i dag?**

Leif Brunvand
Barneintensiv avdeling
Ullevål universitetssykehus

BARNESENTERET

Skriv i Paidos!

Paidos skal være et lesverdig og interessant blad med stoff av interesse for barneleger og andre som er interessert i barnemedisin. For å kunne representere hele det norske miljøet, er det viktig at flere deltar. Paidos ønsker derfor å knytte til seg flere barneleger som skribenter. Den eneste måten du kan sikre at Paidos handler om din virkelighet, er dersom du selv beskriver den i bladet. Enten du skriver i form av et leserbrev, en artikkel eller du har innhold til en notis, send det til Paidosredaksjonen på epost paidos@barnelegeforeningen.no

Vårmøtet 2006

Ved barneavdelingen i Drammen forbereder en entusiastisk gjeng årets vårmøte. Paidos har tatt en prat med Vårmøte-generalen, klinikksjef Jardar Hals. Enten du er ny eller erfaren pediater, er det flere faglige godbiter i vente.

Tekst: Tomas Nordheim Alme

— Årets program har både bredde og faglig tyngde. Torsdagen starter med en førpremiere på APLS kurs i nyfødtmedisin. Dette bør ingen som steller med nyfødte gå glipp av.

Matnyttig. Avdelingssjef Jardar Hals viser stolt frem programmet for årets vårmøte. Programmet spenner fra avansert nåtids/fremtidsmedisin til mer hverdagslige, men til gjengjeld svært matnyttige tema.

— Vi setter fokus på ikke-intensiv nyfødtmedisin. Det er en kjenngjerning at det ofte vies mest oppmerksomhet til de aller sykeste, i den mest kritiske fasen. Samtidig blir de "vanlige" problemstillingene, slik som ernæring, modning og "tender care" i dagene og ukene etter at det mest akutte er over, gjerne behandlet litt mer tilfeldig. På nyfødtintensiv i Drammen har vi satset på et helhetlig og strukturert opplegg for dette. For å kompletere, henter vi inn internasjonale kapasiteter på området. Dette er nyttig "hverdagsneonatologi" som folk kan ta med seg hjem, sier Hals.

— Videre blir det en sesjon om cøliaki - nye aspekter ved en gammel sykdom, med noen av de fremste kapasiteter på området. Muligheter og utfordringer ved dagens og morgendagens stamcellebehandling blir belyst fra flere sider, med blant annet onkologiske og etiske betraktninger.

Variert sosialt program. Også på den sosiale fronten kan Hals love noe for enhver smak.

— Et av Drammens viktige bidrag til norsk kultur er jo Aas bryggerier. Vi har vært så heldige å få låne den såkalte Gildehallen i det som er norges eldste bryggeri. Og når man først har satt seg ned ved fatene, hva passer vel bedre enn lun underholdning med en av byens store sønner Jonas Fjeld? Hyggelig sosialt samvær med kolleger i tradisjonsrike og uformelle omgivelser.

— Fredags kveld har vi fått låne erverdige Drammens Teater som for få år siden ble restaurert. Her inviteres det til festmiddag med underholdningsinnslag verdig omgivelsene. Og for de som vil fortsette festen utover kvelden, har vi tatt høyde for det også.



Aas bryggeri ved Drammenselva



Erverdige og nyrestaurerte Drammen Teater

PROGRAM VÅRMØTET 8. - 10. JUNI 2006

- **Ikke-intensiv nyfødtmedisin**
- **Nyfødt Advanced Pediatric Life Support (APLS)**
- **Cøliaki - gammel sykdom, nye aspekter**
- **Stamcellebehandling, muligheter i dag og i morgen**
- **Onkologi, ikke bare kurer**
- **Frie foredrag**

Påmelding: **www.sykehuset-buskerud.no**
Kongresshotell **First Hotel Ambasadeur**
Forespørsler: **jardar.hals@sb-hf.no eller ruth.e.olaussen@sb-hf.no**

