



PAIDOS

TIDSSKRIFT FOR NORSK BARNELEGEFORENING

MARS 2004

ÅRGANG 22

SIDE 21-40



PAIDOS

TIDSSKRIFT FOR NORSK BARNELEGEFORENING

MARS 2004 ÅRGANG 22 SIDE 21-40

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

Redaksjonskomité

Karianne Wiger
Elisabeth Siebke
Per H. Finne
Nils Thomas Songstad
Knut Øymar

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

ISSN: 0804-1687

© 2002 Norsk Barnelegeforening

Det er mye å gremme seg over i norsk helsevesen. Blant mine egne, yndede temaer er: DRG, virksomhetsplaner, rasjonaliseringstiltak, kvalitetssikring, kostnadseffektivitet og konsulenttjenester – for ikke å snakke om fallskjermer. I dagens Aftenposten (3/3) slår helseforetaksengasjerte kolleger fast at ”produktiviteten steg med 4 prosent fra 2001 til 2002” – jeg er åpenbart ansatt i en produksjonsbedrift. Fra min arbeidsgiver (for ikke å si konsernledelse) er jeg blitt gjort oppmerksom på viktigheten av å profilere Rikshospitalet som en merkevare - forventes det at vi skal kapre kunder fra Nokia eller Coca Cola? Det gjelder å gjøre oss konkurransedyktige, må vite, og jeg venter i spenning på neste forslag. Hva med outsourcing? Hvorfor produsere dyr helse i grisgrendte strøk når arbeidskraften er billigere i India?

Enkelte kolleger later til tro at dette vannviddet kan bekjempes ved frustrerte lunsjdiskusjoner. Dét er dessverre en misforståelse. Tvert imot må vi slutte å utgyte oss over misèren, og i stedet gjenerobre *faget* – på våre premisser. Vår- og høstmøtet er viktige arenaer for dette; likeledes burde vi dyrke og styrke en kontinuerlig fagdebatt i Paidos og på foreningens nettsider.

Det kan også hjelpe å minne hverandre om vårt – tross alt – usedvanlig privilegerte arbeid. Nedenstående dikt av André Bjerke er kjent av mange, men likevel en god trøst, når helsebyråkratiet kan fortone seg menneskefiendtlig og fremmedgjørende.

”Det største mysterium er ikke mer enn dét: at en ørliten kropp er våknet til jorden. Den nyfødte ser. To luker i himlen går opp.

Selv fem-trinns-raketter og kjernefysikk blir puslingers puslespill når det nyfødte barn med et eneste blikk beviser at Gud er til.”

VEGARD BRUUN WYLLER

REDAKTØR

INNHOOLD

- | | |
|---|--|
| <p>23 Små vers om ville vekster
STEIN E. HØYER</p> <p>23 God lærebok om fedme
NILS THOMAS SONGSTAD</p> <p>24 Barneavdelingen i Levanger
GUNNAR HELLAND</p> <p>25 Bedret tilbud til våte trønderbarn
TUIJALEENA HELLAND-HANSEN</p> <p>26 En noe uvanlig hverdagshistorie
BJØRN MYKLEBUST</p> <p>28 Kronisk utmattelse hos barn - en alvorlig, men ikke håpløs tilstand
VEGARD BRUUN WYLLER
HELENE GJONE</p> <p>30 Veiledning for bidragsytere</p> | <p>31 Første utskiftingstransfusjon på nyfødte
ANNE BETH MOSLET</p> <p>32 Obligatoriske kurs i spesialistutdannelsen
JAN HOLT</p> <p>34 Norsk Barnelegeforenings vårmøte i Tønsberg
ALF MEBERG
JØRGEN HURUM</p> <p>35 Barnesenteret i Tønsberg
BJØRN H. HALVORSEN</p> <p>37 Vårmøtet 2004 - program</p> <p>40 Lederens spalte
JØRGEN HURUM</p> |
|---|--|

BOKANMELDELSER

Små vers om ville vekster

Vers på vidvanke. Fra en barneleges opptegnelser
Oddmund Søvik
Kolofon AS 2003, 53 s.
ISBN 82-300-0046-8

Oddmund Søvik er pediater og professor emeritus med en lang tjeneste i Norge og i utlandet. Han har dokumentert et bredt engasjement i store og små begivenheter både globalt og her hjemme (se for eksempel "Til forsvar for fortauet og andre menneskerettigheter", Alma Mater forlag AS, 1993).

I denne lille boken har han nedfelt noen av sine inntrykk gjennom mange år i en samling små vers, som gir glimt av barns opplevelser og situasjon her på kloden. Versene kan virke upretensiøse, men gir rom for både gjenkjennelse, humor og harme over urett overfor barn. Her er barnets tillitsfulle forventning og spørsmål om verden som skal oppdages, de voksnes glede men også angst og uforstand når det gjelder barn, smerten ved frigjøringen i puberteten, barnet som brikke og offer i krig og fattigdom, så vel som i nærmiljøets truende trafikk og skjeve familier.

En smakebit er det underfundige diktet "De slutter å tegne: Har du døtre?/Da vet du/at plutselig en dag/ slutter de å kaste seg rundt/halsen på deg/når du kommer hjem/Omtrent samtidig/slutter de å tegne/Forunderlig det der"

Hva er vel mer vemodig enn som bestefar å bli minnet om livets gang på denne måten? Takk skal du ha Oddmund, for denne lille boken!

STEIN E. HØYER

God lærebok om fedme

Child and Adolescent Obesity: Causes and Consequences, Prevention and Management
Walter Burniat, Tim J. Cole, Inge Lissau og Elizabeth M.E. Poskitt (red)
Cambridge University Press, 2002, 416 s.
ISBN 0-521-65237-5

Forekomsten av overvekt er raskt økende i den industrialiserte verden. Konsekvensene i form av blant annet kardiovaskulære og metabolske sykdommer og artrose øker tilsvarende, og gir en betydelig sykkelighet i befolkningen. Barnelegen er per i dag dårlig utstyrt for å hjelpe overvektige barn og unge, og savner ofte å kunne bidra med noe mer enn en organisk utredning. Forfatterne av denne boken ønsker å gi en helhetlig beskrivelse av hele feltet og derigjennom diskutere tilnæringsmåter til forebygging og behandling.

Boken er delt inn i tre hoveddeler: årsaker, konsekvenser, samt forebygging og behandling. Hver del er inndelt i kapitler der feltet blir systematisk gjennomgått. De fleste kapitlene avsluttes med en oppsummering og en fylldig referanseliste. At de fleste forfatterne er fra Europa gjør boka relevant for norske barneleger.

Del én tar for seg årsakene til overvekt hos barn og unge. Definisjoner, epidemiologi og biologi blir grundig gjennomgått. Del to omhandler konsekvenser. I tillegg til å gå gjennom de helsemessige konsekvensene av overvekt, legger forfatteren stor vekt på å beskrive det overvektige barnet som et menneske, med spesiell vekt på den stigmatisering som barn og unge blir utsatt for fra både voksne og andre barn. Psykologiske undersøkelser viser at barn og unge oppfatter sine overvektige jevnaldrende som mindre intelligente, late og ensomme. Hos barn og unge er nettopp psykososiale

problemer viktigst, mens somatiske komplikasjoner ofte først oppstår hos den voksne overvektige. Kanskje er de psykologiske og sosiale langtidsvirkningene av overvekt like viktig som de somatiske?

Behandlingsdelen preges av at en mangler god dokumentasjon på både diettbehandling, treningsprogram og psykoterapeutiske behandlingsopplegg og at resultatene ofte er dårlige. Likevel er denne delen kanskje den mest nyttige for klinikerne. Mangelen på evidensbasert kunnskap kompenseres med at noen av de mest erfarne klinikerne i feltet gir råd ut fra sin erfaring. Spesielt kapitlet om psykoterapi, skrevet av svenske Carl-Erik Flodmark og danske Inge Lissau, gir praktiske råd som er nyttige å ta med seg inn i klinikken for norske barneleger. Den som ønsker en grundigere innføring i psykoterapeutisk tilnærming henvises til litteraturlista.

Midt hovedankepunkt mot boka er at dietter basert på lavt karbohydrat innhold og bruk av glykemisk index nærmest ikke er nevnt. Dette er riktignok behandlingsmetoder som så langt er dårlig vitenskaplig underbygd hos barn, men dette gjelder jo også mye av den behandlingen som blir omtalt. I dag må barnelegen regne med å bli spurt om "Fedon-diett" eller "Atkins-kur" kan være aktuelt for det overvektige barnet.

Boka kan leses fra perm til perm. En ryddig oppbygning og de avsluttende oppsummeringene i hvert kapittel gjør at en enkelt kan hoppe over noen deler ute å miste tråden. Den oversiktlige innholdsfortegnelsen og stikkordsregisteret gjør at boka også kan brukes som oppslagsverk. Boka anbefales som enn innføring i temaet, og burde være tilgjengelig på barneavdelinger som behandler barn og unge med overvekt.

NILS THOMAS SONGSTAD

BARNE- OG UNGDOMSKLINIKKEN
UNIVERSITETSSYKEHUSET I NORD-NORGE

Barneavdelingen i Levanger

Barneavdelingen i Haugesund, som presenterte seg i forrige nummer av Paidos, sendte stafettpinnen nordover, til Levanger. Her får vi blant annet en orientering om satsningen på urologiske problemer hos barn, samt gjennomgang av en virkelig diagnostisk nøtt.

Etter flere år med barnelege tilknyttet medisinsk avdeling ble egen avdeling opprettet i 1970. Jens Steen og Ragna Schnitler var de første legene, men i 1973 kom to utsendte/utkommanderte reserveleger fra Haukeland. En av disse, Sigurd Børsting, har drevet avdelingen godt gjennom til dels tynt bemannede perioder, særlig på 1980-tallet. Han trapper nå gradvis ned i sitt 70. år. Legebemanningen er annerledes nå, men fortsatt undres vi over småbyvegringen fra kolleger i sentrale strøk. Vi har store faglige utfordringer i forhold til vanlige (og ganske mange sjeldne) barnesykdommer, samtidig som nærhet gir store muligheter for samarbeid både innad og overfor andre avdelinger.

