



P A I D O S

TIDSSKRIFT FOR NORSK BARNELEGEFORENING

TEMA

Nytt barnesenter i nytt syke(A)HUS.

s 6

Barnelegeforeningen sine veiledere - quo vadis?

s 10

Vårmøtet 2009 i Haugesund

s 12



INNHold

6	Ingrid Dannevig Nytt barnesenter i nytt Syke(A)HUS
8	Øystein Aagenæs SAGAEN OM ET FELLES BARNE- SENTER I OSLO
9	Tomas Nordheim Alme TAR DU DEN ?
10	Claus Klingenberg NBF SINE VEILEDERE - HVOR MYE BRUKES DE OG HVORDAN KAN DE OPPDATERES
12	Tomas Nordheim Alme VI MØTES I HAUGESUND

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

LEDER

Alle vil – men ikke så lett å få det til. Om rapporter, planer og samhandling.

Kjære kollega!

Husker du NBFs rapport Samhandling mellom primærhelsetjenesten og barneleger i fremtiden? Presentert i Stavanger i 2005. Du finner den på nettsidene våre. Med utgangspunkt i de nye helselovene tok rapporten for seg de ulike formene for systematisk aktivitet som kunne tenkes å bedre samarbeid, kvalitet og kompetanseoverføring mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Herunder bedret henvisningspraksis, utrednings- og praksismaler, planmessig undervisning, veiledningsplikten, områdepediatri, on-line kontakt, praksiskonsulenter, ambuleringsordninger, elektronisk timebestilling, takster.

En av konklusjonene i rapporten var at NBF ønsket å oppheve henvisningsplikten fra fastlege til barnelege for barn under to år. Dette siste punktet tok dessverre all oppmerksomhet og møtte kraftig motbør fra fastlegene og til dels fra pediaternes side. Øvrig innhold ble i for liten grad berørt.

NBFs styre inviterte i etterkant til møte med lederne i de allmennmedisinske foreningene. NBF ønsket diskusjon om hvordan helsetjenesten til barn i førstelinja kunne bli bedre, inkludert forebyggende arbeid i helsestasjon og skolehelsetjeneste. Resultatet ble en felles henvendelse i 2007 til Dnlf om å få helsetilbudet til barn utenfor sykehus belyst i en Dnlf statusrapport. Dette ville ha gitt mulighet for en grundig gjennomgang, fokus på problemstillingene og forslag til tiltak. Dessverre vant vi ikke fram i konkurransen om å få statusrapport.

NBF tok videre kontakt med Helsedirektoratet og deltok i våres i møte om tilstanden i helsestasjon og skolehelsetjeneste sammen med representanter fra de andre faglige gruppene. Beskrivelsene var entydige: Oppgavene øker. Ressursene går ned. Legetid i tjenestene er redusert og fragmentert. Ledende offentlig lege som faglig ansvarlig for barnehelse finnes sjelden. Lederstillingene er besatt av andre faggrupper og tildels blir virksomheten en av mange brikker i en felles barneetat hvor andre faggrupper har en langt mer framtrædende rolle.

Nå foreligger parallelt to initiativ, ikke iverksatt av NBF, men hvor NBF er deltager. Det ene er arbeidet for etablering av et Nasjonalt kompetanse- og utviklings-senter for helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Landsforeningen for helsesøstre, økonomisk støttet av Nsf, er initiativtagere. Prosjektgruppa legger til grunn at det systematiske kunnskapsgrunnlaget er mangelfullt for store deler av forbyggende og helsefremmende arbeid blant barn og unge og at det ikke finnes en instans som har oversikt over og som kan initiere nye tiltak.

Det andre er arbeidet for å få Dnlf til å utvikle en statusrapport 2010 med fokus på belastninger i tidlige livsfaser – hva vet vi og hva må gjøres. Norsk gynekologisk forening, Norsk forening for samfunnsmedisin, Norsk forening for allmennmedisin, Norsk forening for BUP og NBF står sammen om søknaden. Initiativtaker er allmennlege Frode Heian som gjennom sin tilknytning til det relativt nyopprettede Nasjonale kompetansenettverk for sped- og småbarns psykiske helse

REDAKTØREN



Tomas Nordheim Alme
Redaktør

Vi ønsker godt nyttår og takk for det gamle og vips var det 2009. “Glemt va alle tunge stunda, dem vi had i går”, som dikteren sier. En av de store tingene som skjedde i 2008 var åpningen av nye AHUS. Et prosjekt som med rette kan bruke forstavelsen prestisje- og et fantastisk sykehus som går i bresjen for oss andre med mange nye og djerpe trekk. Det er ikke vanskelig å tenke seg at det også der har vært noen tunge stunder når teknologien vil, men ikke får det til. Alle som har sett science fiction filmer nikker gjenkjennende til portørroboter som forlanger førsterett på heisen – foran legen! En annet nyvinning innebærer automatisk klargjøring og levering av medisiner til sengepostene, ferdig i strekkodede “godteposer”, via en avansert pakkerobot og rørpostsystem. Også arkitekturmessig gjøres det endringer, ved at den tradisjonelle sengeposten erstattes av sengetun, til dels på tvers av post og avdelingstilhørighet. Legen er dratt ut av sitt lune kontor og sitter i åpent landskap når han dikterer sine journalnotater rett i datamaskinen, som via avanserte algoritmer tipper seg frem til hva han eller hun egentlig mener (noen vil si at *det* kanskje ikke er noe nytt konsept). Selv om teknologien er fascinerende og i mange tilfeller helt klart effektiviserende, er det rimelig å stille seg spørsmålet om den blir brukt til å styre utviklingen av helsevesenet i riktig retning. Selv om vi i dag takket være høyteknologi er i stand til å gjøre svært avanserte ting på en enkel måte, har vi også kommet i en situasjon der vi også gjør de enkle tingene på veldig avanserte, men ikke nødvendigvis mer effektive måter. Det er et tankekors.

Det er av spesiell interesse for oss som stiller med barn at vi med dette har fått en splitter ny barneavdeling i landet. I dette nummeret skal vi se nærmere på barne- og ungdomsklinikken på Nye AHUS.

Dette nummeret av Paidos er skrevet på salongbordet (som foreløpig er det eneste bordet vi har) i en leilighet i New Delhi. Igjen er det høyteknologi som sørger for at vårt nye hjem i India er et like naturlig og lettvint sted å redigere Paidos fra som noe annet. India har opplevd en økonomisk oppsving de siste 15-20 årene, blant annet på grunn av godt tilfang på høyt utdannede, engelsktalende mennesker som behersker høy teknologi. Kontrastene er store til de mugne, falleferdige mursteinshusene på landsbygda, med rustne senger og blodstenkte tepper, som kalles sykehus og som, tro det eller ei er redningen for tusenvis av nyfødte barn og mødrene deres hvert år. Teknologien har så langt ikke kunne gjøre noe for å endre på dette, bare gjøre forskjellene tydeligere. Som når sønnen vår kommuniserer med klassekamerater i Norge via webkamera, mens jevnaldrende, magre og fillekledte småbarn tigger for en matbit på gaten utenfor. En indisk kollega uttalte frustrert at det er flere familier som har tilgang på mobiltelefon enn på toalett i dette landet. Den høye teknologien utkonkurrerer med andre ord den lave, uten at det nødvendigvis er gunstig.

