



PAIDOS

TIDSSKRIFT FOR NORSK BARNELEGEFORENING

OKTOBER 2004

ÅRGANG 22

SIDE 57-76



PAIDOS

TIDSSKRIFT FOR NORSK BARNELEGEFORENING

OKTOBER 2004 ÅRGANG 22 SIDE 57-76

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

Blåreseptordningen er under press. Enkelte legemidler som tidligere automatisk ble refundert, krever nå separat søknad til det lokale trygdekontoret.

Dette gir grunn til bekymring på flere plan, også for pediatere. For det er første er familier til kronisk syke barn hardt nok belastet i utgangspunktet; det siste de trenger er nok en byråkratisk hinderløype der man må frykte lang saksbehandlingstid og varierende praksis i ulike kommuner. For det andre undermineres tilliten til det offentlige; helseforvaltningen er tross alt til for befolkningen, ikke omvendt.

I forhold til syke barn – og pasienten i sin alminnelighet – er det statens oppgave å bruke penger, ikke spare på dem. Enkelte helsepolitikere og -byråkrater trenger tydeligvis stadig å bli minnet om dét.

VEGARD BRUUN WYLLER

REDAKTØR

INNHold

- | | |
|---|---|
| <p>59 Ibuprofen (Pedeia) - godkjent til behandling av PDA hos premature
SISSEL NYGAARD
LEIF BRUNVAND</p> <p>60 Subgruppene - hvem og hvor er de?
THOMAS MÖLLER</p> <p>61 Molekylær immunpatologi av barneastma og effekt av kortisonbehandling
VASILIKI GEMOU-ENGESÆTH</p> <p>62 Barneklubben i Trondheim
GUDMUND MARHAUG</p> <p>63 Nyfødtmedisin ved St. Olavs hospital
HANNE FARSTAD</p> <p>64 Akutt sykt spedbarn med uklar klinikk
HÅKON BERGSENG
STEIN E. HAUGEN</p> <p>66 Barnekreftenheten
SVEIN KOLMANNskog
RANDI NYGAARD</p> <p>66 Uvanlig årsak til ITP
MARIE GRØNDAHL BECH
BENDIK LUND
ERLING J. MOE</p> | <p>68 «Reumateamet»
MARITE RYGG</p> <p>68 Uvanlig årsak til alvorlig anemi
SIRI-ANN NYRNES
MARITE RYGG</p> <p>70 Hva skjer blant europeiske barneleger?
HANS JACOB BANGSTAD
LEIF BRUNVAND</p> <p>73 Hemofagocytisk lymfocytose (HLH) - en diagnostisk og terapeutisk utfordring
BEATE HORSBERG ERIKSEN</p> <p>73 Æresmedlemmer i NBF</p> <p>74 Nasjonalt CP-register - fortsatt mulig å bli med!
GURO L. ANDERSEN</p> <p>73 Prosjektrapport om erfaringer hos foreldre til barn med sjeldne kromosomavvik
TRUDE RATH OLSEN</p> <p>76 Lederens spalte
JØRGEN HURUM</p> |
|---|---|

Ibuprofen (Pedea®) – godkjent til behandling av PDA hos premature

Den 29. juli 2004 ble ibuprofen godkjent internasjonalt og i Norge til behandling av persisterende ductus arteriosus (PDA) hos premature barn. Som kjent er PDA et relativt hyppig problem hos premature. En hemodynamisk signifikant ductus ses hos opptil 50 % av dem med fødselsvekt under 1000 g, og hos 30 % ved fødselsvekt under 1500 g. Dersom ductus gir hemodynamisk påvirkning, bør den behandles.

Behandlingen av en signifikant PDA kan være enten medikamentell eller kirurgisk med klips. Indometacin har hittil vært den konvensjonelle medikamentelle behandlingen av PDA i Norge. Dette er en prostaglandinsyntesehemmer som har vært brukt siden 1976, men som aldri har vært godkjent og registrert med indikasjon PDA hos premature. Legemiddelet er i tillegg forbundet med potensielt alvorlige bivirkninger og komplikasjoner; blant annet reduserer det perfusjonen til hjerne, nyrer og tarm. Av denne grunn har en nyere prostaglandinsyntesehemmer vært i søkelyset som et alternativ til indometacin.

I løpet av en 10-årsperiode har det vært utført flere internasjonale studier på ibuprofen, der man har sammenliknet effekt, toleranse og bivirkninger vis à vis indometacin. Studiene har vist at ibuprofen er like effektiv, samtidig som preparatet har en gunstigere bivirkningsprofil. På

nyfødtavdelingen på Ullevål Universitetssykehus har vi siden februar 2001 behandlet premature barn med behov for lukning av ductus med ibuprofen. Dette ble gjort som ledd i et forskningsprosjekt, der man blant annet konkluderte med at ductus ble lukket hos 80 %, og at det var få bivirkninger.

Resultatet av studien, som har vært utført internasjonalt mht ibuprofen, har ført til at EMEA (the European Agency for the Evaluation of Medicinal products) har godkjent og anbefalt produksjon og markedsføring av ibuprofen til intravenøs behandling av PDA hos premature. Medikamentet produseres av legemiddelprodusenten Orphan Europe SARL under navnet Pedea®. Indikasjonen er hemodynamisk signifikant persisterende ductus hos premature, nyfødte spedbarn med gestasjonsalder under 34 uker. Medikamentet foreligger som injeksjonsvæske 5mg/ml, og skal gis tre ganger med 24 timers intervaller i dosene 10mg/kg, 5mg/kg og 5mg/kg. Dersom ductus ikke er lukket eller reåpnes 48 timer etter siste dose, kan en ny kur gis. Deretter må man vurdere kirurgi hvis ductus fortsatt er signifikant.

Kontraindikasjoner mot behandling med ibuprofen er ductusavhengig hjertefeil, livstruende infeksjon, aktiv blødning (særlig intrakraniell eller gastrointestinal),

trombocytopeni/koagulasjonsforstyrrelser, kjent/mistenkt NEC, samt overfølsomhet overfor ibuprofen eller noen av hjelpestoffene. Pulmonal hypertensjon skal dessuten utelukkes før oppstart av behandling, da det er rapportert tilfeller med alvorlig hypoksi og pulmonal hypertensjon innen én time etter oppstart. Dette ble sett ved profylaktisk behandling innen 6 timer etter fødsel. Legemiddelet bør i det hele tatt ikke gis som profylaktisk behandling, da dette har vært assosiert med økte pulmonale og renale bivirkninger.

Ibuprofen har også vist seg å fortrenge bilirubin fra dets bindesete på albumin in vitro, hvilket kan øke risikoen for bilirubinencefalopati. Dette er ikke så uttalt som først antatt, og vi har valgt å gi behandling med ibuprofen på tross av bilirubin på lysgrensen, så lenge konsentrasjonen ikke ligger langt over eller er raskt stigende. Videre kan legemiddelet redusere effekten av diuretika, noe som igjen kan øke nefrotoksiteten av ibuprofen hos dehydrerte pasienter. Endelig kan ibuprofen øke effekten av antikoagulatia og dermed gi betydelig risiko for blødning; tilsvarende interaksjon skjer ved samtidig steroidebruk og inhalasjon av NO-gass.

Ibuprofen bør etter vår mening fra nå av erstatte indometacin som medikamentell behandling av PDA hos premature. Spesielt må dette være riktig etter at behandling med ibuprofen er blitt godkjent av Statens Legemiddelkontroll, noe indometacin ikke er.

SISSEL NYGAARD
LEIF BRUNVAND

KVINNE/BARN-KLINIKKEN
ULLEVÅL UNIVERSITETSSYKEHUS, OSLO

Litteratur

1. Ibuprofen i.v. Orphan Europe, Physicians brochure. Januar 2004.
2. Paola Lago et al. Safety and efficiency of ibuprofen versus indomethacin in preterm infants treated for patent ductus arteriosus: a randomised trial. *Eur J Pediatr* 2002; 161:202-7.
3. Van Overmeire B et al. A comparison of ibuprofen and indomethacin for closure of patent ductus arteriosus. *N Engl J Med* 2000; 343: 674-81.
4. Patel J et al. Randomized double-blind controlled trial comparing the effects of ibuprofen with indomethacin on cerebral hemodynamics in preterm infants with patent ductus arteriosus. *Pediatr Research* 2000; 47:36-42.
5. Mosca F et al. Comparative evaluation of the effects of indomethacin and ibuprofen on cerebral perfusion and oxygenation in preterm infants with patent ductus arteriosus. *J Pediatr* 1997; 131, 549-54.
6. Pezzati M et al. Effects of indomethacin and ibuprofen on mesenteric and renal blood flow in preterm infants with patent ductus arteriosus. *J Pediatr* 1999; 135: 733-8.

DEBATT

Subgruppene – hvem og hvor er de?

Subgruppene eller interessegruppene i NBF er høyst forskjellige: noen er store, noen små, noen er velorganiserte, andre er udefinerte, noen har møter, andre har bare planer, noen er levende, andre er steindøde. Dette er ment som en liten brannfakkell - en innleder til debatt. Subgruppelederne utfordres herved til å svare i Paidos. Debatten vil også finne sted under styrets time på pediaterdagene i Trondheim, som vil omhandle *temaet subgrupper*.

Interessegruppene eller subgruppene er det bærende element i NBF's faglige arbeid og tyngde. Subgruppearbeidet er forankret i NBF's lover. Gruppene arbeider ikke tilfeldig; lederne velges (de fleste...), og gruppene beretter om sin aktivitet i årsmeldingen.

Subgruppene har en faglig og en sosial funksjon. Den faglige funksjonen rommer diskusjoner og utveksling. I noen saker (høringer, retningslinjer) kan subgruppen opptre og uttale seg på vegne av moderforeningen. Dette krever en viss struktur og legitimitet. Sosialt sett er det viktig å gi subspecialistene en tilhørighet og et fellesskap utover faget. Både faglig og sosialt har subgruppene også en oppgave innen rekruttering av nye subspecialister; disse skal føle seg ønsket og skal finne et faglig ståsted i miljøet.

