

PAIDOS



TIDSSKRIFT FOR NORSK BARNELEGEFORENING

2010; 28(4): 101-140



Barnehelse i samiske områder

Sepsis hos barn

Aldersbestemmelse hos unge asylsøkere



Kjære kolleger og venner!

Vi forbereder oss til jul, en tid for glede, omtanke og samvær med familien. Vi forbereder oss også til samhandlingsreformen som trer i kraft i 2012. Barnelegene har nå et år på seg til å bidra til denne reformen og for å få gjennomslag for sine ønsker på vegne av de små pasienter og deres familier.



Hvordan forbereder vi barneleger oss til denne reformen og hva bidrar vi med?

Paidos inviterer barneleger og lesere i hele landet til å skrive om konkrete tiltak som er iverksatt for at barn og ungdommer kan få glede og nytte av samhandlingsreformen. I løpet av 2011 skal vi se nærmere på våre fire helseregioner og samle informasjon om hvordan barneleger i hver region forbereder seg.

I dette nummeret av Paidos retter vi blikket mot nord og vi takker Ole Mathis Hetta for at han deler sin kunnskap om det flerkulturelle samfunnet i denne landsdelen. For at vi skal forstå å gi riktig behandling til samisk barn og ungdom er det viktig at vi også har kjennskap til denne delen av den norske kulturen. Samtidig lærer vi noe om vår urbefolkning i Norge. Dette er ikke tilstrekkelig vektlagt i grunnutdanning i medisin eller i spesialistutdanning i barnemedisin. Hvilke krafttak kan samhandlingsreformen gi for å oppnå bedre rammevilkår for samfunnsutviklingen i områder med samisk bosetning? Vi barneleger må lære å samarbeide på tvers av fagrensene for å gi et kvalitativt likeverdig tilbud til samiske barn.

Forrige Paidos handlet om oppvekstvilkår til barn og ungdommer i Russland. Det finnes mange måter å møte helseutfordringene i Russland på. I dette nummeret av Paidos ser vi på hvordan russiske helsestasjoner i distriktene i nabolandet arbeider for å bedre barnehelse og redusere barnedødelighet ved å bruke feldscherer i "førstelinetjenesten" i utkants Russland

Vi fortsetter også med nye bidrag i forhold til barnehelse i den tredje verden. Monica Thallinger er en av ildsjelene som viser oss viktigheten av engasjement og innsats i medisinsk feltarbeide for barn i kriseområder.

Jeg avslutter dette året og dette nummeret med et dikt fra Rolf Jacobsen og ønsker alle våre lesere en riktig god jul.

Stefan Kutzsche



Bildet er tatt fra Skittentind. Fjorden du ser er Ersfjorden. Fjellene i bakgrunnen er Buren, Rautinden, Melketinden og Revberginden. Foto: Julia Fieler

NORD

Se oftere mot nord
Gå mot vinden, du får rødere kinn
Finn den ulendte stien. Hold den.
Den er kortest.
Nord er best.
Vinterens flammehimmel, sommer-
nattens solmirakel.
Gå mot vinden. Klyv berg.
Se mot nord.
Ofte.
Det er langt dette landet.
Det meste er nord.

Kurs og konferanser

se www.barnelegeforeningen.no

Pediaterdagene, Trondheim, 19-21 januar 2011

ESMRN 11th International Congress of the European Society of Magnetic Resonance in Neuropediatrics, Amsterdam, 24 - 26 mars 2011

European Course of Pediatric Neuroradiology, Marseille, 20 - 25 januar 2011

Paidos©2010

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.

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.

ISSN: 0804-1687 © Norsk Barnelegeforening

Redaktør

Stefan Kutzsche
paidos@barnelegeforeningen.no

Redaksjonsmedlemmer

Kristin Hodnekvam
Ingvild Heier
Torkil Benterud

paidosredaksjonen@barnelegeforeningen.no

Adresse

Paidos redaksjon
Gardeveien 17 (517)
0363 Oslo

Design

Akuttjournalen Arena AS
Liv K. Norland
artdirector@akuttjournalen.com

Materiellfrister

Nr. 01/2011 - 15. januar

Forsidefoto

Harry Johansen

Opplag:900

Antall utgivelser per år: 4

Paidos på nett

www.barnelegeforeningen.no

- 102** Redaktøren
Stefan Kutzsche
- 104** Når barn blir voksne
Thor Willy Ruud Hansen
- 105** Samiske pasienter – har de spesielle behov og rettigheter?
Ole Mathis Hetta
- 109** Barnehelse i kommuner med samisk bosetning
Stefan Kutzsche
- 111** Nye retningslinjer for gjenoppliving av nyfødte
Ola Didrik Saugstad
- 112** Sør-Afrika 2010 – post fotball-VM
Ketil Stjørdal
- 114** MSF India
Monica Thallinger
- 116** Sepsis hos barn, -kort fortalt
Vidar Stensvåg, Per Bredmose, Gunnar Bentsen
- 119** MR forskning blant palmer og hula-hula på Hawaii
Jon Skranes
- 122** Feldscherere i kamp mot barnedødelighet i Russland
Julia Ferkis, Stefan Kutzsche
- 124** Aldersbestemmelse av mindreårige asylsøkere
Ellen Annexstad
- 127** Skelettalderbestemmelse i medisinsk sammenheng
Stefan Kutzsche
- 128** Ferdighetstrening – rapporten er klar!
Marianne Nordhov
- 128** Advanced Pediatric Life Support - APLS Norge fortsetter
Thomas Rajka, Kristian Lexow
- 129** Ny doktorgrad i medisin
- 130** Nyfødtmedisin "down under" – egentlig helt topp!
Claus Klingenberg
- 132** Perinataldager, Lillehammer 2010
Kristin Brække
- 133** Velkommen til Pediaterdagene 2011!
Elisabeth Selvaag
- 134** Vi møtes på Pediaterdagene 2011
Ellen Annexstad
- 136** Norsk Barnelegeforening gratulerer
- 137** Minneord



Samiske barn. Foto Harry Johansen



Når barn blir voksne

Når jeg ser tilbake på mine snart 35 år i pediatrien, får jeg et klart inntrykk av at de barna som befolker våre barneavdelinger er annerledes enn de vi stelte med i mine yngre dager. Selvfølgelig hadde vi barn med kreft, barn med medfødt hjertesykdom, barn med diabetes og syke nyfødte. Men vi kan gjøre så mye mer for dem i dag. Derfor lever de også lenger, og de fleste av dem kan regne med å bli voksne.

Overgangen barn-til-voksne

Men nettopp i dette ligger etter mitt syn en økende utfordring, både for oss som barneleger og for de kollegene som skal stelle med våre tidligere pasienter i voksen alder. En rekke studier fra andre land tyder dessverre på at overleveringen mellom barneleger og voksen-leger ikke alltid fungerer optimalt. Således er det i overgangsperioden mellom ungdom og voksen holdepunkter for f.eks. økt forekomst av transplantatforkastning, dårligere diabetes-kontroll, økt forekomst av shuntsvikt ved hydrocefalus etc. Fra mine år i Pittsburgh husker jeg fortsatt levende en diskusjon i et etikk-forum om hvorvidt det var rimelig at en ungdom skulle få sin fjerde lever-tx. Hvorfor skulle han prioriteres til en begrenset ressurs når det var helt klart at årsaken til organsvikten var at han ikke fulgte opp behandlingen?

Hvordan er situasjonen i Norge?

Jeg kan i farten ikke huske noen undersøkelser fra Norge om hvordan dette fungerer hos oss - hvis jeg har glemt ett eller flere bidrag om dette ber jeg umiddelbart om tilgivelse! Men jeg tror ikke vi har lov til å anta at det ikke forekommer lignende svikt hos oss. Vi vet at noen grupper har begynt å engasjere seg. Således har hjertelegene opprettet et tilbud til GUCH - grown-ups with congenital heart disease, men oppfatter seg, slik jeg forstår dem, ikke å være "i mål" med dette prosjektet. CF-omsorgen er et eksempel på en gruppe der man lenge har arbeidet med å utnytte en samlet tverrfaglig og medisinsk kompetanse overfor både barn og voksne i et nært samarbeide mellom fagpersoner. Det finnes kanskje også andre eksempler som jeg ikke vet nok om – dersom du sitter og vet noe om gode initiativ vil vi i NBFs styre gjerne høre om det! Fortsatt tror jeg det er all grunn for oss som barneleger til å ta et kritisk blikk på hvordan omsorgs-overføringen foregår på mange felter.

NBF fokuserer oppmerksomhet på dette

NBF har derfor bestemt at vi i tiden som kommer skal undersøke dette forholdet nærmere. Vi går ikke til denne oppgaven med noen forutforståelse av at vi som barneleger gjør alt perfekt og at våre voksenmedisinske kolleger må "skjerpe seg". Snarere må vi møtes i en åpen og fordomsfri dialog der vi sammen prøver å kartlegge hva som faktisk skjer, hvor de eventuelle svake punktene ligger, og hva vi kan og bør gjøre for å styrke og kvalitetssikre overføringen av slike pasienter.

I styret har vi opprettet en arbeidsgruppe bestående av Marianne Nordhov, Truls Vikin og undertegnede. Vi har hatt møter med ledelsen i FaMe-søylen i Legeforeningen og har møtt stor forståelse for at dette er et viktig tema. I oktober møtte arbeidsgruppen representanter for de fagmedisinske foreningene. NBFs leder var invitert til å presentere temaet. Legeforeningens generalsekretær og ledelsen for DNLFs fagavdeling var også til stede. Vårt framlegg vakte stor interesse og spontane innlegg ga uttrykk for at "dette må vi være med på".

Veien videre

I tiden som kommer vil NBFs arbeidsgruppe være i tett dialog med DNLFs fagavdeling som vil bistå med å opprette kontakten med de ulike fagmedisinske foreningene. Tanken er å opprette arbeidsgrupper der barneleger og voksenmedisinere møtes for å kartlegge situasjonen og legge planer for kvalitetssikring av barne-kronikernes overgang til voksenmedisinsk omsorg. Allmennmedisinerne ved fastlegene, barne- og ungdomspsykiatrien, voksenpsykiatrien, habiliteringstjenesten og sosiaslmedisinerne vil alle bli bedt om på ulike måter å bidra. Våre interessegrupper kan begynne seg å forberede seg på at de vil bli invitert til å være med i prosessen. Vi tror dette kan bli et viktig kvalitets-skritt for norsk barnemedisin.



Med barnslig hilsen
Thor Willy Ruud Hansen
Leder i Norsk Barnelegeforening

Samiske pasienter – har de spesielle behov og rettigheter?

Den samiske befolkning utgjør ca 150.000 mennesker og bor i 4 nasjonalstater, Norge, Sverige, Finland og Russland. Mer enn halvparten av samene bor i Norge. Det tradisjonelle samiske bosetningsområdet i Norge går fra Varanger i nord og øst til Elgå i sør. I tillegg har vi de siste 40-50 år fått en betydelig samisk befolkning i byene ("bysamer"). Det gjelder både de som bor permanent, og de som er studenter. I Norge har samene tre språk. Nordsamisk snakkes i Finnmark og Troms. Lulesamisk er utbredt i Salten-området mellom Vestfjorden og Saltfjellet. Sørsamisk snakkes blant samer som har hjemstavnsrett sør for Saltfjellet. De samme tre samiske språk snakkes også blant samer i Sverige tilsvarende geografiske breddegrader som i Norge. I Finland snakker samene nordsamisk og i noen avgrensede områder omkring Enaresjøen østsamisk. Østsamisk snakkes ellers blant samer på Kolahalvøya i Russland. De fire samiske språkene er betydelig mer forskjellige enn de skandinaviske språkene, norsk, svensk og dansk.

AV OLE MATHIS HETTA, SENIORRÅDGIVER SAMISK SAMFUNNSMEDISIN - SÁMI SERVVDATMEDISIINA SENIOR-RÁÐÐEADDI



Foto: Harry Johansen

SAMENE SOM URBEBOLKNING

Det har aldri vært så mange som snakker samisk som i dag, men samtidig er det slik at svært mange samer som har bodd ved kysten i nord-, lule- og sørsamiske områder har mistet sitt samiske språk. Går vi tilbake ca 150 år i tid, snakket 100 % av samene samisk, mens det i dag kanskje bare er 20-40 % som snakker samisk. I så måte kan en si at den sterke assimileringspolitikken som de fire nasjonalstatene har ført siden 1850-åra til våre dager, lyktes delvis. Et godt resultat av denne politikken var at samene fikk del i den vanlige velferdsutviklingen som vi har hatt i Norge de siste 50-60 år, men det er mange samer som er svært bitre på at de ble frarøvet sitt språk og viktige kulturelle særtrekk. Assimileringspolitikken klarte ikke å utrydde samisk identitet, og den sterke samiske nasjonalismen som for alvor blomstret i 1970-årene har fremstått som en motbevegelse mot assimileringstanken.

Samene er i Norge er anerkjent som urbefolkning slik som ILO-konvensjon 169 definerer urfolk (1). Sverige har ikke ratifisert ILO-konvensjonen, og mange svenske politikere snakker om samene som en nasjonal minoritet og ikke som urfolk. Urfolk eller urbefolkning defineres som:

"Folk i selvstendige stater som er ansett som opprinnelige fordi de nedstammer fra de folk som bebodde landet eller en geografisk region som landet tilhører, på det tidspunkt da erobring eller kolonisering fant sted eller de nåværende statsgrenser ble fastlagt og som, uavhengig av sin rettslige stilling, har beholdt noen eller alle av sine egne sosiale, økonomiske, kulturelle og politiske institusjoner".

Hvem som er same, defineres i dag ved hjelp av språklige og kulturelle kriterier og ikke biologiske. Sameloven definerer blant annet hvem som kan registreres i samisk valgmanntall (2). Det er et objektivt kriterium knyttet til samisk som hjemmespråk nå eller tilbake i tid og et subjektivt kriterium knyttet til om en oppfatter seg som same.

Sametinget i Norge ble opprettet i 1989, noe seinere i Sverige og Finland. Det finnes ikke noe nasjonalt folkevalgt organ for samer i Russland. Samene selv har en sterk følelse av samhörighet på tvers av landegrensene som jo ble etablert lenge, lenge etter at samene hadde bosatt seg her. Vi har et felles flagg, en felles nasjonalsang og felles samefolkets dag (6. februar). Det

Nesseby, Tana, Karasjok, Porsanger, Kautokeino, Kåfjord, Lavangen Tysfjord og Snåsa kommune



Siden man i Norge ikke lenger registrerer etnisitet i pasientjournaler eller helsestatistikk, er man henvist til epidemiologiske utvalgsundersøkelser for å kunne si noe om samenes helse.

er også tett samepolitisk samarbeid gjennom samisk parlamentarisk råd hvor også russiske samer er med (3).

SAMISK HELSE

Vi vet litt om hvilke forskjeller som eksisterer med hensyn til sykdomsforekomst blant samer i forhold til den øvrige befolkningen på Nordkalotten. Forskjellene er ikke særlig store. Den samiske befolkningen røyker like mye eller helst mer, beveger seg like lite og har like usunt kosthold som befolkningen ellers.

Samene i Norge har ikke de samme helseproblemer som er forbundet med fattigdom, lav selvfølelse og rusmisbruk som mange andre urfolk rundt om i verden. På den annen side ser en at russiske samer har svært mange av de samme helseproblemer som er vanlig blant inuitter, aboriginere og indianere, slik som lavere forventet levealder, overdødelighet av ulykker, selvmord og mange ulike kroniske sykdommer. At samene i Norge

har fått del i den generelle velferdsutviklingen etter 2. verdenskrig med bedre boliger, skolegang og sosial trygghet, har sannsynligvis vært en hovedfaktor til denne forskjellen.

Det er gjennom genetiske populasjonsundersøkelser slått fast at: "Samene er genetisk unike og avviker stort fra alle andre kjente populasjoner" (4) Selv om samene genetisk skiller seg fra andre folk, har vi i dag ikke mye kunnskap om hva genetikken betyr for helse og sykdom. De forskjellene som en ser, kan like gjerne forklares ut fra ulike sosiokulturelle faktorer.

Det finnes mange myter om samene i det norske samfunnet. En av disse er at drukkenskap og rusmisbruk er hyppigere blant samer enn etniske nordmenn. I sin doktoravhandling fra 2007 har dr. Anna Rita Spein vist at denne oppfatningen ikke har rot i virkeligheten (5) Siden man i Norge ikke lenger registrerer etnisitet i pasientjournaler eller helsestatistikk,

er man henvist til epidemiologiske utvalgsundersøkelser for å kunne si noe om samenes helse (6,7).

Viktige ulikheter gjenspeiles i faktorer som har å gjøre med levestil og miljø. Næringer, bosettingsforhold, arbeidsledighet, økologi, natursyn og livsstil setter sine spor. Den læstadianske kristendomsformen har vært en viktig samisk kulturbærer i visse strøk på Nordkalotten. Forholdet mellom en majoritetsbefolkning og samene som minoritet, er en annen faktor, og mange samer er merket av langvarig diskriminering, identitetskrise og fornektning av samisk etnisitet. Typisk for den samiske bosetningen er små og tette samfunn, slektskapsforhold og sterk slektsfølelse og i nyere tid også motsetninger mellom samer som har ulike næringer og bosted.

I møtet med andre kulturer kan den samiske måten å snakke på/kommunisere på, med forsiktig og indirekte omtale, bildebruk og allegorisk uttrykksmåte mange ganger by på kommunikasjonsproblemer. Gjennom generasjoner har det utviklet seg visse kjerneverdier og væremåter som skiller seg sterkt fra moderne norsk tenkemåte. Eksempler på dette gjenspeiles i ord og uttrykksmåte som lett fører til misforståelser mellom samiske pasienter og helsepersonell. Det at en ikke skal gi uttrykk for smerte vil svært ofte bli misforstått og føre til bagatellisering av den samiske pasientens plager. En annen kjerneverdi som at man helst skal klare seg selv uansett problemets art eller alvorlighet, vil kunne føre til at samiske pasienter søker helsehjelp altfor seint. "Den som tier samtykker", heter det i et norsk ordtak. Det er ikke slik i samisk kontekst. Dersom samene tier er det ofte uttrykk for sterk uenighet eller protest, men generasjoners erfaring har lært at det ikke er fornuftig å sette ord på uenighet med øvrighet eller noen som oppleves som øvrighetspersoner.

Forskere ved Universitetet i Tromsø og Samisk helseforskning har de siste årene publisert en rekke artikler basert på epidemiologisk forskning med blant annet utgangspunkt i Saminor-undersøkelsen, om ulike sider ved

samisk helse og sykdomsforekomst i den samiske befolkningen , og også hvordan helsetjenestetilbudet oppleves (8).

Som stikkord nevnes her: Mindre MS blant samer, lavere forbruk av sovemidler, noe øket selvmordshyppighet blant unge samiske menn, noe mindre forekomst av viss former av kreft og mer av andre, samt stor misnøye med helsetjenesten/legetjenesten (9).

For 2 generasjoner, ca 50-60 år, siden var det betydelig dårligere barnehelse og med stor overdødelighet i spedbarns- og småbarnsalderen, vanlig i de samiske kommuner. Dette har bedret seg, og i dag har vi ikke data som kan indikere en generelt dårligere barne- og ungdomshelse blant samer. Bedret boligstandard, sunn økonomisk utvikling, tilgang på bedre helsetjenester og ikke minst høyt utdanningsnivå blant unge samer har bidratt til dette. Utdanningsnivået blant unge samiske kvinner i Indre- Finnmark er høyere enn landsgjennomsnittet og på høyde med det som finnes i Oslo-området. For unge menn er utdanningsnivået mye lavere (SSB-data).

