



P A I D O S

TIDSSKRIFT FOR NORSK BARNELEGEFORENING

PORTRETTE

Jon Steen-Johnsen

s. 50

DIAGNOSE

Når svaret sitter langt inne - ALD

s. 54

AKTUELT

Ny veileder for håndtering av barnemishandling

s. 63



INNHold

38	Notiser / Lure Lenker
40	I de dype skoger Sykehusstafetten til Elverum JON GRØTTA
43	En febril gutt JON GRØTTA
46	Piken som haltet GRO ANITA GAUSLÅ
50	Portrettet: Jon Steen-Johnsen TOMAS NORDHEIM ALME
54	"- Ingen reagerte, ingen forsto" Når diagnosen sitter langt inne INGVILL BRYN RAMBØL
58	MENINGER
63	Aktuelt: Ny veilder for håndtering av barnemishandling 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

LEDER



Leif Brunvand
Leder i NBF

Gratis skolemåltid – en investering i fremtidig helse ?

Rett før stortinget gikk fra hverandre våren 2005 ble det fattet et vedtak om at regjeringen skal utrede en nasjonal ordning med gratis skolemat. Lignende ordninger har eksistert i Sverige og Finland i mer enn 50 år. Tiltaket vil legge beslag på betydelige resurser, både til ren drift (anslagsvis 15 kr per elev per dag) og til grunnlagsinvestering. Det er snakk om årlige utgifter i størrelse 2-3 milliarder kroner. De fleste innvendinger mot tiltaket har fokusert på utgiftene, ikke på mulighetene et slikt tiltak kan innebære. Før sommeren 2006 vil regjeringen sannsynligvis komme med konkrete forslag til gjennomføring. En ordning med gratis skolemat til alle barn har også en helsepolitisk side. Dette er en diskusjon norske barneleger bør delta i!

Internasjonalt sett ville et slikt tiltak utvilsomt være en viktig sak. FNs World Food Programme har regnet ut at 170 millioner kronisk underernærte barn ikke får mat i løpet av skoledagen. Bare det å gi ett gratis måltid mat i løpet av skoledagen til disse barna ville sannsynligvis ha større effekt på innlæring enn noe annet pedagogisk tiltak. Det vil også utvilsomt ha betydelig positiv innvirkning på barnas helse. Men vi er i denne saken på vår nasjonale arena og norsk barnehelse er per i dag som kjent svært god. Underernæring ikke er et helseproblem hos oss. Flere undersøkelser tyder imidlertid på at feilernæring ikke er uvanlig blant norske barn. Norske barn ser ut til å ha dobbelt så høyt sukkerinntak som WHO anbefaler som maksimum, med de negative helseeffekter det har for folkehelsen. Med tanke på skolemat har de aller fleste barn på grunnskolenivå med seg matpakke hjemmefra hver dag (> 95%), mens rundt 25% av ungdomsskoleelever ikke har med seg matpakke. Bare rundt 25% av grunnskoleelever har med seg frukt, og 13% av ungdomsskoleelever har med seg frukt (Skolemåltidsundersøkelse, Bjelland og Klepp, 2001).

Av mer direkte helseproblemer som kan relateres til feilernæring blant norske barn, er overvekt. Data fra UNGKOST viser en klar økning av overvekt fra 1993 til 2000 for 8. klassinger (ca 7,5%-11,5%), og en høyere forekomst for 4. klassinger (mellom 17,3 og 18,8%). Etter år 2000 ser det ut til å være en jevnt stigende forekomst av overvekt blant barn, der feilernæring og manglende fysisk aktivitet er to viktige risikofaktorer. Overvekt hos skolebarn er bundet sammen med redusert selvbilde, problemer med sosialisering og mer alvorlige spiseforstyrrelser som kan gå begge veier. Overvekt hos skolebarn er svært vanskelig å behandle og man regner med at rundt 80% av tenåringer med overvekt, også vil ha dette som problem i voksen alder. Overvekt og fysisk inaktivitet i voksen alder er sterkt assosiert til høyt blodtrykk og alvorlige sykdommer som sukkersyke, slag og hjerteinfarkt. Den generelle endringen vi i dag ser hos barn vil høyst sannsynlig føre til en betydelig økning av disse sykdommene når barna kommer i voksen, arbeidsfør alder, på tross av forventet reduksjon i sigarett røyking.

Det er vanligvis enklere å forebygge enn å behandle og det er sannsynligvis også billigere å forebygge overvekt enn å ta de samfunnsmessige belastningene det er med økt sykkelighet og dødelighet i voksen alder. Et barn som utvikler diabetes i ung voksen alder vil gi betydelige helseproblemer for vedkommende barn og redusert forventet levetid. For samfunnet betyr det redusert deltagelse i aktivt arbeidsliv og økte helseutgifter til behandling, eventuelt behov for tidlig uførepensjon.

REDAKTØREN

Ammetåka!



Tomas Nordheim
Alme
Redaktør

Her på Romerike er vi vant til tåke. Vi har faktisk så mye av den at man har funnet det passende å anlegge Norges hovedflyplass her. Når jeg skriver dette er det imidlertid en annen tåke som preger hverdagen. Vi har nemlig vært så heldige å få et barn til, den tredje i vår flokk. Som vanlig i vår familie, er barna utålmodige etter å komme ut. Denne er intet unntak, selv om det bare med et nødskrik kan kalles prematuritet. Derfor har vi i en ukes tid vært kunder på nyfødtintensiv på AHUS og har akkurat kommet hjem derfra. Ingen egentlig dramatikk, men selvfølgelig noe annet enn vi hadde planlagt. Det er lærerikt å oppleve egen bransje fra brukersynspunkt i blant. Betydningen av god informasjon og trygge fagfolk blir alfa og omega når det er eget, og ikke andres barn som ligger i kuvøsen. Jeg har lyst til å bruke anledningen til å skryte av leger, sykepleiere, barnepleiere og jordmødre på AHUS som skjønner dette og som gjennom sin væremåte utstråler empati og profesjonalitet.

I dette nummeret av Paidos har jeg forsøkt meg på noe nytt. Fagblader og tidsskrifter er jo tradisjonelt fagfolks arena, mens ukeblader og aviser har vært pasienter og pårørendes mulighet til å skaffe oppmerksomhet rundt sine saker. For å snu litt om på dette presenterer jeg derfor i dette nummeret en pasientkasuistikk sett fra foreldrenes synspunkt. Ikke for å henge ut eller rette pekefinger, men fordi vi alle har nytte av å se hvordan foreldre kan oppfatte møtet med helsevesenet når det ikke går helt som smurt og ting tar lang tid. En sak har alltid minst to sider, det er også helt sikkert tilfelle i historien om Fredrik som døde av ALD. Likevel bør vi koste på oss å høre hvordan foreldrene opplever det.

Ukene før påske er kurstid, og mang en barneavdeling har måtte tyne bemanningen slik at legene kan få reise på på kurs og bli kloke. Mange er sikkert slitne etter å ha dekket opp for kolleger på kurs og gleder seg nå til noen dager fri i påskeuken. Jeg lar oppfordringen gå til kursarrangører om å forsøke å spre neste års kurs over noen flere uker slik at flere får anledning til å delta uten at de gjenstående må i rekonvalesens etterpå.

Apropos kurs - programmet for årets vårmøte i Drammen foreligger nå i preliminær form. Inhabil som jeg er, vil jeg be deg sjekke programmet som står på side 62. Det vil forundre meg om du ikke finner noe av interesse. Dessuten tror jeg at jeg kan garantere en hyggelig begivenhet.

Det er ikke tilfeldig at Paidos lander i posthyllen din nå like før ferien. Ta med deg bladet og kos deg med det i hytteveggen eller hvor du enn måtte befinne deg. Barnelegeforeningen har opplevd en gledelig økning i interessen for Paidos, men det er fremdeles en utfordring å fylle hvert nummer med lesverdig stoff. Her kommer du inn. Nøl ikke med å sende inn en artikkel eller et leserbrev om du har noe på tungen.

Ha en riktig god påske!

Tomas

Redaktør: Tomas Nordheim Alme, Klinikk for barn og habilitering, Sykehuset Buskerud HF, 3004 Drammen

paidos@barnelegeforeningen.no

Design : Anne-Marie Korseberg

Lay-out: Tomas Nordheim Alme

Trykket hos PDC Tønsen

Opplag: 700

Antall utgivelser per år: 4

Frister:

Frist for innsending av bidrag og annonsermateriale:

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.

Forebyggende tiltak er imidlertid også forbundet med store vansker. Helsekampanjer på linje med det som er foretatt mot sigarettøkning vil kunne gi kraftige negative utslag med tanke på den enkeltes selvbylde og oppfattelse av egen overvekt. Mulighetene ved en gratis skolematorndning ligger i at et ernæringsmessig godt måltid legges inn som en naturlig del av hverdagen, uten at det er spesielt fokus på elevens vekt.

Den store muligheten for helsegevinst ved gratis skolemat ligger kanskje i første rekke ved at man når frem til hele årskull av barn. En klar forutsetning er at maten som serveres er vel tilberedt og av høy ernæringsmessig kvalitet. Varm eller kald mat er av mindre betydning. En frukt hver dag i tillegg til matpakke hjemmefra kan sett fra dette perspektivet være bra nok på grunnskolenivå. Man sikrer seg at alle norske barn får minst ett ernæringsmessig godt måltid per skoledag. Dette vil i seg selv gi en reduksjon i forbruket av rent sukkerholdige produkter, og være med på å gi matvaner som varer livet ut. For å få best mulig effekt bør et slikt tiltak kombineres med økt grad av fysisk aktivitet på skolen. Det er naturstridig for aktive barn å sitte en hel arbeidsdag i konsentrasjon over skolearbeid, kun avbrutt av korte friminutt. Etablering av bedre matvaner og avsetning av mer tid til fysisk aktivitet vil sannsynligvis gi roligere og mer konsentrerte barn i aktuell

Forsidebildet:

Påsken er for mange siste porsjon av skisesongen. Myter vil ha det til at alle nordmenn søker til fjells for å gå eller stå på ski denne våruken. Slik er det nok ikke. Andelen norske nyfødte som faktisk kommer ut med ski på bena er nok heller ikke så stor som enkelte vil ha det til. Likevel er vi i Norge antakelig i en særstilling når det gjelder tilgang til og tradisjon for skisport. Det å lære å bli glad i å være ute, er en av de viktigste gavene vi kan gi til barna våre. Torgeir Haugen skriver i et innlegg i dette nummer om behovet for økt aktivitet for barn og unge i Norge i dag for å motvirke en fedmebølge. Han foreslår innføring av dans i skolen. Danseferdigheter kommer alltid godt med. For egen del vil jeg gjerne få anføre økt satsning på friluftsliv som et godt virkemiddel. Dette er en satsning som bør starte allerede i barnehagene.

Da familien vår bodde på Voss fikk vi oppleve på kroppen hvordan det kan ha seg at så mange idrettstalenter har sitt opphav nettopp derfra. Flere dager i uken var barnehageflokkene på tur, og bussing hørte til sjeldenhetene. Ingen bakke er for bratt eller lang når man har tid nok, og går i flokk. I løpet av vinteren slet barna våre bokstavelig talt ut hvert sitt par ski (det var bare fliser igjen) i nærområdet rundt barnehagen. Opplevelsen av mestring og det å stadig kunne finne nye utfordringer, gir utvilsomt disse barna et fortrinn senere i livet. Det er med vilje jeg bruker ordet "friluftsliv" og ikke "idrett". For meg er "idrett" nemlig et ord med blandet valør. Det består av konkurranse, som i seg selv er en positiv kraft. Men det består også indirekte av ekskludering. Om lysten til å være ute og bruke



undervisningssituasjon og kan også ha positive effekter på læring. Når hvert barn får et slikt tilbud gjennom mange år vil dette ha effekt på hele den nye generasjon som skal bringe vårt samfunn videre.

Hva med det økonomiske aspekt? Det vil utvilsomt gå betydelige ressurser med til en slik ordning og er det en riktig prioritering? Vurdert samfunnsøkonomisk må barn ha mat i løpet av skoledagen uansett om det er foreldre som betaler og smører en matpakke eller om samfunnet organiserer og finansierer en felles ordning for bespising. Sett ut fra dette perspektivet er det mer et spørsmål om organisering av skolemåltidet enn å etablere en ny kostbar virksomhet.

I disse dager slutfører et offentlig utvalg en utredning for praktisk gjennomføring. Oppstart ser ut til å komme høst 2007, og full gjennomføring på nasjonal basis i 2009. Det er knyttet stor spenning til hvilke praktiske ordninger som foreslås. Norsk Barnelegeforening vil følge utviklingen og vil gjerne være med i diskusjonen rundt skolemat. Vi oppfordrer medlemmene til innspill og diskusjon, gjerne med innlegg i Paidos.

Leif Brunvand



kroppen bare skal være knyttet til det å være raskest eller komme først, vil mange aldri utvikle sansen for de gode opplevelsene til fots, på ski eller på sykkel. Friluftsliv handler slik sett om å bruke kondisjon, vilje og praktiske ferdigheter, uten at prestasjonene er viktige for andre enn en selv. Jeg har ment og mener at det er en mangel ved den norske skolen at et flertall av elevene går ut etter 12 år uten å kunne gjøre opp et bål eller ta ut en kompasspeiling. De færreste barn vil som voksne ha særlig nytte av å kunne kaste en liten ball 30 meter eller løpe 60-meteren på under 9 sekunder om dere skjønner hva jeg mener.

