PAIDOS



TIDSSKRIFT FOR NORSK BARNELEGEFORENING 2009; 27(3): 37-56



Norge bidrar til økt fokus på barnehelse

Pediatrisk Forskningsinstitutt 50 år

Pediaterdagene 2009

Forskning, fagutvikling og livsvarig læring

Nå står vi igjen foran et nytt studieår. Kravet til kvalitet og kvantitet i undervisning og veiledning av leger i utdanningsstillinger, medisinerstudenter og andre helsefagstudenter øker. Derfor er barnelegeforeningens overordnede mål
1. Å sikre forskning og utvikling en større plass i den pediatriske hverdagen
2. Å sikre økt innflytelse på innholdet i den pediatriske forskningen
3. Å sikre kvaliteten av barneavdelingenes arbeid



I aftenpostens kronikk 29. juni i år skriver Øistein Ø. Svelle om dannelsesperspektivet i profesjonsutdanningene: "Samfunnets behov for innovative utdanninger, som setter ferdig utdannede studenter i stand til egen refleksjon og kritisk vurdering er et ideal for livsvarig læring"

Vår egen erfaring i praksis og våre kunnskaper om normalutvikling, utviklingssavvik, sykdom og sykdomsprosesser må knyttes nært tilsammen med den forskningsbaserte delen av utdanningen. Vi vil benytte oss av egnete moderne læringsprinsipper som setter den lærende istand til å være konstruktiv, samhandlende og til å se sin egen innsats i den store sammenhengen og til det beste for våre små pasienter.

Barnelegeforeningen vil stimulere til dette arbeide og være en viktig støttespiller i miljøene i Norge. Paidos kan være en viktig kanal for denne dialogen. Vi ønsker oss aktiiv deltagelse med forfatterskap og innlegg fra kolleger i alle helseforetak. På denne måten skaper vi en felles ånd og de beste forutsetningene for at at tidskriftet Paidos kan til en hver tid gjenspeile det som rører seg i Norsk barnemedisin.

Som ny redaktør i Paidos håper jeg alle kolleger i landet vil gi sine faglige bidrag og debattinnlegg slik at Paidos blir et godt tidskrift for medlemmene. Jeg vil benytte anledningen til å takke Tomas Alme som har gjort en kjempebra job som Paidos- og nettredaktør i 4 år. Han har brakt internasjonal barnehelse inn i Paidos, noe som jeg føler må følges opp videre.

Ha fortsatt en riktig god sensommer

Stefan Kutzsche

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

Kurs og konferanser

Pediaterdagene 2009 Rikshospitalet

Pediaterdagene 2009 arrangeres av Rikshospitalet 21.-23. oktober. Programm finnes i denne utgaven av Paidos. http://www.barnelegeforeningen.no/

Hemoterapikurs 2009

Kurs 0-23941
Hemoterapi arrangeres ved Rikshospitalet 3.-6. november. Læringsmål med kurset er riktig bruk av blodkomponenter, blodplater og plasmaprodukter samt alternativer til transfusjon.

Frist for påmelding 3. september 2009. Mer informasjon og påmelding: http://www.legeforeningen.no/id/143?kurskatalog_side=kurs_detaljer&Kurs_ID=0-23941

Paidos 2009; 27(3): 37-56

Paidos©2009
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.

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.