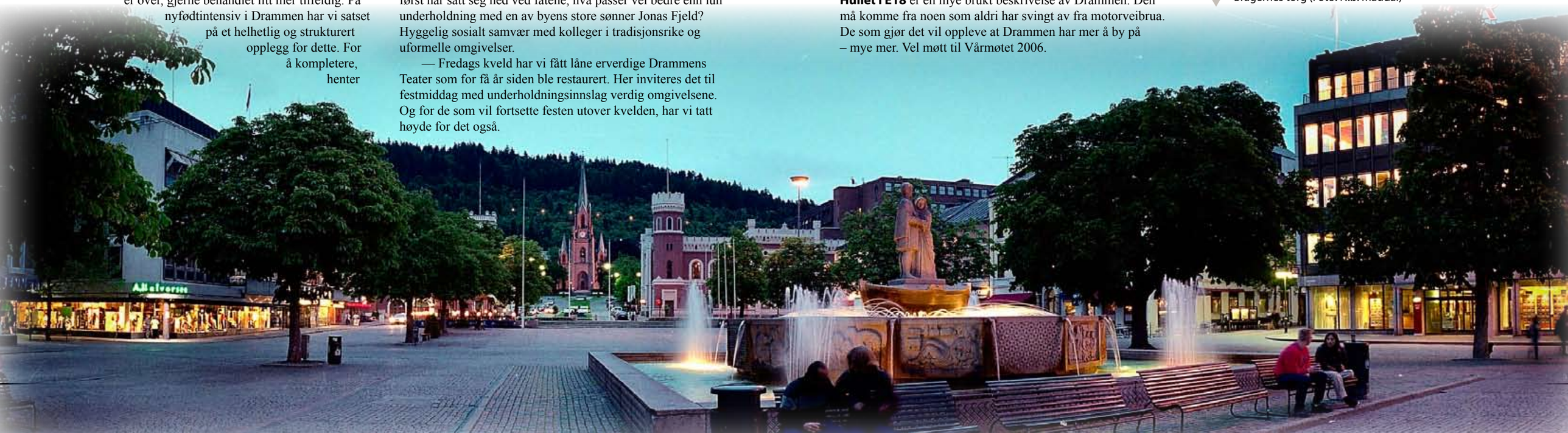
Hullet i E18 er en mye brukt beskrivelse av Drammen. Den må komme fra noen som aldri har svingt av fra motorveibrua. De som gjør det vil oppleve at Drammen har mer å by på – mye mer. Vel møtt til Vårmøtet 2006.

