
PAIDOS

TIDSSKRIFT FOR NORSK BARNELEGEFORENING

APRIL 2002

ÅRGANG 20

SIDE 1-16



PAIDOS

TIDSSKRIFT FOR NORSK BARNELEGEFORENING

APRIL 2002 ÅRGANG 20 SIDE 1-16

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 det greske flertallsord for barn, og ordstammen gjenfinnes bl.a. i «pediatri» og «pediater».

Redaktør

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

Frister

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

- Nr. 1: 1. desember
- Nr. 2: 1. mars
- Nr. 3: 1. juni
- Nr. 4: 1. september

Kjære kollega – velkommen som leser av Paidos! Ved starten av sin tyvende årgang har NBF-nytt lagt barnealderen bak seg, og et hamskifte – der ambisjonsnivået heves opp et hakk – synes å være på sin plass. NBF-nytt var et *blad*, Paidos ønsker å være et *tidsskrift*.

Paidos betyr barn; -det er barn vi er interessert i, arbeider med og skriver om. Ordet *paidos* har samme semantiske opprinnelse som *pediater* og *pediatri*, og markerer således tilhørighet til fagets historiske tradisjoner, med røtter i hippokratisk medisin. I denne tradisjonen går *formidling* – mellom mester og svenn, og fra en generasjon til den neste – hånd i hånd med den praktiske yrkesutøvelsen.

Formidlingsbegrepet er vidtfaende; - fra vitenskapelige artikler, via erfaringsbaserte synspunkter til ren meningsutveksling. Paidos har ambisjoner om å være et hensiktsmessig medium for *erfaringsbasert kunnskapsformidling* og *debatt*, eksemplifisert ved flere av artiklene i dette nummeret. Fra Kristiansand presenteres en lærerik kasuistikk, mens Torgeir Haugen og Alf Meberg ansporer til diskusjon om faglige og organisatoriske spørsmål knyttet til generell pediatri og nyfødmedisin. Den strengt vitenskapelige kunnskapsformidling ivaretas imidlertid best av andre.

Paidos er en formidlingskanal; - det er lesernes ansvar at denne kanalen brukes! En redaktør kan *tilrettelegge*, men kvaliteten på publikasjonen avhenger av *skriveføre* leserne. Hermed er dere alle utfordret; - deadline for neste nummer er 1. juni...

VEGARD BRUUN WYLLER

REDAKTØR

INNHold

- | | | | |
|-----------|---|------------|--|
| 3 | Barneavdelingen i Kristiansand
KÅRE DANIELSEN | 12 | Medieskapt angst
TORGEIR HAUGEN
HANS-JACOB BANGSTAD |
| 4 | Akutt hovent kne
OLE BJØRN KITTANG
RAGNA STENDAL | 13 | Veileder akutt pediatri
FINN WESENBERG |
| 5 | Veiledning for bidragsytere
VEGARD BRUUN WYLLER | 13 | ESPR
TOM STIRIS |
| 6 | Generell pediatri
TORGEIR HAUGEN
HANS-JACOB BANGSTAD | FRA STYRET | |
| 8 | Refleksjoner over en plan
ALF MEBERG | 14 | Lederens spalte
HANS-JACOB BANGSTAD |
| 10 | Forskningsnytt
VEGARD BRUUN WYLLER | 15 | Styret i Norsk Barnelegeforening |
| | | 16 | Norsk Barnelegeforenings vårmøte 2002 |

Barneavdelingen i Kristiansand

I dette første nummeret av Paidos innleder vi en "sykehusstafett". Alle barneavdelingene i landet skal etter tur få presentere seg i denne spalten; - dels gjennom en generell omtale, dels gjennom en kasuistikk. Først ut er barneavdelingen i Kristiansand, i nesten nummer står Tromsø for tur.

Barneavdelingen i Kristiansand fungerer som et barnesenter, og tar i mot barn med sykdommer som hører inn under andre spesialiteter (øre-nese-hals, øye, kirurgi), foruten alminnelige pediatriske problemstillinger. Nyfødtposten tar imot barn i alderen 0-3 mnd, mens avdelingen for øvrig har innlagt barn i alderen 3 mnd. til 15 år. Avdelingen for større barn er delt i to seksjoner: en for rene pediatriske infeksjonssykdommer, og en blandet barnepost. I tillegg disponerer barneavdelingen "Lillebølgen"; - et hjem for alvorlig og kronisk funksjonshemmede barn, med både døgn- og dagtilbud. "Lillebølgen" har til enhver tid 3-4 fastboende, og en rekke familier med funksjonshemmede barn får avlastningstilbud. Det gis integrert medisinsk, pedagogisk og fysioterapeutisk tilbud.

Til sammen hadde vi i fjor 2863 innleggelse, med en gjennomsnittlig liggetid på 4,48 døgn, samt 4265

polikliniske konsultasjoner. Dette gir en beleggsprosent på 102,7%, og beleggsprosenten har generelt vært meget høy de siste årene. Foruten vanlig avdelingsdrift organiserer vi et utstrakt områdepediatrisk tilbud til helsestasjoner i fylket. Fødeavdelingen i Flekkefjord har tilsyn av overlegespesialist en gang i uken.

Nyfødtposten driver intensiv nyfødttbehandling, med nedre grense for behandling av premature barn ved 26 ukers gestasjonsalder. Gjeldende praksis inntil nå har imidlertid vært at barn med lavere gestasjonsalder som blir født ved vårt sykehus, ikke overføres til regionsykehus i løpet av de neste dagene dersom det ikke er spesiell indikasjon. Vi har også en formell samarbeidsavtale med barneavdelingen i Arendal om at premature barn med gestasjonsalder 26-30 uker fortrinnsvis skal behandles ved neonatalposten hos oss.

Habiliteringsavdelingen er egen enhet, og er ikke underlagt barneavdelingen. Vi har imidlertid et tett samarbeid som fungerer meget bra, med en overlege som overlapper mellom de to avdelingene. At habiliteringsavdelingen ble fysisk lokalisert til sykehuset i Kristiansand har også ført til betydelig bedre samarbeid.

Vi har i avdelingen nettopp laget en ny strategiplan for de neste fire år. Selv om det i pediatrien ikke finnes formelle subspecialister, har alle overlegene ved avdelingen sine uformelle subspecialiteter. To overleger behersker ekkokardiografi, og opplæring av assistentleger i denne teknikken blir viktig i fremtiden. Én overlege har hovedansvaret for onkologi, og avdelingen utfører et betydelig antall cytostatika-behandlinger i samarbeid med Rikshospitalet. Innen astma og allergi savner vi fortsatt utstyr til provokasjon og belastningstester, hvilket vi håper å kunne klare å anskaffe i løpet av kort tid. Som de fleste andre sentralsykehus er avdelingen sprenget både plassmessig, utstyrmessig og på pleiesiden.

KÅRE DANIELSEN

BARNEAVDELINGEN, VEST-AGDER
SENTRALSYKEHUS
4600 KRISTIANSAND

BARNEAVDELINGEN, VEST-AGDER SENTRALSYKEHUS

<i>Befolningsgrunnlag:</i>	ca. 150 000 (36 000 under 15 år).
<i>Fødsler:</i>	ca. 2200.
<i>Sengetall:</i>	38 (11 på nyfødtsesjonen).
<i>Innleggelse 2001:</i>	2866.
<i>Polikliniske konsultasjoner 2001:</i>	4265.
<i>Legestillinger:</i>	7 overleger, 6 assistentleger.

Akutt hovent kne

En 14,5 år gammel gutt, tidligere frisk og fra frisk familie, ble innlagt etter 1 døgn sykehistorie med subfebrilia og hevelse i venstre kne. Han hadde hatt antydning til sår hals et par uker forut for innleggelsen. Intet kjent traume.

