ÅRGANG 26 – OKTOBER 2008 – S. 53- 68

P A I D O S

TIDSSKRIFT FOR NORSK BARNELEGEFORENING

TEMA **Hovedstadsprosessen** **s 58**

PAIDOS NR.4 - OKTOBER 2008

Redaktør: Tomas Nordheim Alme,
Pediatrisk Forskningsinstitutt
Rikshospitalet - Radiumhospitalet HF
0027 Oslo
paidos@barnelegeforeningen.no
Design : Anne-Marie Korseberg
Lay-out: Tomas Nordheim Alme
Trykket hos 07 Gruppen AS
Opplag: 800
Antall utgivelser per år: 4

Frist for innsending av bidrag og annonsemateriale:
Nr. 01/2009 - 15. desember

ISSN: 0804-1687 © Norsk Barnelegeforening

Paidos forbeholder seg retten til å oppbevare og publisere artikler og annet stoff også i elektronisk form, for eksempel via internet.
Fagpressens redaktørplakat ligger til grunn for utgivelsen. Alt som publiseres representerer forfatterens synspunkter. Disse samsvarer ikke nødvendigvis med redaksjonens eller Norsk Barnelegeforening sine offisielle synspunkter med mindre dette er presisert.

REDAKTØREN

Høy telefonregning

Tomas Nordheim Alme
Redaktør

Styret i Barnelegeforeningen jobber med flere viktige saker. En av de som har tatt mye tid i høst dreier seg om legemidler til barn. Som mange vil kjenne til, greide NBF i 2005 å få inn en pasus i Legemiddelmeldinga om styrkning av barns legemiddelsikkerhet. En arbeidsgruppe ble etablert og rapport sendt inn til Helsedirektoratet. I tre år har vi ventet spent på hva som skulle komme ut fra departement og direktorat. Det er rimelig å si at vi ble skuffet - svært skuffet. Departementet leverer et "goddag mann - økseskaft" forslag som kun tilfredstiller ett behov - regjeringens. Man kan på denne måten si at man har satt i verk tiltak, og glatt se gjennom fingrene med at tiltaket er veikt og lite hensiktsmessig. Foreløpig er to millioner kroner bevilget til et pilotprosjekt med litt uklare mål og liten mening. Dette skal finansiere en prosjektleder i 20% og en sekretær, som utgangspunkt for en slags nettverksmodell som skal gå på omgang hvert 3. år. Det kan virke som om man har et inntrykk av at norske barneleger har mye tid til overs, for her er det lagt opp til høy grad av fritidsforskning. Et sterkt, forskningsbasert kompetansemiljø, slik intensjonen var, kan det ikke være lett å få opprettet på disse vilkårene. Det slår meg at to millioner kroner rekker til ganske mange timer teletorgveiledning med synske Chania. Så kan kanskje hun skaffe rede på hvordan vi skal sikre trygge legemidler til de minste av oss. For en stund tilbake skrev jeg her om statsråders forakt for faglighet. Nå har et nytt lys gått opp for meg. Det NBF antakelig trenger å gjøre er å starte en teletorgtjeneste til kr 30 per minutt, da vil muligens politikere ta notis av rådene våre.

Hovedstadsprosessen er viet plass i dette nummeret. Det er spennende tider for alle som jobber både i og utenfor Oslo. Uansett hva som vedtas når styret i Helse Sør-Øst har sitt møte 19. november, vil det innebære omstilling både for pasienter, pårørende og helsepersonell. Jeg er imidlertid ikke i tvil om at det er fornuftig å forene krefter fremfor å kjøre doble strukturer. Det skulle ha vært gjort for mange år siden, og Sverre O. Lie beskriver det forrige forsøket på sammenslåing i dette nummeret.

Jeg har en bekymring. Nok en gang sender jeg ut et nummer med for lite stoff av for få skribenter. Jeg innbiller meg at det blir nokså uinteressant å lese mine betraktninger, side opp og side ned, utgave etter utgave. Jeg vet at vi har mange flinke fagfolk og formidlere blant oss. Pediaterdagene i Bergen sist uke er et godt eksempel på det. Hvorfor hører vi ikke mer om aktiviteten i Paidos?

Til neste nummer ønsker jeg meg flere gode tips og historier som jeg kan videreformidle til alle norske barneleger. Du er herved utfordret.

God høst!

Tomas

LEDER

Helsetilbud til ungdom - en utfordring for pediatrien

Kristin Hodnekvam
Leder i NBF

Vi kjenner dem alle; Tenåringen med diabetes som gjesper seg gjennom konsultasjonene og aldri måler et blodsukker . Astmatikeren som midt i ungdomsskolen begynner å røyke og dropper steroidinhalasjonene. Idrettsgutten som fortvilet må innse at han ikke blir høyere og sannsynligvis ikke kan hevde seg i konkurransen videre p g a dette. Den stillferdige jenta med vondt alle plasser, men uten avvik på ei eneste lab prøve. Vi kjenner følelsen av å komme til kort overfor unge pasienter trass i alle våre gode intensjoner som behandlere

Ungdomsmedisin er ikke en subspesialitet i Norge, ei heller i våre naboland. De nordiske land har ikke egne avdelinger for ungdom, men flere har seksjoner innenfor barneavdelingen hvor en del av de ungdomsmedisinske problemstillinger er kanalisert. Utafor sjukehusavdelingene finnes i Sverige såkalte ungdomsmottagninger med en tverrfaglig stab som tar hånd om et vidt spekter av ungdomstidens helseutfordringer. I Norge har kommunene et tilbud som oftest knytta til prevensjon- og seksualopplysning.

Sentrale samarbeidspartnere som Barnevernet, Habiliteringstjenesten og Barne- og Ungdomspsykiatrien følger klientene til 18 år.

Forskriftene om barn og unge på sjukehus definerer at opp til 18 år har pasienten rett til skolegang, rett til å ha med forelder, rett til tilrettelagte omgivelser, rett til trenet personale.

I generalplanen for pediatri fram mot år 2010 har NBF slått fast at helsetilbud til ungdom er ett av hovedområdene. Det er anbefalt at pediatere skal arbeide for å gi poliklinisk tilbud opp til 18 år, tilrettelegge avdelingene slik at ungdom opp til 18 år kan innlegges, gi ungdom mellom 16 og 18 år mulighet til å velge avdeling, fremme samarbeid med andre avdelinger og med førstelinja om å finne gode løsninger for unge pasienter.

Innvendingene fra pediatere mot å heve aldersgrensa ved inntak har vært knytta til areal, bemanning og kompetanse.

Ved en rundspørring i 2006 (19 av 22 avdelinger svarte) framkom at 2 av 3 hadde fylte 15 år som grense ved innleggelser, 1 av 3 hadde fylte 16 år og de som planla nybygg, skulle innlemme opp til 18 år. For gitte kronikergrupper hadde imidlertid alle avdelingene innleggelser opp til 18 år og definitivt poliklinisk oppfølging opp til 18 år. "Konsekvent inkonsekvente" beskriver de flestes håndtering.Men med en klar bevegelse i retning høyere alder.

Hvor er de unge pasientene innlagt? Et toårsmateriale ved et sentralsjukehus viste at i alderen 15-18 år var 10% innlagt KK, 50 % kir/ortoped (de fleste av disse med korte opphold), 18 % medisinsk avdeling og 22 % ved Barneavdeling. Om ungdom med relevante diagnoser og opphold utover ett par dager skulle innlegges Barneavdelingen ville det ha betydd en økning på snaue 5% av pasienttallet, og tilsvarende for poliklinikken en økning på 12 %. Ikke så svære tall, men i tider med nedskjæring er det likevel slik at denne økningen vil kunne merkes.

Men kanskje ligger de største utfordringene likevel på det faglige området, dels det strikt medisinske inkludert de fysiologiske endringene, men også forståelsen av den psykiske utviklingen og de sosial forandringene. Disse utfordringene må håndteres både av fastlegene, på poliklinikkene , i sjukehusavdelingene og i tilretteleggingen over i voksenmedisinen.

