
PAIDOS

TIDSSKRIFT FOR NORSK BARNELEGEFORENING

JULI 2002

ÅRGANG 19

SIDE 17-44



PAIDOS

TIDSSKRIFT FOR NORSK BARNELEGEFORENING

APRIL 2002 ÅRGANG 19 SIDE 17-44

PAIDOS (tidligere NBF-nytt) er et tidsskrift av og for norske barneleger. Tidsskriftet utgis av Norsk Barnelegeforening (NBF), og distribueres til alle foreningens medlemmer.

PAIDOS utkommer kvartalsvis, og inneholder faglige artikler, debattinnlegg, reportasjer, intervjuer mm. med relasjon til norsk pediatri. Redaksjonen er takknemlig for alle bidrag fra leserne. Signerte artikler står for forfatterens egen regning. Tidsskriftet inneholder ikke reklame.

PAIDOS er gresk og betyr «for barnet», og ordstammen gjenfinnes bl.a. i «pediatri» og «pediater».

Redaktør

Vegard Bruun Wyller
Barneklubben, Rikshospitalet
0027 Oslo
vegard.bruun.wyller@rikshospitalet.no

Frister

Frist for innsending av bidrag (deadline) til de ulike numrene er:

Nr. 1: 1. desember

Nr. 2: 1. mars

Nr. 3: 1. juni

Nr. 4: 1. september

Årets vårmøte – i regi av barneavdelingen i Skien - ble en minnerik opplevelse. Det faglige programmet var vidtfaende, uten å bli fragmentarisk, og tidvis dyptpløyende, uten å bli utilgjengelig. Abstracts av de fleste frie og inviterte foredrag trykkes i dette nummeret av Paidos. Det sosiale programmet gjorde likevel størst inntrykk på en vårmøtedebutant; sjelden har *laugsmentaliteten* blitt tydeligere demonstrert. Det er et stort privilegium å bli tatt opp i og bli en del av et slikt kollegialt nettverk.

Våre sterke sosiale bånd og tradisjoner har imidlertid først og fremst sin berettigelse fordi de tjener en høyere hensikt; de bidrar til å fremme kollektiv og individuell fagutvikling. Kort sagt: laugt gjør oss til flinkere barneleger. Forutsetningen er imidlertid at den sterke laugsmentaliteten ikke fører til for store konformitetskrav, der reell uenighet og interessenmøtsetninger forties. Ønsket om samhold og fellesskap må ikke bli et hinder for faglig og fagpolitisk meningsutveksling og kritikk; da blir resultatet ikke utvikling, men stagnasjon.

To viktige saker vekker for tiden betydelig engasjement, hvilket både vårmøtets diskusjoner og Paidos' spalter bærer preg av. Våre privatpraktiserende kolleger – anført av Hans Howlid og Torgeir Haugen – argumenterer for sterkere satsing på pediatrik førstelinetjeneste, og åpner dermed en «to-fronts krig» mot både sykehuspediatrien og allmennhelsetjenesten, inkl. den arbeidsfordeling som ble formalisert på det sk. «Larkollenmøtet» for omlag 20 år siden. Den langvarige og tidvis følelsesladede diskusjonen om organisering av nyfødtsomsorgen - som nå også foregår i dagspressen - videreføres i Paidos ved Dag Bratlid, som kraftig imøtegår Alf Mebergs artikkel i forrige nummer.

Debattene bør ønskes velkommen av alle og fortjener oppmerksomhet - også fra kolleger som ikke er direkte berørt. De representerer neppe noen trussel mot laugets sosiale fellesskap; gode venner tør å være uenige. Fruktbar debatt forutsetter imidlertid at aktørene åpent eksponerer premissene for de ulike standpunktene. Det er for eksempel fullt legitimt å argumentere med utgangspunkt i egen faglig interesse eller prestisje, endog egne økonomiske interesser, så lenge dette gjøres eksplisitt. Debattantene bør imidlertid unngå sammenblanding av ulike motiver og bruk av vikarierende argumentasjon, der de egentlige beveggrunner tilsløres.

Dersom hensynet til barnas helse er vår fremste ledestjerne, burde det - selv for de mest engasjerte - være mulig å enes gjennom konstruktiv dialog.

VEGARD BRUUN WYLLER

REDAKTØR

INNHold

- | | |
|---|---|
| 19 Barneavdelingen i Tromsø
HANS PETER FUNDINGSRUD | 30 Abstracts fra Norsk Barnelegeforenings vårmøte 2002 |
| 21 Nyfødtsmedisin på universitets-sykehuset i Nord-Norge - en statusrapport
LAURITZ B. DAHL | 30 FRIE FOREDRAG |
| 22 Barnekraftbehandling ved UNN
TORE STOKLAND | 34 INVITERTE FOREDRAG |
| 23 Fra gastroenteritt til koma
MARIE FALKENBERG
BARD FORSDAL
TOVE ANITA NYSTAD | 39 Refleksjoner over en refleksjon
DAG BRATLID |
| 26 Tromboembolisme ved nefrotisk syndrom hos barn
MARTIN HANDELAND | 42 Barn og ungdom treng flere pediaterar i arbeid utanfor sjukehusa
HANS HOWLID |
| 29 Tromboembolisme ved nefrotisk syndrom hos barn - en kommentar
ELLEN RUUD | 43 Korrespondanser |
| | 43 Veiledning for bidragsyttere |
| | 44 Lederens spalte
HANS-JACOB BANGSTAD |

Barneavdelingen i Tromsø

Sykehusstafetten fortsetter. I dette nummeret presenterer barneavdelingen i Tromsø seg gjennom fire artikler - en lærerik kasuistikk, en generell beskrivelse av avdelingens virksomhet, og to utdypende artikler om nyfødtsomsorg og onkologi. I neste nummer går stafettspinnen videre til Bodø.

Barneavdelingen i Tromsø er en av universitetssykehusets største avdelinger med sine ca. 150 ansatte. Det er som en stor norsk bedrift. Enhver bedrift på denne størrelsen med respekt for seg selv har formulert en visjon og et mål for virksomheten. Undertegnede overtok som leder på avdelingen i desember 2001. Forut for tiltredelsen hadde jeg anledning til å observere livet på avdelingen og føre samtaler med fremtidige medarbeider om å formulere slike mål. 63 samtaler av 1 times varighet ble gjennomført med ansatte fra alle faggrupper valgt ut av lederne på avdelingen. På bakgrunn av disse samtalene ble følgende visjon formulert:

«Barneavdelingen ved universitetssykehuset i Nord-Norge skal være en aktiv og førende barnemedisinsk motor i Helse Nord, i nært samarbeid med de barnemedisinske miljøene i Bodø og Hammerfest.»

Avdelingens målsettinger ble formulert på følgende måte:

-Avdelingen skal inneha universitetsklinikkfunksjoner innen de fleste barnemedisinske subspecialiteter

-Det skal utvikles en integrert somatisk og barnepsykiatrisk tjeneste for barn og familier ved universitetsklinikken

-Gjennom økt forskningsaktivitet skal kravene til å være en akademisk avdeling ivaretas

-Vi skal organisere vår nyfødtsmedisinske virksomhet etter universitetsklinikkstandard

-Det skal skapes en ledelses- og organisasjonskultur i avdelingen.

Avdelingen fremtrer i dag som en universitetsklinikk med lokalsykehusfunksjoner som har vokst utover sine bredder. Disse to funksjonene er i konkurranse med hverandre. En stor utfordring er å være tilgjengelig for de riktige pasientene, og i tillegg gjøre de riktige tingene med de pasientene som kommer til oss. Logistikken i avdelingen er komplisert med leger fra syv tilstøtende avdelinger som brukere av barnesenteret (øye, øre-nese-hals, plastikkirurgi, nevrokirurgi, hud, gastrokirurgi, urologi og ortopedi). I tillegg kommer de rent barnemedisinske pasientene.

Som et strategisk grep for å organisere en tydeligere virksomhet, har vi startet arbeidet med å seksjonere store barn-posten i: seksjon for generell barne-medisin (inkludert et dagavsnitt), og seksjon for onkologi/hematologi, Vår idé er at det er viktig å sikre at sentrale subspecialiteter lever side om side med generell barnemedisin inne i sykehuset. Fra før har vi seksjonene: nyfødt intensiv, habilitering og poliklinikk. Det arbeides

med å tilsette seksjonsansvarlige overleger. For å styrke det tverrfaglige perspektivet ved seksjon for generell barnemedisin og seksjon for onkologi/hematologi, står vi foran opprettelsen av faggrupper. Personalet vil bli organisert i tverrfaglige team som betjener barn og foreldre både poliklinisk og under innleggelsen. Disse tverrfaglige gruppene opprettes innen sentrale pediatrike subspecialiteter, og vil få ansvar for å utforme målsetting for gruppens virksomhet, være en base for sosial tilhørighet, skissere økonomi, stå for utvikling av prosedyrer og lage handlingsplan for året. Deres arbeid vil representere avgjørende hjørnesteiner i avdelingens virksomhetsplanlegging.

I tillegg til de kliniske oppgavene driver også universitetsklinikken med undervisning av medisinske studenter og forskning. To leger er ansatt i hovedstilling ved universitetet med funksjon som overlege i bistilling på sykehuset. I tillegg er to overleger ansatt i bistilling på universitetet, og det er også en stilling som klinisk stipendiat. Avdelingen har et forskningslaboratorium med 2-3 ansatte realister. Det tas opp 85 medisinstudenter hvert år. Kurset i barnesykdommer er delt i to. I fjerde studieår har studentene en innføring i pediatri med utviklingslære og en del kliniske emner, til sammen ca. 20 forelesninger. I tillegg har vi grupper på 10-11 studenter som hver er to uker på avdelingen, der de får praktisk klinisk tjeneste i form av kliniske demonstrasjoner, journalopptak, seminarer, tjeneste på helsestasjon og barnepoliklinikk. I sjettede studieår er gruppene 4 uker på avdelingen, og det gis 18 nye forelesningstimer, dessuten klinisk tjeneste - bl.a. med egne pasienter på poliklinikken - og seminarer. Alle studentene skal skrive hovedoppgave i løpet av studiet; årlig tar ca 5 studenter denne ved Barneavdelingen. I noen tilfeller danner disse oppgavene grunnlag for publisering i medisinske tidsskrifter.

Totalt er beregnet årlig undervisningsbelastning på 2600 timer.

Universitetsklinikkfunksjonen danner også grunnlaget for at assistentlegene får sin tjeneste godkjent som gruppe I, og at vi kan utdanne subspecialister innen forskjellige felter av pediatrien.

Avdelingens forskning er hovedsakelig innen områdene neonatologi, allergologi, infeksjonsmedisin og onkologi/virologi. Utgangspunktet har ofte vært kliniske problemstillinger, som så er ført til laboratoriebenken, hvilket forhåpentligvis senere kan bedre diagnostikk og behandling for våre små pasienter. Barneavdelingen har et utstrakt forskningssamarbeid med Mikrobiologisk og virologisk avd. og Avdeling for barne- og ungdomspsykiatri. Et viktig prosjekt i grenseland mellom nyfødtsmedisin og barnepsykiatri er "Prosjekt tidlig intervensjon 2000", der vi undersøker spørsmålet om hvorvidt tidlig intervensjon kan forebygge psykologiske utviklingsforstyrrelser/forsinkelse og forbedre helstilstanden hos for tidlig fødte barn. Prosjektet drives i samarbeid med ABUP (Avdeling for barne- og ungdomspsykiatri). Det gis lite driftsmidler til forskning fra universitetet, så dette må søkes utenfra. Avdelingen har vært rimelig godt tilgodesett med slike penger de siste årene. I alt 6 personer har tatt doktorgrad ved avdelingen, av disse er 2 i akademisk stilling i Tromsø, 3 i Trondheim, mens én er i Sverige.

Avdelingen har siden 1989 vært ledet av et lederteam bestående av avdelingsoverlege, oversykepleier og kontorfullmektig. Avdelingsoverlegen er avdelingsleder. For å nå vårt mål om å utvikle universitetsklinikkstandard på vår nyfødtsmedisinske virksomhet, har vi opprettet et eget bakvaktskikt i nyfødtsmedisin. Avdelingen har pr. i dag 4 velkvalifiserte neonatologer som alle har ekkokardiografisk kompetanse. For øvrig forholder avdelingen seg til forslaget fra Nasjonal plan for

BARNEAVDELINGEN, UNIVERSITETSSYKEHUSET I NORD-NORGE, TROMSØ

<i>Antall ansatte totalt:</i>	ca. 150
<i>Antall senger:</i>	41 + habiliteringsenhet
<i>Antall overlegestillinger:</i>	9 + 3 bistillinger
<i>Antall utdanningsstillinger:</i>	8
<i>Antall sykepleiere:</i>	80 (> 70 % spesialspl.)
<i>Befolkningsgrunnlag:</i>	470.000/115.000
<i>Antall innleggelser pr. år:</i>	2200
<i>Antall polikliniske konsultasjoner:</i>	5200
<i>Undervisningsbelastning:</i>	ca. 2600 timer/år
<i>Budsjett:</i>	65. mill.
<i>Ambulering:</i>	Troms Militære Sykehus (1 x pr. mnd.), Finnmark (allergolog 2 x pr. halvår), kardiologi/reumatologi mer sporadisk
<i>Seksjoner:</i>	onkologi, generell pediatri, poliklinikk, nyfødtsmedisin, habilitering
<i>DRG-index:</i>	1,8

nyfødtsmedisin med kommentarer fra Statens Helsetilsyn om fremtidig ressursfordeling og tildeling innen faget.

Barnepsykiatrien i Troms skal integreres i den nye helseforetaksmodellen. I denne sammenheng er det nedsatt en prosjektgruppe som skal se på hvordan barnepsykiatrisk virksomhet i Tromsø kan integreres i barnemedisinen. Det er foreslått en modell hvor BUP-Tromsø, Ungdomspsykiatrisk avdeling, Berglund behandlingshjem, Habiliterings-tjenesten for barn og Barneavdelingen går sammen i en ny Barne- og ungdomsklinikk ved Universitetssykehuset i Nord-Norge. Avdelingen vil i så fall bli universitetssykehusets største med om lag 200 ansatte. Dette vil avgjort representere en styrking av tilbudet til barn, ungdom og familier i vårt nedslagsfelt, og ikke minst utgjøre en ny bærebjelke i vår ungdomsmedisinske satsing.

En viktig utfordring for oss i nær framtid er bemanningssituasjonen. Vi må hele tiden tenke ettervekst, spesielt på legesiden. Dette gjelder både den kliniske og akademiske delen. En viktig målsetting er å bevare de

fagfolk vi utdanner innen vårt eget regionale helseforetak. Dette oppnår vi ved i første omgang å utdanne leger, dernest å være et attraktivt utdanningssted for fremtidige barneleger. For tiden får to ass.leger med fortid i Hammerfest sin gruppe I-tjeneste hos oss. For å spille den rollen vi ønsker i Helse Nord, er vår målsetting også å bli attraktiv nok som gruppe-I sykehus for leger fra Bodø. Vi tror denne forbindelse tidligere har manglet, og er overbevist om at alle barneavdelingene i Nord-Norge vil dra fordel av en slik rekrutteringsvei.

HANS PETER FUNDINGSRUD

AVD.LEDER/AVD. OVERLEGE
BARNEAVDELINGEN,
UNIVERSITETSSYKEHUSET I NORD-NORGE,
TROMSØ

Nyfødtmedisin på universitetssykehuset i Nord-Norge - en statusrapport

Barneavdelingen på UNN har én post for neonatal intensivmedisin ("Nyfødt Intensiv"). To overleger i full klinisk stilling og to assistentleger betjener posten alternerende, slik at en av hver kategori er i arbeid samtidig. I tillegg har pt. to universitetsansatte overleger 20% bistilling ved posten. 72% av sykepleierne er spesialsykepleiere. Et eget nyfødtmedisinsk bakvaktskikt er under etablering. Posten betjener en populasjon på knapt 3.500 nyfødte per år. 90% av disse fødes hhv. ved UNN, Harstad sykehus, Hammerfest sykehus eller Kirkenes sykehus, mens 10% fødes på fødestuer. Normalt blir ingen syke nyfødte fra Nordland henvist til UNN. Ved barneavdelingen på Hammerfest sykehus kan man behandle moderat syke nyfødte ned til 32 uker. All respiratorbehandling, alle premature under 32 uker og alle med alvorlige tilstander for øvrig blir behandlet på UNN. Neonatalt reise-team transporterer nyfødte barn med bl.a. alvorlige asfyksi, mekonium-aspirasjon, duktusavhengige vitier og andre alvorlige misdannelser med ambulansfly eller helikopter. Neonatalsykepleierne har etablert en vaktordning, mens legearbeidet ved transport dekkes av bakvakt. Henting av svært små premature forekommer sjelden. Upubliserte data viser at > 95 % av disse overflyttes intrauterint og fødes på UNN. Neonatalt reiseteam transporterer ca. 30 nyfødte hvert år.