Det er kanskje ikke like godt kjent blant barneleger at vekstkurven for samiske spedbarn og småbarn avviker noe fra den som brukes som norm på helsestasjoner i Norge. Det har også vært spekulert i om samer har øket forekomst av laktoseintoleranse. Noen finske undersøkelser kan tyde på dette (10).

SAMISKE UTFORDRINGER FOR HELSETJENESTEN

Mange toneangivende politikere og embetsmenn snakket for 80-100 år siden at det var viktig å løse ”det lappiske og finske problemet” Et eksempel på tiltak var jordloven av 1902 som fastslo at kun de som hadde norsk navn og som behersket det norske språket kunne kjøpe eller eie jord. Mange andre tiltak som hadde mål om full assimilering av samene fortsatte for fullt helt til 1980 åra. Det første politiske dokumentet som tok på alvor at den samiske befolkning burde/skulle ha likeverdige helsetjenester i forhold til majoritetsbefolkningen, kom i



Foto: Harry Johansen

Det finnes mange myter om samene i det norske samfunnet. En av disse er at drukkenskap og rusmisbruk er hyppigere blant samer enn etniske nordmenn. I sin doktoravhandling fra 2007 har dr. Anna Rita Spein vist at denne oppfatningen ikke har rot i virkeligheten (5).

2002. Daværende helseminister Tore Tønne la fram dokumentet Mangfold og likeverd; Handlingsplan for helse- og sosialtjenester for den samiske befolkningen Norge 2002-05 (11). I denne handlingsplanen blir begrepet likeverdig tjeneste understreket i motsetning til lik tjeneste. Det er meget viktig forskjell i disse begrepene, og svært mange helsepersonell og helsetjenesteytere i Norge har dessverre ikke oppdaget denne forskjellen. En av kjerneverdiene i det norske samfunnet er likhet/egalitet. Likhet i helsetjenestetilbud gir slett ikke likeverdige helsetjenester til minoriteter fordi like tjenestetilbud oftest bygger på majoritetens behov og majoritetens vurderinger, og disse vil fort bli feilaktige i forhold til minoritetens egne vurderinger og de reelle behov. Selv om målsetningene og ønsket om likeverdige tjenester er ført videre i ulike politiske dokumenter (12,13), blir det ved fremleggelsen av statsbudsjettet hvert år fra Sametinget hevdet at satsingen for fremme av samisk språk og kultur stadig sakker akterut.

Samene som anerkjent urbefolkning i Norge har rettigheter som er nedfelt i Grunnloven, i internasjonale konvensjoner, sameloven og også i pasientrettighetsloven (1,14-17).

I pasientrettighetsloven § 3-1 gis alle rett til medvirkning i gjennomføring av helsehjelp og i § 3-5 blir det fastslått at informasjonen skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn

For å oppnå det gode og riktige politiske målet fra 2002 om likeverdige helse- og sosialtjenester for den samiske befolkningen, er det nødvendig med et løft for å øke bevisstheten om at samer trenger tilrettelagte tjenester. Disse skal være slik at språklig og kulturell kommunikasjon blir tillagt større vekt. I dag er det mange

diskriminerende strukturer som hindrer dette. Det er mangel på samiske tolker som kan tilkalles innen helsetjenesten, samisk-språklig helseinformasjon til barn, unge og gamle er nærmest fraværende, spesialisthelsetjenester som er i stand til å ivareta kulturelle aspekter i behandlingen av samiske pasienter, er organisert på en slik måte at de lett taper i kampen om de økonomiske ressurser (SANKS og Samisk spesialistlegesenter i Karasjok) (18,19).

Det er fortsatt mange, ja, kanskje flere og flere, samiske pasienter, både barn, unge, voksne og gamle som foretrekker å snakke samisk til behandlere, og svært mange har ikke gode nok norskkunnskaper til å uttrykke sine følelser og til å nyansere sin beskrivelse av symptomer på et fremmed språk. Det er nødvendig med større vektlegging av språklig og kulturell kommunikasjon i helsepersonellutdanningen og i etter- og videreutdanning av helsepersonell. Etter den store innvandringsbølgen fra 1986, begynte norsk helsetjeneste å få en viss bevissthet om at norsk ikke lenger dugde som eneste kommunikasjonsspråk. I løpet av de siste årene, med økende antall helsearbeidere med minoritetsspråklig bakgrunn og med til dels svært dårlige norskkunnskaper, har den norske befolkningen begynt å stille krav til at helsepersonell må kunne kommunisere på et forståelig språk. Dette savnet har vi samer kjent på i flere hundre år.

Litteratur:

1. A Guide to ILO Convention No 169: <http://www.galdu.org/govat/doc/ilomanual.pdf>
2. Sameloven § 2-6 : <http://www.lovdato.no/all/tl-19870612-056-002.html#2-6>
3. Sametinget: www.samediggi.no
4. Lars Beckman, Institutionen för medicinsk genetik, Umeå universitet, 1996; Samerna – en genetisk unik befolkning
5. Substance use behavior among ethnic diverse young people in North Norway in the 1990s. "The North Norwegian Youth Study": A cross-

cultural longitudinal study comparing smoking and drinking rates and patterns among young indigenous Sami and non-indigenous peers. AR Spein, UiT

6. Cancer among the Sami—a review on the Norwegian, Swedish and Finnish Sami populations. Hassler S, Soininen L, Sjolander P, Eero P: http://www.ijch.fi/show_issue.php?issue_id=3
7. Samisk helseforskning: http://www2.uit.no/ikbViewer/page/ansatte/organisasjon/hjem?p_dimension_id=88115&p_menu=42374&p_lang=2
8. Population Based Study of Health and Living Conditions in Areas with both Sámi and Norwegian Populations – The SAMINOR Study Eiliv Lund 1, Marita Melhus 1, Ketil Lenert Hansen 1, Tove Nystad 1, Ann Ragnhild Broderstad 1, Randi Selmer 2, Per G Lund-Larsen 2; International Journal of Circumpolar Health 66:2 2007
9. Ulike artikler om samisk helse: Int J Circumpolar Health 2008; 67(1): 1-160: http://www.ijch.fi/show_issue.php?issue_id=6
10. http://www.tidsskriftet.no/?seks_id=273380
11. Mangfold og likeverd: http://www.regjeringen.no/upload/kilde/shd/pla/2001/0001/ddd/pdfv/140454-mangfold_og_likeverd.pdf
12. St. meld. nr. 25(2005-06). Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer
13. St. meld. nr. 28 (2007-08) Samepolitikken
14. Barnas rettigheter : <http://www.e-pages.dk/grusweb/54/>
15. Grunnloven § 110a : <http://www.lovdato.no/all/nl-18140517-000.html>
16. Pasientrettighetsloven §§ 3-1,3-5: <http://www.lovdato.no/all/nl-19990702-063.html>
17. FN's konvensjon for sivile og politiske rettigheter (SP) av 16. desember 1966: <http://www.fn.no/FN-informasjon/Konvensjoner-og-erklæringer/Menneskerettigheter/FNs-konvensjon-om-sivile-og-politiske-rettigheter>
18. Samisk nasjonalt kompetansesenter - psykisk helse : <http://www.helse-finnmark.no/category10180.html>
19. Samisk spesialistlegesenter, Karasjok : <http://www.helse-finnmark.no/spesialistlegesenteret-i-karasjok/category1004.html>

Barnehelse i kommuner med samisk bosetning

I Norge har vi i dag 9 kommuner som er definert som „det samiskspråklige forvaltningsområdet“. Innen dette området har samisk og norsk lik status i den offentlige forvaltningen. Dette betyr bl.a. at helsetjenestene skal kunne gis på samisk til dem som ber om det.

AV STEFAN KUTZSCHE, REDAKTØR PAIDOS

Pr. i dag er samekommunene disse: Nesseby, Tana, Karasjok, Porsanger, Kautokeino i Finnmark, Kåfjord og Lavangen i Troms, Tysfjord i Nordland og Snåsa i Nord-Trøndelag. I disse flerkulturelle områdene bor det både norske, samiske, kvenske / finske barn. Noen barn snakker bare samisk hjemme, andre snakker både samisk og norsk eller bare norsk. Det finnes egne samiske barnehager, og på skolen har man i noen kommuner både samiske og norske klasser. Lov om helsetjenester i kommunene pålegger alle kommuner å utføre helsestasjons- arbeid og skolehelsetjeneste. Når det gjelder samiske barn er det viktig at disse tjenestene er tilpasset

både språklig og kulturelt. Likheter i helsetilbud for barn kan bety at tilbudet må utformes ulikt for å nå ulike etniske grupper.

Forskningen så langt har vist at det kun er små forskjeller i somatisk helse mellom samiske og norske barn. Det kan imidlertid være kulturelle forskjeller i oppfatningen av sykdom mellom den norske og samiske befolkningen, uten at dette foreløpig er dokumentert vitenskaplig. Det er forsket lite på samiske barns somatiske helse. For eksempel mangler det sammenliknende studier på prevalensen av fedme mellom norske og samiske barn (4).

Likheter i helsetilbud for barn kan bety at tilbudet må utformes ulikt for å nå ulike etniske grupper.

Når det gjelder ungdommer, har studier ikke kunnet påvise forskjeller i selvmordshyppighet blant samer og nordmenn (5,6). Samisk ungdom ser ut til å ha like god psykisk helse som norsk ungdom (3). Det er heller ikke påvist etniske forskjeller i risiko for alkohol og stoffmisbruk mellom samisk ungdom og ungdom med norsk bakgrunn (7).

Samisk barne- og ungdomspsykiatri

For å sikre den samiske befolkning en psykiatrisk helsetjeneste på sitt eget språk og tilpasset egen kultur, har man opprettet Samisk nasjonalt kompetansesenter – psykisk helsevern (SANKS) i Indre Finnmark, med filialer i lulesamisk og sørsamisk områder (hjemmeside: <http://www.sanks.no>). Avdelingen for barn



Cecilie Javo er spesialist i barne- og ungdomspsykiatri og arbeider ved Samisk Nasjonalt Kompetansesenter, psykisk helsevern (SANKS) i Karasjok. Siden 1984 har hun arbeidet ved BUP-Karasjok, de første ti årene som leder. Hun vært en sentral pådriver både i etableringsfasen og i oppbyggingen av institusjonen og av samisk psykisk helsevern generelt.

UiT - Senter for samisk helseforskning ble etablert i januar 2001 og ligger i Karasjok. Senteret skal drive tverrfaglig forskning på temaer knyttet til samisk helse. Senteret er organisert under Institutt for samfunnsmedisin ved Universitetet i Tromsø. Hjemmesidene er et godt utgangspunkt for å skaffe seg innsikt innen helsearbeid rettet mot den samiske befolkningen.

<http://uit.no/medsamisk/2011/>

og unge er en videreutvikling av BUP-Karasjok, som ble opprettet i 1984. Psykiske helsetjenester til minoritetsbarn i Norge, herunder samiske barn, er beskrevet i en fersk bok fra Universitetsforlaget (2).

SANKS- senteret tilbyr

- Kliniske barnepsykiatriske tjenester, med mulighet for innleggelse av samiske familier og ungdom fra hele landet til utredning og behandling
- Et samisk utdanningssenter innen feltet, med godkjent spesialistutdanning for alle faggrupper, hospiteringsplasser for fagfolk innen førstelinjetjenesten, praksisplasser for studenter, og med særskilt kompetanseoppbygging i transkulturell/samisk psykiatri
- Veilednings- og undervisningstjenester til førstelinjetjenesten og andre institusjoner som betjener samiske pasienter
- Forsknings- og utviklingsarbeid innen samisk psykiatri (egen FOU enhet)

Ved Universitetet i Tromsø utdannes idag flere samiske leger, og det ser ut til at rekrutteringen av samisktalende leger ikke vil bli noe problem i fremtiden. Å kommunisere kommer fra begrepet “communicare” som betyr „å gjøre felles“. At det utdannes helsepersonell med samisk språk- og kulturkompetanse øker muligheten for å gi et bedre helsetilbud til den samiske barnebefolkningen. “Respekten opprettholdes ved å snakke med og samhandle med barnet og foreldrene på en likeverdig måte... Kulturell fleksibilitet i møtet med brukernes behov vil fremme likeverdigheten.”(1)

Referanser:

1. Boine, E.M. (2010). Kulturorientert praksis - en veileder. Barnevernets Utviklingssenter i Nord-Norge, Universitetet i Tromsø
2. Javo, C. (2010). Kulturens betydning for oppdragelse og atferdsproblemer. Transkulturell forståelse. Veiledning og behandling. Oslo: Universitetsforlaget
3. Kvernmo, S.E., Johansen, Y., Spein, A.R., & Silviken, A. (2003). Ung i Sapmi. Helse, identitet og levekår blant samisk ungdom. Senter for samisk helseforskning, Institutt for samfunnsmedisin, Universitetet i Tromsø.
4. Nystad, T. A. (2010). A population-based study on cardiovascular risk factors and self-

reported type 2 diabetes mellitus in the sami population. The SAMINOR study. PhD thesis. Universitetet i Tromsø

5. Silviken, A. & Kvernmo, S. (2007). Suicide attempts among indigenous Sami adolescents and majority peers in Arctic Norway: Prevalence and associated risk factors. *Journal of Adolescence* 30 (4): 613-626
6. Silviken, A. (2009). Prevalence of suicidal behavior among indigenous Sami in northern Norway. *International Journal of Circumpolar Health* 68 (3):204-211
7. Spein (2008) Smoking, Alcohol and Substance Use. In: Young TK, Bjerregaard P., (eds.) *Health Transitions in Arctic Populations*. Toronto: University of Toronto Press, pp.205 -228.
8. Spein, A.R. (2007). Bruk av rusmidler blant samisk ungdom - myter og realitet. *Voksne for Barn*: 80-87.
9. Spein, A.R. Substance use among young indigenous Sami – A summary of findings from the North Norwegian youth study, *International Journal of Circumpolar Health*, 67, 124 - 136.

Takk til Tone Astrid Nystad, Anna Rita Spein og Anne Silviken for gode innspill og til Cecilie Javo for revisjon av manuskriptet.

Nye retningslinjer for gjenoppliving av nyfødte

18. oktober 2010 kom de nye ILCOR retningslinjene for gjenoppliving som avløser 2005 retningslinjene. Når det gjelder nyfødtretningslinjene er algoritmen stort sett som i 2005. Men man skal nå starte med luft til barn som er født til termin som trenger gjenoppliving. "For babies born at term it is best to begin resuscitation with air rather than 100% oxygen" (1). Hvis man trenger ekstra oksygen skal dette reguleres med en blander og oksygeneringen følges med pulsoksymeter.

AV OLA DIDRIK SAUGSTAD, PEDIATRISK FORSKNINGSPERSON, OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS

Dermed er et 30 år langt forskerprosjekt fullført (2). Skjønt helt ferdig er man ikke. I retningslinjene fra American Academy of Pediatrics (3) og det Europeiske Resusciteringrådet (4), velger man også en lav-oksygen tilnærming, men foreslår at man skal styre resusciteringen utfra pulsoksymetri. Spesielt de amerikanske grensene innebærer at enkelte terminbarn vil trenge noe oksygen de første minuttene etter fødselen.

I den siste meta-analysen i feltet, som inkluderte mer enn 2000 barn, ble det funnet en reduksjon i mortalitetet på ca 30 % (RR 0,69, 95% CI 0,54-0,88). Dette betyr at man på verdensbasis kan redde opp mot 300,000 barn (95% CI 460 000 -120 000) årlig ved å bruke romluft i stedet for 100 % oksygen. I Norge har man regnet ut at mellom 25 og 80 barn kan reddes årlig med dette nye behandlingsregimet (5). Debatten og forskningen de neste årene vil bli å finne den optimale oksygeneringen for svært for tidlig fødte barn.

avnavling er ukjent hos barn som trenger gjenoppliving.

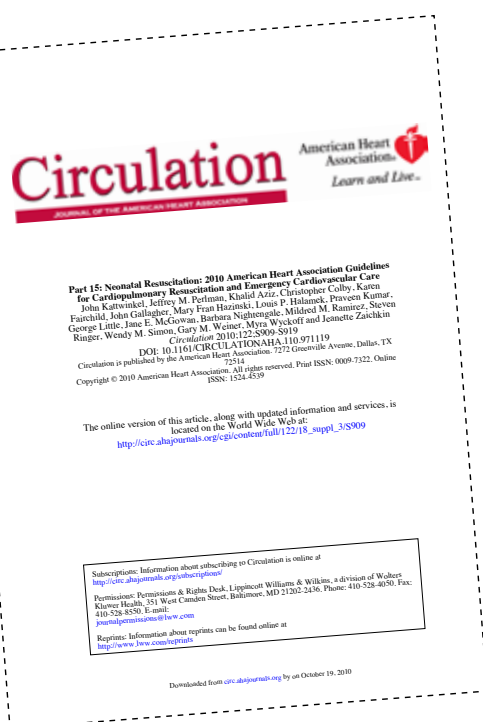
Referanser

1. Perlman JM, Wyllie J, Kattwinkel J, Atkins DL, Chameides L, Goldsmith JP, Guinsburg R, Hazinski MF, Morley C, Richmond S, Simon WM, Singhal N, Szlyd E, Tamura M, Velaphi S; Neonatal Resuscitation Chapter Collaborators. Part 11: neonatal resuscitation: 2010 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations. *Circulation*. 2010 Oct 19;122(16 Suppl 2):S516-38. PubMed PMID: 20956259.
2. Saugstad OD. Resuscitation of newborn infants: from oxygen to room air. *Lancet*. 2010 Jul 19. [Epub ahead of print] PubMed PMID: 20663546.
3. Kattwinkel J, Perlman JM, Aziz K, Colby C, Fairchild K, Gallagher J, Hazinski MF, Halamek LP, Kumar P, Little G, McGowan JE, Nightengale B, Ramirez MM, Ringer S, Simon WM, Weiner GM, Wyckoff M, Zaichkin J. Part 15: neonatal resuscitation: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*. 2010 Nov 2;122(18 Suppl 3):S909-19. PubMed PMID: 20956231.
4. Wyllie J, Perlman JM, Kattwinkel J, Atkins DL, Chameides L, Goldsmith JP, Guinsburg R, Hazinski MF, Morley C, Richmond S, Simon WM, Singhal N, Szlyd E, Tamura M, Velaphi S; Neonatal Resuscitation Chapter Collaborators. Part 11: Neonatal resuscitation: 2010 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science with Treatment Recommendations. *Resuscitation*. 2010 Oct;81 Suppl 1:e260-87. PubMed PMID: 20956039.
5. Haugen SA. Gjenoppliving av nyfødte termin- og prematurbarn. Hva vet vi om optimal FiO2? Studentoppgave, det Medisinske Fakultet, UiO, 2010

Andre viktige endringer i ILCOR retningslinjene er at man skal først og fremst bruke hjerteaksjon og respirasjon i den kliniske evalueringen. Vurderingen av farge går ut, da det har vist seg å være upålitelig, og det anbefales å bruke pulsoksymetri i stedet.