En annen morsom observasjon fra tiden på kirurgisk avdeling på Voss, var at vi også trenger å lære å slå oss. Om vinteren er Voss vertskap for adskillige skoleklasser fra England som tilbringer en uke på ski i alpinanlegget. Jeg opplevde å få påfallende mange av disse inn, forsvarlig sikret på ryggbrett og med nakkekrage etter at de hadde falt på ski. Både lærere og elevene som hadde falt var stive og nærmest paralyserede av skrekk. Etter nøye undersøkelser og ofte røntgenbilder, ble det klart at de ikke hadde skader og egentlig ikke hadde så vondt lenger heller. Nakkekragen kunne fjernes og barna kunne vandre ut av akuttmottaket for egen maskin. De hadde rett og slett aldri opplevd å falle i en skibakke før og deres redsel og påfølgende adferd ledet redningsmannskapet til å tro at skadene var alvorlige, selv om det dreide seg om ganske allminnelig tryning. Man må altså også lære å slå seg. Forsidebildet er påskeminne fra 2005 og er tatt av Signe Rambøl Alme.

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 universitetssykehus. Gift 1980, tre barn. Stikkord for fritid er hund, kajakk, turgåing/-løping, bøker og hytte.

leder@barnelegeforeningen.no



Kristin Hodnekvam (Nestleder)

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

nestleder@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.



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



Jannicke Andresen (Møtesekretær)

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

motesekretaer@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 barneavdelingen i Lørenskog og Drammen. Spesialistpraksis med avtalehjemmel og deltidsstilling som barnelege ved Kongsberg s.h. siden 1976.

kasserer@barnelegeforeningen.no



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 overlegevikariat 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



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 tre barn. Ved siden av pediatri er friluftsliv, jakt, småfly og musikk viktige fritidsinteresser. paidos@barnelegeforeningen.no

NOTISER

Ledig stipend ved Rikshospitalet

Forskningsstipend blir ledig ved Pediatrisk Forskningsinstitutt og Barneklivnikken, Rikshospitalet-Radiumhospitalet HF fra høsten 2006.

Stipendiet finansieres av midler fra Norges Forskningsråd, og målsettingen for prosjektet er å utvikle en modell for studier av bilirubin-toksisitet ved bruk av in vitro cellekulturer. Nærmere opplysninger hos: Thor Willy Ruud Hansen, T.23074573 eller e-post t.w.r.hansen@medisin.uio.no

Pediatredagene 2006 i rute



Fra sikre kilder rapporteres det at arbeidet med Pediatredagene 2006 i oktober er godt i gang. Det er i år barneavdelingen på AHUS som er vertskap. Hovedseksjoner denne gangen vil blant annet bli nevrologi og habilitering, nyfødtmedisin, rus og luftvegsinfeksjoner. Følg med i neste nummer av Paidos for program og invitasjon.

Nytt kurs i nyfødtmedisin



Rikshospitalet minner om kurset i nyfødtmedisin som planlegges avholdt i mai. Kurset gir en grunnleggende innføring i sentrale tema ved behandling av syke nyfødte. Av temaene nevnes: Fostermedisin og transisjonsfysiologi, asfyksi/resuscitering, transport, lungesykdommer og behandlingsstrategier ved respirasjonssvikt (respirator, oscillasjon, NO og ECMO), medfødte hjertefeil, sirkulasjonssvikt, medfødte misdannelser og stoffskiftefeil, kirurgi i nyfødtperioden, avvik ved barselundersøkelsen, infeksjoner, genetikk og genetisk rådgivning, metabolske avvik, sentrale tema i behandling av premature, oppfølging av premature, farmakologi og farmakoterapi og etikk. Det avholdes kursprøve. Kurset er godkjent som sentralt emne i pediatri med 25 timer, og 10 timer for barnekirurgi. Det nevnes spesielt at redaktør for *Pediatrics* Jerold Lewis deltar med forelesning om Evidence Based Medicine in the NICU. Kurskomiteen består av Thor Willy Ruud Hansen (kursleder), Morten Grønn, Paal Lindenskov, Terje Rootwelt, Arild Rønnestad, Ola Didrik Saugstad, Inger Elisabeth Silberg og Per Arne Tølløfsrud. Påmelding til kurs.oslo@legeforeningen.no eller direkte til t.w.r.hansen@medisin.uio.no.

Akuttveilederen under revisjon

Kvalitetsutvalget i Nbf har utnevnt en redaksjonsgruppe som skal revidere Veileder i akutt pediatri som er fra 1998. Redaksjonsgruppebestår av Claus Klingenberg (leder), Gaute Døhlen, Ole-Georg Vinorum, Britt Skadberg, Finn Wesenberg og Thomas Möller (nettredaktør).

Redaksjonsgruppen har oppnevnt kapittelansvarlige for den reviderte utgaven. Innholdsfortegnelsen til den reviderte veilederen er under utarbeiding. Denne prosessen tar hensyn til samordning med Veileder i generell pediatri. Noen kapitler fra den gamle Akuttveilederen er tatt over i Generell veileder og vil ikke bli å finne i den reviderte utgaven av Akuttveilederen. Andre kapitler fra nettversjonen til den nye Generelle veilederen hører heller hjemme i den nye Akuttveilederen. Begge veiledere skal tilpasses til hverandre før eventuelle papirversjonen publiseres.

Reviderte kapitler vil bli lagt ut fortløpende på www.pedweb.no til gjennomlesing og kommentarer. Har du kommentarer til innholdet, formen eller tekniske detaljer send en epost til veile-dere@barnelegeforeningen.no.

Likestilling i legeyrket



"Legeyrket - fra mannsbas-tion til kvinnefront? En legegpopulasjon i endring" Legeforeningens Likestillingsutvalg inviterer den 27.04.2006 til konferanse på Soria Moria om Legeyrket - fra mannsbas-tion til kvinnefront? Konferansen/kurset er godkjent med 8 timer som valgfritt kurs for alle spesialiteter. Bakgrunnen for konferansen er tall fra Legeforenin-

gen og universitetene som viser at andelen kvinnelige leger stiger jevnt i Norge så vel som i andre vestlige land. Likestillingsutvalget ønsker å belyse ulike aspekter ved utviklingen og stimulere til debatt om mulige konsekvenser.

Aktuelle spørsmål er:

- * Hvordan vil endringer i legegpopulasjonen påvirke helsetjenesten?
- * Er det noen effekter vi vil fremme - andre vi ønsker å motvirke?
- * Hva vil en økt kvinneandel ha å si for utøvelsen av de medisinske fagene?
- * Kan vi forvente en jevn eller skjev kjønnsfordeling i spesialitetene?

En spennende og interessant konferanse - så meld dere på. Påmelding til legeforeningens sekretariat ved Ragni Skille Berger.

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. 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.

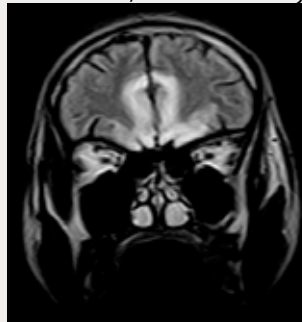
Radiologi

Jeg innrømmer det gjerne. Jeg har lenge trodd at jeg lider av dysradioleksi - jeg er ikke flink med røntgenbilder. Gang på gang ender jeg i situasjoner hvor jeg skulle ønske at jeg hadde fulgt bedre med i radiologiundervisningen mens jeg studerte. En slags fattig trøst er det at jeg mistenker at jeg ikke er den eneste. Jeg har funnet noen underholdende nettressurser med radiologi som tema. På disse nettstedene kan du enkelt og lett-fattelig friske opp (eller tilegne deg for første gang) kunnskaper om så vel røntgen thorax som avansert MR diagnostikk. Et bilde sier som kjent mer enn 1000 ord.

WWW.MRIBATHIA.COM



Dette er den hittil østligste nettressursen som er presentert i Paidos. www.mribathia.com er hjemmesidene til MR senteret ved The Batia General Hospital i Bombay, India. Sidene er til bruk både for fagfolk og pasienter. Den har en egen seksjon med Teaching Files som inneholder kasuistikker for en bråte med ulike tilstander, så vel som generelle MR-tips. Hver tilstand er omtalt både med tekst og et rikelig utvalg av bilder i ulike vektninger og sekvenser. Her finner du sjeldenheter som Schwannom i orbita, via tuberkuløs synovitt i ankel, til myelomeningoceler. Tekstene er omfattende og samtidig lettfattelige. For de fleste bildene kan du velge mellom ulike typer fremstilling (T1/T2/snittretning osv). En skikkelig godbit for deg som vil lære mer.



THE WHOLE BRAIN ATLAS

Jeg bøyer meg i støvet. Som nevnt, radiologikunnskapen min har noen huller. Jeg må også innrømme at hjerneanatomi heller ikke er min sterkeste side. Derfor ble jeg så glad da jeg oppdaget The Whole Brain Atlas. Sidene er laget av Keith Johnson og



J. Alex Becker (henholdsvis Harvard og MIT). Det fantastiske med denne ressursen ligger særlig i den tekniske løsningen. Her kan du spole deg gjennom MR og CT bilder av ulike tilstander fremstilt i ulike vektninger. Mest imponerende er imidlertid normalanatomi i 3D. Her kan du enten velge hvilken struktur du vil se, eller spole deg gjennom coronal, axial eller sagittalsnitt og få markert de ulike strukturene med piler og merkelapper. Er du nærsynt, kan bildene blåses opp. Aldri mer skal jeg forveksle corpus callosum genu og splenium. Adressen er <http://www.med.harvard.edu/AANLIB/home.html>

RADIOLOGI FOR UNIVERSITETET I OSLO

Også Universitetet i Oslo har en god radiologiressurs på nettet. Ressursen har ikke eget domene og ligger derfor under universitets sider på adressen <http://www.med.uio.no/ioks/radiologi-us/>. Sidene er ment for medisinske studenter ved UiO og er laget av professor Nils Einar Kløw og overlege Johan Castberg Hellund. Bildearkivet dekker en stor variasjon av modaliteter fra alle organsystemer. Alle kasuistikkene har en kort beskrivende tekst og de ulike radiologiske teknikkene er også beskrevet. Flere av bildeseriene er hentet fra samme pasient og det er mulig å navigere fra undersøkelse til undersøkelse for samme pasient.



SYKEHUSSTAFETTEN



I de dype skoger

Barneavdelingen i Elverum.

En av landets yngste barneavdelinger har kommet seg gjennom nyfødtperiode, skolebarnstid og ungdomstid og fremstår som tidlig voksen med 20-års jubileum til høsten. Paidos presenterer barneavdelingen i Elverum.

Avdelingsoverlege Jon Grøtta
Barneavdelingen, Sykehuset Innlandet - Elverum

Før 1986 ble barnemedisinen i Hedmark ivaretatt ved de indremedisinske avdelingene med egne barneseksjoner. Slike seksjoner hadde vi i Hamar, Kongsvinger og Elverum, men fra 1. september 1986 var barneavdelingen i Elverum et faktum og seksjonene ble nedlagt. Bjarne Smeby var avdelingens første avdelingsoverlege, og sammen med Magnhild Møller-løkken og Olav Flesvig utgjorde de legestaben ved oppstart.

Siden da har man møysommelig bygget opp avdelingen til vi i dag er 8,5 overlegestillinger og 3 asslegetillinger. Skiftende direktører og sjefleger har betegnet oss som sykehusets flaggskip uten at vi føler det har gitt oss økonomisk uttelling. Gjennom de 20 årene vi har eksistert ville vi ikke greid oss uten det utmerkede samarbeidet vi har med vår regionavdeling ved Ullevål Universitetssykehus.

Vi er organisert som et barnesenter der alle barn innlagt ved sykehuset i Elverum ligger hos oss. Etter omorganisering av sykehuset hvor bløtdelskirurgi ble flyttet til Hamar blir barn under fem år med magesmerter/akutt abdomen innlagt i barneavdelingen og de over fem år ved kiravd på Hamar. Hodetraumer hos barn under ett år er vårt ansvar, mens de over er ortopedenes ansvar, selv om alle fysisk ligger i barneavdelingen.

Ledelsesmessig er vi organisert med enhetlig ledelse der

avdelingssjef har det øverste administrative ansvar, og da vedkommende ikke er lege har avdelingsoverlegen det totale medisinske ansvar. Avdelingens lederteam bestående av avdelingssjef, avdelingssykepleiere, kontorleder og avdelings-overlege, har møte hver 14. dag. Avdelingen er igjen en del av kvinne/barn divisjonen i Sykehuset Innlandet som består av gyn/fødeavd på Gjøvik, Lillehammer og Elverum samt barneavdelingene i Lillehammer og Elverum.

Avdelingen har tre seksjoner, poliklinikk (Hamar og Elverum), nyfødttenhet og barnepost. Sammen med seksjonsoverlegene har avdelingssykepleierne et fagansvar for sin enhet, men ikke et driftsansvar. Dette ansvaret ligger hos avdelingsoverlegen.

” tryggheten og fagligheten med hensyn til barna må veie tyngre enn legeprestisje

Nyfødtmedisin. Ved vår nyfødttenhet har vi 7 senger. De siste årene har det vært mellom 160 og 200 innleggelser årlig med til sammen drøyt 2000 liggedøgn pr år. Barn som trenger respiratorbehandling blir stabilisert og intubert før transport til Ullevål. I egen avdeling har vi en utstrakt bruk av CPAP behandling. Gjennom alle årene har vi hatt en levende faglig debatt når det gjelder hvilket nivå vi skal legge oss på. Vi har hele tiden satt barna i høysetet og dermed avstått fra å

BARNEAVDELINGEN ELVERUM

Etablert:	1. september 1986
Senger:	24 (7 nyfødt og 17 store barn)
Seksjoner:	Barnepost
	Nyfødt
	Barnepoliklinikk (Hamar, Elverum)
Innleggelser	1312 (2005)
Poliklinikk	4007 Elverum + 1614 Hamar (2005)
8,5 overlegestillinger	
3 utdanningsstillinger	
Barnepopulasjon under 18 år ca 35 000	
Befolkningsgrunnlag Hedmark ca 187 000	

drive med respiratorbehandling av premature og syke nyfødte. Med under 10 barn pr år som trenger slik behandling, mener vi at antallet respiratordøgn ville bli alt for lavt til å kunne bygge og opprettholde kompetanse både hos sykepleiere og leger. Dette resulterer i at vi har 30 ukers gestasjonsalder som grense for forløsning. Mange vil kanskje hevde at vi har ”lagt oss bakpå” og ikke følger med i nyfødtutviklingen, mens vi vil hevde at tryggheten og fagligheten med hensyn til barna må veie tyngre enn legeprestisje.