Ved Nyfødt Intensiv behandles årlig ca. 400 barn, hvorav 250 nyfødte. Av disse er 210 (85%) forløst ved UNN. Ca. 120 (50%) er premature, ca. 13 (5%) veier under 1000 gram, mens 20 (8%) veier mellom 1000 og 1500 gram. Gjennomsnittlig overlevelse (korrigert for barn med

letale misdannelser) i de to gruppene de siste tre år har vært hhv. 87% og 96%. Vi ser en økning i antall små premature; de senere år har det vært omlag 13 under 28 uker årlig. Totalt respiratorbehandler vi årlig ca. 40 nyfødte, med til sammen ca 350 respirator-døgn, dessuten har vi ca. 700 CPAP-døgn per år. «Babylog 8000 plus» er standardrespirator for konvensjonell ventilasjonsbehandling. «Pressure support ventilation» (PSV) med volumgaranti (VG) er førstevalg ved vanlig homogen lungesykdom hos premature uansett barnets størrelse. Vi har totalt fem «Babylog 8000 plus»-respiratorer. Posten behersker høyfrekvensventilasjon med «Sensor-medics» eller «SLE», men vi bruker ikke høyfrekvensmodulen på «Babylog 8000 plus». NO-gass brukes rutinemessig ved pulmonal hypertensjon, i praksis vanligvis ved mekoniumaspirasjon, kombinert med heving av systemisk blodtrykk for å oppheve høyre-venstre-shunt over duktus. Alle overlegene ved Nyfødt Intensiv kan utføre ekkokardiografi som ledd i den intensivmedisinske totalvurdringen av syke nyfødte.

Det gjennomføres ukentlige møter med leger og jordmødre på Kvinneklinikken (KK). Der drøftes dels de barna som er overflyttet til Nyfødt Intensiv, og dels de som man etter svangerskapskontroller og fostermedisinsk diagnostikk forventer vil bli overflyttet. Tidspunkt for forløsning diskuteres. KK har de senere år fått betydelig økt kompetanse innen fostermedisin, og det er ikke lenger nødvendig å henvise all slik diagnostikk til regionsykehuset i Trondheim. Dette har medført at flere nyfødtmedisinske utfordringer, fullt forsvarlig, tas hånd om i eget hus.

Tidligere var det dessverre en ikke ubetydelig, og ofte unødvendig prenatal lekkasje av neonatalmedisin til regionsykehuset i Trondheim. Dette har vært uheldig for en relativt liten avdeling med periodevis marginalt belegg og samtidig stor undervisningsbyrde både av studenter, sykepleiere og leger under spesialutdannelse. Vårt samarbeid med KK på dette området medfører at pasientene nå behandles på riktig nivå. Dette har vært med på å gjøre nyfødtmedisinen ved UNN mer interessant.

I 1998 startet Barneavdelingen i samarbeid med Avdeling for barne- og ungdomspsykiatri (ABUP) "Prosjekt Tidlig Intervensjon 2000". I disse dager er vi i ferd med å avslutte rekrutteringen av 140 premature under 2000 gram og 70 fullbårne kontrollbarn. Av de 140 er 70 tilfeldig trukket til en tiltaksgruppe med spesiell opplæring av mor før utreise og 4 hjemmebesøk av neonatalsykepleier, og de resterende 70 utgjør kontroller som får tradisjonell veiledning før utreise. Barna følges av barnelege med vanlig medisinsk utviklingskontroll, og av ABUP med en rekke psykososiale og psykiatriske mål. Kohorten skal følges helst ut i skolealder, evt. lenger - økonomien avgjør hvor lenge. Hovedformålet med prosjektet er å undersøke om sensitivitetstrening av foreldre i forbindelse med utskrivelsen og en oppfølging med et veiledningsprogram i hjemmet vil redusere forekomsten av psykologiske utviklingsforstyrrelser/forsinkelser og påvirke helsetilstanden hos en tiltaksgruppe med for tidlig fødte barn sammenlignet med en matchet kontrollgruppe uten ekstra tiltak. Prosjektet vil også kunne avdekke en rekke andre forhold som er viktige for å etablere gode, tidlige oppfølgingsprogram for små barn med risiko for avvikende utvikling, ikke bare premature, men også andre nyfødte, spedbarn og småbarn. Prosjektet er bl.a. en konsekvens av

konsensuskonferansen om for tidlig fødte barn i 1998, der bedre og bredere oppfølging av de premature ble etterlyst. For alle barneleger som har ”kontrollert” premature gjennom tidene - og som etter hvert erfarer at mange kommer til kort i skole- og ungdomsalder - er det åpenbart at kontroll og oppfølging av mer enn motorisk utvikling er påkrevet, slik at

adekvate, tidlige målrettede profylaktiske tiltak mot atferds- og skoleproblemer kan iverksettes.

LAURITZ B. DAHL

OVERLEGE
BARNEAVDELINGEN,
UNIVERSITETSSYKEHUSET I NORD-NORGE,
TROMSØ

psykososial oppfølging. Forebygging og monitorering av komplikasjoner og bivirkninger av behandlingen er svært viktig. Pasientene følges poliklinisk vanligvis til 19-års alder for å monitorere alle typer seneffekter, i tillegg til å diagnostisere eventuelle residiv.

Vi har et meget godt samarbeid med barneavdelingene i Bodø og Hammerfest. For pasientene fra Nordland gis store deler av leukemibehandlingen i Bodø, og infeksjonsbehandling av andre grupper gis også der. Barneonkologene ved UNN har en utstrakt telefonrådgiving til leger og familier i hele landsdelen, og har døgnerberedskap for takling av akutte situasjoner.

Optimal utredning og behandling forutsetter meget høy kompetanse også innen andre spesialiteter ved sykehuset, som radiologi, patologi, farmakologi, immunologi, nevrokirurgi, annen kirurgi, anestesi, strålebehandling mm. Heldigvis har UNN meget gode nøkkelpersoner innen disse fagfeltene.

Barna med kreft er samlet på én post på Store Barns avdeling (den nye seksjonen for onkologi). Det ligger også andre pasienter her. De fleste sykepleierne som arbeider med kreftsyke barn har spesialutdanning i

Barnekreftbehandling ved UNN

Behandling av kreft hos barn utgjør en vesentlig del av aktiviteten ved barneavdelingen ved UNN. Det dreier seg om sjeldne sykdommer med få nye pasienter hvert år, men på grunn av behandlingens kompleksitet, langvarighet og mange komplikasjoner, utgjør disse pasientene ressursmessig den klart største gruppen på Store Barn-posten. Tabell 1 oppsummerer en del tall for tiårsperioden 1991-2000. Som det fremgår her var hvert av kreftbarna gjennomsnittlig innlagt 94 dager i løpet av behandlingsperioden. Vi ønsker å ha pasientene innlagt kortest mulig tid. Etter diagnoseperioden er de hyppigste årsakene til innleggelse cytostatikakurer eller infeksjonsbehandling, sistnevnte pga. den immunsvikten som følger av svært intensiv behandling. Vi kan glede oss over gode resultater, med nær 80% langtidsoverlevelse i gruppen som helhet. Tallene for 2001 er ikke ferdig bearbejdet ennå, men dette året har vært ekstremt travelt med høyere aktivitet en noen gang tidligere.

I Norge er ansvaret for behandling av kreftsyke barn regionalisert til de fem region-sykehusene. Barneavdelingen ved UNN har ansvaret for all

primærdiagnostikk og utforming av behandlingsplaner for disse pasientene i landsdelen. Bortsett fra retinoblastomer (0-1 pasienter pr. år) blir alle kreftpasientene behandlet hos oss. Noen få blir sendt til andre sentra for å få utført enkelte prosedyrer, dette gjelder allogen benmargstransplantasjon, benkonserverende ortopedi og i meget sjeldne tilfeller spesialkirurgi etter individuell vurdering. Vi legger stor vekt på fortløpende informasjonsarbeid til pasientene og familiene, samt

Tabell 1. Barn med kreft, Barneavdelingen, UNN

År	Ant innlagte	Nyoppdagede	Ant. opphold	Liggedøgn	Døde
2000	25	9	185	1202	1
1999	31	12	119	880	3
1998	33	11	143	863	3
1997	31	8	215	1167	5
1996	28	16	149	1059	1
1995	26	13	111	809	2
1994	27	14	175	1208	1
1993	26	12	138	1181	4
1992	25	13	127	1429	4
1991	29	6	122	913	1
Sum		114	1484	10711	25
Snitt	28	11,4	148	1071	2,5

pediatri. Dessuten finansierer Den Norske Kreftforening en sykepleiekonsulent og en spesialpsykolog i barneonkologi.

I løpet av de siste 15 årene har det blitt stadig høyere krav til behandlingens intensitet og kvalitet. Kurene for den enkelte pasient har i snitt blitt betydelig mer intensive, og stadig nye grupper behandles med kjemoterapi. For eksempel kommer nå hjernesvulstpasientene inn for fullt med cytostatikabehandling, noe som i liten grad ble brukt tidligere til disse. Aggressiv behandling av tilbakefall krever også store ressurser.

De tildelte ressurser til norsk barneonkologi har ikke på noen måte holdt tritt med de økte kravene. Det er derfor på nasjonalt plan behov for en kraftig opprusting, ikke minst på legesiden. I Tromsø har sykehuset foreløpig ikke opprettet egen klinisk overlegestilling i barneonkologi. Imidlertid har en av overlegene barneonkologi som ett av flere hovedarbeidsområder, og vi har godt håp om nå å få en overlegestilling i klinisk barneonkologi. Den Norske Kreftforening finansierer en overlegestilling som skal være et supplement til det offentliges innsats, og hovedsakelig drive fagutvikling og klinisk forskning. En universitetsansatt overlege har barneonkologi som sitt kliniske hovedinteressefelt. Bruk av disse to overlegene i klinisk daglig arbeid har gjort at vi har kunnet opprettholde kvaliteten innen fagfeltet. Men dette er ikke akseptabelt i lengden.

Moderne barneonkologi er både internasjonalt og nasjonalt nettverksorganisert, hvilket innebærer at det foregår et tett samarbeid mellom formelt likeverdige sentra. Barneavdelingen på UNN er i denne sammenhengen et lite senter, men våre resultater er på et godt nivå også internasjonalt vurdert. De aller fleste pasientene våre inkluderes i internasjonale behandlingsprotokoller som ledd i klinisk forskning. Dette krever betydelig arbeid, blant annet i

form av rapportering av en rekke detaljer ved diagnostikk og behandling. Vi har hatt problemer med å ha kapasitet til denne helt nødvendige funksjonen i en presset arbeidssituasjon. Vi har akkurat nå fått gjennomslag for en 50% engasjementstilling for "forsknings-sykepleier", og dette vil hjelpe oss betydelig.

Vi står ved et veiskille i nordnorsk barneonkologi. Et høyt internasjonalt nivå vedrørende alle aspekter av diagnostikk, behandling og oppfølging må være et krav til en avdeling som

skal ta ansvaret for disse pasientene. Vi er avhengig av politisk vilje for fortsatt å kunne prioritere denne pasientgruppen. Vi er optimister, og tror at UNN også i fremtiden skal kunne gi nordnorske barn med kreft en behandling helt på høyde med andre internasjonale sentra.

TORE STOKLAND

OVERLEGE
BARNEAVDELINGEN,
UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE,
TROMSØ

Fra gastroenteritt til koma

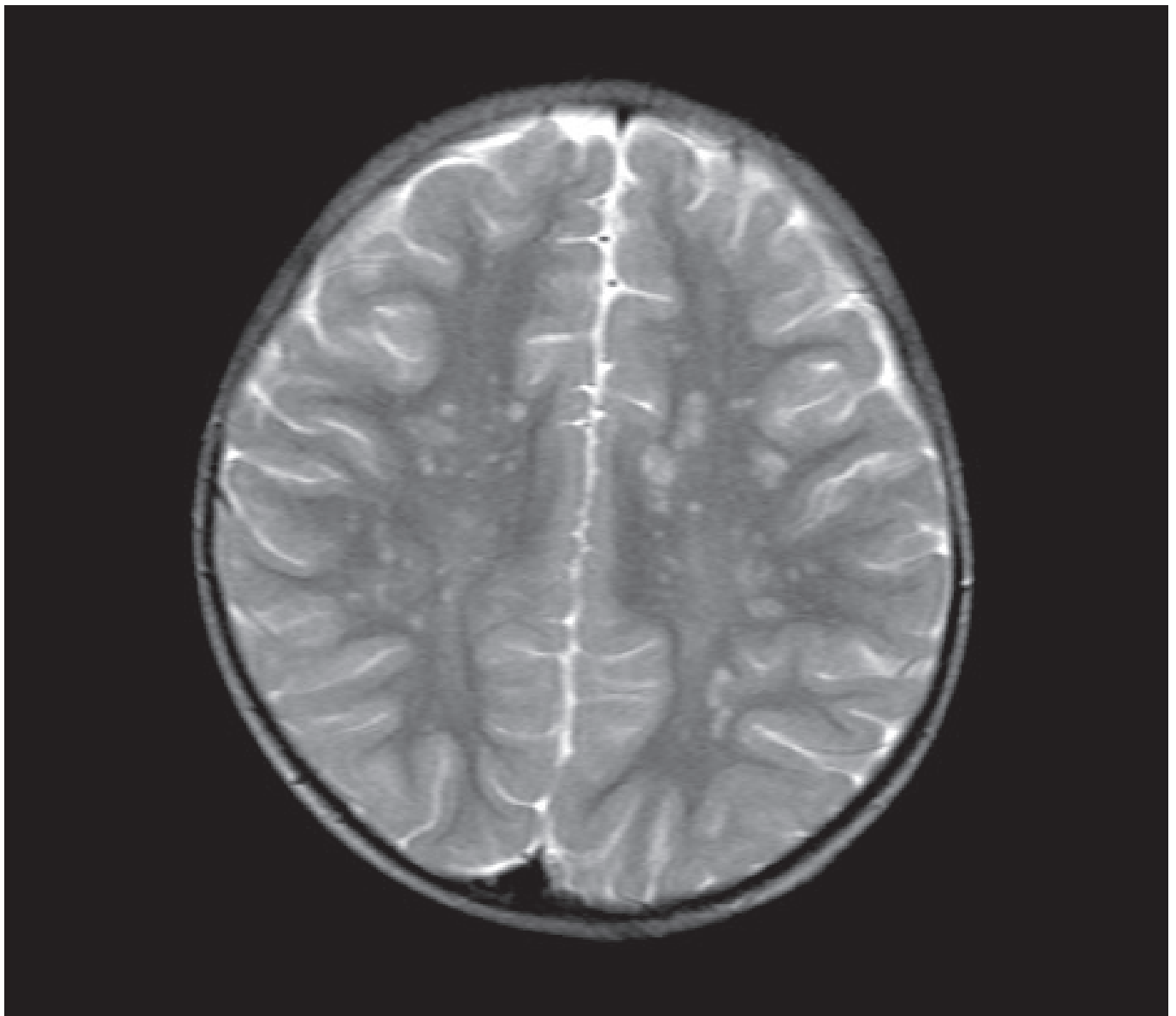
En knapt to år gammel gutt blir henvist etter akutt sykehistorie på 6 timer med kraftig oppkast og diarree. Ved ankomst kl. 02 har han mild grad av dehydrering, er slapp, men våken og sier han er "tørst". Peroral rehydrering forsøkes først, men må erstattes av intravenøse væsker pga. ytterligere oppkast og diare, samt tiltakende slapphet utover natten. Kl 10 er han ikke kontaktbar, og reagerer dårlig på smertestimuli. Tilstanden progredierer raskt utover formiddagen med inversjon av plantarreflekser, spastiske ekstremiteter og hyperrefleksi. Han er stabil sirkulatorisk og respiratorisk, pupillene reagerer normalt og sidelikt.

Innkombstblodprøver viser normal CRP, stigende til max 15 dagen etter, normale elektrolytter, lett acidose. Det er normale funn i spinalvæsken, CT og MR av hodet er initialt beskrevet som negativt. EEG beskrives som "uttalt patologisk", men uten epileptiform aktivitet, og heller ikke typiske funn som ved herpes simplex-encephalitt eller metabolsk encephalopati. Bred utredning med blodprøver, dyrkning av urin og avføring, samt anleggelse av blodkulturer gjøres. Nærmere anamnese-

opptak gir ingen holdepunkter for intoksikasjon. Vi starter behandling med Acyclovir, Penicillin og Claforan pga. uklart sykdomsbilde.

5 dager etter innkomst har han fortsatt ingen spontane bevegelser, skriker ved smertestimulering, gir ikke sikker blikkontakt, har inverterte plantarreflekser. Det er klare tegn til CNS-affeksjon, så vi gjentar billedundersøkelser av hjernen. MR cerebrum viser nå multiple forandringer forenelig med demyelinisering i pons, corpus callosum, thalamus og kapselkjerne-regionen. Ved regranskning av de første MR-bildene kan man nå påvise begynnende forandringer. Røntgenologisk og klinisk stiller vi sannsynlig diagnose ADEM – akutt disseminert encefalomyelitt. Vi starter behandling etter gjeldende prosedyre med Solu-Cortef 10mg/kg/dag.¹

ADEM er en demyeliniserende, autoimmun, inflammatorisk sykdom i CNS som opptrer fra få dager til uker etter visse infeksjoner eller vaksinasjoner. Det kan ikke påvises agens i spinalvæske. Prevalenstall finnes ikke i litteraturen, men tilstanden er



Figur 1. T2 vektet MR tatt av vår pasient 5 dager etter innkomst viser multifokale bilaterale forandringer i hvit substans.

beskrevet som "sjelden". Histologisk kjennetegnes ADEM ved perivenøs demyelinisering og inflammasjon, med intakte neuroner. Patogenetisk mekanisme antas å likne den ved Guillain-Barré, med kryssreagerende autoantistoffer og T-lymfocytter som angriper myelin. Respons på immunoglobulineterapi taler også for en slik mekanisme.² MR-forandringene ved ADEM består av multifokale høysignalforandringer i T2-vektede serier hovedsakelig i hvit substans, som også kan ta opp kontrastmedium.