Som det fremgår, har jeg og familien pakket koffertene våre og flyttet til det fjerne østen. Derfor passer det også å tenke på å gi seg som redaktør etter 4 år. Norsk barnelegeforening er dermed på jakt etter ny redaktør. Du finner utlysning på side 9.

Ha en fortreffelig vinter!

Tomas

Frist for innsending av bidrag og annonsemateriale:

Nr. 02/2009 - 15. mars
Nr. 03/2009 - 15. juni
Nr. 04/2009 - 15. september

med mindre dette er presisert.

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

ISSN: 0804-1687 © Norsk Barnelegeforening

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

(se www.rbup.no) har sett behovet for å samordne medisinsk kunnskap og erfaring på dette feltet, også for å gi faglig grunnlag for prioriteringer og oppgavefordeling i tjenestene. Foruten disse faglig baserte innspillene er det viktig å være kjent med den signaliserte kraftige satsning generelt på kommunehelsetjenesten herunder styrking av legetjenestene.

Rapporten om utviklingsstrategi for helsetjenesten i kommunene ble overlevert helseministeren den 10 des 2008. Kapasitetsøkning, kvalitetsutvikling og samhandling internt i kommunene og i forhold til spesialisthelsetjenesten er sentrale områder i tillegg til virkemidler for å styrke legetjenesten. Det legges opp til en nasjonal satsning og en opptrappingsplan i kommunene. LEON (Lavest Effektive Omsorgs Nivå) ligger i basis. Det er skissert behov for 2700 nye legestillinger i primærhelsetjenesten 2007-2015. Herav 110 årsverk til økning av legetjenester i helsestasjon og skolehelsetjeneste, i tillegg en dobling av kommuneoverlegestillinger.

Legeforeningen er i gang med et utredningsprosjekt for å beskrive faget allmennmedisin fram mot år 2020. Oppgaver og grensesnitt mot spesialisthelsetjenesten inngår i dette. En egen gruppe arbeider med samhandling. Punktene samsvarer i stor grad med de som rapporten fra NBF satte opp i 2005,men konklusjonene vil neppe være enslydende.

Dette var mye om rapporter og planer. For mye synes du kanskje? Men det er nødvendig å kjenne til hva som er under utvikling, både for å vurdere pediaterens rolle og framtid og for å kunne påvirke slik at satsningene kan få positive konsekvenser for ivaretagelsen av barnehelse, forebyggende og kurativt.

Her er nok av oppgaver både for NBFs styre og medlemmer.

Forsidebildet:

Kollegene på AHUS har grunn til å glede seg over flott, nytt barnesenter. Som ved alle banebrytende, nye prosjekter har man også på AHUS hatt tøffe utfordringer med teknikk som ikke fungerer etter hensikten og nye rutiner som krever stor innsats av alle ansatte. Det tjener om ikke annet til en tydeliggjøring av hvor avhengige vi har gjort oss av teknologien i faget vårt som egentlig er et gammelt håndverk.

Noen av nyvinningene er motivert av ønske om bedre pasientbehandling. Andre er motivert av ønsket om billigere pasientbehandling. Dersom teknologi kan erstatte kostbar arbeidskraft, er det mulig å spare store summer, og dette er naturlig nok forlokkende for sykehuseiere. Så kan det hende at man i dette ønsket fra tid til annet trår skjevt og snur på skillingen mens man lar dalaren gå. Derfor der det viktig at vi som representerer fagkompetansen i helsetjenesten er våkne og bistår konstruktivt for å sørge for at fokuset hele tiden holdes fast på det som er vår hovedoppgave, nemlig å sørge for gode helsetjenester til befolkningen.



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 klinikkssjef 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



Thor Willy Ruud Hansen (Nestleder)
Overlege ved Nyfødtseksjonen og professor ved Barneklubben, 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 pediatriisk farmakoterapi. Liker å tilbringe tid med min familie, lese, reise, musikk, aktiv i Metodistkirken i Norge.

nestleder@barnelegeforeningen.no



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



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 Sunnmøre 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



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.



Tomas Nordheim Alme (Redaktør Paidos/Pedweb)
Født i Narvik, oppvokst litt her og litt der. Studert i Oslo, turnustjeneste på vakre Voss, assistentlege ved Klinikken for barn og habilitering i Drammen. Stipendiat på Pediatrisk forskningsinstitutt. For tiden ansatt i UNOPS som Deputy Director for barnehelseinitiativet NIPI i New Delhi, India.

paidos@barnelegeforeningen.no

Nytt barnesenter i nytt syke(A)HUS

Det som blir omtalt som Europas mest moderne sykehus åpnet i oktober, og med det fikk norsk pediatri sin nyeste og mest moderne barne- og ungdomsklinikk. Samling av alle kirurgiske og medisinske pasienter og øket øvre aldersgrense er noe av det som er nytt. For ikke å snakke om teknikken. Lege og stipendiat Ingrid Dannevig forteller om sitt møte med sin nye arbeidsplass.

Tekst og foto: Ingrid Dannevig

Pling pling. Jeg går mot hovedinngangen til det nye Ahus og skvetter til av toner fra høyttalere i taket over meg. Jeg blir fortalt at det er en interaktiv lydinstallasjon der toner aktiveres av mange sensorer og lager musikk når du går forbi. Det er nye toner på hver sin dag i måneden. Barna som går foran meg synes det er kjempegøy og løper frem og tilbake for å aktivere tonene. Innenfor hovedinngangen møter jeg glassgaten som er sykehusets hovedkommunikasjonsåre og helt i enden av den ser jeg barne- og ungdomsklinikken (BUK).

Juvelen. Etter 10 år med planlegging og bygging ble det storslåtte nye Akershus universitetssykehus endelig ferdig høsten 2008 og 12. november ble barne- og ungdomsklinikken (BUK) offisielt åpnet. Vakkert fløytespill fra ungdom i fløyteensemblen "Store Fløyt" innledet programmet på åpningsdagen, klinikkssjef Jan-Petter Odden ønsket velkommen og sykehusdirektøren Erik K. Normann erklærte klinikken offisielt åpnet. – BUK er juvelen i Ahus-kronen. Alle barn og ungdom under 18 år samles her under ett tak uavhengig av lidelse, inkludert kirurgiske, ortopediske og ØNH diagnoser. Hos oss kommer legene til barna, ikke omvendt. Dette har blitt et godt produkt til barnas, ungdommenes og foreldrenes beste. "Gratulerer og til lykke", sa Normann.