Noen eksempler på samarbeidsformer: Ukentlig arbeidslunsj med BUP gjennom snart 20 år - her ble det faglige grunnlaget for Barne- og Familieklinikken lagt. I tillegg inngår

habiliteringstjenesten for barn (tidligere underlagt barneavdelingen, men vellykket skilsmisse 1993 – vi har en slags delt omsorg for barna) og gyn-/fødeavdeling. Sykepleierne trekkes stadig mer inn, og gjør utmerket arbeid i forhold til kronisk syke/funksjonshemmede barn. Vi har hatt og har større fellesprosjekter innen astma/allergi, urologi (se egen presentasjon), endokrinologi og cystisk fibrose-omsorg. Epilepsiomsorg er under utvikling både på lege- og pleiersiden; vi har fast kontakt med SSE (bl.a. årlig besøk av gode kolleger), og håper å få til mer langtidsregistrering/overvåking og fortløpende vurderinger i eget hus.

Foretaksomheten har også rammet Levanger, prosessen ”to til én” fører til at nabosykehuset Namsos (12 mil unna) inngår i den større enheten. Generelt er det mye uro omkring fordelinger og innsparinger. Barnepoliklinikken i Namsos (nå med

to barneleger) er nylig lagt inn under barneavdelingen, uten at det kan få de store konsekvensene - vi samarbeider nært, og betjener Namsos herfra ved behov.

Etter mangeårig prosjektarbeid i regionen omkring spesialistutdanningen er vi nå i gang med første assistentlegetruppe - foreløpig et lite forsøk med fellessamlinger, månedlige nettbaserte gruppediskusjoner og PBL-tilnærming. Håpet er at regionale grupper kan arbeide sammen over år, og samtidig få mer strukturert oppfølging både faglig og i forhold til videre karriereløp. Vi tror dette også vil slå ut positivt for læringsmiljøet på de enkelte avdelingene.

Universitetsklinikken ligger bare 8 mil på asfaltert vei fra Levanger - vi har gjort en del avklaringer og har tett samarbeid. Nyfødte under 30 uker fødes i Trondheim (ellers har vi samarbeid med anestesivdelingen her omkring kortvarig respiratorbehandling). Det er også rimelig at all kreftbehandling (bortsett fra infeksjonsbehandling etc.) foregår på St.Olavs hospital. På sikt kunne kanskje vår litt beskjedne avdeling bli ”oppslukt av storebror”, men foreløpig (og heller ikke i planene for nytt regionsykehus) ser vi tegn til kannibalisme. Samtidig tror vi at vår avdeling er viktig for folk i Nord-Trøndelag og at mindre barneavdelinger ”med litt annen profil og med hovedvekt på barns vanlige sykdommer” er nødvendige supplement til de større klinikkene.

GUNNAR HELLAND,
AVDELINGSOVERLEGE

BARNEAVDELINGEN I LEVANGER

BARNEAVDELINGEN I LEVANGER

<i>Befolkningsgrunnlag</i>	127 000
<i>Sengetall</i>	16 + 6 kuvøser
<i>Innleggelser</i>	1 400
<i>Poliklinikk</i>	3 800
<i>Legestillinger</i>	6 overleger , 2 assistentleger

Bedret tilbud til våte trønderbarn

Uropoliklinikken har vært i funksjon ved vår avdeling siden våren 2000. Vi har tilbud til barn som væter seg. 2-3 % av 7-åringer har plager med dagvæting og opp til 5 % av 10-åringer har nattevæting. I tillegg tar vi imot barn med urinveisinfeksjoner. Vi har satt aldersgrenser: dagvætere må ha fylt 6 år, rene nattevætere 9-10 år, infeksjonsbarn må ha sluttet med bleier.

Før første besøk registrerer familien barnets vannlatnings- og avføringsvaner, samt "uhellene" i en uke. De registrerer også barnets blærevolum. På første besøk på poliklinikken gjør vi flowmetri, for å se hvordan blæremuskel og sfinkter jobber sammen, og det måles resturin. Urin-stix og UL av urinveiene høres også med.

Nesten uansett barnets plage, er behandlingen blæretrening. Barnet begynner å late vannet på faste tider, oftest 5-6 ganger daglig. Dette skal gjennomføres selv om barnet ikke kjenner trang. Poenget er å lære det å late vannet før blæren blir for full. Gjennom å bruke god tid på toalettet sikrer en også god tømning. Blæretrening er effektiv behandling mot urinveisinfeksjoner og dagvæting, men også mot nattevæting! Veldig ofte har barnet "skjult" forstoppelse, som behandles med laktulose.

Vi er 2 leger og 2-3 sykepleiere, inklusiv en uroterapeut, i teamet. "Tissepoliklinikken" er åpen en dag i uken. Sykepleierne tar seg av informasjon, flowmetri, resturinmåling og kontrollbesøk. Uroterapeuten har i år begynt egen poliklinikk for rene nattevætere en dag i måneden, og tar imot større barn som tidligere har "prøvet alt". Legene har rolle som

konsulenter, og gjennomfører selvfølgelig en nøye klinisk undersøkelse ved første besøk.

Eksempel

Virksomheten kan illustreres ved historien om Line, født 1987, som var plaget med residiverende UVI'er, sekundær dag- og nattevæting, samt lettgradig enkoprese.

Sykehistorie: Dag- og nattevæting fra 3,5-års alder, i forbindelse med at jenta begynte i barnehage. Cystitter 4-6 ganger årlig, pyelonefritt ved 10 års alder, siden antibiotikaprøylakse. MUCG, UL, urografi: norm. Cystoscopi: trabeculær blære. Urodynamisk undersøkelse: svekket detrusormuskulatur, resturin 40 ml.

Henvist til oss mai 2000. Den gangen hadde hun væting nesten daglig, nattevæting 4-5 ganger per uke, 4 gjennombruddsinfeksjoner til tross for profylakse de siste 1,5 årene, ofte smålekkasje av avføring. Vi fant blærevolum opp til 600 ml (forventet: 400 ml), resturin 120-200 ml. Positiv urindyrkning. Rtg. og senere MR neg. for spina bifida occulta.

Plan: Strengt tisseregime; miksjoner annen hver time. Man understreker at hun må begynne med katetrisering hvis hun ikke er blitt bra etter 2-3 måneder. Jenta blir meget motivert, vill unngå katetriseringer! Månedlige kontroller.

Siden den gang gradvis bedring. Jenta klarte å holde sitt strenge regime. Dagvæting og enkoprese ble bra først. Resturin gikk ned til 1-2 ml allerede etter 1 måned! Når hun fusket med tissetidene, ble det fort forverring. Hun fikk to infeksjoner på høsten 2000, siden ingen UVI'er, og profylakseble seponert høsten 2001. Hyppige

stikskontroller. Nattevæting i varierende grad til høsten 2002; ville ikke bruke alarm.

Resymé: Blæretrening var nøkkelen for Line. Hun hadde begynt å holde seg i barnehagen ved 3,5-års alder, fikk etter hvert stor og slapp blære som hun ikke klarte å tømme godt. Stadig trykk i blæren pga resturin og sjeldne vannlatninger skadet slimhinnen, og gav hyppige UVI'er. Dagvæting, nattevæting og avføringslekkasje fulgte. Da hun begynte å late vannet hver 2. time, reduserte hun trykket i blæren, slimhinnen kom seg, resturinen forsvant og UVI'ene opphørte. Hun lærte å ha en vannflaske med på skolen for å øke sitt væskeinntak. Nattevæting fortsatte lenge - hadde hun villet prøve alarm, kunne hun blitt kvitt det tidligere. Hyppige kontroller med resturinmåling var nødvendig for å holde motivasjonen oppe. Hun er nå 16 år og har ikke lenger plager. Vi ønsker å følge henne opp med halvårige kontroller 1-2 år framover.

Resultater fra år 2002

41 nye pasienter ble tatt inn, 18 hadde kun et symptom (dagvæting, nattevæting, UVI'er, obstipasjon, enkoprese eller pollakisuri). 10 hadde to plager, 12 hadde tre og 1 hadde fire plager. Hyppigst var nattevæting (25) og dagvæting (24), etterfulgt av obstipasjon (13), UVI'er (10), enkoprese (6) og pollakisuri (1). 17 var gutter og 24 jenter, og aldersspredning var 4,5-14 år. Oppfølgingstid varierte fra 1 måneder til 2 år.

Av de 12 nattevætere var kun 7 over 9 år og kunne delta skikkelig i behandlingen. Av dem ble de to som var motivert for alarmbehandling og våknet av det, tørre, én ble tørr bare på blæretrening, og én valgte Minirin med god effekt. Tre hadde mislykket alarmprøving. De yngste fem viste lite respons, bortsett fra en på 7,5 år som ble tørr på bare blæretrening. Av alle med dagvæting hadde nesten halvparten obstipasjon i tillegg - viktig å huske å behandle! 7 av 9 "rene

dagvætere" ble tørre på bare blæretrening, èn fikk antikolinergisk medikasjon i tillegg. To var ikke motivert for innsats og viste lite framgang.

10 barn hadde "multiproblemer" med dag- og nattevæting; i tillegg hadde mange obstipasjon. De ble satt på blæretrening og obstipasjonsbehandling. Det var en meget heterogen gruppe som er vanskelig å beskrive kort. 6 av 10 ville ikke prøve alarm, de yngste ville ikke heller ha faste miksjonstider. De som var motivert for behandling fikk godt resultat.

9 barn hadde UVier som diagnose, 5 av dem i tillegg væting. 7 av 9 responderte godt på blæretrening, èn flyttet før situasjon ble helt avklart og èn hadde nevrogen blære. Vårt opplegg er å bli kvitt obstipasjon, dagvæting og UVI'er først, og til sist satse på nattevætingen.

TUIJALEENA HELLAND-HANSEN,
OVERLEGE

BARNEAVDELINGEN I LEVANGER

KASUISTIKK

En noe uvanlig hverdagshistorie

Det vanligste er det vanlige, men ikke alltid. Noen ganger må man lete og famle litt i blinde før man får napp. Vår pasient er tredje barn i en frisk familie. Det var et stort barn på 5400 g, som ble født i en vanskelig skulderførløsning to uker overtidig. Han pådro seg Erbs parese og clavicalfraktur, men det var ingen vesentlig asfyksi, og han ble derfor lagt på barsel på vanlig måte og utskrevet etter fire dager.

