
PAIDOS

TIDSSKRIFT FOR NORSK BARNELEGEFORENING

APRIL 2005

ÅRGANG 23

SIDE 21-40



PAIDOS

TIDSSKRIFT FOR NORSK BARNELEGEFORENING

APRIL 2005 ÅRGANG 23 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

For en tid tilbake hevdet enkelte helsepolitikere at syke barn blir for høyt prioritert. Innsatsen overfor vår pasientgruppe går på bekostning av pleietrengende eldre, fikk vi vite. Denne urimelige påstanden ble kontant tilbakevist fra flere hold, inkludert NBFs leder, og saken forsvant raskt fra mediebildet. I ettertid kan den likevel anspore til noen refleksjoner.

Den politiske debatt handler betenkelig ofte om å sette to gode formål opp mot hverandre innenfor en begrenset samfunnssektor. Satsning på jernbane er angivelig til hinder for veiforbedringer, operabygget kritiseres for å lamme distriktenes kulturliv og barnhager settes opp mot kontantstøtte. Disse konfliktene er falske, noe et blikk på egen privatøkonomi burde kunne bekrefte. Vi er jo sjelden tvunget til å prioritere mellom melk eller honning; vi kan – som Ole Brum – takke ja til begge deler, forutsatt at vi samtidig velger bort for eksempel kaffe og sjokolade. Slik også i politikken; hvis man skinlegger operaprojektet, halverer bistandsbudsjettet eller stanser all tunnelbygging får man rikelig med helsekroner til både barn og gamle. Slike store omkalfatring er selvsagt lite realistiske praksis, men det er galt å fremstille dem som umulige. Størrelsen på statsbudsjettets poster jo ikke underlagt naturlover, slik man enkelte ganger kan få inntrykk av. Tvert imot er det politikernes plikt og privilegium å foreta en *helhetlig* prioritering av det offentliges ressurser.

Den konstruerte motsetningen mellom barn og gamle representerer altså en form for ansvarsfraskrivning, der ballen urettmessig spilles over på vår banehalvdel. På denne måten svekkes folkestyret, slik den nylig avgitte Maktutredningen har påvist; politiske verdivalg skal foretas av politiske organer, ikke av fagfolk. I tillegg risikerer man, i dette spesielle tilfellet, dårligere tilbud til våre pasienter. Dèt skal vi ikke finne oss i. De gamle har åpenbart behov for bedre helsetjenester. Men finansieringen må komme fra annet hold.

VEGARD BRUUN WYLLER

REDAKTØR

INNHold

23 Ibuprofen eller indomethacin til behandling av PDA?

SISSEL NYGAARD
LEIF BRUNVAND
THOR WILLY RUUD HANSEN

24 Barneavdelingen i Drammen

JARDAR HALS

27 Barneavdelingen gjennom 25 år - virksomhetsstatistikk

ARNT WINSNES

29 Barnemedisinsk avdeling på Ullevål

GUNNAR ÅBYHOLM
GEIR JONER

30 Tularemi - en uvanlig sykehistorie

EINAR STENSVD
ANNE GRETE BECHENSTEEN
ARNE BORTHNE

32 Veiledning for bidragsyttere

33 Grunnkurs i barneintensivmedisin Praktisk arytmi behandling hos barn

THORE HENRICHSEN
LEIF BRUNVAND

34 Giftig hår

ERIK BØHLER

36 Andreas Rokseth - en ung bandoneonutøver

VEGARD BRUUN WYLLER

37 Skal EAP erstatte CESP?

HANS JACOB BANGSTAD

40 Lederens spalte

JØRGEN HURUM

Ibuprofen eller indomethacin for behandling av PDA?

Alt for mange medikamenter brukes år etter år til barn uten tilstrekkelig dokumentasjon. Alt for mange produsenter er lite villige til å støtte forskning som kan klargjøre spørsmål om sikkerhet og effekt, fordi dette neppe vil øke salg og inntjening. Spesielt innenfor nyfødtd medisinen er dette et stort problem, der det er beregnet at rundt ett av ti medikamenter som brukes, ikke er godkjent til bruk på aktuell indikasjon. Det å forlange at medikamenter vi bruker i klinikken skal være godkjent i EMEA (den europeiske legemiddelkontroll), er et av flere svært viktige verktøy for å øke medikamentsikkerheten for våre pasienter. Det virker da litt ulogisk at Thor Willy Ruud Hansen oppfordrer oss til ikke å bruke et av de relativt få medikamenter som nylig er godkjent på aktuell indikasjon.¹

EMEA, og dermed også Statens Legemiddelverk, har godkjent bruk av ibuprofen (Pedeia®) til behandling av PDA (persisterende ductus arteriosus) hos premature barn etter de retningslinjer som foreligger i deres godkjenningprosedyre. Dokumentene i forbindelse med godkjenningen virker solide, og kan leses på EMEAs hjemmeside (www.emea.eu.int/home.htm); en 50 siders rapport med et stort antall referanser (109 ikke-kliniske og 80 kliniske studier er referert). Ibuprofen er dermed godkjent til bruk hos premature barn innenfor hele EU – et marked som teller mer enn 400 millioner mennesker. Mer enn 1000

premature er så langt behandlet med preparatet på denne indikasjonen.

Thor Willy Ruud Hansen mener at godkjenningen bygger på utilstrekkelig grunnlag, og derfor ikke burde vært gitt.¹ Dette er en jo en alvorlig påstand, og bør etter vår mening rettes til EMEA. Det ser imidlertid ikke ut til at panelet som har vurdert medikamentet er ukjent med den diskusjon som har pågått mht. konkurranse om binding til albumin og mulig økning av fritt bilirubin, noe som er Ruud Hansens hovedargumentasjon mot bruk. I følge lisensen skal ibuprofen ikke gis ved hyperbilirubinemi eller raskt stigende bilirubin. Det er videre kontraindisert ved alvorlig infeksjon, uttalt trombocytopeni, pågående GI- eller intrakraniell blødning, eller nedsatt nyrefunksjon. Hele preparatomtalen er tilgjengelig på internett (www.legemiddelverket.no).

SISSEL NYGAARD

LEIF BRUNVAND

ULLEVÅL UNIVERSITETSSYKEHUS

Referanser

1. Ruud Hansen TW. Ibuprofen bør erstatte indomethacin for behandling av PDA – Tja, mon det? *Paidos* 2005; 1: 6-7.

Jeg takker for Sissel Nygaard og Leif Brunvands svar til min tidligere kommentar. Den rapporten de henviser til fra EMEA inneholder ingen andre referanser til ibuprofen og bilirubin enn dem som allerede finnes i mine korrespondanser om dette spørsmålet. Antallet sider og referanser betyr vel derfor ikke så mye for det spørsmålet vi diskuterer? Jeg kan heller ikke se at rapporten tar

opp spørsmålet om ibuprofen og bilirubinbinding på en forsvarlig måte. Leverandøren av Pedeia® har lenge vært kjent med mine spørsmål og innvendinger til dette. De er som nevnt i ferd med å gjennomføre en studie i Frankrike mht. de forholdene vi diskuterer, men svarene vil ikke være kjent på en god stund ennå.

Pedeia® skal i følge lisensen altså ikke gis ved hyperbilirubinemi. Spørsmålet melder seg da - hvor mange premature med en PDA i behov av lukning har ikke hyperbilirubinemi? Jeg er på ingen måte ute på noen vendetta mot Pedeia®, og i mitt forrige innlegg bør man kunne lese at jeg er helt åpen for at spørsmålet om bilirubinbindingens betydning vil kunne komme til å bli besvart på en tilfredsstillende måte i fremtiden. Mine spørsmål om kostnad-nytte-analysen kommenteres ikke av Nygaard og Brunvand, men er vel på ingen måte uinteressant eller uviktig? I motsetning til Nygaard og Brunvand tillater jeg meg derfor fortsatt å mene at de spørsmålene jeg har stillet vedrørende bruken av Pedeia® til lukning av PDA hos premature ligger godt innenfor logikkens rekkevidde.

THOR WILLY RUUD HANSEN

BARNEKLINIKKEN, RIKSHOSPITALET

Barneavdelingen i Drammen

I forrige nummer av Paidos var sykehusstafetten kommet til Barneavdelingen i Drammen. Ved en svært beklagelig feil manglet to artikler, inkludert selve avdelingspresentasjonen. Disse trykkes derfor nedenfor, etterfulgt av artikler fra barneavdelingen ved Ullevål universitetssykehus, som er ansvarlige for sykehusstafetten i dette nummeret.

I februar 1980 ble Barneavdelingen på Sentralsykehuset i Buskerud opprettet, med to overlegestillinger og kort etter den tredje. Inntil Johan Ek og Arnt Winsnes ble ansatt, hadde overlege Tor Feyling vært eneste pediater, med tilsyn på barnestue på Medisinsk avdeling. Vår Barneavdeling er dermed en av de yngste i landet. 25-års jubileum i 2005 planlegges i disse dager, med en blanding av faglige aktiviteter og seminarer, feiring på avdelingen med underholdning for barn og voksne, og

ellers en rekke markeringer gjennom jubileumsåret.

Etter Feylings bortgang overtok Ek og deretter Winsnes som avdelingsoverlege, sistnevnte også etter hvert som klinikkssjef for Kvinnebarn-klinikken. Undertegnede fikk gleden av å overta stafetten ved millenniumsskiftet, først som avdelingsoverlege, deretter som avdelingssjef og i 2003 som klinikkssjef for den første Barneklubben, bestående av Barneavdelingen og Habiliteringsavdelingen. Klinikken

overlevde nylig en klinikk-omorganisering på sykehuset som selvstendig Barneklubb, og har fra 2005 også med seg en ernæringsseksjon.

