



P A I D O S

TIDSSKRIFT FOR NORSK BARNELEGEFORENING

PORTRETTE

Børnelægen i Grønland - Britta Louise Olsen

s. 42

AKTUELT

Vårmøtet i Levanger

s. 38



INNHold

38	Vår møtet i Levanger TOMAS NORDHEIM ALME
42	PORTRETT: Britta Louise Olsen TOMAS NORDHEIM ALME
48	Ny giv for Acta Paediatrica TOMAS NORDHEIM ALME
49	Internasjonal workshop om peri-natal sirkulasjon TOMAS NORDHEIM ALME
50	Paidos utvider redaksjonen TOMAS NORDHEIM ALME
51	Vellykket kurs i nyfødttknikker 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

Vi trenger økt nasjonal kompetanse i pediatrik farmakoterapi

Pediatrik farmakoterapi vokste i sin barndom frem i asken av de store farmakoterapautiske katastrofer. ”Gray baby syndrome” etter bruk av kloramfenikol. Medfødte misdannelser etter bruk av thalidomid som sovemedisin i graviditet. Kjerneikterus etter bruk av Sulfapreparater i nyfødtp perioden. Intensjonene var de beste – barna måtte få de nye, livreddende, moderne legemidler. Bivirkningene var helt uforutsette og katastrofale for barna.

De fleste av dagens legemidler er utviklet for voksne med degenerative sykdommer. Det er der pengene har ligget og det er der industrien har hatt fokus. Vi vet at pediatrik farmakoterapi er svært forskjellig fra voksen farmakoterapi. Barn har sjelden degenerative sykdommer. Misdannelser, immaturitet, allergi og infeksjonssykdommer preger mer sykdomsbilde. I det ekstreme skal vi gi sikker og god legemiddelbehandling til barn med multiple misdannelser og funksjonssvikt i flere organsystemer samtidig. Vi skal gi sikker og effektiv behandling til nyfødte barn født opp til 16 uker før termin. Fordelingen mellom vann, fett og ulike vevstyper er annerledes og utvikler seg i barndommen. Spesielt dramatisk er forskjellen hos prematurt fødte barn de første leveukene, der andelen fett er helt marginal, mens andelen ekstracellulær væske er dramatisk høy. Nyrefunksjonen er redusert hos premature barn og øker nesten lineært med gestasjonsalder frem mot fødsel. Nyrefunksjonen er lavere hos nyfødte enn senere. Reseptortetthet, reseptormodenhet og det cellulære mottagerapparat endrer seg i nyfødtp perioden, og er annerledes hos premature barn enn hos mature barn. En rekke leverenzymmer får endret aktivitet og derved får det nyfødte barnet en annen legemiddelomsetning enn eldre barn og voksne. Albuminets bindingskapasitet er annerledes hos premature enn hos eldre barn og voksne. Det er fysiologisk å ha svært høye bilirubinverdier i nyfødtp perioden med muligheter for interaksjon med legemidler. Barn vokser og utvikler seg. Spesielt er sentralnervesystemet i en sårbar periode hos premature og i de første leveårene. Det kan ikke være overraskende for noen pediater at legemidler kan ha en annen effekt og annen farmakokinetikk enn hos voksne. Bivirkningsprofilen kan være helt annerledes. Fokus de siste femti årene har imidlertid vært rettet mot farmakoterapi hos voksne. Det har ikke vært enkelt å drive effektiv medikamentutprøving på barn av misforståtte etiske årsaker, og når det ikke har vært noen spesielle økonomiske incentiver.

Internasjonal har vi de siste 10 årene opplevd en vårløsning. USA var tidlig ute da kongressen vedtok “The Food and Drug Administration Modernization Act “ for å øke legemiddelutprøving på barn. Desember 2003 fikk USA eget lovverk som regulerte legemiddelutprøving på barn med den klare hensikt å øke kunnskap og sikkerhet innenfor pediatrik farmakoterapi. I EU systemet har det også vært betydelig aktivitet de siste ti årene. Initialt med en rundbordskonferanse i 1997 og med sluttstrek januar 2007 ved å etablere en ny lov for legemidler til barn. Lovverket er omfattende og hensikten er klar. Økt sikkerhet, økt forskning, samordnet og bedre bruk av forskningsressurser.

Vårløsningen har foreløpig ikke nådd Norge. Selv om ildsjeler på flere sykehus har stått på for å fremme kunnskap og få i gang forskning, har vi ingen nasjonal akademisk kompetanse eller stilling på tilstrekkelig høyt nivå innenfor området pediatrik farmakoterapi. Legemiddelutprøving på barn har enten vært lokalt drevet og uten stor internasjonal betydning, eller vært ledd i multisenterstudier styrt fra utlandet. Statens legemiddelverk er imidlertid en del av det europeiske system

REDAKTØREN



Tomas Nordheim Alme
Redaktør

Den forræderiske våren

Jeg har alltid vært skeptisk til våren. Vel er det fint med fuglesang og den gode, organiske lukta som brer seg når snøen forsvinner og sola igjen setter igang forråtningsprosessen. Jeg liker å kunne kjøre til jobben uten å bruke vindusviskerne for å fjerne asfaltblandet snøslaps. Jeg liker at det er lyst når jeg drar på jobb, og lyst når jeg kommer hjem.

Jeg kan huske følelsen av å bytte ut vinterstøvler med småsko og hvor lett føttene følte da, helt tilbake til jeg var seks-syv år. Hvor uendelig fri man kunne føle seg når man tok ut sykkel og syklet skikkelig fort uten å holde seg i styret i den skarpe aprillufta (dette var før sykkelhelmenes tidsalder). Hvor godt det følte å slippe stillongsen

som klødde og kjenne at bare det tynne buksestoffet skilte meg fra naturkreftene. Som årstid er det egentlig ikke noe galt med våren i det hele tatt, det blir lysere og varmere og det nærmer seg sommer - alt det er fint. Det er det administrative jeg plages med. Alle avbrytelsene. Flyttbare og ikke flyttbare helligdager, fester og avslutninger og vårdugnader. Vi er ikke ferdig med julen før vinterferien kommer. Så er det påskeferie og jammene er det ikke snart mai, en inneklemt måned mellom påske og sommerferie hvor det knapt nok er vits i å gå på jobb.

Jeg kan huske at jeg har hatt det slik helt siden tenårene. Våren var aldri så lang som den så ut på kalenderen og plutselig var det sommerferie og bare halvparten av det jeg hadde planlagt var gjennomført. Og det verste er at jeg fortsetter å legge store planer for våren, enda det fornuftige ville være å kansellere og heller flytte alle viktige gjøremål til høsten.

Observante lesere har vel antakelig allerede avslørt meg. Alt dette er bare et forsøk på å formulere hvorfor Paidos ikke er så tykt som jeg hadde ønsket denne gangen. De som leste lederen min i januarnummeret, så mine ambisiøse planer for de kommende utgavene og det kan jeg si med en gang; planene lever i beste velgående! Når det kommer til gjennomføringen derimot, har det stoppet litt opp. Dette litt ”hummer og kanari”-pregede nummeret er i så måte et hvileeskjær før planene settes ut i livet.