Store barn. Barneposten fungerer i prinsippet som et barnesenter, som med sine 17 senger huser alle barn innlagt i sykehuset. Det betyr at vi foruten barn med pediatriske sykdommer, har innlagt barn med ortopediske-, ØNH- og øyelidelser. Med 17 senger klarer vi oss rimelig bra selv om vi i de verste infeksjonsperiodene har det trangt. Det faglige spekteret favner hele det pediatriske sykdomspanorama både når det gjelder øyeblikkelig hjelp og utredningspasi-



1. rekke fra venstre, Batool Aballi, Gro Anita Gauslå, Sidsel Bjering, Tove Nilsen, Arshad Sultan.
2. rekke fra venstre, Leif Bjarte Rolfsjord, Olav Flesvig, Jon Grøtta, Lars Tveiten
Pernille Tryli, Tadeusz Zboch og Karin Aarsheim var ikke tilstede da bildet ble tatt



▲ Elverum langs Glomma i de dype skoger (foto: ukjent)

enter. Til å bistå oss i utredning og behandling det har vi egen barnefysioterapeut, klinisk ernæringsfysiolog og barne-psykiater i halv stilling. Vi savner førskolelærer med spes. ped kompetanse og særlig sosionom. I harde økonomiske tider hvor inntjening settes foran det meste, har vi ikke fått gjennomslag for å opprette disse stillingene.

” **Spesialisthelsetjeneste til de aller svakeste er vel kanskje vår aller fremste oppgave, og utfordringen blir å opprettholde et kvalitativt godt legetilbud til denne gruppen.**

Poliklinikkene. I tillegg til poliklinikk i Elverum har vi poliklinikk på Hamar hvor det hver dag er en overlege. Til sammen har vi ca. 5000 konsultasjoner årlig. De siste årene har vi merket en stadig større pågang når det gjelder henvisninger og til tider har vi hatt uakseptable ventetider særlig når det gjelder kontroller.

Vi er stolte over at vi var den første barnepoliklinikk som startet med astmaskole. Sykepleierne Anne Trollvik og Anne Margrethe Fletre sammen med seksjonsoverlege Leif B. Rolfsjord gjorde her et pionerarbeid. Med astmaskolen som mal har vi opprettet eksemskole, epilepsiskole, ADHD-skole og diabetesskole. Slik sett føler vi oss både tidsriktige og helsepolitisk korrekte.

Barnehabiliteringen er egen avdeling i divisjon hab/rehab. Barneavdelingen har ansvar for å betjene barnehabiliteringen med lege, og for øyeblikket har vi 1 hel overlegestilling fordelt på to kolleger som ivaretar dette. Barnehabiliteringen

har hele tiden ligget i Hamar, og med 30 km mellom oss og dem er det vanskelig å få utnyttet legeresursene optimalt. Spesialisthelsetjeneste til de aller svakeste er vel kanskje vår aller fremste oppgave, og utfordringen blir å opprettholde et kvalitativt godt legetilbud til denne gruppen.

Legegruppen. Overlegene har klart å spre sine interessefelt slik at vi føler oss rimelig godt forspent til å møte de faglige utfordringene vi møter. Vi skulle imidlertid ønsket oss en overlege med spesiell interesse for gastroenterologi. En av våre store styrker har i alle år vært en meget god korpsånd noe også vikarer og andre har bemerket, og med en gjennomsnittsalder på 49 føler vi at vi er et ungt overlegekollegium.

Utfordringer fremover. Som de fleste avdelinger opplever også vi at det ikke er lett å rekruttere ferdige spesialister. Alle overlegene bortsett fra en har vært assistentleger ved avdelingen og viser at aktiv rekruttering fra egne rekker er beste måten å sikre etterfølgere på. Arealmessig har barneposten det bra, mens det ved nyfødtenheten verken er areal- eller planmessig optimalt. I løpet av året flytter poliklinikken i Elverum inn i nye lokaler, både større og mer tilpasset dagens drift og virkelig noe vi ser frem til. Vi har i mange år hatt store problemer med å ta unna for presset på poliklinikken. Ventetidene er, som nevnt ovenfor, til tider utilfredsstillende og en hodepine for oss.

I sykehuset forgår det et stort utredningsarbeid med tanke på funksjonsfordeling mellom de geografiske enhetene i Gjøvik, Lillehammer, Hamar og Elverum. Dette skaper naturlig nok usikkerhet i organisasjonen og utfordringen er å yte god medisin til tross for dette. Vi føler vi klarer det, og er en avdeling med et godt arbeidsmiljø og god faglig standard som arbeider til beste for syke barn i Hedmark!

▼ Jon Grøtta



En febril gutt

Akkurat når du trodde du hadde løsningen...

Feber og vondt i hodet er vanlige symptomer i en barneavdeling. Legg til moderate infeksjonsparametre og upåfallende klinisk status, og du har en ganske allminnelig virushistorie. Eller kanskje ikke? Barneavdelingen på Elverum presenterer en historie som slett ikke var så enkel som det kunne se ut til.

Avdelingsoverlege Jon Grøtta
Barneavdelingen, Sykehuset Innlandet - Elverum

En 11 år gammel gutt ble innlagt barneavdelingen som øyeblikkelig hjelp etter et knapt døgns sykehistorie. Kvelden før innleggelse hadde han vært på kino og etter at han kom hjem hadde han virket litt forvirret og med feber opp mot 40 grader. Samme natt fikk han intense hodesmerter, men ingen andre symptomer, så som oppkast. Foreldrene oppsøkte egen lege og gutten ble lagt inn til nærmere undersøkelse.

Ved journalopptak kl. 15.00 dagen etter symptomdebut var hodesmertene ikke lenger tilstede. Han var febril med tp. 40,6, puls 110, BT 117/68. Bortsett fra et lite sår i den ene munnviken, fant man helt normal organstatus. Han svarte greit på tiltale og spørsmål, men ble under journalopptak noe mer somnolent. På mistanke om infeksjon i CNS ble han derfor spinalpunktert og det ble tatt blodkultur før man startet med aciclovir samt penicillin og kloramfenikol.

Funn på EEG. Laboratorieverdier ved innkommst viste: Hb 13,2, leukocytter 18,1 hvorav 17,1 neutrofile, CRP 64, Na 133, K 3,9, glucose 7,1, 1-3 celler i spinalvæsken, glucose i spinalvæske 4,3. Det ble tatt EEG som viste ”generalisert dysrytmi, men med klar overvekt i høyre temporo-occipital-region. Må utelukke encefalitt”. Dette styrket mistanken om encefalitt, og ble ytterligere styrket da CT-caput viste ”muligens litt lavere tetthet enn normalt i høyre temporallapp”. MR-caput tatt dagen etter viste imidlertid normale forhold.

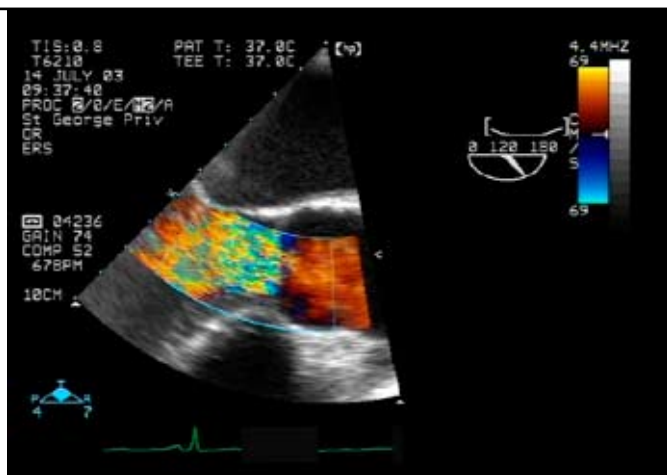
Oppvekst i blodkultur. Dagen etter innkommst fikk vi beskjed om oppvekst av grampositive kokker i blodkultur, men klinikk, EEG- og CT-funn gjorde nok at vi fortsatt mente dette mest sannsynlig dreide seg om en encefalitt. Imidlertid ble det likevel lagt til cloxacillin til tross for at gutten klinisk var blitt bedre. Senere kom det resistensskjema som viste at det dreide seg om gule stafylokokker og at de var sensitive for cloxacillin. Ny blodkultur etter fem døgns antibiotikabehandling viste ingen oppvekst av bakterier. Kontroll EEG seks dager etter innkommst viste intet patologisk, og etter hvert kom det svar på at det ikke var påvist nevrotrøpe virus i spinalvæsken. Enterovirus i fæces ble heller ikke påvist.



▲ MR caput viste normale forhold (ill. foto)

Svingende forløp. De første fire døgnene hadde han svingende temperatur og ikke helt et forløp som forventet til tross for at vi behandlet etter resistensskjema. Vi tenderte mer til at dette likevel måtte være en bakteriell infeksjon til tross for at CRP kun var moderat forhøyet. Vi hadde heller ikke noen sikker formening om fokus for infeksjon i det thoraxbildet og urindyrkning ikke hadde gitt noe napp. Som en totalvurdering ble vi derfor enige om å skifte til cefotaxim med tanke på bedre penetrasjon til vevene. Da det tilkom smerter i ene hælen tenkte vi på hematogen spredning og mulig osteomyelitt som en mulighet. Skjelettscintigrafi viste imidlertid ingen kontrastoppladning i hælen.

Lang behandlingstid. Først etter ti dager intravenøs behandling med antibiotika etter resistensskjema fikk vi et fall i CRP. Høyeste verdi under forløpet ble målt til 86. Ved seponering av antibiotika etter 14 dagers behandling,



▲ ECCO viste aortainsuffisens og påleiring på aortaklaffen forenlig med endocardit (ill.foto)

hadde han vært afebril i to døgn, CRP var falt til 22 og klinisk var han kjekk. Ved undersøkelse var det helt normal status inklusiv auskultasjon av hjertet og lunger.

To dager etter utskrivelse kom han til avtalt kontroll med blodprøvekontroll og ny blodkultur samt klinisk undersøkelse. CRP var 20, SR imidlertid steget fra 37 til 52, ingen oppvekst i blodkultur. Klinisk var han i relativt fin form, han var afebril, men så noe blek ut. Mor fortalte at han hjemme hadde blitt sliten på kvelden, men ellers ingen plager. Status var også nå upåfallende bortsett fra en nytilkommet bilyd over hjertet.

Med dette som bakgrunn ble det gjort Ekko/Dopler som viste en aortainsuffisiens grad 2 og påleiring av aortaklaffen forenlig med endokarditt. Etter å ha konferert med regionavdeling ble det startet med cloxacillin i seks uker og gentamycin i to uker. Ekkokardiografisk gikk klaffepåleiringene tilbake, men insuffisiensen økte på og ved undersøkelse ved regionsavdeling fant man at det hadde dannet seg en kanal som gikk langs både den høyre og venstre koronare aortacuspene og dermed skapte en betydelig insuffisiens.

Knappe åtte uker etter at han ble innlagt hos oss ble han operert og fikk satt inn kunstig aortaklaff. Etter dette kom han seg fint og er en aktiv og frisk gutt, men som naturlig nok må bruke warfarin livet ut.

Sykdomsbildet han presenterte ved innkomst er ikke uvanlig i en barneavdeling. Høy feber, medtatt og noe sensorisk påvirkning som lett kunne tolkes som feberpåvirkning. Moderat forhøyet CRP på 64, leukocytose med neutrofil. Sett i ettertid burde vi kanskje ikke avsluttet behandlingen etter to uker da det gikk ti dager før han ble afebril. Samtidig hadde vi en negativ blodkultur etter fem dagers behandling samt at gutten klinisk var blitt kjekk og i fin form. Det har i allefall vært et lærerikt kasus for oss og ikke minst minnet oss om at vi hele tiden må være åpne for at sykdomsbilder som imponerer som vanlige også kan være uvanlige.

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



Bristol-Myers Squibb

Perfalgan Bristol-Myers Squibb

Analgetikum. Antipyretikum.
ATC-nr.: N02B E01

INFUSJONSVÆSKE, oppløsning 10 mg/ml: 1 ml inneholder: 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. Paracetamoloppløsningen 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 (prodreg 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 glutatation 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. Salicylamid 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 fordelene 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 mavesmerter. Toksik dose med fare for akutt leverskade er 7,5 g paracetamol gitt som engangsdose til voksne og 140 mg/kg gitt som engangsdose 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

Effekt

Perfalgan gir en signifikant bedre effekt enn oralt paracetamol ¹

Morfinsparende

Perfalgan reduserer behovet for morfin med 46% ²



Perfalgan®
paracetamol

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 inntreffer i løpet av 5-10 minutter etter at administreringen er startet, maks. analgetisk effekt oppnås etter 1 time. Varighet 4-6 timer. Antipyretisk effekt inntreffer 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. For administrering bør produktet inspiseres visuelt for faste partikler og misfarging.

Pakninger og priser:
Hettegl.: 12 x 50 ml kr 252,10, 12 x 100 ml kr 303,50.

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 Anaesthesiol Scand.1998;42:293-8.

Piken som haltet

Halting og scoliose hos en ung jente

En 12 år gammel jente henvises til ortopedisk avdeling på Elverum. Det siste halve året har hun fått økende skjevhet i bekken og rygg, og gangen er blitt stiv og haltende. Etter forsøk med oppbygd sko, blir det klart at det ligger noe mer komplisert bak forandringene hos denne jenta. Spørsmålet er hva...

Assistentlege Gro Anita Gauslå
Barneavdelingen, Sykehuset Innlandet - Elverum

En 12 år gammel tidligere frisk jente ble av fastlege henvist Ortopedisk avdeling på Elverum i juli 2005. Hun hadde det siste halve året utviklet skjevhet i bekken og rygg med påfølgende stiv gange og halting. Det var også intermitterende lettgradige lumbale ryggsmarter.