15 dager gammel ble han så innlagt i avdelingen grunnet vekttap og matingsvansker. Moren hadde nok melk, men gutten ville ikke suge tilstrekkelig. Vekten var da 4800 g. Gutten ble funnet å være lett dehydrert, og det er anført at han virket litt irritabel uten egentlig å virke medtatt. Blodprøver tatt ved innleggelsen viste litt høy Hb på 21,3, tolket som utrykk for dehydrering. Infeksjonsmarkører, kapillær blodgass samt elektrolytter var alle normale.

Under oppholdet observerte vi at barnet hadde store vansker ved amming og med flasketaking. Det virket som om han ikke fikk til å koordinere amming og respirasjon, mye gikk i vrangen og det tilkom økende brekninger. De supplerende undersøkelser med rtg thorax, rtg. ØVD, 24 timers øsophageal pH-måling, rtg. tarmpassasje samt ultralyd cerebrum og abdomen var alle normale. Det samme var cerebral CT og EEG. Barnet virket generelt hypotont.

Etter 14 dager i avdelingen - der barnet for en stor del av tida ble sondeernært og kun viste moderat framgang ved å ta melka fra smokk på slutten av oppholdet - ble barnet så overflyttet St. Olavs hospital for en vurdering av barnenevrolog og med

ønsket om en cerebral MR. På St. Olavs hospital ble han raskt utskrevet fordi han hadde begynt å spise selv, og det ble ikke utført noen cerebral MR. Epikrise fra oppholdet er aldri kommet hit. Men vi har heller ikke purret. Det hele går seg nok til, eller? I løpet av de neste 3 - 4 mnd var han innom poliklinikken noen ganger grunnet eksem, luftveisinfeksjoner, matingsvansker og dårlig vektøkning. Mor hadde nå hatt litt lite melk og fikk så morsmelkerstatning som ble skiftet ut med Nutramigen. Tåler han ikke kumelk til tross for negativ kutantest? Det taes noen vanlige blodprøver uten at vi får napp på noe, men i etterkant ser man en litt lav kalium på 3,3 mmol/l ved en konsultasjon da gutten var 10 uker gammel. Han virket likevel lidende og dystrofisk.

Fire måneder gammel innlegges han i avdelingen på nytt etter et par små anfall med apnoe og en praktisk talt helt flat vektcurve. Vekt 5590 g, lett avflatende lengdetilvekst, BT cirka 90/60 mmHg. Han er nå uttalt dystrofisk og hypoton, men smiler og gir fin kontakt. Gledelig er det at Erbs paresen nærmest er blitt bra. Det taes en rekke prøver, og vi får nå igjen en lav kaliumverdi på 2,6 mmol/l. Osmolalitet i serum var på 283 mmol/kg, altså normal, mens urinosmolalitet var påfallende lav med 113 som lavest registrerte verdi. For øvrig fant vi i urinen natrium 17 mmol/l, kalium 43 mmol/l og klor 26 mmol/l. Nyrefunksjonsprøvene var normale. Kapillær syre-base-status viste litt varierende BE fra -5 til -2 mmol/l, mens pH var omkring 7,40.

Vi følte vi var inne på noe nå, og det gikk noe bedre med barnet. I påvente av en rekke prøvesvar, bl.a. til Hormonlaboratoriet på Aker

sykehus, ble gutten utskrevet etter en 12 dagers innleggelse, der han hadde fått kaliumtilskudd og Nutramigen skiftet ut med Profylac. Han reiste hjem uten kaliumtilskudd.

Allerede etter fire dager hjemme legges han inn igjen under diagnosen dehydrering og hypokalemi, med en verdi på 2,3 mmol/l. Prøvesvar fra ulike kanter kom nå tilbake: Svettetest viste normale elektrolyttverdier, og DNA-analyse mot cystisk fibrose var også negativ. Videre ble det funnet S-Aldosteron 9473 pmol/l, P-Reninaktivitet > 28,6 nmol/l/t, P-ADH 15,9 pmol/l, og U-Kortisol 145 nmol/l. Ny kapillær syre-base-status viste pH på 7,34, BE -7,2 mmol/l og standard bikarbonat på 17,4 mmol/l. Urin pH var 7,5. Måling av døgnurin viste en timediurese på 3-4 ml/kg/t, sannsynligvis høyere ettersom det var en del rot med urinsamleposen.

Først på dette tidspunktet ble det rekvirert ultralydundersøkelse av nyrer og urinveier, etter at barnet ble drøftet med kolleger ved Barneklubben på Haukeland. Ved undersøkelsen fant man en bilateral nefrocalcinose, mest sannsynlig av medullær type. S-fosfat og U-kalsium var normal, mens totalkalsium i serum var lett forhøyet med verdi 2,69 mmol/l. Betraktninger dette tidspunktet viste at gutten hadde hypokalemi, nefrocalcinose, og en sannsynlig sekundær diabetes insipidus. Lidelsen syntes dermed å ligge på nyrenivå.

Nye telefonrunder fulgte. Barter sykdom ble luftet, men ble ansett for mindre sannsynlig da barnet ikke hadde noen alkalose. Etter litteratursøk både på nettet og i diverse lærebøker, endte jeg opp med gode gamle Nelsons lærebok, som henledet tankene mot en for oss svært sjelden nyrelidelse, nemlig renal tubulær acidose. Etter enda en ringerunde kom vi fram til at den i så fall måtte være av distal form, siden den distale typen aldri har sur urin, mens den proksimale har vesentlig surere urin. Vi valgte å satse på "denne hesten": renal tubulær acidose av distal form.

Pasienten ble nå satt på tilskudd av bikarbonat, og fortsatte med kalium i form av relativt store doser Kajos mikstur per os. Dette ble faktisk vendepunktet for denne gutten, som etter hvert begynte å suge selv, beholdt melken, tolererte fast føde og i løpet av noen måneder hentet seg inn igjen både med hensyn på lengde og vekt. Tonus bedret seg, og han har senere vist helt normal psykomotorisk utvikling. Den sekundære diabetes insipidus-tilstanden gikk i løpet av noen måneder helt tilbake, både klinisk og laboratoriemessig, i tillegg til at aldosteron og renin-verdiene normaliserte seg.

En ultralydkontroll av nyre og urinveier tatt ca. seks måneder etter utskrivelsen viste fortsatt uttalte forandringer forenlig med nefrocalcinose. Gjentatte målinger av nyrfunksjonsmarkørene kreatinin og karbamid har vist normale verdier. Han har senere hatt noen ørebetennelser, og har etter hvert fått innlagt dren på begge ører. Han er hørselstestet og funnet å høre normalt. Hørselsnedsettelse kan følge tilstanden.

Nå, tre år etter, følges barnet stadig poliklinisk. Han står fortsatt på tilskudd av natriumbikarbonat 0,5 mmol/ml, 3 ml x 3, samt Kajos mikstur 12,5 ml x 3.

Tanker om fortid og framtid

Det gikk ca. fire måneder før vi kunne stille noen diagnose. Dette er lenge for foreldrene som ser, eller i blant bare føler, at barnet deres ikke er friskt, og også for oss behandlere oppleves det frustrerende ikke å få hull på byllen. Noe virker helt galt den ene dagen, den neste er alt mer normalt.

I dag kan jeg ikke se at vi kunne gjort så mye annerledes. Det er mulig at vi hadde fått svaret tidligere dersom vi hadde rekvirert ultralyd på et tidligere tidspunkt. Det som også slår meg er at vi (mest undertegnede) i grunnen har følt oss litt ensomme med behandlingsansvaret for et lite barn med en såvidt sjelden sykdom. På en

barneavdeling som vår har vi ingen barnenefrolog, og jeg kan nok mer om nyfødte enn om nyrer. Det har vært nyttig og en god støtte i den kollegiale diskusjonen internt i avdelingen. De gangene telefonen ble benyttet til forespørsler rundt om i landet ble vi alltid møtt med velvilje og gode råd. Et par måneder etter utskrivelsen sendte jeg en oppsummering av hele sykehistorien til en av våre sentrale universitetsklinikker med tanke på en "second opinion", men noe svar er aldri kommet. Jeg har heller ikke purret - "Never change a winning team!"

I henhold til Nelson er renal tubulær acidose av distal form vanligvis en livslang tilstand som mest sannsynlig vil kreve både kalium- og bikarbonattilskudd igjennom hele livet.¹ Prognosen for et langt og godt liv er god. Nyresvikt kan imidlertid utvikles, særlig dersom man ikke kommer til før nefrocalcinose er utviklet. Vår pasient har i henhold til ultralydfunn alt utviklet dette.

BJØRN MYKLEBUST, OVERLEGE

BARNEAVDELINGEN I LEVANGER

Litteratur

1. Nelson: Textbook of Pediatrics. 16th edition 2000: 1598-99.

Kronisk utmattelse hos barn – en alvorlig, men ikke håpløs tilstand

I denne artikkelen gis en kort oversikt over forklaringsmodeller, utredning og behandling av barn med kronisk utmattelse. I tillegg beskrives hovedtrekkene i et forskningsprosjekt for denne pasientgruppen.

Kronisk utmattelse kan være et fremtredende og plagsomt symptom ved en rekke forskjellige tilstander, som for eksempel multippel sklerose, langvarige infeksjoner, autoimmune systemsykdommer, endokrine forstyrrelser, depresjon og fibromyalgi. Pasientene beskriver vanligvis både mentale og fysiske begrensninger – de orker verken å trene eller å anstrenge seg intellektuelt. Mange opplever at utmattelsesfølelsen forverrer seg betydelig dersom de ”tar seg sammen” og presser seg til å gjennomføre en bestemt aktivitet. De imidlertid ikke nødvendigvis søvnige eller trette, og har heller ikke mangel på motivasjon eller tiltaksløst.

Idiopatisk kronisk utmattelse brukes som et samlebegrep om tilstander der man ikke finner noen åpenbar forklaring på pasients plager. En undergruppe har såkalt *kronisk utmattelsessyndrom* (Chronic Fatigue Syndrome), definert som selvrapportert kronisk eller tilbakevendende utmattelse i minst seks påfølgende måneder.¹ I tillegg krever man at minst fire av åtte bikriterier skal ha vært tilstede like lenge: svekket hukommelse/konsentrasjon, sår hals, ømme

lymfeknuter, muskelsmerter, leddsmerter, hodepine, dårlig søvnkvalitet og utmattelse etter aktivitet. *Myalgisk encefalomyelitt* (ME) brukes ofte synonymt med kronisk utmattelsessyndrom, men er blitt kritisert for å gi en antydning om årsaksforhold som savner vitenskapelig dokumentasjon. *Nevrastenidiagnosen* plasserer utmattelsesproblematikk innen de psykiske lidelsene, med mindre krav til bikriterier.