Hvis hjertekompresjon er nødvendig, skal kompresjon/ventilasjonsrate fortsatt være 3:1. Men hvis hjertestansen har en kardial årsak, kan man bruke en høyere ratio- uten at denne er nærmere spesifisert. Hypotermi skal vurderes for termin eller nær termin barn med moderat til alvorlig hypoksisk- iskjemisk encefalopati. Hvis man ikke har fått hjerteaksjon i løpet av 10 minutter kan man vurdere å stoppe resusitering.

Avnavling bør generelt skje etter minst 1 minutt, men det optimale tidspunktet for



Sør-Afrika 2010 – post fotball-VM

En måned etter suksessen med et fotball-VM, som pustet liv til nasjonal stolthet i regionen, var 4000 barneleger fra 150 land samlet til kongress i Johannesburg. Med et noe mer nøkternt budsjett enn de 25 milliarder kronene brukt på VM, sto fasilitetene på ingen måte tilbake for tilsvarende møtesteder med kortere avstand til vårt perifere hjørne. Motto for møtet – Simunye – ”vi er sammen” – beskriver godt både det multikulturelle vertslandet anno 2010 og en globalisert verden av medisinmenn.

AV KETIL STJØRDAL



Illustrasjonsfoto: Liv K. Norland

Pediatri er et ungt fag; i 1910 i Paris grunnla 16 europeiske land International Pediatric Association. Norge var med fra starten ved kollega Axel Johannessen, og 100-årsdagen ble behørig markert under møtet. Globaliseringen har i løpet av disse åra beriket foreningen i stor grad, med tyngdepunktet for lengst flyttet fra Vest-Europa til land der flertallet av klodens barn bor.

HVA ER EGENTLIG IPA?

I praksis er alle nasjonale barnelegeorganisasjoner tilsluttet IPA, det betyr nærmere 150 medlemsland. I tillegg har de regionale organisasjonene som den europeiske barnelegeforeningen egne representanter, i likhet med flere organisasjoner for subspesialitetene. Deltagelsen og engasjementet fra de enkelte land er i beste fall variabel, økonomien preges av at bare 7 av 10 land betaler medlemsavgiften på ca 10 NOK per lokale medlem. Som paraplyorganisasjon er mye av aktiviteten knyttet til kongressene, som holdes hvert 3. år.

IPA-kongressene har tradisjonelt ikke hatt kreditt som stedet med høyest faglig standard. Mange av delegatene ga uttrykk

Tusenårsmål nummer 4; å redusere barnedødeligheten med 2/3 før 2015, var hovedtema i flere av sesjonene.

for at dette er i forandring. Spesielt sesjoner om store internasjonale helseutfordringer og millenniumsmål hadde internasjonale toppnavn på talerlista. Parallell sesjoner med solide faglige bidrag innen ulike subspesialiteter gjorde også sitt til å gi et allsidig utvalg av tema. Det er grunn til å tro at en slik profil vil løfte kongressene også i framtida, slik at Vest-Europa blir sterkere representert enn tilfellet var i Johannesburg.

HØYDEPUNKT FRA MØTET

I åpningsseremonien, en livlig oppvisning i sørafrikansk folklore, holdt helseminister Aron Motsvaledi velkomsthilsen. Etter et drøyt år i stolen, har han tatt et helt annet grep om mor/barnhelse og HIV-epidemien enn sin beryktede forgjenger. Dr Motsvaledi er ingen stor folketaler, men mye ble sagt mellom linjene om forsømmelser som har gjort Sør-Afrika til en av taperne i arbeidet med å nå MDG4.

Graca Machel, menneskerettighetsaktivist og forkjemper for barns rettigheter i Afrika, dro de store perspektivene i åpningstalen neste dag. Forsamlingen var tydelig berørt da hun også omtalte det personlige engasjementet fra ”my husband, Madiba” – Nelson Mandela.

Tusenårsmaal nummer 4 – å redusere barnedødeligheten med 2/3 før 2015 – var hovedtema i flere av sesjonene. Land som har gjort store framskritt, Brasil og Malawi, ble trukket fram som forbilder med konkrete eksempler på hva som har gjort dette mulig. Brasil har allerede nådd målet, hovedsakelig gjennom tiltak for å jevne ut de store gapene mellom rike og fattige i tilgangen til helsetjenester. Fortsatt dør 8,8 millioner barn hvert år, og selv om konklusjonen åpenbart blir at målet ikke blir nådd globalt i 2015, er det betydelige framskritt som gir grobunn for optimisme på mange områder. Men i mange land i Afrika går det dessverre langsomt.

Nyfødtmedisin, med vinkling fra både rike og fattige land, ble gitt stor plass. Presentasjoner fra prof. Marlow av vesteuropeiske data ga stor kontrast til seminar ledet av Z Bhutta, om hjemmefødsler og best mulig helsetjeneste med desentraliserte helsetjenester. Det omfattende programmet fra AAP med Helping

Babies Breathe – en enkel algoritme for nyfødtriesuscitering – er et eksempel på at samarbeid mellom fagmedisinske foreninger og industri (i dette tilfellet vårt eget Lærdal Foundation) kan bety mye på grasrotnivå i fattige land.

Siste nytt innen forebygging av hiv-smitte til nyfødte hadde en egen sesjon, der bl.a. den vestlige modellen for spedbarnsernæring ved hiv med morsmelkerstatning endelig ble parkert. Amming er trygt når mor eller barn får antiviral behandling, og programmer som utsetter spedbarn for unødvendig risiko med flaskemelk er i ferd med å avsluttes. Da blir oppgaven å snu trenden med nedgang i amming sør for Sahara, som hiv-epidemien dessverre har ført til.

NORSK DELTAGELSE

Nordiske land var lite representert, men Norge var et hederlig unntak med 11 deltakere. Fem hadde egne presentasjoner, og Sverre Lie var ordstyrer ved en sesjon om onkologi. Kontakter ble knyttet med andre nasjonale foreninger, og vi hadde et uformelt møte om twinning mellom NBF og den nystartede barnelegeforeningen i Botswana.

IPA OG VALG

En nokså formell generalforsamling og valgsesjon ga en følelse av hvordan det indre liv i den olympiske komité må fortone seg: Vi som hadde stemmerett ble raskt identifisert og utsatt for en uvant pågående personlig valgkamp fra kandidatene, og invitert til cocktailparty holdt av kandidatene til å arrangere kongressen i

2016. Etter omkamp gikk Vancouver av med seieren, mens kongressen i 2013 foregår i Melbourne, Australia.

HVA ER GEVINSTEN?

Faglig var utbyttet av å delta på kongressen godt. Like viktig i slike sammenhenger er å møte kolleger og bygge nettverk. Simunye – at ”vi er sammen” med kolleger fra land med langt større manko på ressurser – er nyttig som en realitetsorientering og for å dra nytte av andres kunnskap. Utvilsomt har vi mye å lære av andre ved å holde kontakter også i andre retninger enn vest og nord. En nyttig påminnelse om hvordan vår ”vi vet best”- holdning kan bli oppfattet fikk vi et tydelig eksempel på i en sesjon om ”Training the global pediatrician”. En velment sammenslutning av pediatere fra 11 land møtes årlig – i nord – for å jobbe fram felles krav til læring og pensum for alle pediatere. Men med minimal representasjon sørfra fikk dette initiativet meget klare tilbakemeldinger: Kvalifikasjoner etter amerikansk pensum gir ikke nødvendigvis kompetanse til å jobbe hvor som helst, og kanskje skal ikke en afrikansk regional utdanning ha identiske utdanningsmål med Storbritannia?

Barnelegeforeninger i Canada og USA er eksempel til etterfølgelse i sine internasjonale engasjement. Norsk barnelegeforening er ikke liten i internasjonal sammenheng. Vi har en stor legetetthet i forhold til befolkningen. Initiativ over grensene bør derfor prioriteres høyt.

KURS I BERGEN

Barneklubben HUS 17-18. februar 2011

Barnemishandling/ omsorgsvikt og seksuelle overgrep:

Diagnostikk - Tverrfaglig samarbeid - Juridiske aspekter.

En praktisk tilnærming:

Opplæring i sporsikring. Bruk av kolposkop. Tolkning av radiologiske funn.

Dokumentasjon. Samarbeid barnevern og politi. Rettslige oppdrag.

Foreldrearbeid. Senfølger og psykologiske aspekter.

MSF India

I hjertet av India foregår en krig som verden ikke har hørt om. Her slåss Maoist-gerillaen mot den Indiske regjeringshæren, om Indias mest mineral rike og fruktbare områder. Staten heter Chhattisgarh og er en av de minst utviklede i India. Området er det mest beskogede området i hele India.

AV MONICA THALLINGER

Midt i konflikten står Adivasi befolkningen, Indias urbefolkning. De blir tvunget til å velge side i en brutal konflikt, nøytralitet er ikke eksisterende. De er avskåret fra statlige tilbud, som helse og skole. Området Bijapur er et sentralt område i konflikten og det er her frontlinjene møtes. Leger Uten Grenser (MSF) har vært tilstede i dette område i tre år. Først og fremst har MSF konsentrert seg om å nå den delen av befolkningen, som er avskåret fra offentlig helsetilbud, særlig kvinner og barn. Vi har derfor fem mobile klinikker i de indre jungel områdene. Disse områdene er ikke fremkommelige med bil, så vi går gjerne fra en til to timer gjennom jungelen for å komme frem. Vi er et team bestående av ca. 15 stykker og har med og det nødvendige av laboratorieutstyr, medisiner osv. Leger Uten Grenser er nøytrale. Vi tar ingen part i konflikten og vi er respektert av alle parter for jobben vi gjør. For ett år siden åpnet vi et lite sykehus i byen

Bijapur, Mother and Child Health Care Centre (MCHC). MCHC har 15 senger og er åpent 24/7, i tillegg er det daglig poliklinikk med laboratorie tilbud. Vi har tuberkulose program og driver vaksinasjons- og ernærings program. Hittill i år har vi hatt ca 400 innleggelser og 7000 polikliniske konsultasjoner på MCHC. Sykehuset tar i mot kvinner og barn. Vi er også i gang med å opprette en operasjonssal på lokalsykehuset slik at vi kan gjøre keisersnitt. Pr. i dag er nærmeste sykehus 4.5 timer unna og hver måned har vi kvinner og barn som dør i fødsel.

ET PAR PASIENTHISTORIER

Kajoni er ca 11 måneder gammel og hun har en tvilling søster. Familien hennes flyktet, for et par år siden, fra landsbyen i jungelen og de har de slått seg ned i Bijapur by. De bor i en av flyktningeleirene langs hovedveien. Kajoni begynte å bli svak rundt



seks måneders alder og mammaen tok henne med til en rekke tradisjonelle doktorer. Ingenting hjalp. Så kom hun til MCHC og ble tatt inn i ernæringsprogrammet fordi hun var underernært. Hun ble ikke bedre med spesiell mat (Plumpy Nut). Jeg så henne første uka jeg kom hit, i februar, og det var ikke tvil om at jenta var alvorlig syk. Hun veide 3.1 kg, var alvorlig underernært, hadde en vond hoven skulder og var veldig stiv i nakken. Hun oppførte seg heller ikke normalt. Hun ble lagt inn på dagen og det ble umiddelbart startet med å gi henne en spesiell ernæring for svært underernærte barn. Det ble gjort en spinal punksjon. Prøven fra ryggen viste, som fryktet, hjernehinne tuberkulose. Hjernehinne tuberkulose er svært skadelig og veldig mange av pasientene dør eller får varige men. Hun ble





Det er utrolig givende å se at man kan hjelpe en strengt trengende befolkning med enkle midler og hver dag hjelpe enkelt individer å overkomme sykdom, som er en del av deres kamp i hverdagen.



satt på daglig medisinen og injeksjon og hun ble snart bedre og bedre. Jeg har siden fulgt henne nesten en gang i uka, og har fått oppleve at jenta, som var døden nær har blitt frisk. Hun henger noe etter sin tvillingsøster ennå, er fortsatt svak i nakken og beveger ikke sin høyre arm mye, men øver på å gå, har oppdaget sin venstre arm og smiler som en solstråle!

Baby of Budri, eller som nå heter Arun, ble født i en flyktning leir langs veien. Han kom til oss da han var tre dager gammel fordi moren ikke klarte å amme ham og ikke hadde melk. Han veide bare 1.100 gram og var ganske syk da han kom inn. Han ble medisineret med antibiotika og det ble satt i gang ammetrening. I Leger Uten Grenser har vi et eget program for underernærte babyer. Vi gav ekstra spesiell ernærings melk (F100) og etter et par dager var han sterk nok til å amme mer. Vi gav ham alltid melk via en sonde festet på brystet, som et sugerør. På den måten får mor stimulert produksjon av brystmelk, samtidig som barnet får nok næring. Vi gav også mammaen spesiell proteinrik mat, ekstra vitaminer og jern. Gutten gikk opp i vekt og etter to uker kunne vi slutte helt å gi ekstra melk, han var fullammende. Nå



kommer han til kontroll en gang i måneden og sist jeg så ham, veide han nesten fem kilo og var en frisk fin gutt.

Dette er mitt andre oppdrag som barnelege med Leger Uten Grenser, forrige gang var jeg i Sierra Leone. På begge oppdragene har jeg fått jobbet direkte med pediatriske prosjekter, både som kliniker og administrator. Å jobbe med Leger Uten Grenser er ikke som å jobbe som barnelege hjemme. I tillegg til å praktisere som lege får man være med på å utvikle prosjekter fra bunnen av, ha ansvar for å sette ideene ut i praksis, veilede nasjonale ansatte, sørge for at pasientene får riktig behandling. Min jobb her er å være daglig leder for MCHC og se til at pasientene blir tatt godt vare på. Leger Uten Grenser har høy standard på medisinsk behandling og vi følger internasjonale protokoller. Jobben er en god miks av å være lege i ressurssvake områder og å drive prosessen i et prosjekt fremover. Det er utrolig spennende og lærerikt. Her i India har jeg fått oppleve hvordan det er å havne midt oppe i en epidemi. Jeg var med å etterforske flere diaré dødsfall i noen veldig avsidesliggende landsbyer. Dette resulterte i at vi avdekket en hel koleraepidemi. Dette var en spesiell erfaring for å behandle kolera er ikke dagligdags arbeid hjemme i Norge.

Leger Uten Grenser er kjent for å dra til konfliktområder og/eller til områder der befolkningen lider mest. Chhattisgarh er intet unntak. Man må være klar over risikoen når man reiser ut. Det tok meg noen måneder å bli vant med den store militære tilstedeværelsen, de skarpladde våpene, daglig sikkerhets oppdateringer og portforbud. Det er imidlertid utrolig givende å se at man kan hjelpe en strengt trengende befolkning med enkle midler og hver dag hjelpe enkelt individer å overkomme sykdom, som er en del av deres kamp i hverdagen.

Hvis du vil ha en spennende hverdag, hjelpe de som virkelig trenger det og ta i et tak, bli med Leger Uten Grenser!

Sepsis hos barn -kort fortalt

Artikkelen er tidligere publisert i Scandinavian Update Magazine - Skandinavisk akuttmedisinsk tidskrift. Gjengitt med tillatelse. www.scandinavian-update.org/magazine

Akutt alvorlig syke barn er blant de mest utfordrende pasientene man møter i den kliniske hverdag. Alvorlig sepsis og septisk sjokk er et ikke uvanlig sykdomsbilde hos akutt alvorlig syke barn uavhengig av underliggende sykehistorie eller skademekanisme. Dette er en kort omtale av alvorlig sepsis hos barn med fokus på den kliniske presentasjon og initial behandling, sistnevnte med hovedvekt på de sirkulasjonsforstyrrelser som oftest forekommer ved alvorlig sepsis og septisk sjokk. Omtalen er basert på forfatternes ringe erfaringer, samt en ikke-systematisk gjennomgang av litteratur, veiledere og lærebøker.

AV VIDAR STENSVÅG, PER BREDMOSE, GUNNAR BENTSEN, AVD. FOR ANESTESIOLOGI, OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS, RIKSHOSPITALET

UTVIKLING AV KLINISKE TEGN PÅ SEPTISK SJOKK

Sepsis er kort fortalt en inflammasjonsreaksjon "gone wild". Den har svært mange likhetstrekk med den vanlige fysiologiske respons på skader og infeksjoner, men skiller seg fra den ved ikke å avgrense seg til skadede organer. Dens vevsovergrepene natur er en vesentlig del av den patofysiologiske prosess ved sepsis, og gjennom denne både forårsakes og vedlikeholdes mange av de organfunksjoner som kan følge i dens kjølvann. Det er disse sviktende organfunksjoner som i all hovedsak er årsak til den morbiditet og mortalitet som fremdeles eksisterer ved et alvorlig septisk forløp.

Flere forfattere har tidligere vist viktigheten av tidlig aggressiv og systematisk behandling av sepsis, for på denne måten å unngå ytterligere forverring av organfunksjon(1, 2).

Det første budet for å kunne oppnå dette, er å tidlig gjenkjenne kliniske tegn på sepsis.

Det er av overordnet betydning at man kjenner til de vanligste forskjeller mellom barn og voksne i den tidlige fasen av sepsisutvikling, og at man har mot nok til å starte behandling på grunnlag av de mer subtile tegn som karakteriserer begynnende septisk sjokk hos barn. Ved å våge dette unngår man å kaste bort viktig tid på unødvendige diagnostiske prosedyrer, til fordel for tidlig oppstart av behandling(1).

Som hos voksne kan tidlig sepsis hos barn også være karakterisert av hyperdynamisk sirkulasjon(3). Dette innebærer redusert perifer motstand, høyt hjerte/minuttvolum og stor differanse mellom systolisk og diastolisk trykk. Dette kan gi seg utslag i tachykardi, tachypnè, kraftige pulsslag, normal til forkortet kapillær fylningstid, varme tørre ekstremiteter, og feber. Barns evne til å kompensere for intravaskulært volumtap er derimot som regel vesentlig større enn hos voksne. Dette innebærer at barns fremtoning i den tidlige fasen av sepsis ofte fremstår som mindre preget av disse klassiske sepsistegn enn voksne, og derfor også lettere blir oversett.

Barns evne til å kompensere volumtap med økning i slagvolum er aldersavhengig. Derfor er små barn mer avhengig av økt hjerterefrekvens og vasokonstriksjon for å kunne kompensere, enn tenåringer og voksne(4). Dette medfører at barn langt oftere enn voksne debuterer med tegn på redusert perifer sirkulasjon i form av forlenget kapillær fylningstid, kalde ekstremiteter, og redusert hudtemperatur(1, 4). Cenviva et.al. viste at tilnærmelesvis 60 prosent av barn med alvorlig septisk sjokk har lavt hjerte/minuttvolum med høy perifer motstand(5).