Barneavdelingen i dag

Barneavdelingen fungerer etter barnesentermodellen, slik at vi foruten pasienter med rene pediatriske problemstillinger også har innlagt barn med ortopediske og kirurgiske problemstillinger, øre-nese-halssykdommer, øyesykdommer, psykiske lidelser mm. Barneavdelingen er organisert i Barneklubben sammen med Habiliteringsavdelingen, som inneholder både barnehabilitering og voksenhabilitering, og som deler ressurser og planlegger i et livsløpsperspektiv.

Vi er eneste Barneavdeling i Buskerud fylke, og har ansvar for en befolkning på ca 256 000 personer, som også inkluderer kommunene Sande og Svelvik i nordre Vestfold. Nyfødtintensivavdelingen (NI) har således innleggelses basert på ca 3000 fødsler pr år, hvorav ca 2000 fødes på vårt sykehus, de øvrige på Ringerike sykehus, der det er ansatt tre pediatere, Kongsberg sykehus, med en pediater med nyfødttilsyn 15

NØKKELTALL FOR BARNEKLINIKKEN, SYKEHUSET BUSKERUD

<i>Befolkningsgrunnlag:</i>	256 139 (Inkl. Sande og Svelvik)
<i>Antall fødsler ved sykehuset:</i>	Ca. 2000
<i>Antall fødsler vi betjener:</i>	Ca. 3 200 (hvorav ca. 700 på RS, 500 på KS)
<i>Innleggelses:</i>	Ca. 2900 (hvorav ca. 900 ikke-pediatri)
<i>Polikliniske konsultasjoner:</i>	Ca. 6200
<i>Antall hele stillinger totalt:</i>	122 (165 inkl. Habiliteringsavdelingen)
<i>Antall ansatte:</i>	ca. 160 (215 inkl. Habiliteringsavdelingen)
<i>Antall overleger/ass.leger:</i>	11/7
<i>Antall senger Barnepost 1 og 2:</i>	26/12
<i>Antall senger Nyfødtintensiv:</i>	12

Antall polikliniske konsultasjoner er RTV-refunderte og ekskl. telefoner etc. Vi ligger sannsynligvis lavere enn sammenliknbare avdelinger, ettersom det er tre pediatere ved Ringerike sykehus (RS) og én pediater ved Kongsberg sykehus (KS), foruten en privatpraktiserende i Drammen, alle med stor poliklinisk aktivitet for de deler av Buskerud som sokner til dem.

timer pr uke og noen få på fødestua i Ål. Dette fører totalt til ca 350 innleggelser årlig på NI.

I 2002 fikk vi opprettet en ny Barnepost (BP2) med 12 senger, slik at vi pr. i dag har to barneposter pluss NI med til sammen 50 sengeplasser. Det er i tillegg 3-4 sengeplasser ved Habiliteringsavdelingen i en 5-døgns post som mottar barn med foreldre til forskjellige typer opphold (observasjon, diagnostisk utredning, gruppeopphold for utvalgte sykdomsgrupper, intensivtrenoing og fra 2005 EEG-telemetri og anfallsobservasjon med video-overvåking). De tre legene ved Habiliteringsavdelingen (to overleger og en assistentlege på rullering), er ansatt ved Barneavdelingen og inngår i avdelingens vakter, samt har noe poliklinikk ved Barneavdelingen. Dette gjør at barn med kroniske lidelser og habiliteringsbehov får et medisinsk tilbud som er tilnærmet «sømløst» koordinert.

De to barnepostene er anlagt slik at BP1 (26 senger) mottar hovedvekten av generell pediatri, infeksjoner, akutt pasienter etc. BP2 (12 senger) mottar pasienter innen onkologi, blodsykdommer, hjertesykdommer, anoreksi, nyfødte i vekstfasen etc, som således kan skjermes i forhold til smitte, samt de fleste av de ikke-pediatiske pasientene. Denne posten har beliggenhet nær NI, slik at opptil fire plasser kan disponeres av NI til barn som ikke lenger har behov for plassering på en intensivavdeling. De samme legene fra NI følger pasientene videre inn på BP2. Denne ordningen, samt høy kompetanse både på legesiden og pleiersiden, har ført til ca 25 % reduksjon i gjennomsnittlig liggetid de siste tre årene, samtidig med en høy frekvens av fullamning ved utskrivning. En gjennomført brukerundersøkelse viser også at foreldrene er meget fornøyde med det tilbudet de får. BP2 ligger også rett ved siden av poliklinikken, slik at det

er et nært samarbeid om cytostatikakurer, transfusjoner og kontroller av onkologiske og hematologiske pasienter, samt opplæring av diabetikere og astmatikere mm. Dette muliggjør også felles utnyttelse av en del arealer, som slik får multifunksjonsbruk (venterom, oppholdsrom, kinorom, under-søkelsesrom, testrom etc).

Seksjonsoverlegene har det faglige ansvar for Barnepostene og NI, mens avdelingssykepleiere har ansvaret for postens drift, samt personalansvar for pleiepersonalet. Det er foreløpig ikke innført enhetlig ledelse på postnivå på sykehuset, men det står for tur i 2005.

Virksomhet

Nyfødtintensivavdelingen har en seksjonsoverlege med doktorgrad innen temaet mekoniumaspirasjon, og en overlege med doktorgrad innenfor surfaktantbehandling med kompetanse i barnekardiologi. 1-2 assistentleger tjenestegjør på NI etter rullering. Innenfor de ca. 350 årlige innleggelser er det allsidig og generell neonatologi. Det er utstrakt og økende CPAP-behandling. Antall respiratordøgn har hittil vært flest blant regionens «sentralsykehusavdelinger», men er på nedadgående til fordel for CPAP, i likhet med de fleste andre steder. Som hovedregel har man lagt seg på planlagte premature forløsninger ned til ca. 28 uker gestasjonsalder, bl.a. med det utgangspunkt at vi med vår beliggenhet har ca. 30 minutters transport med sykebil til vårt regionssykehus Rikshospitalet. Men dersom barn med lavere gestasjonsalder fødes hos oss, ferdigbehandler vi dem her, med mindre tilstanden er slik at det er behov for tillegg til konvensjonell respiratorbehandling, eller det foreligger misdannelser eller andre tilstander som krever behandling på regionsnivå. Vi mener at en nyfødtavdeling på vårt nivå foruten å

ha en god kompetanse for denne type praksis, også har spesielt gode forutsetninger for å tilrettelegge for det neste steget i behandlingen av de premature, nemlig intermediærfasen og deretter videre vekstfase. I disse fasene mener vi at vi har et tilbud som er spesielt godt tilpasset pasientene og deres mødre/fedre. Pleierstaben er kompetent og entusiastisk.

Barneavdelingen ved Sykehuset Buskerud har i mange år drevet utstrakt virksomhet innenfor onkologi. Samarbeidet med Rikshospitalet har i så måte alltid vært meget godt. Innenfor barnekardiologi var avdelingen også blant de tidligste på vårt nivå med egen «barnekardiolog», og pr. i dag er det to overleger og én assistentlege som driver med dette. Pediatrik gastroenterologi, med spesiell vekt på cøliaki, har i mange år vært ivaretatt av en av pionerene innefor dette feltet, som også har professorkompetanse innen området. Innenfor øvrige subspecialiteter som astma og allergi, endokrinologi og nevrologi/habilitering/muskelsykdommer mm, er det også stor og meget kompetent faglig virksomhet.

Faglige utfordringer

Foruten de store, daglige utfordringene som ligger i en meget allsidig og innholdsrik generell pediatrik praksis, er spekteret av kompliserte tilstander en økende utfordring. De seinere år har vi sett en endring i sykdomspanoramaet med økning i «importsykdommer» som tuberkulose, blodsykdommer (thalassemier) og sjeldne medfødte sykdommer. Dette er meget ressurskrevende tilstander, både rent medisinskfaglig, men også pleiemessig, der man må sørge for helhetlig omsorg for pasientene og deres familier. Samtidig tror vi at nettopp av disse grunner er en avdeling som denne meget velegnet både til utdanning av spesialistkandidater i pediatri og til undervisning av medisinske studenter i både bredde- og dybdepediatri.

Studentundervisning

Fra 2001 fikk Sykehuset Buskerud tillagt funksjon med undervisning av medisinske studenter ved UiO. Sykehusets første universitetslektor, og dermed den som historisk sett ledet Sykehuset Buskerud og Barneavdelingen inn i denne nye æra, var dr.med. Arnt Winsnes.

Tverrfaglig samarbeid og organisering

Selve organiseringen av Barneklubben er omtalt over. Barneavdelingen har et «avdelingsråd» som fungerer som et litt utvidet lederteam, bestående av avdelingssjef, seksjonsoverleger, avdelings-sykepleiere og kontorleder. Dessuten inngår sykepleiefaglig rådgiver og klinikk-konsulent; avdelingens administrasjonssekretær er referent. Etter at oversykepleierfunksjonen ble avvirket, valgte vi å opprette en stilling som «sykepleiefaglig rådgiver» i staben til avdelingssjefen. Avdelingssykepleierne er i linje direkte til avdelingssjef (dvs. klinikk-sjef/avdelingsoverlege), og har et meget nært samarbeid til denne, samt til klinikk-konsulent, sykepleiefaglig rådgiver og seg imellom. Dette muliggjør en mer sømløs og fleksibel funksjon av pleiepersonalet på tvers av postgrensene, der det er størst behov i øyeblikket. Dette bidrar både til å samle hele Barneavdelingen i et fellesskap, øke kompetansen i pleierstaben totalt og dessuten redusere de variable lønnsutgiftene til vikarer og ekstravakter.

