



P A I D O S

TIDSSKRIFT FOR NORSK BARNELEGEFORENING

TEMA 20 år med surfaktant

s. 62

AKTUELT Kjønnslernlestelse

s. 68



INNHold

58	Pediaterdagene 2007 TOMAS NORDHEIM ALME
62	20 år med surfaktant INGRID DANNEVIG
64	Forekomst av morfologiske funn hos prepubertale barn under utredning for seksuelle overgrep ASTRID M. W. LÆRUM et al
68	Nei til tvungen underlivskontroll av alle jenter L. BRUNVAND og K. HODNEKVAM
70	Det nye styret TOMAS NORDHEIM ALME
71	God bok! 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

Kjære venner!

Først, en takk til barnelegene ved Levanger sykehus for avviklingen av Vår møtet 2007. Et stort løft for en av landets mindre barneavdelinger. Møtet var preget av godt faglig program, god stemning og et kulturelt program på et særdeles høyt nivå. Viktige tema som genetikk, legemidler og barn og surfaktant ble tatt opp på et høyt faglig nivå. For meg som avtroppende leder ble det et spesielt møte. Det er godt å vite at det nye styret som ble valgt på årsmøtet, med Kristin Hodnekvam i spissen, ser ut til å bli et topplag som har alle forutsetninger for å lede foreningen vår videre på en utmerket måte.

Etter fire år i styret har jeg blitt mer bevisst på hvor viktige møtene i NBF er for foreningen. De gir oss en følelse av samhörighet og er med på å utvikle et nasjonalt pediatrik nettverk, basert på personlig vennskap og respekt. Møtene forener oss på tvers av faglige særinteresser. Og særinteresser har de fleste av oss, selv små barneavdelinger har behov for å dele faget i biter. Enkelte tema samler oss imidlertid, som etikk, forhold rundt vekst og utvikling, farmakologi, genetikk, laboratorie-fag, syndromer der flere organsystemer er involvert og foreldrearbeid. Det er nær relasjon mellom alle de store pediatrike fagområder og vanskelig å praktisere god barnemedisin innenfor ett subfelt uten samtidig å ha oppdatert kjennskap til det som foregår i andre deler av pediatrien. Fellesesjoner innenfor alle fagområder er derfor av viktighet for alle. Vi bør ha kontinuerlig fokus på å gjøre møtene våre aktuelle og samlende.

Utviklingstrekkene siste årene er imidlertid urovekkende. I praksis ser det ut til at pediatrien i dag er splittet i undergrupper der kontakten mellom de ulike spesial-feltene stadig blir dårligere. En stor andel av medlemmene kommer ikke lenger på våre felles møter. Det er mange grunner til det. De fleste spesialfelt har etablert egne nasjonale møter som nok har større faglig tyngde for den som driver i feltet. Stadig flere av oss har behov for å være aktivt med i internasjonale møter. Tiden strekker ikke til for all møteaktivitet. NBF må finne seg i å konkurrere med alternative møter. Vi er i ferd med å splittes opp i subgrupper som har liten kjennskap til hverandre, liten kontakt med hverandre. Ønsker vi en slik utvikling? Hvis vi mener våre møter er viktige må de være av en slik karakter at de fleste av oss føler at vi bare må være med. De må bli sentrale for oss i utøvelsen av vårt daglige arbeid. For å få det til må vi etter min mening stikke fingeren i jorda og tenke nytt. Det avgående styret la på årsmøtet frem en arbeidsgruppe bestående av Hans Petter Fundingsrud, Christine Vaksdal, Thomas Møller, Anders Alme, Gunnhild Helsvig og undertegnede som frem til vår møtet 2008 skal legge frem en plan for endring av møtevirksomheten fra og med 2009. Målet for arbeidsgruppen er å komme med en innstilling som kan behandles på årsmøtet 2008.

Det er flere forhold som bør diskuteres; er det for mye med to NBF møter per år eller bør vi legge alt inn i ett stort årlig møte? Når på året passer det i så fall best? Og hva med Vår møtet som har lang tradisjon og god klangbunn. Skal vi virkelig kaste Vår møtet som oser av dugnadsarbeid og felles løft på båten? Eller er det egentlige Vår møtet allerede historie – der man kombinerte familietur med fag.

Er det mulig å integrere de ulike pediatrike spesialmøtene inn i ett NBF møte? Det måtte bli et utvidet møte dels med parallellsesjoner i spesialfelt og dels med samlende hovedsesjoner. Bør i så fall interessegruppene stå ansvarlig for parallell-

REDAKTØREN

Forakt for faglighet?



Tomas Nordheim Alme
Redaktør

Det er en talemåte som sier at man får de lederne man fortjener. Om det er sant, er det deprimerende. Jeg skal snakke for meg selv – dersom jeg skulle velge en leder, ville jeg foretrekke en som i alle fall hadde sammenlignbar kompetanse med dem han eller hun skulle lede. Det vil si at en som skulle være for eksempel helseminister, burde ha tung faglig bakgrunn enten innen økonomi/administrasjon i det offentlige eller spesifikk domenekompetanse. Aller helst litt av begge deler. Vår helseminister har ett år på Ringsaker Folkehøgskole, media-linjen, som eneste utdannelse etter artium. Det er ikke rart at jobben blir vanskelig. Utviklingen med stadig flere heltids-politikere som ikke har gjennomført verken utdannelse eller holdt en vanlig jobb over noe særlig tidsrom, har betydelige

for spillet med fagpersonene de er satt til å lede, men enda verre er det når politikene heller ikke oppfatter sin forpliktelse til å være lojale mot de forvaltningsstrukturene de har vedtatt. Jeg ble derfor ikke så rent lite imponert når leder i Utlendingsnemnda (UNE) Terje Sjøggstad, nylig tok bladet fra munnen i et brev til Lars Sponheim, trykket i Aftenposten. Der ba han om en forklaring på nestleder i Venstre, Olaf Thommesen sine stadige harde og udokumenterte utfall mot UDI/UNE, sist nå i Afghanersaken. Det krever mot fra en leder i det offentlige byråkrati å gå til et slikt frontalangrep mot fremtredende politikere og det gjøres antakelig for sjelden. Gjennom handlingen forsvarer han de som er satt til å gjøre en vanskelig jobb på en forbilledlig måte og fremstår i mine øyne som en sann leder. Har vi noen slike eksempler fra vår bransje mon tro?

En som har klart å irritere meg kraftig i det siste er SV sin alltid allvitende Inga Marte Thorkildsen. Som helsepolitisk talskvinne har hun kommet til den konklusjon at vi bør tvangskontrollere underlivet til alle småjenter på helsestasjonen. uansett etnisk bakgrunn, for å komme omskjæring av jenter fra enkelte afrikanske land til livs. Dette rettferdiggjøres med at undersøkelsen vil medføre at alle jenter får et mer naturlig forhold til sitt underliv - og det er jo bra. Dessuten vil man, fremdeles i følge Thorkildsen, lett kunne oppdage overgrep mot norske jenter i samme slengen. For en som titulere seg som helsepolitisk talskvinne, er det ille om hun ikke har lagt merke til at Legeforeningen, Norsk Barnelegeforening, Legeforeningens Etske komité, Norsk Gynekologforening, Nasjonalt Kunnskapssenter og Sosial- og Helsedirektoratet har vært entydig negative til et slikt forslag – fordi det mangler medisinsk indikasjon og nytteverdi, og forøvrig er umulig innenfor rammene av Menneskerettskonvensjonen. Likevel har tydeligvis Thorkildsen en slik dyptgående innsikt, og makter å fremstille seg selv som klarsynt og handlekraftig på de omskårne sine vegne, mens fagpersonene kan fremstilles som handlingslammede, konservative og bakstreverske. Ikke verst for en politiker som så langt jeg har kunnet finne har én dags hospitering på sterilsentralen på Sykehuset i Tønsberg som eneste helsefaglige bakgrunn. Det er en stor forskjell på å være folkelig (som i mitt vokabular er en hedersbetegnelse som er nært knyttet til sunt folkevett) og å være uimottakelig for råd fra fagfolk.