Styret i Barnelegeforeningen planlegger en tettere integrasjon mellom Paidos og Pedweb. I den forbindelse ønsker vi å knytte til oss en fast redaksjon for disse to mediene. Formålet er foruten det å få et bredere perspektiv på stoffet, å sikre en stabil og forutsigbar drift. Både bladet og internetsidene opplever en vekst i interesse og det er en viktig oppgave for oss å sikre at de kan videreføres på en god måte. Når arbeidet fordeles på flere, blir det mer håndterlig.

I forrige leder kom jeg med en oppfordring til kolleger som er interessert i internasjonal medisin om å bli med å revitalisere interessegruppen for Internasjonal Barnehelse. Jeg har fått god respons, og interessegruppen vil bli gjenfødt under Vår møtet i Levanger. Det er fremdeles plass til flere, og om du synes det virker interessant synes jeg du skal sende meg en epost. Se forøvrig invitasjon på s 36.

Helt til slutt: I Levanger har kollegene jobbet hardt og lenge med å forberede Vår møtet 2007. Jeg oppfordrer hermed alle medlemmer og medlemmer med avdelingslederroller især å prioritere fellesmøtene som er så viktige for det lille miljøet vårt. Vi snakkes i Levanger!

Tomas

Redaktør: Tomas Nordheim Alme,
Pediatrik Forskningsinstitutt
Rikshospitalet - Radiumhospitalet HF
0027 Oslo
paidos@barnelegeforeningen.no
Design : Anne-Marie Korseberg
Lay-out: Tomas Nordheim Alme
Trykket hos PDC Tengen
Opplag: 700
Antal utgivelser per år: 4

Frist for innsending av bidrag og
annonseartikler:
Nr 03/2007 - 15. juni
Nr 04/2007 - 15. 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.

(EMA) og den nye loven som skal regulere legemidler til barn vil bli gjeldende også i Norge. Dette tvinger norske myndigheter til å komme på banen. For å være med som bidragsyter i Europa er det behov for å etablere en nasjonal samlande enhet for pediatrik farmakoterapi som kan samspille med EU systemet og ha oversikt over og stimulere den nasjonale aktiviteten. Enheten bør være et kraftsenter for nasjonal pediatrik farmakoterapi.

Styret i NBF har med hjelp fra kvalitetsutvalget og aktive medspillere ved Haukeland universitetssykehus og Rikshos-

pitalet arbeidet for dette de siste årene. Lobbyvirksomhet fikk inn en setning i legemiddelmeldingen våren 2005 om opprettelse av et nasjonalt nettverk for legemiddelbehandling av barn. Vi har aktivt arbeidet sammen med Direktoratet og slik det ser ut per i dag er det sannsynlig at vi får opprettet et nasjonalt kompetansesenter for legemiddelbehandling av barn i løpet av relativt kort tid. Forutsatt at dette senteret får nok ressurser kan det ha stor betydning for kompetanseutvikling i pediatrik farmakoterapi i Norge. Det kan gi oss mulighet til å spille den rolle vi bør spille i en europeisk sammenheng.

Invitasjon:
Stiftelsesmøte for Interessegruppe for internasjonal barnehelse

Sted: Levanger under Vår møtet 2007
Tid: Torsdag 31. mai 2007 kl 16
Kontaktperson: Tomas Nordheim Alme, epost: paidos@barnelegeforeningen.no

Bakgrunn: Interessegruppe for internasjonal barnehelse har de siste årene vært uvirksom. Dette reflekterer neppe den interesse som er for dette temaet blant medlemmene i Norsk Barnelegeforening. Derfor er det nå satt i gang et initiativ for å revitalisere gruppen. Et titals personer har meldt interesse for å være med på dette arbeidet, og interessegruppen gjenoppstår dermed under Vår møtet i Levanger i mai 2007.

Formål: Interessegruppen skal samle norske barneleger som har interesse for internasjonale helsespørsmål. En slik interesse kan ha mange utslag; noen ønsker å reise ut og jobbe i den 3. verden, andre er mer opptatt av å påvirke politiske beslutninger i vårt eget land. Interessegruppen skal dekke begge disse aspektene. Målsetningen er derfor å utvikle en gruppe som besitter reell kompetanse på feltet internasjonal barnemedisin, det være seg vaksiner, svangerskaps- og fødselsomsorg, ernæring, hygiene, barn i krigsområder etc, til bruk for myndigheter i utforming av bistandspolitikk. Videre bør gruppen bidra til utveksling av kunnskap mellom helsepersonell i Norge og utviklingsland. Gruppen og dens medlemmer skal inspirere kollegaer til å jobbe og interessere seg for barnehelsespørsmål.

- Agenda for stiftelsesmøtet:**
- Valg av styre
 - Vedtekter for interessegruppen
 - Kort faglig program

Alle medlemmer i Norsk Barnelegeforening er hjertelig velkommen til å delta i denne interessegruppen på tvers av subspecialiteter. Vel møtt!

Forsidebildet:

I dette nummeret av Paidos har jeg portrettert Britta Louise Olsen, dansk-norsk barnelege som siden 2005 har arbeidet på Grønland. Grønland har bare én barnelege og arbeidet blir dermed allsidig og krevende. I tillegg til arbeidet på sykehuset i Nuuk, har hun ansvar for å besøke kystbyene som ikke har barneleger, en form for områdepediatri. Dette bildet har Britta selv tatt under en slik reise. De enkle kårene er slående, samtidig som de klare fargene på de malingsslitte husene gir et helt spesielt uttrykk.



Styret i Norsk barnelegeforening 05-07



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)

Klinikkjef ved Sykehuset Telemark HF. Generell pediatr med et hovedområde barnediabetes. Styremedlem i norsk studiegruppe for barnediabetes. For tiden permisjon fra klinikkjefstilling 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 forsvært 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, for tiden assistentlege ved Astrid Lindgren Barnsjukhus, Stockholm. 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 barneklirken RH, stipendiat ved Pediatrik Forskningsinstitutt. 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. Vikariat 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 Klinik for barn og habilitering i Drammen. For tiden stipendiat ved pediatrik forskningsinstitutt. Bor på Kjeller med kone og tre barn. Ved siden av egne og andres barn er friluftsliv, jakt, småfly og musikk viktige interesser.

paidos@barnelegeforeningen.no

Sett av 31. mai til 2. juni:

Vårmøtet 2007 i Levanger

Hva har Erling Folkvord, Bjarne Håkon Hansen og Per Sandberg til felles? Eller hva med langrennshelten Eldar Rønning og landslagstrener Marit Breivik? Du har kanskje gjetten det, alle er "Levangsbygg". Nå har også du en anledning til å besøke den hyggelige byen ved Trondheimsfjorden.

Tekst: Tomas Nordheim Alme

Levanger er en kommune med vel 18000 innbyggere. Geografisk grenser den mot Stjørdal i sør, Frosta i vest og lotto- og vømmølskommunen Verdal i nordøst. Levanger er et gammelt skolested, og på Høgskolen i Nord-Trøndelag (HiNT) utdannes det lærere, sykepleiere, farmasøyer, musikere og økonomer – for å nevne noe. Barneavdelingen i Levanger har tidligere arrangert vårmøte i Stjørdal, på Værnes, men i år inviteres norske barneleger for første gang hjem til Innherred. Avdelingsoverlege Gunnar Helland gleder seg til å ta i mot.

– Dette blir første barnelegemøte i Indre Trøndelag, og vi kan by på en blanding av et godt faglig program og et spennende møte med trøndersk natur og kultur, sier han.