Omvisning og stjernehimel. Etter åpningsprogrammet var det omvisning for å se på barnemottaket, det åpne



▲ Klinikkssjef Jan Petter Odden



▲ Personalkantinen er i alle fall frisk.

kontorlandskapet til legene, avdelingene og pasientrommene. Dette var høydepunktet for mange av de nysgjerrige som hadde møtt opp. Alle senger har en dataskjerm tilkoblet slik at barna eller foreldrene kan se på TV og høre på radio. Når barnelegene går visitt kan de sette ID-kortet sitt i pasientens dataskjerm og få opp pasientens journal, blodprøver og røntgenbilder. Pasientrommene har vinduer til barn i alle aldre i ulike høyder, slik at for eksempel minstemann som krabber på gulvet kan titte ut samtidig som større sengeliggende barn kan se på stjernehimelen gjennom et vindu høyt oppe på veggen.

Tekniske utfordringer. Innflytting i nye sykehuslokaler innebærer som regel innføring av mange nye tekniske løsninger. Avansert ny teknologi skal bidra til økt pasientsikkerhet og frigjøre tid til direkte pasientarbeid. Den nye barne- og ungdomsklinikken til Ahus har gjennomgått mange "barnesykdommer" i forbindelse med innføring av IP-telefoni som vaktcalling, røpssystem, roboter som leverer varer og helautomatisk legemiddelforsyning. Selve flyttingen av pasientene 1. oktober 2008 gikk knirkefritt. Imidlertid begynte allerede problemene med teknikken denne dagen da systemene skulle serve alle de ansatte på en gang. Alternative løsninger måtte raskt etableres for å sikre forsvarlig drift. Den helautomatiske legemiddelforsyningen er midlertidig tatt ned i påvente av bedre og sikrere løsninger. I påvente av at IP telefonen skal fungere helt etter intensjonen, er mobiltelefoner og tradisjonelle callinger tatt i bruk. Sakte,



▲ Lekeparks

men sikkert forbedrer teknikken seg. - De ansatte på BUK har vært tålmodige og løsningsfokuserte selv om frustrasjonen til tider naturlig nok har vært stor. Vi tror imidlertid at vi i løpet av de første måneder i 2009 skal få en drift etter intensjonen, forteller klinikkssjef Jan-Petter Odden.

Organisering. – BUK er organisert i 6 avdelinger, forklarer klinikkssjef Jan-Petter Odden.

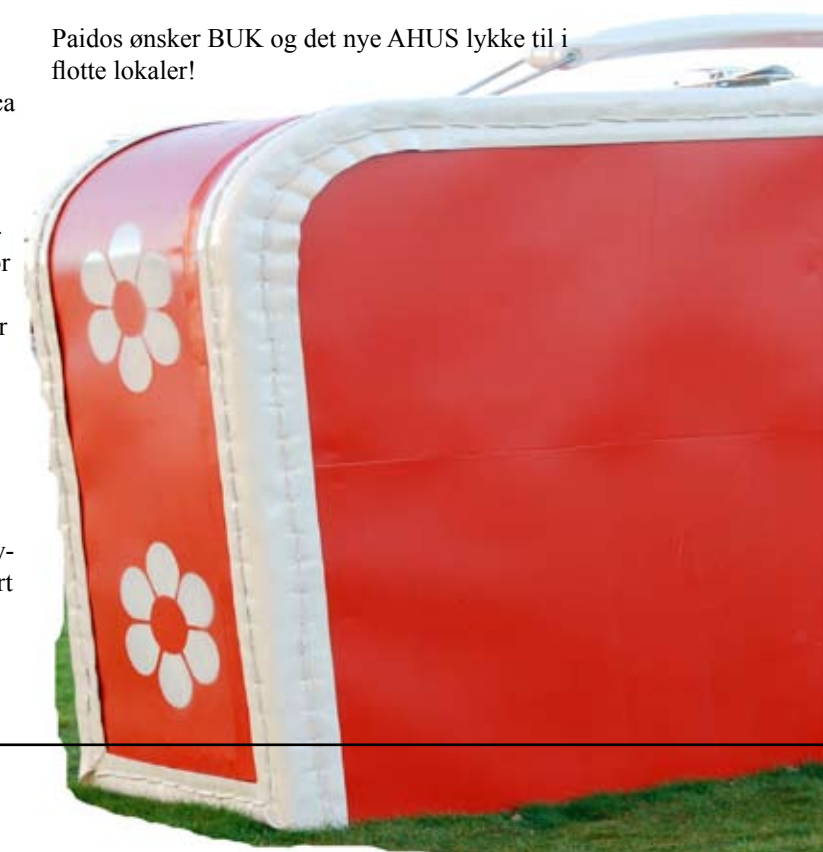
- Avdeling for barn og ungdom består av et barne-mottak med 8 observasjonssenger og to sengeposter med henholdsvis 23 og 24 senger.
- Avdeling for nyfødte har 23 senger. Sykehuset har ca 4400 fødsler årlig.
- Barnepoliklinikken samler all elektiv barnemedisinsk poliklinikk inklusiv habiliteringsvirksomhet og dagbehandling innen hematologi/onkologi og remicade-poliklinikk. Denne organiseringen muliggjør "one day visit" hvor pasienten er på et sted og behandler kommer til pasienten. Det planlegges også utvidet aktiv åpningstid til 10 timer hvor ungdom med kroniske lidelser kan få ettermiddagskonsultasjoner uten å måtte droppe skolen.
- Avdeling for habilitering har tilknyttet 4 leger som deltar aktivt i det tverrfaglige arbeidet, samt egen poliklinisk aktivitet.
- Avdeling for barn og unges psykiske helse er en nyetablert avdeling med for tiden tre medarbeidere: barnepsykiater, psykologspesialist og familierapeut og er en integrert del av BUK. Avdelingens mandat er å bistå med psykisk helsehjelp til barn og unge innlagt på sykehuset og deres familier.

- Avdeling for forskning og utvikling ledes av professor og har for tiden 7 doktorgrads stipendiater med prosjekter innen luftveisinfeksjoner, nyfødtsmedisin og gastromedisin. I tillegg har vi flere tverrfaglige prosjekter.

Barne- og ungdomsklinikken er nå en av landets største med en barnepopulasjon på 90.000 og 115.000 innen habilitering. Klinikken har gruppe 1 status og dekker de fleste fagfelt innen barnesykdommer. De har 18 overlegehjemler og 10 hjemler for LIS. Med sine 137 000 kvadratmeter og en prislapp på 8 milliarder kroner har det nye Ahus vært en av Norges største byggeprosjekter. Ahus har i dag lokalsykehusfunksjon for 340 000 innbyggere. Som følge av Hovedstadsprosessen har Helse Sør-Øst foreslått et utvidet opptaksområde for Ahus og en økning på ca 100 000 pasienter. Ahus vil da bli landets største akuttstusykehus.

Lekekoffert. På vei hjem fra åpningsdagen oppdager jeg en diger rød lekekoffert som står på gressplen utenfor BUK. Den nostalgiske barnekofferten er identisk til den jeg hadde med meg på mange reiser som barn! Bortsett fra at denne er 3 meter høy.. Å legges inn på et sykehus er en stor og overveldende opplevelse for alle barn, det kan være som en reise på mange vis. På BUK er det i hvert fall lagt til rette for at denne reisen blir en så positiv opplevelse som overhodet mulig.

Paidos ønsker BUK og det nye AHUS lykke til i flotte lokaler!