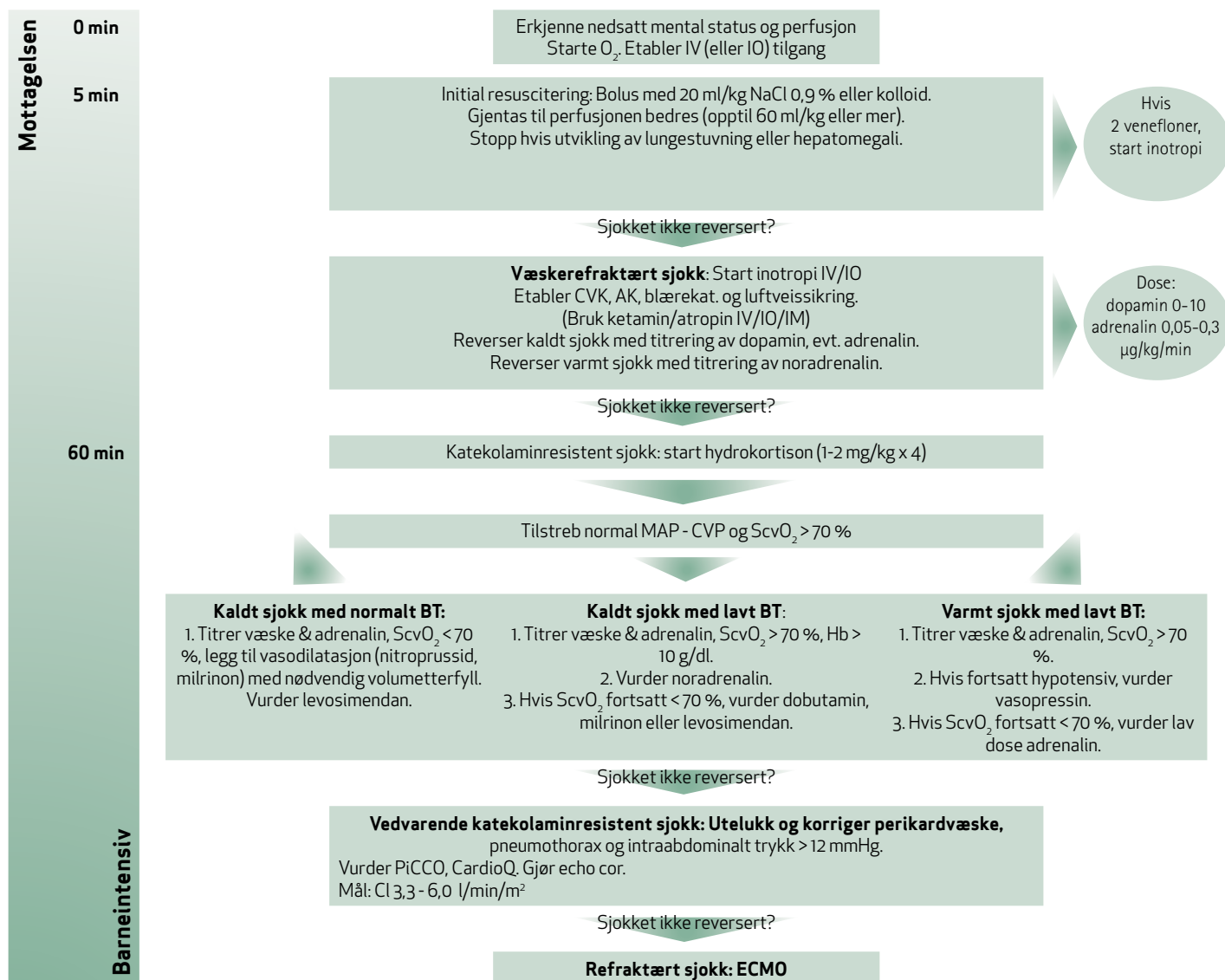
Som en konsekvens av de hemodynamiske forskjellene mellom barn og voksne, er også

overgangen fra de milde kliniske tegn i tidlig fase av sepsis til debut av tegn på alvorlig sepsis og septisk sjokk ofte raskere hos barn enn hos voksne. Barna presenteres derfor oftere enn voksne til helsevesenet først når sjokk er under utvikling, barnet har en dårlig kompensert hypovolemi, og er på vei over i en hypodynamisk sirkulasjonssvikt(4).

Respirasjonsfrekvensen kan være økt som følge av økt minuttventilasjon for å kompensere for metabolsk acidose(3). Dette kan være et tidlig og sensitivt tegn på sepsis, men spesifisiteten i dette funnet er begrenset, da barn oftere enn voksne har øket respirasjonsfrekvens av andre årsaker. I kombinasjon med andre funn som kan indikere metabolsk acidose eller andre kliniske tegn på sepsis, har det derimot en større verdi. Ved alvorlig acidose kan barn på tross av sterkt svekket bevissthet fremvise egenrespirasjon på grunn av denne kompensasjonsmekanismen(3).

Mange barn er irritable i den tidlige fasen av sepsis. Dette er dog også et lite spesifikt funn, da barn kan være irritable av mange årsaker. Om barnet derimot er irritabelt uten en åpenbar årsak, har hatt en markant endring av sin mentale status, fremviser en likegyldighet til sine omgivelser eller ikke lenger skiller mellom foreldre og andre fremmede personer, bør dette tolkes som et tidlig tegn på utvikling av alvorlig patologi hos barnet(4).

Behandlingsalgoritme ved septisk sjokk hos barn



Figur 1. Algoritmet er oversatt og gjengitt med tillatelse fra Brierley, J., J. A. Carcillo, et al. (2009). Crit Care Med 37^o: 666-688. I algoritmet anbefales intervensjon ved kapillærfyllningstid <2 sekunder, i motsetning til 5 sekunder som er brukt i definisjonene for forskning. Dette for å lettere kunne behandle sjokkutviklingen på et tidlig stadium, og slik redusere dødeligheten(Carvalho, W. B. (2009). Crit Care Med 37^o: 2324-2325).

Disse barna kan fremstå som grå og underperfunderede med svekket bevissthet, kalde ekstremiteter og forsinket kapillærfyllning, samt forskjeller i pulstrykk mellom perifere og sentrale deler av sirkulasjonssystemet (dårlig til ingen palpabel puls i a.dorsalis pedis og a.radialis, sammelignet med a.carotis og a.femoralis)(3). Synkende blodtrykk er sent funn hos barn, og svake sentrale pulser er derfor et alvorlig klinisk tegn.

I nærvær av enten hypotermi eller hypertermi hos barn er det kort fortalt spesielt viktig

å vektlegge kliniske tegn på inadekvat vevsperfusjon, i form av endring av bevissthetsnivå, forlenget (kaldt sjokk) eller forkortet (varmt sjokk) kapillærfyllning, kalde (kaldt sjokk) eller hyperemiske (varmt sjokk) ekstremiteter, og svekkede (kaldt sjokk) eller påfallende kraftige (varmt sjokk) perifere pulser(1, 4).

Fraværende eller redusert urinproduksjon siden sykdomsdebut, er også et tegn på redusert vevsperfusjon, mens hypotensjon ikke er ansett som nødvendig for diagnosen, da alle

de overnevnte kliniske tegn kan foreligge ved normalt blodtrykk hos barn i alle aldre.

En internasjonalt velrenommert algoritme for tidlig deteksjon og behandling av barn med septisk sjokk er vist i figur 1.

PRIORITERING OG INITIAL BEHANDLING

Like viktig som å oppdage og tolke disse tegn på tidlig septisk utvikling, er det at man fokuserer videre behandling mot å normalisere disse tidlige tegn på hypoperfusjon og sviktende organfunksjon gjennom aggressiv

væskerescusitering og bruk av vasoaktive medikamenter i en tidlig fase.

Væskerescusitering og initial vasoaktiv behandling

Man klarer sjelden å gi for mye væske initialt hos pasienter med septisk sjokk, men ved manglende respons på væsketilførsel over 60ml/kg bør man være liberal med oppstart av pressor og inotropi. Husk da at barn gjennom sin uttalte evne til vasokonstriksjon ofte allerede har forhøyet perifer motstand og av denne grunn redusert hjerte/minuttvolum.

I motsetning til voksne med septisk sjokk som ofte er vasodillaterede og av denne grunn trenger vasopressor tilskudd for å bedre perifer vasokonstriksjon, har barn i større grad behov for inotropisk støtte for å bedre hjertets pumpekraft og slik gjenopprette adekvat vevsperfusjon.

Da dopamin og adrenalin begge forsterker både hjertets pumpekraft og perifer vasokonstriksjon, anbefales de fremdeles som de primære vasoaktiva til bruk hos barn(1). Om man ikke klarer å normalisere de overnevnte kliniske tegn ved bruk av dopamin-infusjon, bør adrenalin være et tidlig alternativ til dopamin. Ved behov for inotropi og manglende sentravenøs tilgang, er det bedre å bruke disse infusjonene på perifere nåler, enn å la være(1). Andre muligheter for vasoaktiv terapi som noradrenalin, dobutamin, nitroprussid, milrinon etc. bør avventes inntil mer sentrale tilganger er etablert og behandlingsrespons bedre kan monitoreres. Dette innebærer i praksis overvåking og behandling i intensivavdelinger med kompetanse på behandling av kritisk syke barn. Forventes en slik utvikling bør man tidlig etablere kontakt med den mottakende avdeling, slik at barnet kan optimaliseres før transport, og videre overføres i en fase hvor det er stabilt nok for dette.

Intravenøse, intraossøse og arterielle tilganger

Som regel er både intravenøs og intraarteriell tilgang sterkt ønsket så tidlig som mulig. Dog er tilgangene vanskeligere å etablere hos barn enn hos voksne, og jo mindre barnet er, desto vanskeligere er vanligvis etableringen av innganger.

Hos alvorlig syke barn som er vasokonstringerte, bør man derfor være liberal med bruken av

intraossøs tilgang hvis man ikke får etablert intravenøs tilgang i løpet av to til tre forsøk.

For å oppnå adekvat infusjonshastighet, bør væsker gitt intraossøst infunderes under trykk. Man må videre være oppmerksom på lokal hevelse og ødem som tegn på dislokasjon av intraossøst kateter.

Videre etablering av arteriell og sentravenøse tilgang kan vente til initial behandling er startet, og pasienten forhåpentligvis er bedre kompensert.

Antibiotika, laboratoreprøver og blodkultur

Initial antibiotikabehandling varierer i litteraturen etter hvor de respektive studier er gjort. De regimer som refereres til i internasjonale artikler er vanskelig å overføre til norske forhold, da resistensmønsteret i andre land fremdeles er svært forskjellig fra Skandinavia. Det som derimot er mulig å enes om, er at empirisk behandling bør institueres tidlig, og dekke for de vanligste mikrobielle utgangspunktene (luftveier, gastrointestinaltraktus og urinveier). Derfor bør behandlingen i alle fall sikre en antibakteriell effekt mot Stafylokokker, gruppe A og B Streptokokker, Pneumokokker, E-Coli, Proteus og andre gram-negative tarmbakterier. Videre bør blodkulturer helst tas før oppstart av antibiotika for å sikre mulighet for mikrobiologisk diagnostikk. Selv om man i snitt kun får oppvekst i rundt 20% av alle blodkulturer hos voksne med sepsis, øker hyppigheten av oppvekst med alvorligheten av pasientens bakteriemi(3).

Ved alvorlig sepsis og hurtig progredierende forløp, som ved mistenkt meningokokkinfeksjon, har man i Norge fremdeles rutiner for prehospital oppstart av antibiotika (Penicilin G i.m./i.v.) ved transporttid til sykehus over 30min(6). Hyppigheten av meningokokkinfeksjon har falt betraktelig tilbake de senere år, blant annet som følge av bedret vaksinasjonsdekning. Av samme grunn er erfaringene med prehospital administrasjon av antibiotika også blitt færre. Like fullt illustrerer dette et viktig poeng, nemlig at antibiotika er den viktigste kausale behandling ved septisk sjokk, og at oppstart av denne ikke skal utsettes unødvendig så lenge andre vitale parametre er stabile nok til at antibiotika kan administreres.

I Norge er anbefalt empirisk antibiotikabehandling hos barn over 1mnd som følger⁷:

- Ampicillin 50mg/kg x 4 i.v.
- Gentamicin 7mg/kg x 1 i.v. over 30min.
- Ved nyresvikt: Cefotaxim 50mg/kg x 3-4 i.v. som monoterapi.
- Ved mistanke om intraabdominell årsak: tillegg av Metronidazol 7,5mg/kg x 3 i.v.
- Ved mistenkt kateter- eller annen stafylokokkinfeksjon: tillegg av Kloxacillin 50mg/kg x 4 i.v.

Hos immunkompromitterte barn bør man være ekstra oppmerksom på mindre virulente bakterier som *Pseudomonas Aeruginosa*, og *Pneumocystis Carinii*, i tillegg til evt. systemisk *Candida* infeksjon eller Herpes Simplex infeksjon. Av denne grunn bør man være liberal med endringer i antiinfektivaregimet slik at også disse dekkes for.

KONKLUSJON

En strukturert og trinnvis fremgangsmåte tilsvarende den som er gjengitt i figur 1, er et godt utgangspunkt for tidlig og effektiv behandling av septiske barn. Vi anbefaler derfor at man etablerer en tilsvarende algoritme, eventuelt med lokale tilpasninger, og at alle som bistår i behandlingen av det syke barnet kjenner til dette. Vi er av den oppfatning at dette vil kunne bidra til mer fokusert behandling tidlig, og en mindre kaotisk behandlingssituasjon underveis.

Referanser

1. Brierley, J., et al., Clinical practice parameters for hemodynamic support of pediatric and neonatal septic shock: 2007 update from the American College of Critical Care Medicine. *Crit Care Med*, 2009. 37(2): p. 666-88.
2. Rivers, E., et al., Early goal-directed therapy in the treatment of severe sepsis and septic shock. *N Engl J Med*, 2001. 345(19): p. 1368-77.
3. Pomerantz, W.J.e.a. Septic shock: Initial evaluation and management in children. *Uptodate.com* 2010 (cited).
4. Carcillo, J.A. and A.I. Fields, Clinical practice parameters for hemodynamic support of pediatric and neonatal patients in septic shock. *Crit Care Med*, 2002. 30(6): p. 1365-78.
5. Ceneviva, G., et al., Hemodynamic support in fluid-refractory pediatric septic shock. *Pediatrics*, 1998. 102(2): p. e19.
6. Terje Alsaker, H.R., Meningokokksepsis, in *Metodebok i akutt pediatri*, N. barnelegeforening, Editor. 1998.
7. Tore Abrahamsen, T.A., Sepsis med ukjent utgangspunkt i *Metodebok for akutt pediatri*. 2007, Norsk Barnelegeforening.

MR forskning blant palmer og hula-hula på Hawaii

Artikkelforfatteren fikk høsten 2009 og våren 2010 anledning til å tilbringe totalt 7 måneder i Honolulu på øya Oahu, Hawaii som en del av et forskningssamarbeid mellom University of Hawaii og NTNU. Det ble et lærerikt og opplevelserikt opphold i et sydhavsparadis.

AV JON SKRANES, PROFESSOR I, INSTITUTT FOR LABORATORIEMEDISIN, BARNE- OG KVINNESYKDOMMER, NORGES TEKNISK-NATURVITENSKAPELIGE UNIVERSITET, TRONDHEIM

Vulkanøygruppen Hawaii oppsto da toppene av vulkanene i verdens største underhavs-fjellgruppe nådde havoverflaten midt i Stillehavet og dannet dermed øygruppen for mange tusen år siden. En regner at den yngste, største og sørligste av øyene – Big Island – oppsto for ca 1 million år siden. Øygruppen Hawaii består av over 130 større og mindre øyer som har en utstrekning på til sammen 1600 miles, dvs. like langt som halvveis på tvers over det amerikanske fastlandet. Hawaii, som tidligere var et kongedømme, ble innlemmet som den 50. amerikanske staten i 1959. Øygruppen består av 8 større øyer: Niihau, Kauai, Oahu, Maui, Molokai, Lanai, Kahoolawe og Big Island of Hawaii.

Hawaii er det mest isolerte bostedet på jorda regnet i avstand til andre landområder, der det ligger midt ute i Stillehavet ca. 5 1/2 timers flytid fra Los Angeles eller San Francisco. Den eneste storbyen på Hawaii er Honolulu på øya Oahu, som bosetter $\frac{3}{4}$ av øygruppas 1.2 millioner innbyggere – ca 400 000 av disse bor i Honolulu.

Bakgrunnen for oppholdet på Hawaii var forskningen vår ved Institutt for laboratoriemedisin, barne- og kvinnesykdommer ved NTNU. Artikkelforfatteren leder sammen med professor og barnelege Ann-Mari Brubakk

en relativt stor tverrfaglig sammensatt forskergruppe som studerer hjerneutvikling ved avanserte MR metoder og kliniske funksjoner i et livsløpsperspektiv hos barn, ungdom og unge voksne som er født med lav fødselsvekt, spesielt for tidlig fødte barn. I denne forskningen har vi et nært samarbeid med professor Anders Dales gruppe ved University of California i San Diego, og det var Dale som tipset oss først om å starte et samarbeid med gruppa til professor Linda Chang ved University of Hawaii i Honolulu. Jeg tok så kontakt med prof. Chang, som var veldig interessert i et slikt samarbeid, og etter et besøk på Hawaii i februar 2009, ble det avtalt at jeg skulle komme tilbake for et lengre opphold høsten 2009 og våren 2010. Dette var ledelsen ved instituttet ved NTNU også positive til, slik at jeg kunne begynne å planlegge turen. Det måtte blant annet skaffes de nødvendige papirer som inkluderte et såkalt J1-visum som "visiting researcher" i USA. Dette var en relativt møysommelig prosess, og jeg vil anbefale alle som tenker på et forskningsopphold i USA, om å starte disse prosessene tidlig.

Jeg dro sammen med kona Lisbeth, som hadde fått permisjon fra sin jobb i Trondheim, i midten av september 2009 til Honolulu etter en "voksen" flytur på 25 timer med mellomlandinger i London og Los Angeles. Etter en uke på hotell, flyttet vi så inn i en fin liten leilighet i et 45 etasjers tidligere hotell (The Windsor) i Ala Moana, som ligger som



Queen's Medical Hospital i Honolulu, Hawaii. Er det noen andre sykehus i verden hvor man blir møtt med hula-hula musikk og ukulelemusikanter (pasienter?) i vestibulen?



Den "norske" gruppa sammen med forskningslederne på Hawaii. Fra venstre Jens Christensen (ektefelle til Gro), nevropsykolog og phd-student Gro C Løhaugen, professor Linda Chang, professor Thomas Ernst, Lisbeth og Jon Skranes.



Oppstilling for fotografering etter en vellykket havfisketur som resulterte i flere flotte eksemplarer av Mahi-mahi (også kalt dorado eller dolphin fish), som er en skikkelig fighter og en utmerket matfisk. Professor Anders Dale, University of California, San Diego, som er en verdenskjent MR forsker, står helt til høyre på bildet.

inngangsport til det fasjonable Waikiki-området med alle hotellene og den berømte badestranda. Siden leiligheten vår lå kun 10 minutters spasertur gjennom Ala Moana Beach Park til Magic Island med nærmeste badestrand, ble dette den faste morgenrutinen med morgenbad i lagunen og deretter kaffe og forkost på benken i parken før dagens jobbing.

Professor Linda Chang, som er nevrolog, leder sammen med sin mann – professor Thomas Ernst, som er fysiker og MR.ekspert, University of Hawaii Neuroscience and MRI Research Program (http://hawaii.edu/mri/home_v6.htm), som består av en forskningsgruppe på ca 25 personer. Forskergruppen er en enhet under John A Burns School of Medicine (JABSOM), University of Hawaii og er lokalisert i en egen fløy på sykehuset Queen's Medical Center i downtown Honolulu. Her disponerer forskergruppa en egen 3Tesla MR maskin, og interesseområdene innen forskning inkluderer klinisk og bildemessig oppfølging av spedbarn, større barn og unge som har vært utsatt for metamfetamin ("Ice") i svangerskapet, barn som er behandlet for akutt lymfatisk leukemi, ungdom som misbruker marihuana eller cannabis, voksne metamfetaminmisbrukere, og voksne med HIV/AIDS. I tillegg driver gruppa med metodeutvikling innen MR, for eksempel såkalt "motion tracking"-forskning for å redusere effektene av bevegelsesartefakter i

bildene. Alle avanserte MR metoder er i bruk i forskningen (Morfometrisk 3D-MRI, fMRI, MR spektroskopi og DTI), og for tiden er gruppa involvert i 16 ulike oppfølgingsprosjekter.