Som fortsatt relativt ungt medlem i NBF husker jeg mine tidlige forsøk å finne ut hva subgruppearbeid egentlig dreide seg om. Eneste inngangsport var å delta på de subgruppemøtene som fant sted på

NBF-møtene. Og det var ikke på mitt første NBF-møte at jeg torde å sette meg sammen med "de store gutta"; det var tilsynelatende ikke ment å være noe som man bare lukter på som fersk utdanningskandidat med interesse for en subspecialitet.

Det er ikke så lett å følge med på det som skjer innenfor subgruppene, ikke engang for et styremedlem. Utvekslingen innenfor gruppene foregår direkte mellom medlemmene. Enten det skjer per post eller elektronisk – det dreier seg i hovedsak om *lukkede rom*. Dette er riktig og viktig i noen sammenhenger. Men det er også viktig med åpenhet og transparens. Subgruppemøtene bør legges opp slik at også de yngste føler seg velkommen og blir tatt med. Gruppene bør finne et forum for å legge ut informasjon om seg og sitt arbeid, som interesserte kan delta i uten å være med i de innerste sirkler. Både Paidos og PedWeb står til disposisjon for subgruppene. Neonatologene har f.eks. nylig kommet med sitt eget blad *NeoNytt*, som også kan lastes ned fra PedWeb. En utfordring for noen subgrupper er at den (halv-)årlige utveksling skjer andre steder enn på subgruppemøtene i forbindelse med Vårmettet eller Pediaterdagene. Astma/allergi-gruppen har bl.a. Voksentoppenseminaret. Kardiologene har sine godt besøkte samarbeidsmøter to ganger årlig i Rikshospitalets regi. Og det er sikkert flere subspecialister som møtes på samme vis. I disse tilfellene er det etter min mening på sin plass å spørre

om ikke subgruppene bør søke nærmere tilknytning til disse møtearenaer.

Selvfølgelig skriver jeg fra nettstedets synsvinkel. Jeg mener at internett hadde vært en perfekt plattform for å føre dialogen i en subgruppe. Dokumentasjon og informasjon kan legges ut for alle interesserte, det kan føres diskusjoner i debattforumet. Hvis det ønskes kan også det lukkede mailforum (epostgruppen) benyttes. Det er kun fantasien som setter grenser for bruken av subgruppesidene på PedWeb. Men jeg lurer på om også generasjonsforskjellene i forhold til IT-bruk setter grenser. Ingen av subgruppelederne har så langt svart på utfordringen om å lage sine egne nettsider under PedWeb. Og jeg har fått høre at dette ikke bare skyldes at alle har – som vanlig - ”mer enn nok å gjøre”, men at forklaringen også er en viss terskel for å sette igang med slikt på internett.

Jeg utfordrer derfor alle subspecialitetsinteresserte uten datavegring: Kan du tenke deg å lage en webside for ”din” subgruppe, så ta kontakt med meg. Helt vanlige datakunnskaper er nok; ingen programmering eller webdesign kreves. Jeg tror neppe at vi vil få rikholdige subgruppesider innen områder som er godt representert på nettet fra før, som f.eks. astma/allergi. Men kanskje noen tar akkurat denne utfordringen?

Hvem og hvor subgruppene er må de kanskje svare på selv. Styret i NBF mener at vi trenger en diskusjon om subgruppene. Kom på styrets time i Trondheim i oktober, følg med i Paidos og på PedWeb.

THOMAS MÖLLER, NETTREDAKTØR

WWW.BARNELEGEFORENINGEN.NO

DOKTORAVHANDLING

Molekylær immunpatologi av barneastma og effekt av kortisonbehandling

Selv om astma er den hyppigste kroniske sykdom hos barn, er cellulære og molekylære immunopatologiske mekanismer relativt lite studert sammenliknet med astma hos voksne. Målsettingen med doktorgradsarbeidet var å øke forståelsen av sammenhengen mellom T-celler (TLC) og deres produkter, cytokiner eller interleukiner (IL), som er ansvarlig for tegn og symptomer ved astma og allergiske sykdommer hos barn. På lengre sikt er målet å finne fram til bedre behandlingsformer for denne sykdomsgruppen.

Avhandlingen består av 6 artikler. Resultatene støtter hypotesen om at forverret astma er assosiert med TLC-aktivering i blodet. Slike aktiverede celler produserer cytokiner som IL-5, som gir signaler til andre betennelsesceller, særlig eosinofile granulocytter, og får disse til å sette i gang patologiske prosesser i luftveiene hos astmatikere. Man kan observere betennelsesforandringer som følge av aktivering av TLC, når disse kommer i kontakt med stoffer som kroppen reagerer allergisk mot. Vi har også vist at vellykket behandling av astma med glukokortikoider var assosiert med redusert TLC-aktivering og produksjon av IL-5, samt reduksjon av eosinofile celler. Videre fant vi at CD4-, men ikke CD8-TLC er ansvarlig for produksjonen av IL-5 og andre relevante cytokiner som er viktige for overlevelsen av eosinofile hos voksne med astma. Glukokortikoidbehandling har gitt reduksjon av CD4-TLC som

uttrykker mRNA for IL-5, IL-3 og GM-CSF, samt reduksjon av tilsvarende proteiner. Vi har også vist at ved astma hos barn er CD4- og CD8-TLC aktiverte. Betennelse er sannsynligvis et resultat av TLC-aktivering når disse cellene kommer i kontakt med allergener. Funnene tyder på at graden av TLC-aktivering i blodet hos barna samsvarer med astmaens alvorlighetsgrad. Vi fant også at både hos allergiske og ikke-allergiske astmatiske barn viste T-celler tegn til aktivering og økt produksjon av Th2-type cytokiner, sammenliknet med kontroller uten astma. Ved behandling med glukokortikoidinhalasjoner, der astmatiske barn i etterkant ble bedømt som bedre utfra symptomer og lungefunksjonsmåling, viste TLC også redusert aktivering og lavere produksjon av cytokiner.

Disse studiene er de første som gir informasjon om slike mekanismer på cellulært og molekylært nivå hos barn med astma. De bekrefter at glukokortikoider er effektiv behandling av astma, og sannsynliggjør at nye behandlingsformer rettet mot T-celler og cytokiner kan være effektive ved barneastma.

VASILIKI GEMOU-ENGESÆTH,
OVERLEGE DR.MED.

BARNESENTERET
ULLEVÅL UNIVERSITETSSYKEHUS, OSLO

Barneklubnikken i Trondheim

Sykehusstafetten er i dette nummeret av Paidos kommet til barneavdelingen ved St. Olavs hospital i Trondheim, som også er vertskap for høstens pediaterdager. Avdelingen presenterer her noen av sine satsningsområder, samt hele tre lærerike kasuistikker om henholdsvis nyfødtmedisin, onkologi og revmatologi.

Barneklubnikken ved tidligere Regionsykehuset i Trondheim, nå St. Olavs Hospital HF, har faglig og størrelsesmessig utviklet seg i takt med befolkningens behov, men også i nært samarbeid med Det medisinske fakultet, NTNU. Avdelingen har siden slutten av 1960 årene gått fra å være en sentralsykehusavdeling til en moderne universitetsklinikk, der halvparten av avdelingens overleger har disputert for den medisinske doktorgrad.

Avdelingen gir et tilnærmet komplett spesialisthelsetjenestetilbud, med unntak av transplantasjoner, hjertekirurgi og behandling av akutt

lungesvikt. Et nært samarbeid med Nasjonalt senter for fosterdiagnostikk har vært et av grunnlagene for en flerregional funksjon i nyfødtkirurgi. Barnekirurgi er organisert som egen seksjon, der legene er tilsatt ved kirurgisk avdeling, men har sitt daglige arbeid i barneklubnikken, som også har døgnseger og dagsenger for kirurgiske pasienter.

Avdelingen for øvrig er seksjonert i to seksjoner for inneliggende pедиатriske pasienter, en seksjon for akuttbehandling og nyfødtintensiv, og en seksjon for poliklinikk og dagbehandling. Avdelingen er sammen med Kvinneklubnikken og Avdeling for

laboratoriemedisin i universitetssystemet organisert som eget institutt, noe som har vært en viktig stimulans for forskningssamarbeid mellom klinisk pediatri og laboratoriefagene. Avdelingens forskning har også tidligere vært drevet i nært samarbeid med andre avdelinger. I senere tid har avdelingen hatt forskningsfokus på infeksjonsproblematikk og infeksjonsimmunologi, oppfølging av barn med lav fødselsvekt, barnerevmatologi (først og fremst epidemiologi), barnenevrologi og seksuelt misbruk. Siste etablerte behandlingstilbud er et tilbud til overvektige barn, noe som i løpet av 2004 også vil danne basis for flere forskningsprosjekter.

Et nytt kvinne-barn-senter er i disse dager under bygging som en del av første fase i utbyggingen av nytt universitetssykehus i Trondheim. Innflytting er planlagt årsskiftet 2005/2006. Senteret får en totalramme på brutto 31 000 kvm, og skal inneholde nåværende kvinneklubnikk og samtlige medisinske og kirurgiske tilbud til barn i regionen. Samtlige inneliggende barn under 18 år blir samlet i senteret. Diskusjonen om samling av alle barna var lang og vanskelig, og gikk over år i planleggingsfasen. Alle tilbud til barn skal nå kunne gis i senteret som har egen operasjons og billeddiagnostisk enhet (inkludert MR), og ligger meget nært til laboratoriesenteret. Senteret

NØKKELTALL FOR BARNEKLINIKKEN, ST. OLAVS HOSPITAL

<i>Barnepopulasjon (under 16 år)</i>	Sentralsykehusfunksjon	55 000
	Regionsykehusfunksjon	135 000
<i>Antall døgnseger</i>		69
<i>Herav kuvøser</i>		21
<i>Antall innleggelser</i>		3000
<i>Antall polikliniske besøk/dagbehandlinger</i>		12 500
<i>Antall ansatte</i>		ca 300
<i>Antall overleger i hel stilling</i>		20
<i>Herav universitetstilknyttet</i>		4
<i>Antall overleger i bistilling</i>		4
<i>Herav universitetstilknyttet</i>		4
<i>Assistentleger</i>		13



har i tillegg til de kliniske funksjoner vel 20% universitetsareal vel tilrettelagt for integrert undervisning og eksperimentell laboratorie-forskning.