ISSN: 0804-1687 © Norsk Barnelegeforening

Redaktør
Stefan Kutzsche
paidos@barnelegeforeningen.no

Design
Akuttjournalen Arena AS
Liv K. Norland
artdirector@akuttjournalen.com

Materiellfrister:
Nr. 04/2009 - 1. november
Nr. 01/2010 - 15. desember

Forisdefoto
Stefan Kutzsche

Opplag: 800

Antall utgivelser per år: 4

Paidos på nett
www.barnelegeforeningen.no

38 Redaktøren
Stefan Kutzsche

40 Leder: Mestring og Deltagelse
Kristin Hodnekvam

41 Håp om bedre akutthjelp til brannskadde barn i Nepal
Stefan Kutzsche

42 Styret i Norsk barne legeforening 2009-2011

44 Vårmøte med solskinn og sjøsprøyt
Tomas Nordheim Alme

46 Norge bidrar til økt fokus på barnehelse
Tomas Nordheim Alme

51 Til lykke med de første 50 år!
Sølvi Lundgaard

52 Pediatrisk Forskningsinstitutt 50 år
Stefan Kutzsche

54 Pediaterdagene - Program NBF høstmøte 20009

55 PFI ' s 50 års jubileet, presentasjon av internasjonale forelesere
Stefan Kutzsche







Forsidebilde: Barn i Mursan, India like utenfor Methodist Public Health Center. Senteret har egen fødeklinikk, utfører vaksinasjoner og HIV/Aids behandling, tilbyr jordmoropplæring, kvinnegrupper, ungdomsgrupper i et stort område i Uttar Pradesh. Senterets arbeide har en helhetlig tilnærming til folks behov i området.
Øverst t.h: Mottaket i Methodist Public Health Center i Mursan.
Nederst t.h: Førstehjelpsstasjon i gatene i Mursan (Uttar Pradesh), Nord India.
Alle foto: Stefan Kutzsche.

Mestring og deltakelse

Om det utvidede habiliteringsbegrepet- og om å kjenne sin besøkelsestid

Barneleger er nesten uten unntak **glade i jobben** sin. Vi jobber for mye, så klart, og til ukurante tider.Vi får ikke alltid den lønna vi synes vi fortjener. Vi får ikke nødvendigvis fordypet oss nok og har ikke tilstrekkelig tid til egen og fagets utvikling Men vi liker jobben vår. Vi har verdens mest spennende pasienter og vi har det privilegium å kunne bruke intellekt og følelser til ungenes beste.

En viktig del av vårt daglige virke er å bidra til at barn og ungdom med kroniske tilstander skal oppleve **mestring og deltagelse** i stedet for avmakt og økt sjukelighet. Det er dette **habilitering** handler om. Habilitering er ikke (bare) en særorganisering for spesielle nevrologiske tilstander. Habilitering betegner en samarbeidsprosess og et kunnskapsområde hvor hovedfokus er å tilrettelegge for at barn og unge med funksjonsnedsettelse skal kunne mestre tilværelsen og kunne delta i samfunnet. Det inkluderer også pasientene med de alvorlige astmatilstandene, den mest kompliserte diabetesreguleringa, de krevende hjertesjukdommene, de omfattende mage-tarmlidelsene, den strevsomme revmatismen og mange flere hvor sjukdommen gir funksjonsnedsettelse. Habilitering er tverrfaglig og tverrvitenskaplig. Det er vanskelig og nødvendig. Og vi holder på med det i ett sett, men ikke godt nok og ikke bevisst nok.

Seniorrådgiver Bjørn Lerdal presenterte Helsdirektoratets **Handlingsplan for habilitering av barn og unge** under Vårmøtet i Haugesund. Handlingsplanen er et omfattende dokument som beskriver status både i kommunene og spesialisthelsetjenesten, brukernes behov, faktagrunnlaget . Den påpeker barneavdelingenes ansvar for å ivareta habiliteringsaspektene og rekvirere supplerende kompetanse. Det framholdes at samarbeidet mellom BA,BUP og HABU generelt er for dårlig, at barneavdelingene faktisk ikke er særlig gode til å hente inn kunnskap fra BUP og fra HABU.Ei heller samarbeides det tilfredsstillende med fastlegene eller flyttes oppfølgingsoppgaver over til dem. De særskilte problemstillingene vedrørende ungdom, unge voksne og overgang til voksentilværelsen er inkludert i planen,- høyst betimelig og i tråd med både norske og internasjonale pediatriske miljøers intensjoner.