Det var derfor en svært kompetent og produktiv forskergruppe som artikkelforfatteren kom til. Hva kunne så jeg bidra med? I løpet av oppholdet på Hawaii startet gruppa to nye prosjekter som var særlig interessante for meg. Det ene var et samarbeidsprosjekt med DTI-gruppa til professor Susumo Mori ved Johns Hopkins University i Baltimore. Denne gruppa har utviklet et automatisert DTI-atlas for nyfødte barn, som de nå ønsket å teste ut på for tidlig fødte barn. Siden prof. Changs gruppe på Hawaii var kjent for sin MR forskning på spedbarn, var gruppa fra Baltimore interessert i MR-bilder fra spedbarn på Hawaii. Det andre prosjektet som ble startet opp, var den såkalte PING-studien - Creating a Pediatric Imaging-Genomics Data Resource; PING (Pediatric Imaging Neurocognition & Genetics) Study. Dette er et multisenterprosjekt hvor en totalt ønsker å undersøke 1400 barn og unge (3-20 år) med avanserte MRI teknikker, gjøre kliniske tester (NIH toolbox) og screening av gener fra spyttprøver, blant annet for å studere geners betydning for normal hjerneutvikling. Dette var forskningsområder hvor jeg følte meg mer på hjemmebane, og siden Prof. Chang heller ikke hadde noen barnelege i gruppa si, kunne jeg

bidra med en del kompetanse. Etter hvert fikk vi på Hawaii også besøk av en av mine phd-studenter fra NTNU, nemlig nevropsykolog Gro Christensen Løhaugen, som til vanlig er ansatt ved Barnesenteret, Sørlandet sykehus i Arendal. Hun og ektefellen bodde i Honolulu fra desember 2010 og i 6 måneder, slik at hun i tillegg til å jobbe med sin doktorgrad også kunne bidra med fagkompetanse i forskningsprosjektene til professor Linda Chang.

Spedbarna ble undersøkt klinisk før MR undersøkelsen, og basert på de standardiserte nevrologiske undersøkelsene utarbeidet av barnelege Amiel-Tison fra Paris, lagde jeg et skåringsskjema som vi nå begynte å bruke på barna slik at vi også kunne få ut en klinisk nevrologisk skåre, både ca ved terminalder, og ved undersøkelsene etter 1 og 2 måneder.

I tillegg innførte vi Movement-ABC testen som den motoriske undersøkelsen i PING-studien, og nevropsykolog Løhaugen ga forskerne på Hawaii opplæring i ulike kognitive og nevropsykologiske tester, blant annet Wechsler-testene. Dette ble tatt godt i mot av gruppa til professor Chang, og en rekke studenter, post doc'er og noen leger ble opplært i disse testene.

Ved NTNU hadde vi akkurat avsluttet et prosjekt med bruk av et databasert program for arbeidsminnetrening (Cogmed Robomemo)



"Stand-up paddling" på Waikiki med fjellet og landemerket Diamond Head i bakgrunnen. Badetemperaturen lå på ca 25 grader, mens en mer eller mindre konstant havbris (Trade wind) hindret at det ble for varmt i lufta.



På toppen av takterrassen til huset som vi bodde i, med flott utsikt mot Downtown Honolulu.



Artikkelforfatteren og Lisbeth Skranes under et besøk ved Kukaniloko sine mer enn 80 hellige "fødselssteiner" (the Royal Birthing Stones) sentralt på øya Oahu. Helt fra 1200-tallet og i 7 hundreår var dette stedet hvor kvinnene i kongefamilien og andre høytstående familier fødte sine barn. En fødsel på Kukaniloko ble bevitnet av 36 høvdinger og sikret barnet høy status og alle privilegiene som fulgte med dette. Et barn som ble født slik, ble kalt he ali'i, he akua, he wela – en høvding/sjef, en gud, en lyskilde.

hos en gruppe 14 åringer med ekstremt lav fødselsvekt (ELBW). Prosjektet hadde vist at disse 14-åringene profitterte på treningen og at et slikt program kan ha stor nytteverdi for prematurt fødte barn med kognitive vansker eller spesifikke hukommelsesvansker (Løhaugen GCC et al. Computerized working memory training improves function

in Extremely Low Birth Weight (ELBW) adolescents. Journal of Pediatrics in press 2010). Vi foreslo derfor at dette programmet burde forsøkes på noen av pasientgruppene til Professor Chang. Dette syntes dr Chang var en god ide, og det pågår derfor nå et slikt prosjekt hvor førskole- og skolebarn som har vært utsatt for metamfetamin i svangerskapet, og voksne med HIV demens trener med programmet. Dersom resultatene av dette forprosjektet er positivt, er det aktuelt å sende inn en søknad om midler til et større prosjekt som inkluderer flere pasientgrupper som skal trene arbeidsminne.

Det var således mye interessant forskning som pågikk på Hawaii under oppholdet der, og det ble lange arbeidsdager da både Linda og mannen Thomas var skikkelig arbeidsnarkomaner uten barn som tilbrakte både kvelder og helger på jobb i tillegg til "vanlig" arbeidstid. I tillegg ble en del av MR aktiviteten gjort i helgene da dette også ofte var tidspunkt som passet best for foreldrene til barna i de ulike studiene.

Fikk vi så ikke tid til å nyte livet på Hawaii? Jo da, det ble nok av tid til å utforske både øya Oahu og noen av de andre Hawaii-øyene. Vi leide bil og kjørte øya på kryss og tvers – besøkte buddhistiske templer og gamle kongepalasser, var på verdens største ananasplantasje – Dole, men den viktigste fritidsbeskjeftigelsen var selvsagt å nyte bade- og solemulighetene. Oahu har fantastiske strender, blant annet verdensberømte Waikiki, men også en rekke andre strender som lå beskyttet av korallrev. To av favorittene ble den fantastiske stranda Lanikai på østkysten av øya og undervannsreservatet og snorkleeldoradoet Hanauma Bay på sørspissen.

I tillegg ble det som sagt morgenbad på Magic Island nesten daglig og kveldsbad i bassenget i leilighetskomplekset. Surfing måtte også forsøkes og etter en opplæringsstime med personlig instruktør var det faktisk mulig å komme seg opp i stående stilling og surfe innover på bølgene. GØY! Vi var også ute på havfiske og dro opp noen flotte 12-14 kilos eksemplarer av Mahi-mahi, som vi grillet og spiste etterpå. Etter hvert fikk vi også besøk av venner og familie fra Norge, og med tiden

ble vi rimelig erfarne turistguider på øya. Leiebiloperatøren tjente god penger på oss. I tillegg har Oahu et utmerket kollektivtilbud med bussruter som går rundt hele øya.

Hva kunne så Hawaii tilby en ektefelle i en uvant "hjemmeværende" rolle? Vel, kona som ikke liker å ligge og dra seg på stranda hele dagen, meldte seg raskt på diverse kurs og hadde etter kort tid fylt opp dagene med hula-hula-dansing, ukulelespilling og ulike litografikurs på Honolulu Academy of Art. En dag i uka deltok hun i sortering og utdeling av mat til de fattige på øya. På denne måten ble hun kjent med masse ulike folk, og hun stortrivedes under hele oppholdet på Hawaii. I tillegg gikk vi mye turer, badet masse og trente regelmessig i trimrommet i huset hvor vi bodde. Vi unngikk feit mat, spiste mye sjømat (kjempegod sushi!), salater og frukt. På den måten kom vi oss i bedre form og fikk faktisk også av noen overflødige kilo under oppholdet! Det pleier ikke å være lett når man er i USA. Vi fikk da også raskt tilnavnet "The crazy Norwegians" siden vi stadig gikk til fots i stedet for å ta bil og buss. En tur opp på toppen av vulkanen Koko Crater på sydøstspissen av øya var også bra trening, selv om vi fikk betale med støle bein i flere dager etterpå.

Alt i alt hadde vi et fantastisk opphold på Hawaii, som må være et av de vakreste stedene på jorda. Det å kunne gå i kortermet skjorte hver eneste dag, kun bruke paraplyen to ganger i løpet av 7 måneder, og ta regelmessig morgenbad var fantastisk. Vi vil opprettholde kontakten med forskningsgruppa til professor Chang og har allerede planlagt nye besøk. I tillegg har vi skapt nye samarbeidsrelasjoner med andre sentra i USA, som vil kunne ha stor nytteverdi for forskningsaktiviteten vår ved NTNU.

Feldscherere i kamp mot barnedødelighet i Russland

Barnedødelighet i Russland skyldes i 40-50 prosent respirasjonssvikt, infeksjons- og parasitære sykdommer og traumer. Et sammenlikbar estimat for de vestlige land og USA ligger mellom 4 og 17 prosent. Mortaliteten varierer fra region til region. Forholdene i det sentrale og nordlige europeiske Russland er sammenlikbar med tallene fra det øvrige Vesteuropa. Uralstatene, Vestbibir og Volgaregionen har høyere barnedødelighet. De høyeste tallene er fra Nord-Kaukasus, Østsibir og fjerne Østen. Autonome republikker som Kalmykia, Tsjetsjenia, Ingushetia, Dagestan, og Tuva har de høyeste tall for barnedødelighet grunnet politisk uro og vedvarende kriger som danner grunnlaget for den eksisterende sosiale og økonomiske krisen. I tillegg er helseomsorgen dårlig utbygd og den hygieniske standarden mangelfull. Sammen med en omfattende miljøforurensing påvirker alle disse faktorer helsen til mødre og deres nyfødte barn i en negativ retning.

AV JULIA FERKIS, INTERNASJONAL SEKSJON, DET MEDISINSKE FAKULTETET, UNIVERSITETET I OSLO
OG STEFAN KUTZSCHE, REDAKTØR PAIDOS



Feldscher før 1900. Franz Anton Maulbertsch 's "The Quack.. Kilde: Wikipedia

FELDSCHER

Ordet feldscher er av tysk opprinnelse. Det er slik man kalte militærlegene som behandlet de sårede under krigshandlingene. Dagens feldscher i Russland arbeider i ambulansetjenesten, ved de såkalte feldscher-fødestasjoner, i store bedrifters førstehjelpstjeneste, på båters/togers/flyplassers førstehjelpstjeneste og i det militære. Om nødvendig, kan en feldscher erstatte provinslegen.

Feldscheren har ingen høyere utdanning men en yrkesrettet helsefaglig utdanning og praksis. Feldscheren kan stille diagnoser og kan behandle pasienter selvstendig eller henvise dem til spesialist. En feldscher har også rett til å skrive ut resept. Imidlertid, det er kun i nødtilfeller at en feldscher får lov til å skrive ut sykeattest. Men på steder utenom allfarvei er det liten forskjell mellom en feldscher og en distriksterapeut (lege) eller ambulanselege. En feldscher som jobber innenfor ambulansetjenesten er ansvarlig for alt arbeide i teamet, i et team med leger er han/hun imidlertid underlagt den kvalifiserte legen.

I 2006 deltok forfatterne i et besøk av et feldscher- og medisinsk senter i Saratov distriktet ved Volga. Senteret hadde tre ansatte; feldscheren (lederen), en barnelege og en sykepleier. Stasjonen, som de øvrige feldscher stasjoner, hadde også ansvaret for



Feldscher- og Medisinsenter i Saratov distriktet/Volga.
Øverst t.h.: Fra venstre til høyre; feldscher, barnelege, sykepleier ved helsesenteret i Saratov distrikt
Nederst t.h.: Over 10 millioner russere lider av hepatitt B. Alle foto: Paidos 2006

mødre og barn i distriktet. Barnelegen var en erfaren og pensionert pediater som hadde avtale om å fortsette sitt virke på senteret, men var underlagt feldscheren både administrativt og faglig. I Russland har barneleger en egen utdanning som skiller seg ut fra den generelle medisinerutdanningen. Barneleger har ikke autorisasjon som generell lege og mangler generell medisinsk kompetanse i voksenmedisin. Derfor er barnelegen underlagt feldscheren.

En feldscher følger opp gravide under normal graviditet og henviser kvinner i risikogruppen til sykehus eller spesialist. Deres primær oppgaver er ganske lik til våre distriktjordmødres. I førstelinjetjenesten består hovedoppgavene i spedbarnsoppfølging og gjennomføring av vaksinasjonsprogrammet. I dette tilfelle er deres oppgaver like til våre helsesøstre. Feldschere er også ansvarlige for organiseringen av førstehjelp i distriktene.

FELDSCHER FRA 1800 TALLET TIL IDAG

En feldscher arbeidet opprinnelig som medisinsk assistent underlagt legen i sykehus eller i det militæret. Feldschere var ikke autorisert i å behandle pasienter alene, men kunne yte helsehjelp ved akutt sykdom og skade før legen kom. De kunne foreta behandling

under legens overoppsyn som bandasjering, tannekstraksjon, resuscitering, reponering av brudd, gjennomføre vaksinasjoner, tilberede medisiner etc. De fikk også anvende noen medisiner som var klassifisert som "husmidler".

I det 19. århundre fikk feldscheren en betydelig rolle i Russlands helse- og omsorgssystem i distriktene. Mange feldschere arbeidet nå selvstendig i utkantdistriktene i mangel på kvalifiserte leger der. Tvunget av forholdene med manglende dekning av helsetjenester ble denne ordningen etterhvert godkjent av det offentlige lovverk. Allerede på 1870 tallet ble det innrettet feldscherskoler for å løfte feldscherens kvalifikasjoner. Ved inngangen av det 20 århundret hadde så standarden av feldschere og feldscher-jordmødre økt betraktlig. I 1914 var det over 20.000 sivile feldschere i Russland. De fleste arbeidet i distriktene men 1/3 del var ansatt i sykehusene i byene, på jernbanelinjen, i skoler eller fabrikker. 1891 ble det første nummeret av bladet "Feldsher" utgitt for å markere fødselen av en egen profesjon. Fra 1906 organiserte de seg i den "Nasjonale Unionen for Legeassistenter" og ga ut tidskriftet "The Feldsher Herald". Etter 1918 ble Unionen oppløst og medlemmene meldte seg inn

i den „Industrielle Medisinske Unionen“ (Vsemediksantrud).

Sovjetregimet stanset opplæringen av nye feldschere i 1924, og fokuserte mer på jordmor- og sykepleierutdanningen. Feldschertrening ble gjenopptatt i 1937. Idag fortsetter feldschere å være en viktig helsefaglig hjelpegruppe og ressurs i Russland. Med ett til to års helsefaglig utdanning kan de utføre primærbehandling, fødselshjelp og arbeide i landsbyer uten legedekning. Idag er det 400.000 feldschere i Russland, over halvparten er kvinner. De utgjør en viktig ressurs i kampen mot barnedødeligheten i Russland.

Litteratur

1. Ramer, S. C. (1976). "Who Was the Russian Feldsher?" *Bulletin of the History of Medicine* 50:213-225.
2. Ramer, S. C. (1996). "Professionalism and Politics: The Russian Feldsher Movement, 1891 - 1918." In *Russia's Missing Middle Class: The Professions in Russian History*, ed. H. D. Balzer. Armonk, NY: M. E. Sharpe.

Aldersbestemmelse av mindreårige asylsøkere

Aldersbestemmelse av mindreårige asylsøkere ved tannundersøkelser og røntgen skjelettalder er en problemstilling med flere viktige og vanskelige aspekter, med hensyn til metodikk, etikk, legers samfunnsansvar og ivaretagelse av barns spesielle rettigheter og behov. Etter initiativ fra NBF, via Legeforeningens utvalg for menneskerettigheter, har problemstillingen vært behandlet i Legeforeningens sentralstyre, til å gjelde hvorvidt norske leger bør delta i aldersvurdering av mindreårige, enslige asylsøkere basert på røntgen av håndrot. Legeforeningens underforeninger ble invitert til å uttale seg gjennom en høring, før sentralstyret i september fattet sitt endelige vedtak i saken. Konklusjonen fra sentralstyret sammenfaller med NBFs standpunkt: Dette er arbeid som norske leger ikke bør delta i.

AV ELLEN ANNEXSTAD, NORSK BARNELEGEFORENING

ALDERSBESTEMMELSE AV MINDREÅRIGE ASYLSØKERE

Aldersbestemmelse av mindreårige asylsøkere ved tannundersøkelser og røntgen skjelettalder er en problemstilling med flere viktige og vanskelige aspekter, med hensyn til metodikk, etikk, legers samfunnsansvar og ivaretagelse av barns spesielle rettigheter og behov. Etter initiativ fra NBF, via Legeforeningens utvalg for menneskerettigheter, har problemstillingen vært behandlet i Legeforeningens sentralstyre, til å gjelde hvorvidt norske leger bør delta i aldersvurdering av mindreårige, enslige asylsøkere basert på røntgen av håndrot. Legeforeningens underforeninger ble invitert til å uttale seg gjennom en høring, før sentralstyret i september fattet sitt endelige vedtak i saken. Konklusjonen fra sentralstyret sammenfaller med NBFs standpunkt: Dette er arbeid som norske leger ikke bør delta i.

ENSLIGE, MINDREÅRIGE ASYLSØKERE I NORGE

Det er viktig for myndighetene å kunne avgjøre om en asylsøker er under 18 år, da mindreårige har særskilte rettigheter i henhold til FNs Barnekonvensjon. Barneperspektivet skal stå sentralt i vurderinger om beskyttelsesbehov og menneskelige hensyn, og man skal ta hensyn til at barn er mer sårbare enn voksne. Barn har krav på rask og prioritert saksbehandling. Mindreårige kan ikke sendes ut av Norge til

tross for avslag på asylsøknad, dersom man ikke kan sikre seg at de tas imot i hjemlandet av egnede omsorgspersoner. Ungdom mellom 16 og 18 år skal skjermes i egne mottak. Barn under 16 år skal plasseres i sentre under Barnevernets omsorg og med særskilte rettigheter som følger av dette. Om søkeren er yngre enn 15 år eller mellom 16 og 18 år har også konsekvenser for muligheten for permanent opphold etter oppnådd voksen alder og for muligheten til å søke om familiegjennforening

I 2009 opplevde Norge en kraftig økning i antall asylsøkere. Blant disse var det 2500 personer som oppga at de var under 18 år og som kom til Norge uten følge av foresatte, en økning på 76% fra 2008. De fleste av disse er gutter i alderen 15-18 år fra Somalia, Afghanistan og Eritrea. Ifølge Justis- og politidepartementet er det tvil om alder i rundt 80 % av sakene til asylsøkere som oppgir å være mindreårige. I rundt 20 % av disse sakene oppjusteres alder som følge av aldersundersøkelse.

Sammenfallende med ny utlendingslov fra januar 2010 og innstramming av norsk asylpolitikk, er antallet nye asylsøkere til Norge kraftig redusert i 2010. Den største nedgangen finnes blant enslige mindreårige asylsøkere. I denne gruppen var det ved utgangen av september kommet 623 personer, mot 1944 i samme periode i 2009. Fra myndighetenes

side antar man at deler av årets nedgang skyldes en smitteeffekt, der pådrivere bak unge, urettmessige asylsøkeres reise til Norge har forstått konsekvensene av myndighetenes innstramninger.