Klinisk undersøkelse avdekket 2 cm bekkensenkning på høyre side. Stående belastet hun utelukkende venstre underextremitet, med høyre underextremitet kun støttende på tå, og lett fleksjon i høyre kne og høyre hofte. Det var klart begrenset fleksjon og sidebøy i ryggen samt gibbus venstre side, lumbalt ved fleksjon. Ved fleksjon i columna devierte overkropp mot høyre. Tilnærmet ingen sidedeviasjon mot venstre. Anstrengt og asymmetrisk haltende gange. Venstre-konveks scoliose i lumbal-columna og høyrekonveks scoliose i thorakal-columna. Fri bevegelighet ved undersøkelse av hofter, knær, ankler og føtter.

Røntgen av Th-/LS-columna (figur 1) viser en langstrakt høyrekonveks thorakalscoliose, vinkel ca 11 grader, toppunkt i Th 8. Lett venstrekonveks scoliose i lumbosacralovergangen som vanskelig å måle nedre vinkel på, men den anslås til 6 grader. Røntgen av begge hofter viste lett reduksjon av bruskhøyde i venstre hofte, som kunne tyde på større belastning av venstre hofte i forhold til høyre. Røntgen av bekken tatt stående med et væskespeil av kontrast avspeilet ½ cm forskjell i beinlengde, høyre kortest.

Røntgen av hofter og bekken stemte ikke overens med klinisk undersøkelse og man konkluderte med at det sannsynligvis skyldtes at pasienten kompenserte. Foreløpig ingen sikker forklaring på pasientens uttalte anisomeli. Man vurderte det som nødvendig å korrigere beinlengdeforskjellen og bygget skoen 1,5 cm på høyre side. Man antok at scoliosen hovedsakelig var kompensatorisk til anisomelien uten at en komponent av strukturell scoliose kunne utelukkes. Det ble avtalt kontroll etter 2 måneder.

To måneder seinere ved kontroll hos ortoped var symptomene og klinikk uendret. Det ble nå også bemerket muskelatrofi høyre glutealregion, lår og legg. Normal sensibilitet i over- og underextremiteter. Kraft vurdert normal og sidelik



▲ Figur 1: Rtg columna



▲ Figur 2: MR LS-columna, sagittalsnitt

i underextremiteter. Videre nevrologisk undersøkelse viste sidelike patellareflekser 3+, tendens til subclonus i begge achillessener, nedadventt plantar-refleks venstre side, indifferert høyre side. Biceps-, triceps- og brachioradialisrefleks var alle 3+ bilateralt.

Uklar tilstand og betydelige plager. Pasienten ble henvist til vurdering ved Barneavdelingen, SH Innlandet, avd. Elverum. Fikk time der 4 dager seinere.

Ved videre anamneseopptak på Barneavdelingen framkom at pasienten var født i uke 32 etter normalt svangerskap og normal vaginal forløsning. FV 2110 gram, FL 43 cm og HO 30 cm. Apgar-score 8-10, trukket for farge og reaksjon etter 1 minutt. Etter fødsel overflyttet Intensiv for nyfødte på bakgrunn av prematuritet. Normal organstatus og motorikk, ingen synlige ytre misdannelser eller dysmorfiske trekk. I følge journalnotater fra den gang var det flere apnoeer de første dagene og barnet fikk teofyllamin etter gjeldende retningslinjer, med gradvis bedring. Prematuritetshyperbilirubinemi fra 3. levedøgn ble lysbehandlet, ukomplisert. EEG tatt 2 dager etter fødsel med 8 kanaler samt flikkerstimulering viste bølger i område 4-7/sekund. Rikelig med betafrekvenser og enkelte tilspissede bølger frontalt høyre side som ble antatt å

være puls-/evt. øyebevegelses-artefakter. Konklusjon: EEG sannsynlig innenfor det normale. UL cerebri ble ikke utført. Piken ble utskrevet 5 uker etter fødsel, morsmelkernært med normale tilvekstkurver og klinikk. Poliklinisk oppfølging 6 uker etter utskrivelse med normale nevrologiske funn.

Pasienten går i 7.klasse og er i følge mor skoleflink. Hun har hatt normal psykomotorisk utvikling inntil det aktuelle, hun gikk da hun var 1 år gammel. På fritiden danser hun ballett. Hun har ikke hatt vekttap. Naturlige funksjoner normale. Det er ingen opphopning av sykdommer i familien. Hun har en lillesøster på 8 år som er frisk.

Betydelig scoliose. Ved klinisk undersøkelse finner man en pike i god allmenntilstand, litt sjenert, men svarer adekvat på spørsmål. Normal ernæringstilstand. Gangen er anstrengt, haltende på høyre underextremitet, bakoverlent med overkropp. Ved rask gange har hun en tendens til å holde høyre arm med sin venstre hånd. Tå-og hæl-gange ok. Negativ Trendelenburgs tegn. Hun har 10 grader fleksjon i høyre hofte, 15 grader i høyre kne og økt plantarflexjon i høyre ankel, både i liggende og stående stilling. Videre har hun ekstensjonsdeficit på 10-15 grader i høyre kne og økt tonus i muskulatur i høyre underextremitet. Det er ingen målbar forskjell i beinlengde. Omkrets rundt høyre lår er én cm mindre enn rundt venstre og tilsvarende én cm mindre i omkrets på høyre legg enn på venstre. Som tidligere anmerkes en betydelig scoliose. Hun er palpasjonsømt paravertebralt for L3-L5. Ved fleksjon i columna devierer overkroppen mot høyre, tilnærmet ingen sidedeviasjon mot venstre. I det hele tatt svært lite mobilitet i columna. Reflekser som tidligere beskrevet, i tillegg til en lett dysdiadokokinesi høyre side. Hjernenerveundersøkelse avdekket ingen patologi. Klinisk status for øvrig er upåfallende.

Det tas orienterende blodprøver som viser Hgb 13,7, normale hvite og differensialtelling, SR 6, CRP<1, normale elektrolytter, leverenzymene og nyrefunksjonsprøver. Urinstix og -mikroskopi viser normale funn.

Fysioterapivurdering konkluderer med uttalt scoliose, allerede påvist røntgenologisk, men påvirkelig med stillings-

▼ Figur 3: MR L4 vertebra, transversalsnitt





▲ Gro Anita Gauslå
liknende patologi/neoplasi?

Til Rikshospitalet. På bakgrunn av funn ved MR toltalcolumna som gav mistanke om neoplasi, tok man umiddelbart kontakt med Nevrokirurgisk avdeling på Rikshospitalet og pasienten ble innlagt der fem dager senere.
Det ble på nytt utført CT columna og MR av craniospinalaksen. Uendret bilde i og omkring L4, ingen forandringer i medulla, funnet forenlig med osteoid osteom. Dette ble nå vurdert til å være et tilfeldig funn i utredningen og kunne ikke

Hva er TAU - proteiner?

Normalt er det hos barn 10-40 mg/dL proteiner i cerebrospinalvæsken (CSF). CSF-proteiner kan være forhøyet ved mange ulike prosesser i hjerne og ryggmarg, som infeksjoner, immunologiske, vaskulære og degenerative sykdommer samt tumorer.
TAU-proteinet er primært lokalisert i neuroner. Etter parenchymal skade/sykdom i hjernen øker frisettingen av TAU-protein til CSF.
Søker man i PubMed eller andre søkemotorer på Internett på ”TAU-protein in CSF” får man utallige treff. Man kan lese om forskning på TAU-proteinets relevans ved Alzheimers sykdom, TAU-protein akkumuleres som neurofibrillære tangler (floker) i neuronene (1).
Signifikant økning sees hos pasienter med meningoencephalitt og cerebral blødning, mens er normalt ved meningitt uten encephalitt-komplikasjoner. Økte nivåer er også sett ved aktiv MS sammenliknet med klinisk non-aktiv MS, som indikerer axonal patologi ved aktiv MS (2).
Co-lokalisasjon av amyloid beta (Abeta) og fosforylert TAU-protein i astrocytter hos en pasient med corticobasal degenerasjon er beskrevet (3).
Progressiv supranuclear parese (PSP) er en progressiv degenerativ sykdom karakterisert ved neurontap, gliose og

forklare symptombildet.
Videre ble det utført lumbalpunksjon for immunoelektroforese av CSF og tatt prøver med tanke på nevronmarkører. Tegn på begynnende myelopati og økt tonus i alle ekstremiteter, samt ekstrem scoliose, gjorde at man tenkte i retning av en nevrodegenerativ sykdom. Hun ble klinisk vurdert av barnenevrolog og barneortoped på Rikshospitalet og i oktober 2005 skrevet ut uten klar diagnose.
Det er senere utført EMG og nevrografi ved vår avdeling uten at man har avdekket patologi.
Spinalvæsken ble sendt til elektroforese ved Sahlgrenska Universitetssjukhus og etter en måned kom svaret derfra. Det viste en uttalt økning av konsentrasjonen av TAU-protein (Sp-TAU 3480 ng/L ref.intervall ikke oppgitt). Dette gir i følge tolkningen klare holdepunkter for pågående nevronal eller axonal påvirkning.
For vår pasient er det foreløpig uklart hva den store økningen av TAU-protein i CSF er uttrykk for. Hun følges opp med jevnlig kontroller både her og ved Rikshospitalet, Hun trener ukentlig hos fysioterapeut, og ved kontroller har sett positiv utvikling hva gjelder bevegelighet i columna, mindre asymmetrisk gange, og hun kan nå trå ned på høyre fot. Klinisk undersøkelse avdekker fremdeles de samme nevrologiske forandringene og muskelatrofi i høyre underekstremitet. Gåten er således fremdeles uløst - forhåpentligvis vil svaret vise seg i fremtiden.

unormal fibril-dannelse av unormalt fosforylert TAU-protein i neuroner og gliaceller (4).

Litteratur:
(1) Boche D, Nicoll JA, Weller RO. Immunotherapy for Alzheimer’s disease and dementias. Clin Neuropharmacol. 2006 Jan-Feb; 29(1):22-7
(2) Sussmuth SD, Reiber H, Tumani H, Dep of Neurology, Univ of Ulm, Germany. Neurosci Lett. 2001 Mar 9;300(2):95-8
(3) Wakabayashi K, Mori F, Hasegawa M, Kusumi T, Yoshimura I, Takahashi H, Kaneko S. Co-localization of beta-peptide and phosphorylated tau in astrocytes in a patient with corticobasal degeneration. Neuropathology, 2006 Feb;26(1):66-71.
(4) Jin C, Katayama S, Hiji M, Watanabe C, Noda K, Nakamura S, Matsumoto M. Relationship between neuronal loss and tangle formation in neurons and oligodendroglia in progressive supranuclear palsy. Neuropathology, 2006 Feb;26(1):50-6.

Påskenenøtter

Ingen påske uten påskenenøtter. I mangel av Roald Øyen og Nandor Hamza, har redaktøren selv lagt hodet i bløt og, i tillegg til å bli våt i håret, funnet frem til en rekke ord som antakelig vil være kjent for de fleste barneleger. Nøkkelordet inneholder et viktig budskap i disse tider (nei, det er ikke fugleinfluenza). Kos dere!

1

2

3

4

5

6

7

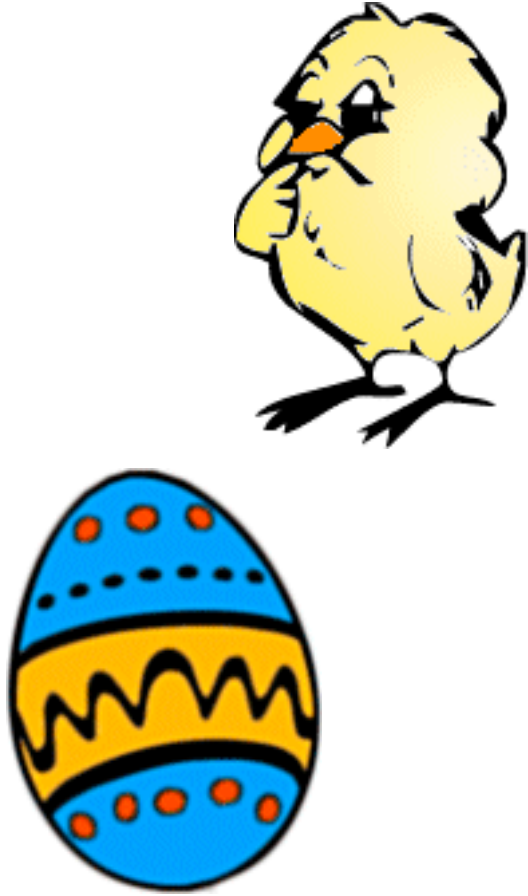
8

9

10

11

12



1.

2.

3.

4.

5.

6.

7.

8.

9.

10.

11.

12.
- Koanal atresi, kolobom, hjertefeil, vekstretardasjon, anomali ved ører og genitalia
X-bundet nevromuskulær sykdom.
Forkortelse for bulløs hudtilstand forårsaket av bakterietoxiner, også kalt Mb Ritter.
Akkumulering av ukonjugert bilirubin i huden
Aktuell prøve for eksempel ved luftvegssymptomer, fet og hyppig avføring og manglende vektoppgang
Dermis-lacerasjon
Myelindestruksjon, mangel på galaktosespaltende enzym
Medfødt defekt i bukveggen
Malarbsorbsjonstilstand
C2H5OH
Claforan
Antikolinergikum

Løsning se s. 61

Jon Steen-Johnsen

Velkommen til Telemark! Det er en nydelig vinterdag, om enn sent i mars, sola står varm over Skien og det er ikke en sky på himmelen. Mangeårig avdelingsoverlege og nå pensjonist Jon Steen-Johnsen viser ivrig rundt på barneavdelingen på Sykehuset Telemark. Paidos har møtt en barnedokter med stor spennvidde.

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

Doktor Jon geleider oss gjennom korridorene. Vi hilser oss frem gjennom en strøm av smilende medarbeidere. Jon er fremdeles innom på jevnlig basis, på litteraturmøtene et par ganger i uka. Og selv om han gikk av med pensjon i 2001, har han drevet poliklinikk på "freelancebasis" helt frem til i fjor. Jon er kry av avdelingen, det er lett å se. – Se så lyst og trivelig det er her. Disse kontorene var en fryd å jobbe på, sier han.