Senteret får 21 nyfødsenger, hvorav 7 intensivsenger; nok til å dekke hele behovet i Region Midt-Norge. Det etableres videre en egen mottaksenhet med fire observasjonssenger for barn. I nær tilknytning til operasjon får vi også en egen barneintensivsenhet med intensivsenger, tung overvåkning og recovery. Samtlige inneliggende pasienter på ordinær sengepost vil få enerom med plass til foreldre og barn. To enerom deler bad. Det blir etablert en enhet for infeksjoner, en for kreftbehandling, en for ortopedi/revmatologi/nevrologi, en for kirurgi/nevrokirurgi og en for generell pediatri. Skillet mellom inneliggende pasienter, dagpasienter og polikliniske pasienter skal bygges ned slik at all virksomhet gjøres i enheter som til nå har arbeidsbetegnelsen "program". Alle pasienter som har vært innlagt skal komme tilbake til samme enheten for oppfølging når det er nødvendig. På den måte sikres personalkontinuitet gjennom hele pasientforløpet. Senteret får egen enhet for ergoterapi, fysioterapi og sosionomtjeneste. I nåværende avdeling har trygdeetaten etablert et eget kontor, og denne tjenesten vil bli videreført i det nye senteret.

St. Olavs Hospital HF omfatter nå også psykisk helsevern. Som en del av denne fusjonen har BUP etablert en egen enhet i nåværende avdeling med et behandlingsteam på fire personer. Dette vil bli øket til åtte behandlerstillinger i det nye senteret. Totalt vil barnedelen av det nye kvinne-barn-senteret få vel 400 ansatte, i tillegg til studenter og universitetsansatte.

Det nye senteret vil ha et stort antall nye teknologiske løsninger, først

og fremst innen informasjons-teknologi. Ved innflytting i senteret vil barn i Midt-Norge få sine behandlingstilbud i Europas mest moderne barnesykehus!

GUDMUND MARHAUG,
AVDELINGSSJEF/PROFESSOR

AVDELING FOR BARN OG UNGDOM
ST. OLAVS HOSPITAL
UNIVERSITETSSYKEHUSET I TRONDHEIM

Nyfødtmedisin ved St. Olavs Hospital

Nyfødt Intensiv Seksjonen (NISE) på St. Olavs Hospital har 21 senger, hvorav 7 er intensivsenger, 7 er til overvåkning og 7 er observasjonssenger. Seksjonen har lenge gått under navnet Kuvøsen, men vi behandler mange barn som ikke ligger i kuvøse, og ønsker derfor med navneendring å fokusere på at vi driver med intensivmedisin for syke nyfødte.

Seksjonen er delt inn i to hovedrom, et stort intensivrom med 14 senger og en "sengestue" med 7 senger. I tillegg har vi et isolat, hvor vi kan legge barn med smittsomme virussykdommer, fra egen post eller andre poster. Hit kan vi også flytte barn når man har valgt å avslutte behandlingen, slik at familien kan være samlet under avslutningen, ved eventuell dåp, og etter døden. Vi har også to "uterom", som tilbys mødre hvis barn nærmer seg hjemreise, slik at mor og barn kan være sammen og trene på fullamning. Foreldrene kan dermed gradvis forberede seg på overta hele ansvaret for den lille.

Vi har knapt 500 innleggelseser i året, hvorav ca. 25 med en fødselsvekt under 1000 gram. I gruppen 1000-1500g er det drøyt 30 barn per år, og 110 barn veier mellom 1500 og 2500g. Nedslagsfeltet er Nord- og Sør-Trøndelag, med noen innleggelseser fra

Møre og Romsdal og Nordland. De minste premature fra Nord-Trøndelag blir overflyttet til Sykehuset Levanger så snart de er stabile nok til det. Seksjonen er også regionalt senter for nyfødtkirurgi, og tar imot nyfødte med medfødte misdannelser fra Midt-Norge og Nord-Norge, og en del fra Rogaland via Nasjonalt Senter for Fostermedisin (NSFM). Omkring 40 barn i året blir innlagt primært på grunn av medfødte misdannelser. Disse barna ligger på NISE pre- og postoperativt, og det er et nært samarbeid mellom barnekirurg og barnelege. De minste premature som trenger kirurgi blir ofte operert inne på avdelingen. En del barn fra andre regioner blir også født i Trondheim på grunn av den prenatale overvåkingen ved NSFM, for eksempel tvillinger med transfusjonssyndrom, hydrops fetalis av ukjent årsak, og andre uavklarte tilstander hvor behov for intensiv overvåkning av svangerskapet fører til at fødselen skjer her.

NISE er den største seksjonen ved Avdeling for barn og ungdom når det gjelder personale. Vi har drøyt 100 stillinger, hvorav 5 faste overleger og en assistentlege med fordypning i nyfødtmedisin. I tillegg har vi 1-2 assistentleger i rotasjon. Seksjonen har egen neonatal bakvaktsordning, som for tiden er 7-delt. I tillegg til postens





faste leger medvirker kolleger med hovedstilling på universitetet og bistilling i klinikken til dette vaksjiktet. To av våre faste overleger har doktorgrad, og en tredje skal forsvare sin i nær fremtid. De "eksterne" neonatologene (vaktgående universitetsansatte) har også doktorgrad, og en er nylig blitt stipendiat. Den vitenskapelige kompetansen er dermed god, og dette reflekteres i at det til enhver tid foregår forskningsprosjekter på avdelingen. Av pågående prosjekter kan nevnes fysioterapeut Lars Addes studie av General Movements (GM), der en forsøker å gjenkjenne bevegelsesmønstre elektronisk; her er bl.a. Ragnhild Støen veileder. Videre er det grunn til å fremheve Mia Hafstrøms studie av non-nutritiv sugeteknikk som en del av vurderingen av nevrologisk status og utvikling.

Det drives naturligvis undervisning av medisinstudenter i en universitetsavdeling. I tillegg drives omfattende undervisning innenfor den såkalte NIS-skolen, som er et prosjekt for etterutdanning i neonatal sykepleie. Både avdelingens leger og særlig sykepleiere bidrar til denne undervisningen, og prosjektet støttes av Sosial- og Helsedirektoratet.

Oppfølging av premature og andre er en stor og viktig del av virksomheten, og er organisert i Oppfølgingsprogrammet. To neonatologer har ansvaret for denne virksomheten. Her følges alle premature med fødselsvekt <1000g og/eller gestasjonsalder <28 uker. I tillegg følges andre barn med høy risiko for nevrologisk sekvele, som barn med alvorlig asfyksi, uavklarte syndromer, meningitt/annen alvorlig infeksjon i nyfødtp perioden, samt premature >1000g/28 uker med tilleggsrisiko.

Barna følges ved korrigeret alder 3 mnd (lege og fysioterapeut, om mulig GM/filming) og 9 mnd (lege, fysioterapeut og spesialpedagog felles). Deretter sees de evt. ved 15 mnd (lege, fysioterapeut og

spesialpedagog felles) etter individuell vurdering. Alle sees ved 2 års korrigeret alder, med lege, fysioterapeut og psykolog, og man gjør Bayleys test. Språkttest gjøres ved 3 års alder ved spesialpedagog. Til slutt gjøres en førskolekontroll vinteren før barna skal begynne på skolen (5-6 års alder), med psykolog, lege, fysioterapeut og ergoterapeut. Da gjøres også skolemodenhetsvurdering, og man kan eventuelt anbefale utsettelse av skolestart. Kontaktsykepleier for premature barn har den løpende kontakten med familiene underveis og ved kontrollene, og

initierer ekstra legekontroller ved behov. Knapt 20 barn rekrutteres årlig, 1-5 med andre diagnoser enn ekstrem prematuritet. De fleste er premature med tilleggsrisiko, men også terminbarn med ulike årsaker til høy risiko for utvikling av nevrologisk sekvele.

HANNE FARSTAD, SEKSJONSOVERLEGE

AVDELING FOR BARN OG UNGDOM
ST. OLAVS HOSPITAL
UNIVERSITETSSYKEHUSET I TRONDHEIM

Akutt sykt spedbarn med uklar klinikk

Vi presenterer et fire uker gammelt barn, født til termin med fødselsvekt 4 kg, som frem til det aktuelle stort sett hadde vært friskt. Noe plaget med gulpinger etter fødselen, men ikke sprutbrekninger, og hadde ikke hatt skrikeepisoder. Siste halve døgnet før innleggelsen hadde barnet spist mindre enn normal, og det ble henvist fra legevakten pga slapphet og dårlig allmenntilstand.