DAGENS PRAKSIS FOR ALDERSBESTEMMELSE

Røntgen skjelettalder basert på Greulich & Pyles atlas har i varierende grad vært benyttet i Norge som ledd i aldersbestemmelse av unge asylsøkere over flere år. Fra oktober 2009 er alle enslige asylsøkere som har hevdet å være under 18 år, men der man ut fra observasjoner har vært i tvil om personens reelle alder, blitt bedt om å la seg aldersundersøke. Undersøkelsen består per i dag av klinisk tannlegeundersøkelse og tannrøntgen ved Odontologisk Fakultet ved Universitetet i Oslo samt røntgen skjelettalder ved Barneradiologisk seksjon ved OUS Ullevål. Undersøkelsene suppleres av opplysninger om oppvekstvilkår, ernæring og sykdom, som innhentes av UDIs saksbehandler. Resultatet av undersøkelsene diskuteres av odontolog, barneradiolog og barnelege i samarbeid, og konklusjonen formidles til UDI.

Man tilstreber å holde dette arbeidet på færrest mulige hender for å sikre lik kvalitet på vurderingen. I følge amanuensis Sigrid Kvaal ved Odontologisk fakultet og tidligere klinikkssjef Jens Grøgaard ved Barneklubben

OUS Ullevål ble 500 unge asylsøkere undersøkt på denne måten i perioden oktober 2009 til april 2010. Alderen ble oppjustert til sikkert over 18 år for 24,6% av disse søkerne. Disse ble vurdert å være i alderssjiktet 20 til 25 år. Tannlegen fant til dels alvorlig patologi ved 50% av undersøkelsene. Slike funn formidles til helsetjenesten ved asylmottaket, der de blir lagt i ungdommens mappe. Det gjennomføres ingen behandling. UDI får ikke tilgang til disse funnene.

Aldersundersøkelsen forutsetter samtykke fra ungdommen og hjelpevergen. UDI vektlegger at samtykket skal være basert på frivillighet og informasjon. Samtidig informeres ungdommen om at manglende samtykke vil kunne få konsekvenser for vurderingen av vedkommendes alder og generelle troverdighet. Bevisst falskt oppgitt alder vil kunne medføre utvisning fra landet.

NORSK BARNELEGEFORENINGSG VURDERING

De aktuelle ungdommene er, uavhengig av deres bakgrunn for å søke asyl i Norge, i en presset og ukjent situasjon. Deres forståelse for og anvendelse av prinsippene om frivillighet og informert samtykke vil være påvirket av tidligere erfaringer, hvor de kommer fra, utdanningsnivå, kjennskap til rettsprinsipper, og av konsekvensene av manglende samtykke. En rapport utarbeidet av Redd Barna i samarbeid med NOAS i 2006 peker på at bare en av åtte enslige mindreårige asylsøkere som ble intervjuet var klar over konsekvensene ved alderstesting og testens frivillighetsaspekt. NBF mener at prinsippene om frivillighet og informert samtykke er vanskelige å ivareta fullt ut i en slik situasjon.

Saksbehandleren fra UDI som innhenter helseopplysninger forut for undersøkelsen har ingen medisinsk kompetanse. Saksbehandleren intervjuer ungdom som i en del tilfeller kommer fra steder med begrenset tilgang til helsetjenester og diagnostiske muligheter, via tolk. Hvorvidt faktorer som vil kunne påvirke skjelettmodning og tannhelse er tilfredsstillende belyst er dermed beheftet med usikkerhet.

Greulich & Pyles atlas for vurdering av skjelettalder er basert på friske, hvite ungdommer fra middelklassen i USA på 1930-tallet. Allerede i vurderingen av aktuelle bilder opp mot atlasen er det noe rom for subjektivitet. Atlasen har begrenset validitet ved anslag av skjelettmodning hos norske barn i dag. Ved bestemmelse av kronologisk alder hos personer av annen etnisitet og sosioøkonomisk bakgrunn, uten sikker kjennskap til ernæringsbakgrunn og sykdomshistorie, er validiteten ytterligere svekket. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten konkluderer i sin rapport fra 2006 med at aldersvurdering basert på vurdering av skjelettalder og tannforhold kan føre til at alderen til personer som stammer fra enkelte etnisiteter både kan over- og underestimeres.

Man må kunne forutsette at konklusjonen av analysen formidles til UDI på en slik måte at en saksbehandler uten medisinsk kompetanse forstår disse svakhetene. I UDIs orientering om aldersundersøkelser står det imidlertid: "Når skjelettveksten er avsluttet, kan en røntgenundersøkelse ikke si noe nærmere om søkerens alder utover at gutten er 19 år eller eldre eller at jenta er 18 år eller eldre." I dette ligger en mulighet for at en tidlig modnet 16-åring vurderes som eldre enn han er, og samtidig anklages for å ha løyet om sin alder. Myndighetenes behov for kontroll av legitimiteten til personer som påberoper seg rettigheter i landet er udiskutabel og bidrar også til å styrke situasjonen til de som faktisk innehar slike rettigheter. Legen har mange oppgaver som sakkyndig på oppdrag fra myndighetene, og dette oppfatter også Barnelegeforeningen klart som en del av vårt samfunnsansvar. Imidlertid ser vi også at legen som sakkyndig for myndighetene har et stort ansvar for å forsikre seg om at han baserer sine uttalelser på tilstrekkelig og riktig informasjon som er innhentet på forsvarlig måte; at metoden er god nok; og at han har noen grad av kontroll over hvordan hans uttalelser blir benyttet.

Det er viktig ikke å være naiv i forståelsen av mekanismene bak store fluktuasjoner i antall mindreårige asylsøkere, der menneskehandel

og utnyttelse av barnas rett til opphold og i noen grad familiejenforening inngår. Samtidig er det viktig å bevare rettsikkerheten og omsorgen for de barna og ungdommene som kommer til Norge med et reelt behov for beskyttelse. Denne balansen er vanskelig. Det er derfor desto mer viktig å tilstrebe å holde politiske strømninger og våre egne innvandringspolitiske holdninger adskilt fra spørsmålene om metodenes validitet og legenes rolle i dette arbeidet.

Ifølge Den norske legeforenings Etske regler for leger kap.1 § 9 må legen "ikke gjøre bruk av [...] metoder som savner grunnlag i vitenskapelige undersøkelser eller tilstrekkelig medisinsk erfaring. En lege må ikke la seg presse til å bruke medisinske metoder legen finner faglig ukorrekte". Videre sier kap.4 § 3 "En lege skal bygge sine erklæringer på nødvendig innhentet informasjon og på så omfattende undersøkelser som formålet tilsier." Legen skal, ifølge kap.1 § 1 og 2 "bygge sin gjerning på respekt for grunnleggende menneskerettigheter, og på sannhet og rettferdighet i forhold til pasient og samfunn," og "ivareta den enkelte pasients interesse og integritet." Ifølge Rådet for Legeetikikk er dette særlig viktig når legen bidrar med sin medisinske kunnskap i spørsmål der interessene til utsatte individ eller befolkningsgrupper kommer i konflikt med samfunnsinteresser. I aldersvurdering av enslige mindreårige asylsøkere mener Barnelegeforeningen at disse prinsippene ikke er tilstrekkelig ivare tatt.

PROSESSEN I 2010

Aldersvurdering av enslige mindreårige asylsøkere har vært grundig behandlet som styresak i NBF på bakgrunn av henvendelse fra våre medlemmer. Styret har hatt kontakt med Legeforeningens menneskerettighetsutvalg, Rådet for legeetikikk, Barneombudet, Odontologisk Fakultet UiO og Barneklubben OUS Ullevål i saken. I styremøte 10.02.10 fattet styret vedtak om å fraråde norske barneleger å delta i aldersbestemmelse av mindreårige asylsøkere på grunnlag av røntgen av håndrot. Samtidig ba vi Legeforeningens utvalg for menneskerettigheter om deres vurdering.

Legeforeningens sentralstyre har tidligere behandlet spørsmålet i 1999, sammen

med spørsmålet om legers deltakelse i DNA-testing for å avgjøre slektskap i familiegjenforeningssaker. Sentralstyret vedtok den gangen å anbefale leger å ikke delta i slike oppgaver. Saken ble også behandlet i Rådet for legeetikk i 1999 og igjen i 2004. Første gang var Rådet delt i sitt syn, mens det ved behandlingen i 2004 mente det ikke var grunnlag for å fraråde leger å delta i denne typen virksomhet dersom visse vilkår var oppfylt.

Sentralstyrets høringsrunde denne gangen, på bakgrunn av NBFs initiativ, resulterte i høringsuttalelser fra Norsk forening for allmennmedisin, Rådet for

legeetikk, Allmennlegeforeningen, Leger i samfunnsmedisinsk arbeid, Foreningen for leger i vitenskapelige stillinger, Norsk radiologisk forening, Norsk overlegeforening, Den norske legeforenings utvalg for menneskerettigheter og Norsk barnelegeforening. Underforeningene var delt i sine konklusjoner. Sentralstyret vedtok så i september at leger ikke bør delta i aldersvurdering av mindreårige enslige asylsøkere basert på røntgen av håndrot.

Dette er i tråd med Barnelegeforeningens standpunkt.

NBFs høringssuttalelse er tilgjengelig på Pedweb og under ”Min side” på

Legeforeningens hjemmeside. Her finnes også de andre underforeningenes høringsuttalelser og referat fra Sentralstyret.

Under Pediatertidagene vil dette temaet inngå som del av en større sesjon om ”Barneleger på oppdrag for myndighetene, faglige og etiske dilemmaer”. Blir myndighetenes behov for informasjon kamuflert som helsehjelp med god hjelp av legene selv? Vet legene selv alltid om det de driver med er helsehjelp eller myndighetsoppdrag? Programmet for møtet ligger på barnelegeforeningens nettsider. Det kan bli en spennende debatt. Det er fortsatt mulig å melde seg på, se www.barnelegeforeningen.no

Skelettalderbestemmelse i medisinsk sammenheng

Skjelettalderbestemmelse brukes for å avgjøre om skjelettmodningen følger kronologisk alder eller om den ligger etter eller foran kronologisk alder. Det tas røntgen av venstre hånd og håndledd i frontprojeksjon (figur 1 & 2). Skjelettmodning i hånd og håndrot vurdert ut fra kjent utvikling av mineraliseringsgrad i de forskjellige knoklene brukes for å anslå vekst og vekstpotensiale hos barn som utredes for vekstforstyrrelser (figur 3). Skjelettmodningen kan være forstyrret ved ulike genetiske feil, hormonforstyrrelser, metabolske sykdommer, medikamenter, malignitet og feilernæring. Metoden brukes for eksempel til utredning av pubertas praecox eller av barn/ungdom som beveger seg mellom høydevekstpercentiler.

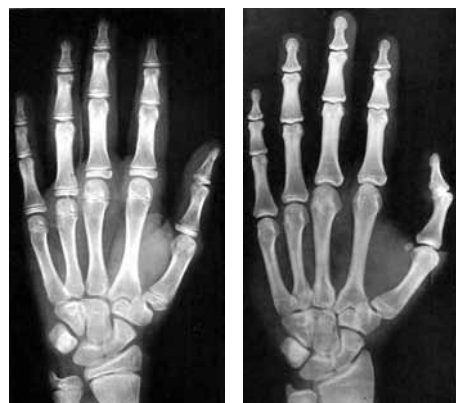
AV STEFAN KUTZSCHE, REDAKTØR PAIDOS

Grunnlaget for å gjøre aldersbestemmelser er Greulich-Pyle (GP) standard for skjelettmodning som er den mest vanlige metoden i verden. Den baserer seg på et radiologisk materiale av middelklassebarn i USA født mellom 1917 og 1942 (Greulich & Pyle, 1959). Ved bestemmelse av skjelettalder hos ungdom eller unge voksne stilles følgende to spørsmål:

ER VEKSTSONEN LUKKET?

ER DET MER VEKSTPOTENSIALE?

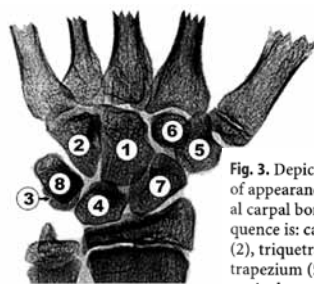
GP metoden er praktisk anvendbar men har kjente begrensninger. Sammenlignende studier har vist variasjon i skjelettmodning. Der en ser tendens til avvik ser det i hovedsak ut til at mer modent skjelett oppnås i tidlig kronologisk alder (Rapport fra Kunnskapssenteret, 2006).



figur 1 og 2: Håndskelett ved 13 og 19 år respektive (Greulich & Pyle).

Dette har vært forklart med etnisitet. Studier har vist at skjelettmodning varierer ikke bare mellom ulike etniske grupper men påvirkes også av sosio-økonomiske forhold (Garn, Sandusky, Nagy, & McCann, 1972) og geografiske områder (Mora, Boechat, Pietka, Huang, & Gilsanz, 2001). Variasjonen gjør det nødvendig å bruke relativt store standardavvik for skjelettmodning i forhold til kronologisk alder hos tenåringer. I aldersgruppen over 15 år brukes derfor standardavvik svarende til 12 måneder for jenter og 15 måneder for gutter. Basert på entydig og lett identifiserbare radiologiske tegn med åpne vekstsoner er metodens styrke først og fremst god sensitivitet for å sannsynliggjøre kronologisk alder under 18 år.

Endringer av GP standard kan være hensiktsmessig for å oppnå større nøyaktighet,



Figur 3: Skeletal Age of Individual bones.

Fig. 3. Depiction of the order of appearance of the individual carpal bones. The usual sequence is: capitate (1), hamate (2), triquetrum (3), lunate (4), trapezium (5), trapezoid (6), navicular or scaphoid (7) and pisiform (8). The distal epiphysis of the radius ossifies before the triquetrum and that of the ulna before the pisiform

reliabilitet og konsistens ved vurdering av skjelettmodning (Chiang, Chou, Yen & al., 2005). En kombinasjon av digitale metoder med prinsipper basert på konvensjonelle atlas metoder kan være et alternativ for aldersbestemmelser i fremtiden (Gilsanz, & Ratib, 2005).

Litteratur:

1. Aldersvurdering av mindreårige asylsøkere. Rapport fra Kunnskapssenteret Nr 13-2006. Metodevurdering
2. Chiang, K.H., Chou, A.S.B., Yen, P.S., & al. (2005). Tzu Chi Med J 17, 417-420
3. Garn, S.M., Sandusky, S.T., Nagy, J.M. & McCann, M.B. (1972). Advanced skeletal development in low-income Negro children. J Pediatr 80, 965-969.
4. Gilsanz, V. & Ratib, O. (2005). Hand bone age. A digital atlas of skeletal maturity. Berlin, Heidelberg, New York: Springer
5. Greulich, W.W. & Pyle, S.I. (1959). Radiographic Atlas of Skeletal Development of the Hand and Wrist, 2nd edition. Stanford, CA: Stanford University Press
6. Mora, S., Boechat, M.I., Pietka, E., Huang, H.K., Gilsanz, V. (2001). Skeletal age determinations in children of European and African descent: Applicability of the Greulich and Pyle standards. Pediatr Res, 50, 624-628.

Takk til barneradiologisk avdeling, OUS, Ullevål for informasjon og billedmaterialet

Ferdighetstrening – rapporten er klar!

Paidos har tidligere skrevet om ferdighetstrening og det NBF oppnevnte utvalget som har jobbet med dette. Rapporten er nå klar og vil bli distribuert i løpet av kort tid. Under er en kort oppsummering av utvalgets anbefalinger.

AV MARIANNE NORDHOV, LEDER FERDIGHETSTRENINGsutvalget

Rapporten inneholder en situasjonsbeskrivelse over ferdighetstrening (FHT) generelt, en illustrasjon av hvordan noen sykehus gjennomfører trening, oversikt over eksisterende kurs, forslag til ferdigheter det bør trenes på samt konkrete forslag til utstyr. Utvalget har konkludert med følgende forslag:

- FHT må forankres i ledelsen og inngå som en fast del av den enkelte barneavdelings interne kvalitetsarbeid.
- FHT bør gjennomføres minst to ganger i året, være obligatorisk for alle leger som går i vakt og holdes av leger med instruktørkompetanse.
- Utvalget anbefaler at alle avdelinger har en baby – og en juniordukke med intu-

basjonsmulighet, samt mulighet for intra-ossøs tilgang. Det bør lage en "utsyrsbakke" med akuttutstyr utgått på dato som kan brukes flere ganger. FHT kan gjennomføres uten tilgang på simuleringssenter.

- Treningen bør inneholde både øvelser i enkeltprosedyrer (f.eks. intubering, defibrillering) tverrfaglig samhandlings-trening (f.eks. akutt hjerstans) samt trening på beslutninger (f.eks. avslutning av behandling).
- Utvalget er i gang med å lage en "filmbank" og en "scenariobank" som skal knyttes PedWeb (www.barnelegeforeningen.no) der ulike filmer og scenarioer enkelt kan lastes ned til bruk på den enkelte avdeling.

- Utvalget har laget et eget "Instruktørkurs for FHT". Kurset er godkjent av DNLF og gjennomføres første gang høsten 2010.
- Utvalget anbefaler at kurset Advanced Pediatric Life Support (APLS) blir obligatorisk i spesialistutdanningen, og at strukturert FHT bør være et krav til akuttavdelinger med utdanningskandidater for å være godkjent utdanningsinstitusjon. Dette bør implementeres i myndighetenes krav til utdanningsinstitusjoner.
- Utvalget har utviklet et eget "Bakvaktskurs" for spesialister som går i bakvakt og trenger oppfriskning og trening på akutte prosedyrer. Dette er godkjent av DNLF og gjennomføres første gang høsten 2010.



Advanced Pediatric Life Support - APLS Norge fortsetter

APLS er et kurs i akuttbehandling av det akutt syke og traumatiserte barnet. I Norge ble APLS kurset innført i 2002 som et samarbeidsprosjekt mellom Norsk Resuscitasjonsråd (NRR) som rettighetshaver og Stiftelsen Norsk Luftambulans (SNLA) som har bistått i det praktiske arbeide med gjennomføring av kursene og gitt økonomisk støtte. Det har årlig blitt avholdt to kurs i Oslo og antall søkere har vært god. Kurset er godkjent for videreutdanning i spesialiteten barnesykdommer som sentralt emne og som valgfritt kurs i anestesi og barnekirurgi. Våre sertifiserte APLS instruktører er erfarne pediatere og anestesileger fra hele Norge. Ifølge Norsk Barnelegeforening (NBF) som utarbeider en rapport om ferdighetstrening i pediatri i Norge vil APLS kurset bli anbefalt som et av de obligatoriske kurs innen vår spesialitet.

Våren 2010 har SNLA informert NRR om at organisasjonen ønsker å si opp sitt engasjement i å drifte APLS kurset og dermed også trekke seg fra all logistikk og økonomisk ansvar til kurset fra 2011. SNLA's nye strategi for utvikling og implementering av nye organisasjonsløsninger førte til denne beslutningen. Vi beklager dette og vil takke SNLA for all støtte og hjelp som vi har fått siden oppstarten av APLS.

Hva skjer videre ?

Vi gleder oss over at Norsk Anestesiologisk Forening (NAF), Nasjonalt Kompetansesenter for Prehospital Akuttmedisin (NAKOS) og Norsk Barnelegeforening (NBF) har gitt signaler om å gå inn som støttespillere i tillegg til NRR. NNR vil fortsatt være hovedansvarlig for kursene.