Det kan også foreligge forandringer i dyp grå substans (thalamus, basalganglier, hjernestammen), der det også finnes myelin.^{3,4,5}

Behandling med kortikosteroider har ikke dokumentert effekt da man mangler prospektive randomiserte studier, men man har sett rask regresjon av både neurologiske utfall og MR-forandringer hos noen, mens andre tilsynelatende ikke har effekt av behandlingen. Det foreligger kasuistikker med effekt av intravenøs immunoglobulin ved

terapieresistens. Hos pasienter med alvorlig sykdom uten effekt av annen terapi har plasmaferese hatt tilsynelatende suksess. For øvrig synes ADEM oftest å være en selvbegrensende sykdom, med antatt forkortet forløp og evt reduksjon av neurologiske sekveler ved steroidbehandling.²

Vi får etter hvert negativ PCR og dyrkning av spinalvæske mht. adenovirus, enterovirus, HSV-1 og 2, varicella, CMV, EBV, Borrelia, syfilis, Mycoplasma pneumoniae. Elektroforese av spinalvæsken er negativ.

Dyrkning av avføringen viser rotavirus. ADEM opptrer vanligvis etter infeksjoner eller vaksinasjoner. Vår pasient hadde fulgt normalt vaksinasjonsprogram og hadde ikke fått vaksiner rett forut for aktuelle sykdom, men ble innlagt med gastroenterittbilde som kunne stemme med en Rotavirusinfeksjon.

Etter et par dager med steroidbehandling synes neurologisk status å bedres; vi opplever nå at gutten er mer våken, responderer på stimuli i omgivelsene, begynner å svelge litt selv, er mindre spastisk, plantarrefleksene normaliseres, men han har sparsomt med ekstremitetsbevegelser. Nytt EEG viser fortsatt svært patologisk kurve med langsom bakgrunnsaktivitet, men tendens til bedring. MR-cerebrum 10 dager etter oppstart av steroider viser i samsvar med den kliniske bedringen tilbakegang av lesjonene i hjernen, men noe dilatasjon av ventrikkelssystemet og mer markert relieff som tolkes som substanstap pga myelinolyse.

Pasienten skrives ut 4 uker etter innkomst til tverrfaglig poliklinisk rehabilitering med logoped, fysioterapeut og ergoterapeut. Steroidbehandlingen er seponert. Ved undersøkelse nesten 6 uker etter sykdomsdebut er han blid, våken, interessert, sier enkeltord eller halve stavelser. Han trenger hjelp til spising pga. nedsatt koordinasjon, finmotorikken er noe satt tilbake, og han mister lettere tålmodigheten enn tidligere. Han står, kan gå noen få skritt med støtte, har spissfot. Normal hjernenervestatus, nedadvendte plantarreflekser, lett hyperrefleksi. Vi planlegger å gjenta MR etter 3mnd.

MR-forandringene går ofte senere tilbake enn den kliniske bedringen, men er som regel forsvunnet etter noen måneder. Hvis det ikke tilkommer forverring i klinisk status er det svak indikasjon for å gjøre ny MR, da man sjelden ser mer uttalte forandringer her uten at

klinikken også forverres.² Som regel er sykdommen en enkeltepisode, men tilbakefall er også beskrevet. Prognosen ved ADEM er noe varierende i litteraturen – tidligere har man operert med mortalitet på inntil 20%, og høy insidens av neurologiske sekveler, mens 1/3 ble helt friske. Nyere studier og kasuistikker antyder bedre prognose – det spekuleres over hvorvidt dette kan ha med introduksjon av steroidbehandling å gjøre.⁴

Etter å ha utelukket "vanlige" årsaker til bevissthetsnedsettelse hos vår pasient, sto vi i initialfasen igjen med et uklart sykdomsbilde med klinikk og EEG som tydet på alvorlig sentralnervøs sykdom. En primær virusencefalitt (ADEM er en sekundær encefalitt) kan også forutgås av infeksjonssykdom, men man vil der i 60% av tilfellene kunne påvise agens i spinalvæske.⁶ Ved HSV-encefalitt vil 90% ha tegn på affeksjon av temporallappene og karakteristisk EEG med lateraliserende epileptiforme avflatninger. PCR-diagnostikk/antistoffpåvisning av HSV er diagnostisk. Denne tilstanden er svært viktig å utelukke, da opptil 70% dør hvis ikke Acyclovirbehandling iverksettes.² Ved ADEM kan man av og til finne oligoklonale bånd ved elektroforese av spinalvæske som ved multippel sklerose, men disse persisterer ikke. Ved tilbakefall av sykdommen må man tenke på MS – som regel vil MS-plaques påvist ved MR være mulig å skille fra ADEM.⁷ Liknende patogene finnes ved Guillain-Barré, som er en akutt demyeliniserende polyradikulo-neuropati. Ved denne tilstanden påvises slappe pareser som starter perifert - i motsetning til hos vår pasient. Myelinolyse ses ved for rask rehydrering ved hyponatremi, og det klinisk bildet kan likne ADEM,⁸ men vår pasient hadde normal elektrolyttstatus helt fra

innkomst. Borreliose er sjelden i vårt distrikt – nå hadde riktignok vår pasient bodd på Østlandet før sykdomsdebut, men vi kunne ikke påvise borreliaantistoffer. Diagnostisk avklaring fikk vi først etter 5 dager, da MR avdekket karakteristiske funn som ved ADEM. Akutt disseminert encefalomyelitt er en sjelden tilstand, men viktig å identifisere og differensiere fra f.eks virusencefalitt, fordi behandling med steroider vanligvis vil ha god effekt på sykdommen.

MARIE FALKENBERG, ASS LEGE
BÅRD FORSDAL, OVERLEGE
TOVE ANITA NYSTAD, OVERLEGE

BARNEAVDELINGEN,
UNIVERSITETSSYKEHUSET I NORD-NORGE,
TROMSØ

Litteratur

1. Bjørnstad A. Guillain-Barré og ADEM. I: Rootwelt T (red). Metodebok for barn over 3 mnd. Barneklubben, Rikshospitalet 2000.
2. Andersen JB, Pedersen SA. Akut disseminert encephalomyelitis hos barn. Ugeskr læger 2000; 162: 3176-80.
3. Murray BJ et al. Severe acute disseminated encephalomyelitis with normal MRI at presentation. Neurology 2000; 55: 1237-8.
4. Hynson JB et al. Clinical and neuroradiological features of acute disseminated encephalomyelitis in children. Neurology 2001; 56: 1308-12.
5. Bizzi A et al. Quantitative proton MR spectroscopic imaging in acute disseminated encephalomyelitis. Am J Neuroradiol 2001; 22: 1125-30.
6. Koskiniemi M et al. Epidemiology of encephalitis in children. A prospective multicenter study. Eur J Ped 1997; 156: 541-5.
7. Hartung HP, Grossmann RI. ADEM Distinct disease or part of the MS spectrum? Neurology 2001; 56: 1257-60.
8. Behrman RE, Kliegman R, Jenson HB (red.). Nelson textbook of pediatrics, 16th edition. Saunders, Philadelphia 2000.

Tromboembolisme ved nefrotisk syndrom hos barn

Martin Handeland, ass. lege ved barneavdelingen i Vestfold, ble tildelt prisen for beste frie foredrag på årets vårmøte i Langesund. Her presenteres artikkelversjonen, med tilhørende kommentarartikkel av Ellen Ruud, stipendiat ved Barneklubben, Rikshospitalet.

Nefrotisk syndrom er en ikke uvanlig nyresykdom hos barn. Tromboembolisk sykdom forekommer som komplikasjon. I lys av en pasienthistorie beskrives de ulike sidene ved tromboembolisk sykdom ved nefrotisk syndrom.

Innledning

Nefrotisk syndrom er en av de hyppigst forekommende nyrelidelser hos barn, med en årlig forekomst på 2-3 per 100 000¹. Kjønnfordelingen er 2-3 gutter per jente. Tilstanden er karakterisert av ødemer, og er definert som hypoalbuminemi (S-albumin <25g/l) og hyperalbuminuri (>3g/d). Nyrebiopsier viser «minimal change»-forandringer i de fleste tilfeller, og behandling med steroider gir effekt hos ca. 90% av barna. De fleste barn med steroidfølsomt nefrotisk syndrom har repeterte residiv inntil sykdommen brenner ut mot slutten av tenårene². Vår pasient fikk sitt sjette residiv før første klinisk erkjente trombose oppstod.

Pasienthistorie

Gutt som 7 år gammel (10.08.01) ble innlagt med sitt sjette residiv (i løpet av 3 år) av nefrotisk syndrom. Han hadde ved innleggelsen klassiske symptomer med periorbital hevelse, proteinuri og hypoalbuminemi. Tilstanden var identisk med de

foregående residivene. Disse var oppfattet å være av «minimal change»-type, og hadde alle vært steroidfølsomme. Det ble på dette grunnlag iverksatt behandling med høydose prednisolon.

Tilstanden forverret seg med retensjon av interstitiell væske og utvikling av ascites og pleuravæske de første 7 dager. Fra 17.08. klaget han over intermitterende, krampelignende smerter i høyre legg. Samme dag var hans allmenntilstand forverret. Det ble iverksatt infusjon av albumin over tre timer med støtdose furosemid ca. 1 time etter avsluttet infusjon. I forbindelse med dette fikk han akutt forverrelse av smertene i høyre legg, det ble observert hvit fot og man kunne ikke kjenne puls i distale arterier. Det ble utført ultralydundersøkelse av underekstremitetskar. Denne viste sikker okklusjon av a. poplitea dxt. og mistenkt okklusjon av a. femoralis dxt. Blodprøver viste S-albumin 19g/L (37 – 50), P-fibrinogen 3,7 g/l (2,0-4,0), D-dimer 3,5 mg/l (<0,4).

Pasienten ble overflyttet til regionsykehus, der angiografi ved innkomst viste multiple tromboser i a. femoralis superficialis' forløp, samt stor trombose i a. poplitea og nærmest mangelfull sirkulasjon i de større arterier distalt for kneet i høyre underekstremitet. Det ble gitt

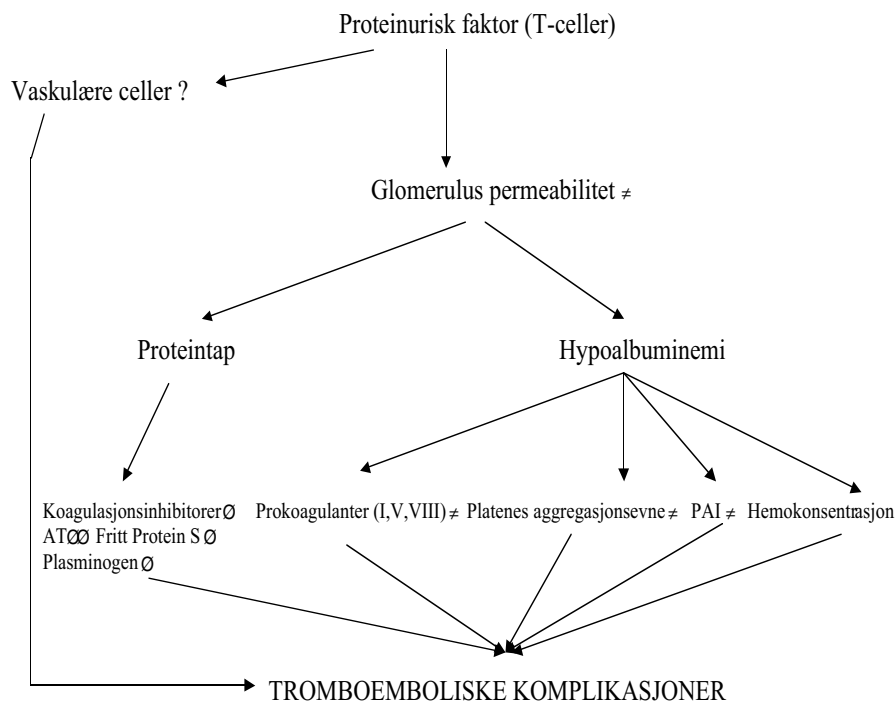
lokalbehandling med alteplase i kateter via lyskepunksjon. I tillegg ble det startet heparininfusjon. 22.08. gikk man over til dalteparin, samtidig som man startet opp med warfarin. Klinisk og angiografisk ga dette god respons, slik at han 23.08. ble overflyttet til sentralsykehus. Han hadde lett redusert funksjonsnivå i høyre bein ved utskriving.

Etter avtale med regionsykehus ble dalteparin sponert 26.08. Warfarin ble kontinuert med siktemål INR 2,5-3,5. Hans nefrotiske syndrom var i langsom bedring, og han hadde proteinfri urin fra 25.08. Han ble utskrevet 29.08. med avtale om videre poliklinisk oppfølging. Prednisolon ble trappet gradvis ned, men pågår fortsatt i lavdose. Warfarin ble seponert komplikasjonsfritt medio januar 02.

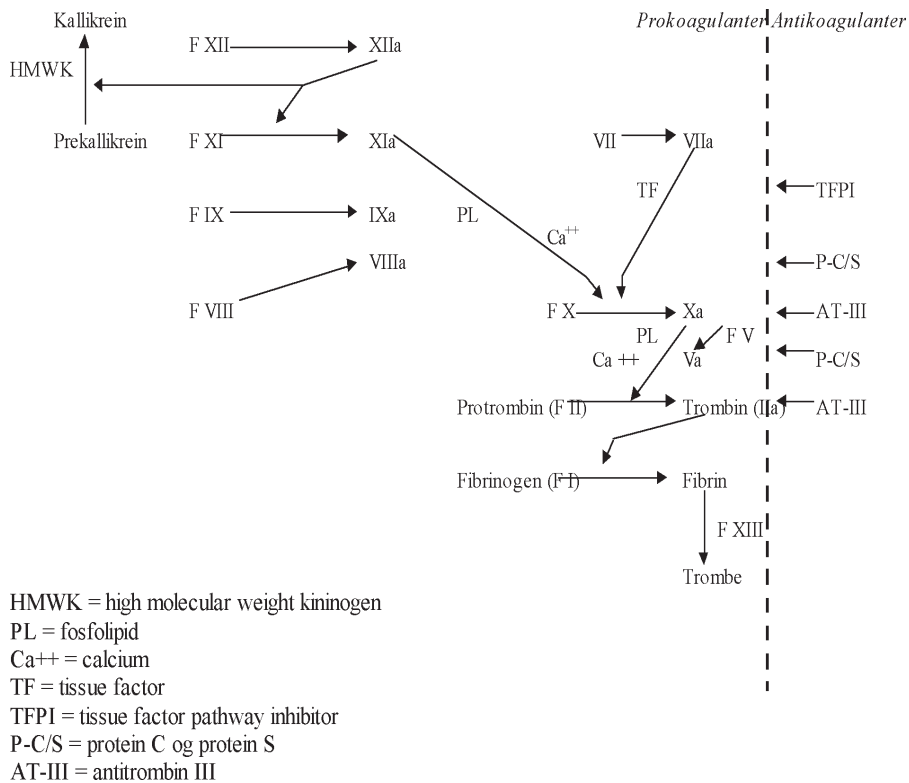
Hematologisk utredning ble foretatt ved blodprøver 29.10.01 (under pågående warfarinbehandling): Lupus antikoagulant negativ, aktivert protein-C negativ, Leidenmutasjon ikke påvist, protrombinmutasjon ikke påvist. Fritt antigen av protein-C og protein-S: Begge lav aktivitet som ved pågående warfarinbehandling. Kontrollprøver ble tatt 02.05.02 (ca. fire måneder etter seponert warfarin). Fritt antigen for protein-C og protein-S var da innen normalområdet.

Epidemiologi

Tromboemboliske episoder er den potensielt alvorligste komplikasjon ved nefrotisk syndrom Både venøse og arterielle tromboser forekommer¹. Legg- og nyrevenetromboser er de hyppigste venøse lokalisasjoner, mens arterielle tromboser forekommer hyppigst i pulmonal-, iliaca-, femoralpoplietal- og cerebralarteriene. Tromboembolier kan forekomme hvor som helst og hos enkelte pasienter med flere lokalisasjoner samtidig. Tromboser i pulmonalarterier har de alvorligste konsekvensene for pasienten. Forekomsten varierer betydelig i de få studier vedrørende barn som er publisert. Variasjonen



Figur 1. Multifaktoriell trombogen modell ved nefrotisk syndrom



HMWK = high molecular weight kininogen
 PL = fosfolipid
 Ca⁺⁺ = calcium
 TF = tissue factor
 TFPI = tissue factor pathway inhibitor
 P-C/S = protein C og protein S
 AT-III = antitrombin III

Figur 2. Koagulasjonskaskaden

synes i hovedsak å være relatert til hvorvidt diagnostikken baseres på kliniske observasjoner eller systematisk utredning. Det foreligger ulike retrospektive studier: Egli og medarbeidere rapporterte totalt 1,8% tromboembolisme hos 3 377 barn med nefrotisk syndrom i perioden 1962 til 1971³. Mehls og medarbeidere rapporterte 5,4% blant 204 barn⁴, mens Schlegel rapporterte en forekomst på 3% blant 360 barn i perioden 1975 til 1992¹. I sistnevnte gruppe var det ingen signifikant forskjell på forekomsten i steroidfølsom (9/305, 2,9%) eller steroidresistent (2/55, 3,6%) gruppe. Hoyer og medarbeidere gjennomførte ventilasjons/perfusjons-undersøkelser av lungene hos 16 barn med steroidfølsomt nefrotisk syndrom uten kliniske tegn til tromboser⁵. Man fant da pulmonale embolier hos 7 pasienter (27,9%). Ved gjennomgang av de rapporterte tilfeller inntil 1996 (totalt 4 158 pasienter) fant Andrew og medarbeider en insidens på 3,3%⁶.