Ultralydkurs. En nyskaping i år er praktiske kurs i ultralyd og ekkokardiografi. Dette er ferdigheter som blir stadig mer aktuelt å kunne og kursene som er ment som en introduksjon, har plass til 10 deltakere hver. Et av hovedtemaene er ellers en oppsummering av EHEC-epidemien, hva har vi lært? Resultater fra HUNT-undersøkelsen presenteres, og i anledning at det er 20 år siden surfactantbehandling introdusert er det satt sammen et jubileumssymposium med internasjonale foredragsholdere. Syndromdiagnostikk og bruken av genetiske tester er også satt på programmet.

Det er ikke bare de små grå som skal utfordres. Vertene har også planlagt en innføring i nord-trøndersk gastronomi (nei, ikke nord-trøndersk gastroskopi). På torsdagskvelden blir det nemlig anledning



▲ Deler av arrangementskomitéen: Fra v: Ingvild Menes Sørensen, Gunnar Helland, Solveig Lia og Bente Rømo Søreng.

til både å lære om og å smake tradisjonell trøndersodd med passende underholdning på Museumsbrygga, midt i Levanger sentrum.

Noe for enhver smak. Nabokommunen Verdal er antakelig kjent for de fleste gjennom sine mange lottomillionærer. Det har hendt ting i kommunen før dette også, blant annet under slaget på Stiklestad i 1030.

– Vi har lagt festmiddagen til Stiklestad, noe vi tror vil gi en flott og minneverdig ramme rundt arrangementet. Det kan nevnes at det på samme tidspunkt avholdes Vømmølfestival i

Verdal. Vømmøl Spelemannslag oppsto på 70-tallet og det er sagt at den første vømmølsvisa ble skrevet i feberørske på det som den gangen het Innherred Sykehus i Levanger. Dermed burde det i alle fall være borget for god stemning.

Enkelt å komme dit. Noen tror kanskje at det er vanskelig å komme seg til Levanger. Det er langt fra sannheten. Fra de fleste store flyplasser i Norge kan man fly direkte til Værnes. Trønderbanen tar deg så direkte til Levanger på 50 minutter med avgang stort sett en gang i timen. Enklere kan det knapt bli.

Håper på godt oppmøte. Etter at man for noen år siden etter krav fra Legeforeningen sentralt vedtok at møtene skulle være usponsored, har det knyttet seg stor usikkerhet til økonomien ved møtene. For å kunne arrangere et hyggelig og faglig interessant møte er man avhengig av at sykehusene stiller opp og sender sine leger. Særlig er det ønskelig at så mange yngre leger som mulig får anledning til å reise - en god måte å bli kjent i fagmiljøet vårt på. Gunnar Helland håper også at så mange som mulig setter av disse dagene og kommer til Levanger.

– Først og fremst blir det et møte i og med trivelige Trøndelag. Hele barneavdelingen og flere gode hjelpere ønsker yngre og eldre kolleger samt pensjonister hjertelig velkommen, avslutter han. Vi sees i Levanger!



▲ Vårmøtet arrangeres i Høgskolen i Nord-Trøndelag sine lokaler på Røstad (Foto: Hattrem)

Program Vår møtet 2007

TORSDAG 31.5:

0900-1200 Seminar A: Ultralyd for barneleger
Teoretisk/praktisk gjennomgang apparatur: Ultralyd caput og abdomen

0900-1200 Seminar B: Ekkokardiografi for barneleger
Introkurs - apparatur, trening i gruppe.

1200-1300 Lunsj

1300-1330 Velkommen, åpning

EHEC 2006 - epidemi med mange fasetter

1330-1400 Mikrobe og virkning - klinisk oversikt
v/Lars Krogvold, Ullevål

1400-1430 Intensivbehandling av HUS
v/Thore Henriksen, Ullevål

1430-1500 Epidemi i medias søkelys
v/Hans-Jacob Bangstad, Ullevål

1500-1515 Pause

1515-1615 Frie foredrag

1630-1800 Subgruppemøter

1900 Museumsbrygga med sodd og trønderkultur

Fredag 1.6.

Surfactant jubileumsseminar

0900-0920 Surfactant therapy in Norway -from dream to reality
v/O.D. Saugstad, Oslo

0920-0940 Lung surfactant- a historical overview
v/Henry Halliday, Belfast

0940-1000 Porcine surfactant-from bench to bedside
v/Tore Curstedt, Stockholm

1000-1040 Introducing surfactant in Europe
v/Christian Speer, Wurzburg

1040-1100 Pause

1100-1120 Introducing surfactant therapy at a central hospital
v/Jan Holt, Bodø

1120-1140 Meta-analyses -consequences for clinical practice
v/Henry Halliday, Belfast

1140-1200 Surfactant for the future-what is the pipeline?
v/Tore Curstedt, Stockholm

1200-1205 Closing remarks
v/Kåre Danielsen, Kristiansand

1205-1300 Lunsj

Genetikk

1300-1345 Syndromdiagnostikk
v/Gunnar Houge, Haukeland

1345-1430 Vettig og uvetting bruk av gentester
v/Gunnar Houge

1430-1445 Pause

1445-1600 Frie foredrag

1600-1700 Årsmøte NBF

1900-2300 Festmiddag på Stiklestad

Lørdag 2.6.

Legemidler og barn

0900-0945 Legemidler og barn-fra antagelser til kunnskap
v/Steinar Madsen, Oslo

0945-1015 Racemisk adrenalin -til besvær?
v/Eirik Skogvoll, St. Olav

1015-1030 Diskusjon omkring legemidler

1030-1045 Pause

Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag

1045-1115 Ung-HUNT
v/Turid Lingaas Holmen

1115-1145 Spiseforstyrrelser hos ungdom
v/Sigrid Bjørnelv

1145-1215 Hvordan ruser ungdom seg?
v/Arve Strandheim

1215-1230 Avslutning

Presentasjon av kommende Nbf-møter

Pediaterdagene i Tromsø 2007 og Vår møte i Fredrikstad 2008

1230-1330 Lunsj og avreise

Perfalgan til barn og voksne

Effekt

Perfalgan gir en signifikant bedre effekt enn oralt paracetamol ¹

Perfalgan - høy biotilgjengelighet ²

Morfinsparende

Perfalgan reduserer behovet for morfin med 46% ³



Perfalgan

Bristol-Myers Squibb

Analgetikum. Antipyretikum. ATC-nr.: N02B E01
INFUSJONSVÆSKE, oppløsning 10 mg/ml: 1 ml inneh.: Paracetamol 10 mg, cysteinhydrokloridmonohydrat, dinatriumfosfatdihydrat, saltsyre, mannitol, natriumhydroksid og vann til injeksjonsvæsker til 1 ml.
Indikasjoner: Perfalgan er indisert for korttidsbehandling av moderate smerter, spesielt etter kirurgi, og for korttidsbehandling av feber når intravenøs administrering er klinisk begrunnet pga. et øyeblikkelig behov for å behandle smerte eller hypertermi og/eller når andre administreringsmåter ikke er mulig.
Dosering: Til intravenøs bruk. 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 2 g paracetamol). Alvorlig nedsatt nyrefunksjon: Ved kreatininclearance e30 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 lever-skade. Paracetamol bør brukes med forsiktighet ved hepatocellulær