Status ved innleggelse: Temperatur 38,5 grader, god allmenntilstand, uttalt hydrops, rubor og palpasjonsømheter over venstre kneledd. Klarte ikke å belaste venstre ben. For øvrig normal organstatus, spesielt ingen øyesymptomer, intet utslett, ingen symptomer fra urinveiene eller tarm. Neste dag spontant mindre hevelse og fallende temperatur til 37,6.

En artritt til nærmere diagnostisk avklaring. Vi vurderte sannsynligheten for septisk artritt som liten på grunn av god allmenntilstand og spontan bedring. Uttalt hydrops gjorde det likevel viktig å utelukke dette. Differensialdiagnoser for øvrig var reaktiv artritt, evt. debut av juvenil reumatoid artritt, og subakutt osteomyelitt. En viss prosent av gutter med ikke-infeksiøs monoartritt i kneet utvikler dessuten Bechterew i voksen alder. HLA B-27 er da oftest positiv.

Blodprøver tatt ved innkomst viste moderat forhøyet CRP 42 og SR 18, for øvrig normale hematologiske verdier. Normale funn i urinen. Det ble gjort serologiske analyser med tanke på infeksjon med mykoplasma, yersinia, borrelia og enterovirus, dessuten streptolysin antistoff-titer, i tillegg til blodkultur, RF og ANA.

Røntgen av kneet viste ingen patologiske forandringer, mens skjelettscintigrafi viste lett økt opptak omkring venstre kneledd, hvilket taler

for en lett synovitt/artritt-tilstand. Det var ingen holdepunkter for osteomyelitt.

Dagen etter innleggelsen tappet man 65 ml gul, litt tyktflytende væske fra kneleddet. Det var ingen tegn til krystaller. Gramfarget preparat viste rikelig med leukocytter, både mono- og polynukleære, men ingen sikre funn av mikrober. Det ble i tillegg sendt leddvæske til bakteriologisk dyrkning. Pasienten ble undersøkt av øyelege og reumatolog, uten at det ble gjort funn som tydet på system sykdom.

Utseende av leddvæsken og mikroskopifunnet var ikke diagnostisk. Betent leddvæske kan sees både ved septisk og reaktiv artritt, sjeldnere ved juvenil artritt. I påvente av prøvesvar valgte vi å starte med behandling som ved septisk artritt, dvs. cloxacillin og cefotaksim intravenøst. I dag ville vi i tillegg ha gjort MR undersøkelse av kneet som kombinert med scintigrafi i de fleste tilfeller kan bekrefte/avkrefte osteomyelitt.¹

Det tilkom stigning i CRP til 106 og SR til 38. Det var ingen vekst ved aerob og anaerob dyrkning av leddvæsken, heller ingen vekst i blodkultur. Dyrkning fra svelget viste normal halsflora. HLA-B27, ANA og RF var negative. Streptolysin antistoff-titer var 186 IE/l, hvilket er under nedre grenseverdi. Det ble heller ikke påvist spesifikke antistoffer

mot enterovirus, mykoplasma, eller yersinia enterocolica.

Det ble imidlertid påvist både IgM- og IgG-antistoffer mot borrelia. For IgG fant man et titer på over 230 U/ml, hvilket svarer til 2400% av "cut-off"-verdi. Da vi fikk svar på borreliaserologien hadde pasienten fått intravenøs antibiotikabehandling i 10 døgn, og hadde vist god klinisk respons, med avtagende hydrops og smerter. Han ble afebril etter 4-5 døgn, og CRP falt i samme periode til 23.

Dessverre ble ikke leddvæske satt opp til dyrkning eller PCR med tanke på borrelia eller kingella kingae. K. kingae er en gram-negativ, stavformet bakterie, som kan finnes i svelget hos friske barn. Den er vanskelig å få til å vokse på vanlig dyrkningsmedium, og det anbefales å inokulere leddvæske i blodkulturmedium. I en studie av barn med septisk artitt, der leddvæsken ble dyrket på denne måten, fant man oppvekst av K. kingae i 22 % av tilfellene.² Positiv borreliaserologi, med IgM-antistoff tilstede og høy "cut-off"-verdi for spesifikt IgG-antistoff, taler imidlertid for aktuell borrelia-infeksjon, og sammen med det kliniske bildet, for borrelia-artritt.

Akutt borrelia-artritt har et intermitterende forløp, involverer som oftest de store ledd, med kneleddet som det vanligste. Steere og medarbeidere ga en klar beskrivelse av borrelia-artritt hos barn i den første publikasjonen om Lyme-borreliose.³ I et materiale på 51 pasienter utgjorde akutt gon-artritt hos barn 75% av tilfellene. I motsetning til i USA er artritt en sjelden klinisk manifestasjon av borreliose i Europa.^{4,5} Dette henger sammen med at infeksjon med de ulike borrelia-artene gir opphav til ulike kliniske bilder. B. burgdorferi sensu lato er et samlenavn for flere borrelia-arter, der minst tre er humanpatogene. Mikroben spres ved flåtten Ixodes ricinus, som har

en livssyklus som kan deles inn i 4 stadier. På hvert stadium må flåtten ha et blodmåltid for å videreutvikles. I høyendemiske områder kan så mye som 40-50 % av voksen flått være infisert. *B. burgdorferi sensu stricto* er assosiert med artritt, mens *B. afzelii* og *B. garinii*, som er de dominerende arter i Norge, er assosiert med hhv. dermatoborreliose og nevroborreliose.

Vi hadde ingen anamnesticke opplysninger om flåttbitt, men Agder er et område med stor forekomst av borreliainfisert flått. Vi registrerer flest tilfeller av akutt borreliose om høsten, men har erfart at det kan forekomme hele året.

På bakgrunn av diagnosen borrelia-artritt skiftet man behandling til per oral doxycyclin 200 mg x 1 i ytterligere 14 dager i henhold til terapi-anbefalinger ved borrelia-artritt.⁶ Pasienten kunne da skrives ut. Ved utskrivelsen var det fullstendig tilbakegang av de kliniske symptomene, og ved poliklinisk kontroll etter 3 måneder hadde han ingen plager fra kneet.

OLE BJØRN KITTANG

RAGNA STENDAL

BARNEAVDELINGEN, VEST-AGDER
SENTRALSYKEHUS
4600 KRISTIANSAND

KORRESPONDANSE: OLE BJØRN KITTANG
(OBKI@VAS.NO)

Litteratur

1. Olauson S, Hvidsten D, Klingenberg C, Nordal E. *Kingella kingae*; et underdiagnostisert agens ved skjelettinfeksjon hos barn. NBF, høstmøtet i Tromsø 2001.
2. Wathne K-O, Babovic A, Nordshus T. Akutt osteomyelitt hos små barn – en diagnostisk utfordring. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121; 1693-6.
3. Steere et al. Lyme arthritis: An epidemic of oligoarticular arthritis in children and adults in three Connecticut

communities. Arthritis Rheum 1977; 20; 7-17.

4. Kryger P et al. Lyme borreliosis among Danish patients with arthritis. Scand J Rheumatol 1990; 19; 77-81.

5. Hammers-Bergren et al. Borrelia arthritis in Swedish children. IV International Conference on Lyme Borreliosis, Stockholm, Sweden 1990: Abstract W/TH-P-99.

6. Nytt om legemidler 1999; 22; suppl 1 (januar).

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

Generell pediatri

Generell pediatri - hvem orker å kjempe for den?

Som privatpraktiserende spesialist i pediatri ser jeg på meg selv som en som arbeider med generell pediatri. De få gjenlevende i denne yrkesgruppen har i alle år hatt en arbeidssituasjon best illustrert ved eventyret om kjerringa mot strømmen. Motkreftene har presset på fra alle kanter;

- NBF med sine generalplaner har, utover visjonære forestillinger om områdepediatri, profylaktisk pediatri og ungdomsmedisin, kun fokusert på spesialisering og spisskompetanse i sykehus. Helsestasjonsarbeidet og skolehelsetjenesten ble i 1979 gitt bort til kommunehelsetjenesten, som mange steder har saldert det hele bort til i beste fall å være en helse-søstertjeneste. Resten av pediatrien i kommunehelsetjenesten er det først og fremst legevakten som tar seg av. Sosialpediatrien tømmes ut med badevannet.