Sagaen om et felles barnesenter i Oslo

I forrige Paidos fortalte Sverre O. Lie om noe av bakgrunnen for at man på begynnelsen av 90-tallet valgte å opprette to barnesenter med bare få kilometers avstand i Oslo. Daværende avdelingsoverlege på barneavdelingen på Aker Sykehus, Øystein Aagenæs, kommenterer her historien fra sitt ståsted.

Tekst: Øystein Aagenæs

Sverre Lies artikkel fra 1992 gir et godt bilde på den frustrasjon de fleste barneleger i Oslo følte i forbindelse med den omtalte prosess som førte til de to barnesentre i Oslo i løpet av 90 årene.

Akers barneavdeling var en klar lillebror i Oslo, opprettet i 1975. Den var ikke desto mindre en universitets avdeling på linje med avdelingen på Ullevål. Avdelingene hadde fra første stund en fordeling av flere subspecialer, og innenfor sine subspecialer var naturligvis avdelingen på Aker regionsavdeling på linje med barneavdelingen på Ullevål. I sin oppsummering av regions avdelinger i landet, ville Ullevål/Aker være mer korrekt enn bare Ullevål. Nok en bagatell, men da vi må anta at det korte intermessio med en barneavdeling på Aker vil være glemt i løpet av kort tid, syns jeg det skal nevnes.

I siste avsnitt av Sverres artikkel omtales møtet arrangert av Sosialdepartementet 30/3-1991. Her fremgår at Kommunen hadde utelukket personer som var positive til samlingstanken. Da jeg er klar over at jeg var en av de som var utelukket, kan jeg gi en kommentar til det.

Det var på dette tidspunkt faglig enighet i Barneavdelingen på Aker at vi enten skulle flyttes til nytt barnesenter på Ullevål eller til nytt barnesenter ved Rikshospitalet. Vi var naturligvis klar over at våre kolleger på fødeavdelingen, som på det tidspunkt hadde flest fødsler i Oslo, følte at vår flytting

var en trussel mot fødeavdelingens funksjon på Aker, men det kunne ikke rokke våre synspunkter om at vi i alle fall var for flytting, og primært til stort barnesenter ved Rikshospitalet.

Det er derfor forståelig at det var ”enkelte representanter fra Ullevål sykehus” som var motstandere av samling på Rikshospitalet. De hadde utvilsomt argumenter som gjorde det vanskeligere for dem å akseptere samling på Riket, foruten at Ullevåls administrasjon klart var motstandere av samling på Rikshospitalet.

Med hensyn til møtet 30/3-1991 var jeg bevisst utelukket fra møtet, ved at jeg ikke fikk noen invitasjon. Ved telefonisk henvendelse til aktuelle personer i kommunen fikk jeg klar beskjed om at jeg ikke var invitert, underforstått ikke ønsket. Jeg fikk en telefon fra en journalist (Klassekampen?) med spørsmål om jeg ville ha denne klare desavuering påtalt i media, men kunne ikke se noen grunn til det.

I Almes artikkel om hovedstadsprosessen er det løfterikt å se våre gamle Aker kolleger, Grøgaard og Rootwelt, smilende og muntre diskutere nåværende samling. Deres smil betyr neppe at det ikke også denne gang er skjær i sjøen. Vi venter i spenning.

▼ Faximile, Paidos 04/08, intervju med klinikkssjefene Terje Rootwelt og Jens Grøgaard.)

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 klinikkssjefene 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 hovedstadsprosessen blir vedtatt. Sakssutredningen har vært på høringssende i høst og inneholder flere mulige modeller for hvordan helseforetakene i hovedstaden skal organiseres. Klinikkssjefene Jens Grøgaard og Terje Rootwelt ved henholdsvis Barnesenteret UUS og Barnesklinikken på Rikshospitalet følger nøye med i prosessen.

– Det synes nok tydelig at Helse Sør-Øst vil gå for den såkalte modell 1. For barnesiden innebærer dette at vi i Oslo sendes til en hovedlokalisasjon. Fra barnesiden har vi foreslått å være aktive for ikke å ha noe i noen nye omstillinger skal begynne, forteller Jens Grøgaard. – Det innebærer at barnesenter i Oslo som inkluderer barneskirurgi, barnestomatologi og barneskidologi. Hvor det skal ligge er et svært spørsmål, her er foretattene foretatt at man skal vurdere "beste bygningsløsning". Det spørsmålet er på mange måter underordnet og vil henge sammen med mange andre anklarer som må løses, fortsetter han.

– Etter at modell og hovedlokalisasjon er bestemt, er vi åpne 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 samarbeidsavtaler tidlig i prosessen, men hovedavgjøret 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.

For små hvor for seg. I februar 2006 ble konsulentbistanden McKinsey frem en rapport der man så på organiseringen av regionsfunksjonene i praksis i mange land. Den konkluderte helt entydig for en slik regionsavdeling må ha en viss størrelse og inkludere et primærspesialistkontor. Barnesenterdelingen ved Ullevål og Rikshospitalet ble begge vurdert å være for små til å gi gode betingelser for høy kvalitet innen alle områder av praksisen.

– 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 raskt, ved at man får mange områder i første omgang alle sammen organisatorisk, men med to lokalisasjoner. For eksempel er det urealistisk å slå sammen de to nyfødte-intensivavdelingene til én over natta, forteller Rootwelt.

Drømmen og løvsnekking øker. Overlappende er store, også størrelse disse to sykehusene. Gjalt barnesklinikken i Drammen og på AHTUS vil merke en markert økning i pasientmengden. 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 nedleggelsestider vil bli overført til henholdsvis til Sykehuset Buskerud i Drammen og AHTUS. Dette får igjen konsekvenser for disse sykehusene. Rikshospitalet vil sannsynligvis miste ca 25% av sine liggedøgn ved at alle områdene sentrert fra Aker og Barne overføres til Drammen, mens Ullevål vil søge rundt 15% av sine liggedøgn til AHTUS, forteller de to klinikkssjefene.

Helse Sør-Øst har forutsatt at Oslo skal håndtere sine egne fødsler. Selvs fødselskonsentrasjon er ikke "det beste", men det er klart at det vil få konsekvenser for oss. Sykehuset Buskerud i Drammen vil måtte overta ansvaret for barnlegefunksjonen til Barne sykehus og delvis opp områdene funksjonen for syke nyfødte for nesten 2000 nye fødsler. Oslo vil få tilført ca 1000 Oskfødsler som i dag skjer på sykehuset i



▲ Jens Grøgaard (venstre) og Terje Rootwelt i munter samtale i gangpasser, (foto: TNA)

Betydning omorganisering. I dag jobber det ca 135 barneleger ved de to sykehusene. Det sier seg selv at sånnet barneleger vil bli lavere etter sammenslåingen. Sannslig vil det bli, økt behov for barneleger ved Sykehuset Buskerud og AHTUS. Den økte pasienttilstrømmingen til disse sykehusene får igjen konsekvenser for organisering.