insuffisiens eller alvorlig nedsatt nyrefunksjon (kreatininclearance e30 ml/minutt), ved kronisk alkoholisme og ved dehydrering. Pasienter som lider av kronisk feilemæring 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. Salisy-lamid kan forlenge halveringstiden for paracetamol. Forsiktighet må utvises ved samtidig inntak av enzymhemmende substanser. (I: N02B E01 paracetamol)
Graviditet/Amming: Overgang i placenta: Begrenset erfaring. Bør ikke brukes ved graviditet hvis ikke fordelen oppveier en mulig risiko. I slike tilfeller må anbefalt dosering og behandlingsvarighet overvåkes nøye. Overgang i morsmelk: Etter peroral administrering skilles parace-tamol ut i morsmelk i små mengder. Det er ikke rapportert om bivirknin-ger hos diende spedbarn. Kan brukes under amming.
Bivirkninger: Sjeldne (<1/1000): Blod: Isolerte tilfeller av trombocyto-peni, leukopeni og nøytropeni. Lever: Økte nivåer av hepatiske transa-minaser. Sirkulatoriske: Hypotensjon. Øvrige: Malaise. Overfølsomhets-reaksjoner 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 feilemæring og hos pa-sienter som behandles med enzyminducere. Symptomer: Symptomene oppstår vanligvis innen 24 timer og innebærer kvalme, oppkast, anorek-si, 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 engangdose til barn. Kliniske symptomer på leverskade viser seg vanligvis initialt etter 2 dager og når et maksimum etter 4-6 dager. Behandling: Øyeblikkelig sykehusinnleggelse. Behandling inkl. intrave-nøs eller peroral administrering av antidoten N-acetylcystein (NAC). Symptomatisk behandling. (F: Paracetamol)
Egenskaper: Klassifisering: Analgetikum. Antipyretikum. Virknings-mekanisme: Sentral og perifer analgetisk effekt. Antipyretisk effekt. Eksakt virkningsmekanisme ikke klarlagt. Absorpsjon: Voksne: Lineær

farmakokinetikk ved inntak av opp til 2 g etter 1 enkel administrering eller etter gjentatt administrering i løpet av 24 timer. Maks. plasmakon-sentrasjon, 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 inntre i løpet av 5-10 minutter etter at administreringen er startet, maks. analgetisk effekt oppnås etter 1 time. Varighet 4-6 timer. Antipyretisk effekt inntre 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 cerebros-pinalvæsken 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. Utskil-lelse: 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 × 50 ml 252,10, 12 × 100 ml 303,50.
Sist endret: 25.04.2006
Referanser: ¹ O Jarde et al. Parenteral versus oral route increases paracetamol efficacy. Clin Drug Invest 1997;14(6):474-81. ² Holmer Petterson P et al. Acta Anaesthesiol Scand 2003; suppl. 116:108. ³ 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.

Børnelægen i Grønland.



Grønland er verdens største øy. Den har 57000 innbyggere, 15000 barn, 18 byer, 14 flyplasser, 7 helsesøstre - og én barnelege. Enten du er 15 år og har diabetes eller du er prematur i uke 28, er det norsk-danske Britta Louise Olsen som hjelper deg. Paidos har intervjuet Børnelægen i Grønland.

Tekst: Tomas Nordheim Alme

Da Britta Louise Olsen fra København var ferdig med medisinstudiet bestemte hun seg for å reise til Norge. Naturen, et ønske om å gå på ski, og ganske sannsynlig en porsjon eventyrlyst førte henne til sykehusturnus på Lillehammer, fulgt av distriktturnus i Folldal. Etter flere år for det meste i allmennmedisin i både Norge og Danmark, kom hun i 1990 inn i barnemedisinen på Aker sykehus. Det varte imidlertid ikke mer enn ett år før hun søkte permisjon.

– Det var i forbindelse med den første Gulf-krigen at jeg fikk spørsmål om å reise til Iran med Norges Røde Kors, forteller hun. – Mange kurdere var drevet på flukt og jeg arbeidet tre måneder i en flyktningeleir.

Internasjonalt engasjement. Etter oppholdet i Iran, fortsatte hun spesialisering i pediatri, ispedt flere utenlandsopphold. Hun vært i Afrika, Bosnia og tilsammen fire år i Afghanistan som prosjektleder for et Primary Health Care prosjekt, blant annet med bygging av sykehus og opplæring av jordmødre for en befolkning på ca 200000. Engasjementet for barns helse er sterkt.

Etter de tre første årene i Afghanistan flyttet hun tilbake til Danmark og Århus igjen. I 2004 ble imidlertid utferdstrangen på nytt for stor og hun tok ett nytt år i Afghanistan, denne gangen med Røde Kors. Da hun kom hjem søkte hun seg jobb som barnelege på Grønland. Året før ble det for første gang opprettet stilling for barnelege her. Frem til da hadde barna blitt ivaretatt av voksenmedisinerne og av tilreisende barneleger i korte opphold.

– Jeg hadde holdt mest på med barnenevrologi de senere årene og var nok spesielt spent på akutt- og nyfødtnedisinen etter 10 års fravær fra den delen av barnemedisinen. Like etter at jeg ankom, ble det født et barn i uke 30 med pneumotho-



▲ Det er ingen veger som forbinder byene på Grønland. Derimot finnes det 14 flyplasser. Områdepediatri foregår med fly. (Foto: Britta Louise Olsen)

rax. I løpet av de første timene ble den bilateral. Vi fikk gjort det vi skulle og barnet klarte seg fint, forteller hun.

– På Grønland er det også nokså mange alvorlige pneumokokkinfeksjoner, og jeg opplevde to alvorlige meningitter i løpet av den første tiden som heldigvis endte godt. Det er viktig med noen slike positive opplevelser i starten. Hadde det godt dårlig, hadde jeg nok sittet på flyet tilbake til Danmark

◀ Børnelægen i Grønland, Britta Louise Olsen (Foto TNA)

BRITTA LOUISE OLSEN

Cand med København 1976

Norsk tilleggsprøve 1979

Spesialist i Allmennmedisin 1984

Spesialist i Pediatri 1996

Spesialisering i pediatri på Aker Sykehus

Master of Public Health 2001

Master of Health Administration 2003

Arbeidet i Iran, Bosnia og Afghanistan

Eneste barnelege på Grønland

Cand med København 1976
Norsk tilleggsprøve 1979
Spesialist i Allmenntilleggsprøve 1984
Spesialist i Pediatri 1996
Spesialisering i pediatri på Aker Sykehus
Master of Public Health 2001
Master of Health Administration 2003
Arbeidet i Iran, Bosnia og Afghanistan
Eneste barnelege på Grønland

nokså snart, sier hun med et smil.

Sykehuset i Nuuk. Sentralsykehuset på Grønland har ca 120 senger og ligger i Nuuk, eller Godthåb som det heter på dansk.

– Her har vi et nokså moderne sykehus med kirurgisk og medisinsk akuttfunksjon, vi har akkurat fått ny CT-maskin, men mangler MR, sier hun.

Sykehuset har ikke egen barneavdeling, innlagte barn legges på Medisinsk avdeling. Når Britta ikke er til stede, er



▲ Spartanske forhold på kysten (Foto: Britta Louise Olsen)

det legene på Medisin som går visitt. På intensivavdelingen har vi nyfødtintensiv med mulighet for respiratorbehandling.