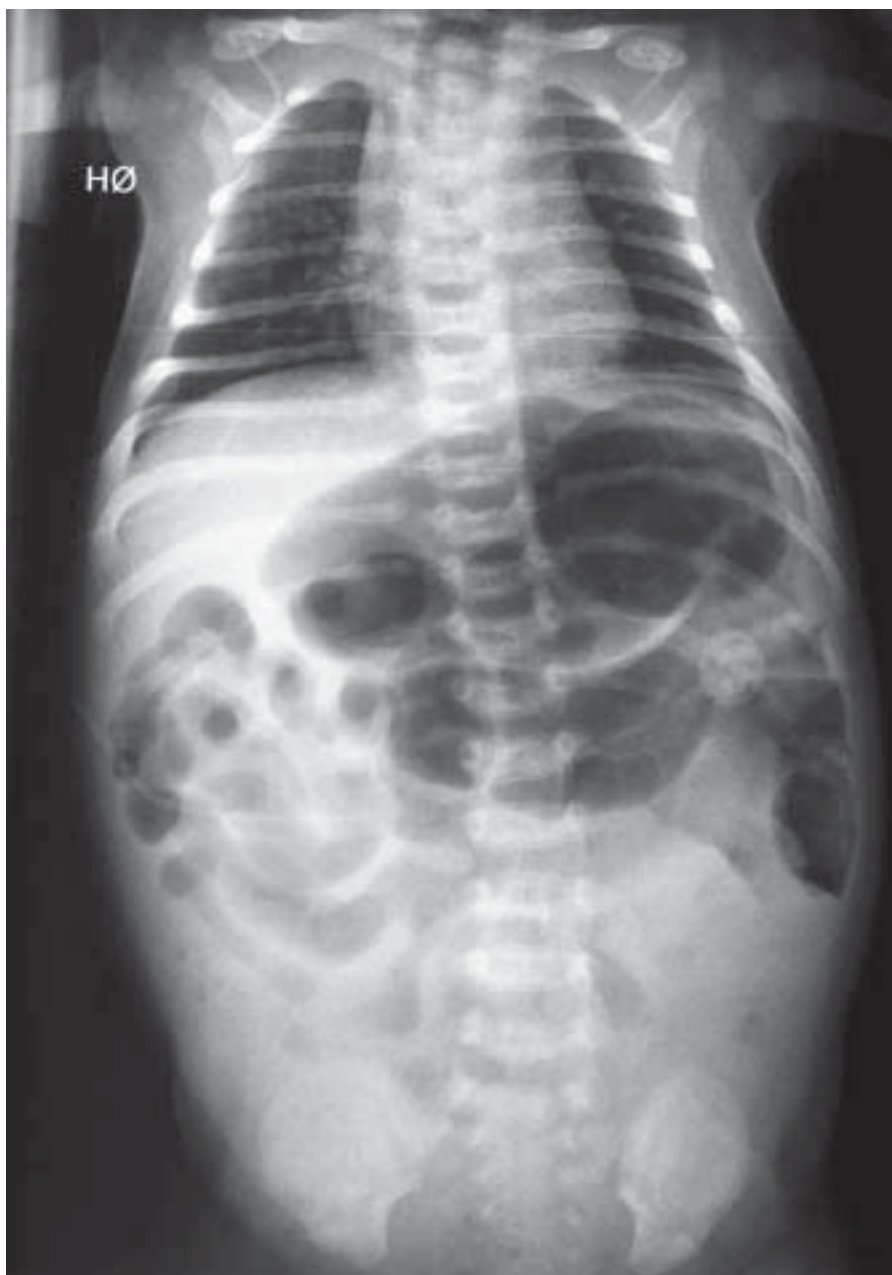
Ved innleggelsen var barnet blekt, slapt, hadde leppecyanose og ga ikke kontakt. Temperaturen var 36,1°C. Respirasjonsfrekvensen var litt rask, men det var ikke inndragninger, og heller ikke fremmedlyder over lungene. Oksygenmetningen var 89 %. Man fant normale hjertetoner, ingen bilyd, puls 180, og dårlig kapillærfylning. Blodtrykket var vanskelig å måle. Abdomen ble palpert bløt, tarmlydene var normale, og man hadde observert normalt avføring. Otoskopi og inspeksjon i svelget var uten anmerkninger.

Supplerende undersøkelser viste følgende verdier: pH 6,9, pCO₂ 11,6

kPa, BE -13 mmol/l, (kapillære verdier, arteriell kontroll viste pCO₂ 2,4 kPa), blodsukker 22 mmol/l, Hb 14,0 g/dl, leukocytter 19 x 10⁹ celler/l, trombocytter 400 x 10⁹ celler/l, CRP <5 mg/l, kreatinin 51 µmol/l.

Tilstanden ble vurdert som et septisk sjokk. Barnet fikk umiddelbart mye væske intravenøst (NaCl 0,9 %, 20 ml/kg i støt som ble gjentatt). Antibiotika ble gitt. Klinisk ble tilstanden bedre, og syre/baseverdiene ble også mer normale. Senere ble imidlertid acidosen forverret, med BE - 18 mmol/l og laktat opptil 18 mmol/l. I tillegg påviste man nå hyperkalemi (7,0 mmol/l) og hyperglykemi. Rtg. thorax og ultralyd av hjerte var begge normale; ultralyd abdomen ga ingen holdepunkter for invaginasjon, men avslørte lett ascites, samt ødem i tarmveggen. Rtg. oversikt abdomen viste mye luft med utvidete tarmslynger proksimale, kombinert med lite luft i distale tarmavsnitt.

En differensialdiagnose var metabolsk sykdom, og barnet fikk vitamin B₁₂, biotin og carnitin.



Klinikken bedret seg ikke, og barnet ble deretter laparatomert. Ved operasjonen fant man at nesten hele tynntarmen var svart og nekrotisk som følge av malrotasjon og volvulus. Pasienten ble vurdert som inoperabel og døde samme kveld.

Akutt volvulus

Akutt volvulus debuterer vanligvis med oppkast, initialt ofte normalfarget, deretter gallefarget; hematemese forekommer også. Barnet kan dessuten ha hatt episoder med oppkast og magesmerter i forkant. Smerter er vanlig, men kan være fraværende hos nyfødte og spedbarn under ett år.

Avføringen kan være normalt farget eller blodig.

Ved klinisk undersøkelse kan det initialt være sparsomme abdominalfunn. Etter hvert vil imidlertid buken bli utspent og trykkømt, og barnet fremstår sirkulatorisk påvirket med hypovolemi, evt. sjokk. Rtg. oversikt abdomen kan være normal, vise en jevnt "grå" abdomen (uten luft i tarm), eller vise utvidete tarmslynger.

I vårt tilfelle ble tilstanden oppfattet som et mulig septisk sjokk og barnet ble behandlet deretter. Høy pCO₂ var ikke utrykk for respiratorisk sykdom, men dårlig perifer sirkulasjon.

Behandlingen initialt hadde effekt, og det var lite alarmerende funn ved undersøkelse av abdomen (normal avføring ikke lenge før laparatomien). Dermed tok det tid før man mistenkte patologi i abdomen.

Dette gjelder generelt; uspesifikke symptomer og kliniske funn medfører stor risiko for at diagnosen ikke stilles før tarmgangren har inntrådt. Resultatet kan bli "kort tarm syndrom" eller død, slik som i vårt tilfelle.

HÅKON BERGSENG, STIPENDIAT/
SPESIALIST I PEDIATRI
STEIN E. HAUGEN,
SEKSJONSOVERLEGE I BARNEKIRURGI

AVDELING FOR BARN OG UNGDOM
ST. OLAVS HOSPITAL
UNIVERSITETSSYKEHUSET I TRONDHEIM
TRONDHEIM



Barnekreftenheten

Av omlag 140 nye tilfeller av barnekreft i Norge per år diagnostiseres *vel 20* i Midt-Norge. I absolutte tall er kreft hos barn en sjelden sykdom, men pasientgruppen utgjør likevel en relativ stor andel av belegget ved vår avdeling, som har det regionale hovedansvar for fagfeltet. Alle barn med kreft ved St. Olavs Hospital er samlet på en sengepost ved Avdeling for Barn og Ungdom, hva enten de har hematologiske maligniteter, hjernetumores eller solide svulster i andre organer. Ved denne posten er det også barn med en del ikke-onkologiske tilstander som ikke medfører noen smitterisiko (f.eks. hjertefeil, endokrine sykdommer, ernæringsvansker).

Den personalgruppen som har ansvar for barneonkologien dekker også "benigne" blodsykdommer, og ivaretar pasienter med immunologiske/revmatiske sykdommer på cytostatisk/immunmodulerende behandling.

Enheten har et meget godt samarbeid med barnekirurgisk seksjon, neurokirurger, ortopeder, intensiv/anestesiavdeling, laboratorier, stråleavdeling, billeddiagnostisk avdeling, psykolog, sosionomtjeneste og pedagoger. I tillegg har vi et utstrakt samarbeid med de andre barneavdelingene i Midt-Norge. Den initiale utredning og behandling foregår ved vår enhet, mens de andre barneavdelingene gir deler av behandlingen etter startfasen og bidrar i arbeidet med å diagnostisere og takle behandlingskomplikasjoner (infeksjoner, blødningsproblemer, ernæringsproblemer etc). Oppfølgingen etter endt behandling foregår også i samarbeid med de avdelingene hvor pasienten har lokaltilhørighet.

Behandlingsintensiteten har generelt økt betydelig innen barneonkologien de senere årene. Komplikasjoner under pågående behandling, samt seinskader etter at pasienten er ferdigbehandlet, krever økende innsats. Som ved de andre barnekreftenhetene i Norge har arbeidspresset vært stort. Man greier fortsatt å utføre en tilstrekkelig bra faglig utredning og behandling av pasientene. Vi føler imidlertid som i de øvrige barneonkologiske team i Norge at det kan skorte på kvaliteten når det gjelder oppfølging med tanke på seinskader. Det er også for lite tid til nettverksbygging, nødvendige faglige møter, registreringsarbeid i henhold til protokollkravene og tid til forskning på dette viktige feltet.

Vi ser fram til innflytting i nytt Kvinne-Barn-senter om vel et år. Der vil alle barn med kreft og blodsykdommer bli samlet på en enhet, uten å være samboere med

andre pasientgrupper. Vi er litt bekymret for at det påtenkte areal er i minste laget for å ivareta alle nødvendige funksjoner. Men det vil bli moderne, beskyttende isolater, samt kortere avstand til operasjonsstue og servicefunksjoner (billeddiagnostikk, anestesi, intensivdeling mm), enn hva tilfellet er idag. Ved å samle inneliggende pasienter, dagpasienter og til en viss grad polikliniske pasienter i samme område, håper vi å kunne arbeide mer rasjonelt i et moderne bygg.

SVEIN KOLMANNSSKOG,
SEKSJONSOVERLEGE/PROFESSOR
RANDI NYGAARD, OVERLEGE DR.
MED.

AVDELING FOR BARN OG UNGDOM
ST. OLAVS HOSPITAL
UNIVERSITETSSYKEHUSET I TRONDHEIM

Uvanlig årsak til ITP

En seks år gammel gutt av iranske foreldre ble innlagt for alvorlig trombocytopeni. Det siste året før innleggelsen hadde han vært mye syk; han hadde hatt uforklarlige feber-episoder, foruten luftveisinfeksjoner som krevde antibiotikakurer, han var slapp, og han tålte mindre fysisk aktivitet enn tidligere. Tonsillektomi ble foretatt et par måneder før aktuelle innleggelse. Noen uker etter operasjonen fikk han ny antibiotikakur for antatt pneumoni.

Tre dager før innleggelsen ved vår avdeling oppstod det hudblødninger, og senere fikk han langvarig neseblødning. Blodprøver viste lett anemi med Hb 9,0 g/dl, normalt antall og fordeling av hvite

blodlegemer, mens trombocytttetallet kun var 2×10^9 celler/l. Pasienten fikk trombocyttransfusjon uten effekt på konsentrasjonsverdien, og ble overflyttet vårt sykehus for videre utredning og behandling.