Vi er veldig glad for all støtte vi har fått fra våre nye samarbeidspartnere. Kurset vil fremdeles være det viktigste akuttmedisinske kurset i pediatrien og kommer i 2011 i en helt ny og oppdatert utgave.

Vi vil derfor benytte anledningen til å ønske alle velkommen til et nytt og faglig sterkere APLS kurs i 2011. Informasjon om kursdatoer ligger ute på www.apls.no, dere kan også ta kontakt med undertegnede på thra@uus.no.

Thomas Rajka
Medisinsk ansvarlig, APLS Norge

Kristian Lexow
Leder, Norsk Resuscitasjonsråd

Ny doktorgrad i medisin

Vi er stolte av en ny doktorgrad i Paidos redaksjonen. Vi gratulerer Ingvild Heier med doktorgraden.

Onsdag 03.11.2010 forsvarte Ingvild sin avhandling

"Studies on antigen presenting cells and T cells in airways and skin"

for graden philosophiae doctor (ph.d.)

1. opponent: Professor Anna Rudin, Avd. för reumatologi och inflammationsforskning, Sahlgrenska, Göteborgs Universitet
2. opponent: Senior Scientist Silke Appel, Gades institutt, Universitetet i Bergen
3. medlem av bedømmelseskomitéen: Professor Dag Kvale, Medisinsk klinikk, Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo

Sammendrag:

Antigen presenterende celler (APCer) er sentrale aktører i immunsystemet. De gir signaler videre til T-cellene med beskjed om hvordan de skal reagere. En viktig subtype T-celler er de såkalte regulatoriske T-cellene (Tregs) som bidrar til å motvirke allergier og andre sykelige immunresponser. Barn har et umodent immunsystem og er spesielt utsatt både for luftveisinfeksjoner og utvikling av astma og allergier. Kartlegging av det regionale immunsystemet i luftveiene er viktig for å forstå disse sykdommene og for arbeidet med å utvikle nye vaksiner. I den første delen av doktorgradsarbeidet har kandidaten kartlagt forekomsten av ulike typer APCer i bronkialslimhinnen hos 45 barn (0-2 år) med luftveissymptomer og hos ni lungefriske barn som var omkommet i ulykker (2-15 år). Kandidaten fant at "bronchus-associated lymphoid tissue" (BALT) var tilstede hos de aller fleste barna. BALT er områder med organisert lymfoid vev i bronkialslimhinnen som ikke finnes hos friske voksne. Det er derfor mulig at disse strukturene er viktige for immunsystemet i luftveiene hos barn og at de må tas hensyn til for å forstå lokale immunresponser i luftveiene hos barn, også med tanke på utvikling av vaksiner som kan gis via slimhinnene. Man fant også at det totale antallet APCer hos små barn med luftveissymptomer var sammenlignbart med det som er funnet hos voksne. Antallet APCer økte med alder men det var ingen sammenheng med barnas aktuelle symptomer. UV-stråling har hemmende virkning på immunsystemet og brukes for å behandle hudsykdommer. I den andre delen av doktorgradsarbeidet har kandidaten kartlagt immunologiske endringer som fant sted i løpet av 16 dagers soleksponering hos pasienter med psoriasis, en modellsykdom for kronisk betennelse i huden. Mens antallet effektor- T-celler i huden raskt ble redusert etter soling, så man en relativ økning av Tregs. I pasientenes blod så man også en rask reduksjon i antall T-celler som er programmert for å vandre til huden og en reduksjon i produksjon av betennelsesskapende cytokiner (signalstoffer). To APC subtyper som tidligere er vist å være sykdomsfremkallende i psoriasis (pDCer og CD11c+CD1c- myeloide DCer), ble også raskt redusert i huden. Disse tidlige endringene i cellepopulasjoner i huden tolkes dithen at de har bidratt til bedringen pasientene opplevde. Dette er den første studien som har sett på effekten av soling på APCer i psoriasis.



Nyfødtmedisin "down under" – egentlig helt topp!

Etter sommerferien i august 2009 droppet familien turen nordover til Tromsø og satte oss i stedet på flyet til Melbourne, nesten 110 breddegrader lenger sør. En overlegepermisjon som var flere år på overtid samt gode forhandlinger med UNN medførte at jeg hadde fått innvilget hele 11 måneder permisjon. Vi tenkte det ville være spennende å reise langt vekk. Canada var et aktuelt alternativ, men kalde vintre hadde vi allerede god erfaring med fra Tromsø. Australia virket mer klimatisk forlokkende.

AV CLAUD KLINGENBERG, BARNEAVDELINGEN UNN

En irsk kollega som deltok på NBF's høstmøte på Hurtigruta i 2007 anbefalte varmt å dra til Melbourne, der han selv hadde jobbet i flere år. Våren 2008 ble de første e-postene sendt til ledelsen på nyfødtavdelingen ved Royal Women's Hospital (RWH) i Melbourne. Helt ubyråkratisk var det ikke å få til alle godkjenninger og klarering av arbeidsforhold. Utallige attester måtte kopieres, bekreftes av notarius publicus og sendes til en rekke forskjellige instanser i Australia. Alle hadde naturligvis sine egne skjemaer, og den ene var avhengig av godkjenning forelå hos noen andre før man kunne komme videre. Engelsk språktest var også nødvendig for å få midlertidig lisens, men så lenge jeg skulle arbeide under supervisjon slapp jeg (heldigvis!) unna flere eksamener. Det meste ordner seg; godkjenninger og visum for hele familien var klart noen få uker før avreise.

Vi ankom Melbourne senvinters på den sørlige halvkule. De som tror at det er sommerlig varmt

i hele Australia året rundt tar feil. Huset vi leide var fint nok, men isolasjon og oppvarming var ikke prioritert. Da varmeanlegget en av de første dagene brøt sammen la innetemperaturen seg på maks 14 grader og vi frøs mer enn vi hadde gjort nord for polarsirkelen. Men dette ble raskt glemt mens temperaturen steg jevnt og trutt fremover mot jul. Det var litt vanskelig å få den helt store julestemningen i desember og lille juleaften ble feiret på stranden i 35 graders varme!

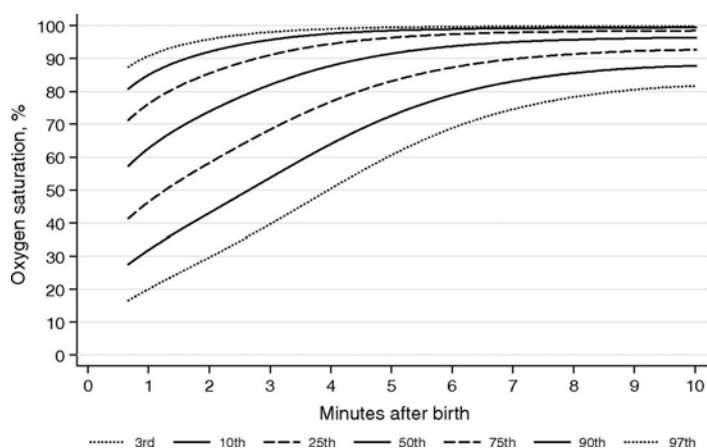
Melbourne med sine 4 millioner innbyggere er, etter Sydney, Australias nest største by. Det er en evig konkurranse mellom disse byene. Spektakulære Sydney med operahuset, Harbour Bridge og havneområdet er nok vakrest. Melbourne har imidlertid en mer avslappet atmosfære og kom i 2010 på tredjeplass i kåringen av "World's most livable cities", kun slått av Vancouver og Wien (1). Det vrirler av kafeer og restauranter, flotte parker og fantastiske sportsanlegg. Australian



Hudson prongs for nasal CPAP.

Open med kjendiser og tennisstjerner er en stor begivenhet i januar hvert år. For en gammel svømmer var det gøy med svømming både i basseng og i havet; hai-faren er oppskrytt. Men aller viktigst for folk fra Melbourne er Australsk fotball (2). Stemningen er enorm når de største lagene møtes på MCG, et stadium som rommer 120 000 tilskuere.

Ok, siden dette er et barnemedisinsk tidsskrift må man vel skrive litt om barn. Nyfødtavdelingen ved RWH er stor, i hvert all sammenlignet med UNN! Den har 24 intensiv plasser (respirator/CPAP) og 36 intermediær plasser (3). Over 120 premature barn med fødselsvekt under 1000 gram innlegges hvert år. Selv om volumet var større enn hjemme var mye likt det man kjenner fra Norge. Respiratorbehandlingen var tidal-volum styrt (Dräger Babylog 8000+ med Volume Guarantee). De brukte mye CPAP (bubble CPAP med Hudson Prongs), men ofte med trykk på 7-8 cm H₂O som er høyere enn det jeg var vant med. Den største medisinske forskjellen fra Norge var kanskje at de ikke hadde en morsmelkbank. Det medførte ofte



Percentilskjema for O₂ saturasjon hos friske nyfødte. Dawson JA et al. Pediatrics 2010;125:e1340-e1347



relativt sen oppstart med enteral ernæring og lengre perioder med TPN. Selv om Australia er et rikt land er permisjonsordninger for foreldre og mulighetene til å få dekket overnatting etc. i forbindelse med sykehusopphold for barn ikke i nærheten av skandinavisk nivå. På avdelingen så man derfor mindre til foreldrene enn det jeg er vant til fra Norge. Sykepleierne var opptatt av "individualized care", men ikke interessert i å overta den kommersialiserte NIDCAP-modellen fra USA. Muligheten for familiesentrert nyfødtmedisin blir imidlertid redusert når foreldrene ikke kan bo på sykehuset eller være så mye tilstede som f.eks i Skandinavia.

Nyfødtavdelingen ved RWH har en egen seksjon for forskning innen nyfødtmedisin. Seksjonen er delt inn i to hovedgrupper. Gruppen som ledes av Prof. Peter Davis fokuserer på resuscitering/ventilasjon og gruppen under ledelse av Prof. Lex Doyle fokuserer på langtids oppfølging av premature barn. Seksjonen er internasjonalt anerkjent for forskning som spenner fra kliniske observasjonsstudier, kliniske randomiserte studier, utarbeidelse av meta-analyser og spennende dyreforsøk i samarbeid med dyktige fysiologer. Studier på bruk av pulsoksymetri rett etter fødsel, til dels utført av forskningssykepleier Jennifer Dawson, har bl.a. resultert i at det nå foreligger percentilskjema for både hjerterefrekvens og O₂-saturasjon hos nyfødte barn (4, 5). Disse siteres hyppig og er bakgrunnsmateriale for nye retningslinjer for resuscitering av nyfødte (6). For en besøkende var det imponerende å se den strukturen som var etablert med løpende kliniske studier, motiverte medarbeidere (leger, fysioterapeuter, forskningssykepleiere), tett samarbeid lokalt, nasjonalt og internasjonalt og høy produksjon av faglige gode publikasjoner. Men det var også utrolig hyggelig å se at alt dette lot seg



kombinere med et godt arbeidsmiljø med hyggelige og avslappede personer som tok vare på hverandre.

Selv ble jeg involvert i noen mindre prosjekter på forskningsseksjonen. Jeg jobbet også litt klinisk "på gulvet" på nyfødtavdelingen når det var behov for ekstra folk pga uventet fravær etc. Jeg gikk imidlertid ikke inn i noen vaktturnus, noe som var ganske behagelig etter mange år med vakter. Livet i Melbourne var ellers meget godt. Et deilig klima gjorde at grilling og kald hvitvin på terrassen ble en del av hverdagslivet. Barna trivdes i skoleuniform og fikk etter hvert en skikkelig "Aussie"-engelsk aksent. Litt reising for å oppleve mer av det store australske kontinentet ble det også tid til. Og etter at man hadde fått sett nok kenguruer og krokodiller vendte vi nesen hjemover i slutten av juni 2010. Elleve måneder går veldig

fort når man har det helt topp; Australia og Melbourne kan varmt anbefales!

Referanser:

1. http://www.eiu.com/site_info.asp?info_name=The_Global_Liveability_Report&page=oads&rf=0
2. The official site of the Australian Football League www.afl.com.au
3. <http://www.thewomens.org.au/Specialcareforbabies>
4. Dawson JA, Kamlin CO, Wong C, et al. Changes in heart rate in the first minutes after birth. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2010;95:F177-81.
5. Dawson JA, Kamlin CO, Vento M, et al. Defining the reference range for oxygen saturation for infants after birth. Pediatrics. 2010;125:e1340-7.
6. Part 15: Neonatal Resuscitation: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Circulation 2010;122:S909-S919



Perinataldager, Lillehammer 2010

Norsk perinatalmedisinsk forening hadde sitt årlige tverrfaglige møte for obstetrikere, jordmødre, neonatalsykepleiere og barneleger på Lillehammer 3.-5. november. 270 motiverte deltagere var samlet i praktfullt høstvær.

AV KRISTIN BRÆKKE

I forkant av møte var det et halvdagsseminar om CPAP behandling.

CPAP – HISTORIE, KLINIKK OG PRAKSIS.

Under møtet ble **CPAP** satt på dagsorden - det ble presentert historikk og erfaringer med gode diskusjoner. Utviklingen og implementeringen av denne enkle, geniale måten å gi barna respirasjonsstøtte skjedde i 1971 mens den 3. månelandingen var allerede et faktum.

Forelesere Kjell Nilsson snakket om historikk, flow stabilitet og trykk ved CPAP behandlingen, Baldvin Jonsson omtalte bruken av CPAP i klinikken og non-invasiv ventilasjon. Håkon Bergseng og Laila Kristoffersen delte sine erfaringer med CPAP-utfordringer i den kliniske hverdagen, spesielt rettet mot avvenningsstrategier.

Når et prematurt barn blir født trenger det stabilisering, ikke rescuscitering! Det ble klart at saturasjonsmålinger brukes mer og mer i situasjoner umiddelbart etter fødselen. Det er stor enighet om at nyfødte med behov for overtrykksventilering har gevinst av PEEP (= Neopuff) initialt. Ved intubering er respirasjonsstøtte med trykkgrensning og tidlig innstilling av surfactant til de minste (<27 uker) av stor fordel i forhold til å forebygge utvikling av lungeskade og å redusere respirortid. Derfor, alle premature bør få prøve seg på CPAP!

SPENNENDE PLENUMFOREDRAG

1. Det for tidlig fødte barnet med Halfdan Morken og Britt Nakstad. Drude Fugelseth fokuserte på fysiologiske aspekter ved blodtrykksregulering og indikasjon for evt. behandling.

2. Intersex-tilstander - en tverrfaglig tilnærming med Robert Bjerknes, Paul Egil Gravem og Trond Diseth.

3. CNS misdannelser pre- og postnalt med Harm-Gerd Blaas, Kristin Andersen Bakke, Kari How og Berge Solberg.

4. Placentapatologi med Eoghan Mooney, Borghild Roald og Gitta Turowski

5. Morsmelk – oppdatering om fordeler og begrensninger i forhold til allergiutvikling med Ragnhild Halvorsen, Torbjørn Øien og Gro Nylander

6. På fagpolitisk symposium - Oslo-prosessen - *Hva har skjedd? Hvor går vi?* informerte Terje Rootwelt. Pepe Salvesen, Marit Heiberg og Thor Willy Ruud Hansen kom med bidrag som belyste utfordringer i utviklingen og rekrutteringen til faget.

Publikum lurte på hva skjer og hvordan ansatte kan bidra i prosessen og i veien videre! Medisinsk-faglige, ledelses-faglige, økonomiske og politiske konsekvenser for resten av landet ble drøftet i lys av erfaringer fra liknende omstillingsprosesser.



OUS er og vil fortsatt være landets dominerende universitetssykehus. Det vil ha betydning for OUS' rolle som utdanningsinstitusjon for nye spesialister. Hvordan kan det la seg forene med den pågående reduksjonen i utdanningsstillinger? Spisskompetansefunksjoner krever dedikerte vaktordninger. Hvordan kan disse opprettholdes når stillinger fjernes fra seksjoner der vaktordningene på forhånd er marginale? Slike funksjoner krever tid til fordypning, studier og forskning. Hvordan kan dette ivaretas når stillinger fjernes fra seksjoner der overlegene før nedskjæring har en gjennomsnittlig arbeidstid på 55-60 timer/uke?

7. Det var frie foredrag av meget høy kvalitet! Norsk perinatalmedisinsk forening arrangerer årlige faglige møter av stor interesse for landets barneleger.

Jeg anbefaler at alle interesserte melder seg inn i NPF; <http://www.sop.no/id/51826.0>



Velkommen til Pediaterdagene 2011!

Velkommen til Trondheim! Barne- og ungdomsklinikken ved St.Olavs Hospital har gleden av å være vertskap for barnelegenes første "vintermøte", Pediaterdagene 2011.

AV ELISABETH SELVAAG

Takket være mange gode hjelpere kan vi nå invitere til et møte som vi tror vil være spennende for mange. Vi har valgt å gjøre det enkelt ved å velge ett organsystem, sentralnervesystemet, og sykdommer i sentralnervesystemet knyttet opp mot ulike subspesialiteter. Slik håper vi å få både subspesialister og generalister på gjestelisten.

Foredragsholderne er en god blanding av internasjonal ekspertise og lokale (nasjonale) kapasiteter.

Professor Susanne Benseler, The Hospital for Sick children University of Toronto har særlig arbeidet innenfor feltene revmatologi, inflammatoriske lidelser i CNS og Kawasaki sykdom. Hun skal også forelese på Spisskurset onsdag formiddag.

Professor Birgitta Lannering, Drottning Silvias barnsjukhus, Universitetet i Göteborg er

overlege i pediatrik onkologi og har særlig arbeidet med tumor cerebri hos barn, insidens, overlevelse og senskader.

Ideen til miniseminar om "Barneleger på oppdrag for myndighetene" oppstod i forbindelse med at vi mottok en henvisning hvor bestillingen var aldersbestemmelse av en ung flyktning.

Den aldersbestemmelsen ble det ikke noe av, men temaet ønsket vi å utdype, bl.a under Pediaterdagene. Vi ser frem til et spennende seminar om et aktuelt tema!

Vi ønsker å vise frem noe av det byen kan skryte av. Det nye sykehuset vil det bli anledning til å ta i nærmere øyesyn på onsdag. Sim-kurs i det nye Sim-senteret i akuttavdelingen på formiddagen, subgruppemøter rundt omkring på Kvinne-barn senteret på onsdag ettermiddag. Torsdag forflytter vi oss til den andre siden av Nidelven, til Øysteinsalen i Erkebispegården,

byens mest smakfulle konferansesal, hvor resten av det faglige programmet vil foregå. Rammene regner vi med at vil sette standard også for møtets innhold.

Det er viktig med balanse i livet, så festmiddagen er lagt til Rockheim, byens nyeste attraksjon. Musikk-museet må oppleves, og her kan alle finne sin musikalske yndlingsepoke. Det er lagt opp til en times omvisning/opplevelse av museet før vi samles til trøndersk kortreist festmat og trøndermusikk.

Konferansehotellet Hotel Bakeriet ligger midt mellom Rockheim og Erkebispegården, og i samme gate som Three Lions hvor vi samles onsdag kveld. Gangavstand til alt. Vi har reservert rom hele uken på dette hotellet.

Da gjenstår det bare å ønske velkommen til Pediaterdagene 2011.

Trondheim er vakker i januar!

Vi møtes på Pediaterdagene 2011

Pediaterdagene har alt – både for deg som er ny i faget og for garvede spesialister. La oss møtes for å utveksle kunnskap, erfaringer og bli kjent med hverandre i pediatri-Norge.