– På Grønland er grensen for å skille mellom abort og dødsfødsel 28 uker. Blir det født et vitalt barn i uke 26 gir vi det imidlertid en sjanse. Vi har ikke kapasitet på sykepleiersiden til å drive langvarig respiratorbehandling. Derfor respiratorbehandler vi ikke mer enn 2 døgn. Krevs lengre respiratorbehandling blir barnet evakuert til Danmark eller Island. Hjerterbarna følges i samarbeid med voksenkardiologene som gjør ekkokardiografi og med hjelp av barnekardiologer på fastlandet.

I tillegg til sykehuset i Nuuk har Grønland 14 mindre sykehus, kysthospital som er godt utstyrte sykestuer med



Kystsamfunn (Foto: Britta Louise Olsen)

blant annet operasjonssaler, fødsler osv. Noen steder har kirurger fast, da av den typen som gjerne også gjør et keisersnitt eller to. Andre har kirurger i rotasjon for mindre, planlagte inngrep.

Områdepедиatri. En del av jobben består i å reise rundt til disse sykehusene og drive poliklinikk, hvert sted har besøk én gang i året. Det finnes ikke veier på Grønland, sett bort fra inne i byene. Derfor foregår all transport med fly eller helikopter. Av og til må hun ut og hente barn akutt, men ofte tar anestesilegene seg av dette.

Lange dager. Livet som barnelege på Grønland er definitivt spennende og utfordrende, men det blir også lange dager. To dager i uken er avsatt til poliklinikk. Da tar medisinerne seg av visittgangen. Til enhver tid ligger det 4-12 barn i avdelingen. Selv om Britta ikke går i vakt, blir det mange lange kvelder og ofte en tur innom i helgene når noe står på.

Utfordringene ved Grønland er nokså forskjellige fra de man er vant med i Danmark og Norge. Blant annet er tuberkulose på fremmarsj. Befolkningen er fattig og det er store sosiale problemer. Ofte opplever Britta mishandling og omsorgssvikt, uten mulighet for å gjøre særlig annet enn å involvere sosialtjenesten.

Tradisjonelle forelesningsmetoder lever fortsatt (Foto: Britta Louise Olsen)



Verdens største øy, midt mellom Island og Canada. (Kart: Ya

FAKTA OM GRØNLAND

Areal: 2,166,086 km², 81% isdekket

Areal: 2,166,086 km², 81% isdekket
Folketall: 56.000

Folketall: 56.000
Styre: Autonom provins under Danmark med eget parlament med 31 medlemmer. Grønland er i motsetning til Danmark ikke EU-medlem.

Visste du at:

Visste du at:

- Ismassene på Grønland har trykket ned fastlandet sentralt slik at det ligger 300m under havnivå?

- Qaanaaq (Thule) er det nordligste stedsnavn i verden som er et palindrom (likt forlengs og baklengs)

et palindrom (likt forlengs og baklengs)

- Fotball er Grønlands nasjonalsport, men de er ikke FIFA-medlem fordi FIFA krever at internasjonale kamper avholdes på gressbaner, som man ikke har på Grønland.

- Grønland var norsk kronkoloni frem til 1814, hvor Norge ble gitt til Sverige, mens kronkoloniene Grønland, Island og Færøyene forble danske.

(Kilde: Wikipedia.org)

– Vi har mange unge mødre, mange mødre som ruser seg i svangerskapet med påfølgende problemer for barna. Jeg synes jeg ser uventet mye epilepsi og mange barn med sjeldne syndromer, kanskje på grunn av inngifte, mener hun.

–På den annen side er det overraktlig. På Grønland finnes det seks diabetikere. Vi forsøker å samle dem en gang i året for at de skal få møte andre barn i samme situasjon og lære mer om sykdommen og behandling. Jeg tror ikke det er lett å være diabetiker på Grønland, det er jo ikke akkurat bugnende

Grønlandske barn med diabetes samles én gang i året. Her lærer de blant annet å lage god og sunn mat. (Foto: Britta Louise Olsen)





▲ Cholestasis familiaris grønlandica er en autosomal recessiv tilstand som skyldes en mutasjon på kromosom 18. (Foto: Circumpolar Health 2003 • Nuuk)

frukt og grønssaksdisker som dominerer ute ved kysten. Ernæringsproblemer er hyppige. Vi har overhyppighet av barneleddgikt og har tilreisende barnerevmatolog én gang i året. Jeg tror også at vi har flere premature enn hva som er vanlig, noe som godt kan forklares av problemene i svangerskapsomsorgen.

Grønlandsk sykdom. Det finnes også en egen grønlandsk sykdom. – *Cholestasis familiaris Grønlandica* er en dødlig, autosomal recessiv tilstand som på grunn av inngifte forekommer med ca to tilfeller i året. Jeg har hatt fire tilfeller, hvorav to er levertransplantert, og én er død, forteller hun. Derfor screenes det på denne sykdommen så tidlig som mulig i svangerskapet og dersom mor er bærer testes også far. I tillegg screener vi på *propionsyreemi*, forteller Britta.

Hun forteller også at hun er avhengig av telefon og telemedisin. Med så stor hyppighet av ulike syndromer, er det godt å kunne konferere med kolleger på fastlandet.

Bruker tolk. Tidligere, før Grønland ble selvstyrt, var dansk førstespråk. – I kystbyene er det mange som ikke kan gjøre seg forstått på dansk og vi er i stor grad avhengig av tolk i det daglige arbeidet, særlig når vi snakker med barna. Jeg har forsøkt å lære meg litt grønlandsk, men det er for vanskelig for meg. Enkelte ord er som hele setninger, smiler hun. – Jeg trives godt på Grønland. I Nuuk er klimaet nokså likt det du kan oppleve i Norge med vintertemperaturer rundt -10oC og det jeg kaller norsk fjellsommer. Sykehusøkonomien er en begrensende faktor, forteller Britta. Vi sorterer ikke under den danske Sundhetsstyrelsen, så vi er prisgitt trange Grønlandske budsjetter.

Britta og kollegene ønsker seg flere sykepleiere, barnesykepleiere ville vært en drøm. Rundt i kystbyene er tre av 14 helsesøsterstillinger besatt, det får konsekvenser for forebygging av helseproblemer hos barn. I motsetning til hvordan det for eksempel er på Svalbard, er det ikke spesielt økonomisk gunstig å jobbe på Grønland. Lønnen er som i Danmark og det er 42% flat skatt.

– Vi trenger å utdanne egne Grønlandske sykepleiere, nå er det meste basert på danske pleiere i kortere tidsrom. Vi ønsker oss veldig en barnelege til og helst en egen sengepost. Jeg kan godt se for meg å bli her til jeg blir pensjonist, men jeg er avhengig av at det flytter seg litt fremover, avslutter hun. ■