Fremdeles arbeider han som "nettdoktor" på søsternetstedene Barnimagen.com og dinbaby.com. Der gir han råd til vordende og nybakte foreldre om vanlige bekymringer så vel som fugleinfluensa. Han har også fremdeles et lite kontor på sykehuset. "Bare tull", sier han selv om det. Men det er litt vanskelig å finne ut av hvor man skal gjøre av alt det som man har samlet opp gjennom årene.

“ Det er enda en fordel med å bli pensjonist. Nå får jeg jo litt tid til å øve også

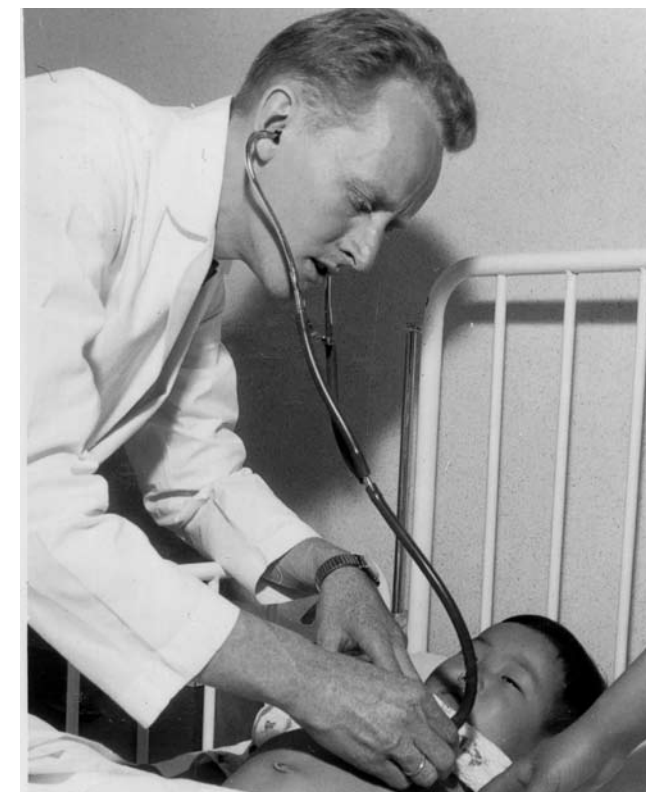
Etter omvisningen venter formiddagsmat hjemme hos konen Aina som er helsesøster. Praten går engasjert om barn og barnehelse spørsmål. Veggene i hjemmet er fylt av malerier. Faren til Jon var kunstmaleren Søren Steen-Johnsen, og i stuen kan vi se eksempler på sosialrealistiske motiver fra mellomkrigstiden så vel som lysere stemningsbilder fra etter 2. verdenskrig. Han er glad i kunst og kultur. Jon har i mange år traktert tverrfløyte i korps og orkester. – Det er enda en fordel med å bli pensjonist. Nå får jeg jo litt tid til å øve også, smiler han.

Allerede i 1960, rett etter turnustjeneste, reiste Doktor Jon ut for å praktisere i andre deler av verden. – Jeg hadde

akkurat fått mitt første barn, og reiste seks måneder alene til Gaza. Det ble lange måneder, forteller han. Siden har det blitt mer reising. I 1963 reiste Jon med kone og to barn til Sør-Korea for organisasjonen World Vision Inc. Formålet var å starte et barnesykehus med plass til 80 barn. De syke barna kom fra i alt 162 forskjellige barnehjem.

– Det var et spennende arbeid. Vi bygde opp et helt sykehus med laboratorium og røntgenavdeling. Så reiste vi rundt i landet og vurderte og plukket ut de barna som trengte å bli overflyttet til sykehuset. Samtidig drev vi forebyggende helsearbeid og opplysningsarbeid. Vi vasset i tuberkulose. Et vondt dilemma oppsto når vi hadde behandlet barna og de var blitt friske. Det var ingen god følelse å sende dem tilbake til de kummerlige forholdene på barnehjemmene, minnes Jon

– Oppholdene ute har vært veldig viktige i formingen av meg som dokter, sier Jon. – Både det å klare seg med enkle midler, men også det å oppleve barn og barnemedisin på en annen kulturell bakgrunn. På 70-tallet hadde jeg også et kort



◀ Feltarbeid i Sør-Korea (foto: Privat)

“Vi vasset i tuberkulose” (foto: Privat) ▶

opphold i Biafra. Én av erfaringene derfra, i tillegg til sult og malaria, er hvor stor forskjell det kan være på virkeligheten slik den oppleves når man er der og når man får det presentert gjennom media. Det er viktig å huske på.

Etter oppholdet i Sør-Korea fulgte tre år på Rikshospitalet. Deretter kom Doktor Jon til Porsgrunn som reservelege i 1968. Virkeligheten da var 2-delt vaktturnus. Tilstedeværelsen i hjemmet ble så som så. Aina insisterte imidlertid på at én dag i uken skulle være pappadag. Da skulle familien være samlet og fulltallig. Barneflokken hadde etter hvert økt til fire barn.

– Når jeg ser tilbake, ser jeg jo at familien har fått unn-gjelde for jobben min. Det er mye jeg ville ha gjort annerledes slik sett, tror jeg. Det er jo veldig annerledes i dag. Selv om leger fremdeles jobber mye, er arbeidstid og vaktbelastning noe helt annet enn hva det var da jeg begynte, sier han stille. Etter at barna var blitt store, tok Aina helsesøsterutdannelse. Spøkefullt sier hun at det var for å ha noe å snakke med mannen om.



– Når jeg tenker over det, har jeg vært med på utrolig mye morsomt, sier Jon ettertenksomt der vi sitter på hjemmekontoret hans.

– Tenk på alle forandringene. Jeg husker, fra jeg var på Rikshospitalet, at jeg så vidt startet med noe som skulle bli et forskningsprosjekt på blærehalssklerose. Da jeg hadde holdt på tre kvart år, ble det plutselig publisert et arbeid som nærmest avskaffet diagnosen. Det skulle vært morsomt å gjøre etterundersøkelser på denne pasientgruppen i dag. Hvordan har det gått med de som hadde sykdommen som plutselig forsvant? Nå har vi gastrosofagal reflux. Vi gjør pH-målinger over en lav sko på veldig variabel klinikk, det er godt betalt. Følgelig ser vi store mengder av en sykdom som vi så lite av for få år siden. Er det mer reflux nå, og hvor sikre er vi på hva det er vi behandler, sier han. Engasjementet sitter løst hos Dr. Jon, smilet også.

– Jeg tenker på alle de tingene som jeg har ment så sterkt og trodd sånn på. Jeg tenker for eksempel på meningokokk-



meningittene, sier han.

– Vi hadde veldig struktur på dem her i Telemark. Steroider i farmakologiske doser og veldig gode resultater. Vi publiserte en artikkel i Tidsskriftet om dette. Petter Brandtzæg var jo opplært her hos oss. Så reiste han til Ullevål og ”motbeviste” det vi hadde gjort. Jon ler igjen. – Medisinske sannheter har kort varighet.

– Årene i vaksinasjonskomitéen (Helsedirektoratets rådgivende utvalg i vaksinasjon, senere RUFIM red. anm.) var veldig givende. Utfordrende, men givende. Jeg fikk i løpet av perioden være med på avskaffelsen av koppevaksinen og innføringen av MMR og HiB. Tenk på HiB! Tenk på rubella! Det er nesten helt utrolig at disse sykdommene som har voldt så mye alvorlig sykdom nå nærmest er borte. Tenk på rhesus-barna, erythroblastosene. Som fersk assistentlege på Rikshospitalet ble man satt til å gjøre utskiftingstransfusjoner, jeg husker jeg kunne gjøre 7-8 i løpet av én uke. Blodet lå i åpne boller som vi aspirerte fra og infunderte



barna med. Anti-D behandling kom i 1969. Nå er problemstillingen nesten helt borte, og vi kan enda til gjøre nødvendige transfusjoner intrauterint!

I forbindelse med at barneavdelingen i Telemark hadde 50 års jubileum i 2003, oppsummerte Jon en del av endringene som er skjedd i faget de siste 50 årene.

– Ta billediagnostikk som eksempel, hvordan se hva som er inne i hodet. Tenk på luftencefalogram. Eller diaphanoscopi, en metode for å vurdere blant annet hydrocephalus. Jon viser meg de skriftlige rutinene fra 1969. Eller tenk på intravenøs væsketilførsel. Det var et voldsomt fremskritt når vi gikk fra subcutan eller intraossøs infusjon til skalleveneråler og væskeflasker med påklisterde plasterlapper som skala for væskemengde.

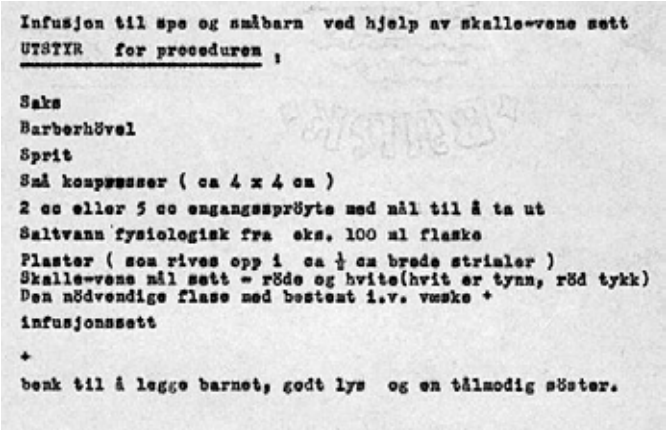
Blodet lå i åpne boller som vi aspirerte fra og infunderte barna med

– Jeg har alltid rådet unge leger til å reise ut. Den kunnskapen og ballasten man får ved for eksempel å jobbe i uland, har i alle fall vært svært verdifull og avgjørende for meg. Samtidig ser jeg at det ikke alltid er så enkelt. Når jeg tenker over de tingene jeg har vært med på, skjønner jeg ikke at konen min har holdt ut.

– En annen ting jeg har brent for er at en barnespesialist har godt av å utdannes på ulike sykehus. Således er jeg for obligatorisk gruppe 2 tjeneste så vel som gruppe 1. Ser du på praksis på norske barneavdelinger, finner du fort forskjeller. Vi er tjent med at leger under utdannelse får impulser fra ulike faglige miljøer. Det er mye viktig å lære for en barnespesialist på et mindre sykehus hvor man ikke alltid kan spille ballen over til en superspesialist, sier Jon bestemt.

– På samme måte har jeg også vært opptatt av å reise ut på studiereiser når jeg har kunnet. Således har jeg forsøkt å ha korte opphold både på universitetssykehusene innenlands så vel som i England og USA. Det er utrolig viktig å motvirke innavl i egen avdeling.

Etter 10 år som avdelingsoverlege ved barneavdelingen i Porsgrunn som senere flyttet til Skien, gikk han over til en ren klinisk rolle i 1990. Ledelsesansvaret ble altoppslukende og



▲ Prosedyre for skallevenetilgang. Legg merke til siste linje.

JON STEEN-JOHNSEN

Født 1934
Cand. med. Oslo 1958
Spesialist i barnesykdommer 1967
Overlege Telemark SSH 1970 - 2001
Avdelingsoverlege Telemark SSH 1980 - 90

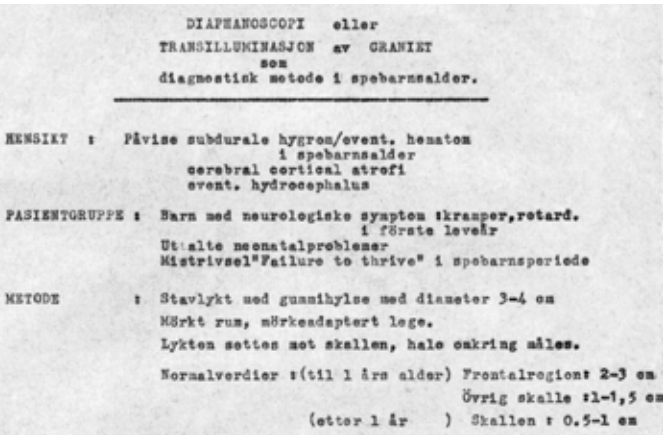
arbeidet sluttet aldri å gripe inn i privatlivet.

– Det var en god avgjørelse. I årene etterpå fikk jeg praktisere ”uforstyrret” og bruke tiden på det som egentlig er interessen, forteller han. De siste 20 årene av karrieren er det særlig astma og allergi som har vært hovedbeskjeftigelsen.

Jeg har ment at det er sykehusene som bør organisere barnelegene.

– Jeg har i grunnen alltid vært opptatt av forebyggende pediatri. Det handler om opplysning, både direkte mot barn og foreldre, men også ut mot førstelinjetjenesten. I Telemark var vi tidlig aktive med å reise rundt og samhandle med primærleger og helsestasjon. Jeg ser at områdepediatrien legges død av enkelte. Jeg undrer meg om det virkelig er slik – om det finnes noe bedre alternativ til at første- og andrelinjetjenesten samarbeider om fagutvikling og lærer av hverandre. I Telemark har vi drevet og driver fremdeles en aktiv områdepediatri i den forstand at legene på sykehuset reiser ut i kommunene. Ikke for å drive utepoliklinikk, men for å forsøke å få til et levende samarbeid, der kollegene ute kan plukke opp hvordan vi som er barnedoktere tilnærmer oss syke barn og foreldrene deres. Barnedokteren på sin side får

(Fortsettes s. 61)



▲ Prosedyre for diaphanoscopi anno 1969



Når diagnosen sitter langt inne:

– Ingen reagerte, ingen forsto

- Hvis vi bare hadde fått vite det før! Tanken kverner fortsatt i hodet til foreldrene hver eneste dag, tre år etter at de mistet sønnen Fredrik. Mange foreldre opplever møtet med helsevesenet som problematisk. Følelsen av ikke å bli tatt på alvor når man er bekymret, gir grobunn for frykt og frustrasjon. Fredrik ble elleve år gammel, og døde bare måneder etter at han fikk diagnosen ALD. Her er foreldrenes historie.