Planen munner ut i konkrete tiltak om kapasitet, kvalitet og kompetanse. Tro ikke at dette er en oppramsing av uttrykk. Sjekk innholdet! Dette vil få konsekvenser for de somatiske barneavdelingene og det i løpet av kort tid. Jeg vil her trekke fram de to anbefalingene som det er lettest å se organisatoriske konsekvenser av:

- **Anbefaling om egne barne- og ungdomsklinikker i helseforetakene**
- **18 års aldersgrense også ved de somatiske barne- og ungdosmavdelingene**

Planen har vært til høring. Du finner den og høringsuttalelsene fra bl a NBF på H Dirs nettsider. Snart er endelig versjon klar. Den vil bli grunnleggende for Helse- og Omsorgsdepartementets krav til de regionale helseforetakene (RHF) om hvilken virksomhet som skal utøves på sjukehus rundt om i landet - og dermed være grunnleggende for direktørenes prioriteringer i sitt sjukehus. Her må Barneavdelingenes ledere stå klare og bruke den for alt den er verdt (sammen med samhandlingsreformen) i arbeidet for best mulig tilbud til de mange barn og unge som skal leve med kronisk sjukdom. Midler kan komme, omrokkeringer vil skje – her gjelder det å være i forkant for å være med i utformingene.

Med habilitering og overgangen fra ung til voksen som ett av temaene skal **Barneavdelingen i Haugesund ha all ære for et svært vellykket Vårmøte 2009** .Det var et sammensatt og svært aktuelt program, med spenn fra sesjonene med praktisk akuttpediatri, via nyttig tilnærming til kronisk magetrøbbel, utfordringene ved borrelia som imitator, hematologi med engasjerte foredragsholdere og deltagere og en spennende sekvens om Rus i svangerskapet; et tema barneleger bør engasjere seg atskillig mer i forhold til sett i lys av det bekymringsverdig økte alkoholinntaket hos unge kvinner. 11 frie foredrag ble presentert og andelen yngre leger var imponerende stor på møtet .- Andreas Andreassen og staben hans hadde i tillegg satt sammen et flott sosialt program som tok oss med til det driftige øysamfunnet Røvær , til fascinerende visuell presentasjon av områdets mangfoldighet og siste kvelden til det nydeligste sjømatbord .

Så gjenstår det bare **takke for meg** etter fire år i barnelegeforeningens styre . Arbeidet som leder har vært inspirerende og krevende. Jeg har vært så heldig å ha hatt et dynamisk og dyktig styre hvor medlemmene har utfylt hverandre og alle har bidratt. Det er fristende å vise til årsberetningen for de som evt ikke er orienterte om hvilke saker som er under arbeid! Se nettsidene!



Og dermed ønsker jeg **velkommen til det nye styret** som tiltrer 01 september 2009 . **Med Thor Willy Ruud Hansen som særdeles kompetent leder** , med Marianne Nordhov som engasjert nestleder og med de øvrige dyktige styremedlemmene som verdifulle aktører er oppgavene for de kommende år i de aller beste hender!

Med ønsker om en riktig god høst til dere alle fra Kristin!

Håp om bedre akutthjelp til brannskadde barn i Nepal

AV STEFAN KUTZSCHE, REDAKTØR PAIDOS
FOTO: ERIK BØHLER

Fra hverdagen på Okhaldunga sykehus i Øst-Nepal

"Vi har motatt fire barn i alderen 0,5 til 4 år med brannskader i løpet av de siste par ukene. En av dem kom dagen etter skaden, to kom tre dager etter og en fem dager etter. Alle bortsett fra den første var klart infisert ved ankomst. Bare det første barnet bor mindre enn en dagsmarsj fra sykehuset. To av dem har vært innom en helsepost på vei til sykehuset, men der var ikke gitt annen behandling enn at noen filler var surret rundt skadestedet".

"Minst tre, kanskje alle fire av pasientene, vil trenge hudtransplantasjoner. Et barn fikk en hudtransplantasjon for en uke siden.



Brannskadd barn.



Det går heldigvis godt til slutt.

Transplantatet tar fint, men vi greide ikke å få store nok biter til å dekke det hele, og har ingen "mesher" som virker. Vi må derfor gjøre det i en omgang til om en ukes tid. Så svært ofte er vår "første hjelp" ikke akkurat det vi i Norge forbinder med "førstehjelp".