Det er knyttet to fysioterapeuter og 1,5 sosionom, 20 % barnepsykiater og to lærere til Barneavdelingen. Disse inngår ikke i avdelingens stillingstall, mens én førskolelærer inngår. Fra 2005 har Barneklubben også en ernæringsfysiolog

Strategi og satsningsområder

Sykepleiefaglig rådgiver har også funksjon som koordinator og prosjektansvarlig for en rekke

funksjoner av både faglig og strategisk karakter. Da denne stillingen ikke har ansvar i linje, muliggjør dette en satsning og oppfølging på en rekke områder. Avdelingen har arbeidet med strategi og mål, som er nedfelt i avdelingens måldokument. Dette er et praktisk, konkret arbeidsredskap som skisserer bl.a hvilke satsningsområder avdelingen har for dette og neste år, og hvilke helt konkrete tiltak som iverksettes for å oppnå målene som er satt. Det er utarbeidet delvis ved deltakelse fra samtlige ansatte i seminarform, delvis ved løpende arbeid i seksjonsvise «strategigrupper». Dette er grupper med regelmessige møter på seksjonsnivå, som består av postens ledelse og ressurspersoner i personalet. De arbeider med postens egne utfordringer og utvikling, samt de strategiske oppgaver generelt. Avdelingsrådet får rapporter og gir tilbakemeldinger i en vekselvirkning, som tjener avdelingens samlede organisatoriske og faglige utvikling i tillegg til andre arbeidsmåter.

Eksempler på slike satsningsområder inneværende og forrige år er: Kommunikasjon med pasienter og pårørende, trivselstiltak og serviceholdning, smertebehandling, tidlig intervensjon hos premature (samarbeid med BUPAs forsknings-senter) og intensivtrenoing.

Forskning

Blant Barneavdelingens overleger er det pr. i dag fem som har doktorgrad; i tillegg har vi én assistentlege som er i ferd med å levere inn sitt arbeid til bedømmelse (forskningsprosjektet var fullført før han begynte hos oss). Forrige år var en tredjedel av sykehusets totale publikasjonsliste fra Barneavdelingens leger). Det pågår pr. i dag flere prosjekter i samarbeid med andre avdelinger eller sentra.

Utover denne generelle presentasjonen av Barneavdelingen, presenteres et historisk materiale som gjøres opp av Arnt Winsnes i

forbindelse med vårt 25-års jubileum. Det viser utviklingen i panoramaet av luftveislidelser over en tidsperiode, og kan således ha interesse rent epidemiologisk, og dessuten som bakgrunn for planlegging av og refleksjon over Barneavdelingens driftssituasjon.

JARDAR HALS, KLINIKKSJEF

BARNEKLINIKKEN, SYKEHUSET BUSKERUD

Barneavdelingen gjennom 25 år - virksomhetsstatistikk

Vår avdeling feirer snart 25-års jubileum, og det pågår arbeid for å ta vare på tallmaterialet for vurdering av utviklingstrekk. Retrospektive data er alltid beheftet med svakheter pga. varierende diagnostiske kriterier og forskjellige diagnose-systemer. I mange år ble det heller ikke laget årsrapporter ved sykehuset. Med totalt 50.000 pediatriske innleggelser har man et stort nok materiale for å fastslå hvilke karaktertrekk som synes konstante og hvilke som endrer seg over tid. Etter at EDB ble tatt i bruk på slutten av 80-tallet har man mulighet til å ta ut en rekke rapporter for å karakterisere virksomheten. For å få meningsfulle data er det nok nødvendig å ha en viss faglig innsikt, særlig gjelder dette analyse av diagnosematerialet.

Diagnosesetting

Ved vårt sykehus brukte man ICD-8 i årene 1980-85, ICD-9 i årene 1986-98 og ICD-10 fra og med 1999. Diagnosesettingen er blitt vesentlig forbedret, bedømt både etter antall hoved- og bidiagnoser. Gjennom de fire siste 5-års perioder økte antallet bidiagnoser i prosent av antallet hoveddiagnoser som følger: 17-26-38-107 %. DRG-systemet har etter hvert medført enkelte vridningseffekter som bare delvis er medisinsk begrunnet. Tilsynelatende har antallet innleggelser i diagnosegruppen «endokrinologi, ernæring og metabolske forstyrrelser» økt kraftig de senere årene, men dette skyldes at enkelt diagnosen «væsketap» (brukes på de fleste som får intravenøs væskebehandling pga. dehydrering) nå utgjør 53 % av diagnosene i denne gruppen.

Kjønnsforskjeller

Som kjent fødes det ca. 5 % flere gutter enn jenter, og det er velkjent at en del tilstander forekommer hyppigere hos gutter enn jenter, for eksempel gjelder dette astma, bronkiolitt og falsk krupp. Det er likevel tankevekkende at det er hele 31 % overvekt av gutteinnleggelser i totalmaterialet. For luftveis-sykdommer er det 25 % overvekt for pneumonier, 58 % for bronkiolitter, 76 % for astma og 161 % for laryngitter. Siden luftveissykdommene dominerer som den største diagnosegruppen, 18-20% av innleggelsene, kunne man tenke seg at det var hovedforklaringen på kjønnsforskjellen, ved siden av populasjonsforskjellen som ovennevnte tall ikke er korrigert for. Imidlertid finnes kjønnsforskjellen i omtrent like stor grad når man undersøker innleggelser ved nyfødtavdelingen, nemlig 28 % overvekt av gutter.

Reinnleggelser vil forsterke insidensforskjeller mellom sykdomsgrupper. Hvis man i en populasjon finner 15 % økt forekomst hos gutter av en tilstand som ofte medfører innleggelse i sykehus, vil prosentandelen nødvendigvis bli større når man regner på diagnoseforekomsten og ikke korrigerer for reinnleggelser, men dette kan ikke være hele forklaringen.

Innleggelsesmønster

At 30 % av innleggelsene skjer mellom kl. 20 om kvelden og kl. 08 neste morgen, er viktig faktagrunnlag når pediatriske avdelinger skal vurderes i forhold til voksenavdelinger. Antall innleggelser ved

nyfødtavdelingen viser ikke sesongvariasjoner av betydning, bortsett fra at innleggelser i juli måned faktisk ligger ca. 10 % høyere enn i de øvrige måneder i året, dels fordi fødsler er likelig fordelt og ikke respekterer personalets behov for ferier, men antakelig i noen grad også fordi kapasiteten ved Rikshospitalet reduseres i feriemåneden. Derimot er årstidsvariasjonene på den generelle sengeposten ganske store for de rent pediatriske innleggelsene. I noen grad hjelper det at avdelingen fungerer som barnesenter, idet innleggelsestallene for de kirurgiske fag ikke viser like stor sesongvariasjon.

Innleggelser på hverdagens mandag-torsdag ligger kun 49 % høyere enn på weekend-dagene fredag-søndag. Dette har klare konsekvenser for helgebemanningen ved barneavdelingen. At førskolebarna utgjør hovedtyngden av innleggelsene har betydning for avdelingens utforming, mht. at foreldrene skal kunne tilbys å være hos barnet også om natten. Alt dette er velkjent for en pediater med litt erfaring, men slik statistikk kan være nyttig når sykehusledelsen kommer med sparekniven.

Bosted og bruken av sykehuset

Ikke uventet brukes barneavdelingen dobbelt så hyppig av nærkommunene, selv når det korrigeres for populasjonsforskjeller. Tilgjengelighet og kort vei til sykehuset fører antakelig til lavere terskel for innleggelse. At det er sosiologiske forskjeller mellom bymessige og landlige strøk kan også bidra til at barn bosatt i Drammen og omegn bruker sykehuset i større grad enn fjernkommunene i Hallingdal. Man kan også tenke seg redusert smitteoverføring pga. spredt bebyggelse. Man har tidligere antatt at høyfjells klima vil gi redusert forekomst og lettere grader av astma. I sin epidemiologiske astmaundersøkelse har imidlertid kollega Frode Njå nylig vist at forekomsten

av astma er minst like høy i øvre Hallingdal som i bymessige strøk, så dette forklarer ikke redusert bruk. Det gjenstår å koble diagnoser og bosted for å analysere forskjellene i bruken av barneavdelingen.

Konklusjon

Jeg er ukjent med om det er publisert tallmateriale fra andre barneavdelinger til belysning av forhold som nevnt ovenfor. Målsettingen er nå å samle statistisk grunnlagsmateriale fra 25 år i et hefte som kan brukes til å karakterisere utviklingen ved vår avdeling. Drammensavdelingen er antakelig representativ for en generell barneavdeling på fylkesnivå.

Strategimøter og planlegging av fremtiden er på moten, og en viss ballast med fakta fra den nære fortid kan være nyttig. Neonatalprogrammet har vært banebrytende for enhetlig statistikk for nyfødtavdelingene. Kanskje man skulle hatt noe tilsvarende for den generelle avdelingen hvor virksomheten er vesentlig mer heterogen og uoversiktlig? Antakelig er det også større forskjeller i hvordan en generell sengeavdeling brukes, innleggelse eller dagbehandling/poliklinikk, aldersgrenser, forskjellig grad av barnesenterfunksjon osv.