Ved innleggelsen var han i nedsatt allmenntilstand, lett febril, blek og med hudblødninger i form av petekkier og en del hematomer, men hadde ingen palpatorisk forstørrede lymfekjertler eller palpatorisk forstørret lever eller milt. Det var ikke blødninger i munnslimhinnene. De siste månedene hadde han hatt et vekttap på noen få kilo; dessuten var han plaget av nattesvette. Blodprøver viste Hb 9,5 g/dl, MCV/MCH lett redusert (mikrocytær anemi), leukocytter $5,2 \times$



10^9 celler/l, granulocytter $1,6 \times 10^9$ celler/l, ingen blastceller i blodutstryket, ferritin 71 $\mu\text{mol/l}$, CRP 66-90 mg/l, LD 343 U/l, negative serologiske tester. Røntgen thorax viste breddeforøket mediastinum og infiltrater.

Den akutte tilstanden ble oppfattet som antatt immunbetinget trombocytopeni. Pga slimhinneblødninger (neseblødninger) og vedvarende trombocytter $< 5 \times 10^9$ celler/l, ble pasienten gitt immunglobuliner 0,8 g/kg intravenøst. Første dose hadde kun moderat effekt på blodplatetallet, men andre dose som ble gitt tre dager senere hadde god effekt. Deretter har trombocytterne vært normale.

Pga de uttalte forandringene i thorax ble det foretatt videre utredning. Det ble ikke påvist maligne celler i beinmargen. Billeddiagnostisk utredning viste patologisk forstørrede lymfekjertler på halsen, dypt supraclaviculært, i hilus og også under diafragma. Milten var forstørret.

Åpen biopsi av lymfekjertel på halsen viste at det forelå Hodgkin's lymfom av typen nodulær sklerose. Ettersom pasienten hadde affeksjon av lymfekjertler på begge sider av diafragma, samt B-symptomer (feber, nattesvette, vekttap) og affisert milt, ble den endelige klassifiseringen stadium III SB (S for "spleen").

Det er startet behandling etter internasjonal protokoll for Hodgkin's lymfom, bestående av en rekke cellegiftkurer ("OEPA" og "COPDIC"-kurer). Pasienten vil også bli bestrålt mot de områdene hvor det opprinnelig var patologisk lymfekjertellev. Responsen har til nå vært veldig bra, og det har ikke vært noen problemer med trombocytverdiene under behandlingsforløpet.

Diskusjon

Hodgkin's sykdom (HD) er uvanlig i barnealderen, og ses spesielt sjelden før 5-årsalder. De vanligste tegnene på sykdommen er forstørrede lymfekjertler på halsen, men rundt 2/

3 har også affeksjon av mediastinum. Vår pasient har nok hatt symptomer og tegn på denne sykdommen et helt år før diagnosen ble stilt. Først etter innleggelsen ble det palpert forstørrede lymfekjertler på halsen. Ved diagnosetidspunktet hadde han en svært uvanlig debutform av sykdommen, nemlig immunbetinget trombocytopeni. Det er bare 1-2 % av pasientene med HD som har uttalt trombocytopeni når diagnosen stilles. De skal ha samme behandling som andre ITP-pasienter, og responsen er like god. HD kan også være forbundet med andre autoimmuniteter, slik som hemolytisk anemi og neutropeni.

MARIE GRØNDAHL BECH
BENDIK LUND
ERLING J. MOE

AVDELING FOR BARN OG UNGDOM
ST. OLAVS HOSPITAL
UNIVERSITETSSYKEHUSET I TRONDHEIM



“Reumateamet”

Barneleddgikt og andre sjeldne reumatiske sykdommer har en insidens på ca 20-25/100.000 barn/år. Vi mottar årlig 15-20 barn med nyoppstått barneleddgikt. Til enhver tid har vi 120-150 barn under oppfølging. I tillegg kommer barn med sjeldne tilstander som SLE, juvenil dermatomyositt, sarkoidose og sklerodermi. Vi samarbeider også med øyelegene om barn med behandlingsrefraktære uveitter som trenger systembehandling.

Tverrfaglighet og teamarbeid er et nøkkelord i behandling og oppfølging av reumabarna. Barn fra hele helseregion Midt Norge har hatt et tverrfaglig tilbud på St. Olavs hospital siden 1996 da ”Reumateamet” ble opprettet. Dette omfatter heltidsansatt fysioterapeut, ergoterapeut og kontaktsykepleier. Sosionom deltar regelmessig på teamets ukentlige møter. Det er etablert et tett samarbeid med øyelege med spesialkompetanse på uveitter. Teamet har tilknyttet tre overleger og én assistentlege med barne-reumatologisk kompetanse, hvorav to med forskningskompetanse og erfaring fra epidemiologisk barneleddgiktsforskning. Siden 1997 har vi deltatt i en nordisk multisenterstudie på insidens og forløp av barneleddgikt i de nordiske landene. I tillegg pågår det stadig mindre prosjekter med utgangspunkt i reumateamets virksomhet. Vi samarbeider med regionens øvrige barneavdelinger både med tilbud om kompetansebyggende virksomhet og i direkte pasientoppfølging. Vi har også utviklet et flerregionalt samarbeid spesielt med helseregion Nord og Vest.

Etter mange tiår der lite skjedde i reumabehandlingen, har utviklingen det siste tiåret gått raskt framover. Internasjonalt har tettere forskningssamarbeid brakt ny kunnskap både om epidemiologi, sykdomsforløp og behandlingseffekt. Basalforskningen har samtidig resultert i nye, lovende biologiske medikamenter. Teamet har bygget opp tilbud som omfatter bruk av TNFα-blokkere (etanercept og infliximab) og CD20-antistoff (rituximab). Slik behandling brukes ved alvorlig barneleddgikt, uveitter, kutan sarkoidose og behandlingsrefraktær autoimmun hemolytisk anemi og trombocytopeni; de sistnevnte i nært samarbeid med barnekreftenheten. Moderne reumabehandling kan idag være svært intensiv. Uten personale med erfaring fra onkologiske kurer hadde behandlingen av enkelte av

våre reumapasierter ikke vært mulig å gjennomføre (f.eks. pasienten i kasuistikken).

I det nye senteret skal vi ha tilhold sammen med ortopedi og nevrologi. Flere dagpasientplasser, samt egen barneanestesi og –operativ virksomhet, vil forhåpentligvis lette tilgangen på anestesi til leddpunksjoner for steroidinstillinger. Samarbeid med ortopedene om grensekasus mellom de to spesialitetene vil også kunne forenkles. Ellers ønsker vi ytterligere å styrke samarbeidet i regionen, nasjonalt og internasjonalt.

MARITE RYGG, FØRSTEAMANUENSIS/
OVERLEGE

AVDELING FOR BARN OG UNGDOM
ST. OLAVS HOSPITAL
UNIVERSITETSSYKEHUSET I TRONDHEIM

Uvanlig årsak til alvorlig anemi

En 13 år gammel jente ble overført fra annet sykehus med alvorlig anemi og mistanke om levkemi. I løpet av det siste halvåret var hun blitt i dårligere form og tung i pusten ved anstrengelser. Ett år tidligere hadde hun hatt en spyttkjertelinfeksjon i forbindelse med tannregulering. I etterkant av dette hadde hun stadig merket litt hevelse i spyttkjertlene om morgenen. Ellers hadde hun vært frisk.

Ved undersøkelse var hun blek med bilateral lett parotishevelse; for øvrig hadde hun normal organstatus. Blodprøver viste Hb 5,8 g/dl, levkocytter $5,9 \times 10^9$ celler/l, trombocytter 461×10^9 celler/l, MCV 60 fl, MCH 18 pg, ferritin 154 µg/l, jern 3,6 µmol/l, TIBC 106 %, normale

verdier for folat og vitamin B₁₂, CRP <5 mg/l, SR 68 mm. Perifer blodutstryk viste mikrocytær, hypokrom anemi.

Onkologene konkluderte med at pasienten ikke hadde levkemi, og benmargutstryk ble seponert. Pga ekstrem jernmangelanemi lette man videre etter blødningsfokus. Urinstiks var negativ, man påviste ikke blod i avføring, og pasienten hadde ikke hatt menarke. Rtg thorax viste spredte, diffuse infiltrater. Infeksjonsstatus var negativ. Immunologisk utredning avdekket sterkt positiv ANA (5120), anti-SSA og anti-SSB, samt svakt positiv anti-RNP og Coombs test. ANCA og anti-cardiolipin var negative, total-IgG var 31,2 g/l, komplementverdiene var normale.

Endelig fant man lett økt amylase, mens kreatinin og ALAT var normale. MR-undersøkelse av parotiskjertlene viste hevelse og multiple mikrocyster. Spyttkjertelbiopsi konkluderte med ductektasier og kronisk inflammasjon. HR-CT thorax avslørte diffuse interstitielle infiltrater, såkalte "mattglass-forandringer". Ved bronkoskopi fant man hemoragiske og eccymotiske lesjoner med pågående frisk blødning, noe som innebar at man ikke turte å ta biopsier.

Man startet behandling med ukentlig intravenøs høydose metylprednisolon og cyclofosamid, samt daglig perorale steroider. Noen uker senere fikk pasienten imidlertid en alvorlig residivblødning med dyspne og hemoptyse. Behandlingen ble da supplert med hydroxyklorokin, samt ukentlig subkutane injeksjoner med metotreksat. Etter totalt ca 15 gram cyclofosamid (20 kurer), startet hun vedlikeholdsbehandling med mykofenolatmofetil, cyclosporin A og lavdose steroider. Bortsett fra de tre første oppholdene med utredning og behandling for pågående lungeblødning, som varte fra 4 til 10 dager, har hun kun hatt ett-døgns innleggelse for kur under hele forløpet, og har ellers levd hjemme med et tilnærmet normalt tenåringsliv. Hun har bare vært minimalt cushingpreget.