- Allment praktiserende legers forening (Aplf), som i økende grad dominerer Legeforeningen, har lenge sett på pediatri utenfor sykehus som en av sine argeste konkurrenter. President Hans Kristian Bakke i Legeforeningen har uttalt at det er et mål for Aplf å komme under 5% henvisninger totalt i en allmennlegepraksis!

- Skiftende regjeringer, godt støttet av byråkratiet i helse- og sosialdepartementet, har med alle midler forsøkt å begrense folks adgang til private spesialister de siste 20 år.

- Fastlegeordningen, med henvisningsplikten og lovendringen i folketrykkløven, er den siste og mest dramatiske krampetrekning i forsøket på å hindre pasienter å komme til spesialist.

Fastlegeordningen er en katastrofe for familier med syke barn. Intensjonene med ordningen var sikkert gode, men fastlegene viser til fulle at de ikke er i stand til å ta det ansvaret de har forpliktet seg til å ta, og som de tar seg forhåndsbetalt for i liste-pasientsystemet.

Marit Hellebostad gir et lettlest referat fra årsmøtet i CESP i siste nummer av NBF-nytt. Det er tankevekkende at behovet for fagområdet generell pediatri er blitt et tema. Det er til og med oppløftende at det erkjennes behov for denne yrkesgruppen i sykehus. Skal man utdanne generelle peditere, må man ut av sykehusene for å se hvordan det foregår på den andre siden av gjerdet. Jeg utfordrer NBF til å ta denne debatten, og spise noen kameler fra generalplanen.

Rekrutteringen til faget pediatri tror jeg blir meget enkel dersom turnuskandidatene får en del av tjenesten hos generell peditater utenfor sykehus. Selv har jeg som frivillig ordning hatt turnuskandidater som hospitanter i min praksis i flere år. Kandidatene har tydelig gitt uttrykk for at synet på pediatri endret seg i hospitantperioden; fra noe som er skremmende til noe som er hyggelig. Dette potensialet må NBF bruke for hva det er verdt!

Generell pediatri er lite prestisje-preget, rimelig i drift og lite utstyrs-krevende; - og kommer det store

flertall av syke barn til gode, hvis bare barnet får lov til å møte spesialisten. Er ikke dette en viktig sak for NBF?

TORGEIR HAUGEN

PRAKTISERENDE SPESIALIST I

BARNESYKDOMMER

NOTODDEN

Hvem skal ta seg av barna? Og hva er generell pediatri?

Et engasjert og provoserende innlegg har Torgeir Haugen satt fingeren på flere sentrale punkter. De har det til felles at de åpenbart er viktige for praktiserende barneleger - de nye henvisningsreglene i forbindelse med fastlegeordningen er et eksempel - og dermed er de også viktig for NBF, og kanskje også norske barn!

Etter det mye omtalte Larkollenmøtet i 1978 ble det slått fast at barn i første omgang er førstelinjetjenestens ansvar. Dette synet har så vidt jeg kan se holdt seg til dags dato, og bekreftes i vår siste generalplan (1), også fordi dette ansvarsforholdet er slått fast i Lov om kommunehelsetjenesten av 1982 og Lov om spesialisthelsetjenesten av 1984. Imidlertid har mange i lengre tid vært bekymret for den stedvis sviktende kvalitet på det arbeidet som utføres av lege på helsestasjon og i skolehelsetjenesten (2). Det er mye som tyder på at dette arbeidet hverken er prioritert av de bevilgende myndigheter eller av de ansatte leger. I tillegg kan man praktisere som fastlege uten noen peditriskolering utover det man får i grunnutdanningen og gjennom turnustjenesten. Alt dette gjør at det må være lov til å stille spørsmål ved

om norske barneleger fremdeles ønsker å opprettholde Larkollenvedtaket. I den forbindelse nevnes at NBF har foreslått overfor Helse-tilsynet at man i samarbeid med allmennlegenes organisasjoner utarbeider veiledende retningslinjer for hva en allmennlege faktisk bør kunne beherske for å kunne ta seg av barn. Dette kan føre til en bedret kvalitet på primærlegenes arbeid med barn, eller tydeliggjøre at barn i større grad primært bør undersøkes og behandles av pediater.

Med hensyn henvisningsreglene har NBF ingen konkrete planer om å øve press på myndighetene med henblikk på å endre disse. Dersom det viser seg at fastlegeordningen faller dårlig ut for barn med kroniske sykdommer og for privatpraktiserende spesialister, vil selvsagt situasjonen være en helt annen. Et annet forhold er at de enkelte barneavdelinger - i mye større grad enn det som er tilfellet i dag - bør kanalisere pasienter til de privatpraktiserende spesialistene, ettersom dét uomtvistelig vil være en samfunnsøkonomisk god løsning. Utviklingen eller den manglende utviklingen av områdepediatrien, og den statlige overtakelsen av ansvaret for spesialisthelsetjenesten, hører med i denne sammenheng, men blir ikke berørt i dette innlegget.

Torgeir Haugen setter i sitt innlegg et slags likhetstegn mellom det arbeidet de praktiserende spesialister utfører, og begrepet generell pediatri. Hva er så generell pediatri?. Er det all pediatri som ikke trenger hospitalisering eller subspecialitetskompetanse? I så fall; - hvor går grensene? Mitt poeng er at mange har en fornemmelse av hva de mener med generell pediatri uten å kunne definere begrepet entydig. Torgeir Haugen har helt rett i at man på større avdelinger, der det er gjennomført en fagseksjonering, har behov for leger med en bred pediatriisk kompetanse og som dermed er i stand til å dekke området "generell pediatri". Dette erkjennes av NBF, og det fremgår av

Marits Hellbostads og Eirik Monns referat (3), at man innen CESP (Den europeiske foreningen for spesialister i pediatri) har dette for øyet når man forsøker å harmonisere utdanning av pediater i Europa. Det legges opp til en tredeling, der laveste nivå er det som vil kvalifisere til å drive som praktiserende spesialist utenfor institusjon, det neste er sykehuspediatri og til slutt en formalisert subspecialisering på tertiærnivå. Vårt nasjonale problem er at vi ikke likner på noen av de landene som er viktige i denne prosessen. F. eks. er situasjonen i land som Tyskland, Sveits og Italia at de fleste barn har en primærpediater, og brorparten av barnelegene arbeider da også utenfor sykehus. Samtidig har disse landene sykehus med store nedslagsfelt, med muligheter for avansert og meningsfull subspecialisering. Det er viktig å ha denne bakgrunnskunnskapen når den fremtidige arbeidssituasjonen til norske pediater diskuteres, ikke minst i lys av det sannsynlige legeoverskuddet (og pediateroverskuddet?) om ikke så mange år .

Torgeir Haugen kommer i sitt innlegg også inn på erfaringen med hospitering hos praktiserende spesialister. Dette høres ut som en meget spennende innvielse i pediatrien, og er noe som absolutt bør kunne forsøkes ut mer systematisk, dersom flere spesialister finner det mulig å videreutvikle en slik ordning. Forøvrig er det lite som tyder på at unge leger er skremt av pediatrien. Det er for tiden god søkning til fagets utdannelsestillinger!

Jeg gjør oppmerksom på at dette innlegget ikke er diskutert i NBF's styre.

HANS-JACOB BANGSTAD

LEDER AV NORSK BARNELEGEFORENING
OSLO

1. Den nye Generalplanen for pediatri i Norge. 1998: 5.
2. Halvorsen S. På ungenes parti. Norsk Barnelegeforening 75 år. 1994: 63-4 og 72-7.
3. NBF-nytt 2002; 20: 14 - 20.