"Det er sjelden brannskader kommer tidsnok til sykehuset til at rescusitering er aktuelt. Men i forrige uke fikk vi innlagt en 10 år gammel jente "bare" 13 timer etter skaden. Hun hadde store brannskader over minst 60 % av kroppsoverflaten, også på halsen, med svær hevelse der. Mesteparten var dype skader, og vil trenge plastisk kirurgisk behandling hvis hun overlever. Hun ble intubert pga frykt for at helvelsen i bløtdelene på halsen ville gi larynx-obstruksjon. Her finnes ingen respirator, så hun pustet selv på tuben i 36 timer, sedert med morfin, før hun ble ekstubert igjen. Hun fikk i.v. væske etter "Parkland Formula", antibiotika, tunge smertestillende og sårstell".

Kan vi barneleger i Norge bidra med noe i denne sammenheng?

I fjellsidene i Øst-Nepal ligger distriktet Okhaldunga. Her arbeider den norske barnelegen Erik Bøhler i et av verdens mest utilgjengelige området (Paidos 02/2008, side 21). Sykehuset er det eneste i distriktet med 180 000 innbyggere. Sykehuset betjener også de fire nabodistriktene, som ikke har noe eget fungerende sykehus. De fleste har faktisk mer enn en dagsmarsj for å kunne nå til sykehuset. Det er ikke sjeldent at man må bære pasienter på bratte stier i 2-3 hele dager før de kommer fram. Førstehjelp og rescusitering bør derfor primært



Verdens vanligste ambulanse.

skje på andre steder enn på sykehuset. Det bør desentraliseres til de 56 små helsespostene som finnes i distriktet. Det samme gjelder mange andre typer helsetjenester, særlig fødselshjelp. Det pågår nå initiativer fra myndighetene for å oppgradere "Health Posts", men ifølge Erik er det fortsatt en lang vei å gå.

Parkland formel ved akutt væskebehandling ved brannskader
(for barn opp til 15 år)

I tillegg til basalbehovet gis det
Ringer-acetat i.v. 4 ml/kg vekt X sum % 2. og 3. grads forbrent hudareal de første 24 timer etter skaden

OBS. Hypoglykemi hos barn under 1 år. Hos disse bør basalbehovet dekkes med glukose 50 mg/ml i.v.

Halvparten av den totale væskemengden gis over de første 8 timer, resten fordeles over de neste 16 timer.

NB! Formelen må justeres i forhold til klinisk respons. Timediuresen bør være 1-2 ml/kg/t

Kilde: akuttveileder

Styret i Norsk barne

Thor Willy Ruud Hansen
(Leder)
leder@barnelegeforeningen.no



Overlege ved nyfødtseksjonen og professor ved Barneklinikken, Oslo Universitetssykehus Rikshospitalet. Han har arbeidet i pediatrien i over 30 år, hvorav omtrent 10 år i utlandet. Seksjonsoverlege ved Nyfødtseksjonen, RH i perioden 1998-2007. Han er opptatt av medisinsk etikk og leder Klinisk Etikk-komite på Rikshospitalet. Er forsker på gulsott og virkningen på hjernen hos nyfødte. Brenner for ferdighetstrening og kompetanseheving i pediatrisk farmakoterapi. Liker å tilbringe tid med sin familie, lesing, reiser og musikk. Er aktiv i Metodistkirken i Norge.

Marianne Nordhov
(Nestleder)
nestleder@barnelegeforeningen.no



Cand.med. fra Universitetet i Tromsø i 1995. Spesialist i barnesykdommer, og ansatt som overlege ved nyfødt intensiv UNN siden 2001. For tiden doktorgradsstipendiat på tidlig intervensjon og langtidsoppfølging av premature barn. Av andre faglige interesser kan nevnes akutt pediatri & barneintensiv, sosialpediatri og forebyggende medisin. Er engasjert i ferdighetstrening og har vært APLS instruktør siden oppstarten. Fritida tilbringes med mann og tre barn, på hesteryggen eller på tur med bikkja!