Ungdoms somatiske problemer er knyttet til

INNHOLD

58 Tomas Nordheim Alme
HOVEDSTADSPROSESSEN - HVA SKJER'A?

60 Sverre O. Lie
HVORFOR NORGE BYGDE TO BARNESENTRA MED 3 KM MELLOMROM

62 Tomas Nordheim Alme
HAN SOM SKINNER

64 Tomas Nordheim Alme
FLOTTE PEDIATERDAGER I BERGEN

Paidos skal:

- Speile trender og utvikling innen norsk barnemedisin
- Jobbe for økt interesse for barnehelse i et nasjonalt og internasjonalt perspektiv
- Være et vindu for samfunn og media mot norsk barnemedisin
- Sette fokus på viktige barnemedisinske tema
- Være et medlemsblad for Norsk Barnelegeforening

Redaksjonen mottar med takk alle bidrag fra leserne. Signerte artikler og innlegg står for forfatterens egen regning.

Vil du være med å lage Paidos?

Paidos søker skriveglade barneleger som vil være med å forme bladet fremover. Ta kontakt på epost paidos@barnelegeforeningen.no

• sjukdom som opptrer spesielt i pubertet, som hormonforstyrrelser relatert til vekst og utvikling, spiseforstyrrelser, idrettsskader, ulykker

• sjukdom som er kjent, men blir komplisert/mer krevende i ungdomsåra, som diabetes, astma, epilepsi, revmatisme, CP, hjertefeil

• sjukdom eller atferd som starter i pubertet og kan gi store helsemessige følger i voksen alder, som bruk av tobakk, alkohol, rusmidler for øvrig, fysisk inaktivitet og fedme

Ungdoms psykiske utvikling og hvordan denne virker inn på forståelse og mestring, må alle behandlere forholde seg til ; fra 10-13 års alder med ufullstendig logisk tenkning og mange "verdensmestere", via 14-17 års alderen med sterk identitetsutvikling og avstandstagen fra autoriteter til 18-21 års alderen med utviklet evne til logisk refleksjon . Uten denne kunnskapen kan vi både forlange for mye og for lite av pasientene våre og komme helt feil ut i forhold til å oppfatte hva som egentlig blir sagt og til å kunne bidra til mestring.

Sverige har vært et foregangsland i å definere adolescensmedicin og har faglig sterke miljøer . Henviser til nettsiden til Svenska Barnelekarforeningen og dens arbeidsgruppe for ungdomsmedisin med referanser til litteratur og til konferanser.

NBF hadde inntil 2004 en interessegruppe i ungdomsmedisin og Helge Michalsen stod for opprettelsen av kurs i ungdomsmedisin i spesialistutdannelsen.

I november 2008 arrangeres en 2 dagers nasjonal konferanse i ungdomsmedisin på Lillestrøm. Den springer ut av engasjementet fra brukerorganisasjoner og sentrale fagmiljøer innenfor enkelte kroniske lidelser. Se NBFs nettsider for påmelding. Anbefales!

Unge pasienters overgang til voksenmedisin blir også ett av temaene på Vårmøtet i Haugesund 10-12 juni 2009. -

I regi av Nordisk Pediatrisk Forening er en arbeidsgruppe med to års virketid etablert for å kartlegge ungdomsmedisin i eksisterende utdanning og legge retningslinjer for utviklingen av et felles nordisk utdanningstilbud både for leger i spesialistutdanning og videreutdanning. Norsk deltager er Turid Lingås Holmene, NTNU / StOlav og leder for forskningsprosjektene i Ung-HUNT. Jeg ser fram til en oppfølging av dette og til barnelegenes/NBFs videre arbeid for å optimalisere helsetilbudet til ungdom.

Avslutningsvis en varm takk til Britt Skadberg og kolleger ved Barneklinkken Haukeland for flotte Pediaterdager 2008 . Programmet ivaretok både det høyspesialiserte og det praktisk anvendbare. Hovedtemaene spente fra seksuelt misbruk og barnemishandling til syndromer og metabolske sykdommer, hverdagsneonatologi og sist, men ikke minst, vanskelige pasientsaker som ble presentert med klokskap og innsikt. Underholdning og sosialt program i en våt og høstvakker Bergen by bidro ytterligere til å presentere avdelingens kvalitet og styrke. Takk!

Skien 12 10 08

Kristin Hodnekvam

Forsidebildet:

En munter kollega fra Bergen spurte meg om jeg visste hva som kom til å være Helse Sør-Øst's julegave til de ansatte i år. Jeg svarte som sant er at det visste jeg ikke. Svaret kom med dårlig skjult skadefryd: "Den store kamelkokeboken - 50 deilige oppskrifter med kamel".

Mange venter nok i spenning på resultatene av Helse Sør-Østs styrebehandling av Hovedstadsprosessen. For barnelegene sin del, synes mange av avgjørelsene allerede nokså tydelige. Man antar at det blir en sammenslåing av Barneklinikken på Rikshospitalet og Barnesenteret på Ullevål. Samtidig overføres en del av områdepasientene på vest- og østsiden av byen til henholdsvis Drammen og AHUS. Dermed får sammenslåingen drastiske konsekvenser også for disse avdelingene. Det vil kunne medføre behov for nye vaktordninger og endret bemanning. RH og UUS har i dag 135 barneleger. Alle disse kan ikke vente å få jobb på det nye barnesenteret. De to barneavdelingene har løst en rekke organisatoriske spørsmål forskjellig og en sammenslåing vil innebære at noen må endre standpunkt. Videre er ikke alle barn på sykehus "pediatriske". Et barnesenter vil være et naturlig oppholdssted for alle barn, også de med kirurgiske sykdommer,

og dermed blir også plassering av ulike kirurgiske funksjoner en del av kabalen som skal legges i forhold til lokalisering. Dagens lille kokketips fra Paidosredaksjonen er hentet fra gammel livsvisdom fra midtøsten. Kameler (og i og for seg dromedarer) nytes best medhårs. Vel bekomme!

Styret i Norsk barnelegeforening 07-09

Kristin Hodnekvam (Leder)

Overlege ved Barne- og Ungdomsmedisinsk seksjon i Telemark. Avdelingsoverlege fra -98, resultatansvarlig avdelingssjef fra -99 og klinikksjef for en samlet Barne- og Ungdomsklinikk fra 2002-2005. 2005-2007 overlege ved Barnemedisin, seksjon for endokrinolgi, UUS. Fra 2008 enhetsleder for legeseksjonen.

Født og oppvokst på Toten. Medisinstudier i Oslo. Jobbet mest ved barneavdelingen i Telemark, ved Rikshospitalet som ledd i spesialiteten og tre år som kommunelege i Sandefjord med hovedansvar barn og unge.