HUSK VÅRMØTET I SKIEN 30.

MAI TIL 1. JUNI

PÅMELDING

SNAREST!

Refleksjoner over en plan

Avdelingsoverlege Alf Meberg ledet ekspertgruppen som utarbeidet Nasjonal plan for nyfødtdedisin, på oppdrag fra Statens helsetilsyn. I denne artikkelen gjennomgår han viktige elementer i planen, og påpeker divergens mellom Helsetilsynets og ekspertgruppens anbefalinger på flere områder

Nasjonal plan for nyfødtdedisin er trolig den viktigste aktuelle saken innenfor norsk pediatri og perinatalmedisin. Et bredt sammensatt ekspertutvalg har lagt ned et stort arbeid på oppdrag fra Statens helsetilsyn. Planen gir anbefalinger om organisering, bemanningsnormer, arealbehov, behov for medisinskteknisk utstyr, kompetansekrav for helsepersonell innenfor fagfeltet, oppfølgingsprogram for risikobarn mm. Fremfor alt avslører planen store og udekkede behov. Ekspertgruppen anbefaler helsemyndighetene, og i siste instans Stortinget, å tilgodese norsk nyfødtdedisin med økte ressurser. Utvalget var delt bare på ett punkt: behandlingen av barn født før utgangen av 26. svangerskapsuke. Et flertall anbefalte sentralisering til regionsykehus av disse barna, et mindretall at de sentralsykehus som i dag behandler disse barna skal kunne fortsette med dette.

Sentrale data

Hvert år innlegges 7-8000 barn ved norske nyfødtenheter, svarende til ca. 12% av alle levende fødte. Det er betydelig variasjon i innleggelsesraten mellom ulike sykehus (8-24%), vesentlig pga. forskjeller i lokale administrative rutiner og geografiske forhold. Innleggelsene forbruker ca 100 000 liggedøgn per år. Med en beleggsprosent på 75 krever dette 360 senger etter den fordelingsnøkkel

mellom intensiv-, intermediaer- og lavaktive senger som utvalget anbefaler. I dag angir norske nyfødtdavdelinger at de disponerer 273 senger, men en betydelig del av disse er ikke operative pga. personellmangel. I henhold til de normer planen anbefaler er det en mangel på 40 overlegestillinger (som trengs bl.a. for å kunne etablere gode vaktssystemer av leger med kompetanse i nyfødtdedisin), og 302 kliniske sykepleiere. I tillegg kommer administrative stillinger og fagutviklingssykepleiere. I dag disponerer landets neonatalenheter bare ca 1/3 av de arealbehov utvalget anbefaler. 22% av landets barn fødes ved sykehus uten barneavdeling, og utvalget anbefaler styrking av det pediatriske tilbudet ved disse sykehusene. I tillegg anbefales formell subspecialisering av nyfødtdedisinen. Andre momenter er styrking av forskning, og etablering av et neonatalmedisisk datanettverk.

Bekymringsfull utvikling

Nasjonal plan for nyfødtdedisin ble overlevert Statens helsetilsyn i november 2001, som oversendte planen til Sosial- og helsedepartementet for videre behandling. Helsetilsynet fremmer i brev til departementet av 27/12 2001 synspunkter som bryter med ekspertgruppens anbefalinger på flere sentrale punkter:

- Helsetilsynet tilrår at nødvendig opprusting av nyfødtenhetene på landets regionsykehus må komme først, og nevner ikke sentralsykehusene. Ekspertgruppen anbefaler at ressurser legges ut til regionene i henhold til fødselstall og fordeles i henhold til regionale planer, med hensyntagen til lands- og flerregionale funksjoner knyttet til enkelte av universitetsklinikkene.

- Helsetilsynet tilrår en høyere beleggsprosent for senger i nyfødtenhetene (75% for intensiv- og intermediaersenger, 90% for "low care") enn ekspertgruppen (75% for alle senger). Dette vanskeliggjør fleksibel utnyttelse av sykepleierressurser mellom intensivpasienter og "low care"-pasienter og medfører en svekkelse av sykepleierressursene, hvilket først og fremst rammer sentralsykehusene (som har flest "low care"-senger).

- Helsetilsynet tilrår overføring til regionsykehus ved truende fødsel før 28 uker, og postnalt av barn født etter 26-28 ukers svangerskapslengde. Ekspertgruppen var som nevnt delt i dette spørsmålet, men flertallet anbefalte en grense på 26 uker for transport. Helsetilsynet er også i utakt med nasjonal konsensus (1).

Helsetilsynets saksbehandlere (som ikke representerer nyfødtdedisinsk ekspertise) fremmer altså anbefalinger overfor departementet i strid med sitt eget ekspertutvalg. Dette er uheldig og bekymringsfullt. Etter min mening vil Helsetilsynets anbefalinger, hvis de blir fulgt, bety et unødvendig sentraliseringspress, med kontinuitetsbrudd i omsorgen for fødende og deres barn, unødvendige og til dels risikofylte transporter, og svekkelse av sentralsykehusenes faglige nivå.

Helsetilsynets anbefaling om først å ruste opp regionsykehusene medfører stor risiko for at sentralsykehusene ikke vil få noen bedring av sine forhold. Slik politiske systemer fungerer er risikoen meget stor for at

det aldri blir noen fase 2, hvor sentralsykehusene blir tilgodesett. Nasjonal plan for nyfødttmedisin avdekker en betydelig ressursmangel både på region- og sentralsykehus. Sentralsykehusene risikerer derfor å bli tapere i utviklingen av norsk nyfødttmedisin.

Sentralsykehusenes nyfødtheter driver i dag en høykompetent virksomhet, som også inkluderer intensivbehandling av til dels sterkt prematurt fødte barn. Meget gode resultater av denne virksomheten er nylig dokumentert i fagpressen. I 1999 ble 820 nyfødte behandlet med respirator. 63% av disse ble behandlet ved regionsykehusene, som hadde 68% av respirator døgnene. Denne delen av intensiv nyfødttmedisin er således allerede i betydelig grad sentralisert til regionsykehusnivå.

Det er viktig at det pediatriske fagmiljøet nå påvirker Sosial- og helsedirektoratet, Helsedepartementet og Stortinget til å støtte opp om ekspertgruppens anbefalinger, slik disse kommer til uttrykk i Nasjonal plan for nyfødttmedisin. Spesielt er det viktig at det anbefales en betydelig opprusting av norske nyfødtheter, og at ressursene fordeles slik at både region- og sentralsykehus tilgodeses. Ekspertgruppens anbefalinger vil gi en rettferdig fordeling mellom regionene, og gi regionene internt en mulighet til å fordele ressursene på en god måte.

En prøvesten på solidaritet?

Nasjonal plan for nyfødttmedisin kan bli en prøvesten på solidariteten innenfor norsk pediatri og perinatalmedisin. I arbeidet med planen ga representantene fra sentralsykehusene støtte til regionsykehusenes krav om ressurser på alle plan (vaktssystemer, forskning etc.). Ønsker regionsykehusene nå å fremme sine egne interesser uten å støtte sine samarbeidspartnere ved norske sentralsykehus? Eller vil talende taushet støtte opp om Helsetilsynets sentralistiske korrektiv til ekspertgruppens anbefalinger?

Heldigvis ser det ikke slik ut. Avdelingsoverlegekollegiet i Helse Sør har sammen med to avdelinger i Helse Øst gjort felles front og støttet Nasjonal plan for nyfødttmedisin, samtidig som de har imøtegått Helsetilsynets synspunkter. Det samme har det regionale fagrådet for perinatalmedisin i Helse Sør gjort. Fra flere sentralsykehus ellers i landet er liknende henvendelser gjort til Sosial- og helsedirektoratet. Norsk Barnelegeforening har fått saken til uttalelse, og det samme gjelder Norsk Gynekologisk Forening og Norsk Perinatalmedisinsk Forening. Det er å håpe at disse organisasjonene også vil støtte Nasjonal plan for nyfødttmedisin. Hva som er skjedd bak kulissene i Helsetilsynet er ikke lett å vite, men det lukter ikke godt av denne saken.