Diskusjon

Diffus alveolær blødning er en sjelden og potensielt livstruende tilstand som kan komplisere en rekke autoimmune sykdommer, og som også kan utløses av medikamenter og andre miljøfaktorer. Sjøgrens syndrom er en autoimmunt betinget kronisk betennelse i spyttkjertlene, som ofte fører til utvikling av et "sicca-syndrom". Tilstanden er svært sjelden ledsaget av alvorlig lungeaffeksjon. Systemisk lupus erytematosus (SLE), prototypen på en autoimmun sykdom, gir ofte klassiske funn som sommerfuglutslett, nefritter og artritt, men kan gi symptomer fra nesten ethvert organ, inklusiv alvorlige

lungemanifestasjoner. Vi har konkludert med at vår pasient hadde et Sjøgren/SLE-overlappende syndrom med kronisk/residiverende diffus lungeblødning.

SIRI-ANN NYRNES, ASS. LEGE
MARITE RYGG, FØRSTEAMAUENSIS/
OVERLEGE

AVDELING FOR BARN OG UNGDOM
ST. OLAVS HOSPITAL
UNIVERSITETSSYKEHUSET I TRONDHEIM

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 Lægeforsking, og i den rekkefølgen de først forekommer i teksten. (Eks: 1. Nordmann O. Norsk pediatri ved et veiskille. Tidsskr Nor Lægeforskn 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

Hva skjer blant europeiske barneleger?

Den europeiske foreningen for pediatere CESP (Confederation of European Specialists in Paediatrics) avholder to møter i året. Hensikten med dette Paidosinnlegget er å tangere noen av de sakene som ble tatt opp i Sigtuna utenfor Stockholm i mai. Dette uten å gi et formelt, grundig referat.

Møtet i Sigtuna samlet 69 deltagere fra 26 ulike europeiske land og var preget av den historiske utvidelsen av EU noen uker tidligere. Zoe Papadopoulou-Coulombis (Hellas) var avgående president, Peter Höyer (Tyskland) ble valgt på møtet som ny president. José Ramet (Belgia) er organisasjonens hardt arbeidende generalsekretær.

Hva er nødvendig arbeidstid for å bli en god pediatrer?

I flere land har arbeidstiden frem til spesialisering vært opptil 75-80 timer per uke. Det er nå innen EU bestemt at gjennomsnittlig arbeidsuke ikke skal overstige 58 timer. På CESP-møtet ble det fra flere land (blant annet Østerrike, Tyskland og England) hevdet at dette var helt urealistisk både ut i fra det nåværende legeantall og behovet for kvalitet på utdannelsen. I en heftig diskusjon fremholdt PGW (Permanent Working Group of young doctors) sin representant at det var urealistisk å holde på et høyt timeantall ut i fra forhold som er velkjent i Norge. Faktorer som at mange er gift/samboer med kolleger, et ønske om tid til annet enn jobb, risiko for feilbehandling og juridiske forhold. Fra

skandinavisk hold ble det fremholdt at Danmark har 37.5 timers uke og at 28 % av pediaterne har doktorgrad, og at man der mener at kvaliteten på barnelegene er tilfredsstillende. Sverige har noe høyere timetall enn danskene. Gode muligheter for lengre og kortere forskningspermisjoner sørger der for et høyt akademisk nivå. Alt i alt tankevekkende med hensyn til det som foregår i Norge med hensyn til reduksjon av arbeidstid og det faktum at vår forskningsaktivitet er lavere enn i resten av Norden.

Er eksamen for spesialistkandidater aktuelt i Norge?

Det er tidligere gjennomført en piloteksamen i flere av de europeiske landene der resultatene var nesten forbausende like fra land til land. Under møtet ble det referert et spennende evalueringsopplegg fra England. I løpet av tre timer var hver kandidat var innom 9 stasjoner. 2 av dem gikk særlig på kommunikasjonsevne, 6 innebar kliniske oppgaver (pasient/video) og den siste evnen til planlegging (management planning). Det hele var meget ressurskrevende med en sensor på hver stasjon. I Spania ble det gjennomgående benyttet simulatoroppgaver som åpenbart var relativt enkle å administrere. Her i landet er inntrykket at verken legeföreningen eller andre tunge aktører ønsker å bruke ressurser på en eksamen.

Flere understreket betydningen av man også formelt må legge mer og mer vekt på samlet kompetanse

enn gjennomført tjenestetid (competance vs timebased).

Subspesialisering - hva er status?

Formalisert subspesialisering blir neppe aktuelt innen pediatrien i vårt land med det første. Legeföreningen har satt seg sterkt i mot. Forholdene er nær sagt naturlig nok annerledes i større land. Der arbeider man for å få en kvalitetssikring av den utdannelsen som gir subspesialistgodkjenning. Det er laget kriterier (syllabus) for alle subspesialitetene. Neste fase er at de ulike utdanningsstedene må søke om akkreditering som utdanningssted på såkalt 3. nivå (tertiary level). Denne prosessen går meget langsomt, og er dyr og ressurskrevende, men vil sannsynligvis tvinge seg frem. Ikke minst fordi prestisjen knyttet til akkreditering blir viktig i ressurskampen. Dersom en slik ordning skulle bli aktuell i Norge er saken den at våre avdelinger gjennomgående er så små at deler av utdannelsen måtte tas i utlandet:

Bør den kontinuerlige etterutdannelsen formaliseres?

CME (Continuous medical education) eller det nå mer brukte CPD (continuous personal development) var eget tema. I UK er dette formalisert og finansieres av arbeidsgiver. Tyskland har fra 1. juli i år innført en ordning der det må dokumenteres 50 poeng (vanligvis kurstimer) per år. Dersom pediatere med refusjon fra det offentlige ikke innfrir dette kravet, får de en fastlagt reduksjon i refusjonen. Dette kan delvis sammenlignes med den ordningen spesialister i allmenmedisin har her i landet. Danmark og Sverige har et frivillig system. Den enkelte rapporterer sentralt, men oppslutningen om registrering er liten og har dermed begrenset verdi. Saken virker umoden for norske forhold, men med økte krav til dokumentert oppdatert kunnskap kan dette bli en realitet i relativt nær fremtid. For vår egen del ser vi dette som en stor mulighet til å få allokert

ressurser fra det offentlige. Dette i lys av diskusjon rundt etterutdanning støttet av farmasøytisk industri. I den sammenheng kan nevnes at i USA må man gjennom en eksamen i sentrale emner hvert femte år for å beholde spesialiteten.

Hovedproblemene er så langt hvem som skal betale og hvem avgjøre hva som er tellende tjeneste (poeng). Møtets konklusjon ble at man frem til neste møte arbeider med å slå fast hva som er «evidence based» CME, og utrede omkostninger ved CME. I tillegg skal man lage retningslinjer basert på de som foreligger fra American Association of Pediatricians, samt kartlegge forholdene i de europeiske landene.

EU kan imidlertid ikke pålegge noe land å innføre en felles ordning. Det er opp til det enkelte land å velge den løsning man finner mest formålstjenlig.

Primærpediatri

Med tanke på organiseringen av barnelegetjenesten er det åpenbare forskjeller i Europa, idet det går en hovedakse i nord-sør retning og en i øst-vest retning. I øst og sør er pediatrien godt utbygget på primærnivå, dvs det er en barnespesialist som driver direkte kurativ og forebyggende medisin, uten henvisning. På Kypros er systemet så utbygget at det finnes en barnelege per 400 barn og alle barn under 16 år har sin egen familiebarnelege. Norden og UK er i den andre enden av denne skalaen der nesten alle barneleger arbeider på sekundært eller tertiært nivå, dvs på sykehus med noe eller uttalt subspesialisering. Primærpediatrien er helt eller delvis drevet av allmennleger. Allmennleger i Europa som driver på primærnivå innen pediatri har ut fra det som kom frem på CESP møtet en mangelfull utdanning i barnemedisin. Det finnes ikke minstestandard eller normer for hva allmennlegen skal vite utover den generelle medisinske grunnutdannelsen. En studie fra England viste at

rundt 50% av allmennlegene hadde < 6 mnd pediatriisk praksis fra sykehus, og 5% hadde diploma i fagområdet barnemedisin. En studie fra de land som har et blandet system viser at rundt 90% av alle barn under 2 år blir sett på av pediater utenfor sykehus. Det ble lagt frem data på møtet som tydet på medisinske fordeler med primærpediatriisk virksomhet i forhold til allmennpraktiker: Færre barn henvist til sykehus, mindre bruk av antibiotika, bedre astmakontroll og høyere vaksinasjonsrate. Man refererte også en publisert studie som viste lavere dødelighet (Katz K et al, Pediatrics 2002; 109: 788-96). CESP arbeider med standard for en helsebok, ment for bruk til alle barn. På møtet ble det fremlagt samletall fra 13 ulike land for å få en oversikt over de helsebøker som finnes per i dag. Dataene viste store lokale variasjoner både mht hva som er tatt med og hvor lett tilgjengelig informasjonen i boken er for legen. De fleste land følger barna med systematiske helsekontroller frem til 5 års alder, noen helt opp til 18 års alder.

Diskusjonen i CESP går rett inn i den aktuelle debatt om barneleger utenfor sykehus i Norge. Det er ca 25 praktiserende barneleger i Norge. Disse fungerer stort sett alle på et sekundært nivå. Grunnpilaren i det norske systemet er helsestasjonene, der en spesialutdannet helsesøster følger hvert enkelt barn med helsebok i samarbeid med helsestasjonslege. Helsesøster må i norsk system ses på som en hjørnestein innen primærpediatrien, idet hun eller han har god grunnutdanning etter sykepleieutdannelsen, kontinuerlig videreutdanning og et begrenset, oversiktlig arbeidsfelt. På den annen side er det for helsestasjonslegen ingen krav om utdanning utover medisinsk embetseksamen, og som ofte har vedkommende en svært variert praksis med pasienter i alle aldersgrupper, der fokus for interesse som regel er atskillig bredere enn barn. Mange helsestasjonsleger

fungerer utmerket, kanskje de fleste gjør det, men det er høyst betimelig å spørre om tiden er moden for å heve krav til minimumsutdanning.