Opptatt av helheten i faget pediatri. Engasjert i forhold som berører barns og unges helse og levekår i samfunnet, både i Norge og internasjonalt.

leder@barnelegeforeningen.no

Siri Hjertnes (Sekretær)

Studert ved NTNU i Trondheim, ferdig i 2004. Turnus i Ålesund og fagre Stryn. Sidan endt turnus, jobb på Barneavdelinga i Ålesund. På fritida utnyttes Sunmøre på best mulig måte.

sekretaer@barnelegeforeningen.no

Karl-Olaf Wathne (Kasserer)

Spesialist i barnesykdommer ved SiA og Rikshospitalet. Doktorgrad på vitamin A. Jobbet to år i Zimbabwe som kombinert distrikts- og sykehuslege og tre år i Botswana for WHO med hiv/aids. De siste 10 årene har jeg arbeidet som overlege ved Aker sykehus/UUS, i hovedsak med infeksjonssykdommer hos barn og arbeider nå som spesialrådgiver i Helse- og omsorgsdepartementet med infeksjoner/smittevern og internasjonale spørsmål.

kasserer@barnelegeforeningen.no

Thor Willy Ruud Hansen (Nestleder)

Overlege ved Nyfødtseksjonen og professor ved Barneklinikken, Rikshospitalet. Har arbeidet i pediatrien i >30 år, hvorav omtrent 10 år utenlands. Opptatt av medisinsk etikk og leder Klinisk Etikk-komite på Rikshospitalet. Forsker på gulsott og hjerne hos nyfødte. Brenner for ferdighetstrening og for økt kompetanse i pediatrisk farmakoterapi. Liker å tilbringe tid med min familie, lese, reise, musikk, aktiv i Metodistkirken i Norge.

nestleder@barnelegeforeningen.no

Marianne Nordhov

Cand.med. fra Universitetet i Tromsø i 1995. Jobbet ved Barneavdelingen, UNN, siden 1997 og som overlege på Nyfødt Intensiv fra 2001. Doktorgradsstipendiat fra 2006; "Foreldreegenskapers betydning for utvikling av atferdsproblemer hos premature. Prosjekt tidlig intervensjon 2000." Andre faglige interesser er akutt pediatri, barneintensiv, sosialpediatri og forebyggende medisin. Styremedlem i Nordisk Forening mot Barnemishandling og Omsorgssvikt (www.nfbo.com) fra 2004. I tillegg har jeg vært APLS - instruktør siden kursene ble etablert i Norge. For tiden bosatt i Cambridge, England.

Ellen Annexstad (Møtesekretær)

Studert i Oslo, cand.med. i 2003. Turnus i Ålesund, deretter assistentlege ved Barneavdelingen i Fredrikstad. Samboer.

Ellen har overtatt vervet som møtesekretær etter Jannicke Andresen.

motesekretaer@barnelegeforeningen.no

Tomas Nordheim Alme (Redaktør Paidos/Pedweb)

Født i Narvik, oppvokst litt her og litt der. Studert i Oslo, turnustjeneste på vakre Voss, assistentlege ved Klinikk for barn og habilitering i Drammen. For tiden stipendiat ved pediatrisk forskningsinstitutt. Bor på Kjeller med kone og tre barn. Ved siden av egne og andres barn er friluftsliv, jakt, småfly og musikk viktige interesser.
paidos@barnelegeforeningen.no

Hovedstadsprosessen - hva skjer'a?

I høst avgjør styret i Helse Sør-Øst modell for sammenslåing av sykehusfunksjonene i hovedstaden. Hovedstadsprosessen får store konsekvenser for alle sykehusene i og rundt Oslo, ikke minst på barnesiden. Mye tyder på at Rikshospitalet og Ullevål Universitetssykehus blir slått sammen til en organisasjon med en hovedlokalisasjon. Vi har tatt en prat med klinikksjefene på de to avdelingene.

Tekst: Tomas Nordheim Alme

Det er mange som venter i spenning på 19. november. Da holdes nemlig styremøtet i Helse Sør-Øst hvor modell for hovedstadprosessen blir vedtatt. Saksutredningen har vært på høringsrunde i høst og inneholder flere mulige modeller for hvordan helsetjenestene i hovedstaden skal organiseres. Klinikksjefene Jens Grøgaard og Terje Rootwelt ved henholdsvis Barnesenteret UUS og Barneklinikken på Rikshospitalet følger nøye med i prosessen.

– Det synes nokså tydelig at Helse Sør-Øst vil gå for den såkalte modell 1. For barnemedisinen innebærer dette at vi i Oslo samles til én hovedlokalisasjon. Fra barnesiden har vi forsøkt å være aktive for ikke å havne sist i køen når omstillingene skal begynne, forteller Jens Grøgaard – Det innebærer et barnesenter i Oslo som inkluderer barnekirurgi, barneintensiv og barneradiologi. Hvor det skal ligge er et annet spørsmål, her er føringene foreløpig at man skal utnytte "beste bygningsmasse". Det spørsmålet er på mange måter underordnet og vil henge sammen med mange andre avklaringer som må komme, fortsetter han.

– Etter at modell og hovedlokalisasjon er bestemt, er vi spente på hvordan Helse Sør-Øst vedtar at arbeidet skal gå videre, hvor lang tid man ser for seg at det skal ta, sier Terje Rootwelt. – Vi kan få til en del samordningsgevinster tidlig i prosessen, men hovedgevinsten får vi først ved en felles, samlet lokalisering. For å få en god og effektiv prosess videre er vi er avhengige av at de organisatoriske sammenslåingene skjer rimelig tidlig.

Rikshospitalet - Ullevål Sykehus HF, populært kalt RUS HF. (Foto: J. P. Fagerback, TNA. Fotomontasje TNA)

For små hver for seg. I februar 2006 la konsulentselskapet McKinsey frem en rapport der man så på organiseringen av regionsfunksjonen i pediatri i mange land. Den konkluderte helt entydig for en slik regionsavdeling må ha en viss størrelse og inkludere et primæropptaksområde. Barneavdelingene ved Ullevål og Rikshospitalet ble begge vurdert å være for små til å gi gode betingelser for høy kvalitet innen alle områder av pediatrien.

– Selv om det vil være utfordringer med å slå sammen de to klinikkene, er det vanskelig å se hvorfor vi i Oslo skal ha en annen modell enn alle andre land vi sammenligner oss med. Overgangen vil måtte skje trinnvis, ved at man for mange områder i første omgang slår sammen organisatorisk, men med to lokalisasjoner. For eksempel er det urealistisk å slå sammen de to nyfødt-intensivavdelingene til én over natta, forteller Rootwelt.

Drammen og Lørenskog øker. Omleggingene er store, også utenfor disse to sykehusene. Også barneklinikkene i Drammen og på AHUS vil merke en markert økning i pasientgrunnlaget. Hva blir egentlig de konkrete konsekvensene av sammenslåing etter den modellen som er foreslått?

– Det mest alvorlige er om vi ikke får til en sammenslåing. Det er nødvendig å få samlet fagmiljøene, sier Grøgaard. Samlingen innebærer at en stor del av Rikshospitalet og Ullevål sine nedslagsområder vil bli overført til henholdsvis til Sykehuset Buskerud i Drammen og AHUS. Dette får igjen konsekvenser for disse sykehusene. Rikshospitalet vil antakelig miste ca 25% av sine liggedøgn ved at alle områdepasienter fra Asker og Bærum overføres til Drammen, mens Ullevål vil avgi rundt 15% av sine liggedøgn til AHUS, forteller de to klinikksjefene.

– Helse Sør-Øst har forutsatt at Oslo skal håndtere sine egne fødsler. Selve fødselsomsorgen er ikke "vårt bord", men det er klart at det vil få konsekvenser for oss. Sykehuset Buskerud i Drammen vil måtte overta ansvaret for barnelegedekningen til Bærum sykehus og dekke opp områdefunksjonen for syke nyfødte for nesten 2000 nye årlige fødsler. Oslo vil få tilført ca 1000 Oslofødsler som i dag skjer på sykehuset i Bærum. Begge deler vil kreve investeringer og kan ikke skje over natta, men prosessen må starte, påpeker Terje Rootwelt.

Jens Grøgaard (venstre) og Terje Rootwelt i munter sammenslåingspassiar. (Foto: TNA)

Betydelig omorganisering. I dag jobber det ca 135 barneleger ved de to sykehusene. Det sier seg selv at antallet barneleger vil bli lavere etter sammenslåingen. Samtidig vil det bli økt behov for barneleger ved Sykehuset Buskerud og AHUS. Den økte pasienttilstrømningen til disse sykehusene får igjen konsekvenser for organisering.

– Det er viktig at ting begynner å skje nokså raskt etter et vedtak. Slik budsjettene for 2009 nå er, er vi faktisk avhengig av at samordning og sammenslåing begynner med én gang, sier Rootwelt.