– Det er viktig å ting henger i å ikke mistet noe av det vedtatt. Slik budsjettene for 2009 så er, er vi faktisk avhengig av at sammenslåing 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 Barnesklinikken på Rikshospitalet har lært flere ting ulikt. For eksempel har man på Rikshospitalet hatt egne barnesenter underliggende de forskjellige kirurgiske enhetene, mens man på Ullevål har barnesenter underliggende de store barn, barnesenter med barneleger, mens barnesenter på Rikshospitalet er en del av intensivavdelingen og barnesenter med barnesenterologer. Utfordringen med sammenslåingen er altså ikke bare å slå sammen like

hensiktsmessig med dobbelt opp av utstyr som brukes både til voksne og barn – for eksempel innenfor noen former for kirurgi. Demnd vil lokaliserings av disse funksjonene for barn avhenge av hvor den tilsvarende voksenaktiviteten foregår, forteller Rootwelt.

– Det er viktig å poengtere at det faktisk ligger store innspareningsmuligheter her – som ikke går ut over kvaliteten. En noen år siden gjorde man en undersøkelse i Trondheim, som konkluderte med at antallet liggedøgn for kirurgiske barnesenter ble halvert når barna kom inn under barnesenterdelingen enngeposter. Sammen med sammenslåing av administrasjon smidler 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 fagmiljøene som flytter seg dersom det er behov for det. Et eksempel er barneskidologien. Vi forutsetter at barneskidologene sendes på Rikshospitalet, men det vil til enhver tid måtte være barneskidolog tilgjengelig på Ullevål for nyfødt. Ullevål har også en barneskidologisk poliklinikk som er større enn Rikshospitalet sin. Den må vi videreføre, sier Grøgaard.

– Nåkt og beredskapspondering må også vurderes. Et eksempel er innen barneskidologi 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 reserve beredskap, sier Rootwelt.

Større forskningsinnsats. For forskningsinnsatsene ten vil sammenslåingen bety en styrking. Det vitenskapelige miljøet skal ikke marginaliseres ned, og det at miljøene blir større vil være positivt. En utfordring som vi er svært opptatt av er innføringen av ny teknologi. Det er alltid press på tilgjengelige ressurser, og vi har i våre innstillinger prioritert at forskningsverdi må skjermes i en sammenslåing poengterer Rootwelt.

Det er ikke første gang man har foreslått å slå sammen barnesenterdelingen i hovedstaden. På neste side kan du lese Sverre

Paidos trenger ny redaktør

Norsk barnelegeforening søker ny redaktør for Paidos. Redaktøren har ansvar for å utgi bladet fire ganger i året og sitter som ordinært medlem i styret av barnelegeforeningen. Dersom du liker å skrive og kan tenke deg å bli bedre kjent med det som foregår i det norske pediatermiljøet, er dette noe for deg.

Du får tilgang til all nødvendig programvare, og opplæring i bruk av denne. Redaktøren disponerer også et digitalt speilrefleks fotoapparat. Opplæring i dette vil også bli gitt om nødvendig.

Kontakt nåværende redaktør Tomas Nordheim Alme på epost paidos@barnelegeforeningen.no eller leder for valgkomitéen Leif Brunvand på epost lebr@uus.no.



Pedweb trenger ny redaktør

Norsk barnelegeforening søker ny redaktør for Pedweb.

Redaktøren har ansvar for å vedlikeholde nettsidene www.barnelegeforeningen.no og sitter som ordinært medlem i styret av barnelegeforeningen.

Dersom du kan tenke deg å bli bedre kjent med det som foregår i det norske pediatermiljøet og har interesse for data, er dette noe for deg. Nettsidene til barnelegeforeningen vedlikeholdes med legeforeningens publiseringssystem Gloria, og man får opplæring og support gjennom legeforeningens nettredaksjon. Det kreves ingen forkunnskap utover vanlig internettkjennskap og tekstbehandling.

Kontakt nåværende redaktør Tomas Nordheim Alme på pedweb@barnelegeforeningen.no eller leder for valgkomitéen Leif Brunvand på epost lebr@uus.no

Tar du den?

Redaktøren prøver seg på en ny spalte i Paidos. Her vil vi presentere en korte kasuistikker egnet til å trimme de små grå.

Paisenten er en 10 år gammel gutt som bortsett fra atopisk eksem i tidlige barneår og pollenallergi er frisk fra tidligere. Foreldrene har lagt merke til at venstre øreflipp er rød og hoven. Det er forsøkt med hydrokortison salve, som ikke har hatt noen effekt. I begynnelsen var huden strukket og sår, men det er nå ingen smerte, selv ved berøring. Ingen merkbar calor. Foreldrene har ikke lagt merke til noe særskilt like i forkant av at hevelsen og ruboren oppsto. Det har ikke vært feber eller annen sykdom i peridoen. Symptomene har nå vart i ca 4 uker.



Hvilke anamnesticke opplysninger ønsker du deg? Er det blodprøver du vil ta? Hva er sannsynlig diagnose? Se side 15

TNA

NBF sine veiledere - hvor mye brukes de og hvordan kan de oppdateres?

Norsk Barnelegeforening (NBF) sine veiledere i generell og akutt pediatri (2. utgave) kom ut i 2006 og 2007. Arbeidet med veilederne var en stor og krevende dugnad i vårt pедиатriske fagmiljø. Inntrykket er imidlertid at de er blitt godt mottatt av våre medlemmer. Våre veiledere er også blitt lagt merke til utenfor NBF. Våren 2008 mottok vi Legeforeningens kvalitetspris for spesialisthelsetjenesten for vårt arbeid med veilederne.

Tekst: Claus Klingenberg

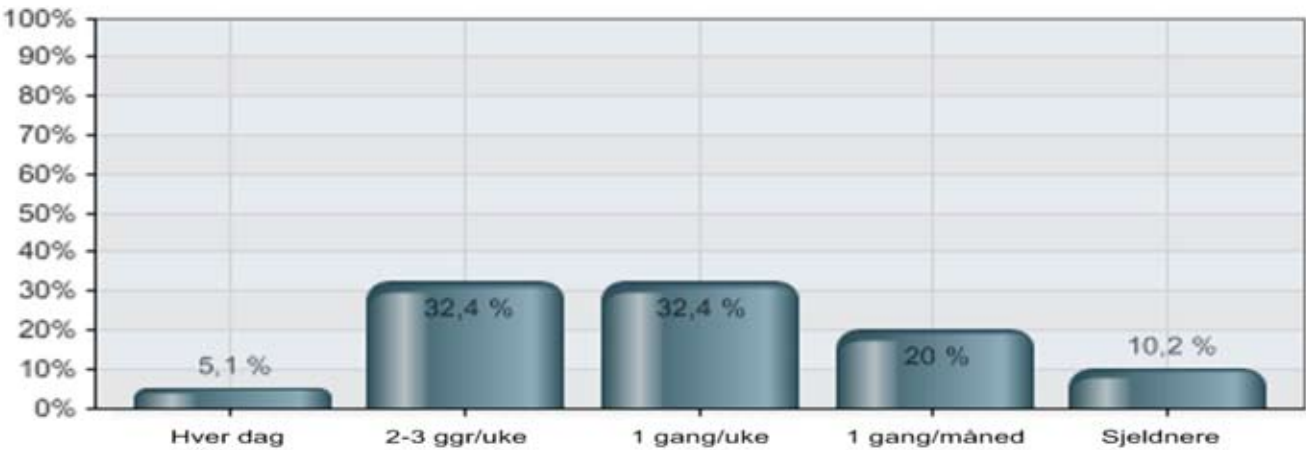
Vi gjennomførte i oktober 2008 en uformell, anonymisert spørreundersøkelse via E-post til alle NBF sine medlemmer. Spørsmålene omhandlet bruk av veilederne i dag, og hvordan de bør oppdateres. Dette innlegget omhandler kort svarene på denne undersøkelsen og noen tanker om det videre arbeidet med veilederne.