Ulykkesforebyggende arbeid

En arbeidsgruppe i CESP har vært svært aktive for å heve nivået av det ulykkesforebyggende arbeid for barn i Europa (www.childsafetyeurope.org). Ulykker er den viktigste dødsårsaken for barn mellom 1 - 14 år i Europa, og man regner med at rundt 5 000 barn årlig dør som følge av ulykker (14 per dag). Det dør dobbelt så mange barn av ulykker som av cancer/leukemi. En studie fra Nederland angir at for hver død vil 160 barn bli henvist til sykehus og 2000 barn behandlet for skade av helsevesenet. Kostnadene i forbindelse med alle ulykker i Europa (også voksne) er beregnet til rundt 400 billioner euro per år, det vil si fire ganger mer enn hele EU-budsjettet. Trafikkulykker står for 34% av dødsfallene, men det er store forskjeller fra land til land. Trafikksikringsarbeidet ser ut til å ha det største potensialet for medisinsk gevinst ut fra sparte liv ved enkle tiltak. På plassene etter trafikkulykker kommer drukning, drap, fallulykker, brann og skoldingsskader, selvmord, forgiftninger og kvelningsulykker. Det er en stor sosial gradient med tanke på ulykkesfrekvens og død i ulykker. Agendaen til CESP er å øke kunnskapen om ulykker blant barn, å få oversikt over situasjonen i de ulike europeiske land, peke på nødvendige tiltak og lage spesifikke ulykkesforebyggende retningslinjer til behandling i europaparlamentet, kommisjonen og i det enkelte land.

Medikamenter til barn

Det er antatt at ca 70% av alle medikamenter som brukes til barn ikke er testet bra nok ut til bruk på barn, og at hele 90% av medikamentene som brukes i intensivavdelinger for barn ikke tilfredsstillende vitenskapelige slike krav.



Dette er ett av problemene som en arbeidsgruppe innen CESP arbeider med.

Den europeiske legemiddelkontrollen, EMEA har et pediatrik rådgivende underutvalg Pediatric Board. Nye legemidler som ønskes inn på markedet i voksenmedisin, vurderes av dette utvalgte i forhold til bruk hos barn. Det arbeides aktivt for å styrke medikamentsituasjonen for barn ved konkrete forslag til lovendringer for EMEA. Blant annet er det ønskelig å forlenge patentrettighetene med minst seks måneder for legemidler som er godkjent til voksne og som er aktuelt å gi også til barn. Dette vil gjøre det lønnsomt for medikamentfirmaene å finansiere medikamentutprøving på barn, og kan være med å øke denne type forskning i Europa.

Det arbeides også med ordninger for å sikre produksjon av preparater for barn med sjeldne sykdommer. Dette er ofte medikamenter som lages i lavt volum og som produseres med helt marginal lønnsomhet. Man kan tenke seg problemer ved opphør av produksjon, eventuelt at medikamentet selges til svimlende høy pris.

MICE (Medical Investigation for Children) er et annet EU-organ som via EU-midler skal initiere og finansiere forskning på medikamenter der det ikke er patentrettigheter, og som i dag anvendes på barn. På grunn av manglende inntjening kan man ikke regne med at den farmasøytiske industri vil finansiere slike studier.

Europediatrics-kongress 2006 i Barcelona. Er det noe for norske pediatere?

Dette møtet har tidligere vært arrangert av UNEPSA (Union of European Paediatric Specialists Associations), og målgruppen har vært pediatere i første- og delvis andrelinjetjenesten. Nå er CESP trukket inn, og man forsøker å få flere subspecialiteter til å arrangere sitt årlige møte i tilslutning til Europediatrics etter mønster av

opplegget i USA. Responsen har så langt vært laber. Kun ESPR (European Society of Paediatric Research) og ESPNIC (European Society of Paediatric and Neonatal Intensive Care) har fulgt opp. Med en lenger planleggingshorisont er det mulig at det kan bli en utvidet Europaediatrics-kongress i 2009.

HANS JACOB BANGSTAD, OVERLEGE

LEIF BRUNVAND, OVERLEGE

ULLEVÅL UNIVERSITETSSYKEHUS
OSLO

Hemofagocytisk lymfocytosis (HLH) - en diagnostisk og terapeutisk utfordring

HLH er en sjelden og alvorlig tilstand som karakteriseres klinisk ved feber, pancytopeni, hepatosplenomegali, leverdysfunksjon, hyperferritinemi, hypertriglyceridemi, hypofibrinogenemi og ofte koagulopati og neurologiske manifestasjoner. Sjeldne tilstander kan være en diagnostisk utfordring. Den differensialdiagnostiske prosessen hos en pasient med HLH favner gjerne over et bredt spekter av sykdommer og er derfor i seg selv en verdifull prosess.

Her presenteres tre pasienter med diagnosen hemofagocytisk lymfocytosis (HLH). Jeg vektlegger den differensialdiagnostiske prosessen for den ene pasienten, samt behandling av og prognose for sykdommen generelt. Informasjon om sykdommen samt behandlingsprinsipper bygger på artikler hentet fra internett og Histiocyte Society's behandlingsprotokoller; HLH 1994/2004.

Alle tre pasienter ble diagnostisert etter en bred utredningsprosess. Pasientene illustrerer at diagnosen kan være vanskelig å stille. De illustrerer også sykdommens alvorlige forløp, og at mål om helbredelse kan være utenfor rekkevidde.

HLH er en alvorlig tilstand som enten er primær, eller sekundær til infeksjoner eller andre spesifikke sykdommer. Diagnosen stilles ved kliniske forhold og karakteristiske laboratoriefunn. Sykdommen

klassifiseres ikke som malign, men behandlingen har mange likhetstrekk med behandling av onkologiske tilstander hos barn. Ubehandlet er sykdommen fatal. Ved behandling er prognosen langt dårligere enn ved ALL, men helbredelse kan oppnås.

BEATE HORSBERG ERIKSEN

BARNESENTERET, ULLEVÅL
UNIVERSITETSSYKEHUS, OSLO

Æresmedlemmer i NBF

På NBF's vårmøte i Tønsberg utnevnte foreningen to æresmedlemmer. *Sverre O Lie* ble cand. med. i Oslo i 1965, og disputerte ett år senere. Han ledet Pediatrisk Forskningsinstitutt på Rikshospitalet fra 1975, til han ble klinikkjef på Barneklubben i 1989. Han ledet NPS i to perioder for 25 år siden. Han har i alle år prioritert deltakelse på NPS og NBF sine møter, og har bidratt aktivt i utviklingen av norsk pediatri. *Sverre O. Lie* er en størrelse i internasjonal pediatrik onkologi, og har gjort en særlig fortjenstfull innsats for norsk pediatri.

Kjell Berg er utdannet barnelege fra Boden i Sverige og fra Rikshospitalet. I 1974 reiste han til Hammerfest og etablerte seg som barnelege på sykehuset først med noen rom på medisinsk avdeling, deretter fra 1981 med en egen barnepost. Hans utholdenhet og stayer-evne var den direkte årsaken til at Finnmark fylke, som det siste i landet, i 1991 fikk sin egen barneavdeling. *Kjell Berg* er en av hverdagspediatriens slitere og en utpreget representant for den generelle pediatrien. Hans grundighet, utholdenhet, gode humør og strålende samarbeidsevner gjør ham til et verdig æresmedlem i Norsk Barnelegeforening.

Nasjonalt CP-register- fortsatt mulig å bli med!

I desember 2002 orienterte dr. Alf Meberg leserne av Paidos om nasjonalt CP-register - et pilotprosjektet som var planlagt startet opp. Bakgrunnen var at man i Norge ikke hadde hatt noen permanent overvåkning av cerebral pareseforekomsten slik de har i flere andre land. Dr.Hagbergs registrering i Sør-Sverige er nok mest kjent for oss skandinaver. I tillegg eksisterer det i dag et stort europeisk CP-prosjekt (Surveillance of cerebral palsy in Europe) som inkluderer 15 sentra fra 11 land i Europa. Dette prosjektet startet opp i 1996, og har til nå registrert over 6000 CP-tilfeller blant barn og unge født fra og med 1976 til og med 1996. Norge er representert med Alf Mebergs Vestfoldregistrering for barn født fra og med 1991 til og med 1996.

I 2001 startet derfor en arbeidsgruppe ledet av professor Torstein Vik, NTNU, Trondheim, arbeidet med å planlegge Nasjonalt CP-register som et pilotprosjekt. Habiliteringstjenesten i Vestfold, med undertegnede som prosjektleder, kom med i planleggingen høsten 2002, og fikk også ansvaret for gjennomføringen av prosjektet. I et samarbeid mellom neonatolog, barnenevrologer og epidemiologer ble registreringsskjema utarbeidet, delvis basert på SCPEs registreringsskjema. I registreringsskjemaene ber om alder ved CP-diagnose og undertype CP, og vi spør om årsaken forventes å være postnatal eller ikke. I tillegg er det spørsmål om gangfunksjon, håndfunksjon, intellektuell fungering, kommunikasjonsform, språk-

forståelse, syn og hørsel, epilepsi, eventuelle spisevansker osv.

Prosjektet har fått konsesjon fra Datatilsynet, og er godkjent av regional etisk komite. Det er blitt gitt tillatelse til å bruke fødselsnummer ved registreringen. Dette fordi man ønsker å kople dataene med opplysninger fra Medisinsk Fødselsregister og eventuelt med Nyfødtregisteret på Rikshospitalet. Deltagelse i registeret er frivillig og krever informert samtykke fra foresatte.

Prosjektperioden er fra og med 1.januar 2003 til og med 31.desember 2004. Registreringen omfatter alle barn i Norge født mellom 1.januar 1996 og 31.desember 1998 som har fått diagnosen cerebral parese. Man ønsker at registreringen skal skje etter at barnet har fylt 4 år. 4-5 års alderen er i internasjonal litteratur (SCPE, Hagberg) sagt å være den optimale alderen for beskrivelse av CP med tanke på undertype og tilleggshandicap.

I desember 2002 ble det sendt ut forespørsel til alle landets barneavdelinger og habiliteringstjenester om deltagelse i prosjektet. Man ba om å få oppgitt kontaktperson fra hvert fylke for videre samarbeid. I januar 2003 mottok disse registreringsskjemaer med nødvendig tilleggsinformasjon. I desember 2003 ble det arrangert et arbeidsmøte for kontaktpersonene for å gi ytterligere informasjon om prosjektet samt for å motivere til deltagelse.