Leif Brunvand og Kristin Hodnekvam har den sammenheng skrevet et brev til Helse- og Omsorgsdepartementet som forklarer Norsk Barnelegeforenings syn på debatten omkring tvungen underlivsundersøkelse av alle norske jentebar. Brevet er gjengitt på side 68 og forklarer NBFs syn på saken - basert på faglige og ikke politiske premisser.

Med denne nokså lite diplomatiske og kanskje dermed desto mer folkelige (?) hilsenen, vil jeg ønske dere alle en riktig god sommer, så sees vi igjen i Tromsø til høsten!

Tomas

Redaktør: Tomas Nordheim Alme,
Pediatrisk Forskningsinstitutt
Rikshospitalet - Radiumhospitalet HF
0027 Oslo
paidos@barnelegeforeningen.no
Design : Anne-Marie Korseberg
Lay-out: Tomas Nordheim Alme
Trykket hos PDC Tønsberg
Opplag: 750
Antall utgivelser per år: 4

Frist for innsending av bidrag og
annonseartikler:

Nr. 04/2007 - 15. september

Nr. 01/2008 - 15. desember

Nr. 02/2008 - 15. mars

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.

sesjon innenfor sitt interessefelt, eller bør man ha egne frittstående arbeidsgrupper? Kanskje bør vi ha en fast åremåls valgt arrangementskomité med et koordinerende ansvar, mens det faglige innhold for hovedmøtet går på omgang mellom sykehusavdelingene? Vi kan nå få betydelig hjelp til det mer praktiske organisatoriske arbeid fra legeforeningens sekretariat og medlemsregister. Kanskje ville det være fornuftig å etablere ett fast møtested med 5 års tidshorisont. Hvor skal i så fall møtet lokaliseres?

Vi bør ha fokus på hvordan vi kan rekrutterer flere av de nye assistentlegene. En tanke er å legge sentrale (obligatoriske) utdanningskurs i forkant av hovedmøte for å få flere av de yngre med (kurs som propedeutisk pediatri og APLS). Kan noen av de etablerte pediatriske møtene som alle har nytte av (som syndromdiagnostikkmøtet) legges inn i NBF møtet? Det kan både det etablerte møtet og NBF møtet tjene på i form av økt oppslutning.

Forsidebildet:

Ansiktet på forsiden tilhører en gammel kunde av oss. En kunde som på det tidspunkt han ble født manglet et par måneder på et fullgått svangerskap. Ingen uvanlig problemstilling vil du mene - og knapt noe å havne på forsiden av et barnelegeblad for. Som du kan lese inne i bladet er fjeset lenket til norsk pediatri sin nære historie. Anders er nemlig det første barnet som fikk surfaktant på et norsk sykehus.

Historien om surfaktant er interessant og spennende, ikke minst for oss som sysler med medisinsk forskning. Som andre viktige oppdagelser handler det om beslutsomhet og utholdenhet, men det handler også om tilfeldigheter, om å ta sjanser, og om at lykken står den kjekke bi.

I sitt foredrag under Vår møtet i år fortalte Tore Curstedt, en av opphavsmennene til CuroSurf om hvordan han på begynnelsen av 80-tallet fikk en telefon fra neonatalavdelingen på Karolinska som slet med et barn som var for tidlig født. Han grep et rør med grisesurfaktant som sto i benken på laboratoriet og håpte stille at det var den riktige mengden løsningsmiddel som var tilsatt i dette røret. Barnet klarte seg og CuroSurf ble snart spredt fra laboratoriebenken til alle nyfødtavdelinger verden over. Hva ville skjedd om barnet i Stockholm hadde blitt skadet eller hadde mistet livet?

Ville surfaktant kunne blitt oppdaget på den måten i dag? Slike tanker har jeg tenkt. Ville en ansvarlig klinikkssjef i dag ha tillatt at man forsøkte seg frem på syke nyfødte, riktig nok på vital indikasjon, med remedier foreløpig beregnet på forsøksdyr? Kravet til gjennomsiktighet i forhold til hva som foregår på en sykehusavdeling har økt. Enhver handling, selv om den er gjort i beste mening og med solid argumentasjon, vil kunne bli gjenstand for nitid gransking og fordømmelse fra myndigheter og media, godt hjulpet av eksperter, både selverklærte og faktiske. Kan du se for deg overskriften i VG "Leger fylte kroppsvæske fra gris i lungene på nyfødt - barnet døde!"

Jeg er selvfølgelig ikke motstander av økt transparens i virk-

Det er viktig at medlemmene engasjerer seg i denne diskusjonen. Send e-post eller ta direkte kontakt med de som sitter i arbeidsgruppen. Skriv i PAIDOS, kom med innspill. En levende organisasjon trenger meningsutvekslinger om forhold som er viktige for organisasjonen. Diskusjonen må komme nå, før vedtak fattes på årsmøte i Fredrikstad våren 2008.

Jeg vil med dette få takke for tilliten jeg er vist som leder av NBF de siste to årene. Det ligger mye spennende og viktig arbeid foran det nye styret og jeg ønsker styret lykke til. Jeg vil samtidig få ønske dere alle en riktig god sommerferie.

Leif Brunvand

somheten vår - det skulle bare mangle. Men denne medaljen har som andre en bakside. En del av den baksiden er at vi blir mindre modige. Vi blir (med rette) mer og mer redde for å bli kritisert og bekymringen min er at den resulterende mangel på mot skal gjøre at vi ikke lenger tør å være kreative i vanskelige eller umulige situasjoner. Det bekymrer meg også at legen ikke kan føle trygghet for at gode kollegaer kommer til unnsetning og uttrykker tydelig støtte til den som kommer i søkelyset. Enhver nyvinning har sin pris og for hvert livsbesparende og livsforlengende behandlingsalternativ som vi har i dag, finnes det en gravlund for de som man ikke fikk til. Det er en av medisinenes harde realiteter og et av de evige dilemma vi jobber med. Å lære opp leger til å bli feiginger, løser ikke dette dilemmaet.

For Anders ble surfaktanten han fikk i 1987 avgjørende, og han er i dag en frisk, voksen mann med livet foran seg. Han får stå på forsiden for å minne oss om hva vi holder på med og hvorfor. Bildet er tatt av kollega Ingrid Dannevig på PFI/AHUS. TNA



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)

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, for tiden assistentlege ved Astrid Lindgren Barnsjukhus, Stockholm. Gift, ingen barn. Bodø/Glimt supporter!

sekretaer@barnelegeforeningen.no



Jannicke Andresen (Møtesekretær)

Student i Tyskland (Wuerzburg). Jobbet på barneavdelingen i Fredrikstad fra desember 2000 til mars 2004, deretter ansatt barneklíníken RH, stipendiat ved Pediatrisk 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 Klinikk for barn og habilitering i Drammen. For tiden stipendiat ved pediatrisk 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 4. til 6. oktober:

Pediaterdagene i Tromsø

– Sjela kan ikke reise raskere enn 14 knop. Da er den i balanse med kroppen, sier tromsø-filosofen Anton Myhra. Tilfeldigvis er dette akkurat den farten Hurtigruta har. Med støtte i filosofien har kollegene på Barne- og ungdomsklinikken på UNN derfor leid seg inn på Hurtigruta Nordkapp til årets Pediaterdager. Med et spennende faglig program, og et eksteriør av de sjeldne, kan vi forvente et minneverdig møte mellom himmel og hav i begynnelsen av oktober.