Ellen Annexstad
(Møtesekretær)
motesekretaer@barnelegeforeningen.no



Cand.med. ved Universitetet i Oslo 2003. Turnus i Ålesund og Oppegård. Har jobbet ved Barneavdelingen i Fredrikstad i 4 år. Er opptatt av internasjonal barnehelse, og jobbet blant annet med gatebarn i Brasil i to perioder i studietiden. For øvrig aspirerende barnenevrolog.

legeforening 2009-2011

Siri Hjertnes
(Sekretær)
sekretaer@barnelegeforeningen.no



Utdanna i Trondheim, ferdig i 2004. Turnus i Ålesund og Stryn. Jobber nå som lege i spesialisering ved Barneavdelinga i Ålesund. På fritida utnyttes Sunnmøre på best mulig måte.

Karl-Olaf Wathne
(Økonomiansvarlig)
kasserer@barnelegeforeningen.no



Spesialist i barnesykdommer fa AHUS og Rikshospitalet. Doktorgrad på vitamin A. Jobbet to år i Zimbabwe som kombinert distrikts- og sykehuslege og tre år i Botswana for WHO medhiv. Arbeidet i 10 år som overlege ved Aker og Ullevål Universitetssykehus, i hovedsak med infeksjonssykdommer hos barn. Arbeider nå som spesialrådgiver i Helse- og omsorgsdepartementet med infeksjoner/smittevern, tobakk og internasjonale spørsmål.

Christian Siva
(Medlem)
christiansiva@yahoo.com



Cand. med fra Jagiellonian Universitet, Krakow 2003. Jobber for tiden ved Oslo Universitetssykehus- Ullevål / Barneklinikken. Er ferdig med min gruppe 1 tjeneste og retunerer til Barnesenteret ved Sentralsykehuset i Vestfold, Tønsberg i oktober. Synes Barnenevrologi og habilitering er et felt som er av stor interesse. Har vært aktiv YLF`er og synes det er på tide å bruke litt energi på faglige utfordringer. Det hadde vært spennende å jobbe opp mot spesialiseringsproblematikken, men sier ja til de fleste utfordringer.

Stefan Kutzsche
(Paidos redaktør)
paidos@barnelegeforeningen.no



Cand med. 1983. Spesialist i barnesykdommer og anestesiologi. Doktorgrad i nyfødtresuscitering. Master of health administration. Arbeidet i mange år som barneanestesiolog ved Ullevål. Deltatt i redningstjenesten ved 330 SKV i Banak i over 10 år. Overlege ved barneintensiv-/nyfødtintensivavdelingen Oslo Universitetssykehus/Ullevål siden 2000. Deltar i Maastricht program " Health Professionals Education" 2009-2011.

Nils Thomas Songstad
(Web redaktør)
pedweb@barnelegeforeningen.no



Cand.med. fra NTNU-Trondheim 1996. Barneavdelingen, UNN fra 2000. Spesialist i barnesykdommer og kst. Overlege på nyfødt intensive fra 2005.

Interessefelt: Nyfødtmedisin, barnerevmatologi, perinatal kardiologi, Nevromuskulære og metabolske sykdommer.

Doktorgradsstipendiat tilknyttet Kvinneklinikken, UiT fra 2008:
"Føtal veksthemming: Hemodynamiske og metabolske konsekvenser for fosteret"



Vårmøte med solskinn og sjøsprøyt

Rundt 80 kolleger fant vegen til Haugesund under Vårmøtet 2009 10. – 12. juni. Arrangørene på Barneavdelingen på Haugesund Sjukehus hadde satt sammen et variert og lærerikt program over tema som blir stadig viktigere for barneleger.

AV TOMAS NORDHEIM ALME, DEPUTY DIRECTOR, NIPI - UNOPS

De praktiske forkursene har blitt et populært innslag på vårmøtene, der unge så vel som erfarne barneleger kan lære eller friske opp kunnskap og ferdigheter innenfor ulike deler av vårt sammensatte fag. Det ble satt opp tre parallelle forkurs på temaene akutt pediatri og resuscitering, praktisk tilnærming til kronisk magetrøbbel og borrelia-infeksjoner, alt sammen sentrale tema i barnemedisinen.