Både idiopatisk kronisk utmattelse og kronisk utmattelsessyndrom er kontroversielle diagnoser, og noen går så langt som til å benekte deres eksistens. Mange vil imidlertid enes om at de er dekkende begreper for en gruppe pasienter med til dels invalidiserende funksjonstap, som ikke fanges opp av noen annen diagnostisk kategori.

Etiologi

Etiologien ved idiopatisk kronisk utmattelse og kronisk utmattelsessyndrom er også svært omdiskutert. En allmenn observasjon synes å være at tilstanden kan utløses av infeksjoner eller infeksjonsliknende klinikk, noe som har gitt opphav til betegnelsen *postviralt tretthetssyndrom*. Kronisk

infeksjon med nevrotrope virus, i særdeleshet Epstein-Barr-virus, var lenge ansett som en sannsynlig hypotese, men har i de senere årene møtt økende motbør.² Riktignok er mononukleose ofte assosiert med langvarig utmattelsesfølelse, men mange tilfeller av kronisk utmattelsessyndrom kan ikke relateres til noen sikker infeksjonsepisode. Enkelte studier har konkludert med at tilstanden ofte kan forklares av psykiske belastninger, og at den kan representere en konversjonstilstand. Man finner også en øket forekomst av angst og depresjon hos barn og unge med denne problematikken.³

Det er økende holdepunkter for at en undergruppe av pasientene har endret autonom sirkulasjonsregulering. Ved vippetest, der pasienten reises passivt fra liggende til 60° stående stilling, er det for eksempel dokumentert hyppigere forekomst av forsinket ortostatisk hypotensjon, vasovagal synkopoe eller postural takykardi.^{4,5} Pasienter med kronisk utmattelsessyndrom har også økt gjennomsnittlig hjertefrekvens i hvile, samt endret hjertefrekvensvariabilitet.⁶ Om disse fenomenene er en konsekvens av, eller en årsak til, følelsen av utmattelse, er imidlertid et åpent spørsmål.

Hos barn og ungdom er idiopatisk kronisk utmattelse og kronisk utmattelsessyndrom et enda mindre utforsket og forstått problemkompleks. Det er ikke konsensus om de diagnostiske kriteriene, blant annet er det argumentert for at tre måneders utmattelse må være tilstrekkelig for å kunne stille diagnosen.⁷ Forekomsten synes å øke; i et britisk materiale som omfattet drøyt 4200 barn i alderen 5-15 år fant man en prevalens på 0,6%.⁸ Forløpet er langvarig, ofte flere år, men prognosen er gjennomgående mer optimistisk enn hos voksne, idet et stort flertall til slutt gjenvinner normal funksjonsevne.⁹ Også hos barn er det påvist endret autonom sirkulasjonsregulering; Stewart og

KRITERIER FOR INKLUSJON OG EKSKLUSJON AV PASIENTER MED KRONISK UTMATTELSESSYNDROM I PÅGÅENDE FORSKNINGSPROSJEKT VED BARNEKLINIKKEN, RIKSHOSPITALET

Inklusjonskriterier

- Alder fra 12 og 19 år.
- Kronisk eller tilbakevendende mental og fysisk utmattelse av minst tre måneders varighet.
- Utmattelsen har betydelig negativ innvirkning på både skolegang og fritidsaktiviteter

Eksklusjonskriterier

- Veldefinert psykisk eller somatisk lidelse
- Livslang følelse av utmattelse

medarbeidere fant for eksempel ortostatisk intoleranse hos 25 av 26 pasienter i alderen 11-19 år.¹⁰

Kanskje kan kronisk utmattelse både hos barn og voksne best forstås som en *multifaktoriell tilstand*, der både biologiske, psykologisk og sosiale forhold bidrar til å utløse og opprettholde symptomene. Innenfor en slik biopsykososial modell kan både psykiske belastninger, infeksjøs/immunologiske forstyrrelser og autonom dysregulering bidra med ulike tyngde hos ulike pasienter.¹¹

Utredning og behandling

Pasienter med kronisk utmattelse utvikler ofte en klassisk "svingdørtlivværelse", der utredningen skjer stykkevis og delt, og spredd på flere hender. Flere kan fortelle om en fortvilet opplevelse av å falle mellom to stoler: Ved somatisk utredning påvises ingen kroppslig sykdom. Ved psykiatrisk vurdering finner man i mange tilfeller ingen åpenbar psykisk lidelse, selv om en del frembyr symptomer som kan være korrelater til angst eller depresjon, eller en bakgrunnshistorie som kan indikere en konversjonstilstand. Mange føler seg også utrygge med hensyn til om maligne sykdommer og andre alvorlige diagnoser er utelukket med tilstrekkelig grad av sikkerhet. Det er derfor viktig at utredningen er tilstrekkelig omfattende, samtidig som pasienten må spares for en endeløs

rekke av "for sikkerhets skyld"-undersøkelser.

Behandlingen må i samsvar med en hypotese om multifaktoriell etiologi være *tverrfaglig*. Hos barn må både barnelege og barnepsykiater på banen, i tett samarbeid med lokale ressurser som fastlege, fysioterapeut, skole og PP-tjenesten.^{11,12} Et viktig stikkord er *aktivitetsregulering*. Fysiske og mentale belastninger av alle slag, kort sagt enhver for *stress*, forsterker symptomene, og ser ut til å kunne forlenge sykeleiet. Spissformulert kan man ikke trene seg frisk, noe en del pasienter uheldigvis forsøker. Samtidig er det selvsagt viktig å bevare funksjonsnivået på et så høyt nivå som mulig. Denne balansegangen er ofte utfordrende, og foreldre til barn med kronisk utmattelse kan trenge grundig veiledning og tett oppfølging. I mange tilfeller er det nyttig å utarbeide et detaljert ukeprogram, med klare rammer og realistiske målsetninger for både skolearbeid og fritid.

Hos pasienter med autonom dysregulering kan legemidler som påvirker sirkulasjonshomøostasen ofte gi symptomatisk bedring.¹³ Noen har glede av volumekspansjon med salttabletter og mineralkortikoid, hos andre kan alfaadrenerge agnoister eller betablokkere ha gunstig effekt. Vi har selv observert en frapperende virkning av sistnevnte hos en 14 år gammel gutt med svært alvorlig utmattelse (langvarig sengeleie).

Utredning og forskning ved Barneklubben, Rikshospitalet

Ved Barneklubben, Rikshospitalet har vi etablert et standard utredningsprogram for denne pasientgruppen, i samsvar med internasjonalt aksepterte retningslinjer.^{1,11} Pasientene innkalles sammen med foresatte til et fire dagers opphold ved pasienthotellet, og gjennomgår i denne perioden en bred, tverrfaglig utredning som blant annet omfatter: blodprøvescreening med tanke på kronisk infeksjon, autoimmun systemsykdom og maligne lidelser, autonome funksjonstester (blant annet vippetest), barnepsykiatrisk vurdering, nevrologisk utredning med bildediagnostikk og EEG, samt tredemøllebelastning for gradering av fysisk funksjonsnivå.

I tilknytning til dette utredningsprogrammet er det etablert et forskningsprosjekt som først og fremst fokuserer på autonom sirkulasjonsregulering. Inklusjon- og eksklusjonskriteriene er vist i egen ramme.

Vi mottar gjerne henvisning på pasienter som kan profitere på et slikt utredningsprogram, og som eventuelt kan inkluderes i forskningsprosjektet. På grunn av begrenset kapasitet må man være forberedt på en viss ventetid, men vi er selvsagt tilgjengelige på telefon for kolleger som ønsker å drøfte hva som kan påbegynnes av utredning og behandling i denne perioden. Vi har heller ingen mulighet for langtidsoppfølging, og det må

derfor uansett etableres et lokalt behandlingsopplegg for disse barna. Utredning ved lokal barne- og ungdomspsykiatrisk enhet bør også gjennomføres før pasientene henvises.

VEGARD BRUUN WYLLER,
STIPENDIAT

HELENE GJONE, OVERLEGE

BARNEHJERTESEKSJONEN OG BARNE- OG
UNGDOMSPSYKIATRISK SEKSJON,
BARNEKLINIKKEN, RIKSHOSPITALET

Litteratur

1. Fukuda K, Straus SE, Hickie I, Sharpe MC, Dobbins JG, Komaroff A. The chronic fatigue syndrome: a comprehensive approach to its definition and study. *Ann Intern Med* 1994; 121: 953-9.
2. Natelson BH. Chronic fatigue syndrome. *JAMA* 2001; 285: 2557-9.
3. Garralda E, Rangel L, Levin M, Roberts H, Ukoumunne O. Psychiatric adjustment in adolescents with a history of chronic fatigue syndrome. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*; 38: 1515-1521
4. Rowe PC, Calcins H. Neurally mediated hypotension and chronic fatigue syndrome. *Am J Med* 1998; 105: 15S-21S.
5. Streeten DHP, Anderson GH. The role of delayed orthostatic hypotension in the pathogenesis of chronic fatigue syndrome. *Clin Auton Res* 1998; 8: 119-24.
6. Becker PD, Dendale P, Meirleir KD, Campine I, Vandenborne K, Hagers Y. Autonomic testing in patients with chronic fatigue syndrome. *Am J Med* 1998; 105: 22S-26S.
7. Franklin A. How I manage chronic fatigue syndrome. *Arch Dis Child* 1998; 79: 375-8.
8. Chalder T, Goodman R, Wessely S, Hotopf M, Meltzer H. Epidemiology of chronic fatigue syndrome and self reported myalgic encephalomyelitis in 5-15 year olds: cross sectional study. *BMJ* 2003; 327: 654-5.
9. Patel MX, Smith DG, Chalder T, Wessely S. Chronic fatigue syndrome in children: a cross sectional survey. *Arch Dis Child*. 2003; 88: 894-8.

10. Stewart JM, Gewitz MH, Weldon A, Arlievsky N, Li K, Munoz J. Orthostatic intolerance in adolescent chronic fatigue. *Pediatrics* 1999; 103: 116-21.

11. Loblay R, Stewart G et al. Chronic fatigue syndrome. Clinical practice guidelines - 2002. *Med J Austr* 2002; 176: S17-S55.