ALF MEBERG

AVDELINGSOVERLEGE
TØNSBERG

Litteratur

1. Grenser for behandling av for tidlig fødte barn. Konsensus-konferanse, Norges forskningsråd. Oslo: 1998.

ENDRET ADRESSE?

MELD ADRESSEENDRING TIL
RAGNA STENDAL

BARNEAVDELINGEN, VEST-AGDER SENTRALSYKEHUS
4600 KRISTIANSAND

Hvor farlig er matvareallergi?

Med en kombinasjon av retrospektive og prospektive metoder har Mac-dougall og medarbeidere gjennomgått alle tilfeller av alvorlig matvareallergi i Storbritannia i aldersgruppen 0-15 år over en tiårsperiode (1990-2000). Studiepopulasjonen omfatter ca. 13 millioner individer, og blant disse ble det registrert 8 dødsfall relatert til matvareallergi, svarende til en insidens på 0.006 dødsfall pr. 100.000 barn. Alvorlige allergiske reaksjoner ble definert som sirkulatorisk/respiratorisk kollaps, behov for inotrop behandling/stor intravenøs væsketilførsel (>20 ml/kg), injeksjon med adrenalin og/eller mer enn én dose bronkodilatator. Etter disse kriteriene fant forfatterne 55 alvorlige reaksjoner mot matvareallergener, hvilket gir en insidens på 0.20/100.000. Melkeallergi var ansvarlig for halvparten av dødsfallene, mens peanøtt-allergi lå til grunn for 2 dødsfall og 10 alvorlige reaksjoner, hvilket indikerer at nøtteallergi er mindre farlig enn tidligere antatt. I denne studien var tidligere erkjent astma en risikofaktor for alvorlig allergisk reaksjon, mens derimot alvorlighetsgraden av tidligere akutte allergiske reaksjoner mot fødemidler hadde lav prediktiv verdi. (Macdougall CF, Cant AJ, Colver AF. *How dangerous is food allergy in childhood? The incidence of severe and fatal allergic reactions across the UK and Ireland.* Arch Dis Child 2002; 86: 236-9.)

Retningslinjer for behandling av Kawasaki's syndrom

Kawasaki's syndrom (mukokutan lymfeknutesyndrom) er den nest vanligste vaskulitten i barneårene (etter Henoch-Schönleins purpura), og er en differensialdiagnose til bakterielle og virale infeksjonssykdommer, maligne tilstander (spesielt lymfom) og reumatologiske sykdommer (bl.a. juvenil reumatoid artritt). Diagnosen forutsetter feber i minst 5 døgn samt tilstedeværelse av 4 av 5 tilleggskriterier (bilateral konjunktivitt, cervikal lymfadenopati, polymorft eksantem, rubor på tunge/leppe/munnhule, erytem og flassing i håndflater/fotsåler.) Kawasaki's syndrom er viktig å diagnostisere på et tidligst mulig tidspunkt, fordi behandling kan forebygge utvikling av koronararterieaneurismer. Basert på en gjennomgang av litteraturen anbefaler Brogan og medarbeidere en aggressiv terapeutisk tilnærming: høydose acetylsalisylsyre (30-50 mg/kg/døgn) kombinert med høydose immunglobuliner (2 g/kg som enkeltdose) hos alle som oppfyller de diagnostiske kriteriene, men også hos utvalgte pasienter med sk. "in-komplett" Kawasaki's syndrom (færre enn 4 tilleggskriterier), spesielt pasienter som er yngre enn 1 år. Dersom dette ikke bringer sykdommen i remisjon, anbefales høydose, pulset steroidebehandling, evt. gjentatte immunglobulininfusjoner. Grundig kardiologisk undersøkelse med Ekko-Doppler og EKG er nødvendig hos alle pasienter ved diagnosetidspunktet, samt etter 2 og 6 uker. Pasienter med påvist koronararterieaneurisme eller -stenose krever langvarig tromboseprofylakse, skal følges med hyppige kontroller, og skal henvises til videre utredning med arbeidsbelastning og evt. invasiv kartlegging, men det anbefales at også pasienter uten påvist koronar-

arteriepatologi følges med årlige kontroller etter avsluttet behandling. (Brogan PA et al. *Kawasaki disease: an evidence based approach to diagnosis, treatment, and proposals for future research.* Arch Dis Child 2002; 86: 286-90.)

Hvilken betydning har fosterets jernstatus for normal neurologisk utvikling?

I februarnummeret av Journal of Paediatrics publiserer Tamura og medarbeidere data som indikerer en sammenheng mellom fosterets jernstatus (definert som ferritinkonsentrasjon i navlestrengsblod) og utvikling av motoriske og mentale funksjoner (målt med ulike psykomotoriske tester i 5-års alderen). I et materiale på 278 barn fant forfatterne en signifikant sammenheng mellom ferritinkonsentrasjon i laveste kvartil og lav skåre på tester for bl.a. finmotorikk og språkfunksjon. Som et overraskende bifunn fant man også en grensesignifikant sammenheng mellom høy ferritinkonsentrasjon og lav skåre på tester for intelligenskvotient (IQ). (Tamura T et al. *Cord serum ferritin concentrations and mental and psychomotor development of children at five years of age.* J Pediatr 2002; 140: 165-70.)

Prediktorer for behandlingstrengende hyperbilirubinemi ved AB0-uforlikelighet

På grunn av stadig kortere liggetid på barselavdelinger øker behovet for å kunne fange opp utvikling av behandlingstrengende hyperbilirubinemi på et tidligst mulig tidspunkt. Sarici og medarbeidere har undersøkt 136 friske barn, født til

termin, der det foreligger uforlikelighet mellom mor og barn i ABO-systemet. 29 barn (21%) utviklet behandlingstrende hyperbilirubinemi, av disse hadde 6 alvorlig hemolytisk sykdom. Forfatterne fremhever bilirubinkonsentrasjon målt 6 timer etter fødsel som den beste predikoren på senere utvikling av behandlingstrende hyperbilirubinemi: en konsentrasjon over 4 mg/dl (68 mmol/L) hadde en negativ prediktiv verdi på 95% (altså svært få falske negative resultater) og en positiv prediktiv verdi på 40% (hvilket forårsaker i følge forfatterne en akseptabel mengde falsk positive resultater). En konsentrasjon over 6 mg/dl (102 mmol/L) postnatalt predikerte alvorlig hemolytisk sykdom med 100% sensitivitet. (*Sarici SU et al. An early (sixth-hour) serum bilirubin measurement is useful in predicting the development of significant hyperbilirubinemia and severe ABO hemolytic disease in a selective high-risk population of newborns with ABO incompatibility. Pediatrics 2002; 109: e53.*)

Rask peroral rehydrering er effektiv gastroenterittbehandling

Kan rask peroral eller rask intravenøs væsketilførsel gitt poliklinisk erstatte innleggelse og tradisjonell væsketerapi ved ukomplisert gastroenteritt og moderat dehydrering? Nager og Wang undersøkte 96 pasienter i alderen 3 måneder til 3 år med gastroenterittsymptomer (oppkast og/eller diarre) og moderat dehydrering. Pasientene ble randomisert til behandling med enten standard oral rehydreringsvæske via nasogastrisk sonde eller fysiologisk saltvann via venflon. I begge tilfeller ble det gitt et totalvolum på 50 ml/kg, fordelt over 3 timer. Deretter ble pasientene satt på peroral vedlikeholdsbehandling og utskrevet.