◀ 11 1/2 år, 2 uker før han slutter å puste, 6 måneder etter at han fikk diagnosen. (foto: privat)

Ingvill Bryn Rambøl (tekst og foto)

– Jeg var bekymret tidlig nok, men trodde ikke det var sykdom, sier moren Elisabeth Elind. Hjemme ved kjøkkenbordet forteller hun sin historie om møtet med hjelpeapparatet i årene før sønnen døde. Stadig pendler blikket hennes innom et av de mange bildene av Fredrik som henger på veggene. Fredrik som spiller fotball. Fredrik som svømmer sammen med lillebroren. Fredrik som sparksykler, bare etpar måneder før han lå livløs i sykesengen. Den sommeren de visste kunne bli Fredriks siste brukte familien på å være sammen, på å gjøre alt de kunne for at Fredrik skulle ha det bra. Og da den elleve år gamle gutten som nesten hadde mistet språket ble spurt om hvordan han hadde det, svarte han ”har det bra”.

– Vi skulle så gjerne visst om sykdommen tidligere, sukker moren. Ikke bare for å kunne prøve behandling, men også for å kunne bruke mer av den siste tiden med Fredrik på bare å være sammen, i stedet for å famle i hjelpeapparatet.

Frem til han gikk i tredje klasse var Fredrik en helt vanlig, frisk gutt. Han var flink på skolen, god i fotball og en omsorgsfull storebror. Symptomene på at noe var i veien kom snikende langsomt, nesten umerkelig. – Ingen forsto at Fredrik var alvorlig syk, sier Elind, som selv er ernæringsfysiolog. Familien har leger og pedagoger i sin nærmeste omgangskrets.

Dårlig skolemiljø? Det var så mange andre ting som kunne forklare adferdsendringene hans. Miljøet i klassen hadde vært dårlig siden første skoleår, med stadig skifte av lærere og mye uro. Fredrik ga etterhvert tydelig uttrykk for at han ikke trivdes i klassen, og i 3. klasse begynte han å få problemer med skolearbeidet. Den ivrige skolegutten som alltid hadde gjort leksene av seg selv, skrev og tegnet etterhvert dårligere enn i 1. klasse. Fotballen, som var hans store lidenskap, ble vanskelig. Han fikk det ikke til slik som før, og sluttet på laget. Skolekameratene reagerte på at han ikke var så god i gym som han pleide.

– Jeg trodde det var skolesituasjonen som var årsaken, forteller Elind. I begynnelsen av fjerde klasse gikk hun til rektor og ba om at noe ble gjort. De fikk tilbud om ekstra

▼ Fredrik snart 10 år - har det veldig bra (foto: privat)



▲ Fredrik ca 8 år. (foto: privat)

undervisning og lese- og skrivekurs. Men det var ikke det vi trengte, sier Elind. Foreldrene hadde også jevnlig møter med Fredriks lærere og helsesøster, uten at de følte at de kom noe videre. Moren tok også med Fredrik til fastlegen, fordi han klaget over at han var ”svimmel bak øynene”. Moren blir ettertenksom og lavmælt når hun forteller om det legebesøket. – Jeg sa til legen: ”Du vil ikke sjekke om det er noe alvorlig, en nevrologisk sykdom for eksempel?” Men da ble jeg møtt med et oppgitt blikk og et utsagn om at ”vi får se det an”.

Svimmel bak øynene. Like etter fikk Fredrik briller og klaget ikke mer over at han var ”svimmel bak øynene”. Lese-lysten økte og foreldre slo seg litt mer til ro. Oppfølgingen på skolen fortsatte, takket være en ny og erfaren lærer, og midt i fjerde skoleår ble Fredrik henvist til PP-tjenesten og senere til BUP. Men Fredrik skulle begynne i femte klasse før han fikk noen time hos BUP.

– Da begynte det endelig å skje noe i hjelpeapparatet. Legen ved BUP henviste videre til barnenevrolog, og det var jo det som var riktig. Men pånytt var det ventetid. Først i mars fikk Fredrik time hos nevrolog. Det var to måneder før han fylte 11 år. Nå hadde det allerede tatt for lang tid, følte Elisabeth. Hun ville ikke vente mer, og snakket med en barnelege på Rikshospitalet. Etter en to timer lang samtale på BUP-RH samme ettermiddag ble det rekvirert en MR-undersøkelse som øyeblikkelig hjelp. Og Fredrik fikk endelig en diagnose: han hadde den sjeldne, progredierende nervesykdommen Adrenoleukodystrofi, eller ALD.

– Jeg sa at de kunne få bekreftelsen gjennom blodprøvene vi hadde tatt hos nevrologen vi hadde vært hos seks uker før. Men det viste seg at ALD ikke var sjekket likevel, til tross for at jeg ba om det, forteller moren. – Vi mistet noen uker på det, og i den perioden ble Fredrik mye dårligere, sier hun.

MR-undersøkelsen viste at sykdommen hadde kommet langt. Beskjeden fra legen var klar; dette blir den siste gode sommeren. Foreldrene hadde tatt Fredrik ut av skolen to uker før. Femteklassingen hadde begynt å gråte om morgenerne fordi han ikke ville gå på skolen. Og om ettermiddagen da han kom hjem, tok det lang tid før han ble seg selv igjen, minnes moren.

– Omtrent samtidig fortalte læreren at han lot Fredrik sitte ved siden av bestevennen, så han kunne få hjelp til å ta opp de riktige bøkene og bla opp på riktig sted. Hvorfor hadde de ikke fortalt oss det før?



▲ Ola Skjeldal er barnenevrolog på Rikshospitalet

– En ting jeg tenker mye på, sier Fredriks far Jan Kranmo, er hvordan helsevesenet vårt egentlig tar imot oss foreldre. Det virker som om andre må synliggjøre for dem at det er noe galt. Hvor sterk bevisbyrde har vi egentlig overfor fagpersoner? Må det renne blod for at de skal reagere?

– En ting som bør få varselklokkene til å ringe hos almenlegen, er når et friskt barn helt plutselig forandrer seg. Det sier overlege Ola Skjeldal ved Barneklubben på Rikshospitalet. Han har jobbet med vanskelig diagnostiserbare sykdommer siden 80-årene, og har erfart at det ofte går altfor lang tid mellom foreldrenes bekymring og helsevesenets reaksjon. Hans råd til legene som møter disse barna på et tidlig stadium er:

– Vær våken og stol på foreldrene. De har veldig ofte rett i sin bekymring.

Svært sjelden. Samtidig kan man ikke forvente at allmennpraktikere skal kunne diagnostisere sjeldne lidelser som ALD, mener Skjeldal. I Norge er det i dag bare registrert ni pasienter med sykdommen.

– All diagnostisering skjer på bakgrunn av erfaring. Vi kan lese oss blå uten å kjenne igjen symptomene før vi har pasienten mellom hendene, sier Skjeldal, som derfor mener at en sentralisering av arbeidet med disse barna er riktig og viktig.

– Vær våken og stol på foreldrene. De har veldig ofte rett i sin bekymring.

– Barneavdelingene rundt om i landet strever med utredningen av slike ”mystiske barn”. For å ikke miste verdifull tid, er det viktig at de henviser videre når de møter veggen, mener Skjeldal.

– Det hender jo også at vi her på Rikshospitalet henviser til utlandet. Det må for all del ikke gå prestisje i dette. Med et håp om at andre gutter i Fredriks situasjon skal få en diagnose tidligere, har foreldrene dannet Fredriks

ALD-minnefond. Stiftelsen har knyttet til seg fagfolkene som var med på å utrede Fredrik. Målet er å få varselklokkene i helsevesenet til å ringe litt før. Å få utarbeidet sjekklister til bruk i skoleverket og helsevesenet som gjør det lettere å få stilt vanskelige diagnoser. – Vårt mål er at de som arbeider med barn i skolen og i helsevesenet skal vite mer fordi vi har jobbet for det, sier Jan Kranmo.

Avhengige av foreldreinitiativ. Ola Skjeldal mener helsevesenet er avhengig av at pårørende tar slike initiativ, fordi det bidrar til å bringe ut informasjon til både fagfolk og almenheten.

– Jeg håper resultatet av dette arbeidet blir at fagfolk i førstelinjetjenesten blir mer bevisst på lidelser som ALD, slik at fremtidige foreldre slipper å oppleve det samme som Fredriks foreldre har gjort.

For mamma Elisabeth Elind har arbeidet med minnefondet også vært å et løfte hun ga sønnen sin den siste sommeren de hadde sammen. De to var ute i hagen og snakket om sykdommen. På den tiden hadde Fredrik mistet mye av taleevnen. Men en ting klarte han å gi helt klart uttrykk for: Han ønsket at andre gutter i hans situasjon skulle få hjelp tidligere enn han hadde fått.

Minnefondet arbeider for at leger oftere skal ta MR og blodprøver på et tidlig stadium for å få utelukket eller bekreftet slike sjeldne sykdommer som ALD. Foreldrene mener også at det er riktig å vurdere screening av slike sykdommer allerede på spebarnsstadiet. Her ligger det et stort og vanskelig dilemma, mener Skjeldal.

– Norge er et av de landene som screener for færrest sykdommer, og egentlig er det teknisk enkelt å screene for flere. Men dilemmaet er at vi ikke bør screene for sykdommer vi ikke kan tilby behandling for.

ALD er en slik sykdom. Hvis den oppdages på et veldig tidlig stadium, kan benmargstransplantasjon forsinke sykdomsforløpet, men noen effektiv behandling finnes ikke. Et annet problem er at sykdommen opptrer i veldig ulike former. Den klassiske ALD, som rammer gutter i 6-10 års alder, er bare en av dem. ALD kan også opptre først i voksen alder, og da rammer den bare sentralnervesystemet. Så selvom sykdommen avdekkes på spedbarnsstadiet vil foreldrene stå igjen med mye usikkerhet. – Hva kaster vi egentlig foreldrene ut i da, spør Skjeldal.

▲ Fredriks foreldre, Jan Kranmo og Elisabeth Elind har startet minnefond og egen nettside for ALD www.ald-minnefond.com.



DETTE ER ADRENOLEUKODYSTROFI (ALD)

Adrenoleukodystrofi omfatter en gruppe sykdommer i sentralnervesystemet som samtidig gir binyrebarksvikt. Sykdomsmekanismen innebærer en svikt i nedbrytningen av ultralange mettede fettsyrer som akkumuleres i binyrer og hjernevev og medfører demyelinisering. Klassisk ALD er opptret mellom 5 og 15 år og rammer bare gutter i det den nedarves X-bundet. Den omtales ofte i litteraturen som X-ALD. Tidlige symptomer omfatter intellektuell svekkelse, adferdsendringer, gangvansker. I senere faser opptret blant annet spastisitet, pareser, ataksi og svelgvansker. Nedsatt binyrebarkfunksjon opptret hos om lag 50% av pasientene og symptomer som økt hudpigmentering kan forutgå de nevrologiske symptomene.

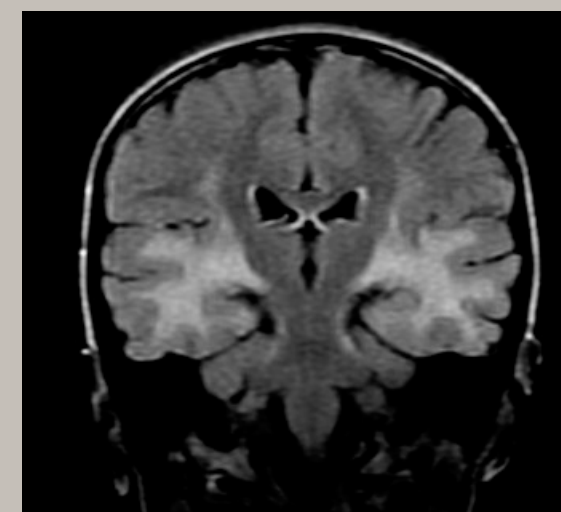
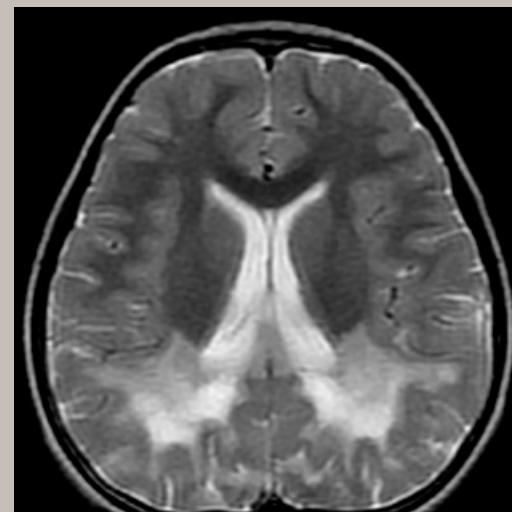
Det finnes flere varianter av sykdommen. Adrenomyeloneuropati er en tilstand der de nevrologiske sykdommene kommer gradvis i 30-40 årene, på tross av at det har vært binyrebarksvikt siden barndommen.

En av vanskene ved ALD er at man ikke kan forutsi utkomme på bakgrunn av påvisning av sykdomsgenet alene. Det er beskrevet

familier hvor ulike medlemmer med det samme sykdomsgen er henholdsvis uten symptomer, via adrenomyeloneuropati i voksen alder til alvorlig ALD med død før 10 års alder.

Det finnes i dag ingen effektiv behandling for ALD. Beinmargstransplantasjon har vist å kunne utsette progresjonen, men kan ikke kurere tilstanden. Man har spekulert i om en oljeblanding laget av oliven- og rapsolje kunne bremse utviklingen av tilstanden. Denne oljen er kjent som Lorenzo's olje (se under). Kliniske forsøk har ikke vist noen effekt på pasienter med symptomer, selv om man har klart å redusere nivået av ultralange fettsyrer i blodet på pasientene.