Faglige utfordringer. Selv om det vil være store faglige fordeler med en sammenslåing, ligger det utfordringer i å slå sammen seksjoner med ulike tilnærminger til faget. Barnesenteret på Ullevål og Barneklinikken på Rikshospitalet har løste flere ting ulikt. For eksempel har man på Rikshospitalet hatt egne barneposter underliggende de forskjellige kirurgiske enhetene, mens man på Ullevål har barna liggende på Barnesenteret. Tilsvarende har man på Ullevål en egen intensivavdeling for store barn, bemannet med barneleger, mens barneintensiv på Rikshospitalet er en del av intensivavdelingen og bemannet med barneanestesiologer. Utfordringen med sammenslåingen er altså ikke bare å slå sammen like seksjoner ved de to klinikkene, men finne ut hvordan samarbeidet med andre spesialiteter best skal organiseres inn i et barnesenter.

– Det er mange hensyn å ta. Det er for eksempel ikke hensiktsmessig med dobbelt opp av utstyr som brukes både til voksne og barn – for eksempel innenfor noen former for kirurgi. Dermed vil lokaliseringen av disse funksjonene for barn avhenge av hvor den tilsvarende voksenaktiviteten foregår, forteller Rootwelt.

– Det er viktig å poengtere at det faktisk ligger store innsparingsmuligheter her – som ikke går utover kvalitet. For noen år siden gjorde man en undersøkelse i Trondheim, som konkluderte med at antallet liggedøgn for kirurgiske barnepasienter ble halvert når barna kom inn under barneavdelingens sengeposter. Sammen med sammenslåing av administrasjon snakker vi allerede om betydelige beløp, forteller Grøgaard.

Skal ikke dele pasienter. – Jeg tror at et viktig prinsipp i overgangsfasen er at pasienten ikke skal flytte frem og tilbake mellom lokasjonene. I overgangsfasen vil barna være innlagt på lokasjon Rikshospitalet eller Ullevål, og det vil måtte være fagpersonene som flytter seg dersom det er behov for det. Et eksempel er barnekardiologien. Vi forutsetter at barnekardiologene samles på Rikshospitalet, men det vil til enhver tid måtte være barnekardiolog tilgjengelig på Ullevål for nyfødt. Ullevål har også en barnekardiologisk poliklinikk som er større enn Rikshospitalet sin. Den må vi håndtere, sier Grøgaard.

– Vakt og beredskapsordninger må også revurderes. Et eksempel er invasiv barnekardiologi som man til nå har hatt på Rikshospitalet, men ikke på Ullevål. Når legene fra begge sykehus skal inn i den samme vaktordningen, må det sikres at det i tillegg finnes en invasiv beredskap, sier Rootwelt.

Sterkere forskningsvirksomhet. For forskningsvirksomheten vil sammenslåingen bety en styrking. Det vitenskapelige miljøet skal ikke rasjonaliseres ned, og det at miljøene blir større vil være positivt. En utfordring som vi er svært oppmerksomme på er imidlertid hensynet til arealer. Det er alltid press på tilgjengelige arealer, og vi har i våre innstillinger presisert at forskningsarealer må skjermes i en sammenslåing, poengterer Rootwelt.

Det er ikke første gang man har forsøkt å slå sammen barneavdelingene i hovedstaden. På neste side kan du lese Sverre O. Lies betraktninger om forrige hovedstadsprosess, skrevet i 1992, og hentet frem fra skrivebordskuffen i anledning dagens diskusjon.

Hvorfor Norge bygde to barnesentra med tre kilometers mellomrom.

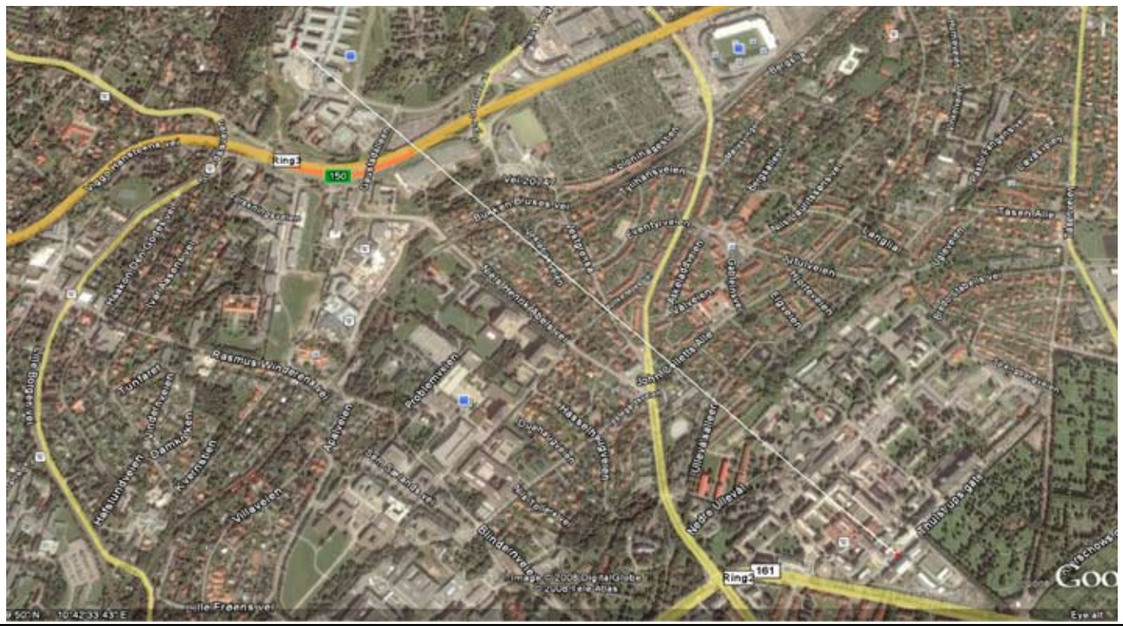
På slutten av åttitallet skulle det nye Rikshospitalet planlegges. I den forbindelse ønsket barnelegene i hovedstaden å samle aktiviteten til et nytt, stort barnesenter. Slik gikk det ikke. I 1992 beskrev Sverre O. Lie om historien bak, og i anledning hovedstadsprosessen anno 2008 er dette hentet frem fra skuffen. God lesning!

Tekst: Sverre O. Lie

Barnemedisin er ingen gammel spesialitet i Norge. Den første barneavdeling så dagens lys på Rikshospitalet i 1893 og Norsk Pediatrisk Selskap ble etablert i 1919, men først etter den 2.verdenskrig skjøt faget fart i Norge. Den svenske frihetsgaven finansierte store barneklinikker i Oslo, Bergen og Tromsø. I 60-årene skjøt utviklingen virkelig fart ved etableringen av barnesykehus ved mange av landets fylker, og i dag har vi veldrevne barneavdelinger i alle landet fylker med til sammen ca. 500 senger. Sosialdepartementets ”Forskrift for barn på sykehus” kom i 1988, og rommer strenge krav til de institusjoner som skal ta hånd om barn og deres familier.

”Barn er ikke små voksne!”. Sykdommer hos barn rammer organer i vekst og utvikling og syke barn og deres familier har krav på en annen omsorg og andre fasiliteter enn voksne pasienter. Den økende kompleksiteten i medisinen har ikke unngått pediatrien. Det har skjedd en en utvikling i retning av subspesialisering av faget, selv om vi fortsatt ikke har formelle grenspesialiteter. Ser vi bort fra de vanlige akutte infeksjonssykdommer, er det de kroniske alvorlige sykdommene som krever mest av pediatrien. De fem regionsavdelinger (Rikshospitalet, Ullevål, Bergen, Trondheim og Tromsø) har særlig ansvar her. De mottar de vanskelige tilfellene og legger premissene for deres behandling i nært samarbeid med lokal barneavdeling og har et hovedansvar for undervisning og utvikling av faget. Mange av subspesialitetene er særdeles ressurskrevende. Regionsavdelingenes nyfødtseksjoner har flere respiratordøgn enn voksen intensivavdeling og tar for seg den neuromotoriske utvikling hos barn og representerer ”vekst og utvikling” som kanskje karakteriserer pediatrien i et nøtteskall. Forøvrig har pediatrien like mange subspesialiteter som indremedisin bortsett fra geriatri.