12. Richards J. Chronic fatigue syndrome in children and adolescents: A review article. *Clinical Child Psychiatry and Psychology* 2000; 5: 31-51.

13. Streeten DHP. Role of impaired lower-limb venous innervation in the pathogenesis of the chronic fatigue syndrome. *Am J Med Sci* 2001; 321: 163-7.

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). Mellomtitler 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 Lægeforsening, og i den rekkefølgen de først forekommer i teksten. (Eks: 1. Nordmann O. Norsk pediatri ved et veiskille. *Tidsskr Nor Lægeforsen* 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

Første utskiftingstransfusjon på nyfødte

Jeg har et ønske om å skrive en artikkel om utviklingen innen overvåkningen og behandlingen av rhesusimmuniserte nyfødte i Norge sammen med Narve Moe, siden vi har arbeidet med denne sykdommen som barnelege og fødselslege siden begynnelsen av 1960-årene. I den forbindelse tok jeg kontakt med barnelege Helge B. Granrud, som sammen med sin overordnede på barneavdelingen på Rikshospitalet, Henrik Hagelsteen, (som døde sommeren 2003) utførte den første utskiftingstransfusjonen som ledd i behandlingen av rhesusimmuniserte nyfødte i mai 1949. Innen 1951 ble det utført 60 slike utskiftingstransfusjoner, sier tidligere professor Per Haavardsholm Finne.

- Den gang var det slik at de nyfødte på Rikshospitalet ble tatt hånd om på fødeavdelingen hvor sjefen for avdelingen, professor i gynekologi, Anton Sunde, interesserte seg for og behandlet de nyfødte. Sunde mente at pediaterne burde se på dette med rhesusimmunisering og ta opp teknikk med utskifting av blod på disse, etter metoder som var publisert internasjonalt allerede i 1944. Det kliniske bilde med hydrops foetalis, alvorlig anemi og uttalt gulsott med utvikling av hjerneskade som følge av rhesusimmunisering var vel kjent, og forekom relativt hyppig.

- Anemien ble tidligere behandlet med blodtransfusjon, men i 1944 ble det hevdet at det rasjonelle måtte være å skifte blod på barnet. Det var i tidligere internasjonale publikasjoner omtalt forskjellige teknikker, som

imidlertid både var risikofylte og vanskelige, men professor Louis Diamond beskrev en enkel metode der han brukte navleavenen. Det var denne metoden Hagelsteen og Granrud benyttet da de sammen gjorde den første utskiftingstransfusjon i 1949. Hagelsteen førte kateteret inn i navleavenen og tok ut blodet med en sprøyte, som Granrud tømte og fylte med nytt ferskt blod, som Hagelsteen så infunderte. Total skiftet de cirka 450 ml. At det i tiden fra 1949 til 1951 ble utført hele 60 utskiftingstransfusjoner forteller noe om hyppigheten av sykdommen og om effekten av behandlingen.

Henrik Hagelsteen fortalte om rhesusimmunisering, årsaken til sykdommen, de forskjellige kliniske symptomer, indikasjoner for utskiftingstransfusjon og den tekniske gjennomføring i et foredrag på Institutt for Folkehelse 8. mars 1951, sier professor Per Finne, som forklarer at hans interesse for dette emnet startet da han begynte på barneklubben på Rikshospitalet i 1960. I det samme foredraget forteller Hagelsteen også at han på døde nyfødte hadde undersøkt hvor navlekateteret endte, og hvor blodet tok veien når det ble infundert. Han beskrev og forklarte tekniske problemer under

kateterinnleggelse og under transfusjonen som enhver som har utført en slik vil kjenne igjen.

- Utskiftingstransfusjon var en vel etablert behandling da jeg begynte i pediatrien Men det var fortsatt mange detaljer som ikke var avklart, og problemer knyttet til overvåkningen av den gravide som var immunisert, fødselen og den nyfødte. Det ble således til at professor Sverre Halvorsen og jeg jobbet videre med dette. Vi ønsker nå å skrive en artikkel om hele problemkomplekset, og hva var da mer naturlig enn å ta en prat med en som var med fra begynnelsen, den gjenlevende av de to pionerene som med egne ord kan beskrive hvordan livgivende behandling av en stor gruppe alvorlig syke barn ble introdusert Norge. Behandling som har reddet mange barn fra død og livsvarige, invalidiserende senfølger..

- Jeg ble utrolig fascinert av Granrud, glimtet i øyet da han fortalte om den første utskiftingstransfusjon, hans store og levende interesse for musikk og malerkunst. Han er ytterst kunnskapsrik, og har i et langt liv hatt stor glede av å gjenoppleve kunsten og oppdage nye sider ved den. Han viser på en fin måte at selv om medisinen nesten er altopplukende for mange leger, er det noe utenfor denne som er verdt interesse og som kan gi glede og liv til livet, sier Finne som satte meget stor pris på sitt møte med en gammel kollega.

ANNE BETH MOSLET

LEGEKUNSTEN

Artikkelen er tidligere publisert i Legekunsten nr. 4, 2003

ABONNEMENTSTILBUD PÅ ACTA PAEDIATRICA: 75 USD PER ÅR

KONTAKT ALF MEBERG, TØNSBERG, FOR NÆRMERE INFORMASJON

Obligatoriske kurs i spesialistutdanningen

For å bli godkjent spesialist i barnesykdommer, må man ha gjennomført til sammen 200 timer i godkjente kurs. I enkelte spesialiteter er det satt opp obligatoriske kurs som må gjennomføres før godkjenning. Spesialiteten barnesykdommer omfatter en rekke fagområder, og spesialitetskomiteen har funnet det vanskelig å gå inn for et lite antall obligatoriske kurser som alle kandidater måtte gjennomføre. Løsningen er derfor blitt at komiteen i dag har anbefalt godkjent 13 kurs i *sentrale pediatrike emner*. Kandidaten må før spesialistgodkjenning ha gjennomført 120 timer innen disse kursene.

Kursene arrangeres ved universitetssykehusene og rulleres etter en bestemt "kjøreplan" (se tabell), som koordinatorkontoret i

Trondheim setter opp. Kontoret har et nært samarbeide med sekretariatet i Legeforeningen. Kursenes innhold og timetall skal være godkjent av spesialitetskomiteen før kursene arrangeres, og slik godkjenning formidles av sekretariatet i Legeforeningen.

Komiteen får søknader om spesialistgodkjenning til vurdering. Flere ganger opplever vi at kandidaten tror at aktuelle kurs er av typen sentrale pediatrike emner, og noen ganger ønsker kandidaten vurdert andre relevante kurs. I et forsøk på å forebygge at slike problemer oppstår vil jeg nevne noen forhold:

Utdanningskandidaten bør fra dag 1 få informasjon om kurskrav i spesialiteten. Det bør være en oppgave for veileder å gå gjennom kurs i sentrale pediatrike emner, og

sammen med kandidaten sette opp en plan for hvordan minst 120 timer kurs innen denne kategori kan gjennomføres i løpet av spesialistutdanningen. Kandidaten må bevisstgjøres på dette og selv holde rede på hvilke kurs som er godkjent som "obligatoriske" innen vår spesialitet.

Kursleder må i god tid sende kopi av kursprogram til sekretariatet i Legeforeningen som så sender dette videre til spesialitetskomiteen for vurdering. Komiteen returnerer saken til legeforeningens sekretariat, som så melder tilbake til kursleder. Kursdeltagerne bør av hensyn til avdelingens drift få beskjed om at de har fått plass på kurset minst en måned før kursstart.

Kursleder må også forholde seg til koordinatorkontoret i Trondheim som forsøker å samordne kursavviklingen. For inneværende år er det satt opp 10 kurs i sentrale pediatrike emner med en opphopning i høstsemesteret med syv kurs, herav fire i ukene 46-49. Det blir derfor en utfordring til kurslederne å være mer oppfinnsomme for valg av kurstidspunkt. Hva med kurs i årets første måneder?

Spesialitetskomiteen skal vurdere de medisinsk-faglige kurs. Andre typer kurs, for eksempel om ledelse,

TABELL 1. KURS I SENTRALE PEDIATRISKE EMNER - OVERSIKT

Sentrale pediatrike emner	Timer	2004		2005	2006	2007
		Uke	Sted	Sted	Sted	Sted
Pediatrik endokrinologi	34	47	Bergen		Bergen	
Pediatrik hematologi	28	49	Trondheim	Trondheim	Trondheim	Trondheim
Kreft hos barn		46	Oslo		Oslo	
Allergi/astma hos barn	34	13	Oslo	Oslo	Oslo	Oslo
Infeksjoner hos barn	26	18	Tromsø	Bergen	Oslo	Trondheim
Neonatologi	30		Oslo	Bergen	Tromsø	Trondheim
Barnenevrologi	32	38	Oslo		Oslo	
Pediatrik gastroenterologi				Oslo		Bergen
Pediatrik kardiologi	30	43	Oslo	Bergen	Oslo	Oslo
Pediatrik nefrologi	30	48	Bergen		Oslo	
Praktisk pediatri	26			Tromsø		Tromsø
Akutt pediatri	24	41	Tromsø		Tromsø	
Pediatrik intensivmedisin				Oslo	Oslo	Oslo

administrasjon, statistikk, epidemiologi og jus, vurderes av sentralstyret. Legeforeningen har utarbeidet retningslinjer for vurdering av kurs i relasjon til legers videre- og etterutdanning. Faglig godkjenning av kurs er en betingelse for refusjon av utgifter fra Legeforeningens fond. Som ledd i spesialistutdanningen godkjennes normalt bare kurs arrangert i Norge.

Det er krav til spesialistkandidatene om minst 80 timer i valgfrie kurs som ikke kommer inn under kursene i sentrale pediatrike emner. Det er samme godkjenningsprosedyre for disse kursene. Kursene må ha en varighet på minst seks timer. Etter endt kurs skal kursleder sende melding på eget skjema til sekretariatet i Legeforeningen. Dette skjemaet bør vurderes endret slik at det også blir plass til rapport om hvordan kurset er blitt evaluert og om man tenker seg å gjøre noen forandringer neste gang kurset arrangeres. Spesialitetskomiteen får bare sjelden tilbakemelding om gjennomførte kurs. Komiteen oppfordrer derfor kursleder til å sende kopi av evalueringen til komiteen.