ARNT WINSNES, OVERLEGE

BARNEAVDELINGEN I DRAMMEN

Nordic CME-course in pediatric pharmacotherapy – Oslo 2005

DRUGS FOR FETUSES, INFANTS AND CHILDREN.

NEW DEVELOPMENTS IN REGULATIONS, DRUG DEVELOPMENT, AND USE.

Time: September 29th – October 1st 2005

Location: Soria Moria Conference Center, Oslo

Target participants:

The course is aimed at residents/house officers, specialists in pediatrics and clinical pharmacology, gynecologist, as well as pediatric anesthesiologists involved in pediatric intensive care. Midwives and pediatric nurses will also have an interest in attending this course.

Number of participants: The number of participants is limited to 200.

Course director: Betty Kalikstad, MD. Please direct questions to betty.kalikstad@medisin.uio.no

Course committee:

Thor Willy Ruud Hansen, Md, PhD, Professor and Chief, Section on Neonatology,
Department of Pediatrics, Rikshospitalet University Hospital

Betty Kalikstad, MD, Asst. Professor, Department of Pediatrics, Rikshospitalet University Hospital

To apply, contact:

Kontor for legers videre- og etterutdanning i Oslo

Den norske lægeforening

Postboks 1152 Sentrum

0107 Oslo

E-mail: koordinatorkontoret.oslo@legeforeningen.no

Barnemedisinsk avdeling på Ullevål

Stafettpippen er sendt videre til Barnemedisinsk avdeling ved Ullevål universitetssykehus. Avdelingen presenterer her noen av sine satsingsområder, samt en lærerik kasuistikk.

Barnesenteret er en del av Kvinne/barn-divisjonen ved Ullevål universitetssykehus (UUS), og er Norges største barnesykehus. Resten utgjøres av Kvinnesenteret og BUP Oslo. Sistnevnte ble innlemmet i divisjonen fra 1. januar 2004.

Barneavdelingene på Aker og Ullevål fusjonerte høsten 1998, og flyttet da inn i et moderne nybygg på UUS. Barnesenteret består av tre hovedenheter, henholdsvis Barnemedisin, Barneintensiv og

Barnekirurgi. Hver enhet er inndelt i en medisinskfaglig og en pleiefaglig avdeling. De medisinskfaglige avdelinger ledes hver av en avdelingsoverlege, de pleiefaglige avdelinger av en fellessenterleder.

Barnemedisinsk avdeling gir et tilnærmet komplett spesialist-tjenestetilbud innenfor det barnemedisinske sykdomspanorama. Avdelingen er inndelt i 9 fagseksjoner som alle ledes av en seksjonsoverlege, med unntak av habiliteringsseksjonen

som ledes av en fysioterapeut. I tillegg er de tre behandlings- og habiliterings-enhetene - Kapellveien, Nordre Aasen og Bleiker - lagt under seksjonene for barnenevrologi og barnehabilitering. Disse tre enheter har et samlet budsjett på ca. 50 mill.kr. årlig.

Barnemedisinsk avdeling behandler barn og unge opp til fylte 16 år. Barn med kroniske sykdommer behandles opp til 18 år.

Sykdomspanorama

Med ca 4700 avdelingsopphold (ca. 3500 sykehusopphold), ca 20 000 polikliniske konsultasjoner og virksomheten ved de eksterne institusjoner i tillegg, er vi en svært stor avdeling både i norsk og nordisk sammenheng. Øyeblikkelig hjelp-innleggelser utgjør ca 85 % hos oss, og vi dekker hele det barnemedisinske sykdomsspekteret i tett samarbeid med intensivavdelingen for store barn og barnekirurgisk avdeling, som ligger i samme hus.

Barn av innvandrere er overrepresentert i andel av innlagte pasienter i forhold til Oslos barnebefolkning, og vi har et betydelig innslag av tuberkuloseproblematikk og mer sjeldne infeksjoner.

NØKKELTALL FOR BARNEMEDISINSK AVDELING, ULLEVÅL UNIVERSITETSSYKEHUS

<i>Barnepopulasjon (under 16 år)</i>	Sentralsykehusfunksjon	125 000
	Regionssykehusfunksjon	330 000
<i>Antall døgnplasser</i>		48
<i>Antall dagplasser</i>		8
<i>Antall avdelingsopphold</i>		4738*
<i>Antall utskrevne dagpasienter</i>		898*
<i>Antall polikliniske konsultasjoner</i>		19 600*
<i>Antall leger under spesialisering</i>		20
<i>herav antall i fordypningsstilling</i>		6
<i>Antall overlegestillinger (herav 12 med doktorgrad)</i>		28
<i>Antall professor II i kombinert stilling</i>		3
<i>Antall stipendiater (herav 2 postdoc-stipendiaiter og en klinisk stipendiat)</i>		14
<i>Antall publikasjoner i tidsskrifter med referee-tjeneste i 2004</i>		ca. 40

*Aktivitetsdata fra de tre habiliteringsenhetene er ikke tatt med her.

Enheter

Sengepost 1 har et stort innslag av barn og unge med kroniske sykdommer, særlig innen gastroenterologi/ernæring og nevrologi. Sengepost 2 domineres av kreftbehandling og barn med hemoglobinsykdommer, pluss barn og unge med hjertesykdommer. Vi har en dagpost som driver effektivt med forberedelser til nevrologiske utredninger som CT og MR i narkose, samt barn som skal skoperes. Dagposten fungerer også som en «klinisk forskningspost» med egne rom for pasientundersøkelser i forskningsprosjekter.

En svært vellykket del av det nye barnesenteret er observasjonsposten med barnemottaket. Denne enheten har senger for korttidsobservasjon. Sammen med et effektivt barnemottak og korte reiseavstander, klarer vi å redusere antall innleggelser på ordinær sengepost og behandle et stort antall pasienter poliklinisk, hvilket trolig er til familiens beste. Oslo har som en konsekvens av dette det laveste forbruk av sykehusdøgn i forhold til barnetall av alle fylker i Norge (kilde: SINTEF).

Barnemedisinsk poliklinikk har egen allergi/lunge-poliklinikk med arbeidsfysiologisk laboratorium som drives i samarbeid med cystisk fibroseseksjonen. Ellers dekker poliklinikken alle felter med spesialfunksjoner innen diabetes hos barn og unge (flerregionsfunksjon), nyre- og urologisk poliklinikk med uroterapeut, SO-team og nyetablert tilbud til barn og ungdom med overvekt.

Norsk Senter for Cystisk Fibrose er lagt til vår avdeling med kompetansesenterfunksjon for denne sykdomsgruppen.

Satsingsområder

Avdelingen satser på å bygge opp spesialkompetanse innen gastroenterologi hos barn og ungdom, med vekt på ernæringsstøtte. Vi har det største antall barn med parenteral ernæring i Norden, og tar sikte på å

bygge oss opp til kompetansenivå innen dette fagområdet.

Avdelingen har nylig med støtte fra Helsedepartementet og Helse og Rehabilitering etablert et prosjektorganisert tilbud til barn og unge med overvekt (Stor og Sterkprosjektet) som vi har store forventninger til, og som forhåpentligvis erstattes av et permanent tilbud å på sikt.

Forskning og fagutvikling

Avdelingen har et meget bredt forskningsmiljø på godt internasjonalt nivå. De største områdene er allergi/lunge, diabetes, infeksjonssykdommer og infeksjonsimmunologi. Avdelingen har 6 fordypningsstillinger som nå i økende grad forpliktes på forskning, og vi har 12 stipendiater.

Avslutning

Vi vil møte barn og familiens behov med den beste faglige og menneskelige kvalitet i et utfordrende og trygt arbeidsmiljø, der vi vektlegger pasientbehandling, forskning og undervisning. Vi ønsker å bevare vår posisjon som en ledende barneavdeling og bygge opp kompetanse innen samtlige pediatriens fagområder.