Veiing, orienterende blodprøver (elektrolytter, kreatining, urea, glukose) og urinundersøkelser (spesifikk vekt, ketoner) ble utført før og etter behandling, og dagen etter ble fortsatt tilstedeværelse av symptomer kartlagt via et strukturert telefonintervju med en av foreldrene. Det var ingen signifikant forskjell i vektøkning og heller ingen klinisk signifikant forskjell i blod- og urinanalysene mellom de to gruppene. Klinisk-kjemiske analyser fikk heller ingen konsekvenser for behandlingsopplegget. Begge behandlingformene ble godt tolerert. 8 av de peroralt behandlede pasientene returnerte dagen etter for ny vurdering; ingen ble innlagt, men til 3 ble det gitt kortvarig intravenøs behandling pga. vedvarende brekninger. 7 av de intravenøst behandlede pasientene returnerte for ny vurdering; hos ingen av disse ble det funnet indikasjon for ytterligere væskebehandling utover alminnelig peroralt vedlikehold. Forfatterne konkluderer med rask peroral væsketilførsel er et godt alternativ til rask intravenøs væsketilførsel ved moderat dehydrering pga. gastroenteritt, og begge behandlingformer kan benyttes som alternativ til innleggelse og mer langvarig væsketerapi. Blod- og urinanalyser synes ikke å være rutinemessig indisert. (*Nager AL, Wang VJ. Comparison of nasogastric and intravenous methods of rehydration in pediatric patients with acute dehydration. Pediatrics 2002; 109: 566-72.*)

VEGARD BRUUN WYLLER

REDAKTØR

Medieskapt angst

Koderegistrering av medieskapt angst og bekymring hos pasienter.

Som privatpraktiserende spesialist i pediatri registrerer jeg at helseinformasjon gitt gjennom riksdekkende media omkring nye problemstillinger ofte er kilde til angst og bekymring for foreldrene. Det dreier seg altså ikke om den naturlige angst og bekymring som foreldrene opplever når barnet deres oppfattes som sykt, men der et eller annet medieoppslag forårsaker bekymring hos foreldre til friske barn. Det siste eksempelet er det velkjente programmet "Rikets tilstand" på TV2, som tok for seg MMR-vaksinering som "årsak" til autisme. En forsikring fra Folkehelsen om samme problemstilling i MSIS-rapporten uke 44 vekket derimot ikke medias oppmerksomhet. Foreldre vil naturlig nok ikke påføre sine barn autisme, og et slikt TV-program utløser derfor akutt angst hos foreldre til barn i alder 0-2 år, enten barna skal vaksineres eller er vaksinert allerede. Vi snakker altså om 150 000 barn og 300 000 foreldre.

Etter TV-reportasjen opplever jeg at foreldre med barn som er henvist med helt andre problemstillinger, gjør spørsmål om MMR-vaksinen til et hovedtema under konsultasjonen. Dette forlenger konsultasjonen med minst 30 minutter. Foreldre med angst har krav på å få svar på en seriøs måte; - det er i strid med god

legekunst å avvise spørsmålet med at "dette er ikke mitt bord, snakk med helsesøster".

Jeg antar at mange leger som konsulteres av foreldre med små barn konfronteres med disse bekymringene. Jeg vil også tro at begrepet "medieskapt angst" er velkjent hos pasienter i andre alderskategorier, og som sådan belaster helsetjenesten utenfor sykehus. Fenomenet representerer trolig tusenvis av legetimer. Det er derfor en ikke ubetydelig resurs som går med til å rydde opp etter sensasjonspregede og ubalanserte mediaoppslag omkring helsestoff.

Jeg savner én diagnosekode jeg kan anvende når jeg må bruke tid på disse problemene. Som spesialist er jeg pålagt å bruke ICD-10; her vil diagnosen passe i kapittel Z. Et tilsvarende kapittel finnes formodentlig i ICPC, som benyttes av allmennlegene. Det må være viktig å dokumentere omfanget av disse problemene. En felles diagnose - som blir velkjent blant alle som er pålagt å kode diagnoser og problemer - burde med enkelhet kunne hentes fra Rikstrykdeverket, som registrerer alle kodene. I og med at dette dreier seg om helseressurser, vil det politiske miljøet måtte interessere seg, og media må tåle en debatt om de uønskede virkningene som inntreffer i kjølvannet av en del oppslag.

TORGEIR HAUGEN

PRAKTISERENDE SPESIALIST
NOTODDEN

MMR-vaksinen og media - kan vi nå frem?

Som pediatere kan man ikke ha sunngått å bli konfrontert med konsekvensene av den famøse forestillingen i "Rikets tilstand" på slutten av fjoråret. Hypotesen om en årsakssammenheng mellom MMR-vaksinen og utvikling av autisme er grundig avkreftet. Likevel blir dette trukket frem i et program der kritisk og pågående journalistikk er stikkordene, og der publikum ble sittende igjen med inntrykk dels av at denne vaksinen er farlig, og dels av at det er farlig å gi de tre komponentene i én injeksjon. Resultatet har vært en betydelig reduksjon i vaksinasjonsdekningen. NBF forsøkte tidlig å korrigere reportasjen med pressemelding, direkte kontakt med aktuelle nyhetsmedia og bruk av pressekontakter. Eneste napp var et større oppslag i Aftenposten.

I samarbeid med Helsetilsynet endte en felles kamp opp med et brev til Helseministeren primo januar, der vi dels ba om at status ble kartlagt med hensyn til vaksinasjonsdekning, og dels at det ble satt i gang tiltak dersom situasjonen var så ille som vi hadde grunn til å tro. Dette førte så til et innslag i Dagsrevyen der saken fikk en for oss riktig vinkling.

Tankekorset er hvilken enorm gjennomslagskraft en definitivt feilaktig påstand kan ha, dersom den presenteres i en populistisk, pseudovitenskapelig (bruk av figurer) og antifagautoritær innpakning. Dette går ut over barns helse, og legger beslag på store lege- og helsestasjonsressurser. NBF vil forfølge saken, og vil også oppfordre medlemmer rundt i landet til å ta kontakt med aviser og lokal-TV for å sette fart i snuoperasjonen: MMR-vaksinen er viktig.

HANS-JACOB BANGSTAD

LEDER NORSK BARNELEGEFORENING
OSLO

ESPR

Tom Stiris, som til daglig arbeider ved nyfødtsseksjonen, Ullevål universitetssykehus, er nylig valgt til generalsekretær i ESPR. I dette innlegget redegjør han for ESPR's arbeidsoppgaver og fremtidsvisjoner.

ESPR står for European Society for Pediatric Research. Det er en søsterorganisasjon til den amerikanske SPR (Society for Pediatric Research), og Pediatric Research er organisasjonens tidsskrift. Målsetningen er å fremme pediatrik forskning, og spesielt å stimulere unge til å interessere seg i vitenskapelig arbeid innen pediatri. Dette er viktig med tanke på fremtidens pediatri og dens utvikling.

ESPR organiserer én kongress årlig der sentrale forskningsresultater blir fremlagt. Det er viktig at norsk pediatri blir mer aktiv og at flere barneavdelinger deltar, spesielt er det av betydning at de norske barneavdelingene stimulerer sine assistentleger til å delta, samt gir støtte til en slik deltagelse. Møtene blir holdt i september, og man ønsker flest mulig unge deltagere. ESPR gir reisestøtte til unge, dessuten deles det ut "Young Investigator Rewards". Det finnes også et utvekslingsprogram for unge forskere/leger

ESPR har også fått en viktig rolle i arbeidet med å utforme utdanning og utdannessenter i neonatologi. ESN (Europeans Society for Neonatology) - som er en del av ESPR - er utpekt av CESP (EU's organisasjon for pediatrike subspecialiteter) til å ha ansvar for neonatologisk utdanning i Europa.