JAN HOLT, KURSANSVARLIG

SPECIALITETSKOMITEEN

EUROPEAN SOCIETY FOR PAEDIATRIC RESEARCH

2004 ANNUAL MEEETING

Date: September 18 – 21, 2004

Venue: Norra Latin Conference Center

Location: Stockholm, Sweden

Highlights

Children's lifestyle and adult health
Development of the brain and consciousness
Pediatric ethics
Innate antibiotics
Newborn behaviour
Aquaporins
Global pedaitrics
Rett's syndrome

Postgraduate Courses 16/9-17/9

Neonatal infections
Neonatal nutrition
From CPAP to HFV

Satellite Symposia

Adolescent health 17-18/9
Making of the brain and the birth of the mind 22-23/9

Keynote Speakers

J-P Changeux, P Rakic, P Evrard, L Ment,
J Kitterman, R Martin, H Rigatto, M Welsh,
W Fifer, H-O Adami, A Aperia, M Levene,
J Deanfield, M Hanson,
B Hagberg, H Zoghbi,
OD Saugstad, R Zetterström, A Zipursky.

Congress Office

Congrex Sweden AB
Tel: +46 8 459 66 00
Fax: +46 8 661 91 25
Neonatal Unit

www.congrex.com/espr2004

E-mail: Viveca.Karlsson@ks.se

Norsk Barnelegeforenings Vårmøte i Tønsberg 2004

Vårmøtet bruker å være årets store begivenhet for norske pediatere. Vi tror at det også skal bli tilfelle i år, når vi inviterer dere til vårmøte i sommerbyen Tønsberg. Byen er Norges eldste, men årets møte finner sted i det moderne Quality Hotel Tønsberg, byens nye kulturhus og kongresshotell. Stedet ligger i det pittoreske bryggemiljøet med uterestauranter og yrende liv i sommersesongen. Vi håper du vil få oppleve også litt av dette under vårmøtet.

Det er 25 år siden forrige vårmøte i Tønsberg. I 1979 snakket Einar Gerhardsen om Barnet og samfunnsutviklingen. Mye har skjedd siden den gang. Vi har lagt vekt på å skape et fremtidsrettet og allsidig faglig program. Møtet begynner med et kurs i praktisk lungefunksjonstesting. Dette bør være av stor interesse for leger i utdanningsstilling, og andre som arbeider med astma og andre lungesykdommer. Etter åpningsseremonien vil vi fokusere på helsepolitiske aspekter og fagutvikling for norsk pediatri i et nytt årtusen. Så følger flere symposier: Medfødte hjertefeil, psykosomatikk, hjerne-skader/cerebral parese, fostermedisin og gastroenterologi. Vi har invitert en rekke fremstående forelesere, både nasjonale og internasjonale, og tror de vil bringe oss verdifulle oppdateringer. Det blir selvsagt også frie foredrag og årsmøte i barnelegeforeningen. Vi har gjort en liten vri på møtestrukturen ved å legge subgruppemøtene til siste dag, og er spente på hvordan det vil falle ut. I tillegg blir det utstilling av medisinsk-teknisk utstyr, farmako-

logiske produkter mm. av viktighet for norske pediatere.

Det sosiale programmet inneholder besøk ved Hvalfangstmuseet i Sandefjord første møtedag. Museet er enestående også i internasjonal sammenheng, og representerer sentrale trekk ved Vestfolds kultur og historikk. Hvis været blir godt vil banketten starte som et utearrangement på kongresshotelllets takterrasse, med utsikt over havnen og byen. Deretter trekker vi innedørs til en hyggelig kveld med kulturinnslag mm.

Vi håper at du skal få et hyggelig opphold i Tønsberg, og være rik på både faglige impulser og gode minner fra dagene sammen med kolleger fra hele landet. Hjertelig velkommen til Tønsberg og Vårmøtet 2004!

Kongresshotell - påmelding

Quality Hotel Tønsberg ligger i bryggemiljøet ut mot Tønsberg havn. Vi ønsker å samle flest mulig av deltakerne der for å skape god kontakt og et "kompakt" vårmøte. Dette gir oss også muligheter til gode avtaler med hotellet om alle aspekter av møtet. Booking av rom ved Quality Hotel Tønsberg gjøres av den lokale arrangementskomitéen.

NB! Én dagspakke (kr 425) kommer i tillegg for de som deltar en dag mer enn antall overnattinger (feks tre dager med to overnattinger eller to dager med én overnatting) (merk av på påmeldingskjemaet). De som melder seg på enkeltdager uten overnatting på Quality Hotel Tønsberg betaler kursavgift og dagspakke for hver dag. Pensjonister betaler halv

kursavgift. Dersom du ønsker å bo ved at annet hotell er følgende alternativ nær kongresshotellet: Hotel Brygga Rainbow (tlf: 333 44 990), Rica Klubben Hotel (tlf: 333 59 700), Maritim Hotel (tlf: 333 17 100). Booking ved disse hotellene gjør du selv. Hotellopphold/dagspakker betaler du selv til hotellet ved avreise. Påmeldingskjemaet sendes overlege Rønnaug Solberg, Barnesenteret, Sykehuset i Vestfold HF, Postboks 2168, 3103 Tønsberg. Tlf: 333 42000. Fax: 33 34 39 63. E-post: ronnaug.solberg@siv.no. Påmeldingsfrist (lav pris) 1. mai 2004!

Reise

Sandefjord lufthavn Torp, beliggende ca 30 km fra Tønsberg har flere daglige avganger til byer i Norge og internasjonale lufthavner. Flybilletter bestilles ved først å fylle ut et "profilskjema" som du finner under meny-punktet Skjemaer og trykksaker på Dnlfs nettside (www.legeforeningen.no). Deretter kan du bestille reisen online på skjema du mottar fra Berg-Hansen Reisebureau, Oslo (Dnlf spesialavtale), evt ved å bruke tlf 08050, velg 3 "Sentralbord." Det er bussforbindelse til Tønsberg sentrum. Tog til og fra Tønsberg (Vestfoldbanen) går hyppig, stort sett hver time mellom Oslo og Skien (www.nsb.no). Egen bil: 100 km Tønsberg-Oslo.

Frie foredrag

Vi oppfordrer alle som har lyst å melde på frie foredrag. Det er i utgangspunktet satt av 10 minutter til hvert foredrag og 5 minutter til diskusjon. "Yngre kolleger" konkurrerer om pris for beste foredrag, som består av 5000 kr og diplom. NBF vil foreta utvelgelse dersom det blir for mange påmeldte innlegg. Abstractet bør være på 1/2-3/4 A-4 side. Det skal ha tittel, forfatter(e), arbeidssted og et faglig innhold som har følgende avsnitt: Bakgrunn, Metode, Resultater, Diskusjon og Konklusjon. NB!

Abstracts sendes som vedlegg til e-post til: motesekreter@barnelegeforeningen.no. Frist for innsendelse: 20. april!

Presentasjonene skjer i hovedsak via PC, men alternative presentasjonsformer kan brukes (lysbilder, overheadprojektor). Vi ber om at de som får sine foredrag akseptert sender en PowerPoint-fil på e-post til martin.handeland@siv.no, eller per post på diskett eller CD/DVD til overlege Martin Handeland, Barnesenteret, Sykehuset i Vestfold HF, Postboks 2168, 3103 Tønsberg. Teknisk ansvarlig vil laste foredraget inn i den PC som skal brukes i presentasjonen. Abstracts vil bli publisert i programboken for møtet, i Paidos, og evt på foreningens nettsider.

Refusjon av utgifter

Vårmøtet er godkjent som tellende timer til spesialistutdanning i barnesykdommer og etterutdanning for spesialister. Kursbevis blir utstedt. Det kan søkes refusjon for utgifter fra legeföreningens Fond 3.

Lokal kultur og historie

Tønsberg ble grunnlagt i vikingtiden og er Norges eldste by. Det berømte Oseberg-skipet ble funnet like nord for Tønsberg. I middelalderen var Tønsberg et makt-sentrum. Tønsberghus festning, kirker, klostre, og Jarlsberg grevskap markerer dette, og er interessante turistmål i dag. Domkirken er bygget over ruinene på Lavranskirken (reist på 1100-tallet). Håkon Håkonsson bygget Castrum Tønsbergensis (Tønsberghus festning) som var Norges største borganlegg i middelalderen. Han la til rette for et fransiskanerkloster og et hospital i byen. Fra Tønsberghus reiste hans datter Kristina i 1257 for å gifte seg med en spansk prins. Hennes sarkofag står i dag i stiftskirken Covarrubias i Spania. Ved inngangen til Slottsfjellet står i dag en vakker statue av henne. I området ovenfor kan du se murene etter Tønsberghus festning, og

Slottsfjellårnet som ble reist til 1000-års jubileet i 1871.

Helt til 1671 var Tønsberg Vestfolds eneste by, og er i dag fylkeshovedstad og handels-sentrum. Hvalfangst har vært et varemerke for Tønsberg og Vestfold. Svend Foyn patenterte granatharpunen i 1870, og døde som Tønsbergs rikeste mann i 1894. En statue av ham er reist ved Tønsberg domkirke. Tønsberg har nå ca 35 000 innbyggere, og et aktivt forretningstilbud og kulturliv. Siden 1990 har byen vært engasjert i prosjektet Sykkkelbyen Tønsberg-Nøtterøy. Kontakten til skjærgården og havet er en livsstil for de fastboende, og trekker titusener av turister til distriktet hver sommer. Ved vandring rundt i Tønsberg i dag er det lett å få øye på byens historiske og maritime forankring. Vårt kongresshotell er plassert på en liten odde ved kanalen gjennom byen, og rommer Oseberg kulturhus.

Barnesenteret ved Sykehuset i Vestfold HF, Tønsberg ble etablert i 1959 som en av de første i landet utenfor universitetssykehusene. Arne Kåss var avdelingens første overlege. Avdelingen har et aktivt fagmiljø med subspecialiserte tilbud til Vestfolds barn, ca 40 000 under 16 år. Korte avstander har skapt muligheter for et dynamisk samarbeid med primærhelsetjenesten, og avdelingen utøver i dag områdepediatri til alle fylkets helsestasjoner.