Tekst: Tomas Nordheim Alme

– Vi er veldig fornøyde med programmet og gleder oss til på nytt å få invitere venner og kolleger oppover til en flott opplevelse, sier Claus Klingenberg, overlege på Barne- og ungdomsklinikken i Tromsø. – Vi har fått tak i noen spennende utenlandske foredragsholdere som er kjent for å holde gode og underholdende foredrag. I tillegg har vi en programsammensetning som vi tror vil treffe mange. Vi har spesielt satt fokus på hematologi/onkologi og nyfødtdisin, samt en solid dose generell pediatri med barnerevmatologi, ventilasjon, endokrinologi og sosialpediatri på årets program. Her bør være interessante tema for noen og enhver.

Gjentar suksessen. Det er ikke første gang Hurtigruta er åsted for barnelegemøter, også i 2001 ble møtet arrangert til sjøs. – Dette gav såpass mersmak at vi ville gjenta det i år, forteller Klingenberg. – I år møtes vi på Skarven (kjent restaurant i Tromsø, red anm) på onsdag kveld før vi går ombord i MS Nordkapp etter midnatt. Torsdag og fredag har vi fylt med spennende foredrag, lekkert dandert mellom de forskjellige attraksjonene som kysten har å by på. Risøyrenna, Raftsundet, Trollfjorden og De syv søstre, bare for å nevne noen, lover han. Vi prater, spiser og koser oss nedover langs kysten gjennom torsdag og fredag før vi lørdags morgen går i land i Trondheim og reiser hver til vårt.

Kjente foredragsholdere. – Fra Dublin kommer Colm O'Donnel. Han har siden 2005 vært førsteforfatter på minst 10 artikler i internasjonale tidsskrift med fokus på resuscitering og ventilasjon. Hans innlegg på Hot Topics i 2006 var for mange høydepunktet på den kongressen. O'Donnel er overlege på nyfødtafdelingen i Dublin,

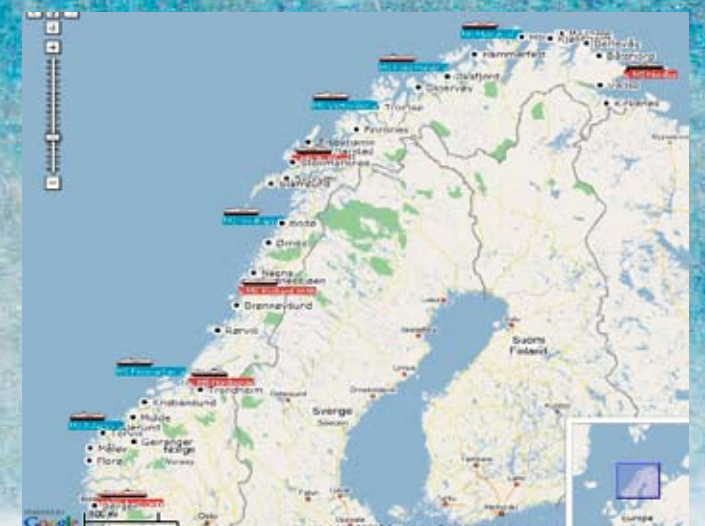
men har tidligere arbeidet i Australia bl.a sammen med Colin Morley, forteller Klingenberg. Fra Danmark kommer Kjeld Schmiegelow, barneonkolog på Rigshospitalet i København

og tidligere mangeårig leder av NOPHO. Han er en internasjonalt anerkjent ekspert på leukemi hos barn og en attraktiv foredragsholder over hele verden. Lengst reiseveg har David Sherry, Philadelphia, USA. Han er professor ved University of Pennsylvania School of Medicine. Han har publisert en rekke artikler i anerkjente tidsskrift med hovedfokus på

reumatologi og smertesyndromer. Kolleger som har opplevd Sherry på møter beskriver ham som en didaktisk glitrende og meget engasjerende foreleser, fremholder Klingenberg.

Fra Trondheim til Praha. Når Pediaterdagene avsluttes starter ESPR i Praha. Endel barneleger skal nok dit. – På grunn av at vi var avhengig av å få en stor nok båt, var det ikke mulig å få til andre datoer enn den som er valgt, forteller Klingenberg. For de som skal til Praha, vil det imidlertid være mulighet for fly fra Trondheim om morgenen på lørdag og være i Praha på tidlig ettermiddag.

Mer sosialt på Hurtigruta. En fordel med møter på Hurtigruta er også at alle deltagerne blir godt kjent, sier Klingenberg. Det er vanskelig å prioritere andre gjøremål etter endt kursdag og den sosiale rammen burde bli perfekt for både unge og ikke fullt så unge barneleger. Vi håper på stort oppmøte og at alle barneavdelingene i Norge kjenner sin besøkestid og sender representanter til møtet, avslutter han. Vel møtt!



▲ Finn barnelegene! På www.hurtigruten.com kan du ved hjelp av satellitt-teknologi følge med på hvor alle de 12 hurtigrutene befinner seg til enhver tid. Dette er øyeblikksbilde fra 3. juli kl 15:00

Program Pediaterdagene 2007

TORSDAG 04.10:

09.00-9.10: Velkommen v/klinikkjsjef HP Fundingsrud

Onkologi/Hematologi

09.10-09.15 Introduksjon. (Flægstad)
09.15-10.00 Leukemi - ny forståelse, ny behandling (Schmiegelow)
10.00-10.30 Pause (Risøyrenna kl. 10.15)
10.30-11.00 Anemi – fra jernmangel til HUS (Kolmannskog)
11.00-11.30 Lavgradige hjernesvulster hos barn - kreft eller kronisk sykdom? (Stokland)
11.30-11.45 Pause
11.45-12.00 Autolog stamcelle støtte – rescue behandling ved kreft (Flægstad)
12.00-12.40 Medfødte svulster er ikke som andre svulster – Kasuistikker

12:45-13:45 Lunch

Frie foredrag og interessegruppemøter

13.45-14.45 Frie foredrag
14.45-15.00 Pause
15.00-16.00 Interessegruppemøter del 1
16.00-16.15 Pause (Raftsundet 16.00)
16.15-17.00 Interessegruppemøter del 2
17.00 Trollfjorden
18.30-19.30 Landgang i Svolvær med besøk på galleri

Fredag 05.10.

Nyfødtmedisin

09.00-09.45 Neonatal resuscitation; beyond the guidelines. O'Donnel)
09.45-10.15 Neonatale kramper (Songstad)
10.15-10.30 Pause
10.30-11.00 Premature som vokser opp- hvordan gikk det? (Moster)
11.00-11.50 ECMO behandling av nyfødte Kasuistikk (MN)
Presentasjon av ECMO teamet RH (Wagner)

12.00-13.00 Lunsj

13.00-13.45 Frie foredrag
13.45-14.00 Pause (Syv søstre 13.50)

14.00-14.45 Frie foredrag (3 stk av 15 min)

Generell Pediatri

15.00-15.30 Brent barn forblir i ilden! Presentasjon av ACE studiene. (Fundingsrud)
15.30-16.00 X-files from Rheumatology (Sherry)
16.00-16.15 Pause
16.15-17.00 Amplified Musculoskeletal Pain - When it Hurts Too Much. (Sherry)
17.00-17.20 Pause (17.15 Torghatten)
17.20-17.50 UVI hos barn – nye retningslinjer (Bangstad)
17.50-18.20 Non-Invasiv ventilasjonsstøtte; indikasjoner og gjennomføring (Forsdahl)

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®
paracetamol



Bristol-Myers Squibb

Perfalgan Bristol-Myers Squibb

Analgetikum. Antipyretikum. ATC-nr.: N02B E01

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

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

Dosering: Til intravenøs bruk. 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 e30 ml/minutt anbefales det å øke minimumsintervallet mellom hver administrering til 6 timer.