Resultater fra spørreundersøkelsen. Til sammen 315 NBF-medlemmer (156 kvinner og 159 menn) besvarte undersøkelsen. Av disse var 43 % i alderen 30-40 år, 26 % i alderen 40-50 år og 18 % i alderen 50-60 år. Det var flere overleger (61 %) enn leger i spesialisering (39 %) som svarte. Arbeidsstedet til 55 % var universitetssykehus og 45 % jobbet andre sykehus. Beklageligvis var det ikke lagt inn svaralternativer for andre arbeidssted som forskning, privatpraksis eller lignende. Dette ble kommentert av flere.

Tabell 1 viser hvor hyppig veilederne brukes. Femti prosent brukte Akuttveilederen fra daglig til flere ganger i uken. Generell veileder ble brukt av 70 % minst en gang i uken. Noe overraskende ble papirversjonene brukt langt hyppigere enn nettversjonene. Bare rundt 20 % hadde lastet ned veilederne til håndholdt PC, men vi har ikke sett nærmere på aldersfordelingen av de som hadde gjort dette. Trolig er det en større andel av de yngre medlemmene som laster ned til håndholdt PC. Tabell 2 viser tilfredshet med faglig oppdatering. Generelt var de fleste godt fornøyd. Noe overraskende var det også stor grad av tilfredshet med Generell veileder, der innholdet til dels er flere år gammelt.

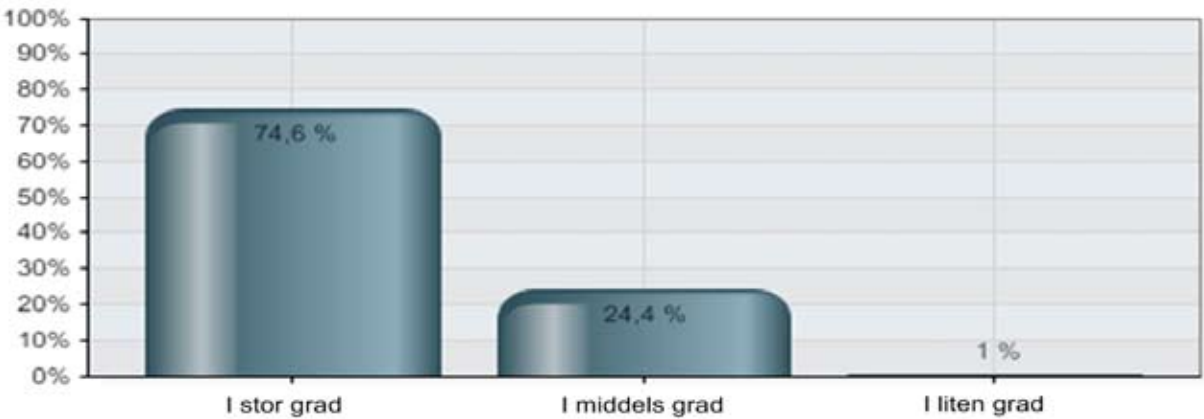
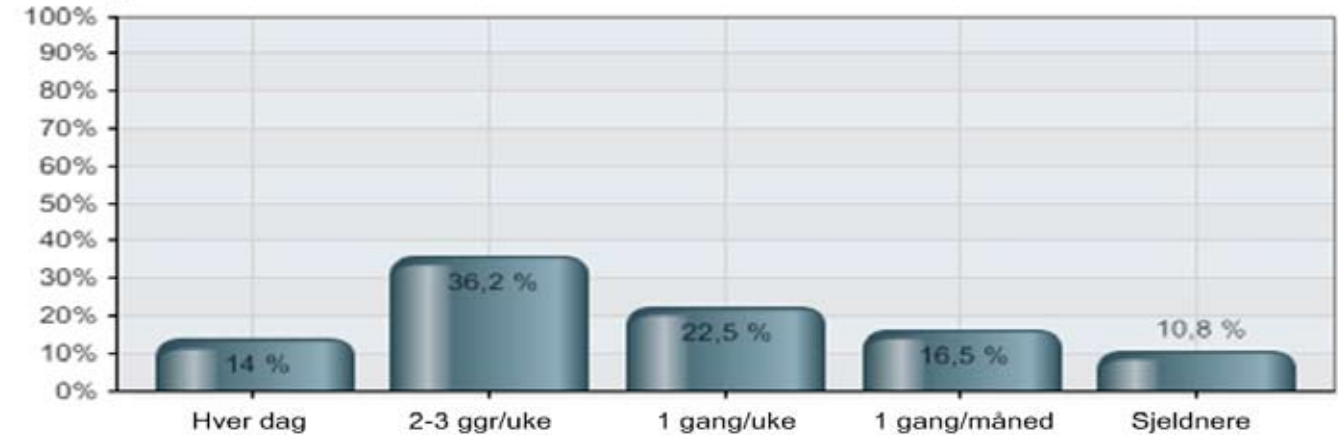
De fleste var også i stor grad fornøyd med strukturen på veilederne med noe bedre skår for Akuttveilederen (76 %) enn for Generell Veileder (70 %).

Omtrent 50 % mente at begge veilederne burde oppdateres hvert 2. år. En del mente hyppigere, enten årlige



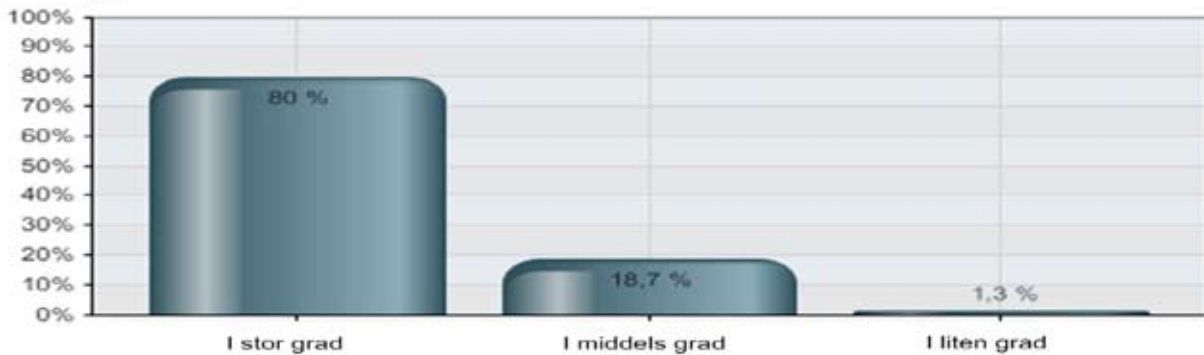
▲ Tabell 1a: Hvor hyppig bruker du Generell veileder?