GUNNAR ÅBYHOLM,
AVDELINGSOVERLEGE
GEIR JONER, ASS.
AVDELINGSOVERLEGE

BARNEMEDISINSK AVDELING, ULLEVÅL
UNIVERSITETSSYKEHUS

Tularemi - en uvanlig sykehistorie

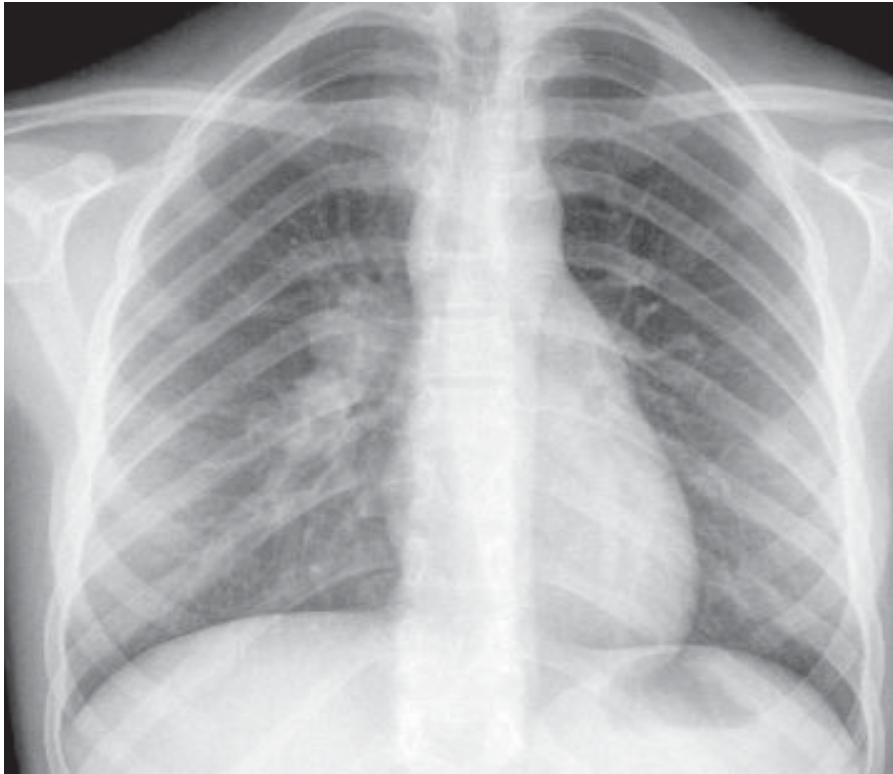
En 14 år gammel jente ble innlagt i lokalsykehus med 4 – 5 ukers sykehistorie med intermitterende feber, redusert allmenntilstand, generell lymfeknutesvulst og vektnedgang på 10 – 12 %. Tilstanden hadde initialt blitt oppfattet som nedre luftveisinfeksjon, og var blitt behandlet med penicillin. Videre utredning ved lokalsykehuset viste SR 66 mm, CRP 38 mg/l og ferritin 728 µg/l, for øvrig var blodbildet upåfallende. Røntgen thorax viste oppfylling i høyre hilus og breddeforøket mediastinum som prominerte mot høyre, oppfattet som lymfeknutesvulst (figur 1).

Pasienten ble overflyttet til oss på grunn av mistanke om tuberkulose eller lymfomutvikling. Ved innleggelse fant man en 14 år gammel jente i noe redusert allmenntilstand, normalt hold. Det var ingen generell

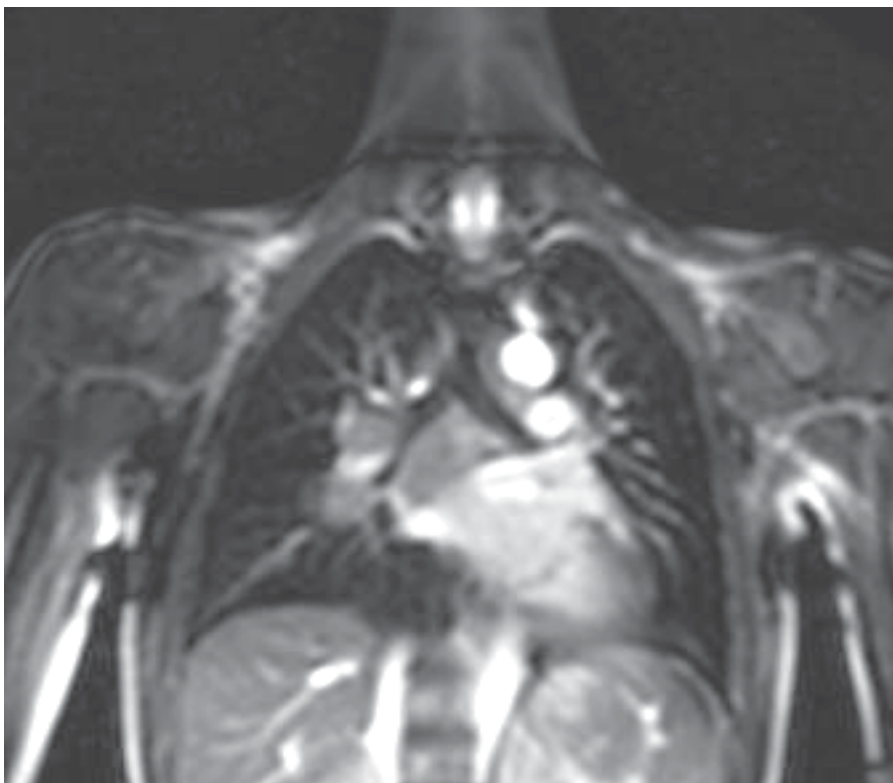
lymfeknutesvulst og heller ingen hepatosplenomegali.

Aktuelle differensialdiagnoser er tuberkulose og intratorakalt lymfom. Begge disse kunne passe med 4 – 5 ukers intermitterende feber, nattsvette og vektreduksjon. Pasienten ble derfor lagt på isolat på infeksjonsavdelingen for å utelukke tuberkulose.

Dagen etter overflyttingen ble det tatt sputumprøve og Mantoux' test med tanke på tuberkulose, selv om sykehistorien ikke kunne bekrefte smitteeksponering. Det var ingen oppvekst i sputumprøven, og Mantoux' test ble avlest som negativ. På grunn av mistanke om malign sykdom ble det tatt benmargaspirant, som imidlertid ikke viste leukemi eller



Figur 1 - Rtg. thorax tidlig i forløpet



Figur 2 - MR-thorax tidlig i forløpet

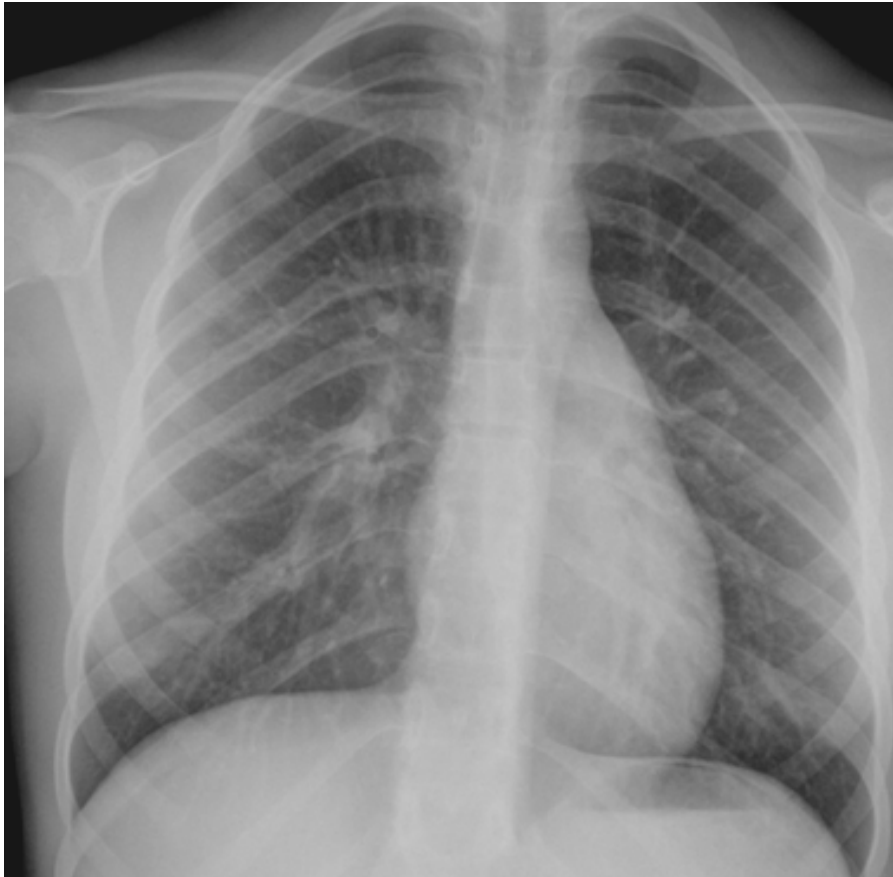
andre benmargsfremmede celler. MR-collum og -thorax viste en polycyklisk oppfylling i høyre hilus med utseende som lymfeknuter; lesjonen strakte seg subkarinalt og noe oppover langs trachea, men det var ingen kompresjon eller avsmalning av luftveiene (figur 2). Det forelå ingen patologiske lymfeknuter på halsen, og det var normale forhold i abdomen. Alt dette kunne peke i retning av et lymfom. Den intratorakale lesjonen var imidlertid ikke tilgjengelig for vanlig biopsitakning uten betydelig risiko. CEA125, NSE samt andre tumormarkører var alle negative. Jenta selv bemerket at tidligere lymfeknuter i aksillen og lysken nå hadde blitt borte.

Det ble utført ulike serologiske analyser med tanke på CMV-infeksjon, toxoplasmose, hepatitt, varicella, morbilli, Epstein Barr-infeksjon, mycoplasma-infeksjon, klamydia-infeksjon og pertussis. Alle var negative. Fordi pasienten kom fra innlandet, ble tester for harepest (tularemie) inkludert i prøvepanelet.

I løpet av oppholdet hos oss ble jentas allmenntilstand gradvis bedre; hun ble avfebril og senkningsreaksjonen normaliserte seg. Indikasjonen for åpen thoraxbiopsi var nå ikke lenger like aktuell, og denne ble utsatt i 14 dager. I mellomtiden fikk vi svar på tularemiprøvene som viste IgM 2600 og IgG 1890. Dette er forhøyede verdier som talte for en aktuell, nylig gjennomgått infeksjon. Man startet derfor en 10-dagers peroral kur med ciprofloxacin.

Ved ny kontroll 4 måneder senere var pasienten i god form, men fremdeles noe slapp. Røntgen thorax var nå normalisert (figur 3).