AV ELLEN ANNEXSTAD, NORSK BARNELEGEFORENING

Ny struktur på pediaterdagene og nye universitetskurs for barneleger

Barnelegeforeningens to årlige møter er tradisjonsrike og viktige arenaer for faglig oppdatering, presentasjon av nyvinninger, debatt og sosialt samhold for norske barneleger. Heldigvis ser det ut til at NBFs medlemmer fortsatt prioriterer disse møtene til tross for travle dager, effektivitetskrav og internasjonalisering av faget. Imidlertid kreves det at en dynamisk organisasjon regelmessig vurderer om man bør gjøre enkelte ting annerledes. I tråd med dette satt årsmøtet i Levanger i 2007 ned en arbeidsgruppe for å gjennomgå møtestrukturen vår og komme med forslag til forbedringer. Arbeidsgruppens rapport ble presentert på årsmøtet i Fredrikstad i 2009, og på bakgrunn av gruppens forslag besluttet årsmøtet følgende fra 2010/2011:

- Pediaterdagene flyttes fra høsten til den tredje uken av januar hvert år.
- Pediaterdagene arrangeres på rotasjon mellom universitetsklinikkene, på en slik måte at Trondheim, Stavanger, Tromsø og Bergen arrangerer møte hvert 8. år,

mens Oslo-regionen (AHUS og OUS) sammen arrangerer møte annethvert år.

- Pediaterdagene avholdes fra onsdag ettermiddag til og med fredag.
- Mandag og tirsdag i den samme uken arrangeres introduksjonskurs i propedeutisk pediatri. Intensjonen er at dette skal være et eget universitetskurs som sikter mot å øke kompetansen for LIS'er med kort erfaring i pediatri. Kurset skal være separat fra Pediaterdagene, med egen kurskomité. Se mer nedenfor.
- Onsdag arrangeres kurs i pediatrik spisskompetanse. Intensjonen er å oppdatere spesialistene blant oss i spesifikke temaer, både innen egen subspecialitet og andre fagområder man støter på på vakt eller har interesse for. Interessegruppene skal på rundgang ha ansvaret for å arrangere dette kurset. Se mer nedenfor.

Først ut etter den nye modellen er Trondheim, som dermed arrangerer de første Nye Pediaterdagene 19.-21.januar 2011! Mer informasjon om pediaterdagene, inkludert

faglig og sosialt program, forkurs med ferdighetstrening, interessegruppemøter og frie foredrag, finner du på www.pedweb.no. Her finner du også påmeldingsskjema. Informasjonen vil bli fortløpende oppdatert frem mot 19. januar. Styret i NBFs ønsker Elisabeth Selvaag og komiteen ved St.Olavs Hospital lykke til, og alle NBFs medlemmer hjertelig velkommen!

I tråd med arbeidsgruppens anbefalninger har en egen gruppe, utpekt av styret i NBF, utarbeidet to helt nye universitetskurs i pediatri. Kurskomiteens faste medlemmer er Finn Wesenberg (kursleder, OUS), Ellen Annexstad (NBF, OUS), Astri Lang (OUS), Margit Reite (Spes.kom., Stavanger) og Ole Frederik Zimmer (AHUS). Elisabeth Selvaag, Henrik Døllner og Marite Rygg har vært viktige lokale støttespillere ved St.Olavs Hospital, de to siste særlig i forhold til spisskompetansekurset.



Foto: Bernhard Weidle.

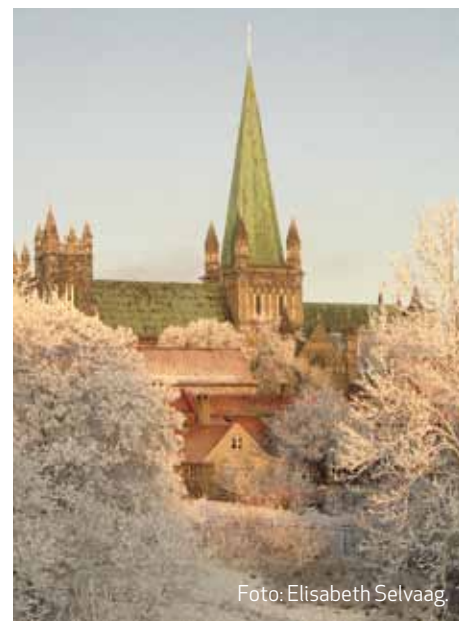


Foto: Elisabeth Selvaag.

NYTT INTRODUKSJONSKURS I PEDIATRI, 17.-18. JANUAR 2011

LIS-kursets målgruppe er leger som er tidlig i sin spesialisering, først og fremst de med mindre enn to års erfaring i pediatri. Fokus for kurset er elementære tema som er viktige for barneleger i primærvaktsjiktet og som ikke dekkes av eksisterende utdanningskurs. Årets kurs er inndelt i fire hovedbolker; Vekst og utvikling, nyfødtsmedisin, mottak av det syke barnet, og sosialpediatri og barns rettigheter på sykehus. Styret i NBF oppfordrer alle barneavdelinger til å prioritere at LIS'er som er tidlig i sin spesialistutdannelse får mulighet til å delta. Kurset er søkt godkjent av Legeforeningen som tellende for 15 timer i spesialiteten pediatri.

NYTT KURS I PEDIATRISK INFEKSJONSMEDISIN OG REUMATOLOGI 19. JANUAR 2011

Det aller første kurset i pediatriisk spisskompetanse arrangeres av interessegruppene for pediatriisk infeksjonsmedisin/immunsykdom og reumatologi, der hver gruppe arrangerer en halv dag hver. SPISS-kursets målgruppe er spesialister i barnesykdommer og erfarne leger i spesialisering, som har behov for oppdatering innenfor egen subspesialitet, eller som ønsker å lære mer om fagfelt de opplever å kunne for lite om. Fokus er oppdatert kunnskap og heite emner, presentert av nasjonale og internasjonale eksperter. Kurset er søkt godkjent av Legeforeningen som tellende for 8 timer i spesialiteten pediatri. Dette blir et meget godt og viktig kurs, og styret i NBF håper det vil bli høyt prioritert!

Mer informasjon og påmeldingsdetaljer for LIS-kurset og SPISS-kurset finner du på www.legeforeningen.no under kurskatalogen.

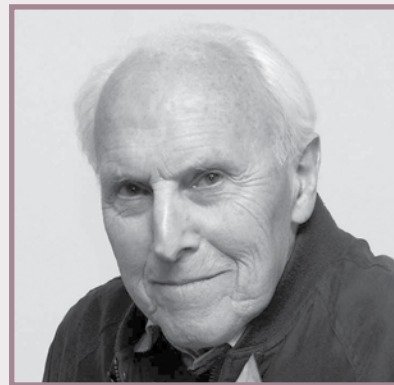
Norsk Barnelegeforening gratulerer

85 års jubilarer

Sverre Halvorsen - 24. juli 2010

Tidligere avdelingsoverlege barneavdelingen Ullevål sykehus

Halvorsen er professor emeritus i pediatri og æresmedlem i Norsk barnelegeforening. I 1959 var Halvorsen stipendiat ved Pediatrisk Forskningsinstitutt og i 1963 ble han ansatt ved PFI som dosent og daglig leder. I 1975 ble han utnevnt til professor i pediatri ved Universitetet i Oslo samtidig som han ble avdelingsoverlege ved Barneavdelingen på Ullevål Sykehus. Denne stillingen hadde han frem til 1991. Han har forsket innen erythropoiese, og har bidratt med sin brede fagkunnskap i flere ulike fagområder. Han var den som tok opp både barnemishandling og krybbedød som aktuelle problem. Som pensjonist har han beholdt et kontor hvor han arbeider og bidrar som forfatter, sensor, og veileder bl. a i masterprogrammet i internasjonal samfunnshelse. Han deltar på fellesmøter til glede og nytte for mange.



Øystein Aagenæs - 27. august 2010

Tidligere avdelingsoverlege barneavdelingen Aker sykehus

Aagenæs er professor emeritus i pediatri og æresmedlem i Norsk barnelegeforening. Fra 1968 var Aagenæs dosent ved Rikshospitalet og beskrev samme år en autosomal recessiv arvelig sykdom med lymfødem og gallestase i internasjonal litteratur. Han var ansatt som avdelingsoverlege og professor ved den nye barneavdelingen ved Aker sykehus fra 1975 til han gikk av med pensjon i 1992. Han har vært aktiv i fagrådet for Norges Diabetesforbund og i Norsk Pediatrisk Selskap som formann i 1971-73. Som pensjonist har han skrevet en rekke publikasjoner i sammenheng med "cholestasis-lymphoedema syndrome/ Aagaens syndrome" i samarbeid med en internasjonal gruppe av forfattere. Han har beskrevet nye tilfelle og også drøftet oppfølging av pasientene. Aagenæs har også vært aktiv i pasientforeningssammenheng.



Karl Wilhelm Wefring - 24. Oktober 2010

Tidligere avdelingsoverlege barneavdelingen Sentralsykehuset i Vestfold

Fra 1989-1990 var Wefring leder av Norsk Barnelegeforening hvor han også er utnevnt til æresmedlem. Med et betydelig faglig engasjement og stor innsats for å utvikle bedre behandling for barna, bidro han til utviklingen av barneavdelingen ved SIV. I hele sin tid som avdelingsoverlege fortsatte Wefring utviklingen av avdelingen både for ivaretagelsen av pasientene og for stimuleringen av den akademiske kompetansen. I sin aktive pensjonstilværelse har han bidratt vesentlig til en kohortstudie i Vestfold om sosioøkonomiske forhold og astma hos 4-5 år gamle barn. Wefring var en samarbeidets mann innad i avdelingen, og høyt verdsatt av pasienter, leger og personell innen de ulike faggruppene.

Stor takk og de beste ønsker til jubilarer fra Paidos og NBF

Minneord om Dag R. Sørensen



Det var med stor sorg vi mottok budskapet om at vår kjære sjef, veterinær dr.philos Dag R. Sørensen, var gått bort etter lang tids sykdom.

Dag studerte til veterinær i Berlin og etter fullførte studier i 1977 hadde han praksis innen tropeveterinærmedisin. I den forbindelse skal han ha uttalt at denne erfaringen kunne jo komme godt med i tilfelle det kom et sirkus til byen. Denne lille anekdoten sier mye om Dags lune humor og nysgjerrighet.

Tidlig i sin karriere reiste han til Nord-Norge og fikk allsidig erfaring innen både stordyrpraksis, fiskepraksis og smådyrpraksis. I 1986 etablerte Dag Tromsdalen Dyreklinikk, som den første veterinærklinikken i Tromsø. Det ble etter hvert forsøksdyrmedisin som lå Dags hjerte nærmest. I likhet med mange av sine kolleger kom han inn i forskningsmiljøet ved en tilfældighet, han ble bedt om å se til en syk gris ved forsøksdyravdelingen i Tromsø. Dette ble starten på et godt samarbeid, og Dag ble avdelingsleder og ansvarshavende for Dyreavdelingen ved Universitetet i Tromsø. På 90-tallet flyttet han tilbake til sin barndomsby Drammen og arbeidet i denne tiden ved Drammen Dyreklinikk, samtidig som han ble leder for Rikshospitalets forsøksdyravdeling. I den samme perioden, studerte han også ved Royal Veterinary college i London og tok en mastergrad i forsøksdyrlære.

Et toppmoderne Senter for komparativ medisin ved det nye Rikshospitalet sto ferdig i år 2000, og Dag var svært sentral i planleggingen og byggingen av den nye avdelingen. I dette arbeidet var Dag opptatt av at både kravene til dyrevelferd og god forskning så vel som menneskevelferd skulle oppfylles. Senter for komparativ medisin er Rikshospitalets forsøksdyravdeling og administrerer og driver dyrehold i forbindelse med medisinsk forskning og undervisning. Prosjektene ved avdelingen spenner fra tumorforsøk i mus, til antistoffproduksjon i kanin til kurs i nyfødtemedisinske teknikker med rotter og spedgris.

Pediatrisk forskningsinstitutt og deres forskere er viktige brukere av avdelingen og har ulike prosjekter der gnagere og spedgris benyttes som modeller. Resultater utgått fra deres forskning på spedgris har blant annet bidratt til å endre internasjonale retningslinjer på resuscitering av nyfødte med valg av lavere oksygenkonsentrasjoner.

Kurs i nyfødtemedisinske teknikker arrangeres to ganger årlig og er et viktig kurs som gir leger under utdanning i barnesykdommer nyttig trening i teknikker som endotracheal intubering og spinalpunksjon. Mange av landets barneleger har blitt kjent med Dag gjennom disse kursene. I samarbeid med avdelingens dyrepleiere, sto Dag for anestesi og overvåkning av dyrene. Dag arbeidet tett med kursleder Thor Willy Ruud Hansen og hans medarbeidere ved Kvinne- og Barneklinikken for å sikre kursets høye kvalitet. Dette gode og positive samarbeidet ønsker vi å videreføre.

Dag fant også tid til egen forskning og i 2002 forsvarte han sin doktoravhandling "Experimental therapy of a rat gliosarcoma, with spezial emphasis on angiogenesis". Han fortsatte å benytte og utvikle denne modellen og er medforfatter på over 20 vitenskapelige artikler. Dag var en stor ressurs i forsøksdyrmiljøet, både i Norge og i utlandet. Mange, både forskere og veterinærer, henvendte seg til han for råd. Dag hadde en unik faglig og etisk standard som var et forbilde for forskere, leger og andre veterinærer.

Vi har fått mange kondolanshilsener både på e-post, per telefon og med blomster, noe som har forsterket inntrykket vårt av hvor mye Dag har betydd for mange mennesker. For oss ved Komparativ medisin var Dag var en sjeldent fin sjef som klarte å balansere kravene om effektiv drift og god forskning med å se og ta vare på hver enkelt ansatt.

På vegne av kolleger ved Komparativ medisin-Rikshospitalet
Veterinær Gro Furset Flatekval

Highlights from Acta Paediatrica 2010, 99, p. 1599

Hugo Lagercrantz

Acta Paediatrica, Karolinska University Hospital, Stockholm, Sweden
Email: hugo.lagercrantz@actapaediatrica.se



Virginia Apgar 1909-74 and infant

Microbabies and Apgar score

The American Academy of Pediatrics has declared that Apgar score should not be used to predict outcome in preterm infants. This statement is challenged in two articles in the present issue. Orsolya Genzel-Boroviczény et al report that Apgar score 1 is the most important predictor for death among infants born between 23 and 27 weeks of gestational age (pp. 1790–1794). The same conclusion was made by Henry C Lee et al who found that 5 min Apgar score was related to the prognosis of survival. This suggests that it can be taken into consideration when making decisions based on prognosis (pp. 1785–1789). In his commentary, Gunnar Sjörs points out that gestational age alone is an inaccurate predictor of neonatal survival and outcome. He supports the notion that proactive management at birth promotes survival without negative effects on neurodevelopmental outcome. Maybe there is a need to search for more sophisticated ways to predict outcome in these extremely preterm infants (pp. 1761–1762.). See also the review on neonatal bioethics by Cameron Swinton and John Lantos (pp. 1773–1781).



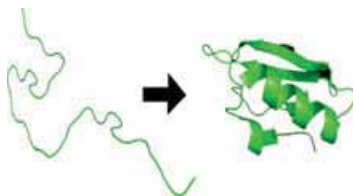
Preterm infants and hypertension

Ex-premies have higher blood pressure in comparison with term controls despite being shorter and weighing less. Higher blood pressure was associated with higher weight gain velocity between birth and 36 months. This raises worrisome concerns regarding early catch-up growth. These findings support the Barker hypothesis and are novel and hypothesis generating. See article in this issue by Betty R Vohr et al. (pp. 1812–1818).



Propranolol for infantile haemangioma

Complicated infant haemangiomas can now be treated successfully with propranolol. However, there is a side-effect of hypoglycaemia in some infants. Propranolol may blunt the clinical features of hypoglycaemia. To prevent this, Gianfranco Fusilli et al in this issue, p. 1756 suggest that infants treated with propranolol should have regular medication and food intake, and parents should be notified about the problem of hypoglycaemia.



Nobel discovery

A new infectious agent affecting children in New Guinea was discovered by Daniel Carleton Gajdusek. This disease is characterized by trembling ataxia, dementia and spongiform encephalopathy, and was found to be transmitted by cannibalism of the brain. The infectious agent, called prion (PrP^{SC}), a protein macromolecule was discovered by Stanley Prusiner. Prions were also found to cause 'mad cow disease' and Creutzfeldt-Jacob disease. The discoverers of this new infectious agent were awarded the Nobel Prize, Gajdusek in 1976, and Prusiner in 1997. Read the fascinating story by Rolf Zetterström (pp. 1910–1913).



To screen or not to screen?

More and more congenital diseases are subjected to blood-spot screening. This is due to the development of tandem mass spectrometry (MS/MS) and high throughput methods for gene analysis. In this issue, Rodney J Pollitt discusses the screening policy, and suggests that if conditions of clinical significance are doubtful or where screening specificity is poor, it should be excluded. It can also be questioned whether diseases, where there is no effective treatment, like Duchenne muscle dystrophy should be screened (pp. 1766–1772).

Highlights from Acta Pædiatrca 2010, 99, p. 1755

Hugo Lagercrantz

Acta Paediatrica, Karolinska University Hospital, Stockholm, Sweden
Email: Hugo.Lagercrantz@actapaediatrica.se



News on pneumonia

The present treatment of Community-acquired pneumonia (CAP) is based on studies more than 20 years old. In this review, the newest microbial findings are discussed. Due to globally increased resistance, the old antibiotics may not be efficient any longer. See article by Massimiliano Don et al. in this issue, pp. 1602–1608.



Childhood stroke

Stroke is mainly a disease of elderly patients but it also occurs in children with an incidence of nearly 2/100 000 children per year. Risk factors of importance are contraceptives, smoking and anemia in combination. Childhood stroke also results in long-term function deficits in 85% of the survivors. See article by Sten Christerson and Bo Strömberg in this issue, pp. 1641–1649.



Rebound of pneumococcal meningitis

Pneumococcal vaccination has been regarded as very successful, particularly with regard to the prevention of meningitis, which is a devastating illness. Now Charlotte Alexandre et al. report the rebound of pneumococcal meningitis in northern France. The prevalence was actually the same in 2008 as before the pre-vaccine era. Therefore, it is urgent to produce pneumococcal vaccines with broader range of serotypes. See also commentary by Ville Peltola, pp. 1600–1601.



Reduced cortisol levels in allergic children

Introduction of inhaled corticosteroids in the treatment of childhood asthma has been very successful. Inhalation in systemic administration has also been assumed to result in less side effects. However, Egil Bakkeheim et al. now report reduced basal salivary cortisol levels in children with asthma and allergic rhinitis. They suggest that salivary cortisol should be monitored in these children to avoid suppression of the endogenous cortisol. See this issue, pp. 1705–1711.



Vaccination strategies

Vaccination strategies with regard to meningococcal infections vary between different countries. E.g. in the UK, three doses are given during the first year. In the Netherlands and Belgium only one dose is given the second year. In Sweden, there is no general vaccination against meningococci. Elena Chiappini et al. have now done a meta-analysis of the different vaccination strategies concerning group C vaccine. They conclude that the teenagers are an important target group, and propose giving a dose in the second year of life, and also during teenage. See article in this issue, pp. 1609–1614.