Patogenese

Trombosedannelse ved nefrotisk syndrom har en multifaktoriell genese (fig. 1). Proteinlekkasjen gjennom glomerulus' basalmembran synes å være forårsaket av en immunologisk prosess via et cytokin koblet til T-cellene, en såkalt proteinurisk faktor⁷. Proteiner med molekylvekt <180kDa tapes. Dette gjelder albumin, men også bl.a. antitrombin, som har molekylvekt 58kDa. Antitrombin er en viktig koagulasjonshemmer (fig. 2). Større proteiner - blant annet fibrinogen og koagulasjonsfaktorene V og VIII - slipper ikke gjennom. Sammen med økt syntese i leveren gir dette en opphopning av koagulasjonsfremmende faktorer i plasma. Risiko for trombose oppstår dermed som følge av en ubalanse mellom de pro- og antikoagulante prosessene i hemostasen; det oppstår en såkalt protrombotisk situasjon¹. I tillegg er fibrinolysen hemmet, blant annet gjennom urintap av plasminogen

(molekylvekt 80kDa) (fig. 3). Det foreligger oftest høyt aktivitetsnivå av plasminogen aktivator-hemmer (PAI). Lavt albuminnivå bidrar i seg selv til endret trombestruktur¹. Blodplatene synes å komme i en hyperaggregabel tilstand, og dette kan være relatert til hypoalbuminemien i seg selv.

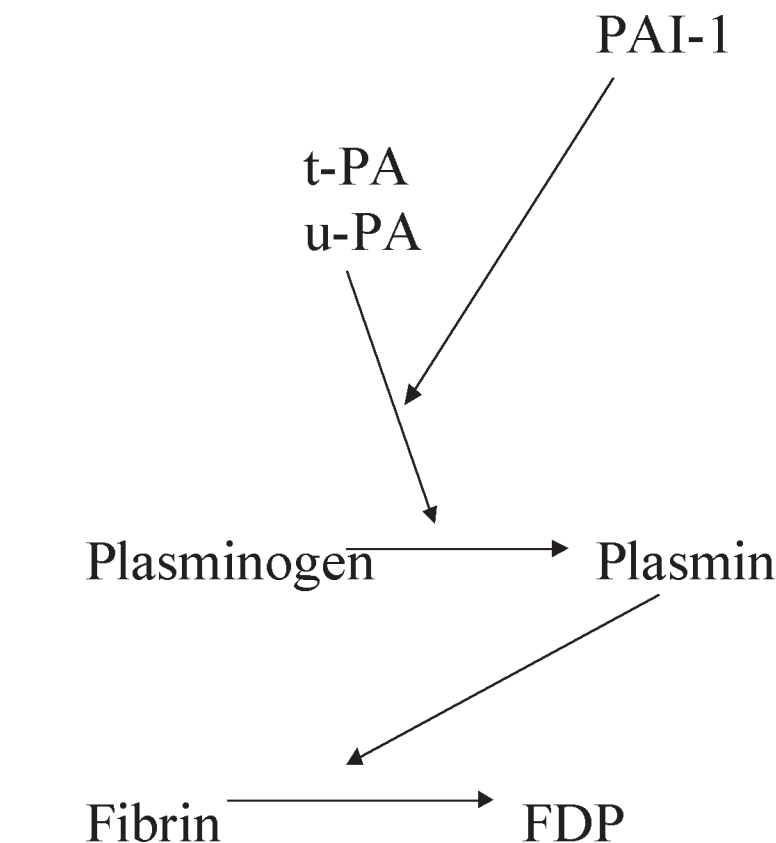
Innen den protrombotiske situasjonen manifesterer seg i dannede tromboser, vil ulike markører på koagulasjon, trombolyse og platefunksjon endre seg. Dette kan brukes som metode til å erkjenne tromboserisiko med behov for forebyggende tiltak. Måling av D-dimer-konsentrasjonen er trolig den beste, selv om sensitiviteten er noe variabel i ulike studier¹. Forhøyet fibrinogen-konsentrasjon og lav antitrombin-aktivitet støtter også at det foreligger økt risiko for trombose. Risiko for tromboemboliske komplikasjoner øker ved flere av de medikamentelle tiltakene som er aktuelle ved nefrotisk syndrom¹. Kortikosteroider og cyklosporin øker prokoagulantaktiviteten, mens potente diuretika øker hemokonsentrasjonen og således blodviskositeten.

Behandling

Pasienter som er fysisk aktive har mindre risiko for utvikling av tromboser enn sengeliggende/stillesittende pasienter. Større barn med nefrotisk syndrom bør derfor oppfordres til å være mest mulig oppegående. Mindre barn har vanligvis tilstrekkelig naturlig spontanaktivitet. Medikamentell behandling kan ha ulike angrepspunkter. Heparin og warfarin bidrar til forsterkning av trombinhemningen, med redusert trombindannelse og dermed redusert fibrinogennivå. Alteplase aktiverer fibrin og bedrer derigjennom trombolysen. Hemming av platefunksjonen synes ikke å ha noen plass blant tiltakene.

Forebyggende behandling:

I starten og i det videre forløp av sykdommen bør man kontrollere de



Figur 3. Fibrinolysen

ulike koagulasjonsparametre. Følgende biokjemiske kriterier kan brukes som veiledning i forhold til iverksettelse av forebyggende antikoagulasjonsbehandling Albumin <20g/l, P-fibrinogen >6g/l, antitrombin < 70% og/eller D-dimer >1g/l¹. Tidligere tromboembolisme hos barnet styrker indikasjonen. Dersom man finner indikasjon for behandling anbefales warfarin, med INR-verdi innstilt til mellom 2 og 3.

Terapeutisk behandling:

Dersom man har symptomgivende trombose verifisert med ultralyd og/eller angiografi, må terapeutisk behandling innledes. Lokal trombolytisk behandling ble brukt hos vår pasient. Denne behandlingsformen betinger at trombosen er tilgjengelig med katetre. Dersom trombosen er utilgjengelig, vil alternativet bli systemisk trombolyse. Parallelt med trombolysen må behandling med standardheparin eller lavmolekylært

heparin startes, samt peroral warfarin⁸. Dette er nødvendig for å hemme ytterligere trombosering. Bruk av trombolyse hos barn er hyppig beskrevet, men ikke systematisk evaluert. Beskrivelsene gir imidlertid støtte for å bruke denne behandlingsformen fremfor kirurgisk trombektomi. Sistnevnte behandlingsform ble brukt tidligere, men er nå kun unntaksvis aktuelt.

Forslag til doseringer ved forebyggende og terapeutisk behandling finnes i Holmström og Rootwelts artikkel fra 1999⁸. Behandlingen kan vanligvis avsluttes når urinen er proteinfri og kortikosteroidene er på lavdosenivå. Dersom man mistenker eller påviser trombofil tilstand, er langtidsprofylakse aktuelt.

Utredning

Tromboembolisme ved nefrotisk syndrom er vanligvis relatert til de mekanismer som er skissert ovenfor. Man kan likevel ikke utelukke generell

trombofili hos pasientene, og de bør derfor utredes. Utredningsprøvene blir imidlertid påvirket av antikoagulantia, slik eksempelet med vår pasient viste. Prøvetaking bør derfor utsettes til 2 uker etter seponering av antikoagulantia⁹. Dersom familieanamnesen indikerer sannsynlighet for familiær trombosetendens, kan man ta prøvene i stabil fase under pågående behandling minst 15-30 dager etter tromboseringen. Testresultatene vil da ha betydning for behandlingens lengde. Aktuelle innledningsprøver ved utredning vil være: Antitrombin, protein-C, fritt protein-S-antigen, aktivert protein-C-resistens, Leiden-mutasjon, protrombin genmutasjon, Lupus antikoagulant. Ved funn av patologi vil videre utredning måtte skje i samarbeid med hematologisk laboratorium.

Prognose

Pulmonale og cerebrale tromboembolier kan ha fatale konsekvenser. Ved tidlig diagnostikk og behandling av mistenkte tromboser ved nefrotisk syndrom, synes det imidlertid å være liten risiko for å få livstruende embolisering.

MARTIN HANDELAND

BARNESENTERET, SYKEHUSET I VESTFOLD,
TØNSBERG
MARTIN.HANDELAND@SIV.NO

Litteratur

1. Schlegel, N. Thromboembolic risks and complications in nephritic children. *Seminars in thrombosis and hemostasis* 1997; 23: 271-80.
2. Bergstein, JM. Nephrotic syndrome. I: Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB, red. *Nelson textbook of pediatrics*. Philadelphia, 2000: 1592-5.
3. Egli F, Elminger P, Stalder G. Thromboembolism in nephrotic syndrome. *Pediatric research* 1973; 8: 903.
4. Mehls O, Andrassy K, Koderisch J, Herzog U, Ritz E. Haemostasis and

thromboembolism in children with nephrotic syndrome: Differences from adults. *J Pediatrics* 1987; 6: 862-7.

5. Hoyer PF, Gonda S, Barthels M, Krohn P et al. Thromboembolic complications in children with nephrotic syndrome. *Acta Paediatrica Scandinavia* 1986; 75: 804-10.

6. Andrew M, Brooker LA. Practical pediatric nephrology. Hemostatic complications in renal disorders of the young. *Pediatric nephrology* 1996; 10: 88-99.

7. Dantal J, Bigot E, Bogers W. Effect of plasma protein absorption on protein excretion in kidney-transplant recipients with recurrent nephrotic syndrome. *N Engl J Med* 1994; 330: 7-14.

8. Holmström H, Rootwelt T. Tromboemboliske sykdommer hos barn. *Tidsskriftet* 1999; 119: 3006-12.

9. Warrier I. Thrombotic disorders in infancy and childhood. *Hemostatic disorders in children* 2001; 30: 558-63.

Tromboembolisme ved nefrotisk syndrom hos barn - en kommentar

I dette nummer av *Paidos* beskriver Martin Handeland et tilfelle av arterietrombose relatert til alvorlig nefrotisk syndrom. På en utmerket måte beskriver han sykdomforløp, patogenese og forslag til behandling. Med bakgrunn i mitt forskningsprosjekt på blodproppsykdommer hos barn er jeg bedt om å kommentere innlegget.

Blodproppsykdommer har økende insidens i barnebefolkningen og opptrer oftest som komplikasjon til bakenforliggende sykdom¹. Sentralvenøse katetre er hyppigste utløsende faktor, og assosiert med over 60 % av blodpropptilfellene hos barn². Nefrotisk syndrom kan utløse blodpropp generelt, men mest vanlig er nyrevenetrombose³. Gode studier som omhandler blodpropp forårsaket av nefrotisk syndrom hos barn er fraværende¹, og hvert senter må utarbeide egne strategier for profylakse og behandling av denne pasientgruppen.

Rikshospitalet - i likhet med større sentra som f.eks Great Ormond Street Hospital i England - har ikke hatt tradisjon for primær antikoagulasjonsprofylakse hos barn med nefrotisk syndrom. Imidlertid har flere ferske tilfeller av blodpropp i denne

gruppen utfordret vår tradisjonelle tankegang. Vår holdning peker nå i retning av primær antikoagulasjon av nefrotiske barn med resistent sykdom, spesielt hos pasienter med sentralvenøse katetere. Lavmolekylært heparin (Fragmin®, Klexane®) er førstevalg, men ved traumatiske injeksjonsproblemer og/eller langvarig behandling anbefales per oral warfarin. Vi mener sykdomsforløpet er et bedre kriterium for oppstart av profylakse enn biokjemiske markører. Langvarig, residiverende og resistent nefrotisk syndrom bør utløse forebyggende antikoagulasjon. Barn med benigne tilfeller av nefrotisk syndrom med rask respons på steroider, til tross for eventuelt residiv, er ikke kandidater for primærprofylakse.

Som Handeland beskriver er terapeutisk behandling av symptomgivende blodpropp hos nefrotiske barn avhengig av trombosens lokalisasjon og tilgjengelighet. Lokal, kateterbasert trombolyse er den behandlingsmetoden som har best effekt og minst bivirkninger. Ved lokalbehandling brukes lavdosert trombolytika, og faren for generelle blødninger er mindre enn ved systemisk behandling. Derfor bør

pasienter med tromber/embolier, der lokalisasjonen ligger til rette for lokalbehandling (først og fremst arterielle), vurderes på sykehus som kan tilby kateterbasert trombolyse.

Eventuell systemisk trombolyse bør startes opp forsiktig. Behandling av barn med doser anbefalt i "Veileder i akutt pediatri" er effektive, men forbundet med betydelige blødningskomplikasjoner. I et materiale på 87 barn behandlet etter liknende retningslinjer fikk 70 % blødningskomplikasjoner, derav 40 % alvorlige blødninger⁴. Antikoagulajon med heparin etterfulgt av warfarin må supplere trombolysebehandlingen. Antitrombin bør måles regelmessig og substitueres ved aktivitet < 70 %, både fordi antitrombin er kroppens viktigste antikoagulant, men også fordi heparinets virkningsmekanisme består i potensering av antitrombin-effekten. Heparin har ingen effekt uten tilstrekkelig antitrombin-aktivitet.

Jeg utfordrer herved den pediatriske nyregruppen til å etablere nasjonale strategier for forebygging av blodpropp hos barn med nefrotisk syndrom.

ELLEN RUUD

STIPENDIAT,
BARNEKLINIKKEN, RIKSHOSPITALET

Litteratur

1. Andrew M, Monagle PT, Brooker L. Thromboembolic complications during infancy and childhood. B.C.Decker Inc, Hamilton, London, 2000.
2. Massicotte P, Dix D, Monagle, Adams M, Andrew M. Central venous catheter related thrombosis in children: analysis of the Canadian registry of venous thromboembolic complications. *J Pediatr* 1998; 133: 770-6.
3. Andrew M, Brooker LA. Hemostatic complications in renal disorders of the young. *Pediatr Nephrol* 1996; 10: 88-99.
4. Gupta AA, Leaker M, Andrew M, Massicotte P et al. Safety and outcomes of thrombolysis with tissue plasminogen activator for treatment of intravascular thrombosis in children. *J Pediatr*; 139: 682-8.

Abstracts fra Norsk Barnelegeforenings vårmøte 2002

Paidos publiserer i dette nummeret for første gang en abstractsamling fra et av barnelegeforeningens tradisjonsrike møter. Samlingen inkluderer de aller fleste frie foredrag - med unntak av bl.a. foredraget til Martin Handeland (se forrige artikkel) - og majoriteten av de inviterte. Publikasjon av utvalgte abstracts blir etter planen en regelmessig foreteelse i etterkant av hvert vår- og høstmøte.

FRIE FOREDRAG

Derfor gir jeg barnet mitt paracetamol...

PER LAGERLØV *
TANJA HOLAGER
RELIS SØR, RIKSHOSPITALET.

SØLVI HELSETH
HØGSKOLEN I OSLO, AVDELING FOR
SYKEPLEIERUTDANNING.

*NAVÆRENDE ADRESSE: INSTITUTT FOR
ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN,
UNIVERSITETET I OSLO

Bakgrunn

Forbruket av paracetamol er generelt økende. Vi ønsket å belyse foreldres holdninger til bruk av paracetamol ved sykdom hos barn.

Metode

Foreldre ved seks helsestasjoner i Helseregion Sør ble intervjuet om barns forbruk av paracetamol. Intervjuobjektene ble strategisk valgt ut på bakgrunn av hvordan de hadde

besvart et spørreskjema om bruk av paracetamol hos egne barn. Hensikten var å få frem så mange forskjellige meninger som mulig. Det endelige utvalget utgjorde 24 foreldre.

Foreldrene fikk åpne spørsmål om oppfatning av sykdom hos egne barn, holdning til feber, konsekvens for familien ved sykdom hos barna, og beskrivelse av situasjoner som førte til paracetamolbruk. De ble også spurt om hvordan de skaffet seg kunnskap om sykdom hos barn. Intervjuene ble tatt opp på bånd og skrevet ordrett ned. Tekstene ble analysert ved kvalitativ metodikk.

Funn

De forskjellige oppfatninger og holdninger som ble identifisert i intervjumaterialet var:

- Foreldrene oppdaget sykdom hos barna enten intuitivt (uten bruk av beskrivende ord), eller analytisk med beskrivelse av symptomer og tegn.
- Feber ble oppfattet som et sikkert tegn på sykdom og kunne bli identifisert med sykdommen selv.
- Moderat feber kunne av noen bli oppfattet å være til gagn for barnet.
- Høy feber eller feberstigning ble ansett

av alle som skadelig, og av noen også som farlig.

- Omsorg for det syke barn ble ansett som mors og fars første oppgave. Andre oppgaver som mor og far hadde måtte komme i annen rekke. Dette kunne føre til at mor og far ble noe isolert fra kontakt med andre voksne, og måtte klare omsorgen for barnet alene. Mor og far kunne også komme i konflikt om hvorvidt barnet trengte paracetamol, antibiotika eller legetilsyn. Spesielt uerfarne foreldre kunne oppleve hjelpeløshet og angst i forbindelse med barns sykdom, da de fant det vanskelig å vurdere hvor sykt barnet var.