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

Forsiktighetsregler: Bør ikke kombineres med andre preparater som inneholder paracetamol. Det anbefales å bruke en passende peroral analgetisk behandling så snart denne administreringsmåten er mulig. Doser som overstiger de anbefalte kan medføre økt risiko for 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. Toksisk 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. 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 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 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.

20 år med surfaktant.

For 20 år siden ble Anders Kittilsen født på Rikshospitalet. Prematur og med pustebesvær ble han uten å vite om det det første barnet i Norge som fikk surfaktantbehandling. Anders var en selvskreven gjest når surfak-tanter og surfak-onkler fra inn og utland møttes på Rikshospitalet for å feire jubileumet for den banebrytende behandlingen.

Tekst og foto: Ingrid Dannevig

31.mai inviterte Ola Didrik Saugstad, professor og leder av Pediatrisk forskningsinstitutt ved Rikshospitalet, til en mottakelse på Barneklivikken for å markere at det nå er 20 år siden vi for første gang tok i bruk surfaktant i behandlingen av premature barn i Norge.

// Jubileum skal vi feire.

En av vitenskapens seire

Surfak-onkler, surfak-tanter

Strømmer hit til RH i fra alle kanter

Tre tilreisende surfak-onkler var Henry L. Haliday (Belfast, Irland), Christian P. Speer (Wurzburg, Tyskland) og Tore

Curstedt (Stockholm). Hver på sin måte har de vært sentrale i utvikling og uttesting av surfaktant. Sammen med Bengt Robertsson utviklet Tore Curstedt CuroSurf som fikk navnet sitt etter forbokstavene i etternavnene deres.

Førstemann ut. Mest oppmerksomhet fikk 20-åringen Anders Kittilsen som var den aller første som fikk surfaktant i Norge. Anders og hans trillingbror og -søster ble født 11 uker for tidlig i 1987. Anders veide 1115 gram og var den største av trillingene, men han var også den som strevde mest med pusten og den eneste av de tre som fikk surfaktant. Allerede én time etter behandlingen, observerte moren hans at han pustet bedre, og han har aldri hatt respirasjonsbesvær siden. Anders er i dag en aktiv gutt som spiller fotball og er flink på skolen.

Jubileumsdagen ble hektisk for Anders med reportasjer på God Morgen Norge på TV2, i Se og Hør og i lokalaviser. På God Morgen Norge overrasket professor Saugstad 20-åringen med å lese opp et brev han hadde fått fra produsenten av Curosurf i Italia, der det sto at de ønsket å gi Anders én ukes tur til Italia i gave!



Begynte i Japan. Det var i 1980 at en japansk forskergruppe kunne meddele at de hadde lovende resultater ved å sette surfaktant fra griselunger ned i lungene på premature barn med respirasjonsbesvær. Dette førte til en intens forskningsinnsats i årene som fulgte.

– Det var litt tilfeldig at det akkurat ble griselunger som ble brukt til å lage Curosurf, forteller Tore Curstedt. – Man kunne like gjerne ha brukt lunger fra storfe, men vi hadde god tilgang på griselunger fra et lokalt slakteri, så slik ble det, minnes han.

// Det var kjent fra gamle dage

Nyfødtfagets største plage:

Alle disse premature

Som ble både hypoxemiske og sure

Det ble forsket, det ble grublet

Helt til dagen da man jublet:

Nå har saken tatt ny vending

Med et stoff som senker overflatespenning

– Bruk av surfaktant innen nyfødtmedisin har redusert dødeligheten med 30 til 50 prosent blant dem med mest alvorlig RDS. Hittil har ca 10 000 norske barn fått Surfaktantbehandling i Norge og det er ingen tvil om at det har revolusjonert hverdagen (og hvernettene) til pediatere rundt omkring i Norge, forteller professor Ola Didrik Saugstad ved Barneklivikken på Rikshospitalet som er initiativtaker til tilstillingen.

Anders Kittilsen flankert av (fra venstre) Tore Curstedt, Lars Kittilsen (trillingbror), Helene Kittilsen (trillingsøster) og Ola Didrik Saugstad.



Barnelegebandet Bbm⁶ (utt: B moll seks) underholdt i kjent stil, fra venstre Petter Hagemo, Yngve Thomas Bliksrud, Henrik Brun, Christine Sachs Olsen og Vegard Bruun Wyller.

Det ble en hyggelig markering denne solrike maidagen på Rikshospitalet med sang, musikk, fingermat og mange taler. Det var rørende å se hvor godt trillingene hadde klart seg til tross for sin tøffe premature start på livet og historien om surfaktant er en inspirasjon til å forske videre på nyfødtmedisins mysterier.

// Pasienten mindre gusten

Mye lettere i pusten

Mye mindre acidose

Mye lettere på mammas fang å kose"

Takk til dem som hadde tro på

Det å forske, og som sto på

Takk til alle som gikk foran

Nå er forvaktene mindre trøtt om morran!

Forekomst av morfologiske funn hos prepubertale barn under utredning for seksuelle overgrep

Bakgrunn: Vi ønsket å se nærmere på hvor ofte barn under utredning for mistenkte seksuelle overgrep, har morfologiske funn som objektivt kan bidra til avklaring av om slike overgrep har funnet sted. Vi ønsket videre å undersøke populasjonen for eventuelle prediktive faktorer for diagnostiske funn.

Materiale og metode: Retrospektiv deskriptiv case studie, basert på gjennomgang av og registrering av journaldata over en 4-års periode (01.01.97 - 31.12.00) ved St. Olavs Hospital, Trondheim. Kun prepubertale barn (Tanner 1) ble inkludert.

Resultater: Hundre og nittito barn ble inkludert, 75,5% av disse var jenter. Gjennomsnittlig alder var 61,7 mnd. Totalt hadde tre av de 192 barna i studiepopulasjonen medisinske funn som kan oppfattes som diagnostisk for traume og/eller seksuelle overgrep. I tillegg hadde tre barn såkalte suspekter, men usikre funn.

Fortolkning: Våre funn samsvarer i høy grad med funn dokumentert i nyere amerikansk litteratur, samt andre sammenlignbare studier. Resultatene viser at nesten alle barn som undersøkes for seksuelle overgrep har normale/uspesifikke funn. I vår studie kunne vi ikke finne signifikante prediktive faktorer, men opplysning om < 3 døgn siden overgrep viste en tendens i retning assosiasjon med unormale funn. Vi mener likevel at en medisinsk undersøkelse vanligvis er indisert, fordi denne potensielt kan bidra med viktig informasjon, og fordi barn og foreldre kan få vite at kjønnsorgan og endetarmsåpning er normale/ uskadet.

Astrid Merete Winsnes Lærum
Børneafdelingen, Aalborg Sygehus 9100 Aalborg, Danmark
amlarum5@hotmail.com

Kristine Chr. Rygge
Kärnsjukhuset i Skövde, 54184 Skövde, Sverige

Arne Kristian Myhre
Barne- og ungdomsklinikken
St. Olavs Hospital HF
7006 Trondheim

Institutt for laboratoriemedisin, barne- og kvinnesykdommer
Det medisinske fakultet, NTNU

Utredningen ved mistanke om seksuelle overgrep mot barn er et ”tverretatlig” fenomen og håndteres derfor av flere instanser. De viktigste aktørene er politi, barnevern, barnemedisin og barne- og ungdomspsykiatri. Den barne-medisinske utredningen er lagt opp som en helhetsvurdering av barnet. Sentrale komponenter er komparentopplysninger, opplysninger fra barnet, vurdering av fysiske, psykiske og atferdsmessige symptomer samt en fysisk undersøkelse med relevant prøvetaking (1). I tillegg til å ha betydning for diagnose og terapi, kan undersøkelsen også bidra med viktig delinformasjon til politiets og barnevernets etterforskning og utredning. Det forventes spesielt at barnelegen utfører en fysisk undersøkelse av barnets kjønnsorgan og endetarmsåpning med tanke på funn av morfologiske forandringer av ny eller gammel dato, kjønns sykdommer og funn av biologiske spor. Barnelegens mandat blir da å kunne beskrive og tolke resultatene i relasjon til eventuelle overgrep (1).