▼ Tabell 1b: Hvor hyppig bruker du Akuttveilederen?



▲ Tabell 2a: I hvor stor grad synes du Generell veileder er oppdatert?

▼ Tabell 2b: I hvor stor grad synes du Akuttveilederen er oppdatert?



eller kontinuerlig. Det var gledelig at så mange som 40 % av medlemmene kunne tenke seg å bidra med å skrive eller redigere i nye utgaver av veilederne.

årlige møtene som IG avholder. Vi håper videre at IG tar selvstendig initiativ til forbedringer og revisjoner når dette anses nødvendig.

Videre arbeid. Resultatet av denne korte og uformelle spørreundersøkelsen bekrefter at begge NBF sine veiledere er meget godt mottatt og mye brukt av våre medlemmer. For at veilederne også i årene som kommer skal være nyttige må det faglige innholdet naturligvis oppdateres og holde et høyt nivå. Vi har opprettet en redaksjonskomité som skal koordinere videre arbeid med oppdateringer. Denne komiteen må aktivt bidra til at fagpersoner reviderer og oppdaterer veilederne, men skal ikke selv stå ansvarlig for skriveprosessen. Følgende momenter tror vi vil være viktig i videre revideringer:

1. Interessegruppene (IG) bør være sentrale aktører i revisjon av "sine" respektive kapitler. Vi ønsker at behov for revisjon av kapitler i veilederne rutinemessig diskuteres på de 1-2

2. Vi ser at papirversjonene brukes mye, men det er ikke realistisk med oppdatering av disse hvert annet år. Vi tror det er mest hensiktsmessig at nettversjonene oppdateres kontinuerlig når nye kapitler/avsnitt foreligger. Alle NBF medlemmer kan varsles via E-post hver gang reviderte oppdaterte versjoner erstatter de som forelå tidligere. Nye papirversjoner bør trykkes kanskje hvert 5-6. år.

3. Akuttveilederen har en relativt fast struktur på hvert kapittel. Generell veileder er ikke så systematisk strukturert. Vi tror at brukervennligheten vil bli bedre hvis vi også i Generell veileder, så langt det er mulig, lager en tydeligere mal/struktur på hvert kapittel.

(forts s. 15)

Vi møtes i Haugesund

Sperr avtaleboka for 10. til 12. juni, bytt bort vakta di, bestill flybillett og meld deg på Vårmetet 2009 i Haugesund. Norges kanskje vakreste kystby, som har fostret norske begreper som Amanda, Andsnes, Sildakongen og Vamp er i år vert for barnelegenes vakreste eventyr. Avdelingsoverlege Andreas Andreassen og kolleger har satt sammen et bredt faglig program som burde tilfredsstille de aller fleste.

Tekst: Tomas Nordheim Alme. Foto: Daniel Øyan

Forkurs. Som vanlig starter vårmetet med et utvalg praktisk orienterte forkurs med relevans både for spesialister og spesialistkandiater. – Vi har lagt opp til tre ulike forkurs første halvdel av onsdag. Akutt pediatri med simulatoretrening er et tema vi tror det vil være mye interesse for. I og med at det er et praktisk kurs, er det begrenset til åtte deltakere. Dersom det blir svær pågang, vil vi arrangere flere simulatorsesjoner parallelt under resten av kurset, slik at så mange som mulig kan få prøve seg, sier avdelingsoverlege Andreas Andreassen. Praktisk tilnærming til kroniske mageplager hos barn, og kliniske og diagnostiske aspekter ved borrelia-infeksjon er også tema som er satt opp som egne forkurs. Dette er ting som alle barneleger må kunne noe om.

Etter åpningen vier vi oppmerksomheten til hematologi, der det vil dreie seg om jern, både for lite og for mye, og trombocytopenier, før spesialistkomiteen fremlegger nye planer for spesialiteten pediatri. Etter interessegruppemøte spaserer vi så ned på kaien og lar oss frakte med båt til Røvær som er et lite øysamfunn utenfor bykjernen i Haugesund. Her får vi omvisning, underholdning og en smak på tradisjonell vestlandsmat.

Rus i svangerskapet. Dag to av Vårmetet er viet til rus i svangerskapet. – Vi har forelesninger både på de akutte problemene i nyfødtprioden så vel som oppfølging senere i oppveksten, forteller Andreassen. Vi får også høre om nye retningslinjer for legemiddellassistert rehabilitering fra Sosial- og helsedirektoratet. På kvelden skal vi igjen i båt, men da bare et kort hopp over Smedasundet til Kolbeinsens sjøhus, et tidligere sildemottak, nå byens mest populære selskapslokale. Her får vi variert underholdning og et bugnende sjømatbord.

Fredag er satt av til et viktig tema som er viktig for Norsk Barnelegeforening. Hva skjer med de kronisk syke barna når de slutter å være barn? Overgangen fra barn til voksen kan være ekstra vanskelig for barn med alvorlig sykdom, og hvordan sikrer vi kontinuitet i behandlingen når barna skal over i voksenmedisinen? – I tillegg til gode norske forelesere, er vi her så heldige å ha med oss Janet McDonagh fra Childrens Hospital i Birmingham. Hun er barnerevmatolog og har interessert seg for effekt av kronisk sykdom hos ungdom generelt og overgang fra barn til voksen hos unge med revmatologisk sykdom spesielt, forteller han.

Fri lørdag. Det er viktig å merke seg at metet denne gangen går fra onsdag til fredag. Grunnen til dette er først og fremst at det mangler passende flyforbindelse fra Haugalandet på lørdager, forteller Andreassen.



▲ Hotel Rica Maritim er årets Vårmetet-hotell.



▲ Åkrehamn fyr

◀ Karmsundbrua

VÅRMØTET I HAUGESUND 2009

Sted: Rica Maritim, Haugesund

Tid: 10. - 12. juni 2009

Pris:

Hele Vårmetet:

Tidlig påmelding (før 01.04.09):	2800
Sen påmelding:	3200
Pensjonerte medlemmer, tidlig påmelding:	1500
Sen påmelding, pensjonerte medlemmer:	1800

En dag:	1400
To dager:	1800

Forkurs:	500
-----------------	-----

Påmeldingsavgift inkluderer lunch (3 dager for hele metet).

Sosialt arrangement onsdag	400
-----------------------------------	-----

Festmiddag torsdag	800
---------------------------	-----

Overnatting:

Enkeltrom inkl. frokost	1045
Dobbeltrom inkl. frokost	1340

Påmelding:

Påmelding skjer elektronisk på www.barnelegeforeningen.no

Vårmetet er godkjent av legeforeningen med 16 timer + 5 timer for forkurs som valgfritt kurs for leger i spesialisering og som etterutdanning for spesialister

Hvordan komme seg til Haugesund:

Fly: Flyavganger fra Bergen, Stavanger og Oslo
Hurtigbåt: Fra Bergen og Stavanger
Buss: Haukeliekspressen fra Oslo

Program

Onsdag 10.06.09

09:00 - 12:30

Forkurs 1: Simulatortrening og praktisk pediatri

Forkurs 2: Kronisk magetrøbbel med vekt på praktisk tilnærming

Forkurs 3: Borreliainfeksjoner – vår tids store imitator?