Nyfødt APLS - premiere

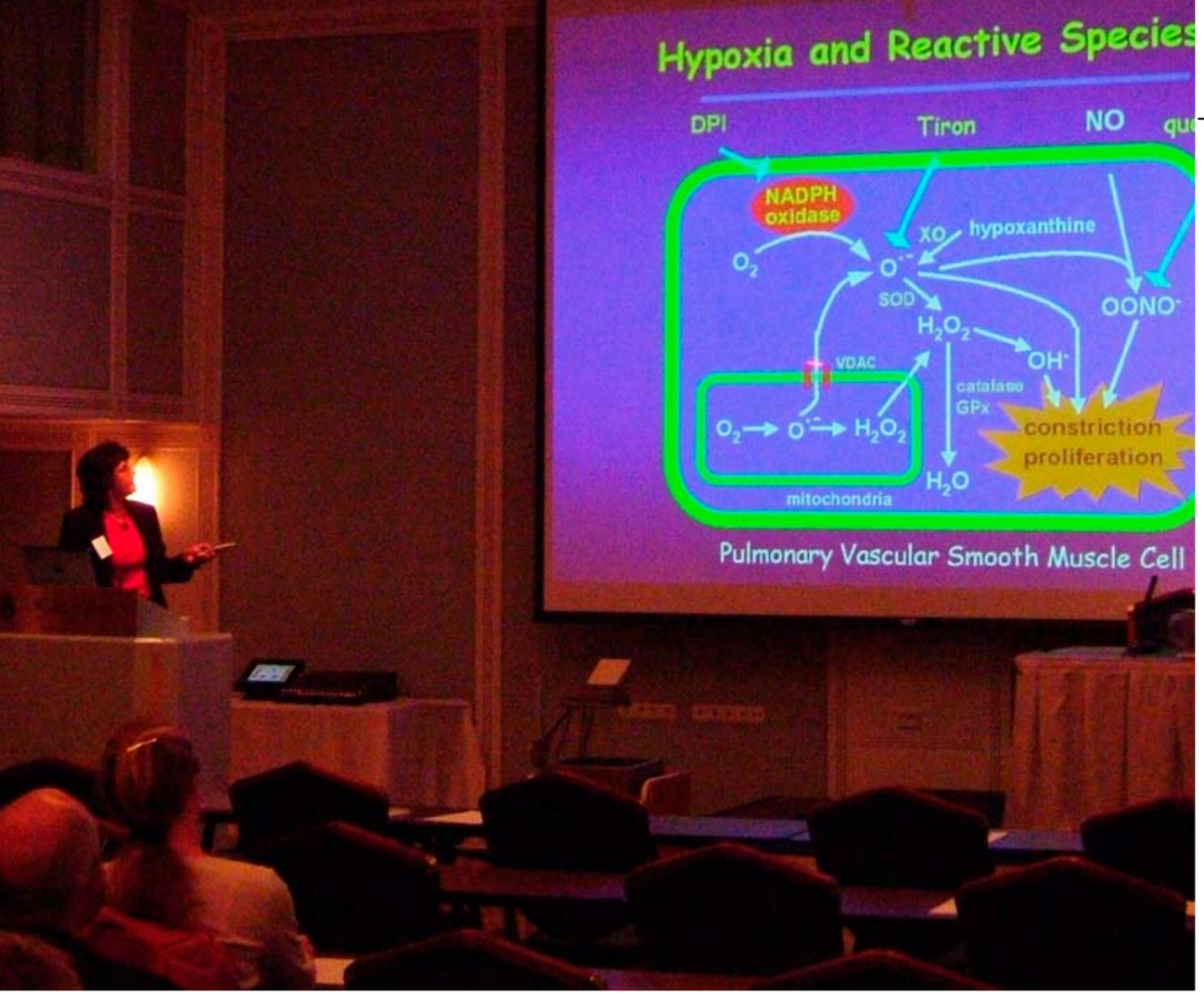
Torsdag 8. juni er det førpremiere for nytt APLS kurs rettet mot nyfødtresuscitering rettet mot deltakerne på årets vårmøte

Det er Terje Alsaker ved Haukeland Universitetsykehus som har utarbeidet det nye kursopplegget som springer ut fra det eksisterende APLS-konseptet. — Vi har over lengre tid tatt mål av oss til å lage et slikt opplegg for nyfødtresuscitering. Kurset i Drammen vil bli en lett forkortet utgave, og det er søkt om godkjenning for det antall timer kurset varer. I og med at dette blir første gang vi kjører nyfødt APLS er vi også svært interesserte i tilbakemeldinger fra deltakerne på utformingen av kurset., sier Alsaker.

Det er etter planen plass til 24 deltakere på denne kursdagen.



Bragernes torg (Foto: N..J. Maudal)



Pediaterdagene 2005

Barneklinikken Ullevål Sykehus

Over 100 kolleger fant vegen til Pediaterdagene 2005 som ble arrangert på Hotel Bristol i Oslo i oktober. Barneavdelingen ved Ullevål Sykehus kan som arrangør se tilbake på et vel gjennomført arrangement, med et variert og innholdsrikt program, fra lungefysiologi på molekylærnivå til tankevekkende innlegg om avslutning av livsunderstøttende behandling. Det er vel verdt et lite tilbakeblikk.

Kims lek? Professor Usha Raj (Chief Division of Neonatology, David Geffen School of Medicine, UCLA) underholdt morgenfriske barneleger med pulmonalsirkulasjonens finurligheter. Jeg skal ikke gi meg ut på noe langt referat. Legg forøvrig merke til at selv snille barneleger liker å sitte bakerst i "klasserommet".

Tekst og foto: Tomas Nordheim Alme

Under sesjonen Hot Topics, redegjorde Sverre Medbø for respirasjonsstøtte og -behandling i Norge basert på 1000-grams studien som omfatter så godt som alle nyfødte under 1000g eller GA 27+6 i 1999 og 2000. Foredraget inneholdt flere nyttige observasjoner om vår behandlingspraksis, og ble på sparket holdt på engelsk til ære og nytte for prof Usha Raj som hadde flere spørsmål knyttet til de fremlagte data.