Hovedprogrammet ble innledet med en hematologisk sesjon, der Anne-Grete Bechensteen og Bern Zeller ved hjelp av mentometer-utstyr engasjerte kollegene med spørsmål og kasuistikker om jern og blodplater. Deretter fulgte en interessant og ikke minst etisk utfordrende sesjon om rus i svangerskapet og konsekvenser for barnet. Med et økende antall unge kvinner i legemiddelassistert rusavvenning (LAR) dukker det opp kliniske så vel som etiske problemer i forhold til barna som blir unnfanget, frembåret og født. Avdelingsoverlege Andreas Andreassen ved Sjukehuset i Haugesund la frem et materiale fra egen avdeling. Haugesund er en av Norges mest narkotikabelastede byer, og problemstillingen



T.v: Idyllisk på Røvær (Foto: Daniel Øyan)

T.h.: Brigt Nilsen undersøker en syk simulatorpasient. Instruktør Rolf Brattli (bak varmelampen) tilrettelegger og forklarer. I bakgrunnen står avdelingsoverlege på barne-avdelingen i Haugesund Andreas Andreassen. (Foto: Tomas Nordheim Alme)

er ikke uvanlig i avdelingen. Rutiner for behandling av abstinens hos barn og oppfølging videre frem til skolealder ble diskutert og ikke minst satt i perspektiv under foredraget om den økende kunnskapen om skadevirkninger av alkoholpåvirkning i svangerskapet. Det er bra at norske barneleger blir flinkere på å gjenkjenne og behandle konsekvensene av blivende foreldres rusmisbruk, men uten å være moraliserende må man kunne stille seg spørsmål med hvem som taler barnets sak før det blir født?

Et annet stadig viktigere tema som Norsk Barnelegeforening har engasjert seg i er hva som skjer med "våre" kroniske pasienter når de ikke lenger er barn. Selv om også barnemedisinen etter hvert er spesialisert i økende grad, er faget fremdeles preget av en holistisk tilnærming til barnet som pasient med fokus på at barn er i konstant utvikling. Hvordan kan vi sikre at overgangen fra barneavdelingen til den voksne subspesialiteten ivaretar pasientens behov? Janet McDonagh fra Universitetet i Birmingham er barnerevmatolog og har forsket på denne problemstillingen i mange år og påpekte viktigheten av at overgangen til voksenmedisinen må starte i tidlig i ungdomsårene slik at den unge pasienten gradvis kan overta ansvaret for sin egen sykdom. Asle Hirth, Frøydis Olafsen og Ånen Aarli gav eksempler på slike overganger innenfor henholdsvis hjerte-, lunge- og nevrologiske sykdommer.

En fast post på programmet for Vårmøtet er de frie foredragene. Her kan medlemmene få en titt inn i hva som foregår av forskning på norske barneavdelinger, så vel som høre om interessant kasuistikker eller andre prosjekter. Hver år deler foreningen ut en pris på kr 10.000 til beste vitenskaplige innlegg og kr 5.000 for beste frie innlegg. I sesjonen for frie fordrag delte Charlotte Brun og Tora Sund Morken prisen for beste vitenskaplige innlegg, mens Hege Kristensen vant prisen for beste frie foredrag.

I 2005 utnevnte Norsk Barnelegeforening Orvar Finnstrøm fra Sverige til æresmedlem. Det var ikke mulig for ham å motta prisen da, og først i år har det lykkes oss å få ham til møtet for å motta æresmedlemsskapet. Han kvitterte for utnevnelsen med et interessant foredrag der han presenterte de første 30.000 "in-vitro barna" i Sverige og hvordan det har gått med dem.

Vårmøtene har en viktig sosial funksjon for å knytte kjennskap og vennskap mellom de ulike barneavdelingene i landet. Arrangørene hadde lagt opp til et hyggelig sosialt program, med besøk til det vesle øysamfunnet Røvær på onsdags kveld. Her fikk vi en gripende og engasjerende beretning om hvor tøft livet kunne være langs norskekysten for bare noen få generasjoner siden. Kumlemiddag og underholdning fra barneavdelingens egne krefter sto også på programmet. Torsdag kveld var det festmiddag med sjømat-tema på Kolbeinsens Sjøhus.

Norsk Barnelegeforening takker Barneavdelingen ved Haugesund Sjukehus, med avdelingsoverlege Andreas Andreassen i spissen for et vel gjennomført Vårmøte.