Giona Easyhaler®

- gir bekreftelse på inhalert dose

C GIONA EASYHALER MEDA Kortikosteroid. ATC-nr.: R03B A02

T INHALASJONSPULVER 100 µg/dose, 200 µg/dose og 400 µg/dose: Hver dose inneh.: Budesonid, 100 µg, resp. 200 et 400 µg, lactos. **Indikasjoner:** Behandling av lett, moderat og alvorlig vedvarende astma. **Dosering:** Doseringen er individuell. Preparatet bør brukes regelmessig, også i symptomfrie perioder, for optimal behandlingseffekt. Effekten inntre innen 24 timer (eller etter få dagers behandling) og når maks. etter noen uker. Behandlingen bør ikke avbrytes plutselig. *Lett astma: Voksne og barn >12 år:* Startdose 200-400 µg/dag. *Barn: 6-12 år:* Startdose 200-400 µg/dag. Ved behov økes til 800 µg/dag. *Moderat og alvorlig astma: Voksne:* Startdose inntil 1600 µg/dag. *Vedlikeholdsdose:* Når ønsket klinisk effekt er oppnådd, bør dosen gradvis reduseres til laveste dose som holder astmasymptomene under kontroll. *Lett, moderat eller alvorlig astma: Voksne og barn >12 år:* Vanlig vedlikeholdsdose er 100-400 µg 2 ganger daglig. I perioder med alvorlig astma kan daglig dose økes til 1600 µg fordelt på 2 doser og deretter reduseres når astmaen er stabilisert. *Barn: 6-12 år:* Vanlig vedlikeholdsdose er 100-200 µg 2 ganger daglig. Ved behov kan dosen økes til 800 µg fordelt på 2 doser og deretter reduseres når astmaen er stabilisert. *Lett til moderat astma: Voksne og barn >12 år:* Ved førstegangsbehandling er vanlig vedlikeholdsdose 200-400 µg én gang daglig. Dersom pasienten allerede er kontrollert med inhalasjonssteroider (f.eks. budesonid eller beklometasonidpropionat) administrert 2 ganger daglig, kan inntil 800 µg én gang daglig benyttes. *Barn: 6-12 år:* Ved førstegangsbehandling med steroider eller dersom pasienten er kontrollert med inhalasjonssteroider (f.eks. budesonid eller beklometasonidpropionat) administrert 2 ganger daglig, er vanlig vedlikeholdsdose 200-400 µg én gang daglig. Pasienten bør overføres til én daglig dose tilsv. den totale dagsdosen, som bør tas på samme måte, til samme tid hver kveld. Ved forverring av astmasymptomer bør det administreres 2 ganger daglig og lege bør kontaktes snarest. En hurtigvirkende bronkodialator til behandling av akutte astmasymptomer bør være tilgjengelig. Overføring fra nyere inhalasjonssteroider til Giona Easyhaler én gang daglig anbefales ikke. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for budesonid eller laktose. **Forsiktighetsregler:** Kun for profylaktisk behandling. *Overgang fra perorale steroider:* Pasientens tilstand bør være stabil før høydose inhalasjonssteroider (2 ganger daglig) påbegynnes i tillegg til systemisk behandling som etter ca. 10 dager gradvis seponeres med f.eks. 2,5 mg prednisolon (eller tilsv.) pr. måned til laveste effektive nivå. Peroral steroidbehandling kan erstattes helt med inhalasjonssteroider. Steroidavhengige pasienter som overføres til inhalasjonssteroider kan fortsatt ha risiko for nedsatt binyrebarkfunksjon, og aktiviteten til hypothalamushypofyse-binyrebarkfunksjonen (HPA-aksen) bør derfor kontrolleres regelmessig. Ved nedsatt binyrebarkfunksjon eller langvarig behandling med høye doser inhalasjonssteroider, kan tilførsel av systemiske steroider ved stress, f.eks. operasjoner, infeksjoner eller forverrede astmaanfall være nødvendig. Overgang fra peroral behandling til inhalasjonsterapi kan avdekke tidligere steroidmaskerte symptomer (f.eks. symptomer på allergisk rhinitt, eksem, muskel- og leddsmerter). Spesifikk behandling bør administreres samtidig ved disse tilstandene. Paradoksal bronkospasme kan oppstå som en umiddelbar økning av hvesing og kortpustethet etter inntak. Dette bør behandles umiddelbart med hurtigvirkende inhalasjonsbronkodialator. Preparatet bør øyeblikkelig seponeres, pasienten vurderes, og om nødvendig alternativ behandling startes. Ved akutt tilfelle av dyspné, bør en hurtigvirkende inhala-sjonsbronkodialator benyttes og medisinsk revurdering overveies. Dersom astmasymptomene ikke er tilstrekkelig kontrollert til tross for maks. doser inhalasjonssteroider, kan det være behov for et korttidsvirkende systemisk steroid. Behandling med inhalasjonssteroider samtidig med systemiske steroider bør opprettholdes. Ved bruk av inhalasjonssteroider øker risikoen for systemisk påvirkning (suppresjon av binyrebark, vekstretardasjon hos barn og ungdom, redusert bentetthet, katarakt og glaukom) ved økende dosering. Veksten hos barn bør monitoreres og om nødvendig dosen reduseres. Det anbefales å skylle munnen grundig med vann eller pusse tennene etter inhalasjon. Spesiell forsiktighet utvises ved lungetuberkulose, sopp-, virus- eller andre luftveisinfeksjoner. Preparatet bør kun brukes ved adekvat behandling av infeksjonene. Antibiotikabehandling eller økt budesoniddose og en kort kur av perorale steroider kan være nødvendig. Nedsatt leverfunksjon kan redusere eliminasjonen av kortikosteroider. Ved sterk slimdannelse i luftveiene kan kortvarig behandling med perorale steroider være nødvendig. Ved sjeldne arvelige lidelser som galaktoseintoleranse, lapp laktasemangel eller glukose-/galaktosemalabsorpsjon bør preparatet ikke brukes. **Interaksjoner:** Samtidig bruk av ketokonazol eller andre potente CYP 3A4-hemmere kan føre til markert økning i plasmanivået, og kombinasjonen bør unngås. Dersom dette ikke er mulig, bør tidsintervallet mellom administrering av ketokonazol og budesonid være så langt som mulig. Reduksjon av budesoniddosen bør også vurderes. **Graviditet/Amming:** *Overgang i placent:* Økt risiko for teratogen effekt er ikke påvist. Det er lite sannsynlig at misdannelser oppstår ved anbefalte doser. Dyrestudier har vist at for høye nivåer av glukokortikoider prenatalt har sammenheng med økt risiko for intrauterin veksthemming, kardiovaskulær sykdom i voksen alder og permanente endringer i tettheten av glukokortikoidreseptorer, «turnover» av neurotransmittorer og adferd ved eksponering for doser under det teratogene doseområdet. Preparatet skal ikke brukes ved graviditet hvis ikke fordelene oppveier mulig risiko. Lavest effektive dose bør benyttes. *Overgang i morsmelk:* Ukjent. Preparatet bør ikke brukes under amming hvis ikke forventede fordeler for moren er større enn mulig risiko for barnet. **Bivirkninger:** *Hyppige (>1/100):* Gastro-intestinale: Svelgeproblemer. Luftveier: Heshet, hoste og irritasjon i svelg. Øvrige: Candidainfeksjon i munnhule/svelg. *Sjeldne (<1/1000):* Endokrine: Hypokortisisme, hyperkortisisme. Hud: Økt forekomst av blåmerker, hudatrofi, urticaria, utslett, dermatitt, pruritus, erytem. Luftveier: Bronkospasme. Muskel-skjelettsystemet: Vekstretardasjon. Psykiske: Depresjon, aggressive reaksjoner, irritabilitet, angst, psykose, adferdsforstyrrelser hos barn, rastløshet, økt motorisk aktivitet. Øvrige: Anafylaktisk sjokk, angioødem, straksallergisk reaksjon og forsinket overfølsomhetsreaksjon. Svært sjeldent: Nervøsitet, binyresuppresjon, katarakt, glaukom og redusert bentetthet. Muligheten til å tilpasse seg stress kan svekkes. **Pakninger og priser:** 100 µg/dose: 200 doser kr 197,30, 200 doser med beskyttelseshylster kr 197,30. 200 µg/dose: 200 doser kr 354,50, 200 doser med beskyttelseshylster kr 354,50. 400 µg/dose: 2 x 100 doser kr 625,60, 100 doser med beskyttelseshylster kr 371,30. T: 30a)4, 44c). *Refusjon:* 44c). Diagnosen astma må være verifisert ved hjelp av spirometri hos barn over 8 år og voksne. Hvis spirometri ikke kan gjennomføres, må årsaken journalføres.