13:30 - 13:45 Åpning

13:45 - 15:15 Hematologi

Jern - for mye, for lite?

(Anne Grete Bechensten, UUS)

Trombocytopenier.

(Bem Zeller, Rikshospitalet.)

15:30 - 16:30 Spesialistkomitéens time

16:45 - 18:15 Interessegruppemøter

19:00 - Sosialt samvær - båttur til Røvær

Torsdag 11.06.09

08:30 - 12:15 Rus i svangerskapet, hva med barnet?

Abstinens ved legemiddelassistert rehabilitering

(Andreas Andreassen, Haugesund Sjukehus)

Symptomer og behandling i nyfødtp perioden

(Rolf Lindemann, UUS)

Langtidsoppfølging av rusbarn

(Kathinka Aslaksen, HUS)

Legemiddelassistert rehabilitering, nasjonale retningslinjer

(Gabrielle Welle-Strand, Sosial og helsedirektoratet)

Føtal alkoholpåvirkning

(Astrid Alvik, UUS)

Paneldiskusjon

12:15 - 12:30 Pres av Pediaterdagene 2009 og Vår møtet 2010

13:30 - 16:00 Frie foredrag

16:15 - 17:30 Årsmøte Norsk Barnelegeforening

Fredag 12.06.09

08:30 - 12:15 Fra barn til voksen med kronisk sykdom

Nasjonal handlingsplan for habilitering av barn og unge

(Bjørn Lerdal, Sosial- og helsedirektoratet)

Young people; Lost in transition

(Janet McDonagh, Birmingham Childrens Hospital)

Hjerte 13 (Asle Hirth, HUS)

Barn med kronisk lungesykdom (Frødis Olafsen, UUS)

Barn med multifunksjonshemming (Ånen Årli, HUS)

Paneldiskusjon

12:15 - 12:30 Avslutning av Vår møtet 2009

(forts. fra s. 11)

4. Per i dag er veilederne i all hovedsak rettet mot leger som jobber på barneavdelinger. Vi tror imidlertid at mange av kapitlene delvis også kan være egnet som veiledende retningslinjer i samhandling med primærhelsetjenesten. På store områder som astma, allergi, enurese, vekst, magesmerter etc. burde man kanskje utviklet et samarbeid med Norsk forening for allmennmedisin om felles faglige retningslinjer? Dette ville styrke kvaliteten på behandling av barn på tvers av primær- og spesialisthelsetjenesten og være i tråd med gjeldende politiske føringer.

I løpet av våren 2009 vil mange av NBF sine medlemmer bli forespurt om å delta i videre revisjoner av veilederne. Redaksjonskomiteen vil prøve å bistå så godt det er mulig i dette arbeidet. Det hadde også vært flott med selvstendig initiativ fra forfattere som ser behov for oppdatering av sine kapitler, om de vil gjøre det selv eller la andre overta stafettpinnen.

NBF sine veiledere er et viktig faglig lim i vår forening. La oss arbeide for at de fortsatt skal holde et høyt faglig nivå til beste for oss selv, men enda viktigere til beste for de vi jobber for; de syke barna!

Redaksjonskomiteen for NBF sine veiledere er:

Claus Klingenberg, UNN (leder)

Thomas Møller, Sykehuset i Vestfold (nettansvarlig)

Henrik Døllner, St. Olavs Hospital

Christine Vaksdal Nilsen, Ullevål US/Ålesund sjukehus

Thomas Rajka, Ullevål Universitetssykehus

Svar på "Tar du den" på side 9

En nøye anamnese frembragte at gutten hadde vært utsatt for flere flått-bitt noen måneder i forvegen. Disse var umiddelbart blitt fjernet, og det var aldri noen lokal reaksjon og dermed ikke indikasjon for behandling. Antistoffer for Borrelia burgdorferi var negative. Tilstanden ble likevel klinisk tolket som borrelia-lymfocytom og det ble startet antibiotikabehandling (Doxylin) og symptomene gikk raskt tilbake for å bli helt borte etter ca 4 uker.

Har du en liten kasuistikk andre kan lære av? Send tekst og bilde til paidos@barnelegeforeningen.no.

Melding av bivirkninger hos barn

Legemiddelverket og de regionale legemiddelinformasjonssentre (RELIS) tar et felles løft for å bedre rapporteringen av bivirkninger hos barn. Vi planlegger en informasjonskampanje og ønsker å samarbeide med helsepersonell på barneavdelingene.

– Flere og bedre bivirkningsrapporter vil bidra til enda tryggere behandling av barn. Dette er et satsingsområde i Norge og andre land i det europeiske legemiddelsamarbeidet, sier seniorrådgiver Ingebjørg Buajordet i Statens legemiddelverk.

I Norge rapporteres årlig omtrent 100 bivirkninger hos barn utenom bivirkninger av vaksiner. Aldersgruppen 0 til 18 år regnes som barn i denne sammenheng.

Samarbeid er viktig. Legemiddelverket og RELIS ønsker et aktivt samarbeid med helsepersonell som behandler barn.

– RELIS har som mål å besøke barneavdelinger og andre aktuelle kliniske miljø i løpet av første halvår i 2009, sier Cecilie Nergård ved RELIS Øst.

Barn er ikke små voksne. Barn er i vekst og utvikling, og vil derfor kunne oppleve andre bivirkninger enn voksne. Det samme gjelder barn som er født for tidlig og ellers nyfødte, og derfor har en annen nedbrytning av medisiner. Mange medisiner har indikasjon og doseringsanbefalinger til barn uten at det er gjort studier som dokumenterer effekt og sikkerhet. Andre medisiner brukes til barn selv om de kun er godkjent for voksne.

Meld bivirkninger. Mistanke om bivirkninger er tilstrekkelig til å melde. Det er ikke krav om at melder må sannsynliggjøre årsakssammenhengen.

– Det er bedre å melde én gang for mye enn én for lite, oppfordrer Cecilie Nergård.

Kontakt RELIS i din helseregion for veiledning eller informasjon. Gjelder det melding om bivirkninger av vaksiner, kontakt Vaksineavdelingen på Folkehelseinstituttet

(www.legemiddelverket.no)



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 hypoallergen og som gir god tilvekst¹
- ✓ Beriket med **LIPIL** for å bedre synsskarpheten*, den mentale utviklingen* og fremme helsetilstanden**²⁻⁶



LIPIL er en unik blanding av DHA og ARA i samme høye mengder og proporsjoner som i morsmelk og innenfor det referanseområdet som anbefales av eksperter⁷

**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.

MeadJohnson
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. 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. Koletzko B, Lien E et al. J Perinat Med 2008; 36: 5-14.