I Oslo har pediatrien vært spredt på 3 barneavdelinger som har arbeidet under til dels svært kummerlige forhold. Vedtaket om å planlegge et nytt Rikshospital ga en åpning for å samle ressurser i en tidsmessig ny barneenhet av internasjonal klasse. Denne mulighet ble straks begjærlig grepet av barnekirurgene og tilgrensende spesialiteter som har ansvar for barn. Her beskrives ideen og den kamp som ble ført for å få ideen realisert. I skrivende stund må det innses at denne kampen er tapt. Helsepolitikere anno 1992 i Staten og Oslo kommune har fått et tungt ansvar å bære. Historiens dom synes for meg ganske åpenbar.



2 kilometer i luftlinje. Selvfølgelig trengs det to parallelle 3. linjeavdelinger i pediatri (Satelittbilde: Google Earth)

Forhistorien. 20. oktober 1988 behandlet Stortinget Stortingsmelding nr 38 (1987/88) om nytt Rikshospital og sluttet seg til innstillingen fra Sosialkomiteen, nr 308 (1987/88). 16. november 1988 fikk jeg vite at jeg var innstilt til professoratet etter Martin Seip ved Barneklinikken, Rikshospitalet. Det var for meg innlysende at Stortingets vedtak innebar en gylden mulighet til å samle barneavdelingene i Oslo-regionen til ett stort barnesenter og 12 desember samme år inviterte jeg professor Sverre Halvorsen fra Ullevål til middag på Teaterkafeen. Det ble et hyggelig måltid og vi var hjertens enige om én ting: Muligheten for samling av de pediatriske ressursene i Oslo-regionen måtte utredes nærmere. 22. desember 1988 hadde vi et møte på mitt kontor med flere overleger fra de tre barneavdelinger. Enigheten var fullkommen.

Prosjekt nytt Rikshospital var nå etablert med lokaliteter i Helsedirektoratet. Det var viktig å få kontakt, og selv om det tok litt tid, ble denne kontakten etablert med første møte 13. september 1989. Avdelingene møtte som tre likeverdige partnere og vårt formål var en samling av alle tre avdelinger. Vi snakket ikke om en overføring av regionfunksjoner til det nye Rikshospital, med ”ribbete” lokalsykehus tilbake. Vi snakket om en total samling.

13. oktober 1989 fikk vi så et mandat fra Helsedirektoratet med tittel: ”Barnesenter ved Rikshospitalet Utredning av konsekvensene ved evt. samordning med barneavdelingene i Oslo helseplan”. Mandatet hadde følgende 3 hovedpunkter:

1. Avdelingsoverlegene ved de tre nevnte avdelingene foretar en faglig analyse av hvilke samordninger som evt. ville være naturlig å vurdere i forhold til et barnesenter på det nye Rikshospitalet.
2. En vil be om å få tydeliggjort hvilke konsekvenser disse alternativer må få for den pediatriske service ved de tre berørte sykehus.
3. Gruppen ber om å få seg forelagt konsekvensanalysen innen 15. november 1989.

Før vi gikk i gang med arbeidet sikret vi oss at problemstillingen var gjort kjent for administrasjonen ved de enkelte sykehus og at den var forelagt politisk ledelse i kommune og departement som fant ideen vel verd å forfølge. Vi fant også grunn til å legge spesiell vekt på å kartlegge funksjoner og samarbeidsformer med alle våre viktigste samarbeidspartnere og endelig valgte vi å se bort fra dagens problemer som knytter seg til betalingsordninger, ulike forvaltningsnivåer og oppgjørsordninger. Vi reserverte oss meget sterkt mot at barnesenteret skulle bli en gjøkunge som fortrengte andre funksjoner på nytt Rikshospital.

18. oktober 1989 skrev jeg så et brev til 31 overleger ved våre 3 avdelinger, inndelt i 12 subspesialitetsområder innenfor vårt fag. Gruppene ble hver for seg bedt om å ta stilling til Helsedirektoratets mandat og det ble vedlagt et forslag til mal for besvarelse.

Entusiasmen var påfallende. Samtlige grupper innleverte sine besvarelser godt innen tidsfristen 10. november 1989 og vi kunne lage vår konklusjon. Denne var lett: Alle gruppene hadde nemlig kommet til den klare konklusjon at en total samling av de tre avdelinger på ett sted var den optimale løsning. Den endelige innstilling ble avlevert 5 dager etter fristen. Fundamentet var lagt for en debatt som skulle vare i 2 ½ år.

Historien. Barnesenterutredningen av 20. november 1989 var unik i sin faglige enighet. Utvalget hadde følgende hovedkonklusjoner:

1. Det alternativ som best ivaretar barns behov for helsetjeneste er etablieringen av et barnesenter i det nye Rikshospital. Dette barnesenter vil samle all sykehusbasert pediatri i Oslo og bør også romme poster for barn med lidelser som ikke naturlig faller inn under pediatriens arbeidsfelt.
2. De pediatriske funksjoner i et slikt hospital vil måtte dekke den sykehusbaserte pediatri for **(forts. s. 66)**

Han som skinner

Våren 2008 tilbrakte jeg to perioder i Afghanistan med den norske QRF-styrken i Mazar-e Sharif. Det var opplevelser som mer enn jeg hadde forutsett har endret meg. Dette reisebrevet skrev jeg til venner og familie i begynnelsen av april 2008.

Tekst og foto: Tomas Nordheim Alme

Vi er ute på operasjon. Som del av den internasjonale sikkerhetsstyrken (ISAF) har vi fått i oppgave å kartlegge situasjonen i et uveisomt område i nærheten av byen Kunduz, nord i Afghanistan. Ferden går på humpete veier og kameltråkk gjennom ørkenen. Jeg må gi opp å holde meg fast bak i den trange ambulanseinnredede Landcruiseren. I stedet tar jeg på hjelm og knebeskyttere og lar det stå til i en kjøretur som man antakelig kunne tatt mye penger for dersom den var en attraksjon på tivoli. Jeg har heldigvis Voltaren på innerlomma.

Et underlig landskap farer forbi bilvinduene. Det mest slående er de vannvittige forskjellene. På mindre enn en times kjøring reiser vi fra folk som ikke har strøm og går 3 timer hver veg etter vann, til mennesker som bruker mobiltelefoner, mp3-spillere og biler. Vi kjører forbi nomader i kamelkaravaner (eller egentlig dromedarer tror jeg) og passerer gjetere som passer dyrene på slettene som de antakelig har gjort det i hundrevis, for ikke å snakke om tusener av år.

Den første natten etablerer vi oss på en kolle i flotte omgivelser. Lagfører og vognfører blir enige med seg selv om hvor vognen skal stå i forhold til de andre lagene. Vi spiser, de andre lagene etablerer vaktposter, graver dype groper mens vi sanitetsfolk ser på, i ly av Genevekonvensjonen (når man har Genferkors kan man ikke grave stillingsgroper). Det blir mørkt. Bombekastergutta skyter opp lysgranater som referanse, i fall det skulle bli nødvendig med bombekasterstøtte i løpet av natten. Flott å se på, men sikkert en støkk for gjeterne som vi ser lysene fra i små huler bortover fjellsidene.