Kilder:
Nelson Textbook of Pediatrics, 16th ed.
ebandolier.com, (<http://www.jr2.ox.ac.uk/bandolier/booth/neuro/lorenz.html>)



Bildene viser demyelinisering ved ALD i henholdsvis axialt T2-vektet bilde og coronal FLAIR (fluid-attenuated inversion recovery) sekvens. (Kilde: www.mribathia.com)

LORENZO'S OLJE

I 1992 kom filmen Lorenzo's olje basert på historien om familien Odone. I filmen møter vi foreldrene til unggutten Lorenzo, spilt av Nick Nolte og Susan Sarandon, og deres kamp for å finne behandling til sønnen som er rammet av den alvorlige sykdommen. De nekter å gi opp kampen for sønnens liv og setter i gang egne studier av fettmetabolismen. De kommer frem til en blanding av oliven- og rapsolje som sammen med diett kan senke nivået av lange fettsyrer i blodet. Filmen ender optimistisk med forsiktige tegn til bedring hos Lorenzo.

Det er ikke vist at Lorenzo's olje kan bedre tilstanden hos gutter som allerede har nevrologiske symptomer. Hvorvidt oljen kan forhindre utvikling av sykdommen diskuteres livlig. Om man bruker søkeordet "Lorenzo's oil" på Google får man nesten 300 000 treff. Den amerikanske nevrologen Hugo Moser som

har en sentral rolle i filmen, publiserer fremdeles studier på effekten av oljen, og konkluderer i en artikkel publisert i JAMA i 2005 at asymptomatiske gutter med normal MR cerebri bør få Lorenzo's olje forebyggende. Det er verdt å merke seg at faren til Lorenzo, Augusto Odone er medforfatter på denne artikkelen. Han står også bak The Myelin Project (www.myelin.org) som blant annet finansierer forskning på remyelinisering. Lorenzo selv er fremdeles i live, snart 28 år og fullstendig hjelpetrengende. Farens håp er at man gjennom økt forskningsaktivitet skal kunne finne frem til metoder for remyelinisering og dermed kunne behandle Lorenzo.

Kilder:
ebandolier.com
www.myelin.org

Meninger:

Meninger om barneomsorg - og en del annet

I forrige nummer av Paidos etterlyser pensjonert barnelege Helene Pande Barnelegeforeningens engasjement i debatten om hva slags barneomsorg vi ønsker oss for de yngste barna. Er barnehagen det eneste saliggjørende eller kan det hende at noen av 1- og 2-åringene har det bedre hjemme? Redaktøren følger opp med å etterlyse et mer nyansert syn i kontantstøtteatten enn det som har kommet fra bl.a. Barneombudet.

Det er prisverdig at Barnelegeforeningen ønsker å være på banen i aktuelle saker som handler om barns velferd både i Norge og internasjonalt. Som fagpersoner har vi forhåpentligvis kunnskap om barns utvikling som gjør oss kompetente til å mene noe om hva som skal til for at barn skal ha det bra. Og da plikter vi selvfølgelig å si fra om det. Men når Helene Pande skriver at kontantstøttens intensjon var “faglig riktig”, og at saken i valgkampen fikk et “partipolitisk tilsnitt som synes å stenge for faglige argumenter” – ja, da er det i beste fall naivt.

Innføringen av kontantstøtten har politiske konsekvenser langt utover “barnas beste”. Hva slags barneomsorg staten skal finansiere har betydning for viktige områder som kvinners yrkesdeltakelse, fedres prioriteringer mellom hjem og yrkesliv og integrering av innvandrere. Da er det bare rett og riktig at debatten får partipolitisk tilsnitt i en valgkamp. Det pussige ved denne debatten er at “barnas beste” synes å være det eneste salgbare argumentet. Dermed skyver alle barna foran seg i en debatt som handler om mye annet i tillegg til hva som faktisk er bra for barn.

Men når Helene Pande skriver at kontantstøttens intensjon var “faglig riktig” – ja, da er det i beste fall naivt.

For å ta barnas beste først. Helene Pande bruker Christian W. Beck (førsteamanuensis på Pedagogisk forskningsinstitutt ved Universitetet i Oslo) som referanse for hvordan det er å være barn i barnehage. Christian W Beck er en varm forsvarer for at barn har det best hjemme og helst sammen med mor. I et intervju om hjemmeundervisning (Barn & Familie, september 1996) uttaler han bl.a. at “kunnskap er ikke noe annet enn livsopplysning-som alle barn naturlig søker gjennom foreldre og familie.[] Men foreldre forledes til å ta toåringen sin til barnehagen, mens barnehjertet er fullt av det ene store spørsmålet “Hvor ble det av mamma?”. Det er ikke rart at en slik kolossal skuffelse går utover lærelysten. Så oppdager man noen år senere at barna har fått lærevansker.”

(!) Han beskriver også den moderne pedagogikken som et “ideologisk forsvarsverk for familieoppløsningen i 68-ernes livsstil. [] Og det som forsvant var enkeltmenneske, familien, kjærligheten og religionen”. Jeg har vanskelig for å sette min lit til en forsker som kan komme med sånne uttalelser.

Jeg har vanskelig for å sette min lit til en forsker som kan komme med sånne uttalelser.

Hans uttalelser om at barn er stadig lengre i barnehagen er gjengitt i et intervju i Dagen, 26. februar i år. Der henviser han til den amerikanske forskeren Jay Belski som i snart 20 år har publisert studier som viser sammenheng mellom mødres yrkesaktivitet i barnas 3 første leveår og senere tilpasningsvansker og aggresjon hos barna. Også denne forskningen er svært kontroversiell og er dessuten gjort i et samfunn (USA) som har helt andre rammevilkår for barnefamilier enn det vi har i Norge.

Jeg har enda til gode å se forskning som støtter opp under at barn i Norge i dag lider under å ha utearbeidende foreldre. Men at mange småbarnsfamilier sliter med å få dagene til å strekke til, er det ingen tvil om. Og mange klager over “tidsklemme” og stress i hverdagen. Jeg er enig i at det trengs et nyansert og følsomt blikk på de yngste barna for å fange opp hva som er best for dem i en travel hverdag, der foreldrene kan føle seg presset til å overlate dem i andres omsorg selv om “instinktene” forteller dem at det hadde vært bedre å senke tempoet en periode. Det er flere årsaker og flere mulige løsninger på dette. Det er fullt lovlig i Norge i dag å mene at små barn har det best sammen med mor de første årene av sitt liv. Og da er en ytterligere økning av kontantstøtten et egnet virkemiddel, siden over 95% av de som benytter seg av den er kvinner. Personlig mener jeg det er viktig å fremme likestilling i arbeidslivet samtidig som barnas beste ivaretas. Det betyr i praksis at jeg er for ordninger som sidestiller mødre og fedre i barneomsorgen. Da kan en f.eks. tenke seg en ordning med utvidet barselpermisjonen med et år som er tilgodesett far. Selvfølgelig vil det koste penger, men det er faktisk et spørsmål om hva det er politisk vilje til. Et annet tiltak ville være å innføre arbeidstidsforkortelse som kan tas ut som 6-timers arbeidsdag. Ikke minst bør vi kjempe mot “innsparinger” i barnehagene i form av færre voksne og mindre areal pr. barn. Et bedre tilbud av familiebarnehager for de minste ville også øke fleksibiliteten og sannsynligvis bedre tilbudet til de yngste. Hvilke løsninger en velger avhenger sannsynligvis av politisk ståsted og verdigrunnlag.

Mer enn 95% av dem som mottar kontantstøtte er kvinner, og mer enn 90% av foreldre fra Pakistan, Somalia og Vietnam med barn under 3 år mottar kontantstøtte. Det

betyr at kontantstøtten ikke oppfyller de krav til likestilling og integrering av innvandrere som jeg forventer av statlig ressursforvaltning. Jeg forsvarer foreldres rett til å avgjøre hva som er best for egne barn. Men jeg kan ikke forsvare en ordning der staten finansierer et hovedsaklig svart marked av private dagmammaer (=kvinner uten rettigheter til sykepenger, pensjon m.m) og indirekte bidrar til å øke forskjellene mellom kvinners og menns lønnsarbeid. Ikke før noen greier å overbevise meg om at mors kontinuerlige tilstedeværelse er det eneste som kan gi oss lykkelige barn.

Ikke minst bør vi kjempe mot “innsparinger” i barnehagene i form av færre voksne og mindre areal pr. barn.

Når historien skal dømme oss, tror jeg det er andre ting enn utearbeidende mødre det kommer til å handle om. Kanskje vil ettertidens forskere undres over hvorfor vi overlaster ungene våre med materiell velstand i en slik grad at de fleste norske barnerom ser ut som leketøysmagasiner? Eller kanskje de vil lure på hvorfor vi klager sånn over tidsklemma samtidig som vi bruker mesteparten av fritiden på å skygge ungene mellom ulike fritidsaktiviteter? Kanskje vil de også lure på hvorfor alle tilsynelatende hadde det så travelt selv om den økonomiske utviklingen skulle tilsi at vi kunne unne oss litt mer ro i tilværelsen?

Det er viktig at vi som barneleger ser og er talsmenn for barn og barns behov. Men det er også viktig at vi ser dette i et større perspektiv – og at barns behov veldig ofte må ses i sammenheng med samfunnsutviklingen forøvrig. Da er det vanskelig å unngå at det blir politikk av det.

Ragnhild Støen
Overlege, dr.med.
p.t. Toronto, Canada

Hva er det Helene Pande ser..?

Det er befriende å lese Helene Pandes innlegg i Paidos for januar 2006; ”-noen uortodokse tanker fra en pensjonert barnelege.” Problemene rundt barnehager og ”barnehageplikten”, kontantstøtten og barneombudet kan neppe uttrykkes klarere og bedre enn det hun gjør.

Det er bare så synd at det er først ved pensjonsalder at noen tar bladet fra munnen. Jeg er helt sikker på at det er mange yngre barneleger som lenge har sett det hun ser, men som finner det uklokt å stikke hodet frem. Helene Pande etterlyser med rette engasjementet til Norsk barnelegeforening. Det er på høy tid at foreningen tør å være aktivt med i

dagens samfunnsdebatter omkring tema som vedrører barn. NBF oppfordres i ytringsfrihetens navn til også å budbære standpunkt som går på tvers av ”det politisk korrekte” og evt. imot skiftende helseministre som formulerer sin politikk ut fra partipolitiske og ideologiske hensyn.

Jeg har ved flere anledninger forsøkt å spore til debatt om aktuelle tema innad i NBF. Dette er nå 8 år siden. Jeg synes NBF skal ha en pressetalsmann/kvinne som blander seg inn i alle samfunnsdebatter der barn er involvert. Vi skal huske at våre kvalifikasjoner omkring barn langt overgår de folkevalgte som til enhver tid sitter på Stortinget.

Torgeir Haugen
Notodden

Helene Pande svarer:

Kjære Ragnhild Støen.

Jeg takker for et engasjert innlegg. Du kaller det ”Meninger om barneomsorg- og en del annet”. Jeg er egentlig litt skuffet over at det dreier seg svært meget om ”annet”, og oppfatter dette ”annet” som en velkjent kamp for likestilling. Da Likestillingsombudet og Barneombudet i sin tid gikk ut sammen mot ”Kontantstøtten”, skrev jeg et innlegg i Aftenposten der jeg fremholdt at jeg godt kan forstå Likestillingsombudet, men ikke at Barneombudet hadde slike bastante meninger. Dine tanker om likestilling er derfor som mine og ikke noe å bruke flere ord på.

Jeg står ved at jeg synes Kontantstøtten var faglig riktig i sin intensjon, nemlig å gi foreldre muligheter for å lage andre løsninger for de minste enn 6-8 timers daglige opphold i barnehager. Det ”partipolitiske tilsnitt” står jeg også ved da jeg kjenner ganske mange som fikk det hele i vrangen fordi det var et parti (KrF) langt fra eget ståsted som kom med ideen. Du kaller disse meninger ”i beste fall naivt”. Jeg liker ikke insinuasjoner om hva du tenker deg i ”verste fall” og vibør holde slike vendinger vekk fra den faglige meningsutveksling jeg håper på.

det står igjen som god forskning innen pediatri at små barn i barnehager har mer infeksjoner enn andre.

Men, jeg vil gjerne gjøre en unnskyldning. Dersom (NB dersom) det er riktig det du skriver om Christian W Becks meninger i andre sammenhenger, er jeg lei for å ha brukt de av hans uttalelser (fra aviser) som passet bra med mine egne

Meninger:



meninger. De andre meningene du refererer til vil jeg helst ikke assosieres med, så unnskyld, stryk hele Beck. Men det står igjen som god forskning innen pediatri at små barn i barnehager har mer infeksjoner enn andre.

Jeg ber deg lese siste avsnitt i min artikkel om igjen. Jeg etterlyser fortsatt øyne som ”ser” og som har fantasi og krefter til nytenkning. Jeg finner tre forslag i din artikkel. Nemlig 1: ”en ordning med utvidet barselpermisjon med et år som er tilgodesett far”. Jeg ble ikke varm for det, for jeg tenker meg at en far, i kanskje vel så stor grad som en mor, vil bli frustrert over ikke å ha ”inntekter, faglig stimulering, sosialt samvær, samfunnet trenger deres arbeid”(sitat fra min art). Jeg mener nemlig ikke at det alltid er slik at ”små barn har det best sammen med mor de første årene av sitt liv”. Du vil ikke finne ordet ”mor” brukt en eneste gang i min artikkel, og ved å bytte inn ”far” preker du likestilling, men ideen blir fortsatt at en av foreldrene er der på heltid. Vi må finne andre løsninger som har som mål ”mindre grupper, kortere tid, nærmere foreldres arbeidsplass”. Ditt forslag nr 2 om kortere arbeidstid (6 timer) for småbarneforeldre er en avskrift av mitt forslag og jeg synes (derfor) det er utmerket. Ditt 3. forslag: ”Et bedre tilbud av familiebarnehager for de minste” er rett i blinken. La oss få høre mer: Personale, utdanning, er dette nær ”dagmamma”-begrepet ? Hva med pedagogisk støtte, kontroll ? Kan helsestasjonene organisere dette i større grad enn de allerede gjør?