Tolkningen av anogenitale morfologiske funn i forhold til seksuelle overgrep har gjennomgått betydelige endringer de siste 20 årene (2). I studier av antatt misbrukte barn fra slutten av 1980 tallet ble det beskrevet ”unormale” funn hos over 50 % (3,4), mens dette i nyere studier blir observert hos mindre enn 5% (2,5). Hovedårsaken til endringene er standardisering av terminologi (6) og kunnskap ervervet gjennom normalstudier (7 - 13), case-control studier (5,14) og tilhelingsstudier (15,16). Med bakgrunn i denne kunnskapen er det utviklet såkalte klassifikasjonslister for tolkning av anogenitale funn.

Den siste publiserte utgaven er fra 2005 (17), og de punktene som omhandler morfologiske funn er presentert i tabell 1.

Formålet med vår studie er å undersøke hvor ofte vi gjør morfologiske funn som objektivt kan bidra til å styrke eller bekrefte en mistanke om seksuelle overgrep hos prepubertale barn. Videre ønsker vi å lete etter mulige prediktive faktorer hos de barna hvor det gjøres slike funn.

Metode. Studien er en retrospektiv deskriptiv case undersøkelse basert på registrering av journaldata over en 4-års periode av prepubertale barn (Tanner stadium I) henvist til medisinsk undersøkelse ved Barne- og ungdomsklinikken, St. Olavs Hospital grunnet mistanke om seksuelle overgrep.

Alle barna har gjennomgått en undersøkelse som i prinsippet er bygd opp på følgende måte: Først har legen en samtale med foreldrene uten at barna er til stede, deretter en samtale med barnet. Så gjøres en somatisk helkroppsun- dersøkelse, og til slutt en spesielt grundig undersøkelse av kjønnsorganet og endetarmsåpningen. Til dette benyttes et kolposkop med fotoapparat til dokumentasjon av morfolo- giske strukturer. Jentenes kjønnsorgan undersøkes primært i ryggeleie mens kjønnsleppene holdes til side. Dette gir vanligvis godt innsyn til strukturer som skjedeinngangen og jomfruhinna. Dersom undersøkelsen i ryggeleie gir mistanke om patologi, benyttes supplerende metoder som for eksempel å plassere jenta i kne/albue leie eller å installere saltvann i skjeden. Analregionen undersøkes vanligvis med barnet i venstre sideleie og med lett separasjon av nates.

I studien gjennomgikk vi journalen for alle barn som ble undersøkt i tidsperioden 01.01.97 – 31.12.00. Barn med pubertetsforandringer svarende til Tanner stadium 2 og høyere ble ekskludert. Standardiserte data ble innsamlet ved hjelp av et registreringsskjema utarbeidet for formålet. Kolpo- skopibildene ble gjennomgått på nytt av erfarne barnelege (Arne Kristian Myhre) hos alle barna hvor forandringer suspekter på patologi ble beskrevet i journalen, og anogenitale morfologiske funn ble klassifisert i henhold til siste reviderte klassifikasjonsliste (17). Der det var flere funn av ulik alvorlighetsgrad, ble høyeste klasse (størst alvorlighetsgrad) registrert.

Journalene inneholdt også opplysninger om mikrobiolo-

gisk, serologisk og rettsmedisinsk prøvetakning, men resul- tatene fra disse ble ikke inkludert studien. Grunnen til dette var at de mikrobiologiske og serologiske prøvene var tatt på en lite standardisert måte og data var følgelig ikke egnet for analyse. Svar på de rettsmedisinske prøvene ble normalt bare sendt til politiet og forelå derfor ikke i journalen.

Til databehandling og analyse ble programmet SPSS (versjon 10.0/13.0) brukt. Kategoriske data ble beskrevet som andeler i frekvenstabeller, og sammenhenger mellom avhen- gige og uavhengige variabler ble analysert med chi-kvadrat tester og student t- tester der forutsetningene for normalfor- deling var til stede. For kategoriske variabler med minimum forventningsverdi < 5 ble Fisher’s eksakt test benyttet. I studien ble det brukt et signifikansnivå på 0,05.

Resultater. Studien inkluderte 192 prepubertale barn, hvorav 91 % var av kaukasiske etnisk bakgrunn. Kjønnfordelingen var 145 jenter (76 %) og 47 gutter (24 %), med gjennomsnitt- lig alder på henholdsvis 62 mnd (5,1 år, spredning 4 – 143 mnd) og 74 mnd (6,2 år, spredning 17-136 mnd). Det var ingen signifikant aldersforskjell mellom kjønnene. Hovedår- sak til henvisningen var hos 53 % av barna, utsagn suspekter på overgrep, hos de øvrige 47 %, atferdsproblemer som for eksempel seksualisert atferd og fysiske symptomer. Vanligste henvisende instans var helsepersonell (26 %), politi (24 %) og barnevern (19 %). Journalopplysninger om hvilke typer overgrep som var mistenkt forelå for 146 barn, resultatene er presentert i tabell 2. Biologisk far var oftest mistenkt som overgriper (i 46 % av sakene).

Hos 172 av barna inneholdt journalen opplysninger om hvorvidt de selv hadde fortalt om seksuelle overgrep under samtalen med legen eller ikke. Trettien av barna (18%) fortalte legen om episoder med seksuelle overgrep. En t- test ble utført for å se om det var aldersforskjeller på barna med og uten fortelling til lege, men ingen signifikante forskjeller ble påvist (data ikke vist). En pålitelig tidsangivelse for siste antatte overgrep forelå hos 66 barn, slik at det var mulig å estimere tid fra siste antatte overgrep til medisinsk under- søkelse. Atten (27%) av disse ble undersøkt innen 72 timer.

Til sammen hadde 6 av de 192 barna (3%) en eller annen form for morfologiske funn (tabell 3). Tre av disse klassi- fiseres som diagnostisk for traume og/eller seksuelle overgrep og tre som suspekter, men usikre funn. Analyser ble gjort for å sammenligne barna med morfologiske funn med barna uten funn, med tanke på følgende variabler (der informasjon om disse forelå): Tid fra overgrep (mer/mindre enn 72 timer), anamnese på vaginal penetrasjon, anamnese på genitale blødninger og alder. Ingen signifikante sammenhenger ble funnet, men “mindre enn 72 timer fra overgrep” viste en tendens i retning av assosiasjon med morfologiske funn (p = 0,057, Fisher’s eksakt test).

Diskusjon. Studien er basert på en retrospektiv gjennomgang av journaler. En vesentlig svakhet ved metoden er at anamne- seopptaket og den generelle somatiske undersøkelsen ikke er

standardisert, og at forskjellige leger har gjort undersøkelsen. En tydelig konsekvens av dette var at den mikrobiologiske og serologiske undersøkelsen var gjort på en usystematisk måte og resultatene følgelig ikke egnet til analyse. Vi påviste imidlertid ingen tilfeller av kjønns sykdommer (gonorre, syfil- lis, trichomonas vaginalis, chlamydia) i studiepopulasjonen (17). Av de 18 barna som ble undersøkt innen 72 timer forelå det journalopplysninger om at det ble gjort sporsikring hos 9.

Den morfologiske anogenitale undersøkelsen er imidlertid gjennomført på en standardisert måte, og alle kolposkopibildene har vært gjennomgått av erfarne leger for klassifikasjon. Hos alle pasientene hvor det ut fra journalen var mistanke om patologi, ble bildene gjennomgått på nytt av en og samme lege.