Jeg trekker feltsengen min ut fra under presenningen vi har strukket fra bilen og legger meg opp i soveposen under en stjernehimmel som virker enda mer overveldende her hvor det ikke finnes noe bakgrunnslys. Det eneste jeg kan tenke er ”dette kommer jeg aldri til å glemme”. Stikk i strid med hva man kanskje skulle tro, er det ikke vanskelig å få sove, men utover natten blir det kjølig. Den tynne Intops-posen blir i minste laget mot de 13-14 varmegradene og den rå natteluften. Jeg har en skikkelig vinterpose i pakningen som henger på bilen, men orker jeg å hente den? Jeg blir liggende slik å

småfryse og stirre utover det sovende afghanske steppelandskapet i noen timer. Sovner litt selv innimellom. Litt før 5 blir vi alle vekket - ”Stand to!” Alle er oppe og i fullt utstyr gjennom grålysingen. Vi ser en fantastisk soloppgang før vi henger av oss utstyret igjen og begynner å forberede frokost, småkalde og sultne. Utrolig som matlysten øker av å være ute.

Langsomt blir alt varmere, og i løpet av noen timer har vi over 30 grader. I starten er vi bare i beredskap mens resten av troppene er ute. Tiden går langsomt, men vi fotograferer, prater, fotograferer litt mer. Vi ser firfirsler, jordrotter, skilpadder (jeg som trodde de levde nær sjøen). Plutselig står en gjetergutt like ved oss, vaktene har sluppet han innpå siden han så ufarlig og ubevepnet ut. Han håndhilser og vi sier Salaam Aleikum mens vi holder hånden mot brystet. Han peker på radioen som jeg har i stridsvesten. ”Radio” sier han, peker på hånden sin og så på seg selv. Jeg tror han vil ha radioen min. Dessverre sier jeg. Etter å ha forsøkt noen ganger mister han interessen og tusler videre med flokken sin.

På ettermiddagen kommer lagene som har vært ute tilbake. De får i seg mat og nye planer legges, nå skal også vi ut. Planen er å rekognosere små landsbyer som vi vet lite om. Fordi vi opererer et stykke fra leir, er det ønske om sanitetsstøtte. Det kan ta tid å få ut en skadet langs de smale fjellveiene som vi egentlig ikke vet så mye om. Spennende for oss å få være med.

De mangler vann. De mangler strøm. Et sted er landsbyen delt av en dyp kløft, og broen er nå så forfallen at folk knapt tør gå over, langt mindre frakte buskap eller kjøretøy over. Kan ISAF hjelpe? Noen har problemer med naboene, landsbyene er stort sett ”rene” befolkningsmessig - tadsjiker et sted, pashtunere det neste. Oppe i fjellet bor det Hazaraer. De krangler om beiterett, om veger og om andre ting man kan tenkes å krangle om. De fleste har våpen.

Vi blir vennlig mottatt overalt. Noen steder er barna jaget inn når vi kommer. Bare mennene sitter ute. Et sted ser jeg litt av en burka som titter ut gjennom en dørsprekk. Mullaen kaller inn til bønn fra moskeen. Plutselig ser jeg et hode helt oppe i himmelsjå bak oss, opp en bratt li. Sier i fra til en som sitter bedre plassert. Antakelig bare en gjetergutt som følger tablået fra toppen av lia, men man vet aldri. En kikkert følger ham resten av besøket.

Vi kjører ned et uttørket elveleie, et wadi, og finner en smal kjerreveg som akkurat er kjørbar for bilene våre. Den tar oss opp i fjellet. Til en ny landsby. Et nytt eldreråd. En ny mullah. Her er barna mer utadvendte.

Mens patruljeleder og tolk er inne og snakker med landsbyens eldste, står barna litt på avstand og ser på oss. Gutta som passer maskingeværene på taket av de andre bilene, er litt urolige. Mange nysgjerrige barn kan være vanskelig å håndtere og de vil helst unngå en stor flokk med barn rundt seg. Siden vi som er sanitet ikke har vaktoppgaver annet enn for oss selv, tar vi initiativ overfor barna. Vi finner frem fotoapparat. Først er det litt skummelt. Jeg fyrer av et bilde og viser det til de nærmeste barna. De roper noe jeg ikke forstår til vennene. Jeg vil løse opp stemningen litt. På bilen vår har vi av en eller annen grunn fått ordet ”sjøløve” som et ord som brukes til alt. ”Klart bak” eller ”kjør” blir

Fotolystne afghanske barn og en barnelegespire fra Norge i en parallell virkelighet.

byttet ut med ”Sjøløve”. Mens jeg sitter på kne for å ta bilde, roper jeg ”SJØLØVE!”. Plutselig bryter barna ut i latter. De gjentar. ”Sjøløve”, ”Sjølege”, ”Sjølave” og andre varianter. Plutselig står 50 barn rundt meg. Jeg må ta flere bilder. De litt eldre ungdommene og noen voksne kommer til. Smiler og gestikulerer. En ung mann blir ekstatisk over å ha kommet med i bakgrunnen på et bilde. Jeg zoomer inn så han kan se seg selv bedre. ”Sjøløve!” sier han og nikker til meg. Han løper til noen kamerater og forteller mens han gestikulerer ivrig. Har de ikke hatt besøk av folk med digitalkameraer før? Har de ikke sett seg selv på bilde i det hele tatt?

I Afghanistan er drageflyging nærmest en nasjonalsport. Under Talibanregimet ble det forbudt. En liten gutt jeg tar bilde av har laget seg en liten drage av plastrester. Jeg peker på dragen og smiler. Et kompliment. Da slipper han dragen, plutselig. Tråkker på den, til den ikke lenger er noen drage. Var det noe jeg sa? Jeg kan ikke annet enn se på hjelpeløst, smiler fremdeles, vil ikke gjøre noe som kan forvirre mer - jeg skjønner jo ikke hva han tenker. En av toppsikrerne kommer på radiosambandet. Et 100-talls menn er på vei inn i landsbyen i godt driv. De har vært ute på markene og bedt om regn. Det ser ut til at de blir hørt. Det blåser og er kommet et kaldt drag i lufta. Vi ser vaktsomme blikk. De er så mange, vi er ganske få. Noen roper med høye, sinte stemmer. Vi veksler blikk. Her gjelder det å se vennlig, men bestemt ut. Mennene får etter hvert forklaring på hvem vi er og ser ut til å slå seg til ro med det. Flokken av menn begynner å løse seg opp. Noen henter barna sine og skysser de hjem. Andre setter seg ned og titter på oss. Snakker seg i mellom. I blant er det noen som ler. Jeg tenker på gutten med dragen. Kanskje trodde han at jeg mislikte drager - som Taliban - men han er da for ung til å huske så mye av det? Kanskje får han ikke lov til å fly drake av de voksne - i mange av de små byene praktiseres religionen strengt, like strengt som før Talibans fall. Kanskje var det ikke meg i det hele tatt. Gutten får meg til å tenke på Elias, den nest eldste gutten min. En gutt som skinner - med store øyne som snakker til deg. Også når han tramper i stykker dragen sin - det skjærer i hjertet. **(forts s. 66)**

Flotte Pediaterdager i Bergen

Med et faglig sterkt program og hyggelige sosiale aktiviteter ble Pediaterdagene 2008 et flott møte. Rundt 100 kolleger fra hele landet hadde tatt turen og fikk servert faglig oppdatering innen genetikk og nyfødtmedisin, side om side med kråkeboller og kamskjell. Og skulle du lure på hva en Havvals er, kan du spørre noen som deltok i den.

Dag 1 var viet seminar om barnemishandling og seksuelt misbruk av barn. Et tverrfaglig og interaktivt program engasjerte deltakerne og mange kan nok tenke seg dette som et fast kurs i barnelegeutdannelsen. Bildet viser blide kurslinstruktører etter endt kursdag.

Professor David R. Fitzpatric fra Edinburgh foredro engasjerende blant annet om praktiske tilnærminger for helsetjenester til pasienter med sjeldne sykdommer, med Cornelia de Lange som eksempel.

Også musikalsk spirer det rundt Barneklinikken i Bergen. Duoen Saxiano imponerte stort med fantastiske ferdigheter og leken musikalitet.