CESP's målsetning er å harmonisere den pediatrike utdanning og subspecialisering i EU. Som et resultat av ESN's rolle blir det i forbindelse med ESPR-kongressene arrangert kurs i neonatologi, med vekt på kliniske problemstillinger. De temaene som kursene omhandler vil også bli vitenskapelig belyst i det ordinære kongressprogrammet. Man er i gang med å utarbeide en kursserie, og allerede ved årets kongress (Uterecht, sept 2002), vil det bli gitt et slikt tilbud.

Det er selvfølgelig en ære for norsk pediatri og ha vervet som generalsekretær i ESPR. Mitt ønske er at Norge i fremtiden spiller en mer aktiv rolle i ESPR-sammenheng, men dette er avhengig av at avdelingsledelsen ved norske barneavdelingene stimulerer yngre leger til å reise på organisasjonens kongresser. Vi arbeider for at ESPR skal være en aktiv organisasjon, og støtter ESN i arbeidet med å samle Europas neonatologer.

TOM STIRIS

GENERALSEKRETÆR I ESPR
OSLO

Veileder akutt pediatri: status våren 2002

Veileder akutt pediatri er blitt en stor suksess, takket være stor innsats fra mange kollegaer i tidsrommet 1995-98. Første opplag ble fort borte, nytt opplag er trykket, og den nye utgaven er også tilgjengelig på Lægeforeningens hjemmesider. Gjennom spørreundersøkelser har vi inntrykk av at Veilederen er et fast inventar i lommer, på kontorer og avdelinger, i mottak osv. over det ganske land, og at den er i jevnlig bruk av mange. Den er også etterspurt av kolleger utenlands.

Kvalitetsutvalget som var ansvarlig for Veilederen, tok mål av seg til å initiere revisjon etter to års bruk. Spørreskjema ble sendt ut i år 2000, og mange avdelinger og kolleger har kommet med konstruktive tilbakemeldinger. For ett år siden ble derfor alle kapittelansvarlige redaktører kontaktet, med spørsmål om de sammen med førsteforfatterne kunne se på hvilke revisjoner og oppdateringer som var nødvendige. Siden hørte Kvalitetsutvalget lite, og ingen revisjoner ble mottatt. Lægeforeningen har spurt flere ganger hvordan det går med revisjonen, det samme har enkelte kolleger. Vi tillot oss derfor å sende ut en ny forespørsel nylig for å høre hva som skjer.

Hva gjør vi nå? Har de som er forespurt interesse og muligheter for å påta seg revisjonsoppgaven? Utvalget håper det, og tror at den forente innsats som vi opplevde i prosessen med den første utformingen av Veilederen vil komme frem også nå. Noen har da også gitt tilbakemelding om at de påtar seg oppgaven. Alternativet er at Kvalitetsutvalget sammen med styret i NBF finner frem til nye kolleger som kan ivareta revisjons- og oppdateringsarbeidet. Vi håper vi slipper det.

Alle redaktører og førsteforfattere av kapitler i veilederen oppfordres derfor til å vurdere innkomne kommentarer og fremme forslag til revisjon der det er nødvendig. Veilederen er vårt alles produkt; - la oss gjøre den enda bedre. Er det andre som har kommentarer eller synspunkter omkring denne saken, vennligst ta kontakt med undertegnede.

FINN WESENBERG

LEDER, KVALITETSUTVALGET I NBF
BARNEKLINIKKEN, 0027 RIKSHOSPITALET
FINN.WESENBERG@RIKSHOSPITALET.NO

Lederens spalte

Hvilke forventninger har medlemmene til styret i NBF? En uoffisiell "meningsmåling" resulterte i stikkord som: offensiv både i helsepolitiske og mer faglig pregede saker, synlig i media, fremtidsrettet og samlende i en tid med tendens til spesialisering og fragmentering. Etter min mening har styret en sammensetning som skulle gjøre det mulig å innfri mange av disse forretningene. Samtidig er alle klar over at mye av det arbeidet som er av størst betydning for oss pediater, gjøres av medlemmer utenfor styret. Et eksempel er den nasjonale planen for nyfødtdiagnostikk. En gruppe barneleger (og sykepleiere) har her utført et meget grundig arbeid. Hva sluttresultatet blir er per i dag usikkert, og meget spennende. Dette nevnes likevel som et eksempel på en prosess hvor NBF's rolle er å følge opp saken vis à vis de bevilgende myndigheter. Mye aktivitet foregår også innen subgruppene, mer eller mindre uavhengig av selve foreningen. Summert innebærer dette at styret i NBF ikke har en urealistisk oppfatning av hvor stort bidrag vi kan yte i det kontinuerlige arbeidet med å bedre barns helse, men vi har et sterkt ønske om å påvirke utviklingen.

For styret er det en overordnet målsetning at barnet ikke blir et offer for den tiltagende trang til faglig spesialisering. Vi vil selvsagt arbeide for at de ulike fagfelt har representanter med kompetanse på internasjonalt nivå. Samtidig er vi et så lite land at de aller fleste barneleger må beherske den grunnleggende pediatrien. Mange steder vil leger i praksis måtte dekke et eller flere fagfelt. Utfordringen for foreningen er å leve med denne dobbeltheten. Kompromisser må ikke bli et mål i seg

selv, og våre arenaer (vår møter, pediaterdager, pedweb, www.barneavdelingen.com og Paidos) må brukes til å forme den løpende utviklingen innen faget.

I vår medietid ønsker vi å synliggjøre foreningen når kontroversielle saker kommer opp. Et eksempel på dette er den påståtte sammenhengen mellom autisme og MMR-vaksinen, og alt som har fulgt etter det famøse TV-innslaget før jul. I denne saken har vi hatt et godt samarbeid både med Helsetilsynet, Folkehelsen og til dels også media, som ikke alltid deler vår oppfatning av hva som er en nyhet!

Ungdomsmedisin er igjen blitt et aktuelt tema. Legeforeningen har gått i dialog med Allmennpraktiserende legers forening (Aplf), Barne- og ungdomspsykiatrisk forening og vår egen forening for å utarbeide en handlingsplan for ungdomsmedisin. Det er en åpenbar aksept for at vi som barneleger også skal ta oss av ungdommer, men det er svært viktig at vi henger med når oppgaver og ressurser skal fordeles!

På internettområdet har de fleste fått øynene opp for at mange avdelinger nå finnes på www.barneavdelingen.com. Presentasjon av de ulike avdelingene, samt behandlingsprosedyrer og metodebøker er tilgjengelige. Styret har støttet dette arbeidet og ønsker fortsatt å prioritere utviklingen, i første omgang ved at det satses på stoff med interesse for barneleger. Etter hvert vil man kanskje også henvende seg til annet helsepersonell, helsepolitikere og publikum.

Nordisk pediatrik forenings fremtid er usikker. Etter at man besluttet å nedlegge de regelmessige nordiske pediatrikongressene, har

denne foreningen gått inn i en ransakelsestid. Har den noen funksjon? Det som samler de nordiske landene i dag, er utdanningsspørsmålet. Det trykkes på fra EU med ønske om en harmonisering, og som et ledd i dette settes det opp klare tidsrammer og kriterier for en gradert spesialistutdanning. Det skisserte mønsteret er bare delvis egnet for de nordiske landene, og NBF vil følge og aktivt forsøke å påvirke denne prosessen. Hvorvidt dette i seg selv er en tilstrekkelig oppgave for den nordiske foreningen, gjenstår å se. De momentene som er nevnt over, skulle indikere at arbeidet i NBF ikke er kjedelig!

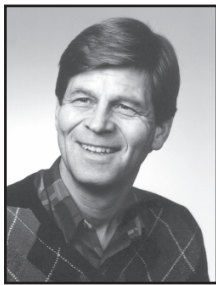
HANS-JACOB BANGSTAD

LEDER NORSK BARNELEGEFORENING

Styret i Norsk Barnelegeforening

HANS-JACOB BANGSTAD, LEDER

Stilling/bakgrunn: Seksjonsoverlege ved nefrologiseksjonen, barne-medisinsk avdeling, Ullevål sykehus. Interessecfelt: diabetes og nefrologi, forskning knyttet til diabetisk nefropati. Studier ved Senter for Helse-administrasjon, Universitetet i Oslo.