Når det gjelder type overgrep rapportert (tab 2) er ”usikkert om noe” hyppigst oppgitt. En av årsakene til dette kan være at en del barn er henvist av barnevernet som ledd i utredning av en generell omsorgssvikt, uten at det foreligger spesifikk mistanke om seksuelle overgrep. Noen barn er også henvist på bakgrunn av atferdsendringer og fysiske sympto- mer, og hos mange av disse, fant vi ikke noe holdepunkt for seksuelle overgrep. I de tilfellene hvor barnet har fortalt om konkrete typer overgrep, må dette tolkes med forsiktighet, fordi det sannsynligvis vil være vanskelig for et lite barn å skille tydelig mellom de ulike typer overgrep. Eksempelvis kan et utvendig samleie oppfattes og rapporteres som et penetrerende overgrep av kjønnsorgan eller endetarmsåpning, eller omvendt (1).

Resultatene i vårt materiale viser at det ved St. Olavs Hospital i svært liten grad gjøres morfologiske funn hos prepubertale barn som undersøkes med spørsmål om seksuelle overgrep. I vår studie hadde kun tre prosent av barna slike funn. Dette er imidlertid helt i tråd med nyere amerikansk litteratur (2,5) Den amerikanske barnelegen Abby Berenson har publisert en case – control studie hvor man sammenligner ytre kjønnsorgan hos 192 prepubertale jenter som har fortalt om genital penetrasjon, med 200 ikke-misbrukte jenter (5). Man fant at hos mindre enn 5% av de misbrukte jentene gjorde man funn som med stor sannsynlighet var forårsaket av overgrep. I en stor amerikansk case serie (2) av morfolo- giske funn hos 2384 barn henvist pga mistanke om seksuelle overgrep ble unormale medisinske funn påvist hos 4%.

At en så høy andel barn henvist med mistanke om overgrep har normale eller uspesifikke morfologiske funn, kan forklares og forstås på flere måter. Det forhold at mange former for overgrep er utvendige og relativt lite vevstrauma- tiserende er sentralt. Seksuelle overgrep mot prepubertale barn innbefatter også sjelden bruk av fysisk vold (1). Ofte beskrives det en gradvis økning i overgrepets invasivitet over tid, samt bruk av glidemidler. Andre vesentlige faktorer er sannsynligvis vevets elastisitet samt muligheten for fullstendig tilheling av skader. Overfladiske skader kan tilhøle fullstendig i løpet av timer/dager, mens dypere skader trenger

Forskningsmidler

Renée og Bredo Grimsgaard’s Stiftelse

har som formål å yte bidrag til vitenskaplig forskning av sykdommer som rammer barn og unge. Søknad om midler må inneholde:

- 1. Prosjektbeskrivelse (max 2 sider).
- 2. Finansieringsplan for prosjektet med spesifisering av hvordan midlene det søkes om skal disponeres.
- 3. CV for prosjektansvarlig.

Søknader om utstyr og driftsmidler vil bli prioritert. Lønnsmidler utbetales kun til svært gode prosjekter.

Tildeling skjer vanligvis en gang årlig. Søknaden sendes til: Renée og Bredo Grimsgaard’s Stiftelse v/Lisbeth Rognstrand, Oslo Røde Kors Barnehjelp, Postboks 3, Grønland, 0133 OSLO

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 beklometasondipropionat) 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 beklometasondipropionat) 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 høy-dose 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



Norsk barnelegeforening

Oslo 04.07.07

Til Helse- og omsorgsdepartementet

Obligatorisk underlivsundersøkelse av jenter som ledd i forebygging av kjønnslemlestelse

Både lokale Oslopolitikere og sentrale stortingspolitikere har siste dagene kastet seg inn i en kamp for å innføre obligatorisk underlivsundersøkelse av jenter som ledd i arbeidet mot kjønnslemlestelse, enten bare aktuelle etniske grupper eller alle jenter uavhengig av etnisitet. I Oslo har helsebyråd Sylvi Listhaug (FrP) lansert årlig underlivssjekk av somaliske jenter som virkemiddel for å kontrollere om barnet/ungdommen er kjønnslemlestet og for å anmelde hvis det er tegn på dette. Helsepolitisk talskvinne i SV, Inga Marte Thorkildsen, uttalte i Dagbladet 29 juni at denne typen undersøkelse kan ”gi jenter et mer avslappet forhold til eget underliv.

Regjeringen vil etter sommerferien bestemme seg for om obligatorisk underlivsundersøkelse skal innføres som et tiltak mot kjønnslemlestelse. Norsk Barnelegeforening (NBF) vil med dette markere sin uenighet i et slikt tiltak. NBF anbefaler at de eksisterende retningslinjene for helseundersøkelser ved helsestasjonen opprettholdes.

Obligate screeningundersøkelser på presumptivt friske barn bør ha en sterk medisinskfaglig begrunnelse. Det er stor forskjell på hva man etisk sett kan foreta i en obligatorisk screeningundersøkelse av alle barn og undersøkelser som er basert på en klinisk indikasjon. En undersøkelse av ytre genitalia vil for svært mange jenter oppleves ubehagelig på bakgrunn av den bluferdighet barn og ungdom vanligvis har. Tvungen underlivsundersøkelse av jenter i risikogruppen vil sannsynligvis ha liten innvirkning på forekomst av kjønnslemlestelse og virke uheldig inn på forholdet mellom lege/helsesøster og pasient. Dette forholdet er helt avhengig av tillit fra begge parter. Hvis grupper av foreldre trekker barna ut av det forebyggende helsearbeidet som helsestasjon og skolehelsetjeneste representerer, kan det få negative konsekvenser for barnas helse også på lengre sikt. I de etniske grupper hvor kjønnslemlestelse kan forekomme, er det spesielt viktig at familiene er inkludert i de forebyggende tjenester ved helsestasjonen.

Underlivsundersøkelse av alle jenter på helsestasjonen som en strategi i arbeidet mot kjønnslemlestelse er grundig vurdert i en rapport fra sosial og helsedirektoratet i januar 2007. Direktoratet tilrår av faglige grunner ikke rutinemessig slik undersøkelse. Sosial- og helsedirektoratet finner i tillegg at et slikt tiltak ikke kan iverksettes innenfor gjeldende lovverk, og at tiltaket vil være problematisk i forhold til sentrale artikler i Den europeiske menneskerettskonvensjonen og FN's. Rutinemessig underlivsundersøkelse av alle jenter, eller alle innenfor en etnisk gruppe, ut over småbarnsalder, savner en god medisinsk begrunnelse og bør ikke iverksettes. Norsk Barnelegeforening støtter konklusjonen i rapporten.

Kjønnslemlestelse er et svært alvorlig overgrep mot barn. NBF mener samfunnet bør gjøre en betydelig innsats for å hindre at denne typen barnemishandling skjer. Arbeidet for å få slutt på kjønnslemlestelse må ha høy prioritet. Mange innfallsvinkler er aktuelle, - sterke og effektive virkemidler må taes i bruk. I forhold til dette arbeidet er helsestasjonen/skolehelsetjeneste en sentral part - både ved å kunne gi saklig informasjon til foreldre og barn/ungdom om de helseskadelige følgene av kjønnslemlestelse og om de strafferettslig følger av denne type kriminell handling. Hvis helsestasjonen har mistanke til at kjønnsmutilerende inngrep er foretatt, skal helsestasjonslegen undersøke barnet og forholde seg til dette som ved barnemishandling for øvrig med den plikt man har til kontakt med barnevernet og påtalemyndighet.