Nybakt mor og sulten datter på distriktssykehuset i Raisen. (Foto: Dr. Amrita Misra)

Norge bidrar til økt fokus på barnehelse

Så vakkert det er, tenker jeg der jeg står og ser utover det kollete skogslandskapet i Madhya Pradesh, midt i hjertet av India. Vi har akkurat stanset ved Raisen District Hospital, det største sykehuset i et distrikt med 1,1 million innbyggere. Vi er på feltbesøk for å inspisere en av intervensjonene til Norway India Partnership Initiative.

AV TOMAS NORDHEIM ALME, DEPUTY DIRECTOR, NIPI - UNOPS

Norge har engasjert seg betydelig i arbeidet med å nå Milleniumsmålene som ble vedtatt av FN i 2000. Av de åtte utviklingsmålene har Norge spesielt engasjert seg i mål nummer IV og V, henholdsvis å redusere barnedødligheten under 5 år (U5MR) med 2/3 i forhold til 1990 nivå og å bedre mødrehelse gjennom reduksjon av mødredødligheten og bedre reproduktiv helse.

India er en stor bidragsyter til de dystre statistikkene. Selv om mortalitetsratioen ikke er så høy som i Sub-Sahara eller Afghanistan, blir det høye absolutte tall av det, siden det finnes så mange indere. Dessuten er det bekymringsverdig at den gryende stormakten India sakker etter, mens andre land i Asia har klart å ta grep i forhold til helse og fattigdom. I 2006 var Statsminister Jens Stoltenberg på offisielt besøk i India, og i samtaler med Indias Statsminister Manmohan Singh, ble man enige om et partnerskap der Norge skulle bidra med 500 millioner kroner over 5 år for å katalysere de endringer som er nødvendige for å nå tusenårsmålene i India. Norway India Partnership Initiative eller NIPI ble født.

Norges bidrag er for lommerusk å regne i forhold til de ressursene India selv legger inn i satsningen på bedre helsetilbud til befolkningen på landsbygda i India og må sees som såkornmidler. I 2005 lanserte indiske myndigheter National Rural Health Mission (NRHM) som med store økonomiske midler og en satsning på bedre ledelse og administrative funksjoner, skulle riste liv i et helsesystem som har opplevd tiår etter tiår med apati. Som ved alle store reformer, er det implementasjonen som er det avgjørende. India har i likhet med andre utviklingsland sin andel med internasjonale organisasjoner og frivillige organiasjoner som arbeider med sine programmer i forskjellige deler i landet. For NIPI var ønsket å kunne finne frem til gode og samtidig lett skalerbare tiltak og sette de i live innenfor rammene av det offentlige helsevesenet. De norske pengene skulle brukes strategisk og katalytisk slik at de store pengene fra indiske myndigheter kunne bli brukt og brukt på en effektiv måte. Samtidig bringer de norske midlene med seg et klart fokus på barn og kvinner.

NOK PENGER

Det virker umulig å tro, når jeg står og ser på det som skal forestille hovedsykehuset for en befolkning på størrelse med Stor-Oslo, at så mye som 50% av de midlene som pumpes inn fra indiske myndigheter kommer tilbake ubrukt på slutten av budsjettåret. Her mangler stort sett alt. Selv med fokus fra NIPI er det vanskelig å få på plass de mest basale funksjoner et sykehus skal ha. NIPI har som hovedforutsetning å jobbe innenfor delstatenes offentlige systemer. Vi kan med andre ord ikke selv kjøpe laboratorieutstyr eller sterile hansker til sykehuset selv om vi ser at det ikke er der. Jobben vår er å sørge for å få systemet til å funke slik at sykehusledelsen selv kan utløse disse ressursene, for så å "skrive ned oppskriften" slik at den kan replikeres. NIPI er aktiv i 4 delstater. I delstaten Madhya Pradesh alene er det 50 slike sykehus som det vi står på nå, og flere tusen sykehus og sykestuer på lavere nivåer. Det finnes ikke noen kjapp løsning.