- Paracetamol kunne brukes i situasjoner som føltes vanskelig hvis det samtidig var feber tilstede. Det å kunne gi paracetamol ga foreldre følelsen av mestring. Paracetamol ble brukt for å roe barnet, for å muliggjøre søvn for hele familien, og for å gjøre som helsepersonell hadde sagt (dvs. gi barnet paracetamol).

- Noen foreldre var generelt interessert i informasjon om sykdom hos barn, andre oppsøkte slik kunnskap bare når barnet var sykt, mens noen synes kunnskap bare ga bekymringer, fordi de ikke kunne skille ut hva som var aktuelt for deres situasjon.

Diskusjon

Ekspertintuisjon synes å vektlegge den generelle tilstand til barnet. I kunnskapsformidling om sykdom hos barn betones symptomer og tegn i samsvar med en analytisk tilnærming til barnet. I en slik fremstilling kan betydningen av feber bli tillagt for stor vekt.

Antipyretika har også analgetisk effekt. Febernedsettelse kan derfor resultere i mindre ubehag og tas som uttrykk for sykdomsbekjempelse. En slik egenerfaring hos foreldrene kan overføres til barnet og gi forestillingen om at feber gir sykdom. Frykt for at feber er skadelig for barnet var fremtredene hos foreldrene i denne studien. Andre studier har vist at feberfobi er utbredt i befolkningen.

Denne redselen for feber kan foreldre kanskje ha fått formidlet fra helsepersonell.

Liberal bruk av paracetamol synes foreldrene å få støtte for fra helsevesenet. Paracetamol kan tjene til å få familien ut av en vanskelig situasjon uten at man må gå til lege eller involvere øvrig familie eller bekjente. Når feber er tilstede brukes paracetamol på vide indikasjoner.

Informasjon om sykdom hos barn bør i større grad formidle at feber er en forsvarsmekanisme mot sykdom og at feber ikke er farlig. Siden holdning til kunnskap og motivasjon for læring kan være forskjellig, er en naturlig ramme for informasjon ønskelig. Helsestasjonen er et naturlig sted å gi informasjon om hvordan barn skal håndteres, både når de er friske og når de har alminnelige sykdommer.

Er infarkter i forsyningsområdet for arteria cerebri media hos nyfødte assosiert med protrombotiske tilstander?

EINAR BRYNE¹, ALF MEBERG¹, ASBJØRN SYVERTSEN², PER MORTEN SANDSET³

¹BARNESENTERET, SYKEHUSET I VESTFOLD, TØNSBERG; ²RADIOLOGISK AVDELING, SYKEHUSET I VESTFOLD, TØNSBERG;

³HEMATOLOGISK FORSKNINGS-LABORATORIUM, ULLEVÅL UNIVERSITETSSYKEHUS, OSLO.

Bakgrunn

Infarkter i perfusjonsområdet til arteria cerebri media (IACM) har i noen studier vært assosiert med protrombotiske tilstander, som faktor V-Leidenmutasjon og økt faktor VIIIc-aktivitet. Målet for denne studien var å kartlegge

epidemiologiske og kliniske data hos pasienter med IACM, og å lete etter trombosedisponerende tilstander.

Metode

Neonatal IACM ble diagnostisert ved hjelp av computertomografi (ensidige, kileformete og lavattenuerende områder av cortex og/eller subcorticale områder, og/eller tap av hjernevev ved oppfølgende undersøkelser). Blodprøver ble tatt til lupus antikoagulant; cardiolipin-antistoffer; aktivitet av antitrombin-III, protein C, protein S og faktor VIII; protein S og von Willebrand faktor antigen; aktivert protein C resistens, faktor V Leidenmutasjon, protrombin genmutasjon og MTHFR-mutasjon. Ni IACM-tilfeller ble undersøkt 2-21 år etter infarkt, og resultatene ble sammenlignet med 27 kontroller matched for kjønn og alder, undersøkt elektivt for ikke-hematologiske tilstander (enurese, hjertebilyd etc.).

Resultater

Av 49 821 levende fødte barn i perioden 1979-2001 ble det diagnostisert 11 IACM-tilfeller, en insidens på 0,2 per 1000. Seks (55%) hadde neonatale kramper. Syv (64%) utviklet hemiplegisk cerebral parese (CP); dette utgjør 6% av alle CP-tilfeller diagnostisert i samme periode, og 15% av alle med hemiplegisk CP. Blant de barna som ble undersøkt med cerebral ultralyd ble ICAM oppdaget i fire (50%) av åtte tilfeller. EEG var patologisk hos 6 (60%) av 10 pasienter.

Protrombotiske tilstander ble funnet hos like mange pasienter med IACM (2/9; 22%) som blant kontrollene (6/27; 22%). I IACM-gruppen var to pasienter heterozygote for protrombin genmutasjon. I kontrollgruppen var tre heterozygote for faktor V Leidenmutasjon; én av disse hadde i tillegg protrombin genmutasjon. To kontrollindivider hadde protein S mangel, og én hadde både høy faktor VIIIc-aktivitet og høyt nivå av von Willebrand faktor.

Konklusjon

IACM er assosiert med neonatale kramper og senere utvikling av hemiparese. Sensitiviteten ved ultralyddiagnostikk er begrenset. Hypotesen om at protrombotiske tilstander er assosiert med IACM blir ikke støttet av denne studien.

Finns det noen sammenheng mellom innleggelse på barneklinnikk på grunn av alkoholintoksikasjon og annen psykososial problematikk?

BJØRN BJØRULF
ULLEVÅL SYKEHUS, OSLO

Når et ungt menneske blir innlagt på sykehus på grunn av alkoholintoksikasjon, er dette i mange tilfeller et tegn på alvorlige bakenforliggende psykososiale problemer. I litteraturen er det dokumentert høy frekvens av skoleproblemer hos individet, alkoholmisbruk hos foreldre og andre sosiale problemer. Frekvensen av begynnende alkoholmisbruk og risikoen for senere alkoholmisbruk er også høy. Hos visse individer er intoksikasjonen uttrykk for suicidforsøk, og depresjon eller andre psykiske problemer kan være tilstede. Framfor alt når det gjelder piker finnes det en risiko for å undervurdere den psykososiale problematikken. Forklaringen på dette kan være at vurderingen fra barnelege i altfor høy grad påvirkes av at ungdommene og deres pårørende bevisst eller ubevisst bagatelliserer hva som har hendt og fortier underliggende problemer. Det er vist at ulike hjelpeorganer, for eksempel BUP, barneklinnikk og barnevern, ofte fungerer uavhengig av hverandre og mangler informasjon om de andres innsats.

Foreldre skal alltid kontaktes ved alkoholintoksikasjon. Barnelegen bør møte foreldre sammen med avruset pasient før utskrivning fra sykehus, og da informere om den medisinske risiko ved alkoholintoksikasjon. Det bør etableres rutiner for oppfølging og samarbeid mellom barneklinnikk, barnevern, skolehelsetjeneste, politi og barnepsykiatri. Med tanke på den høye frekvensen av psykososiale problemer og en påtakelig risiko for at disse undervurderes, skal alle pasienter følges opp med en kartlegging av den psykososiale situasjonen. Denne oppfølging bør skje så snart som mulig, når hendelsen fortsatt er aktuell for familien. En akutt henvisning til BUP etter avrusing er aktuell om det finnes mistanke om suicidalitet, depresjon eller andre alvorlige, psykiske symptomer. Andre pasienter bør følges opp av barnevernet, som har størst erfaring med denne type utredninger, og som ifølge loven har størst mulighet til å utrede barnets sosiale situasjon og initiere et samarbeid med andre myndigheter.

Å utrede symptomer som tyder på alvorlig bakenforliggende sykdom er en grunnleggende oppgave for en barnelege. På samme måte har vi et ansvar for å henvise barn til en grundig utredning hvis de har symptomer som tyder på alvorlige bakenforliggende sosiale problemer.

Spontan chylothorax - to pasienter behandlet med kortikosteroider

EGIL ANDRE NYGAARD¹ OG SVERRE MEDBØ²

¹BARNEAVDELINGEN, SYKEHuset I ØSTFOLD, FREDRIKSTAD; ²ULLEVÅL UNIVERSITETSSYKEHUS, OSLO.

Chylothorax hos barn er fortrinnsvis en postoperativ komplikasjon; retrospektive undersøkelser har

dokumentert at opptil 85% av tilfellene oppstår i etterkant av hjerteoperasjon. Spontan chylothorax hos nyfødte ble først beskrevet tidlig på 1900 tallet. Behandling har fortrinnsvis vært diett med MCT-fett («medium chain triglycerids»), total parenteral ernæring og operasjon.

Pasient 1

Førstegangsfødende mor, ultralydundersøkelse ved GA 31 uker viste polyhydramnion, hydrothorax og hydrops med ødemer i hode og overkropp. Tappet for væske intrauterint. Respiratorbehandlet i totalt over to måneder; langvarig tapping av pleuravæske, som ble tydelig blakket ved introduksjon av morsmelk. Videre behandlet med teofyllamin og diural mot BPD, samt sepsisbehandlet i to omganger. Etter hvert forsøksvis behandlet med kortikosteroider (Decadron), og deretter rask nedtrapping av respiratorsetting og avtagende produksjon av chyløs pleuravæske. Utskrevet etter fem måneder med Collett som ernæring.

Pasient 2

Førstegangsfødende mor, ultralydundersøkelse ved GA 31 uker viste hydrothorax, og det ble gjort intrauterin thoracocentese. Langvarig respiratorbehandlet postnatalt; inkludert høyfrekvensoscillering i 2 omganger. Innlagt thoraxdren; i tillegg til atlektase og høyresidig lunge-sekvester tilkom etter hvert tegn til chyløs pleuravæske ved økende morsmelksernæring, og man gikk over til Monogen-diett. Videre behandlet med indometacin mot PDA, teofyllamin og diural mot BPD, samt sepsisbehandlet i tre omganger. Behandlet med kortikosteroider (Decadron, 0,5 mg/kg/d) i 12 dager; raskt ekstubert etter oppstart av steroidkur. Utskrevet med vanlig ernæringsregime.

Diskusjon

Chylothorax er akkumulering tarmlymfe i pleurahulen. Væsken har

et melkeaktig utseende og inneholder chylomicroner, i tillegg påviser man vanligvis over 1000 celler/ml - hvorav over 70% er lymfocytter - over 20g/L protein, og over 100 mg/dL triglycider.

Chylothorax oppstår som følge av lekkasje fra ductus thoracicus eller andre store lymfeårer. Spontan chylothorax inngår som regel i et føtalt hydropsbilde. I litteraturen er disse tilfellene knyttet til syndromer som Down, Noonan og Turner, og til tilstander med tracheoøsofagal fistel. Konservativ behandling består i å redusere fettinnholdet og høyne proteininnholdet i dietten, for på den måten å redusere lekkasjen av intestinal lymfe til pleurahulen. Dette kan oppnås ved peroral ernæring med MCT-rik kost eller total parenteral ernæring. Aktiv drenasje av den chyløse væsken kan bli nødvendig; øvrig kirurgisk behandling består i ligering av skadet ductus thoracicus, eller parietal pleurectomi (mest effektiv). Vi forsøkte kortikosterioder (Decadron 0,5mg/kg/d), og fikk rask respons mht respiratorbehandling og produksjon av chyle. Slik behandling av chylothorax er tidligere kun beskrevet hos voksne pasienter med tuberkulose.

Letalt økt hjernetrykk med sjelden bakgrunn hos to barn

SIGURD WAAGE LØVHAUG, JON STEEN-JOHNSEN

BARNEAVDELINGEN, SYKEHUSET
TELEMARK, SKIEN

En ni år gammel tidligere frisk gutt ble innlagt somnolent etter en uke med først diare og oppkast, deretter kun oppkast. Ved innkomst hadde han

moderat metabolsk acidose og hyponatremi. Utover natten ble han bevisstløs og utviklet strekkspasmer i alle fire ekstremiteter. CT-caput viste ved to anledninger ingen sikre tegn til forhøyet intrakranielt trykk. De påfølgende to dagene hadde han vekslende symptomer og bevissthet, mens det tilkom normalisering av acidose og elektrolytter. Pasienten ble overflyttet til Rikshospitalet, MR caput viser heller ikke der sikre tegn til forhøyet intrakranielt trykk. Likevel dør pasienten som følge av cerebral herniering. Samme dag konkluderer metabolsk undersøkelse med at pasienten lider av "Maple syrup urine disease" (MSUD), intermitterende form.

Ved vårt sykehus har man tidligere fulgt to søsken med samme sykdom. Begge var innlagt flere ganger med metabolsk dekompenasjon og lukt av karry. I februar 1979 ble begge overflyttet til Rikshospitalet med kliniske tegn på forhøyet intrakranielt trykk, men begge hadde normale funn ved oftalmoskopi. Det eldste barnet, en jente på 12 år, døde som følge av cerebral herniering. Den yngre broren overlevde uten sekvele.

«Maple syrup urine disease» er en forstyrrelse i omsetningen av de forgrenede aminosyrer leucin, valin og isoleucin. Sykdommen skyldes en enzymdefekt i nedbrytningen av ketosyrene til disse aminosyrene, og fører til en opphopning av aminosyrene så vel som deres ketosyrer.

Den klassiske formen av sykdommen, som ubehandlet fører til døden i de første levemåneder, ble beskrevet i 1954. I 1961 ble det for første gang beskrevet en sent debuterende variant av sykdommen, som etter hvert har fått betegnelsen "Intermittent MSUD". Disse barna er klinisk og metabolsk friske i intervaller mellom episoder med metabolsk dekompenasjon.

De tre barna beskrevet ovenfor utviklet alle symptomer på forhøyet

intrakranielt trykk, men hadde normalt funn ved oftalmoskopi og for førstnevnte kunne man ved hjelp av CT og MR heller ikke påvise økt hjernetrykk. CT/MR har altså begrenset sensitivitet ved denne tilstanden, og intrakraniell trykkmåling bør derfor overveies. Dette ble ikke utført hos noen av våre pasienter.

Sammelikning av effektivitet og sikkerhet mellom atorvastatin og placebo ved behandling av barn og ungdom med familiær eller alvorlig hyperkolesterolemi

LEIV OSE², BRIAN W. MCCRINDLE¹
OG DAVID MARAIS³

²RIKSHOSPITALET, OSLO; ¹HOSPITAL FOR SICK CHILDREN, TORONTO, CANADA;
³UNIVERSITY OF CAPE TOWN MEDICAL SCHOOL, CAPE TOWN, SYDAFRIKA.

STUDIEN VAR STØTTET AV PFIZER INC

Bakgrunn

Medikamentell behandling av forhøyede lipider hos barn > 10 år gamle er anbefalt hvis deres plasma-»low-density«-kolesterol (LDL-C) er > 4.91 mmol/l, eller hvis LDL-C er > 4.14 og det er en positiv familiehistorie med hensyn til tidlig hjerte-/karsykdom (HKS) eller tilstedeværelsen av minst 2 risikofaktorer for HKS.

Hensikten med studien var å evaluere effektivitet og sikkerhet av atorvastatin mot placebo hos barn og ungdom i alderen 10-17 år som har familiær hyperkolesterolemi (FH) eller alvorlig hyperkolesterolemi.

Metode

Dette var en 1-års, randomisert, dobbelt-blind, placebokontrollert

multisenter-studie. Etter en 4-ukers placebo «run-in»-periode, ble deltagerene randomisert til å motta enten placebo (n=47), eller atorvastatin 10 mg/dag som skulle titreres opp til 20 mg/dag ved uke 4 hvis LDL-C > 3.36 mmol/l (n=140) for en 6-måneders periode. Den dobbeltblinde fasen ble fulgt av en 6-måneders fase med 10 mg/dag atorvastatin som en «open-label» forlengelse.

Den primære målsettingen var å måle den prosentvise endring i LDL-C fra baseline til uke 26. Den sekundære målsetting var å måle prosentendringen av total kolesterol (TC), triglyserider (TG), «high-density»-lipoprotein-kolesterol (HDL-C) og apo-B fra baseline til uke 26.

Resultater

Behandling med atorvastatin resulterte i en betydelig reduksjon av LDL-C fra baseline til uke 26 sammenlignet med placebo (-40% vs -0.4%; P<0.001) Ved uke 26 hadde 60% av deltagerne i atorvastatin-gruppen nådd behandlingsmålet som var <3.36 mmol/l. Endring i prosent fra baseline til uke 26 var også til fordel for atorvastatin med hensyn til TC (-32.3% vs. -2.0%; P<0.001), TG (-12.0% vs +1.0; P=0.029), HDL-C(+2.4% vs +8.0%;P=0.022) og apo B (-32.8% vs. +2.2%; P<0.0.001). Antall uønskede hendelser knyttet til behandlingen med atorvastatin var lav, og det var her ikke signifikante forskjeller mellom atorvastatin- og placebogruppen (7.1% vs 4.3%). I den gruppen som fikk atorvastatin var det én alvorlig hendelse: en gutt som fikk forverring av en depresjon. Det ble ikke funnet noen forskjell i øvrige laboratorieparametere mellom de to behandlingsgruppene, og det var heller ingen forskjell i kliniske hendelser som mavesmerter, feber, hodepine, faryngitt eller infeksjon.

Konklusjon

Lipidsenkende behandling med atorvastatin (10 eller 20 mg/dag) i 6

måneder er en sikker og effektiv behandling for pediatriske pasienter med kjent familiær hyperkolesterolemi eller alvorlig hyperkolesterolemi. Videre behandling med atorvastatin 10 mg/dag i ytterligere 6 måneder viste seg også å være effektivt og sikkert.