Norsk Barnelegeforening

Leif Brunvand
Leder

Kristin Hodnekvam
Nestleder

Fortsettelse: Forekomst av morfologiske funn hos prepubertale barn under utredning for seksuelle overgrep

lengre tid (15, 16). Da de fleste barn undersøkes lenge etter at overgrepet har skjedd, vil de fleste sår og skader være tilhelt. Til tross for få ”positive” funn tror vi at den medisinske undersøkelsen fremdeles er berettiget. Vi har erfaring med at informasjon om at undersøkelsen er normal, er viktig for både barn og pårørende. Mange har en oppfatning om at de har skader i underlivet, og informasjon om at så ikke er tilfelle, kan være et første skritt i en terapeutisk prosess. I vårt materiale har vi funnet anogenitale vorter som klinisk var suspekter på kondylomer hos to barn (1%). Dette er en forekomst som er sammenlignbar med andre materialer. I en studie av antatt misbrukte barn ble anogenitale vorter rapportert hos 1,8% (18). Samme prevalens (1,8%) ble imidlertid også rapportert i en norsk studie av ikke misbrukte barn (19). Generelt er kunnskapen omkring epidemiologi og smittemåter for anogenital HPV - infeksjon hos barn begrenset, men man vet at viruset overføres ved kontaktsmitte. En har holdepunkter for at barn kan smittes seksuelt men også ved autoinokulasjon og ”uskyldig” heteroinokulasjon, samt vertikalt i forbindelse med fødselen (20). Vi fant ingen statistisk signifikante prediktive faktorer i vårt materiale, men kun en tendens mot at undersøkelse innen 72 timer var assosiert med morfologiske funn. Dette kan henge sammen med det lave totale antallet positive funn og en kan derfor tenke seg muligheten for at en slik sammenheng vil kunne vise seg i større tallmaterialer.

Konklusjon. Prepubertale barn som kommer til Barnekliniken for utredning av mulige seksuelle overgrep, har vanligvis normale eller uspesifikke morfologiske funn. Det er derfor svært sjelden at slike medisinske funn kan brukes til å bekrefte at seksuelle overgrep har funnet sted. Det er også viktig å være klar over at fravær av morfologiske funn aldri kan brukes til å utelukke overgrep, dette gjelder også i forhold til overgrep med inntrenging i kjønnsorgan og endetarmsåpning (5, 17).

Referanser:

- 1.Finkel MA, Giardino AP. Medical Evaluation of Child Sexual Abuse. A Practical Guide. Thousand Oaks, CA: Sage Publications 2002.
- 2.Heger A, Ticson L, Velasquez O et al. Children referred for possible sexual abuse: medical findings in 2384 children. Child Abuse Negl 2002; 109: 228-35.
- 3.Hobbs CJ, Wynne JM. Child sexual abuse – an increasing rate of diagnosis. Lancet 1987; 2: 837-41.
- 4.Clayton RN, Barth KL, Shubin CI. Evaluating child sexual abuse. Observations regarding ano-genital injury. Clin Pediatr 1989; 28: 419-22.
- 5.Berenson AB, Chacko MR, Wiemann CM et al. A case-control study of anatomic changes resulting from sexual abuse. Am J Obstet Gynecol 2000; 182: 820-31.
- 6.Terminology Subcommittee of the APSAC Task Force on Medical Evaluation of Suspected Child Abuse. Chicago: APSAC 1995.
- 7.McCann J, Voris J, Simon M et al. Perianal findings in prepubertal children

selected for non-abuse: a descriptive study. Child Abuse Negl 1989; 13: 179-93.

8. McCann J, Wells R, Simon M, Voris J. Genital findings in prepubertal girls selected for nonabuse: a descriptive study. Pediatrics 1990; 86: 428-39.
9. Berenson A, Heger A, Andrews S. Appearance of the hymen in newborns. Pediatrics 1991; 87: 458-65.
- 10.Berenson AB. A longitudinal study of hymenal morphology in the first 3 years of life. Pediatrics 1995; 95: 490-6.
11. Berenson AB, Grady JJ. A longitudinal study of hymenal development from 3 to 9 years of age. J Pediatr 2002; 140: 600-7.
- 12.Myhre AK, Berntzen K, Bratlid D. Perianal anatomy in non-abused preschool children. Acta Paediatr 2001; 90: 1321-8.
13. Myhre AK, Berntzen K, Bratlid D. Genital anatomy in non-abused preschool girls. Acta Paediatr 2003; 92: 1453-62.
- 14.Berenson AB, Chacko MR, Wiemann CM et al. Use of hymenal measurements in the diagnosis of previous penetration. Pediatrics 2002; 109: 228-35.
15. McCann J, Voris J, Simon M. Genital injuries resulting from sexual abuse: a longitudinal study. Pediatrics 1992; 89: 307-17.
16. Heppenstall-Heger A, McConnell L, Ticson L et al. Healing patterns in anogenital injuries: a longitudinal study of injuries associated with child sexual abuse, accidental injuries, or genital surgery in the preadolescent child. Pediatrics 2003; 112: 829-37.
17. Adams JA. Approach to the interpretation of medical and laboratory findings in suspected child sexual abuse: A 2005 Revision. The APSAC Advisor Summer 2005. South Carolina: APSAC, 2005: 7-12.
18. Ingram DL, Everett VD, Lyna RP et al. Epidemiology of adult sexually transmitted disease agents in children being evaluated for sexual abuse. Pediatr Infect Dis J 1992; 11: 945 – 50.
19. Myhre AK, Berntzen K, Bratlid D. Anogenital human papillomavirus in non-abused preschool children. Acta Paediatr 2003; 92: 1445 – 52.
20. Siegfried EC, Frasier LD. Anogenital warts in children. Adv Dermatol 1997; 12: 141 – 67.

Det nye styret

Ved årsmøtet i Levanger ble tre nye medlemmer valgt inn i styret i Norsk Barnelegeforening. Her er en kort presentasjon av de som skal lede NBF i årene fremover.

Thor Willy Ruud Hansen - Nestleder



Østfoldgutt med barneår på Sellebakk og i Moss, tenårene i Oslo. Medisinstudiet i Oslo, cand.med.i 1972. Litt prøving og feiling (psykiatri og kirurgi) før jeg endelig “kom hjem” til barnemedisinen, et fag jeg er veldig glad i og overfor studentene mine omtaler om “spesialitetenes dronning - alt annet

blekner ved sammenligning”. Utdanningsstiden i pediatri utelukkende på Rikshospitalet, avbrutt av tre år i Angola som misjonslege, ferdig spesialist i Norge i 1983. Stipendiat ved Pediatrisk Forskninginstitutt 1983-8, dr.med. i 1988 med en eksperimentell avhandling om mekanismer for bilirubin-påvirkning på hjernen. Hadde da bestemt meg for at det var neonatologien jeg særlig ville bli flinkere til, og gjorde et såkalt fellowship i neonatologi i USA (Brown University) i 1988-90 og er godkjent spesialist både i pediatri og neonatal-perinatal medisin i USA. Tilbake til Norge i perioden 1990-4, i hovedsak på Rikshospitalet, men et 4 månederes intermezzo på Aker Sykehus. Associate professor ved Children's Hospital of Pittsburgh 1994-7, og deretter hjem til Norge som overlege ved Nyfødtseksjonen, Barneklubben, Rikshospitalet-Radiumhospitalet HF. I perioden 1998-2007 var jeg seksjonsoverlege, og siden 2003 har jeg vært professor ved UiO. Fra 2006 er jeg også leder for Klinisk Etikkomite, RRHF, og ser etikken som noe av den viktigste ballast vi kan ha med oss i vårt arbeid i barnemedisinen.