ALF MEBERG

LEDER AV DEN LOKALE
ARRANGEMENTSKOMITÉEN

JØRGEN HURUM

LEDER, NORSK BARNELEGEFORENING

LOKAL ARRANGEMENTSKOMITÉ:

ALF MEBERG, GURO ANDERSEN, HANS-
PETTER FORNEBO, BJØRN H. HALVORSEN,
MARTIN HANDELAND, RØNNAUG SOLBERG

Barnesenteret i Tønsberg

Barnesenteret i Tønsberg ved Sykehuset i Vestfold er landets nest eldste barneavdeling; seks år yngre enn avdelingen i Skien, som feiret 50-års jubileum høsten-03. Senteret har hatt tre på hver sin måte høyt profilerte ledere og avdelingsoverleger – Arne Kåss, Karl Wilhelm Wefring og Alf Endre Meberg – som har visst å markere og utvikle avdelingen både lokalt og nasjonalt.

Sykehuset i Vestfold er ett av de sykehusene i Helse Sør som skal ha såkalt fullverdig akuttberedskap. Dette inkluderer blant annet en kvinneklinikk med full fødeberedskap, og et barnesenter med neonatal

intensivberedskap for premature ned til ca. 28 uker (jf. rapport om organiseringen av nyfødtdisin i Norge). Sykehuset er ”tvunget” inn i et skjebnefellesskap med Sykehuset Telemark HF med krav om uttalt funksjonsfordeling og samarbeid, og med stadig forslag om sammenslåing til et helseforetak med felles faglig ledelse for hvert medisinske fagområde. Inntil videre ser det imidlertid ut til at Helse Sør vil beholde dagens struktur.

Sykehuset har syv klinikker med hver sin klinikkjef, der Barnesenteret inngår i Klinikk Tønsberg. Denne klinikken består av kliniske avdelinger som har virksomhet kun ved det gamle

sentralsykehuset i Tønsberg. De andre klinikkene, f.eks. medisin og kirurgi, har også virksomhet ved sykehusene i Sandefjord, Larvik og Horten, som alle er en del av Sykehuset i Vestfold HF. I Klinikk Tønsberg inngår barn, gynekologi, nevrologi, øre-nese-hals, øye og habiliteringstjenesten. Hver avdeling har en avdelingsoverlege ansvarlig for medisinsk virksomhet, og en felles klinikkoversykepleier ansvarlig for den samlede sykepleiefaglige virksomheten. I realiteten blir dette en todelt ledelse der klinikk sjefens team består av fem avdelingsoverleger, én klinikkoversykepleier, samt administrasjonssjefen i habiliteringstjenesten. Dette fungerer bra, men samsvarer ikke med den flate organisasjonsmodellen som legegruppen i sin til gikk inn for.

Barnesenteret er en stor klinisk avdeling delt i tre seksjoner med 26 senger i sengeposten, 12 intensivsenger i nyfødtintensivseksjonen og en poliklinikk med vel 6.000 konsultasjoner per år. Vi har til sammen 16 leger (inklusive to leger som til daglig arbeider med barnehabilitering). Disse går i et 7-delt primærvakt- og et 6-delt bakvaktsystem. Vi har ingen rekrutteringsproblemer, men tvert imot en stor utfordring med å finne stilling til assistentleger som begynner hos oss, tar sin gruppe 1-tjeneste i Oslo og som så vil tilbake etter fullført spesialistutdanning.

Vi har god kompetanse innen de fleste subområdene – til dels også dublert slik målet vårt er. En av overlegene har doktorgrad fra høsten-02, og det var imponerende hvordan Alf Meberg gjennomførte dette arbeidet samtidig med avdelingsoverlegefunksjonen, sentrale verv i nasjonale og nordiske foreninger og leder av komiteen som leverte innstilling til organisering av nyfødtomsorgen i Norge. Flere andre overleger og ass. leger er i gang med arbeider og prosjekter som sannsynligvis vil resultere i doktorgrad. Det foregår også forskning og utviklingsarbeid i

avdelingen som resulterer i artikler, foredrag og en etterhvert utmerket prosedyresamling. Den store utfordringen blir å finne tid og økonomi slik at disse meget kompetente legene kan kombinere dette forsknings- og utviklingsarbeidet med vanlig klinisk virksomhet i avdelingen. Løsningen kan f.eks. være en 100% stipendiatstilling som kan deles i 4 x 25% til 2 x 50%, og så en vikar i full stilling. Fra 2003 skal 1% av helseforetakets totalbudsjett avspeile forskning og utvikling, og vårt håp er at det da kan bli lettere å finne slike praktiske løsninger for å kombinere forskning og klinisk arbeid. Avdelingen lider under å være lokalisert i 3 etasjer i sykehuset. Sykehuset i Vestfold er inne i en utbyggingsprosess, og 6. byggetrinn vil stå ferdig i 2005. Dette vil føre til en omorganisering lokalitetsmessig, og forhåpentligvis vil vi da få en mer hensiktsmessig avdelingsstruktur og ikke minst bedre isolasjonsmuligheter i vår sengepost.

Vi har hatt og har en aldersgrense på 14 år, både på vår poliklinikk og sengeavdeling, selv om grensen nok har glidd oppover mot 16 år for mange av våre pasienter med kroniske sykdommer. I tråd med norsk pediatri og vår egen målsetting økte vi høsten 2003 denne grensen for "kjente" pasienter til 16 år, både for innlagte og polikliniske. Målet er en ungdomsseksjon ledet av en seksjonsoverlege med ansvar til 18 år. Vi ser for oss et nært samarbeid med de andre avdelingene ved sykehuset og en smidig overgang til voksenmedisinsk område for våre pasienter med kroniske sykdommer. Barnesenteret driver en utstrakt utadrettet virksomhet med områdepediatrisansvar mot alle kommunene i Vestfold. De får regelmessig besøk av pediatr 3-6 ganger per år. Vi har utarbeidet et hospiteringsprogram for allmennpraktikere, og dette er godkjent som tellende til spesialiteten i allmennmedisin. Vi har også regelmessig undervisningsdager for

helsesøstre. Våre to nærmeste samarbeidspartnere – Habiliteringstjenesten for barn og ungdom og BUPA (Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling) - er ikke samorganisert med Barnesenteret. Habiliteringstjenesten er en egen avdeling i klinikk Tønsberg. Vi har samme klinikk sjef, som nevnt tidligere; dessuten er en overlege og en assistentlege i rotasjon ansatt på Barnesenteret og går i vakt, men arbeider til daglig i habiliteringstjenesten. BUPA er ikke engang organisert i samme foretak, idet psykiatrien i Vestfold – PiV – er organisert som eget foretak. Vi samarbeider bra, men vår tro er at et helhetstilbud til pasientene, spesielt de med sammensatte problemstillinger, kunne bli betydelig bedre i en barneklinnikk med somatikk, habilitering og BUPA under felles ledelse.

Vestfold er Norges minste fylke, men har likevel ca. 220.000 innbyggere. Tønsberg er Norges eldste by, og Vestfolds naturlige hovedstad både administrativt og som handelssenter. Vestfold har bygd sin rikdom på skipsfart og hvalfangst, med Tønsberg og Sandefjord som de ledende byene. Vi har meget gode kommunikasjoner både til resten av landet og til utlandet gjennom gode fergeforbindelser, samt Torp flyplass som landets raskest voksende.

Som man forstår er det ingen grunn til å nøle når vi i Tønsberg inviterer til Barnelegeforeningens vårmøte i juni-04. Vi kan ikke by på midnattssol, men likevel lyse forsommernetter og et interessant og variert sosialt og faglig program.

Vel møtt i juni -04!

BJØRN H. HALVORSEN,
AVDELINGSOVERLEGE

BARNESENTERET, SYKEHUSET I VESTFOLD
HF

Norsk Barnelegeforenings vårmøte 2004

TORSDAG 3. JUNI

- 09.00-12.00 **Kurs: Praktisk lungefunksjonstesting og tolking av testresultater**
- Sesjon 1: Elisabeth Edvardsen, Barnesenteret, Ullevål Universitetssykehus, Oslo
Belastningstester med fokus på anstrengelsesutløst astma og oksygenopptak
- Sesjon 2: Thomas Halvorsen, Barneklubben, Haukeland Universitetssykehus, Bergen
Provokasjonstesting
- Sesjon 3: Gisle Rød, Voksentoppen senter for astma og allergi, Rikshospitalet, Oslo
"Sære tester:" NO i ekspirasjonsluft. Body box. Produkter i kondensert ekspirasjonsluft
- 11.00-12.00 **Registrering**
- 12.00-13.00 **Lunch**
- 13.00-13.30 **Åpningsseremoni**
- Kunstnerisk - barnekor
Leder av NBF Jørgen Hurum
Barnesenterets avdelingsoverlege Bjørn Halvorsen
Tønsberg bys ordfører Per Arne Olsen
- 13.30-14.30 **Åpningsforelesninger**
- 13.30-14.00 Norsk pediatri i et nytt årtusen Sverre Lie, Barneklubben, Rikshospitalet, Oslo
- 14.00-14.30 Norsk helsevesen - quo vadis? Bjørn-Inge Larsen, Sosial- og helsedirektoratet, Oslo
- 14.30-15.15 **Kaffepause - utstilling**
- 15.15-17.00 **Medfødte hjertefeil**
- 15.15-15.45 How to improve early detection of congenital heart defects? Majd Abu-Harb, Neonatal Unit, Sunderland Royal Hospital, England
- 15.45-16.15 Controversy session Skal alle barn med hjertebilyd undersøkes med ekkocardiografi? Ja: Leif Inge Brunvand, Ullevål Universitetssykehus, Oslo
Nei: Ingebjørg Fagerli, Nordland sentralsykehus, Bodø
- 16.15-16.35 Status for hypoplastisk venstre hjertesyndrom Petter Hagemo, Barnehjerteseksjonen, Rikshospitalet, Oslo
- 16.35-17.00 Antenatal screening for congenital heart defects Majd Abu-Harb, Neonatal Unit, Sunderland Royal Hospital, England
- 17.10-17.50 **Psykosomatikk**
- 17.10-17.50 Livet er et usikkert prosjekt Ingvar Wilhelmsen, Hypokonderklubben, Haukeland Universitetssykehus, Bergen
- 19.30-23.00 **Get-together party**
- Avreise til Hvalfangstmuseet i Sandefjord kl 18.45. Guidet omvisning på museet. Bespisning på nærværende restaurant. Kunstnerisk innslag. Retur kl 23.00.