INVITERTE FOREDRAG

Blåsutveckling og blåsdysfunksjon hos barn

KELM HJÄLMÅS
GÖTEBORGS UNIVERSITET, SVERIGE

Det er omørlig å forstå blåsdysfunksjon hos barn utan å ha kunnskap om den normala utvecklingen av blåsfunksjon og blåskontroll. Urinblåsan har en unik innervation i det å alla tre dominerande neurosystem försörjer blåsan: sympaticus, parasympaticus, och det somatiske, voluntärt kontrollerade, neurosystemet.

De 3 huvudfaktorerna i blåskontrollen:
-Perception av afferenta signaler från LUT (Lower Urinary Tract)
-Strikt cerebral cortical kontroll
-Viscero-somatisk integration
CNS-kontrollens 2 essentiella prosesser:

-Inhibition av den spontana detrusor- kontraktiliteten
-Koordination mellan detrusor och sfinkter

De 9 stegen i normal blåsutveckling
-0–1 års ålder: reflexmiksion, residualurin

-c:a 1 års ålder: medveten om å blåsan har tömt sig

-c:a 2 års ålder: medveten om å blåsan skall tömma sig

-2–3 års ålder: kan skilja mellan full blåsa och full tarm

-c:a 3 års ålder: miksionen tömmer nu blåsan fullständigt

-c:a 4 års ålder: kan fördröja miksionen med viljans hjälp

-4–6 års ålder: kan starta miksionen med viljans hjälp

-c:a 6 års ålder: kan avbryta miksionen mitt i

-från 6 års ålder: klarar av- och påklädnad och förstår toalettens mysterier!

Predeterminerat mönster i CNS realiseras (liksom för tal och gång). Detta mönster är till stora delar genetiskt bestämt.

Indelning av blåsdysfunksjon

- Urge syndrome (överaktiv blåsa)
- Dysfunctional voiding (dyskoordination mellan detrusor och sfinkter, överaktiv sfinkter)
- Lazy bladder (distenderad blåsa, underaktiv eller akontraktil detrusor)

Terapi - bakgrunnsfakta

Blåsa och sfinkter är under cortical voluntär kontroll hos den mogna individen. Dette faktum är basen för kognitiv träning, uroterapi, som använder barnets egne resurser. Första steget är å ge det frustrerade barnet förtroende å hon/han sjålv kan bli “chef över sin blåsa”. Uroterapi är alltså blåshabilitering och innefattar:
-Information om hur blåsan skall fungera och hur barnets blåsa skiljer sig från det normala.

-Uppmuntran å barnet sjålv kan göra någøt å det.

-Instruksjon om hur det skall gå till. Standard uroterapi är ett schema med miksioner vid förbeståmda tider med c:a 2 timmars mellanrum. Miksion skall då ske oavsett om barnet kårner ett behov eller ej. Då barnet en gång lyckats kissa utan å ha kånt ett behov opplever barnet ett starkt Aha-fenomen: “Jag kan sjålv beståmma över min blåsa!”. Dette accelererer utvecklingen av den omedvetna, subcorticala blåskontrollen med økad inhibition av detrusormuskulaturen.

Terapiresistens kan göra det nödvåndigt å addera anticholinergica,

eller använda biofeedback, neuro-modulation eller akupunktur. Med den beskrivna behandlingen blir upptill 75% av barn med överaktiv blåsa eller överaktiv sfinkter permanent botade (men uroterapi kan behöva pågå mer än ett år). Vad med resterande 25%? De är remissfall:

- Lazy bladder som kan behöva ren intermitterant kateterisering och intravesical elektrostimulering
- Djupliggande psykosociala problem
- Tidigare ej upptäckt neurologisk missbildning (ockult spinal dysrafism)
- Tidigare ej upptäckt infravesical obstruktion.

Primär nocturn enures (PNE): Bedömning av patienten och behandlingsstrategi

KELM HJÄLMÅS
GÖTEBORGS UNIVERSITET, SVERIGE

Bland skolbarn i alla länder är 5–15% regelbundna sängvätare, och bland vuxna 0.5–1%. Näst efter allergiska tillstånd är därför nattenures det vanligaste kroniska hälsoproblemet hos barn.

Definitioner:

- Primär nattenures – barnet har inte varit helt torrt under en period på minst 6 månader.
- Monosymptomatisk nattenures – sängvätningen är barnets enda symptom (kräver noggrann anamnes!).

Det är viktigt att identifiera om sängvätningen är monosymptomatisk, ty här spelar nattlig polyuri en viktig roll varför de flesta av dessa barn svarar bra på antiuretisk terapi med desmopressin (Minirin®). Å andra sidan, NE med symptom talande för en överaktiv blåsa behöver förbehandling med uroterapi, eventuellt kompletterad med anticholinergica.

NE är i flertalet fall en nedärvd åkomma. Om en förälder varit enuretiker är risken för barnen 44%, om båda varit enuretiker är risken 75%. NE orsakas av en "mismatch" mellan å ena sidan den mängd urin som produceras under sömnen, å andra sidan blåsans reservoarkapacitet. Således orsakas NE av:

- Minskad blåskapacitet under sömn
- Ökad urinproduktion under sömn eller en kombination av båda dessa faktorer, *samt att barnet inte vaknar upp då blåsan behöver tömmas.*

Diagnos

Anamnes:

- Barnet är motiverat för behandling?
- Det enda symptomet är sängvätning (således ej urgency, täta eller glesa kissningar, svårt att kissa; tidigare UVI; fekal soiling och/eller obstipation)
- Miktionslista i minst 2 veckor: antal kissningar/dag, antal våta nätter/vecka, mer än ett enurestillfälle per natt?

Undersökning:

- Allmän och neuro-urologisk kroppsundersökning med rectalpalpation och dipstix urin.
- Mätning av urinflöde och residualurin endast om misstanke på dagsymptom. Cystometri och ultraljud/röntgen av urinvägar och njurar ej nödvändigt initialt.

Behandlingsstrategi

-Information: Informera om hur blåsa och njurar fungerar normalt, möjliga orsaker till sängvätning, och behandlingsalternativ. Övertyga barnet om att han/hon inte är den enda sängvätaren i världen och att han eller hon säkert kommer att bli torr (men att det kommer att ta tid).

-Allmänna råd: Understryk att barnet skall äta, dricka och kissa regelbundet. Undvik att dricka för mycket eftermiddag-kväll. Försök ha avstressande rutiner vid sängdags.

-Behandla förstoppning: Alltid innan specifik enuresbehandling startas!

-Uroterapi: Om barnet har symptom på blåsdysfunktion dagtid måste barnet få standard uroterapi under minst 4 veckor innan specifik behandling av enuresen.

-Specifik enuresbehandling

Specifik enuresbehandling av NE står på två starka ben: alarm och desmopressin. Informera barn och familj noga om de två alternativen (särskilt att alarmet kräver aktiv medverkan från föräldrarna sida, och att båda behandlingarna kan behöva användas, efter varandra eller samtidigt). Barnet och familjen bestämmer vad de önskar starta med, och man är överens att växla till den andra behandlingen om den första ej leder till god förbättring. Tillfredsställande effekt är reduktion av antalet våta nätter med minst 50% inom 2 månader.

Om den först prövade behandlingen inte ger god effekt inom 2 månader växlar man över till den andra. Om inte heller den andra behandlingsformen ger bra resultat bör barnet pröva kombination av alarm och desmopressin under en tredje behandlingsperiod. Därefter kommer omväxlande behandling med alarm, desmopressin och kombinationen vanligen att bota sängvätningen (men barn och familj behöver nu mycket stöd och uppmuntran – och barnet kan behöva en "time out" ibland). Om behandlingsresultatet fortsätter att vara otillfredsställande, lägg till anticholinergica (vilket även kan bli aktuellt tidigare under behandlingen om man misstänker överaktiv blåsa). Ingen framgång efter 1-2 år: Misstänk infravesical obstruktion eller neurogen blåsa! Och remittera till barnurolog som gör urodynamik, röntgen, cystoskopi m.m.

Av de barn som svarar bra initialt (= mer än 50% reduktion av antalet våta nätter) blir c:a 70% torra inom 6 månader. Resten kommer att behöva lång tids behandling. Dock blir alla enuretiker torra, förr eller senare!

Slutkommentarer

-En liten minoritet av enuresbarnen kommer att behöva ett urologiskt eller neurokirurgiskt ingrepp.

-Puberteten är en kritisk period.

-Våra mål är att göra livet lättare för det enuretiska barnet till dess enuresen upphört, och att utrota nattenures i vuxenåldern

-Överge aldrig din patient!

Forekomst av enurese blant skolebarn i Skien

PETRA ADEN¹, RAGNHILD DAHLGREN¹, MARTIN SVENDSEN², JON STEEN-JOHNSEN¹ OG ARNE JOHANNESSEN³

¹BARNEAVDELINGEN, SYKEHUSET TELEMAR; ²YRKESMEDISINSK AVDELING, SYKEHUSET TELEMAR; ³HELSEETATEN, SKIEN.

Gjennom en spørreskjemaundersøkelse utført i mars 2000 ble det inkludert 757 barn i alder fra 6-13 år i den hensikt å undersøke prevalens av natt- og dagenurese hos skolebarn. Skjemaet ble utarbeidet på basis av det anamneseskjema som Norsk Enureseforum har laget. 75 % av initialt 1026 utsendte skjema ble returnert, dette inkluderte 397 jenter og 360 gutter.

Vi fant en total enureseprevalens på 7,7% (N=757). Hos gutter fant vi 7,2% med enurese, og hos jenter 8,1% med slike problemer. Ren nattenurese fantes hos 5,3% av alle og dagenurese hos 3,6%. Nattenurese fantes hos 5,0% av guttene og 5,5% av jentene. Dagenurese fantes hos 4% av guttene og 3,2% av jentene. Det var spesielt gutter som hadde kombinert natt- og dagenurese (1,4%).

Våre relativt høye tall for nattenurese inkluderer den store gruppen (63%) som var våte en gang pr. uke eller sjeldnere.

Undersøkelsen viser at hele 41% av barn med enurese har dagproblemer. Prevalensundersøkelser har i liten grad satt søkelys på denne problemstillingen. Påfallende var det at nærmere halvparten av alle som nå hadde enurese ikke hadde oppsøkt hjelp (43%). Det er muligens en indikator på at man må spre informasjon om enureseproblematikken og behandlingsmetoder bedre enn hva man hittil har gjort.

Uroterapi ved en Barneavdeling

JON STEEN-JOHNSEN OG RAGNHILD DAHLGREN

BARNEAVDELINGEN, SYKEHUSET TELEMAR, SKIEN

I 1998 startet et samarbeidsprosjekt mellom barneavdelingen og barnehabiliteringstjenesten i Telemark, med hensikt å oppnå større kompetanse i å vurdere og behandle barn med inkontinens, både enurese og encoprese. Et sentralt element var utdannelsen av barne-uroterapeut ved Helsevårdshøgskolan i Göteborg. Nytt for barneavdelingen var gjennomføring av uroflow-målinger i egen regi, vurdering av blærekapasitet, samt resturin-målinger.

Barn henvist med inkontinensproblemer i årene 1999-2000 ble inkludert i prosjektet. 76 barn med vættingsproblem ble vurdert og gitt varierte behandlingsråd. Effekten ble fulgt opp i 26- 52 uker. Påfallende mange barn henvist for natt-problemer hadde underkjent dagproblematikk. Overraskende mange barn hadde avvikende flowmetri og/eller resturinfunn med mistanke om en dysfunksjonell blære. Vi mener å ha hatt betydelig nytte av en «uroterapeutisk tilnærming», med stor

vekt på å forklare barn anatomi og vannlatings-funksjon. Det ble ofte gitt råd om strukturert dagtissing («klokketissing»). 54% av monosymptomatiske nattvætere ble i løpet av 1/2 år tørre, og dagvæting forsvant hos over 50% av barna.

En del erfaringer er forsøkt formidlet til primærhelsetjenesten via kurs og rådgivende rundskriv. Uroterapeuten er den første i landet knyttet til en barneavdeling/barnepoliklinikk, og blir brukt ved urinveisutredninger hvor urodynamikk kan spille en stor rolle.

Cytogenetisk diagnostikk: - muligheter og begrensninger ved FISH, subtelomere prober og molekylærgenetiske metoder

INGER-LISE HANSTEEN
GENETISK SEKSJON, SYKEHUSET TELEMAR, SKIEN.

Konvensjonelle cytogenetiske metoder med forskjellige båndmønsterteknikker er første valg ved cytogenetisk diagnostikk. Aneuploidi, balanserte translokasjoner, delesjoner og duplikasjoner av kromosommateriale ned til en størrelse av 5 Mb kan diagnostiseres på gode preparater. For de mest vanlige syndromene finnes det kommersielt tilgjengelige prober merket med fluoriserende fargestoff (Fluorecence In Situ Hybridising, FISH) som gjør det enklere, sikrere og hurtigere å diagnostisere små avvik.

«Whole Chromosome Painting»-prober (WCP) gjør det mulig å foreta «multicolour» karyotyping som gir hvert kromosompar sin farge. Translokasjonskromosomer blir lettere

synlig med denne metoden. Mindre delesjoner, duplikasjoner og intrakromosomale rearrangeringer er det ikke mulig å oppdage. Endene av kromosomene blir ikke så godt merket ved WCP. Det finnes nå FISH-merkede, subtelomere prober for alle kromosomender unntatt den korte armen av kromosom nr. 13, 14, 15, 21 og 22. Terminale rearrangeringer diagnostisert med slike subtelomere prober har ført til beskrivelse av nye delesjonssyndomer for 1p, 1q, 22q. Kliniske indikasjoner for rekvirering av undersøkelser med subtelomere prober er: Idiopatisk mental retardasjon (IMR), dysmorphe trekk og/eller familiehistorie med IMR. Undersøkelser av store IMR-populasjoner med normal karyotype har avdekket den kromosomale årsak i 0 - 7.4% av tilfellene.

CGH - «Comparative Genome Hybridisation» - er en teknikk som gjør det mulig å diagnostisere kromosomavvik hos pasienter der en har vev, men ikke celler i delingsfase. Teknikken går ut på å ekstrahere DNA fra vevet, blande dette med DNA fra en normal person i forholdet 1:1, fluorescensfarge den ene DNA prøven rød, den andre grønn, hybridisere denne blandingen til et normalt kromosompreparat og analysere fargeforskjeller. En delesjon hos pasienten gir overvekt av normalprøvens farge, en duplikasjon gir overvekt av pasientens DNA-farge. Avvikets plasseringen på kromosomet registreres. Med denne metoden screenes hele genomet for duplikasjoner og delesjoner ned til en størrelse på 5-10 Mb. Undersøkelse av foreldre kan føre til diagnostikk av balanserte translokasjonsbærere, hvilket er viktig for genetisk rådgivning.

Alle metodene har sine begrensninger: de detekterer ikke delesjoner og duplikasjoner mindre enn 2-5 Mb, små subtelomere tandemduplikasjoner, eller uniparental disomi. Subtile avvik kan være normale varianter uten klinisk implikasjon, og falske positive forekommer.

Genetisk familiedrama med løsning etter 30 år

JON STEEN-JOHNSEN¹, TORE G. ABRAHAMSEN², KAREN HELENE ØRSTAVIK³

¹BARNEAVDELINGEN, SYKEHUSET TELEMAR, SKIEN; ²BARNEKLINIKKEN, RIKSHOSPITALET, OSLO; ³AVD. FOR MEDISINSK GENETIKK, RIKSHOSPITALET, OSLO

Fra 1968 til 2002 har Barneavdelingen i Telemark sammen med Rikshospitalet og Ullevål Sykehus fulgt en familie hvor 8 (9) gutterbarn har vært dødfødte eller hatt alvorlig dødelig sykdom. Det første barnet vi fikk kontakt med døde dystrofisk etter tre måneder. Før dette var familien rammet av to dødfødsler og en spontan senabort. Neste gutt fikk diare, var marastisk, hadde residiverende infeksjoner og frambød avvikende immunoglobulinmønster. Han døde åtte måneder gammel, og ble antatt å ha en ny type kjønnsbundet arvelig immunsykdom med forsinket modning av B-celle-systemet.

I neste generasjon var det en dødfødt dystrofisk gutt, mens en annen gutt levde i fem år. Fra seks måneders alder hadde han residiverende, alvorlige infeksjoner og inflammatorisk tarmsykdom (IBD). Ved tannframbrudd 13 måneder gammel kom det til syne en konisk «dracula»-tann. På bakgrunn av dette fikk han diagnosen Hypohidrotisk Ectodermal Dysplasi (HED), en X-bundet recessiv arvelig tilstand - hos noen med avvikende immunsystem - hvilket denne pasienten hadde. En fetter, født i 1999, var som de øvrige gutter dystrofisk med infeksjonstendens og lav konsentrasjon av IgG. Denne gutten døde 12 uker gammel. På denne tid ble det beskrevet en form for X-bundet immunsvikt kombinert med ektodermal dysplasi (ID-EDA). Denne tilstanden skyldes en mutasjon i NEMO-genet, som er lokalisert til

Xq28, og som bl.a. koder for normal T- og B-cellefunksjon. Molekylær-genetisk analyse av vår familien viste en mutasjon i dette genet hos de affiserte i yngste generasjon. Dette funn gjør at familien nå kan tilbys bærerdiagnostikk og prenatal-diagnostikk.