Terje Alsaker forteller om arbeidet bak nye retningslinjer i nyfødtresuscitering, og viser her hvordan man kan komme til enighet i vanskelige faglige spørsmål :-)

Bergensmusikerne Fliflet/Hamre forsøker å sette oss inn i sentrale bergenske musikkbegreper, deriblant Grieg og buekorps. Her er Ola Hamre i ferd med å steppe trommemarsjen til Nordnes Bataljon. En hyggelig kveld på bar Altona.

Gunnar Houge og hans gruppe ved senter for medisinsk genetikk og molekylærmedisin hadde flere spennende foredrag om teknikker for å fange opp variasjoner i genene våre som kan forklare sykdom. En solid oppdatering på genetikkfeltet for mange av oss.

Assistentlege Morten Duus Odberg vant prisen for beste frie foredrag med arbeidet "Vekst, somatisk helse og helserelatert livskvalitet hos ikke-handicappede unge voksne med lav fødselsvekt. Et populasjonsbasert, kontrollert studie"

Journalist Gunnar Bodahl-Johansen forsvarte media sin rett og plikt til å gå ensidig inn, med sterke virkemidler i vanskelige pasientsaker og mener at helsepersonell ofte skjuler seg bak taushetsplikten.

lokalfunksjonene i Oslo (samt Asker og Bærum), regionsfunksjoner for region I og II, samt de landsfunksjoner som i dag er tillagt våre avdelinger. En slik samling forutsetter en nedleggelse av barneklinikken ved Aker og Ullevål i sin nåværende form, men vi vil foreslå en etablering av observasjonsposter for nyfødte, og godt drevne poliklinikker ved disse sykehus under samme administrasjon og i nært samarbeid med det nye barnesenteret. Avhengig av utviklingen innen vaktberedskapen i primærhelsetjenesten kan disse poliklinikken også tenkes å fungere utover ordinær arbeidstid. Poliklinikkene må dekke disse sykehus' behov for pediatrisk tilsyn, og også være sentrale organer for områdepediatri/sektorpediatri i Oslo.

3. Basert på rapporter fra de aktuelle arbeidsgrupper vil det barnemedisinske senter inneholde 140 senger fordelt på 7-9 poster. Tunge oppgaver vil være neonatologi, barneneurologi/habilitering, infeksjoner og barn med kreft. Göteborg har et barnesenter som i størrelse ligner det vi foreslår. En godt fungerende poliklinikk og en bedre utnyttelse av dagpasientordningen (lett post) vil kunne redusere sengbehovet.

Vi konkluderte videre med at det var av avgjørende betydning at barn med kirurgiske sykdommer også ble vurdert i forhold til de "indremedisinske" barna. Dette hadde vi imidlertid ikke anledning til å gå i dybden på i vår utredning.

Det er ingen tvil om at forslaget ble møtt med stor skepsis på embetsmannnivå i Sosialdepartementet. En engasjert sosialminister (Wenche Frogn Sellæg) sørget imidlertid for at utredningsarbeidet kunne fortsette. 8. februar 1990 avleverte vi utredningen: "Kirurgi på barn under 15 år i nytt Rikshospital" og samtidig startet et utredningsarbeid i regi av Norsk Institutt for sykehusforskning. I mai 1990 forelå utredningen: "Funksjonsanalyse vedr. alternativene lite og stort barnesenter". Prosjektsekretariatet avleverte 24. august 1990 sin utredning om kostnader vedr. stort barnesenter ved nytt rikshospital og 29. november 1990 drøftet Oslo Kommune samarbeidet med staten i bystyresak nr. 670. Bystyret gikk enstemmig inn for stort barnsenter og anbefalte drøftinger med Sosialdepartementet. I januar/februar 1991 ble samtalene mellom staten og Oslo kommune om størrelsen og driftsinnsparinger ved stort barnesenter avsluttet. Konklusjonen ble at det samlede kostnadene ved investering og drift grovt sett ville bli av samme størrelsesorden enten man valgte ett barnesenter ved nytt rikshospital eller en løsning der Oslo selv dekket sine egne behov, med det ble antydet en driftsinnsparing på 5 millioner ved ett stort barnesenter.

Våren 1991 gikk regjeringen samlet inn for planleggingen av stort barnesenter og Prosjektsekretariatet arbeidet faktisk med dette som eneste alternativ i flere måneder. Regjeringe tilbød Oslo kommune å gå videre med prosjektering av felles stort barnesenter under den forutsetning at Oslo kommune skulle slippe å bidra til investeringskostnadene. Forhandlingsklimaet var imidlertid dårlig. 18. juli 1991 kom det til et avgjørende møte på høyt politisk plan mellom Sosialministeren (Tove Veierød, A) og Helsebyråd (Eirik Moen, H) i Oslo. Dette førte til et brudd og det ble gitt muntlig beskjed til Prosjektsekretariatet fra ekspedisjonssjefen i Sosialdepartementet om at videre planlegging kun skulle omfatte lite barnesenter. Dette var en beskjed som ikke var politisk klarert.

Norge opplevde et regjeringsskifte november 1990, men den nye sosialministeren viste like stor entusiasme for stort barnesenter som den avtroppende. I Oslo var det valg i august 1991, og dette valg ble vunnet av Ap/SV. Dette ga nytt håp. Det nye byrådet hadde i sitt programutkast 7. oktober 1991 følgende setning: "Det er ikke mulig for kommunen å påta seg mange nye kostnadskrevende oppgaver før Oslos økonomi er i balanse og underskuddet er nedbetalt". Det er også lett å lese av programutkastet at det nye byråd var langt mer positiv til samarbeid med staten enn det gamle.

Stor var derfor overraskelsen og skuffelsen da det etter få uker i byrådsstolen ble klart at det nye helsebyråd heller ikke ønsket å samarbeide med staten om stort barnesenter. Dette var vanskelig for regjeringen å akseptere. Man ba om å få utdelt protokollene fra de forhandlingsmøter som hadde vært holdt mellom embetsmenns fra stat og kommune for å sikre seg at tilbudene fra staten var forstått av kommunen. Det var ikke så mye man fikk. Uroen var også meget stor i fagmiljøene og frustrasjonen stor over at den totale faglige enighet innenfor barnemedisin, barnekirurgi, barnerøntgen etc. var helt satt til side.

30. mars arrangerte derfor Sosialdepartementet et farsepreget høringsmøte mellom staten og kommunen og de ulike aktører. Oslo kommune mobiliserte til dette møtet ved å pålegge forkjemperne for samlingstanken enten møteforbud eller taleforbud. Kommunen hadde tvert i mot plikket ut representanter som gikk mot samling. Sosialministeren og helsebyråd var tilstede under de forhåndsinnmeldte innlegg, men forlot saken før høringen begynte. Høringen avslørte at bortsett fra enkelte representanter fra Ullevål sykehus, var det en enstemmig holdning fra region 1 og 2 at samling var det man ønsket. 8. mai 1992 kom så det avgjørende møte hos statsministeren. Regjeringen ville sikre seg, endelig og for siste gang, at tilbudet til kommunen var forstått. Det var åpenbart at det var forstått! Tilbudet om gratis sykehus, delt eierdel og innflytelse ble avvist. 15. mai 1992 kunne derfor sosialdepartemenet legge frem Stortingsprop. 87 (1991/92) om Nytt rikshospital med alternativet lite barnesenter. Kampen hadde ikke ført frem. Det gledelige var at kampen hadde satt kommunen i en slik situasjon at en bedring av tilbudet til syke barn i Oslo var helt uunngåelig. Dette var faktisk det eneste å glede seg over i den avgjørelse som ble fattet.