FREDAG 4. JUNI

08.30-10.30	Barnelegeforeningens årsmøte	
10.30-11.15	Kaffepause - utstilling	
11.15-11.50	Psykosomatikk	
	Psykosomatiske lidelser hos barn - hvordan stoppe somatisk utredning i tide?	Inger Helene Vandvik, Barne- og ungdomspsykiatrisk seksjon, Rikshospitalet, Oslo
11.50-13.00	Fostermedisin - terapeutiske muligheter, etiske utfordringer og konsekvenser for morgendagens pediatri	Sturla Eik-Nes, Nasjonalt Senter for Fostermedisin, St Olavs Hospital, Trondheim Ola D Saugstad, Pediatrisk Forskningsinstitutt, Rikshospitalet, Oslo
13.00-14.00	Lunch	
14.00-15.30	Frie foredrag	
15.30-16.00	Kaffepause - utstilling	
16.00-18.00	Hjernesker - cerebral parese	
16.00-16.30	Hur går det for barnen med mycket låg födelsevikt? En 15-års oppfølging.	Orvar Finnström, Universitetssjukhuset i Linköping, Sverige
16.30-16.50	CP i Norge - data fra et nasjonalt pilotprosjekt	Guro Andersen, Barnesenteret, Sykehuset i Vestfold, Tønsberg
16.50-17.10	Panoramaet av CP i Vestfold gjennom 30 år - etiologiske faktorer	Alf Meberg, Barnesenteret, Sykehuset i Vestfold, Tønsberg
17.10-17.30	Klinisk bruk av general movement assessment (GMA). Kan man ved å observere nyfødte premature barns spontanbevegelse si noe om risiko for senutvikling av cerebral parese eller andre cerebrale dysfunksjoner?	Kristin Guldvog, Ivar Haagaas, Solvang habiliteringssenter, Tønsberg
17.30-18.00	Hvordan beskytte den nyfødtes hjerne?	Marianne Thoresen, St Michaels Hospital, University of Bristol, England
20.00	Festmiddag	

LØRDAG 5. JUNI

08.30-10.00	Møter i NBF's subgrupper	
10.00-10.30	Kaffepause - utstilling	
10.30-11.30	Frie foredrag	
	Pediatrik gastroenterologi	
11.30-12.45	Residiverende magesmerter og funksjonelle tarmlidelser hos barn	Ketil Størdal, Barneavdelingen, Sykehuset Østfold, Fredrikstad Beint Bentsen, Barnesenteret, Ullevål universitetssykehus, Oslo
	Nevrologi	
12.45-13.15	Neonatale kramper - skader de hjernen?	Marianne Thoresen, St Michaels Hospital, University of Bristol, England
13.15-13.30	Avslutning	
	Prisutdeling - beste frie foredrag NBF's leder Jørgen Hurum Invitasjon til neste vårmøte	



Trends in Pediatrics - from Clinical Research to Patient Care

Final Announcement and Registration

Welcome to Jerring Symposium May 12-13, 2004 organized by the Children's Hospital (Barnens Sjukhus) at Huddinge University Hospital. The venue for the meeting is the Main Auditorium (Moas Båge), Södertörn University College (Södertörns Högskola) in Huddinge in the southern part of Stockholm.

The Jerring Symposium is not just another scientific conference but a meeting which is focusing on 1) the transfer of scientific knowledge into practice and 2) the collaboration in research efforts between different professions in pediatric health care.

The organizing committee of the Jerring Symposium 2004 invites everybody who is professionally involved in health care for children and adolescents. Also other interested professionals or students are most welcome. In four half-day sessions the recent scientific results will be presented in genetics, neonatology, treatment of obesity and pain. The transfer of novel scientific knowledge to patient care will be emphasized. A number of internationally distinguished speakers will participate. The language of the symposium will therefore be English.

The Jerring Symposium is sponsored by the Sven Jerring Foundation in collaboration with the Swedish Paediatric Society and the Swedish Association of Paediatric Nurses.

Please study the Final Announcement on our web site www.jerringfonden.org and register. If you prefer to have the Final Announcement and registration form sent to your postal address please contact elisabeth.hallmert@klinvet.ki.se

Most welcome!

Agne Larsson
Professor of pediatrics
Chairman of the Organizing Committee

Kjære kollega,

Det er lyst når noen av oss går til jobben om morgenen, og det er lyst når mange av oss kommer hjem om ettermiddagen; det går mot lysere tider, det går mot vår, og vi nærmer oss Vårsmøtet i Tønsberg. En delikat og fristende invitasjon er allerede funnet i posthylla. Lokale arrangører fortjener - og NBF forventer - rekorddeltakelse av unge og eldre NBF'ere i sommerbyen. Styret ønsker å spleise unge og litt eldre barneleger, og tilbyr pensjonerte medlemmer halv kongressavgift i Tønsberg.

Jeg mottar for tiden noen henvendelser fra medlemmer som indikerer at det er en del uro i rekkene. Dårligere økonomiske vilkår i det offentlige synes å ligge bak en del av uroen. Avdelingssjefer og andre ledere utfordres betydelig med ytterligere økonomiske innsparinger - som etter hvert må gi faglige implikasjoner. Vi begynner sannsynligvis å nærme oss en situasjon hvor kvaliteten på noe av arbeidet vårt forringes.

Jeg tillater meg å mene at alle organisasjoner har potensiale til forbedringer, økonomisk og faglig, og jeg tror det er klokt å møte ønske og krav om innsparinger og bedret drift med åpent sinn. Personlig tror jeg de fleste avdelinger fremdeles har en del å hente. Gjennom kommunikasjon - og det er pediater gode på - vil en del problemstillinger finne sin løsning. Noen vil imidlertid hevde at vi nærmer oss en grense hvor den faglige kvaliteten er under en akseptabel grense på noen av våre tjenester. Hvis og når grensen er nådd, vil et felles spørsmål være hvordan syke barns interesser ivaretas.

Er syke barn en ensartet gruppe? Hvis svaret er nei må vi faktisk lage en prioritering. Det høres dramatisk ut, men jeg tror vi nærmer oss en økonomisk situasjon hvor vi vitterlig må prioritere. Å prioritere betyr « å velge bort i riktig rekkefølge ». Et eksempel er forholdet mellom nyhenviste og kontroller på

poliklinikken. Et annet eksempel er spørsmålet om hvilke avdelinger som skal gjøre hva. Norske pediater har foreløpig i beskjeden grad gjort prioriteringer blant behandlingstrengende syke barn. Etter min erfaring er vi barneleger positive og velmenende leger, som til enhver tid vil favne om alt og alle som søker vår medisinske spesialkompetanse. Det er ønskelig at disse prioriteringer som foretas har *konsensus* i det norske pediatrike fagmiljøet. Det kreves en felles holdning og et internt samhold for at *en* felles stemme skal fremføres og få gehør.

Hittil har norske leger og barneleger liten tradisjon for å lage konsensus både faglig og organisatorisk. Vi har en kultur hvor den enkelte pediater og den enkelte avdeling har en relativt sterk autonomi. Vi lever i et kompetitivt miljø hvor konkurransen foregår mellom individer og mellom lokale og geografiske grupper. Konkurransen er sunt, men jeg tror fremdriften i faget vårt hadde vært enda større hvis konkurransen hadde foregått mellom nasjoner eller samling av nasjoner. En forutsetning er at vi makter å etablere nasjonal konsensus i flere fagfelt. Det er tidkrevende å lage faglige prosedyrer. Eksempler på dette er de flerfoldige prosedyrebøker som foreligger fra ulike store og små avdelinger på store og mindre fagfelt. Jeg nevner fremragende prosedyrebøker i nyfødtdisin og for store barn. Det er som alle vet meget arbeidskrevende å etablere disse prosedyrebøkene. I fremtiden tror jeg faget vårt hadde profittert på at vi sammen kunne etablere nasjonale prosedyrebøker hvor vi etter faglige konferanser kunne etablere *faglig konsensus*. Således kunne vi i Norge med et beskjedent innbyggerantall bruke krefter på å lage et faglig fellesskap hvorigjennom vi får en raskere faglig progresjon for alle - om mulig med mindre arbeid.

Gynekologisk Forening i Norge har med *konsensus* etablert en meget benyttet nasjonal faglig veileder. Det barneonkologiske miljøet i Norge og

Norden har etablert faglig konsensus på en imponerende måte gjennom sitt mangeårige samarbeid. Resultatene organisatorisk og faglig er meget gode, og er nylig evaluert til å bringe resultatene til norske og nordiske barneonkologer i et internasjonalt tetskipt.

«Veileder akutt pediatri», som NBF ga ut i 1998, er et meget godt eksempel på at et vellykket norsk pediatrik konsensusprosjekt. Ledende fagmiljøer og -personer forfattet veiledende nasjonale prosedyrer som Kvalitetsutvalget i NBF redigerte. Unge og eldre pediater og mange øvrige norske medisinerere har i stor grad benyttet denne boken i sitt daglige arbeid med syke barn. Boken er for øvrig under revidering og ventes utgitt i løpet av kort tid sammen med en «Veileder i generell pediatri».

Det er nylig avholdt en nasjonal konferanse om etablering av «Norsk nyfødtdisinsk nettverk» som illustrerer behov for og muligheter ved faglig konsensus. Dersom det norske neonatologiske miljøet etablerer og bruker felles definisjoner i neonatologien, vil det være lettere å lage en felles nasjonal veileder i neonatologi. Disse vil i sin tur gi meget gode muligheter for å etablere et norsk nyfødtderegister som vil være base for kvalitetsforbedrende tiltak. Videre vil et slikt register være en meget verdifull base for epidemiologisk forskning på en komplett nasjonal populasjon. For å lykkes med etableringen av et slikt register tror jeg personlig at utfordringen ligger mer på det kulturelle plan enn det rent faglige, fordi vi i Norge har beskjeden tradisjon på å utvikle faglig konsensus.

Dersom vi makter å etablere den nødvendige faglig konsensus, tror jeg det ville være lettere å oppnå konsensus på spørsmål også av organisatorisk art. I en kultur med større grad av konsensus tror jeg det også ville være lettere å presentere pediatrien med tyngde i en tid hvor vi må kjempe om midler til våre syke barn nasjonalt og lokalt.

Det flotte faget Pediatri ville gå enda lysere tider i møte.

Kollegial hilsen,

JØRGEN HURUM

LEDER NORSK BARNELEGEFORENING