Sist endret: 08.06.2006

Referanser:

- 1 Schweisfurth et al. Resp Med 2002;96:599-606
- 2 Vanto et al. J of Aero Med 2004;17:15-24
- 3 Malmström et al. Pediatr Allergy Immunol 1999;10:66-70
- 4 Palander et al. Clin Drug Invest 2000;20:25-33
- 5 Ahonen et al. Curr Ther Res Clin Exp. 2000;61(2):61-73

MEDA

Meda AS • Askerveien 61 • 1384 ASKER
Tlf: 66 75 33 00 • Faks: 66 75 33 33 • www.meda.no

Easyhaler



En NY og barnevennlig pulverinhalator til behandling av astma:

- Enkel å bruke^{1,2}
- Lett å inhalere fra^{1,2,3}
- Gir nøyaktig dose⁴



I sammenlignende studier foretrekkes Giona Easyhaler av astmapasienter på grunn av brukervennligheten.^{1,2,5}

Dette forklares bl.a. med at pasientene synes Easyhaler-inhalatoren er lettere å lære seg, lettere å aktivere og lettere å inhalere fra.^{1,2} Pasienter med inspiratorisk flow fra 28 L/min får god effekt med Easyhaler.³

Giona Easyhaler (budesonid) kan brukes én gang daglig, og finnes i tre styrker; 100, 200 og 400 µg/dose.

Giona Easyhaler®
- gir bekreftelse på inhalert dose

MEDA

Meda AS • Askerveien 61 • 1384 ASKER • Tlf: 66 75 33 00 • Faks: 66 75 33 33 • www.meda.no

Ny giv for Acta Paediatrica

Acta Paediatrica er et av de viktigste tidsskriftene internasjonalt innen pediatri og velkjent for norske barneleger. Det siste året har bladet vært gjennom en fornyelsesprosess og et siktemål er å nå flere barneleger i Norge.

Tekst / Foto: Tomas Nordheim Alme

Acta Paediatrica ble grunnlagt av den svenske professor og barnelege Isak Jundell i 1921. Det eies av stiftelsen Acta Paediatrica og gis ut av Taylor & Francis. De første 40 årene var Acta Paediatrica i stor grad et svensk tidsskrift, men fra 1965 skjedde det en internasjonal dreining. Tidsskriftet skiftet da også navn til Acta Paediatrica Scandinavica, fordi det dukket opp flere Acta Paediatrica rundt omkring i verden. I 1992 byttet man navn tilbake til det opprinnelige. Etter at redaktør gjennom nesten 40 år, Rolf Zetterström, gav seg i fjor, har Hugo Lagercranz i Stockholm tatt over som redaktør. Dette har medført noen endringer.

–Acta Paediatrica er absolutt et av de ledende internasjonale barnelegetidsskriftene. Det publiserer manuskripter fra hele verden og artiklene der blir lest og lagt merke til internasjonalt, sier professor Ola Didrik Saugstad ved Pediatrisk Forskningsinstitutt/Barneklubben, RH som er norsk associate editor i Acta.

Svenskene får. I Sverige mottar alle medlemmer av den svenske barnelegeforeningen Acta Paediatrica, mens det i Norge i dag bare finnes en håndfull private abonnenter. Også Norsk Barnelegeforening har fått et svært rabattert tilbud om abonnement for alle medlemmer, men man har ikke valgt å gå inn på en slik avtale. Ola Didrik Saugstad synes det er synd at ikke flere norske barneleger abonnerer på Acta Paediatrica.

– Acta har nå fått stor bredde og å lese det er det en fin måte å holde seg oppdatert på. Tidsskriftet avspeiler også nordisk pediatri på en god måte, sier Saugstad.

– I tillegg har vi nå satset på å få flere nordmenn inn i redaksjonskomiteen. Nordmenn oppfordres til å sende inn sine manuskripter til Acta, sier han.

Rabatt gjennom Norsk Barnelegeforening. Acta Paediatrica utkommer 12 ganger i året og har mellom 130 og 160 sider hver gang. Siden Norsk Barnelegeforening ikke har ønsket å inngå et kollektivabonnement, har tidsskriftet kommet med et godt tilbud til norske barneleger som ønsker å være abonnenter. Gjennom medlemskap i Norsk Barnelegeforening får man en solid rabatt slik at ett års abonnement som ordinært koster 191 GBP, tilbys for GBP 79, eller ca 950 kroner. Man får da både papirversjonen i posten og fri tilgang til tidsskriftet på internett.

▼ Ola Didrik Saugstad



– Acta Paediatrica bør være alle norske pediteres eget tidsskrift på samme måte som medlemmer av American Academy of Pediatrics abonnerer på Pediatrics, avslutter Saugstad.

SLIK BLIR DU ABONNENT

For å opprette abonnement til sterkt rabattert pris for medlemmer i Norsk Barnelegeforening gjør du følgende:

- Gå til www.actapaediatrica.com.
- Velg Subscribe/renew i menyen til venstre
- Under rad Nordic Paediatric Societies (Denmark, Finland, Iceland, Norway) og kolonne Rest of World; klikk på £79.

Internasjonal workshop på Ullevål 14. og 15. juni

Perinatal sirkulasjon

Sirkulasjonsproblemer i nyfødtperioden er et omfattende felt der det skjer en rivende kunnskapsutvikling. Fagmiljøet på Ullevål inviterer til internasjonal workshop for å sette søkelys på dagens praksis og veien videre.

Tekst / Foto: Tomas Nordheim Alme

– Når det gjelder perinatal sirkulasjon er det mye vi ikke vet, og behandling varierer med tradisjon. Ta for eksempel blodtrykk; vi er ofte veldig opptatt av å behandle blodtrykk, mens det vi egentlig er interessert i er flow, for eksempel til hjernen.

Jeg treffer en engasjert Drude Fugelseth i korridoren på nyfødt intensiv på Ullevål Universitetssykehus. I juni arrangerer barneavdelingen en internasjonal workshop om perinatal sirkulasjon, myntet på barneleger og obstetrikere.

– Vi har mange flotte tilreisende foredragsholdere, blant annet professor Usha Raj fra UCLA som også var gjest under Pedaterdagene i 2005. Hun skal gi siste nytt om pulmonal sirkulasjon. Professor Joseph Carcillo fra Pittsburg presenterer de nye amerikanske retningslinjene for behandling av sirkulasjonssvikt eller sjokk hos nyfødte. Dette er bare to av

▼ Drude Fugelseth og medarbeidere ønsker velkommen til workshop på UUS



PRAKTISKE OPPLYSNINGER

Påmelding til Drude Fugelseth på epost drfu@uus.no.
Pris ved påmelding før 1. mai kr 1600,-

Foredragsholdere:

Torvid Kiserud, Universitetet i Bergen
Sæmundur Gudmundsson, Malmö Universitetssjukhus
Guttorm Haugen, Rikshospitalet
Usha Raj, UCLA, USA
Jean-François Tolsa, University Hospital CHUV, Lausanne, Sveits
Fernando Cabañas, La Paz Univ. Hospital, Madrid, Spania
Koert de Waal, Emma Children's Hosp, Amsterdam, Nederland
Adelina Pellicer, La Paz Univ. Hospital, Madrid, Spania
Joseph Carcillo, University of Pittsburgh, PA, USA
Eva Schumaker, Eirik Nestaas, Anja Lee, Per Helge Maaseide
Ullevål Universitetssykehus

et knippe gode foredragsholdere som alle er i front innen sitt område, forteller Fugelseth.