Tularemie eller harepest er forårsaket av Francisella tularensis, en gramnegativ, intracellulær bakterie. Dette er en zoonose; infeksjonen rammer fortrinnsvis ville dyr. Reservoaret er smågnagere. Man blir smittet ved



Figur 3 - Rtg. thorax ved kontroll etter 4 måneder

kontakt med syke eller døde dyr, eller ved inhalasjon av ekskrementer. Inkubasjonstiden er 1- 10 dager. Det kliniske bildet domineres av kontinuerlig høy feber, hodepine, kvalme og ofte småsår på hender og føtter. Om smitten skjer ved inhalasjon, kan man utvikle en respiratorisk type med pneumoniske infiltrater og/ eller forstørrede hiluslymfeknuter; tilstanden kan da lett forveksles med tuberkulose.

Diagnosen stilles ved påvisning av spesifikke antistoffer i serum; disse oppstår 3 – 4 uker etter smitten, og er påvisbare flere år etter smitten. Behandlingen i akuttstadiet er gentamicin

intravenøst eller ciprofloxacin peroralt. Sykdommen er meldepliktig.

EINAR STENSVOLD, ASS.LEGE
ANNE GRETE BECHENSTEEN,
OVERLEGE

BARNEMEDISINSK AVDELING, ULLEVÅL
UNIVERSITETSSYKEHUS

ARNE BORTHNE, SEKSJONSOVERLEGE

ANNE-CH. VESTLYS BARNERADIOLOGISKE
AVDELING, ULLEVÅL UNIVERSITETSSYKEHUS

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 Lægeforening, og i den rekkefølgen de først forekommer i teksten. (Eks: 1. Nordmann O. Norsk pediatri ved et veiskille. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 263-7.) Evt. tabeller nummereres fortløpende, og skal ha en egen tabelloverskrift (jf. Tidsskriftet). Figurer og fotografier mottas gjerne, skriv da figurtekst på eget ark.

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

PAIDOS
v/ red. Vegard Bruun Wyller
Barneklubben, Rikshospitalet
0027 Oslo.
vegard.bruun.wyller@rikshospitalet.no.

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

VEGARD BRUUN WYLLER
REDAKTØR

KURS

Grunnkurs i barneintensivmedisin Praktisk kurs i arytmi behandling hos barn

To nye kurs i barnemedisinske emner. Kursene er spesielt rettet mot leger under utdanning og for ferdige spesialister i pediatri. De holdes på Søsterhjemmet, Ullevål universitetssykehus, 25.-29. april 2005.

Barnelegeforeningen har ønsket å sette mer fokus på akutt- og intensivdelen av pediatrien. Barneintensivavdeling ved Ullevål universitetssykehus er derfor oppfordret til å lage et grunnkurs i barneintensivmedisin. Dette arrangeres for første gang i år. Vi har valgt å skille ut arytmidelen som et eget kurs, som avholdes siste dag.

Ikke alle barneleger arbeider med den intensivkrevende delen av pediatrien til daglig, men vi tror at det er viktig alle å ha en forståelse av grunnprinsippene. Dessuten trenger disse barna kunnskap og tilstedeværelse av pediatere. Teamwork mellom ulike faggrupper er kanskje særlig viktig her.

Kurset i barneintensivmedisin omfatter de fire første dagene i den avsatte uken. Kurset tar sikte på å gå igjennom patofysiologien, klinikken og behandlingen av de vanligste tilstandene som krever intensivbehandling hos barn, og omfatter dermed både medisinske, kirurgiske og traumatologiske problemstillinger. Som det fremgår av vedlagte program går vi også igjennom mer generelle medisinske aspekter, slik som sedasjon og smertelindring til disse barna, avslutning og tilbakeholdelse av livsunderstøttende behandling, samt organdonasjon.

Praktisk kurs i arytmi behandling hos barn avholdes siste dag (29.04). Målet for dette kurset er å gi

kunnskaper til å kunne diagnostisere, håndtere og behandle de vanligste arytmiene. Som det framgår av vedlagte program er kurset inndelt i to. Før lunsj blir det en teoretisk gjennomgang. Denne etterfølges av en sesjon med praktisk oppgaveløsning.

De to kursene vil bli samordnet, slik at flest mulig kan få med seg begge, hvis ønskelig. Vi håper på stor interesse og deltagelse, og beklager samtidig at vi er noe sent ute med denne kunngjøringen. Ta gjerne direkte kontakt for ytterligere informasjon!

THORE HENRICHSEN

LEIF BRUNVAND

BARNEINTENSIV AVDELING, BARNESENTERET,
ULLEVÅL UNIVERSITETSSYKEHUS

Kurs i barneintensivmedisin

<i>Mandag</i> 25.april	Introduksjon til barneintensivmedisin Resuscitering av barn Initial stabilisering av kritisk syke barn Transport av kritisk syke pasienter Sedasjon/smertelindring Organdonasjon Immunologi, infeksjoner, antibiotika Foreldre i sorg og krise Oppfølging ved død Brannskader Kasuistikker
<i>Tirsdag</i> 26.april	GI-traktus, lever, pancreas, ulcusproblemer Ernæring Nyrer/univier Nyrestøtte (hemofiltrasjon/dialyse) CNS, koma og traumer Nevromuskulære problemer Status epilepticus Kasuistikker
<i>Onsdag</i> 27.april	Intubasjon med mer Lungeproblematikk Respiratorbruk Non-invasiv respirasjonsstøtte Pre- og postoperative observasjoner Det kardiovaskulære system Kardiovaskulær svikt og behandling Hematologi/onkologi Kasuistikker
<i>Torsdag</i> 28.april	Barnekirurgiske akutttilstander/traumer Drukning Intoksikasjoner Endokrinologiske tilstander Monitorering Etikk Kurs-prøve Evaluering

Praktisk kurs i arytmi behandling hos barn

<i>Fredag</i> 29.april	Grunnleggende om rytme/elektrofysiologi/EKG Reentry-takyarytmier og andre supraventrikulære arytmier AV- blokk Lang QT-syndrom Intrauterine/neonatale takyarytmier Hjertesvikt og takykardi Hjerteoperasjoner og arytmi Synkope
---------------------------	--

	Kurs i barneintensivmedisin	Praktisk kurs i arytmi behandling hos barn
<i>Antall deltagere</i>	35	25
<i>Antall kurstimer</i> (søkt tellende)	27	6
<i>Kursavgift</i>	2500,00	800,00
<i>Kursledere</i>	Thore Henriksen, then@uus.no	Leif Brunvand, leif.brunvand@uus.no
<i>Sted</i>	Søsterhjemmet, Ullevål universitetssykehus	
<i>Påmelding</i>	Anne Grethe Holth, avdelingsledelsen, Barnesenteret, Ullevål universitetssykehus 0407 Oslo	
<i>Påmeldingsfrist</i>	Så snart som mulig	

Giftig hår

De siste årene har jeg arbeidet i Nepal, for tiden ved et sykehus langt ute i fjellene. Målt i antall senger er Okhaldhunga Distriktsykehus lite, det har bare 32. Men befolkningen vi betjener er på over 250.000, så her er nok av spennende medisin innen alle fagfelt, også pediatri. I hverdagene her er tilgang på moderne norske medisinske fasiliteter ikke engang fjerne drømmer, men likevel morsomme å bli minnet på når forsinkede numre av Paidos eller Tidsskrift for Den Norske Lægeforening kommer i posten. Men det er spennende ting å møte her også, og jeg vil fortelle om en gutt vi nylig hadde innlagt hos oss:

Pneumoni?

En sju år gammel gutt ble innlagt akutt en kveld. Han hadde alvorlig dyspné, uttalt bronkial sekresjon, krepitasjoner og pipelyder over alle lungeflater. Oksygenmetning var 60 %, temperaturen 39°C, pulsen 90 og blodtrykket normalt. Han var i koma, reagerte bare minimalt på smertestimuli. Ellers å bemerke er at han hadde et svært, tykt, langt hår godt ned på skuldrene. Foreldrene hadde aldri klippet det, som et ledd i å gjøre ham kvalifisert til en fremtid som «*dhami*», lokal landsbyprest og medisinmann. De skal helst ha helt urørt hår. Straks etter ankomst trodde vi at dette var nok et tilfelle av alvorlig pneumoni (det var i en periode hvor sykehuset var fullt av barn med pneumonier, sannsynligvis sekundært til en virusepidemi), og at det reduserte bevissthetsnivået skyldtes utmattelse og hypoksi.

Forgiftning?

Men etter hvert som vi snakket mer med foreldrene var det noe i historien som ikke stemte. De insisterte på at han hadde vært helt frisk tre dager tidligere, det hadde ikke vært noen prodromalperiode. Det hele hadde startet med magesmerter, oppkast og dyspné, men bare minimalt med hoste. Så hadde han gradvis blitt verre, inntil han sluttet helt å respondere på tiltale kvelden før innleggelsen. Da det ble lyst neste morgen hadde de tatt ham på en bære og gått så fort de kunne mot sykehuset, som de altså nådde om kvelden. Landsbyen ligger seks timers rask gange fra sykehuset, for en som går uten oppakning og uten bære. Dette låt ikke som noen vanlig pneumoni. Og da vi undersøkte ham nærmere fant vi at han hadde uttalt miose, knappenålstore pupiller. Dreide dette seg om en forgiftning?