Jeg vil ikke snakke med alt for store bokstaver om mine visjoner for NBF - min aktivitet i NBF har gjennom årene vært begrenset til deltagelse i møter, og jeg har stor respekt for den innsatsen mange har gjort og gjør i styret og i utvalgene. Jeg ser det som viktig å løfte fram forskningens posisjon og rolle i NBF, noe jeg mener er i samsvar med DNLFs nye forskningsstrategi, som vil gi de fagmedisinske foreningene ressurser til økt fokus på forskning. Derne st håper jeg å kunne bidra ytterligere til den internasjonale kontaktflaten for NBF. Som noen vil vite, brenner jeg også for to andre saker. Det ene er et nasjonalt kompetansesenter for pediatriisk farmakoterapi, som NBF ved sine to siste ledere har bidratt viktig til, og som jeg håper vi kan få i mål ganske snart. Det andre er ferdighetstrening i pediatrien, med særlig vekt på nyfødtmedisinen. Som mange vet har jeg tatt initiativ til og leder et kurs i nyfødtmedisinske teknikker som har blitt veldig populært. Min drøm er at vi i et samarbeid med andre som har utviklet ressurser for resusciterings-trening kan få til en nasjonal plattform for ferdighetsutvikling og -vedlikehold i pediatrien

Siri Hjertnes



Vokste opp i Fusa utanfor Bergen. Flytta til Trondheim og studerte medisin ved NTNU. Embetseksamen i 2004. Venta på turnus i 6 mnd, men fekk då førstevalget oppfylt og reiste til Ålesund i sjukehus-teneste, deretter til Stryn i distrikt. Stortrives på Sunnmøre, og på barneavdelinga i Ålesund der eg også hadde ein tredjedel av turnusen min. Trives svært godt i arbeidet på barneavdelinga og planen er å fortsetja lenge. Har enda ikkje utvikla interesse for eit felt, men glad for å kunne få jobba innan fleire områder, både på neonatal intensiv og barnemedisinsk sengepost.

Ser på plassen i styret som ei utfordring, spesielt med tanke på heller begrensa barnemedisinsk erfaring, men og ein mulighet til å få ei heilt ny erfaring.

Utanom jobbtid er sannsynet stort for at eg er ute på tur, aller helst på eit fjell med litt utsikt.

Solveig Marianne Nordhov



Cand Med 1995, Barneavdelingen UNN fra 1997. Overlege nyfødt intensiv fra 2001. Fra mars 2006 stipendiat “Foreldreengasjementers betydning ved utvikling av atferdsforstyrrelser hos premature barn med FV < 2000 . En klinisk randomisert intervensjonsstudie.” I tillegg jobber jeg som neonatalvakt ved avdelingen. Jeg har jobbet mye med ulike sosial

pediatriske problemstillinger i tillegg til neonatologi og er styremedlem i Nordisk Forening mot barnemishandling og Omsorgssvikt fra 2004. Fra 2002 har jeg dessuten vært APLS instruktør. Jeg er gift med Knut (kollega i anestesi), og tre barn Sigvart 13, Sveinung 11 og Solveig-Kristine 7.

Ikke på valg

Kristin Hodnekvam (rykker opp som leder)

Jannicke Andresen (møtesekretær)

Tomas Nordheim Alme (redaktør Paidos/Pedweb)

Ny kasserer er foreløpig ikke valgt pga frafall.

God bok...

Vogntog i himmelen og 80 andre vers



Mange kolleger har en kunstnerisk åre som vi en gang i mellom kan være heldige å få et glimt av. En slik kollega er Oddmund Søvik, nå pensjonert barnelege i Bergen. I 2003 utgav han den lille boken *Vers på Vidvanke* og nå er han igjen ute med en diktsamling der han viser sine observasjoner

av verden rundt oss – på verseform.

Hva foregår egentlig på innsiden av kraniet til en barnelege når man ikke tenker på syke barn? Skal man dømme etter Søviks siste diktsamling, *Vogntog i himmelen* – litt av hvert. Det er med andre ord en sammensatt og mangeartet samling. Noen av diktene er rene skildringer av konkrete episoder Søvik må ha observert, andre er grubling over universelle tema som frykt og savn. Et eksempel er diktet *Sommormorgen*:

Våknet i morges
og hørte pusten din,
ble glad
for at du var her

Et sted der ute
låt en bjelle

et lam kalte
på moren sin.

Har selv vært redd
for å bli alene.

Men i morges
hørte jeg pusten din,
og ble glad.

Diktsamlingen vitner også om et sterkt samfunnsengasjement hos Søvik. Amerikansk krigføring i Irak, miljøvern, ja selv Operaen i Bjørvika er tildelt et vers. Det er kanskje kontrastene som gjør at jeg fenges av samlingen, fra det nesten plumpe *Uten truse* til det harmdirrende verset *Alternativene*:

Mens en hel generasjon
er i ferd med å forgå,
tror de at AIDS kan bekjempes
med besvergelses

Sør-Afrikas helseminister støtter dem
i dette.

Måtte deres gud være henne nådig
Hun skulle vite bedre.

Det er alt i alt en underholdende samling vers. Noen etterlater deg mildt hoderystende eller med et hevet øyebryn. Andre har formuleringer som jeg vet vil gå inn i mitt vokabular. Jeg er glad jeg har fått lese diktsamlingen til Oddmund Søvik. *Vogntog i himmelen* og 80 andre vers er gitt ut av forfatteren på eget forlag. Boka koster 250 kr og kan kjøpes direkte av forfatteren på epost oddmsoev@online.no.

TNA

Farlig eller ufarlig?



Små barn har forbløffende lange fingre. Det har de fleste foreldre erfart. I et ubevoktet øyeblikk kan minsten sette til livs potteplanter, vaskemiddel, p-piller eller bremsevæske. Som barnelege får man relativt hyppig spørsmål fra primærlege og bekymrede foreldre. Heldigvis finnes Giftinformasjonen som med

sin døgnåpne telefonservice i alle fall har stått undertegnede bi mer enn én gang.

For snart 15 år siden utarbeidet Giftinformasjonen boken *Farlig eller ufarlig* sammen med Forbrukerrådet. Nå foreligger boken på nytt i en omarbeidet og oppdatert utgave. Den bygger på kunnskap opparbeidet over mange år ved Giftinformasjonen og er blitt en riktig lærerik bok.

Boken er skrevet enkelt og lettfattelig og er nok først og fremst beregnet på småbarnsforeldre, barnehager, skoler og helsestasjoner, men undertegnede fikk seg flere nyttige ahaopplevelser ved gjennomlesning. Den inneholder temakapitler om førstehjelp ved forgiftninger, spesielle forhold ved kjemiske produkter, ungdom og sniffing, inntak av legemidler, planter og sopp, matvarer samt forgiftninger ved insektstikk, hoggorm, flått og møte med brennmaneter. I tillegg finnes en grundig produkt- og kjemikalieliste og en liste over planter som barn kan tenkes å putte i munnen. I og med at boken i stor grad henvender seg til lekfolk, er behandling utenom førstehjelp ikke tatt med.

Jeg vil tro at alle barneavdelinger har et eller annet form for oppslagsverk tilgjengelig når det gjelder forgiftninger. Giftinformasjonen per telefon er også alltid et godt hjelpemiddel. Likevel er det ikke vanskelig å anbefale denne boken som en lettlest gjennomgang av ”hverdagsspørsmålene”. For legevakt og helsestasjon er vil den være en stor hjelp og jeg vil også tro at mange foreldre vil ha glede og nytte av å lese denne lettfattelige boken. Boken kan bestilles fra Dialogen Forlag, www.dialogen.no

TNA

Kumelkproteinallergi?

Refluks Atopisk dermatitt
Rhinoconjunctivitt
Kolikk Gulp/oppkast
Urticaria
Magesmerter Diaré
Astma/wheezing Spisevegring
Otitis media Tidlig metthetsfølelse
Kolitt Obstipasjon "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 (eliminasijsdiett) 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