Hos kvinner er det ene av de to X-kromosomene inaktivert i alle kroppens celler. Kvinner er derfor mosaikker av to cellelinjer: én cellelinje der det paternelle X-kromosomet er det aktive X-kromosomet, og én cellelinje med det maternelle X-kromosomet aktivert. Analyse av X-kromosominaktiveringsmønsteret hos tre arvebærere i familien viste at hos én bærer var bare det normale X-kromosomet aktivt, mens de to andre bærere hadde en 50:50 fordeling av de to cellelinjene. Dette kan tale for at mutasjonen i familien ikke er så alvorlig at den er letal for celler som har mutasjonen på det aktive X kromosom.

Borreliainfeksjoner: epidemiologi, diagnostikk og sykdoms-panorama

YNGVAR TVETEN
AS TELELAB, SKIEN.

Borreliagruppen består av 3 arter: B.burgdorferi, B.garinii og B.afzelii. B.burgdorferi er nærmest enerådende i USA, B.garinii er i hovedsak assosiert med neuroborreliose, og B.afzelii er først og fremst assosiert med hudmanifestasjoner - og er vanligst i Norge. Smitten overføres via bitt av skogflått - Ixodes ricinus. Andel borreliainfisert flått varierer betydelig fra 0-50%. Antistoffprevalensen er høyest på Sørlandet, i Akershus og i Møre og Romsdal (20-25%), og lavest i Nord-Norge (6-10%). Flåtten smittes med

Borreliabakterien fra smågnagere. Risikoen for smitteoverføring er større jo lenger flåttan sitter og suger blod.

Lyme borreliose inndeles i 3 stadier: lokalisert infeksjon, tidlig disseminert infeksjon og kronisk infeksjon. De fleste sykdomstilfellene rapporteres i juli til november. Forekomsten er lavest i aldersgruppen unge voksne. Mikrobiologisk diagnostikk baseres nesten utelukkende på serologi. Både dyrkning og genetisk amplifikasjon er tilgjengelig, men benyttes ikke som rutinediagnostikk pga. dårlig sensitivitet. Serologisk diagnostikk har også mangler. I tidlige stadier av sykdommen er sensitiviteten lav, i tillegg til problemer med uspesifikke IgM-reaksjoner. I stadium 2 og 3 vil serologi gi et korrekt svar i > 95% av tilfellene. I stadium 1 er det spesielt viktig å stole på kliniske symptomer, og ikke avkrefte sykdommen pga. negativ serologi. Laboratoriet er helt avhengige av opplysninger om klinikk og sykdomsvarighet for å kunne gi fornuftige kommentarer på innsendte prøver.

Meningokokkprosjekt Telemark - 15 års erfaringer

BJØRN ERIK KRISTIANSEN, YNGVAR TVETEN, A. JENKINS

AS TELELAB, SKIEN

Meningokokkprosjekt Telemark ble startet opp av fylkeslegen i 1987. Målet er å hindre spredning av meningokokksykdommen. Prosjektet omfatter også aktiv informasjon til det berørte miljøet.

Ved bakteriologisk verifisering av meningokokksykdom tar laboratoriet kontakt med kommunelegen. Det

avgjøres hvem som kan defineres som nærkontakter som det deretter skal tas halsprøver av. Laboratoriet rykker ut for prøvetaking og deltar på informasjonsmøtet for de berørte. Ved mistanke om meningokokkvekst i bakteriekulturene gjøres PCR-analyse av bærer- og pasientstamme for å avkrefte/bekreftede identitet. Ved identitet får den friske kontakten rifampicin i to dager etterfulgt av ny dyrkningsprøve.

Prosjektet har pågått iden 1987. I alt er 2119 friske primærkontakter til 63 pasienter med meningokokksykdom undersøkt. 276 (13,0%) av primærkontaktene var bærere av meningokokker, men bare 58 (2,7%) var bærer av den sykdomsfremkallende bakteriestammen. Disse fikk rifampicin og ble kvitt sine meningokokker. Pasientstammen ble

i hovedsak funnet hos husstandsmedlemmer, kyssekontakter og hos barnevakter/dagammaer (11,5%). Klassekamerater, barnehagebarn i samme barnehage ol. var sjeldnere bærere av pasientstammen (1,5%). Det er ikke observert noe sekundærtillfelle av meningokokksykdom i perioden 1987-2002. I perioden 1984-87 (før Meningokokkprosjekt Telemark startet) var det i Telemark 39 sikre tilfeller av meningokokksykdom, hvorav 5 tilfeller ga opphav til 12 sikre og 4 sannsynlige sekundærtillfeller.

Så lenge det ikke finnes vaksine mot meningokokksykdom gruppe B, er kjemoprofylakse til nærkontakter der pasientens bakteriestamme påvises på halsslimehinnen en effektiv metode for å hindre smittespredning.

ENDRET ADRESSE?

MELD ADRESSEENDRING TIL
RAGNA STENDAL

BARNEAVDELINGEN, VEST-AGDER SENTRALSYSKEHUS
4600 KRISTIANSAND

RAGNA.STENDAL@VAS.NO

Refleksjoner over en refleksjon

Professor Dag Bratlid var et av medlemmene i ekspertgruppen som utarbeidet Nasjonal plan for nyfødtmedisin. I denne artikkelen imøtegår han kraftig de standpunktene utvalgets leder, Alf Meberg, tilkjennega i forrige nummer av Paidos.

I PAIDOS nr. 1/2002 har Alf Meberg noen lite reflekterte refleksjoner over hvordan den nylig fullførte "Nasjonal plan for nyfødtmedisin" foreløpig har blitt behandlet av den sentrale helseforvaltningen¹. Som medlem av utvalget føler jeg trang til å kommentere både innhold og form på Alf Mebergs innlegg. Det kan i den forbindelse også være grunn til å komme med noen faktaopplysninger.

Utvalgets mandat

I desember 2000 nedsatte Statens helsetilsyn på oppdrag fra Sosial- og helsedepartementet et utvalg som skulle fremme en konkret plan for norsk nyfødtmedisin. Mandatet ble sammenfattet i tre hovedpunkter:

- Oppsummere eksisterende nasjonal og internasjonal dokumentasjon innen fagområdet
- Utarbeide forslag til organisering av fagområdet
- Utarbeide retningslinjer for faglige krav.

Utvalget, som var bredt sammensatt og med Alf Meberg som leder, hadde i alt ti møter før planen ble overlevert Statens helsetilsyn i desember 2001. Planen hadde også vært på uformelle høringer i det pediatrike fagmiljøet underveis.

Det viktigste innhold i planens anbefalinger

Som ventet foreslo ikke utvalget store endringer i hvordan det nyfødtmedisinske fagområdet skal organiseres her i landet, selv om kanskje dette var det viktigste punktet i mandatet. Dette skyldtes bl.a. at utvalget tilstrebet en enstemmig innstilling. Det ble imidlertid pekt på en del klare og til dels faglig sett uforklarlige forskjeller i hvordan fagfeltet var organisert i de forskjellige regionene, og også betydelige forskjeller mht. eksisterende ressurser og ressursbruk. På denne bakgrunn kom utvalget med begrunnede forslag til et nasjonalt ressursbehov som ville bety en betydelig opptrapping i alle regioner, og selvfølgelig aller mest i de som i dag har minst. Totalt foreslo utvalget en økning av sengetallet på 25% (fra 287 til 360, fordelt på 72 intensivsenger, 78 intermedisærsenger og 210 vanlige senger (observasjonssenger)), en økning i sykepleierbemanning på ca. 30% (fra 688 til 990) og en økning i overlegebemanning på henimot 50% (fra 42,5 til 83 årsverk). I den forbindelse kan det være interessant å peke på at mens "krisen i nyfødtmedisinen" i 1999/2000 særlig var et "Østlandsfenomen", var det likevel helseregionene Sør og Øst som

gjennom utvalgets gjennomgang viste seg å ha de fleste ressursene i forhold til pasienttyngde og volum. Dette viser med all tydelighet at hvordan det nyfødtmedisinske tilbudet fungerer er vel så avhengig av organisering som av direkte ressurser.

Selv om utvalget ikke direkte anbefalte organisatoriske endringer, var utvalget imidlertid delt i sin anbefaling nr. 2, der det heter: «Utvalget finner ikke grunn til å anbefale en sterkere sentralisering av norsk nyfødtmedisin enn i dag. Utvalget er likevel delt i synet på behandling av de minste og mest ressurskrevende for tidlig fødte, definert som nyfødte før fullgatte 26 ukers svangerskap. Et flertall (seks medlemmer) går inn for at disse barna skal behandles ved regionsykehus. Et mindretall (fire medlemmer) mener at de sentralsykehus som i dag gir intensivbehandling til denne gruppen nyfødte bør kunne opprettholde virksomheten». Nyfødte før 26 uke utgjør ca. ett barn pr. tusen fødsler; de fleste sentralsykehus (og for den saks skyld regionsykehus) som i dag behandler disse barna har derfor sjelden mer enn noen få slike barn i året. Når enkelte sentralsykehus hevder at behandling av disse barna nærmest er et spørsmål om være eller ikke være, kan dette derfor vanskelig tas alvorlig. Moderne nyfødtmedisin er ressurskrevende, ikke minst når det gjelder de alvorlig syke og ekstremt for tidlig fødte barn. Flertallets standpunkt om en sentralisering av én av tusen nyfødte premature (< 26 uker) var således tatt på bakgrunn av både en faglig (obstetrisk/pediatrik) og ressursmessig vurdering, og ikke minst en vurdering ut fra forhold i andre land det er naturlig å sammenlikne Norge med.²

De manglende forslag til organisatoriske endringer av fagfeltet ble imidlertid til en viss grad oppveid, ved at et *enstemmig utvalg* kom med relativt klare anbefalinger om faglige krav til de avdelingene som tar mål

av seg til å behandle de alvorligst syke nyfødte. I disse kravene lå det selvfølgelig implisitt at dersom disse faglige kravene skulle følges, ville det også måtte få organisatoriske konsekvenser for fagområdet, selv om ikke dette ble uttrykt eksplisitt. I utvalgets enstemmige anbefaling nr. 5 heter det således: *”Ved avdelinger som regelmessig behandler pasienter med respirator bør det være en tilstedeværende overlege på døgnbasis. Denne må ha spesialkompetanse i nyfødtintensivmedisin»*. Man kan selvfølgelig diskutere hva ”regelmessig behandler pasienter med respirator» betyr, men denne anbefalingen sier i hvert fall at Rikshospitalet (1099 respiratordøgn/år), Ullevål (780 respiratordøgn/år), Trondheim (777 respiratordøgn/år) og Haukeland (550 respiratordøgn/år) bør oppfylle disse krav. Det er vel usikkert om noen, bortsett kanskje fra Ullevål, gjør det i dag. Tromsø, og de fem sentralsykehusene som i dag også har en del respiratorpasienter, har fra 347 respiratordøgn (Ålesund) til 176 respiratordøgn (Bodø). I den samme anbefaling nr. 5 heter det videre: *«Sentralsykehus som har intensivpasienter (men ikke regelmessig pasienter på respirator) må etablere egen bakvaktordning (hjemmevakt) av overleger med kompetanse i nyfødtmedisin.»* Utvalget skisserte også de formelle krav som måtte oppfylles for å kunne fylle kravet til ”kompetanse i nyfødtmedisin”. Det er ikke lett å se at dette kravet er oppfylt for alle de sykehus som i dag har slike pasienter, og man kan vanskelig tenke seg at det er mulig å oppnå regionsykehusstandard ved et stort antall avdelinger.

Statens helsetilsyns konklusjoner

Da Statens helsetilsyn den 27.12.01 sendte planen over til Sosial- og helsedepartementet, knyttet de, som rimelig kan være, sine synspunkter til utvalgets forslag. Egentlig var disse kommentarene bagatellmessige, og de krasse kommentarer som har kommet

fra mange hold er ganske uforståelige. I sitt brev til departementet har Statens helsetilsyn faktisk godtatt og anbefalt så godt som samtlige av de anbefalingene som utvalget kom med. Mens utvalget la til grunn en beleggsprosent på 75 for beregning av behovet for alle sengetyper, mente imidlertid Helsetilsynet at man for de vanlige sengene måtte kunne legge en beleggsprosent på 90 til grunn, noe som ville føre til en reduksjon i sengetallet på 25-30 senger. De godtok for øvrig utvalgets anbefalinger om flere sykepleiere og leger, men uttrykte likevel tvil om realismen i disse forslagene. Likeledes utalte de at det ikke var realistisk å legge opp til egne vaktteam i nyfødtmedisin ved sentralsykehusene. Ved disse sykehusene må nødvendig ekspertise finnes i avdelingens generelle vaktssystem. For øvrig støttet Helsetilsynet opp om utvalgflertallets anbefaling om at barn med gestasjonsalder mindre enn 26 fullgatte uker bør sentraliseres til regionsykehusene. I tillegg anbefalte de at også barn med gestasjonsalder mellom 26-28 uker sentraliseres til regionsykehusene. Dette var bl.a. en naturlig følge av utvalgets klargjøring av at de fleste sentralsykehus allerede i dag sender fra seg flertallet av disse barna, og at dette har vist seg å være en god ordning i helseregion Vest, og i stor grad er gjennomført også i Helseregion Sør. Ettersom den nevnte krisen i nyfødtmedisin først og fremst rammet regionsykehusene, anbefalte Helsetilsynet selvfølgelig også at den nødvendige opprustningen av fagområdet først måtte komme ved regionsykehusene. Heller ikke dette kan være særlig overraskende eller provoserende, all den stund vi i utvalget heller ikke klarte å samle oss om et forslag til opptrappingsplan.

Ut fra de anbefalingene om faglige krav som et enstemmig utvalg har kommet med, er det for meg ganske klart at Helsetilsynet, tydeligere enn utvalget, har sett konsekvensene av dette for organiseringen av fagområdet og eksplisitt uttrykt

disse konsekvensene. Helsetilsynet har klart rett i at det vil være urealistisk å etablere regelmessig intensivbehandling med respiratorbehandling ved svært mange avdelinger, dersom alle disse skal leve opp til de faglige krav som utvalget har kommet frem til, bl.a. ha et eget bakvaktssystem med overleger med spesialkompetanse i nyfødtmedisin - på de større avdelingene faktisk også med tilstedevakt. Dette vil for det første føre til at det blir et betydelig problem ved de minste av disse avdelingene å sysselsette neonatologene med vanlig dagarbeid på en kostnadseffektiv måte. Dessuten vil pasientmengden ved mange av disse avdelingene bli så liten at man kan stille spørsmål om hvor godt den kliniske kompetansen kan vedlikeholdes blant så mange leger.

Har pediatere et realistisk syn på hva intensivbehandling er?

På denne bakgrunn kan man spørre seg om enkelte norske barneleger har en realistisk oppfatning av hva intensivbehandling av nyfødte er, og hvor stort behovet for dette egentlig er i Norge. Situasjonen i helseregion Sør er en god illustrasjon. Denne regionen rapporterte til utvalget at de disponerte 22,5 intensivsenger, hvorav 10 ved Rikshospitalet. Alle avdelingene bortsett fra Arendal drev angivelig regelmessig intensivbehandling av nyfødte. Tallene viser imidlertid noe annet. Rikshospitalet hadde alene 1099 respiratordøgn, mens de andre avdelingene til sammen hadde 232 respiratordøgn (fra 5 til 83). Avdelingen i Skien rapporterte for eksempel om 25 respiratordøgn på til sammen 12 pasienter i 1999. Samtidig opplyser avdelingen i stillingsannonser at de har en nyfødtavdeling på 16 senger, hvorav 6 intensivsenger. Det er for meg en gåte hvordan man kan fylle 6 intensivsenger med 25 respiratordøgn, selv om dette bare skulle utgjøre halvparten av intensivdøgnene i avdelingen. Faktisk er det på årsbasis her i landet bare 5000 respiratordøgn som tilfaller nyfødte, og dette

inkluderer alt fra langvarig behandling av ekstremt små premature til kortvarig respiratorbehandling av en pasient med asfyksi. Det vil si at det *hver dag* ikke ligger flere enn til sammen 13,7 barn på respirator ved landets 20 nyfødtavdelinger. Regner vi med en gjennomsnittlig beleggsprosent på 75 (som utvalget har foreslått) krever dette vel 18 senger på landsbasis, ikke flere enn det en kan se i én enkelt avdeling i mange andre land. Dersom man regner med at respiratorpasienter bare utgjør ca. 40-50% av antallet intensivpasienter, blir det på landsbasis likevel ikke behov for mer enn ca. 40 senger til intensivbehandling av nyfødte. Vi skal derfor være glade for at Helsetilsynet har godtatt utvalgets anbefaling om 72 slike senger. Vi bør imidlertid ha stor forståelse for Helsetilsynets konklusjon og anbefaling om at det ikke kan være grunn til å opprette intensivavdelinger "på alle nes", og dette har ikke noe med en faglig nedvurdering av mindre avdelinger å gjøre. Som Helsetilsynet sier i sin begrunnelse: *"Rapporten angir at det ikke kan demonstreres ulike behandlingsresultater avhengig av ulik organisering. Materialet er imidlertid for lite til å trekke konklusjoner om dette. Helsetilsynet vil anføre at en aktivitet med mellom 10-20 små premature pr. år krever en urasjonell utnyttelse av ressurser for beredskap. Helsetilsynet vil derfor anta at det er viktigere å se på hvilke effekter ulik organisering har for ressursbehov."* I tillegg sies det avslutningsvis: *"Helsetilsynet vil påpeke at når de regionale helseforetak skal planlegge sine tilbud innen fagområdet nyfødtmedisin finnes det flere akseptable løsninger. Forsvarlige transport-systemer, realistisk tilgang på helsepersonell og total ressursbruk vil være medvirkende faktorer i den løsning som velges for arbeidsdeling mellom sykehusene."* Kan man virkelig som Alf Meberg være

demonstrativt uenig og provosert av en slik konklusjon? Og er det ikke tankevekkende at Helsetilsynets saksbehandlere (som i følge Alf Meberg ikke representerer nyfødtmedisinsk ekspertise) faktisk erkjenner denne sentrale problemstillingen, som altså de ti nyfødtmedisinske ekspertene i utvalget ikke klarte å uttrykke? Å snakke om *"Helsetilsynets sentralistiske korrektiv til ekspertgruppens anbefalinger"* er i denne sammenheng i beste fall en klar skivebom.