Vi spurte grundig om gutten hadde spist noen form for medisin eller noe annet som kunne være giftig, enten aksidenstelt eller med vilje, for eksempel et pesticid. Slike forgiftninger er vanlig i Sør Asia, WHO anslår at det skjer to millioner selvmordsforsøk og en million tilfeldige forgiftninger med pesticider årlig på verdensbasis.¹ Men foreldrene var fullstendig avvisende til at noe slikt kunne ha skjedd. Heller ikke hadde han deltatt i sprøyting på markene i det siste, noe som ikke sjelden gir aksidentell forgiftning, ettersom det brukes svært toksiske organofosfater. Så hva kunne ha forårsaket dette kliniske bildet?

Festivaltid

Innleggelsen skjedde en av de første dagene av Dashain, den største årlige festivalen i Nepal. Det er som i Norge til jul - da vil alle fremstå på sitt peneste og beste. Her betyr det nyvasket, avluset og om mulig med nye klær. Nye klær hadde ikke familien, men det framgikk etter hvert at moren hadde behandlet ham for hodelus om morgenen den dagen symptomene begynte. Hun kom til å nevne det, langt uti samtalen. Til avlusingen hadde hun brukt Metacide, et organofosfat som er billig og brukes mye i landbruket her, som mange andre steder i verden.² Men så hadde hun glemt å vaske håret hans etter en time, som man vanligvis gjør. Nå hadde altså denne giften vært i hans veldige hårmanke i 48 timer, og skapt en høyst lokal atmosfære å puste i. Det hadde gjort ham gradvis dårligere.

Denne typen forgiftninger er grundig beskrevet i litteraturen. Toksinet hemmer acetylkolinesterase, og symptomene skyldes at acetylkolin overstimulerer muskarinreseptorer og nikotinreseptorer, både perifert og innenfor sentralnervesystemet. Det kliniske bildet kan sammenfattes i akronymet MUDDLES.³ Vår pasient fremviste flesteparten av de beskrevne symptomene, men han hadde mindre uttalt spyttsekresjon og tåreflod enn dem vi har hatt før, muligens fordi han ankom lenge etter symptomdebut.

Behandling

Første ledd i behandlingen var å gi ham frisk luft å puste i. Hårmanken ble klippet, noe foreldrene godtok etter grundige forklaringer, han ble vasket og fikk skiftet klær. Han fikk ekstra oksygentilførsel, intravenøs væske, og behandling med store doser atropin. Videre fikk han antibiotika på mistanke om en sekundær bakteriell pneumoni.

Acetylkolinesterasereaktivatører, som pralidoksim eller

obidoksim, er ikke tilgjengelige i et lite distriktssykehus her i landet. Og ettersom distriktet ikke har vei-forbindelse, lar de seg heller ikke skaffe på kort varsel. Antagelig hadde de heller ikke hatt særlig effekt, ettersom pasienten hadde vært utsatt for toksinet i så lang tid at dets bindinger til esterassen antagelig var irreversible da han kom til sykehuset. Respirasjonssvikt er en viktig trussel ved denne typen forgiftninger. Respiratorbehandling kan bli nødvendig, og en studie fra Tyrkia viste at selv der slik behandling er tilgjengelig har pasienter med denne typen forgiftning som går i respirasjonssvikt en dødelighet på 50%.⁴ I vår setting er heller ikke slik behandling tilgjengelig.

Vår pasient trengte svære doser atropin i de første tre dagene, deretter gradvis, langsam reduksjon. Slik atropinbehandling anbefales ellers gitt som kontinuerlig infusjon. Men sykepleierbemanningen ved vårt sykehus er svært lav, og det er

begrensede muligheter for kontinuerlig observasjon. Kontinuerlig infusjon av atropin ble derfor det vurdert å være for farlig, og det ble i stedet gitt hyppige bolusdoser. Litteraturen anbefaler «en mild grad av atropinisering», uten bronkial sekresjon, med mild flushing og mydriasis, og puls i overkant av hundre.⁵ Vi justerte atropindoseringen med det som utgangspunkt.

Det tilkom langsom bedring. Ved utskrivelse etter ti dager var han symptomfri, renvasket og glattbarbert på hodet, klar for å ta del i siste del av feiringen av en langvarig festival. Medisin i Nepals fjellverden er fattig på ressurser, men rik på utfordringer!

ERIK BØHLER

OKHALDHUNGA COMMUNITY HOSPITAL
UNITED MISSION TO NEPAL
BOX 126 KATHMANDU
NEPAL
BOHLER@WLINK.COM.NP

Referanser

1. Jeyaratnam J. Acute pesticide poisoning: a major global health problem. *World Health Stat Q* 1990; 43: 139-44.
2. Schier E, Petros S, Yecunnoamlack T. Organophosphate poisoning: diagnosis and treatment. *Trop Doctor* 1990; 20: 89-90.
3. O'Malley M. Clinical evaluation of pesticide exposure and poisonings. *Lancet* 1997; 349:1161-6.
4. Sungur M, Guven M. Intensive care management of organophosphate insecticide poisoning. *Crit Care*. 2001; 5(4):211-5.
5. Singh UK, Layland FC, Suman S, Prasad R. Poisoning in children. New Delhi: Jaypee Brothers, 1998.

ADRESSEENDRING? INNMELDING I NBF?

KONTAKT

RAGNA STENDAL

BARNEAVDELINGEN, SØRLANDET SYKEHUS HF

4604 KRISTIANSAND

RAGNA.STENDAL@SSHF.NO

Andreas Rokseth - en ung bandoneonutøver

Pediaterdagene i Trondheim bød på mange kulturelle opplevelser. Et av høydepunktene var pause-innslagene med 13-år gamle Andreas Rokseth, som varmet forsamlingen med sitt klangfulle spill på bandoneon. - Musikken hjalp meg i sykdomsperioden, forteller Andreas, som nylig har vært gjennom et langvarig utrednings- og behandlingsopplegg ved St. Olavs hospital. - Spesielt da jeg var hjemme mellom innleggelsene.....ofte øvde jeg timevis i strekk.

Musikken inntar i det hele tatt en sentral plass i livet til vårt unge bekjentskap, som har holdt på med bandoneon i tre år. Andreas beskriver hvordan spillingen ga innhold og mening til mange av dagene i sykdomsperioden, slik at han slapp å slå i hjel tiden foran en TV- eller dataskjerm. Og han forteller om hvordan den bidro til å opprettholde sosial kontakt i en tilværelse som ellers var preget av kroppslige plager og mangel på energi. - Det hadde nok vært vanskeligere hvis det bare var idrett som stod i hodet på meg, sier han med et smil. - Å spille var jo noe av det jeg faktisk kunne klare å gjøre. Andreas har stor tro på at musikk kan være positivt for syke barn i sin alminnelighet, men understreker betydningen av individuell tilpasning, og advarer mot overfladiske tiltak. - Det må ikke bli slik.....»tjo-hei, dette er artig»... og så er det kanskje ikke artig i det hele tatt, forklarer han. -

Alle liker forskjellige ting, og har ulike evner og kunnskaper fra tidligere. Hvis man skal få pasienter til å spille, må man ta utgangspunkt i hva den enkelte kan og vil.

Andreas har derimot ingen betenkeligheter med at *leger* musiserer på avdelingen, selv om resultatet skulle bli aldri så falskt. - Sang og spill kan redusere avstanden mellom legen og pasienten, fremhever han, og legger til at vi ikke bør være redde for å fremstå useriøse eller å dumme oss.

Til slutt må vi avsløre vår mangel på musikalsk dannelse, for hva *er* egentlig et bandoneon? - Et bærbart kirkeorgel, kommer det kjapt, og så vi som trodde det dreide seg om et slags trekkspill! Likheten er bare tilsynelatende, får vi høre. Spilleteknikken er for eksempel helt annerledes. Toner frembringes ved at fingrene på høyre og venstre hånd presser inn små knapper; disse er imidlertid ikke ordnet i noe logisk system. Dessuten kan én knapp gi opphav til to forskjellige toner, avhengig av om belgen trekkes ut eller presses sammen. Dette kompliserte apparatet ble opprinnelig utviklet i Tyskland med tanke på kirkemusikk, men vant først og fremst popularitet i Syd-Amerika, og fikk nå et nytt anvendelsesområde, nemlig *tangoen*. Musikkens veier er uransakelige. I Trondheim sitter en 13 år gammel gutt og fargelegger sine dager med argentinsk dansemusikk fra et

instrument beregnet for tyske salmer. Det skulle 1800-tallets bandoneonprodusenter ha visst!

VEGARD BRUUN WYLLER

BARNEKLINIKKEN, RIKSHOSPITALET

Skal EAP erstatte CESP?

En kort rundspørring blant mine kolleger bekrefter at disse begrepene nærmeste er ukjente for norske pediatere. Er det i så fall viktig? I det daglige arbeidet neppe, men i større sammenheng kan eller bør det bli økt bevissthet på dette området. Utviklingen innhenter oss!

CESP er en forening for spesialister i pediatri innen EU (Confederation of European Specialists in Paediatrics) der også barneleger fra Norge og Sveits er med. Inntil nå har saker som harmonisering av krav til grunnutdannelsen i pediatri og subspecialisering vært viktige arbeidsområder. Dette ikke minst fordi forholdene i dagens Europa og det blivende EU med de mange nye statene blir en stor utfordring. Stikkord som et fritt arbeidsmarked understreker dette. Andre saker har vært knyttet til vaksinasjoner, etikk, barneulykker og videreutdanning (CME = continuous medical education).