Det er et omfattende program som er satt sammen. med foredragsholdere fra Spania, Nederland, Sveits, Sverige, USA og Norge.

– Dette er folk det er gøy å høre på, sier Fugelseth.

Ny viten. Programmet tar sikte på å forene den nyeste kunnskap fra basalforskningen med nye kliniske erfaringer. Det dreier seg om nye målemetoder og ny innsikt om patofysiologien i perinatalperioden.

– Vi ønsker å bruke anledningen til å se kritisk på hvordan vi behandler nyfødte med sirkulasjonsproblematikk, hva som er forskningsbasert og hva som er tradisjon, og ikke minst; hvilke felt som er nødvendig å legge ytterligere forskningsinnsats i. Vi håper at mange fra det norske barnelegemiljøet vil støtte opp om initiativet og delta på workshopen, avslutter Fugelseth.



Vil du bli barnelegejournalist?

Paidos utvider redaksjonen

Paidos er inne i sitt 25. år og vokser stadig som medlemsforum for norske barneleger. Sammen med internetsidene til Barnelegeforeningen er Paidos en viktig kanal for informasjon til bredden av norsk pediatri. Nå kan også du bli med.

Tekst og illustrasjonsfoto: Tomas Nordheim Alme

Å lage blad er spennende. I tiden fremover vil internetsidene til barnelegeforeningen (www.barnelegeforeningen.no) og Paidos vokse mer sammen. Dette er naturlig ut i fra de behovene som barnelegeforeningen har for å informere medlemmene og i takt med medieutviklingen generelt. Dette vil medføre at internetsidene vil speile bladet i større grad enn det har gjort tidligere.

Nå ønsker Norsk Barnelegeforening å styrke redaksjonene med flere medarbeidere. Vi søker derfor deg som er glad i å skrive og interessert i faget ditt. Det spiller liten rolle om du er fersk assistentlege, ferdig spesialist eller professor; aller helst ønsker vi oss noen fra alle kategorier. Hovedsaken er at du har interesse og formidlingsevne. Vi ser for oss at redaksjonen fremover vil ha 4-5 faste medlemmer inkludert redaktøren.

Arbeidsmengden vil variere ut fra interesse og anledning. Det legges imidlertid vekt på at arbeidsmengden skal være

forutsigbar, slik at det burde kunne tilpasses de fleste jobb- og familiesituasjoner. Det er ingen krav til teknisk kunnskap om publisering. All nødvendig opplæring vil bli gitt og avhengig av ønske og behov vil du kunne få opplæring i digital bildebehandling, publiseringsverktøy og lignende.

Hva får du igjen? I likhet med det meste annet arbeid i Norsk Barnelegeforeningen er arbeidet frivillig og ulønnet. Å jobbe med Paidos og nettsidene gir imidlertid en stor mulighet til å bli kjent med nye personer i barnelegemiljøet og på den måten skaffe seg en stor kontaktflate. Erfaringen med formidling og publisering kan jo også komme godt med senere.

Er du interessert? Ta kontakt med Tomas på epost paidos@barnelegeforeningen.no eller mobiltelefon 9242 8544 for en uforpliktende prat. Vi snakkes!

Vellykket kurs i nyfødttteknikker

Et av de mest attraktive kursene i kurskatalogen for barneleger er kurset i nyfødttmedisinske teknikker som avholdes på Rikshospitalet. Paidosredaktøren har vært på kurset der du lærer det du er redd for å ikke få til.

Tekst og foto: Tomas Nordheim Alme

Det er Thor Willy Ruud Hansen som står bak kurset som har som formål å drille deltakerne i de viktigste praktiske prosedyrene på en nyfødtavdeling. På egnede dyremodeller får deltakerne anledning til å trene på blant annet venøse og arterielle tilganger, blodprøvetakning, intubering, spinalpunksjon, thoraxdren og blærepunksjon.

Kurset er svært populært blant vordende barneleger og anestesileger.

– Vi har i år 31 på venteliste i tillegg til de 32 som har fått kursplass. Tidligere hadde vi plass til 12 kursdeltakere årlig. Nå har vi økt antallet per kurs til 16 og arrangerer to kurs årlig. I og med at kurset først og fremst er praktisk, blir det betydelige utgifter til materiell. Dette har vi løst ved at deltakerne i tillegg til kursavgiften betaler 2000 kroner for materiell. Dermed kan vi håpe at vi over noen år får gitt kurset til alle som ønsker det, forteller Ruud Hansen.

I tillegg til Ruud Hansen, bidrar kolleger fra Barneklíniken på Rikshospitalet som instruktører. Hver dag er delt i to sesjoner som innledes med en kort teoretisk gjennomgang før man går over til praktiske øvelser. Instruktørene er erfarne og har mange gode tips å komme med fra egen praksis.

– I det virkelige liv på avdelingen er mange av disse prosedyrene relativt sjeldne og når det behøves er det gjerne



▲ Et navlevenekateter titter frem

under et visst press. På kurset har vi tid og anledning til å stikke og intubere i fred og ro inntil det sitter. Ingen reiser fra dette kurset uten å ha fått til alle prosedyrene. Det er fordelen med dette undervisningsopplegget, forteller han.

Undertegnede var en av de heldige som fikk plass på kurset i vår og kan trygt anbefale det til alle som føler at de trenger å trene praktiske prosedyrer på en realistisk måte.

▼ Thor Willy Ruud Hansen gir tips og vink om intubering



▼ Morten Grønn veileder ivrige kursdeltakere



Kumelkproteinallergi?

Refluks Atopisk dermatitt
Rhinoconjunctivitt
Kolikk Gulp/oppkast
Urticaria
Magesmerter Diaré
Astma/wheezing Spisevegring
Otitis media Tidlig metthetsfølelse
Obstipasjon
Kolitt "Failure to Thrive"



Et eller flere av ovenstående symptomer kan være et tegn på kumelkproteinallergi. Nutramigen er en sikker* og ernæringsmessig fullverdig morsmelkerstatning som kan benyttes allerede fra første levedag.

Ved behov for ytterligere informasjon om Nutramigen kan du enten besøke vår hjemmeside: www.meadjohnson.nu eller ringe oss på telefon: 67 55 53 50.

Nutramigen – et førstevalg både under diagnostikk (eliminasijonsdiett) og ved behandling av kumelkproteinallergi.

* "Determination of allergenicity to three cow's milk hydrolysates and an amino acid derived formula in children with cow's milk allergy" C. Caffarelli et al., Clin exp all 2002;32:74-79.

Mead Johnson støtter WHO's anbefalinger om at morsmelk er barnets beste føde.

Mead Johnson Nutritionals

Postboks 464

1323 Høvik

Telefon 67 55 53 50

www.meadjohnson.nu

A Bristol-Myers Squibb Company

MeadJohnson
Nutritionals