Arrangøren hadde også satt opp en panelsesjon om jussens innvirkning på medisinen, leger og vice versa, blant annet med tidligere rektor og professor i forvaltningsrett Jan Fridjof Bernt ved Universitetet i Bergen. Temaet er en evig kilde til frustrasjon. Spørsmålet er om vi ble klokere?

Fra USA kom professor Usha Raj, sjef for neonatalenheten ved David Geffen School of Medicine, UCLA. Hun var invitert til å foredra om regulering av pulmonalsirkulasjon hos nyfødte. Norske nyfødtdoktere satt med spissede ører og vide øyne etterhvert som professor Raj geleidet forsamlingen gjennom de vesentligste signalveiene, spesielt i den venøse delen av pulmonalsengen.

Mentometermoro. Høy stemning ble det når Trond Markestad delte ut mentometerknappene og dro forsamlingen gjennom et utvalg pasientkasuistikker. Under full anonymitet og uten hensyn til navn og rang, ble vi stilt overfor stadig mer kompliserte diagnostiske og behandlingsmessige utfordringer. En lærerik og ikke minst underholdende sesjon.

Smerter hos barn. I samarbeid med den nystartede Norsk Barnesmerteforening, var fredag ettermiddag satt av til temaet smerter/palliasjon. Professor Per Brodal holdt et svært tankevekkende og inspirerende foredrag om utvikling av nervesystemet i relasjon til smerter. Nervesystemets plastisitet og dermed påvirkelighet av impulser, også smerter, er en del av menneskets fortrinn, men også sårbarhet. Med dette som bakteppe bidro Øyvind Skråstad (overlege barneanestesi RH) med praktiske tips til behandling av akutte smerter hos barn. Thore Henrichsen og Jørgen Diderichsen avsluttet seansen med gode råd når man trekker tilbake eller avstår fra livsunderstøttende behandling hos barn.

En lang rekke interne og eksterne foredragsholdere bidro til et godt møte, og den sosiale biten ble også vel ivaretatt av kyndige hender. Barneklinikken på Ullevål kan med andre ord se tilbake på et vel gjennomført høstmøte, og samtidig ønsker vi AHUS lykke til i planleggingen av Pediaterdagene 2006 neste høst.

Vant pris. Christopher Inchley, assistentlege ved AHUS, vant prisen for beste frie foredrag av lege under utdannelse med foredraget "The management of HCV infected pregnant women and their children".





Smerter. Tankevekkende, inspirert og inspirerende foredrag fra professor Per Brodal om smertefysiologi og smerteopplevelse hos barn.

Ikterus. Dr. Hussain Yassin ved Sykehuset Telemark holdt foredrag om ikterus på bakgrunn av Rhesus anti-c isoimmunisering.



Per Finne æresmedlem

I forbindelse med festmiddagen under Pediaterdagene 2005 ble Per Haavardsholm Finne utnevnt til æresmedlem av Norsk Barnelegeforening.

Prisen ble delt ut av leder i foreningen, Leif Brunvand. Det er styret i Norsk Barnelegeforening som deler ut denne prisen til medlemmer som har en særlig stilling i norsk pediatri. Tidligere i 2005 ble Helene Pande utnevnt til æresmedlem under Vårmøtet i Stavanger.

AeroChamber Plus*

Inhalasjonskammer



Nytt inhalasjonskammer fra GlaxoSmithKline

- Ulike inhalasjonskamre tilpasset alle aldersgrupper
- Universell adapter passer alle vanlige inhalasjonsaerosoler
- Brukervennlig



GSK 0106

Distributør:

GlaxoSmithKline **
GlaxoSmithKline AS
Postboks 180 Vinderen, 0319 Oslo
Telefon: 22 70 20 00 - Telefaks: 22 70 20 04
www.gsk.no

Refusjon: Inntil 2 stk refunderes på § 3.7 pr. pasient pr. år

AeroChamber Plus Valved Holding
Chambers are manufactured in Canada by:

Trudell Medical International*

725 Third Street,
London, Ontario, Canada N5V 5G4
Email: customerservice@trudellmed.com

* trade marks and registered trade marks of Trudell Medical International.
** trade marks and registered trade marks of GlaxoSmithKline.
Copyright © Trudell Medical International 2005. All rights reserved.