Vi er nå inne i siste del av prosjektperioden. Til nå (september 2004) har vi mottatt ca 120 skjemaer ferdig utfyllt i retur. Basert på nyere

studier i Skandinavia (Hagberg, Ramstad), samt internasjonalt (SCPE), er den antatte forekomst av CP i Norge ca 2 per 1000 levende fødte. Med ca 60000 fødsler i Norge per år forventer vi derfor 300-400 tilfeller av CP i den aktuelle aldersgruppen.

Foreløpig har 11 fylker oppgitt tall for antall CP tilfeller i aktuell alder, mens det har kommet inn ferdigutfylte skjemaer fra 13 fylker. Vi har således fortsatt en jobb foran oss!

Jeg håper med dette å inspirere kollegaer rundt i landet til å være med i prosjektet. Lykkes vi med pilotprosjektet, vil et mer permanent nasjonalt CP-register kunne bli en realitet. Vi trenger din hjelp!

GURO L. ANDERSEN, OVERLEGE/
PROSJEKTLEDER

HABILITERINGSTJENESTEN I VESTFOLD
TØNSBERG

Prosjektrapport om erfaringer hos foreldre til barn med sjeldne kromosomavvik

Denne rapporten, som er ført i pennen av Grete Hummelvoll, skyldes et ønske om å forstå behov og opplevelser hos foreldre til barn med sjeldne kromosomavvik, som hadde sitt første gruppeopphold på Frambu senter for sjeldne funksjonshemninger vinteren 2000.

Undersøkelsen ble gjennomført i to deler, i fem ulike trinn, ved bruk av kvalitative metoder for datainnsamling. Innsamlingsperioden var vel et år. Deltagerene kom fra hele landet og besto av 41 barn, 20 jenter og 21 gutter i alderen 1 – 14 år (gjennomsnittsalder 6,5 år) og 78 foreldre. Foreldrenes erfaringer og opplevelser ble samlet under følgende overskrifter:

- *Prosessen i tilknytning til formidling av diagnose*, der tiden før diagnose, formidling av diagnose og genetisk veiledning er sentralt.

- *Sentrale utfordringer for foreldre*, som omhandler foreldrene i rollen som informasjonssøkere og informasjonsformidlere, samt deres vurdering av medisinsk ivaretagelse av barna. Ivaretagelse av barn og familie lokalt belyses i vurdering av prosesser knyttet til etablering av lokale tilbud og samhandling i og med hjelpeapparatet.

- *Foreldres opplevelse og mestring*, som dreier seg om ensomhet og uvisshet, og betydningen av fellesskap.

Disse pasientene og deres pårørende møter de samme utfordringer og prosesser som pasienter med andre sjeldne diagnoser. I tillegg er informasjonen de og

foreldrene får, uvanlig vanskelig å forstå. Diagnosens betydning for barnets utvikling er ofte manglende eller svært usikker, og har i mange tilfeller vist seg å ikke være korrekt. Imidlertid fremheves det at det å få en diagnose reduserer usikkerhet og er en veileder for lokal tilpasning. Verdien av genetisk veiledning og interesserte fagfolk, spesielt leger, fremheves spesielt. Behovet for kontakt med andre i samme situasjon er viktig, og endres i prosessen mot erkjennelse.

Rapporten fremhever behov for tiltak og forbedringer som spesielt gjelder for denne gruppen:

- Gi informasjon om resultatene fra undersøkelsen.
- Vurdere forbedringer i diagnoseformidling; etablere bedre samarbeid mellom genetiker og formidlende lege.
- Legge til rette for styrking av foreldres fellesskap og mestring.
- Vurdere videre undersøkelser i forhold til lokalt tilbud, spesialisthelsetjenestens ivaretagelse av gruppen og begrepsbruk i formidlingsarbeid.
- Videreføre deltakelse i nordisk og europeisk samarbeid om sjeldne kromosomavvik.

TRUDE RATH OLSEN,
SEKSJONSOVERLEGE

SEKSJON FOR BARNEHABILITERING,
UNIVERSITETSSYKEHUSET I NORD-NORGE

Kjære kollega

Luften er klarere, morgen kaldere og naturen meget fargerik. Høsten er kommet. Ferien er i hovedtrekk tilbakelagt, og batteriene er fulladede. Et nytt semester har startet. Det er alltid spennende.

Mange pediatere har utarbeidet målsettinger for forestående måneder. Noen miljøer har endog *planleggingsdager* i likhet med skoleverket. Luksus - sier den lett grånedde avdelingsoverlegen. Nødvendig - repliserer utdanningskandidaten, med betinget støtte fra leder av avdelingens utdanningsutvalg.

Mange av oss er ikke vant til strukturert planlegging av avdelings- eller seksjonsdriften hvor nær 90 % er øyeblikkelig hjelp-pasienter. Personlig tror jeg vi har mye å hente både faglig og økonomisk dersom godt planleggingsarbeid gjøres. God planlegging gir bedre fagutvikling. Godt fagmiljø i en avdeling skaper tilfredse fagpersoner som gir entusiasme.

Mange vordende pediatere har nylig startet i et nytt fag på nye avdelinger. Spenningen er stor. Mange av oss husker fremdeles den første pediatrike arbeidsdagen. *Ivaretakelsen av utdanningskandidatene* er avgjørende for deres førsteinntrykket av fagmiljøet. Mange av oss opplevet vaktcalling første arbeidsdag. Det skal ikke skje i våre dager. 100-130 utdanningskandidater er spredd på norske barneavdelinger. Antallet på hver avdeling varierer fra 29 til én. Disse er pediatriens fremtid og må pleies deretter. Deres fagutvikling er meget viktig.

Ansvar for utdanningskandidatene på den enkelte barneavdeling ligger hos flere. Avdelingsoverlegen med eller uten avdelingssjefshatt har hovedansvar, men dette er ofte delegert til lederen av avdelingens utdanningsutvalg. Nært samarbeidet med økonomisk ansvarlig avdelingssjef er nødvendig. Avdelingssjefen resultatmåles på økonomi. Avdelingsoverlegen resultatmåles foreløpig i liten grad på fagresultater. Den tid tror jeg imidlertid vil komme relativt raskt. Fagresultatene vil være faglig nivå på avdelingen generelt,

og hos utdanningskandidatene spesielt. Dette er med dagens systemer vanskelig å måle.

Fagnivået hos utdanningskandidatene er i noen grad et speil av avdelingens fagnivå. Entusiastiske rekrutter stimulerer den noe eldre garde og bringer det totale fagresultatet oppad. Resultatet vurderes av spesialitetskomiteen og kan skje enten gjennom kontroll, eller gjennom målsetting og stimulering. Det ene systemet behøver ikke være bedre enn det andre.

Hvordan rekruttere entusiastiske pediatrike utdanningskandidater? Ivaretakelse tror jeg er det viktigste. Respekt og endog omsorg for det mennesket som med tremor refererer første pasient på morgenmøtet etter første vakt. Det obligate fadderskapet er viktig i det personlige veiledningsarbeidet. Dette arbeidet er krevende og trenger tid. Tid er penger sier den pekuniært tenkende avdelingssjefen. Trappene eller heisen til sengeavdelingene blir ofte veiledningsarenaen. Må det være slik i år 2004? Neppe. Dersom inntak og opplæring planlegges strukturert, vil de fleste avdelinger ha bedre arenaer til dette fundamentale arbeidet.

Rekruttene må pleies. De samme rekrutter må imidlertid samtidig avkreves en *betydelig egeninnsats* i fagutviklingsarbeidet. Dette vil være avgjørende for hvem av de gode som blir de beste, og som dermed får fortsette på avdelingen og i faget pediatri. Rekrutten har altså etter min mening det største ansvaret for sin egen utvikling.

Utdanningskandidatene krever tid, men er samtidig en betydelig ressurs i avdelingen. Ny informasjonsteknologi gir betydelig muligheter i kunnskaps-erhvervelse og kunnskapssøken. Dagens utdanningskandidater benytter disse mulighetene sannsynligvis bedre enn en del av de etablerte pediatrike overlegene. Et faglig fadderskap kan snus til et IT-fadderskap hvor utdanningskandidaten og fadderen skifter roller. Den gråhårede part av tospannet kan få betydelig IT-input på kort tid uten publikum.

Hvor mange av våre medlemmer har gått til innkjøp av en PDA (Personal Digital Assistant)? Den gir betydelige muligheter for smartere tidsbruk og effektiv kunnskapslagring og -søken. Noen av oss gråhårede trenger en fadder i introduksjonen av slike nye hjelpemidler. En kreativ idé er at avdelingen kollektivt gått til innkjøp av en egen PDA til hver lege. Prisen per stk. er tilnærmet en halv vakansvakt og bør kunne belastes avdelingens utdanningsbudsjettet.

Strategiene og midlene for fagutvikling er mange. De fleste av oss trenger et miljø som stimulerer. En viktig arena er NBF's to årlige møter. 14 - 16. okt er Trondheim vertskap for årets *Pediaterdager*. De har presentert et godt og tidsaktuelt fagprogram. Alle medlemmer i foreningen har et ansvar for at dette møtet blir vellykket gjennom aktiv deltakelse i fagdebattene. Jeg gjentar avslutningen av min forrige leder etter det meget vellykkede Vår møtet i Tønsberg. «Sammen med styret har jeg tre ønsker for fremtidens møter:

- Flere påmeldte frie foredrag (Trondheim har 16).
 - Flere inviterte nasjonale foredragsholdere bør delta på større deler av arrangementet.
 - Flere deltakende ledere både fra universitetsavdelingene og fylkesavdelingene.»
- Deltakelse av lederne reflekterer deres prioritering internt på den enkelte avdeling.

Ledere er viktige rollemodeller. Vel møtt i Trondheim - rekrutter, faddere og ledere - og alle øvrige norske pediatere

Leder og nestleder i NBF har ultimo august i år deltatt i Nordisk Pediatrik Forenings styremøte i København. Sekretær Alf Meberg trekker seg tilbake etter nær 30 år. Takk for stor innsats, Alf. Raisa Lounamaa er valgt til ny leder. Foreningens lover er under modernisering. Møtene det siste året er preget av at det positive nordisk pediatrike fellesskapet ønskes bevart og utviklet videre - hvilket undertegnede støtter.

JØRGEN HURUM

LEDER NORSK BARNELEGEFORENING