Visjoner for arbeidet i NBF: Blant mange viktige felt nevnes IT-satsing, spesialistutdannelsen og "subspesialist"-diskusjonen i lys av det som skjer i resten av Norden og EU.

JØRGEN HURUM, NESTLEDER

Stilling/bakgrunn: Seksjonsoverlege og fagenhetsleder, kvinne/barn-avdelingen, Lillehammer. To decenniers pediatrik fartstid ved 4 norske barneavdelinger. Tidligere styremedlem; - etablerte NBF-nytt og startet "Neonatalprogrammet" sammen med nestoren Per Finne.

Visjoner for arbeidet i NBF: Føler ansvar for å delta i drift og utvikling av NBF de nærmeste årene. Mulighet for store langsiktige gevinster gjennom god organisering og godt daglig klinisk arbeid. Økende erkjennelse av at vestlig velstandsmedisin begynner å få et globalt faglig medansvar.



RAGNA STENDAL, SEKRETÆR

Stilling/bakgrunn: Overlege ved barneavdelingen i Kristiansand fra 1991. Tidligere arbeidserfaring fra allmennpraksis, som helsestasjons- og skolelege, og som kommunelege



Visjoner for arbeidet i NBF: Foreningen bør bidra til å styrke barnelegenes rolle som helsepolitiske aktører og faglige rådgivere i saker som angår barn og helse.

OLE-JØRGEN MOE, KASSERER

Stilling/bakgrunn: Ansatt ved Ringelike sykehus fra 1979, de siste tre årene som seksjonsoverlege sykehusets barneseksjon. Andre periode som styremedlem i NBF.



Visjoner for arbeidet i NBF: Styrets representant for barneleger på mindre sykehus (uten barneavdeling). Denne gruppen barneleger begynner å bli relativt stor, og det bør være en utfordring for NBF trekke disse mer inn i sitt arbeide.

CHRISTINE VAKSDAL NILSEN, MØTESEKRETÆR

Stilling/bakgrunn: Assistentlege ved barneavdelingen i Ålesund. Begynte her i juli 2001, umiddelbart etter turnus; før det student i Bergen.



Visjoner for arbeidet i NBF: Styrevervet gir mulighet til å bli bedre kjent med det pediatrike miljøet og til å kunne være med på å påvirke utviklingen av faget.

HANS PETTER FUNDINGSRUD, STYREMEDLEM

Stilling/bakgrunn: Avd.leder/avdelingsoverlege ved barneavdelingen i Tromsø. Videreutdanning i familierterapi. MEDLED 1992. Avd. overlege Hammerfest fra 1991-2001. Interessecfelt: nyfødmedisin, psykosomatikk, kardiologi, ledelse- og organisasjonsutvikling.



VEGARD B. WYLLER, REDAKTØR

Stilling/bakgrunn: Assistentlege ved Barneklubben, Rikshospitalet. Student i Oslo, turnus i Fredrikstad. Interessecfelt: kardiologi/sirkulasjonsfysiologi, medisinsk utdannelse.

Visjoner for arbeidet i NBF: Stimulere til meningsutveksling og fagformidling mellom norske pediatere.



Norsk Barnelegeforenings vårmøte 2002

SKJÆRGÅRDEN HOTELL I LANGESUND, TORSDAG 30. MAI TIL LØRDAG 1. JUNI

Program

Torsdag 30 mai

11.30 - 12.30: Registrering
12.30 - 13.30: Lunsj
13.30 - 13.45: Velkommen
13.45 - 14.25: Insulinbehandling anno 2002
- alle barn til pumpene?
Avd. overlege Kristin Hodnekvam, Barneavdelingen i Skien
14.25 - 15.00 : Forebygging av meningokokksykdom.
Meningokokkprosjektet i Telemark.
Professor dr med Bjørn Erik Kristiansen, Telelab, Skien.
15.00 - 16.00: Subgruppemøter
16.00 - 16.30: Kaffe / kaker/utstillere
16.30 - 17.15: Barnarbeid - plikt eller privilegium?
Førsteamanuensis Ellen Schrumpf, Høgskolen i Bø.

18.30: Bussavgang til Brekkeparken i Skien
Turen går gjennom Grenlands industriområder til Telemark folkemuseum.
Guiding underveis.
20.00: Ankomst Brekkeparken
Spekemat og godt drikke under graskledte tak.
Underholdning ved Knut Buen og Anne Gravir.
22.30: Bussavgang fra Brekkeparken.

Fredag 31mai

09.00 - 09.15: Genetisk familiedrama med løsning etter 30 år.
Overlege Jon Steen-Johnsen, Barneavdelingen i Skien
09.15 - 09.45: Genetisk diagnostikk - nye muligheter ved nye molekylærgenetiske metoder.
Professor dr med Karen-Helene Ørstavik, Rikshospitalet.
09.45-10.15 : Imprinting og uniparental disomi : eksempler på avvik fra Mendelsk arvegang.
Professor dr med Karen-Helene Ørstavik, Rikshospitalet
10.15 - 10.45: Pause / utstillere
10.45 - 11.00 : Funny Looking Kid - nytter det å lete etter diagnosen?
Overlege Bjørn Schou-Henrichsen, Barnavdelingen i Skien.
11.00 - 11.30: Cytogenetisk diagnostikk - muligheter og begrensninger ved FISH, subtelomerprober og molekylærgenetiske metoder.
Seksjonsleder Inger-Lise Hansteen, genetisk seksjon, Sentralsjukehuset i Telemark.
11.30 - 12.00: Farlig å være gravid i Grenland og Mo i Rana ?
Overlege dr med Halfrid Waage, Yrkesmedisinsk avd., Sentralsjukehuset i Telemark
12.00 - 12.15: Pause
12.15 - 13.00: Frie foredrag 3 x 15 min
13.00 - 14.00: Lunsj
14.15 - 15.00: Frie foredrag 3 x 15 min

15.00 - 15.15: Pause
15.15 - 15.25: Uroterapi ved en barneavdeling.
Overlege Jon Steen-Johnsen, Skien
15.25 - 15.40: Forekomst av enurese blant 7-åringer i Skien
Ass. lege Petra Aden, Barneavd. i Skien
15.40 - 16.10: Nattenurese - praktisk takling
Professor dr med Kelm Hjelmås, Göteborg
16.10- 16.40: Bladder Development and Dysfunction
Professor dr med Kelm Hjelmås
16.40 - 17.00: Kaffe/frukt/utstillere
17.00 - 17.30: General Principles of Perinatal Urology
Perinatal urolog Jeeta Dhillon, Great Ormond Street Hospital for Sick Children
17.30 - 18.00: The Postnatal Management of Prenatally Diagnosed Urinary Tract Abnormalities
Perinatal urolog Jeeta Dhillon
18.00 - 18.15: Spørsmål - diskusjon

20.00: Festmiddag
Siljazz spiller til dans

Lørdag 01 06 01

09.30 - 10.15: Borreliainfeksjoner: epidemiologi, diagnostikk og sjukdomspanorama.
Avd. overlege Yngvar Tveten, Telelab, Skien.
10.15 - 11.15 : Frie foredrag 4 x 15 min
11.15 - 11.30 : Pause
11.30 - 12.30 : Årsmøte
13.00: Avslutning
Lunsj

JEG VIL DELTA PÅ VÅRMØTET I NORSK BARNELEGEFORENING!

Navn _____

Arbeidssted _____

Adresse _____

Telefon _____ Fax _____ E-post _____

Sendes til Anne Fure, P/O-avd., Sykehuset Telemark HF, Ulefossveien, 3710 Skien.
Fax nr.: 35 00 37 92.