(Forts. fra s 64) Solen er på veg ned over fjellet. Vi må være tilbake før det blir mørkt.Vi sitter opp og vinker til folkene i landsbyen. Vi har fått gjort masse i dag. Sultne og fornøyde kommer vi tilbake til LUP'en. Jeg lager mat og ordner utstyret mitt. Vi prater litt om løst og fast. Om truslene som kommer når vi opererer i et område. Som tegn på at vi faktisk gjør noe nyttig. Tøyer ømme muskler. Jeg tester nattkikkerten min. At den passer og at batteriene er gode. Legger skuddsikker vest, stridsvest, AG3, pistol, hjelm og nattkikkert ved sengen slik at det er lett tilgjengelig. Kryper opp i soveposen (den tykke i kveld). Ny dag i morgen. Nye opplevelser i dette rare, fascinerende landet som jeg enda er så langt unna å forstå.

Barnelegeforeningen lanserer stipendordning

Overgangen til fagmedisinsk forening har medført en styrking av økonomien i Norsk Barnelegeforening. Dette kommer nå medlemmenes prosjekter til gode.

Fra og med våren 2009 vil Barnelegeforeningen utlyse stipender til medlemmer som har gode prosjekter. I første omgang vil styret prøve ut ordningen i fem år. Hvert år kan det deles ut inntil kr 100 000, fordelt på inntil tre prosjekter. I tildelingen vil man legge vekt på at prosjektene tilfører kunnskap eller kompetanse til det norske pediatrimiljøet. Man tenker seg at stipendet kan brukes til forskningsprosjekter så vel som støtte til lengere utenlandsopphold for å lære nye teknikker.

I tillegg utlyses det et eget stipend for prosjekter som omfatter internasjonalt barnehelsearbeid på kr 20 000. Dette stipendet er spesielt tiltenkt medlemmer som har prosjekter i uland, som ønsker å reise ut for kortere eller lengre tid, eller som støtte til andre former for samarbeid mellom kolleger i Norge og i utviklingsland.

Søknadspapirer og frister vil bli kunngjort på www.barnelegeforeningen.no i løpet av våren.

Dødsstedsundersøkelser ved barnedødsfall

I samarbeid med Rettsmedisinsk institutt og Norsk Rettsmedisinsk Forening arrangerer Norsk Barnelegeforening konferanse om dødsstedsundersøkelse ved barnedødsfall.

Foredragsholdere:
Professor Roger Byard (Australia)
Rettsmedisiner, professor Torleiv Ole Rognum
Ass. Riksadvokat Knut Kallerud
Rettsmedisiner Arne Stray-Pedersen
Generalsekretær LUB, Trond Mathiesen
Barneombud Reidar Hjermann
Politioverbetjent Kjærsti Helland
Klinikksjef Jens Grøgaard
Toril M. Kristoffersen (pårørende)

For mer informasjon og kursprogram se
www.barnelegeforeningen.no
Dato: 26. november 2008
Sted: Soria Moria Hotell og konferansesenter, Voksenkollveien 60, Oslo
Deltakeravgift kr 1.300,- (inkludert lunsj)
Påmelding til a.g.winge@medisin.uio.no innen 17. november 2008
Påmeldingen er bindende, innbetalt avgift refunderes ikke

NOTISER

HVORDAN GJØRE BEDRE PASIENTSIKKERHET MULIG I EN TRAVEL HVERDAG?

Legeforeningens pasientsikkerhetsutvalg arrangerer i samarbeid med Kunnskapssenteret et kurs for klinikere 27. november 2008. Den norske legeforening godkjenner kurset med 6 timer som valgfritt kurs for alle spesialiteter.

Kurset omfatter oversikt over metodikk og verktøy for å forebygge og lære av pasientskader slik at sikkerheten økes.

Les mer på www.barnelegeforeningen.no

FØRSTE NASJONALE KONGRESS I UNGDOMSMEDISIN

27. og 28. november arrangerer brukerorganisasjonen Unge funksjonshemmede, sammen med tverrfaglig helsepersonell fra Rikshospitalet HF, Glittreklinikken og Ullevål universitetssykehus HF, den første ungdomsmedisinske konferansen i Norge.

Årene fra tidlig ungdomstid til ung voksen innebærer mange utfordringer. Disse utfordringene blir ofte flere og større når den unge har en kronisk sykdom eller nedsatt funksjonsnivå. På konferansen som arrangeres 27. og 28. november vil internasjonale og nasjonale fagpersoner og brukere belyse utfordringer og forslag til løsninger i tilknytning til disse temaene. Målet er å sikre helsetjenestens kompetanse i møte med ungdom og unge voksne. Blant annet kommer professor Russel Viner fra England.

Det presenteres gode modeller for oppfølging og overføring av ungdom, slik at deltagerne kan ta med seg ulike ideer til utforming av praksis på eget arbeidssted. Det vil være fellesforelesninger, parallellsesjoner, diskusjoner og paneldebatt. Konferansen er gratis. Det er søkt godkjenning for tellende kurstimer i de ulike spesialitetene.

Påmeldingskjema, program og ytterligere informasjon finner du på www.ungdomsmedisin.no

KURS I AKUTT PEDIATRI

Det er fremdeles ledige plasser på årets kurs i akutt pediatri. Kurset er beregnet på barneleger, anestesileger og allmennpraktikere og andre som arbeider med barn. Fokus på tidlig gjenkjenning av kliniske symptomer og funn hos akutt syke barn, samt akuttbehandling. Deltakerene vil og bli engasjert gjennom praktisk trening og deltakelse i workshops.

Les mer på www.barnelegeforeningen.no

DISTRIBUERT AV POSTEN NORGE
NORGE P.P.

NYHET

Nutramigen AA

Aminosyrebaseret Alternativ ved Allergi

- **Det nye alternativet for barn med alvorlig kumelk-proteinallergi eller multiple matvareintoleranser.**
- **En ernæringsmessig komplett erstatning basert på frie aminosyrer som er klinisk dokumentert hypo-allergen og som gir god tilvekst[1]**
- **Beriket med LIPIL for å bedre synsskarpheten*, den mentale utviklingen* og fremme helsetilstanden**[2-6]**

med DHA (omega 3) LIPIL* og ARA (omega 6)

LIPIL er en unik blanding av DHA og ARA i samme høye mengder og proposjoner som i morsmelk og innen-for det referanseområdet som anbefales av eksperter [7]

Et trygt grunnlag for en fortsatt tilvekst og utvikling av allergiske barn

Viktig: Morsmelk er spedbarnets beste føde. Nutramigen AA er et næringsmiddel til spesielle medisinske formål og skal brukes etter råd fra lege eller klinisk ernæringsfysiolog. Nutramigen AA distribueres gjennom apotek.

Mead Johnson Nutritionals
Kjørboveien 29
Postboks 244, 1301 Sandvika
www.meadjohnson.no

* Spedbarn som har fått Enfamil Premium med LIPIL i løpet av 4 måneder sammenlignet med spedbarn som har fått morsmelkerstatning uten tilsetning av LIPIL.
** Denne undersøkelsen ble utført på 357 steder og var hverken blindet eller randomisert. Kontrollgruppen fikk Europeisk tilgjengelige erstatningsprodukter uten berikning av DHA/ARA. Noen spedbarn i kontrollgruppen fikk erstatningsprodukt med lavere innhold av DHA/ARA sammenlignet med Lipil-gruppen. Det ble ikke undersøkt hvorvidt erstatninger med mindre mengder DHA og ARA og fra ulike kilder ville ha gitt samme resultater.

1. Burks, W et al. J Pediatr (in press). 2. Birch EE et al. Pediatr Res 1998; 44: 201-209. 3. Morale SE et al. Early Hum Dev 2005; 81: 197-203. 4. Birch EE et al. Am J Clin Nutr 2002; 75: 570-580. 5. Birch EE et al. Early Hum Dev 2007; 83: 274-284. 6. Pastor N et al. Clin Pediatr 2006; 45: 850-855. 7. Koletzo B, Lien E et al. J Perinat Med 2008; 36: 5-14.