UNEPSA er en samling av barnelegeforeninger i hele Europa. Hovedformålet har vært å arrangere kongresser (Europaediatrics) hvert 3. år (dels i samarbeid med CESP), som etter min mening først og fremst har vært rettet mot de som arbeider i primærpediatrien, men også sykehuspediatere på det arbeidsmessige (secondary level) nivå, der mange norske pediatere befinner seg.

CESP spiller en stadig viktigere rolle innen EU-systemet som premissleverandør på felter nevnt

over. Dette sammen med at man ønsker en samling av hele den europeiske pediatrien etter mønster av American Academy of Pediatrics (AAP), gjør at man i første omgang har til hensikt å endre betegnelsen CESP til EAP (European Academy of Paediatrics) og ikke minst på lang sikt gjøre Europaediatrics til et forum for alle barneleger - også subspecialistene. Sistnevnte kan skje ved at de årlige subspecialistkongressene inkorporeres i Europaediatrics. Stikkord for EAP er individuelt medlemskap og tilknytning til et av de eksisterende europeiske tidsskriftene. Dette er interessante tanker og ideer. Dels er det spørsmål om vi skal støtte en slik utvikling, dels om dette vil ha betydning for norske barneleger. Navnendringen fra CESP til EAP er for meg ubetinget riktig. European Academy of Paediatrics med akronymet EAP «slår» mer enn CESP. Betydning av lettforståelige begreper skal ikke undervurderes i dagens informasjonsjungle! Samtidig vil en overgang fra dagens Europaediatrics til en struktur som inkluderer alle subspecialitetene og ikke minst ideen om et samlet Europa, tale for en endring. Det store spørsmålet er om dette er av vesentlig betydning for norske barneleger. Per i dag arbeider de fleste barneleger med generell pediatri samtidig som de har sine mer eller mindre utviklede spesialområder. Hvorvidt de er best tjent med - som i dag - å delta på de internasjonale subspecialitetskongressene - eller for fremtiden på en utvidet

Europaediatrics, vil kun tiden vise. Så langt har det vært en betinget interesse blant de europeiske subspecialistforeningene til å legge sine kongresser inn i eller sammen med Europaediatrics, men ideen er ung og prosessen er i gang!

HANS JACOB BANGSTAD

BARNEAVDELIGNEN, ULLEVÅL
UNIVERSITETSSYKEHUS

Har du en redaktør i magen? Vil du bidra til utviklingen av norsk pediatri? Vil du raskt bli kjent med foreningens mange medlemmer?

Nåværende redaktør i Paidos trer tilbake, og vi søker hans etterfølger for tiltredelse i september 2005. Redaktøren er også styremedlem i Norsk Barnelegeforening, og velges av foreningens årsmøte for en periode på to år. Vervet honoreres, som de andre verv i styret, med kr 5000 per år.

Paidos utkommer med fire nummer i året. Hver utgivelse produseres i sin helhet elektronisk ved hjelp av programmet PageMaker. Opplæring vil bli gitt!

Interesserte bes henvende seg til valgkomiteens leder: Hans-Jacob Bangstad, Barnesenteret, Ullevål universitetssykehus, 0407 Oslo (h.j.bang@frisurf.no), tlf.22118765/98241767. For mer informasjon om vervet, kontakt nåværende redaktør Vegard Bruun Wyller, Barneklubben, Rikshospitalet, 0027 Oslo (vegard.bruun.wyller@rikshospitalet.no).

Vårmøtet 2005

www.barneklubben-sir.no

Stavanger

2.-4.juni 2005



Vårmøtet 2005

Tema

- Resuscitering - team og trening
- Immunologi og allergivaksiner
- Den internasjonale barnelegen
- Infeksjoner - de store utfordringene

Informasjon

Kongresshotell: Clarion Hotell

Spørsmål om registrering

Anna Fosså, af@akuttjournalen.com

Spørsmål om tema

Magne Berget, bema@sir.no

Knut Øymar, oykn@sir.no

Sosialt

Norsk Barnemuseum

Klovnene og initiativtakeren til museet, Per Inge Torkelsen, kommer.

De Røde sjøhus

Bli enda bedre kjent kveld, med mat og underholdning

Flor og Fjære

Opplev Ryfylkets oase; blomstrende hage med palmer og eksotiske planter og utsikt over sjøen. En utrolig spennende kveld med omvisning og middag. Taler og underholdning.

Preikestolen

Benytt anledningen til å se Rogaland desidert mest berømte turistattraksjon. Kombinasjon av fottur og fantastisk utsikt over Lysefjorden.

For oppdatert program og detaljer, se:

www.barneklubben-sir.no



Stavanger Universitetssjukehus
Helse Stavanger HF



Norsk Barnelegeforening

Jambo – «god dag» på swahili, hovedspråket i Tanzania

Undertegnede ønsket som leder av NBF å etablere en klinisk utenlandstjeneste for norske barneleger. På vår grønne gren her opp i nord har de fleste av oss det meget velbeslått. Hos noen av oss har det vokst frem et ønske om å være barnelege under fremmed himmelstrøk. Eventyrlyst, ønske om hverdagsendring og litt idealisme er undertegnedes motiv for å søke kontraster for en begrenset tidsperiode.

Orienterende møter med de største internasjonale veldedige organisasjonene for et par år tilbake indikerte at vi barneleger er attraktive. Men akutte katastrofeutrykninger på 3 døgnns varsel passer neppe for en tradisjonell norsk barnelege. Jeg har i mange år hatt en drøm om å etablere et samvirke mellom norske barneleger og et sykehus oppe i Andesfjellene i Sør-Amerika. Likevel falt valget enkelt på Haydom Hospital - et avsidesliggende norsk misjonssykehus 1700 meter over havet i nordvestre Tanzania i Øst-Afrika. Medvirkende for valget var at Sykehuset Sørlandet for valget var at Sykehuset Sørlandet på imponerende vis har etablert et praktisk klinisk samarbeid med nettopp dette hospitalet.

Haydom Hospital ble grunnlagt for 50 år siden. Den legendariske dr. Olsen har bygget og på alle måter ledet institusjonen nær alle disse årene. Et fantastisk livsverk. En landsby med 5000 innbyggere er vokst opp rundt hospitalet som har 150 ansatte, 300 senger, 10000 innleggelser, 4500

kirurgiske operasjoner, 3500 fødsler, ny barneavdeling og egen sykepleieskole. Hele sykehuset har et årsbudsjett på ca 10 millioner norske kroner – lik beløpet det koster å gi 10 norske barn hver 10 cm. økt lengdevekst.

NBF ved leder ble invitert til Haydom Hospitals 50 års jubileum i januar i år, og deltok sammen med medlem Jorun Ulriksen fra Sørlandet Sykehus. En storslått afrikansk fargerik feiring med 3000 deltakere anført av tanzaniansk stasminister og helseminister samt representanter fra norsk regjering og ambassade. NBF hilste jubilanten med formelle gratulasjoner og en pengegave tilsvarende årskontingenten for 10 medlemmer i foreningen vår. Den nye barneavdelingen – uten neonatalavdeling - har 50 senger med gjennomsnitt 100 pasienter. En morgenvisitt viste mer pediatrik infeksjonsmedisin enn nær 25 år ved norske barneavdelinger: malaria, tuberkulose, AIDS, meningitter, gastroenteritter, forbrenninger og hyenebitt. Sterke inntrykk for en rimelig erfaren norsk pediater.

Hva kan den norske pediater bidra med på barneavdelingen i Haydom? Jorun Ulriksen har vært nedover i 3 perioder. Jeg støtter hennes holdning om at det er det basale slik som temperaturmåling, væskebalanse og journalføring, som bør videreutvikles og prosedyresettes. Vi som reiser nedover bør lage et kontinuum i det kliniske arbeidet og i

undervisningen. Dr. Olsens ønske til undertegnede om generell medisinsk kunnskap og ikke infeksjonsspesifikk sådan tiltredes.

De som reiser bør nok ha noen år på baken, rimelig ro i egen sjel og kunne børste litt støv av sin ungdoms fleksibilitet. Opplevelsene blir sterke. Livet og døden kommer nær deg. Ydmykheten for lokale seder og skikker stiger, og takknemligheten for mye av det vi har her hjemme øker. Små og store norske saker blir mindre. Vår hjemlige kontantstøttedebatt får andre dimensjoner. Kort sagt – jeg tror noen og enhver av oss vil ha godt av et opphold på Haydom Hospital. Jeg mener at norske barneleger med nevnte forberedelser kan gi noe og få mye gjennom et opphold som nok bør være av ca 3 måneders varighet. Jeg tror også at norsk pediatri vil tilføres noe gjennom dette samarbeidet. NBF har av disse grunner etablert en intensjonsavtale med Haydom Hospital om at 2 norske barneleger årlig i de kommende årene hver skal arbeide 3 måneder på barneavdelingen.

Undertegnede reiser nedover i september 2005. Flere kolleger har seriøse planer om å reise i 2006. Jeg tror vi klarer å rekruttere norske barneleger til Haydom! Du blir ikke rik i kroner med norske overlegepermisjonsvilkår, men rik i mangeartede og fargerike opplevelser. Jeg vil billedgjøre mine førsteinntrykk fra Haydom under Vårsmøtet i Stavanger – et Vårsmøte som frister med et utmerket faglig og et utradisjonelt og spennende sosialt program.

Baadaye - «vi sees.»

JØRGEN HURUM

LEDER NBF