Det kunne sies meget mer om disse viktige sakene. Mitt viktigste poeng er at de minste ikke må komme i samme kategori som tre-(to-)åringene. Jeg er nå så gammel at faren for bare å gjenta meg selv er overhengende. Jeg slutter derfor her. Kunne temaet tas opp på et møte i Barnelegeforeningen?

Vennlig hilsen
Helene Pande

Fedmebølgen - hva gjør vi?

Barneombud Reidar Hjermand var i møte med avdelingsoverleger fra norske barneavdelinger i Legenes Hus 28. januar 2005, altså for vel et år siden. Referatet fra møtet, som ble publisert på pedweb.no avdekker at det var særlig fedme-problematikken som var tema. Diskusjonen gikk tydeligvis omkring kosthold, skolefrokokost etc. Barneombudet ”- Ønsker at NBF skal gå ut selvstendig i media i en rekke saker som angår barns helse.” Det slås også fast at organisert idrett ikke fanger opp de som trenger fysisk aktivitet mest.

Nå oppfordrer jeg avdelingsoverlegene som deltok på dette møtet til å fortelle i Paidos: Har det skjedd noe omkring disse tema i året som har gått?

Jeg har et konkret forslag som det umulig kan utløse mye byråkrati å få gjennomført:

Mitt klare inntrykk er at mye av årsaken til fedme hos barn ligger i familienes matkultur, som gjerne går i arv, og lunken holdning til mosjon og idrett. Legen må ofte utøve diplomati og ikke være for direkte i sine påpekninger for det kan gå på hele slektas ære løs, og da blir det lege-boikott. Som praktiserende barnelege ute i distrikts-Norge har jeg erfart at en del overvektige barn bor så langt fra tettsteder at organisert idrett ikke er noe tilbud for dem. Derfor må organisert mosjon foregå der barna er samlet hver dag; i barnehager og skoler. **Innfør rytmisk dans etter musikk hver dag.**

De aller fleste barn finner glede av å bevege seg etter musikk. Det er viktig å starte tidlig, - altså på barnehagenivå. Utover motivet som kaloribalanse, vil andre yrkesgrupper som musikere, fysioterapeuter, barnepsykiatere og idrettspedagoger etc kaste seg inn i debatten å fremheve de positive effektene dette kan ha på barnets utvikling.

Timing for slikt tiltak er god nå som det går danseprogrammer på 2 TV-kanaler. Dersom NBF tok et initiativ i den retning ville det bli stor oppmerksomhet, og media ville ta saken. Ved å kontakte Norges Danseforbund, kunnskapsministeren, helseministeren og barneombudet (og evt. andre) samtidig og be om at dette tiltaket ble tilrettelagt over hele landet **NÅ!**, vil det neppe komme mange motforestillinger. Dette koster ikke mange kronene så myndighetene kan neppe snakke seg bort fra det med budsjettargumenter.

Dette kan bli en stjerneåpning for den aggressive media-profilen NBF bør legge opp til.

12.02.2006
Torgeir Haugen
Notodden

(Fortsettes fra s 53)

oppleve hvordan virkeligheten er utenfor sykehusets trygge vegger. Slik kan man i praksis drive samhandling.
- Jeg har ment at det er sykehusene som bør organisere barnelegene. Jeg har moderert meg på det, og ser at praktiserende spesialister også kan spille en viktig rolle. Men for at vi skal få skikkelig samfunnsnytte av det, er det viktig at det er samkjørt, slik at det er overensstemmelse mellom det som skjer på poliklinikken på sykehuset og det som skjer utenfor. Vi er bestemt ikke tjent med barnespesialister som bruker tiden på oppgaver som fastlegen kan utføre. Slik sett synes jeg at å ta fra allmennlegen primæransvaret, for eksempel ved å fjerne henvisningsplikten, er et steg i gal retning.
Å gi god og nøktern informasjon kan være vanskelig. Det merker Doktor Jon også nå som ”nettdokter”
- Et av de viktige temaene jeg forsøker å skrive noe om er bruk av alkohol og tobakk i svangerskapet. Hvordan kan man få frem noe som både gjenspeiler den kunnskap som



▲ Aina og Jon. En barnemedisinsk kraftpakke.



finnes om for eksempel alkoholskader, uten å svartmale? Dette er en problemstilling der vi dras mellom hensynet til å ikke skape sterk skyldfølelse eller engstelse hos foreldrene og hensynet til hva vi faktisk vet om potensielle skadevirkninger hos barna. Foreldre har utrolig forskjellig bakgrunn og forutsetning for å bedømme slik informasjon, og det vi i alle fall ikke vil risikere er å støte foreldrene bort fordi problemet blir for vanskelig å forholde seg til.

Tiden går raskt og fotografen og jeg må tenke på å komme oss hjemover. I løpet av noen timer har vi gått gjennom 40 år med pediatrihistorie. Vi kunne sikker fortsatt. På en av overheadene som Doktor Jon har vist meg har han skrevet en oppfordring som antakelig gjelder like mye i dag som for 40 år siden og på tvers av sykdom og alvorlighetsgrad. ”Husk å bruke tid og tålmodighet med barna. Husk å bruke tid og tålmodighet med foreldrene. Husk å ikke tenke for mye ”produksjon”, men mye pasientivaretagelse og fag.”

Løsning påskenøtter s. 49

Ok, jeg innrømmer det. Alle ordene var kanskje ikke like enkle, og forklaringene korte og ufullstendige. Litt vanskelig skal det jo tross alt være. Dersom du har klart det helt selv, har du fortjent et marsipanegg som premie, sett deg i sola og nyt. For deg som ikke klarte alt eller som ikke liker marsipan, finnes det jo noe som heter trøste-premie. Send gjerne svaret som SMS til en god kollega eller tre. Reaksjoner på vanskelighetsgrad, eventuelle skrivefeil eller i det hele tatt idéen om å ha påskenøtter i Paidos, mottas med takk på epost paidos@barnelegeforeningen.no

Tomas

1	C	H	A	R	G	E			
2	D	U	C	H	E	N	N	E	
3	S	S	S	S					
4	I	K	T	E	R	U	S		
5	S	V	E	T	T	E	T	E	S
6	S	A	R						
7	K	R	A	B	B	E			
8	O	M	P	H	A	L	O	C	E
9	C	Ø	L	I	A	K	I		
10	E	T	A	N	O	L			
11	C	E	F	O	T	A	K	S	I
12	A	T	R	O	P	I	N		



Velkommen til
Vårmøte 2006
i Drammen 8.-10. juni



Preliminært konferanseprogram

Torsdag 080606
0830-1430: "Advanced neonatal resuscitation" premiere på "vårmøte-tilpasset kurs i nyfødt-resuscitering etter "APLS"-modell Begrenset deltakerantall (24) 6 timer Regi: Terje Alsaker

Torsdag 080606
1200-1300: Lunsj
1300-1315: Åpning
Ordfører Tore Opdal Hansen
Anders Glomstein
1315-1400: Stamcellebehandling,- i dag- og i morgen
1400-1430: Etske aspekter ved stamcellebehandling
Trond Markestad
1430-1445: Pause
1445-1505: Mehmet-saken: Barnelegens dilemma
Marit Hellebostad
1505-1525: Mehmet saken: Gynekologens etiske refleksjoner
Øystein Magnus
1525-1545: Hvilken behandling bør gis når ikke all behandling skal gis
Trond Markestad
1545-1600: Diskusjon
1600-1615: Presentasjon av ettermiddagens sub-gruppemøter
1615-1630: Pause
1630-1800: Subgruppemøter
1900-ca.2300: "Get together"
Gildehallen, Aass bryggeri

Fredag 090606
Parallellsesjon 1:
Cøliaki:
0900-0910: Innledning
Johan Ek
0910-0940: Hva er Celiac Disease (CD)?
Ludvig Sollid
0940-1010: CD og autoimmunitet
Trond Halstensen
1010-1030: Kaffepause

Nyfødtmedisin: mer enn intensivbehandling?

1030-1115: Ernæring av premature
Uwe Evald, Uppsala, Sweden
1115-1200: Foreldrebasert nyfødtomsorg ("Kenguru-metoden")
Uwe Evald, Uppsala, Sweden
1200-1300: Lunsj
1300-1345: NIDCAP-a systematic review
Arne Ohlsson, Mt.Sinai Hospital, Canada
1345-1430: Paneldebatt
1430-1500: Pause
1500-1630: Årsmøte NBF
1900 Festmiddag i Drammens teater

Parallellsesjon 2
Frie foredrag (preliminært oppsett):

0900-0910: Innledning (felles)
0910-1430: Frie foredrag

Lørdag 100606

0930-1000. Norges arbeid for å oppnå tusenårs mål no. 4
Tore Godal , Statsministerens kontor
1000-1030 Hva kan fortiden lære oss om fremtiden? Moderne neontalmedisin i et historisk perspektiv
Orvar Finnstrøm
1030-1045 Kaffepause
1045-1145 Knowledge translation - from evidence to practise
Arne Ohlsson
1145-1215 Pain in the neonate (inkl. Diskusjon)
Arne Ohlsson, Mt.Sinai Hospital, Canada
1230-1230 Avslutning- presentasjon av neste vårmøte?(5 min)
1230-1330 Lunsj og avreise

For ytterligere informasjon og påmelding, se www.barnelegeforeningen.no eller www.sykehuset-buskerud.no eller kontakt Ruth E. Olaussen, tlf. 32 80 32 45 / epost ruth.e.olaussen@sb-hf.no.

Ny veileder for håndtering av barnemishandling:

9 barn dør årlig

I Norge er det antatt at ni barn under tre år dør av barnemishandling hvert år. Tall fra England viser at 1 av 1000 barn under 4 år utsettes for alvorlig mishandling. Opptil 60% får varige mén. Er vi flinke nok til å fange opp slik mishandling, og hvordan håndterer vi de sakene vi oppdager?

Tomas Nordheim Alme

Barnesenteret ved Sørlandets Sykehus HF har utarbeidet en ny veileder for håndtering av barnemishandlingssaker. Denne er rettet mot helsepersonell og inneholder informasjon om diagnostikk, tverrfaglig samarbeid og juridiske forhold ved denne typen saker. Veilederen er kommet til etter erfaringer fra Kristiansand hvor man tydelig har sett behovet for bedre fagkunnskap og en mer helhetlig håndtering av saker som omhandler vold mot barn.

Barnemishandling er en alvorlig tilstand eller sykdom med høy gjentagelsesrisiko og med betydelig risiko for varig skade eller dødelig utgang.

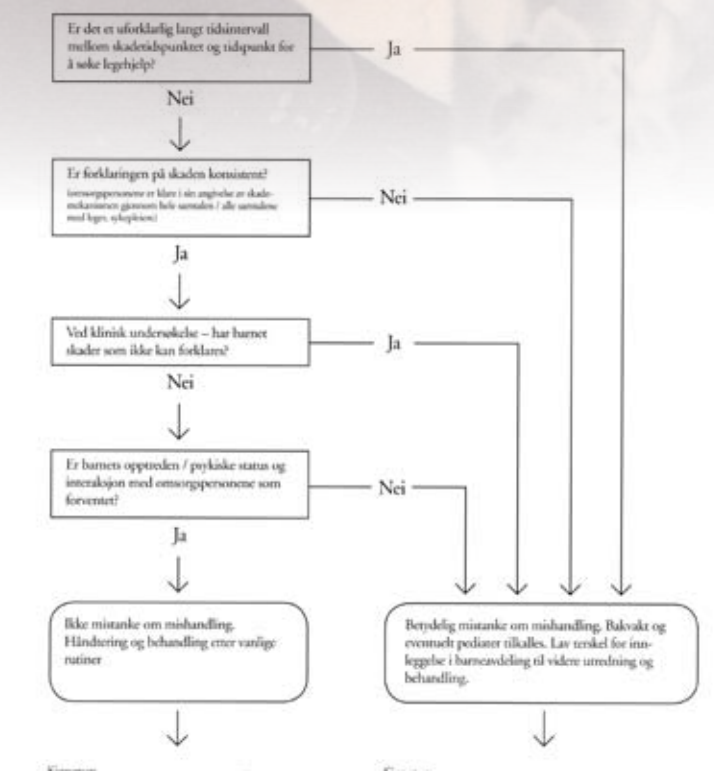
Sture Hagberg, kirurg

Veilederen er på 25 sider og er utarbeidet av barnelegene Kathinka Aslaksen og Unni Mette S. Køpp ved barnesenteret i Kristiansand. Den har en ryddig oppbygning med oversikt over vanlige skader ved barnemishandling, innholdet i en god undersøkelse, sikring av barnet, nødvendig dokumentasjon og samarbeid med andre etater så som politi og barnevern. Det er også et kapittel om legeerklæringer og andre rettslige oppdrag, for eksempel som sakkyndig og sakkyndig vitne. Til slutt har forfatterne lagt ved et flytskjema som anbefales implementert ved alle skademottak av barn for å øke sjansen for at barnemishandling blir oppdaget. Veilederen er utarbeidet med støtte av Legeforeningens fond for kvalitetssikring etter anbefaling fra Norsk Barnelegeforening.

Alle landets barneavdelinger har fått veiledere tilsendt til orientering og i Kristiansand er man i gang med å etablere nye rutiner basert på rådene i veilederen. Tanken er at de avdelingene som ikke har gode rutiner for denne problemstil-

lingen allerede, kan ta utgangspunkt i veilederen og dermed kunne oppnå en raskere og tryggere håndtering av disse barna.

Flytdiagram



AeroChamber
*Plus**

Inhalasjonskammer



Nytt inhalasjonskammer fra GlaxoSmithKline

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



Distributor:



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

* 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.



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