I sitt innlegg gjør Alf Meberg denne saken til en prøvesten på solidaritet innenfor norsk pediatri og perinatalmedisin. Dette passer dårlig med sakens realiteter. Allerede under drøftingene i utvalget kom det frem en viss bekymring for hvilke konsekvenser den betydelige ressursoppbyggingen som ble foreslått ville få for utviklingen av landets barneavdelinger som helhet. Hvis jeg ikke husker helt feil, var nettopp dette problemet også kommentert av mange avdelingsoverleger i den uoffisielle høringen som utvalget selv foretok. Alf Meberg er dessuten tydeligvis stolt av den "gymnasiasistaksjonen" han har satt i gang, med underskriftskampanjer og (sannsynlig) underskrivningspress («dersom du ikke er med oss er du mot oss»), der vi bl.a. har sett eksempler på at avdelings sjefen skriver under oppropet mens seksjonsoverlegen for nyfødtmedisin ikke gjør det (helgardering overfor det lokale miljøet?), og en lobbyisme man sjelden har sett maken til i vårt nyfødtmedisinske miljø tidligere.

Jeg håper ikke dette er den måten vi i fremtiden skal diskutere fagutviklingen innen pediatrien på. Og er det virkelig noen som tror at slike aksjoner, med sin mangel på faglig integrasjon, objektivitet og realisme, virkelig fører til at de sentrale helsemyndighetene tar vår svært ambisiøse plan mer på alvor? Dersom solidaritet skal være et tema i utviklingen av nyfødtmedisinen her i landet må det være en faglig solidaritet

som sikrer at våre aller svakeste pasienter - de sterkt premature og alvorlig syke nyfødte - uansett bosted får den best mulige faglige behandling, uten at dette stjeler alle ressurser fra resten av pediatrien. Så får vi håpe at de som til slutt skal avgjøre denne planens fremtid har evne til å sette sine egne særinteresser til side for faglig forsvarlige og ressursmessig fornuftige løsninger. De bør også ha evne til å se at fagfolk som ikke representerer "nyfødtmedisinsk ekspertise", for eksempel generelle pediatere, også kan ha viktige synspunkter på denne saken.

DAG BRATLID

BARNEAVDELINGEN, ST. OLAV HOSPITAL,
TRONDHEIM

Litteratur

1. Meberg, A. Refleksjoner over en plan. PAIDOS; 2002; 19: 8-9.
2. Finnström, O. Bör behandling av extremt för tidlig födda barn centraliseras? Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 725-6.

Barn og ungdom treng fleire pediaterar i arbeid utanfor sjukehusa

Då vi fekk lova om helsestasjonar og skulehelsetenesta i 1974, kom debatten om det var spesialistane i barnesjukdomar eller allmennlegane som i framtida skulle stå på barrikadane og ha det faglege og praktiske ansvaret for det førebyggjande helsearbeidet til barn og ungdom.

Etter 3-4 år med drøftingar vart det i 1978 gjort vedtak om at dette offentlege arbeidet skulle tilhøyra allmennlegane i kommunehelsetenesta, men under føresetnaden av at lokale barneavdelingar gjennom ein områdepediatrisk spesialistservice skulle stå for fagleg oppgradering og hjelp, ved å vitja helsestasjonane og personalet som arbeidde i skulehelsetenesta. Med nokre få, heiderlege unntak på landsbasis rann denne viktige delen av planen diverre ut i sanden, og i dag står vi att med ein situasjon som ikkje er tilfredsstillande.

Meir enn nokon gong før er det i praktisk handling svært liten skilnad mellom helsestasjonsarbeid og skulehelsetenesta. På begge plassar vert ein i dag konfrontert med sterke faglege kompetansekrav, så vel som misstillit og skepsis til etablerte medisinske prosedyrar. Å stå framfor grov omsorgssvikt, barnemishandling i alle valørar, rusproblem, eit aukande tal på barn som lever i kompliserte og konfliktfylte samlivsformer, overvekt og fysisk inaktivitetsproblematikk, mangel på søvn, ADD /ADHD-vanskar, pedofili og seksuell utnytting av 12 år gamle jenteungar som får p-pillar av allmennlegar utan at foreldra

veita om det, har vorte ein del av kvardagen i dette arbeidet.

Gjennom offentlege dokument, rapportar, oppslag i media og innspel frå lærarar, elevar og foreldre, har vi dei siste åra fått dokumentert at vi no har ei førebyggjande helseteneste som på ingen måte meistrar dei oppgåvene og nye problemstillingane som endringane dei siste 25 åra har førd med seg. Det skortar ikkje på tusenvis av offentlege sider med målsettingar, vegleiarar, føreskifter, påbod, lovverk, prosedyrepermar og internkontrollsystem om legerolla. Likevel har helsesøstrene etterkvart vorte både "marg og bein" i skulehelsetenesta, og den einaste som ved altfor mange helsestasjonar representerar kontinuitet og langvarig klinisk kompetanse i arbeid med foreldre, barn og ungdom. Altfor ofte står dei heilt åleine med formidable oppgåver og lett til for hogg når kommunale budsjett skal øksast inn i trange, økonomiske rammer.

Slik tilhøva no er, vert det litt for enkelt når Den norske lægeförening - ved presidenten med sin allmennlegebakgrunn - i februar 2002 i ein kommentar i Aftenposten seier at resursane i skulehelsetenesta er

skrøpelege og kommunane har forsømt seg, utan at han reflekterer over om det kan ha noko å gjere med den legegruppa som meinte seg kvalifisert til å ta på seg dette ansvaret for 25 år sidan. På same måte er det på høg tid å ta opp til drøfting om norsk pediatri lenger kan lena seg tilbake og leva med at det i generalplanen frå 1979 er slege fast at førstelinjetenesta for barn - inkludert helsestasjonsarbeid og skulehelseteneste - er allmennmedisinen sitt område. I så fall er det meir ei ansvarsfråskrivning enn ei programerklæring om å ta ansvar for norske barn.

Kva er det då som må til innan den førebyggjande helsetenesta for dei under 18 år?

-«For barnets skyld må legen ha interesse for å se barnet, dvs. være interessert i det, se dets unike egenskaper, sjarm, potensialer osv. Han må også ha et intenst ønske om å oppnå dets gunst og tillit. Hvordan kan vi vente at alle leger som er i allmennpraksis automatisk har denne interessen ovenfor alle barn? Jeg tror det er helt urealistisk å forvente noe slikt, og jeg tror vi skal forskåne våre barn mot helsearbeidere som selv ikke har noe ønske om å jobbe for dem.

-For barnets skyld må legen være trygg i sin rolle som helsemessig omsorgsperson. Legen må føle seg sikker på at han har nok kunnskap og erfaring til at han kan gi god helseomsorg, og denne kunnskap bygges opp gjennom erfaring.

-For barnets skyld må legen se viktigheten av tiden de er sammen. Derfor mener jeg det er viktig at det er et arbeid som legen selv har lyst til å gjøre og som han selv oppsøker. Ellers kan det virke stikk mot sin hensikt. Det forhindrer ikke at arbeidet enkelte dager blir ulystbetont, men der er en stor forskjell mht. psykisk belastning på et ulystbetont arbeid som du selv har valgt av egen fri vilje, og et arbeid andre har "tredd ned over hodet på deg".»

Dette er ikkje mine ord, men tre sentrale punkt som ein skulelege gjennom 35 år, Ingunn Salvesen i Bergen, tok opp i sin høyrings-kommentar til den nye vegleiareren for helsestasjons- og skulehelsetenesta i 1998. Kvar finn vi så dei legane som Salvesen etterlyser, med ei slik generell, pediatriisk kompetanse (kunnskap og erfaring) og interesser for barn som vårt samfunn så sårt treng? Eg vil tru at det framleis er mellom dei som i dag vel å verta pediaterar og arbeider ved norske barneavdelingar. Dersom eg tek feil må det vera noko fundamentalt gale med norsk pediatri, men har eg rett bør vår generalplan endrast til å arbeida for å få oppretta mange fleire heimlar i generell pediatri utanfor sjukehusa enn det som no er målsettinga. Helsestasjonsarbeid og arbeid som skulelege vil verta ein naturleg del av ein slik jobb, og gi den sårt etterlengta medisinske kompetansehevinga som foreldre, helse-søstre og lærarar saknar. Først då vil norsk pediatri på nytt få nærkontakt med barn og foreldre, og atter kunne kome i ein praktisk handlingsposisjon overfor dei fundamentale samfunns- endringane som har skjedd etter at vi for 25 år sidan fråskreiv oss det medisinske ansvaret for norske barn si helse og helsetilbod.

I bokantikvariatet utanfor Legenes hus i Oslo kjøpte eg for nokre dagar sidan ein gamal, tysk bok. Her står det med snirklet, gotisk skrift ei sitat av Friedrich I von Preussen: «Durch Arbeit lernt man arbeiten». Vanskelegare er det ikkje, men då må vi som pediaterar ut til barna, ungdomen og foreldra der dei og vanskane er, og på nytt læra oss å arbeida som barnelegar på ein slik måte som Ingunn Salvesen så presist har formulert det for oss.

HANS HOWLID

PRAKTISERENDE SPESIALIST, BERGEN

KORRESPONDANSER

Takk for fint tidsskrift med meget gjennomført lay-out. Espolin Johnsons bilde gjør seg meget bra på forsiden, og Helene Pandes innlegg i Tidsskriftet gir dette bildet en ekstra dimensjon. På side to nevner du at *paidos* er det greske flertallsord for barn, osv. Dette er ikke helt riktig. *Pais* er det greske ordet for gutt, senere ble betydningen mer generell og sto da for barn. Ordet *pediater* har kommet senere, og betyr ikke guttelege, men barnelege. *Paidos* er genitiv enkelttall, *paides* er nominativ flertall. Imidlertid er dette slett ikke noen ulykke for tidsskriftet. *Paidos* kan være en «genitivus optativus», altså at bladet tilhører barnet med et slags ønske. Vi får skåle for barnet og vårt tidsskrift, Paidos!

FRANS BROCKMEIER

BARNEAVDELINGEN, SSE-HF

Takk for korrektivet. Teksten i den faste spalten på tittelbladets innside (side 2 i hvert nummer) er endret; - forhåpentligvis er ordforklaringen nå korrekt. Redaksjonen kunnskaper om greske bøyingsformer er dessverre ganske begrenset!

VEGARD BRUUN WYLLER

REDAKTØR

Veiledning for bidragsytere

Paidos er takknemlig for ethvert bidrag fra leserne, men er spesielt interessert i manuskripter som faller inn under ett av våre to satsningsområder: *debatt* og *fagformidling*. Vi er opptatt av å stimulere til og være et forum for bred og engasjert meningsutveksling. I tillegg ønsker vi å formidle faglig kunnskap og faglig inspirasjon i form av kasuistikker, presentasjon av lokale prosedyrer, orientering om vitenskapelige prosjekter, bokanmeldelser osv.

Manuskripter skrives i Times New Roman med enkel linjeavstand, og skal starte med en kort overskrift, evt. etterfulgt av ingress/sammendrag på maksimalt 10 linjer. Avsnitt markeres med linjeskift og innrykk av neste linje (bruk TAB-tasten). Mellomtittel settes i *kursiv*, det samme gjelder utheving av ord eller setninger. Litteraturhenvisninger markeres i teksten med hevede, forminskede tall¹. I en noteliste etter artikkelen oppføres referanser etter samme mal som i Tidsskrift for Den norske Lægeforening, og i den rekkefølgen de først forekommer i teksten. (Eks: 1. Nordmann O. Norsk pediatri ved et veiskille. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 263-7.) Evt. tabeller nummereres fortløpende, og skal ha en egen tabelloverskrift (jf. Tidsskriftet). Figurer og fotografier mottas gjerne, skriv da figurtekst på eget ark.

Manuskriptet lagres *enten* på diskett som så sendes med vanlig brevpost, *eller* det sendes som vedlegg til elektronisk post. Adressen er:

PAIDOS

v/ red. Vegard Bruun Wyller
Barneklubben, Rikshospitalet
0027 Oslo.

vegard.bruun.wyller@rikshospitalet.no.

Forfatteren må *selv* lese grundig korrektur for manuskriptet sendes. Redaktøren forbeholder seg retten til mindre språklige justeringer, for øvrig står alle artikler for forfatterens egen regning.

VEGARD BRUUN WYLLER

REDAKTØR

Lederens spalte

Et vellykket vårmøte er over. Barneavdelingen i Telemark har all grunn til å være stolte over totalarrangementet, og 85 aktive deltakere bidro til det gode resultatet. Et tema som ikke sto på programmet, men som ble flittig diskutert, var hvordan kan vi øke antallet deltakere. Vi hadde tre dager som vi gjerne skulle delt med flere! Dager som styrket vår identitet som pediatere, og som ga oss inspirasjon til ikke bare å bli enda bedre faglig, men til å se litt lengre.

Når vi forsøker å analysere årsakene til at tross alt 85 barneleger reiser til et vårmøte, på et tidspunkt av året da andre muligheter til å bruke tiden står i kø, sitter vi igjen med stikkord som bl.a.: Faglig påfyll, møte med kolleger og venner, presentasjon av eget arbeid, mulighet til å sette seg inn i arbeidsforhold ved andre avdelinger og representasjon av egen avdeling.

Hva er så grunnene til at mange prioriterer bort barnelegemøtene? Mange argumenter er isolert sett gode og høyst forståelige, og er avhengig av hvor man er i livet - familie- og karrieremessig. Økonomi vil for noen være et avgjørende argument, enten ved at fond 3-midlene er brukt opp til andre kurs og/eller at avdelingene ikke har funnet denne type møter støtteverdige. Andre er så involvert i sitt fagområdet at de ikke finner det riktig å bruke tid på et møte med et såpass generalistpreg som vår møter, etter noens mening, har.

NBF er nødt til å akseptere at vi lever i en tid der markeds-mekanismene i bredeste forstand, inklusive vurdering av egen nytten, står sentralt. Vi kan ikke spille på moralske strenger, og fortelle våre medlemmer

at de for den store sak (les: Norsk Pediatri) bør stille på møtene. Innerst inne har vi nok lyst til å si dette, men det slår neppe an! Derimot vil styret kontinuerlig arbeid for at forutsetningene for at medlemmene skal velge møtene, er tilstede. Gode fagprogram og en sosialt ramme som gir tid til meningsutveksling, er selvsagte elementer. Fra styrets side er det ikke laget noen handlingsplan for å øke antallet på møtene, men på kort sikt vil vi etter forslag fra styrets to yngste medlemmer arbeide for en tett kontakt mellom styret og representanter for assistentlegene ved de enkelte avdelingene, i den hensikt å motivere for deltakelse på våre møter. Å være så tidlig som mulig ute med invitasjon til møtene er også en viktig detalj; konkurransen om vår oppmerksomhet er stor. Vi ønsker også at avdelingene i enda større grad enn før ser på mulighetene til å gi økonomisk støtte til dem som ønsker å delta på våre møter. Alle avdelinger, kanskje særlig universitets-avdelingene, kunne se på møtene som en utmerket anledning til å markedsføre sine små eller store forskningsprosjekter. Avdelingene kunne også ha som politikk at et minimumsantall kolleger (kanskje spesielt assistentleger) reiser på NBFs møter, og gi økonomisk støtte til dette. I tillegg kan arrangører ved hjelp av parallellsesjoner tiltrekke seg flere av subspecialistene. Et annet tiltak vil være å arrangere industristøttede symposier i tilslutning til møtene. En forutsetning er selvsagt at dette gjøres i tråd med moderforeningens retningslinjer.

Momentene nevnt over er etter forholdene relativt konkrete, og kan - om det er vilje til det - bidra i positiv

retning. Det lar seg ikke skjule at vi som tror at NBF og dets møter er av stor betydning for norsk pediatri, ønsker en bevisstgjøring knyttet til hva den enkelte pediater og avdeling kan bidra med,- ikke bare få ut av møtene. Mange av våre mer subspecialiserte kolleger prioriterer ikke møtene fordi de mener de selv ikke har utbytte av dem. Dette er helt forståelig, men foreningens medlemmer ville hatt et stort utbytte av at disse «kanonene» kom! Om ikke annet for å diskutere med dem i pausene!

Først og fremst ønsker vi flere på møtene fordi vi ønsker å dele den atmosfæren og de inntrykkene vi satt igjen med etter vårmøtet. De som var i Langesund, vet at slike møter er med på å påvirke den kulturbyggingen som hele tiden umerkelig finner sted.

HANS-JACOB BANGSTAD

LEDER NORSK BARNELEGEFORENING