FRA HJEMMEFØDSEL TIL BORTEFØDSEL

Det har lenge vært en rådende oppfatning at man så langt som mulig bør legge til rette for at fødsler foregår på sykehus. I India gikk man i 2005 til det skritt å betale mødre for å føde på sykehus. Hver eneste mor i de fattige delstatene får 1400 rupees, eller vel 200 kroner for å føde barnet sitt på et offentlig sykehus eller en akkreditert privat institusjon. Dette er mye penger, og som en følge av dette, er antallet fødsler som foregår på sykehus mangedoblet, kanskje så mye som ti ganger. Ingen helsesystemer kan ta opp i seg en så stor økning uten videre. Derfor knaker det stygt i sammenføyningene til Distriktssykehuset i Raisen. Fødeavdelingen har bare 10 senger. For 4 år siden var antallet kvinner som fødte her neglisjerbart. Nå har sykehuset seks til åtte fødsler om dagen. Det blir korte liggetider av slik. En viktig del av merverdien av en sykehusfødsel forsvinner dersom mor og barn reiser hjem for tidlig. Derfor er det et mål å holde ekvipasjen der i 48 timer. Med 10 senger er det ikke mulig.



På fødeavdelingen i Raisen er rundt 50% av barna under 2500g ved fødsel. Denne krabaten veier 4kg og er nok blant de største i klassen. Forut for NIPI ble barna ikke veid og ingen statistikker ført. Nå rapporterer Yasodaene månedlig om vekt, vaksinasjon og brysternæring. Barn med lav fødselsvekt får ekstra oppfølging. (Foto: Dr Amrita Misra)

INDIA

(kilde: unicef.org/infobycountry/india_india_statistics.html)

Befolkning 1103 millioner (estimat 2005)
Befolkningsvekst ca 1,5 % per år i 2005
BNI per innbygger USD 720 (2005)
Forventet levealder ved fødsel 64 år (2005)
Barnedødelighet (under 5 år) 123 per 1000 levende fødte (1990)
Barnedødelighet (under 5 år) 74 per 1000 levende fødte (2005)
Spebarndødelighet (under ett år) 84 per 1000 levende fødte (1990)
Spebarndødelighet (under ett år) 56 per 1000 levende fødte (2005)
Mødredødelighet 540 per 100000 levende fødte (2000)
Mødredødelighet 254 per 100000 levende fødte (2005)
Undervektige ved fødsel 30% (1998 – 2005)
Spebarn som kun dies 37% (< 6 måneder, 1996 – 2005)
Barn som går på skolen 76% av barn i skolepliktig alder
Lese- og skriveferdighet menn 73% (2000 – 2004)
Lese- og skriveferdighet kvinner 48% (2000 – 2004)

Norway India Partnership Initiative (NIPI)

Budsjett NIPI: 500 mill NOK over 5 år (Ca 80 mill USD)
Budsjett NRHM (India): 4 milliarder USD i 2009
Norge kanaliserer NIPI-midlene gjennom WHO, UNICEF og UNOPS. Mandatet er å bedre helsetjenestene i 5 delstater i India med til sammen 500 mill innbyggere (Rajasthan, Madhya Pradesh, Uttar Pradesh, Bihar og Orissa). Per i dag er det aktivitet i fire av disse delstatene (Ikke Uttar Pradesh).
NIPI styres av Joint Steering Committee som består av representanter fra indiske og norske myndigheter samt partnerorganisasjonene. Daglig administrasjon utføres av NIPI sekretariatet (driftet av UNOPS) som har 12 ansatte i New Delhi og 12 ansatte fordelt på fire delstatskontorer.

De åtte Tusenårsmålene

Utrydde ekstrem fattigdom og sult
Sikre utdanning for alle
Styrke kvinners stilling
Redusere barnedødeligheten
Redusere svangerskapsrelatert dødelighet
Stoppe spredning av hiv/aids, malaria og andre dødelige sykdommer
Sikre miljømessig bærekraftig utvikling
Bygge et globalt partnerskap for utvikling

Dr Rajan Dubey har jobbet i helseadministrasjonen i Madhya Pradesh i flere år før han ble leder for NIPI sitt team i Madhya Pradesh. Han er ung og dynamisk og han vet hvordan han skal få frigjort midlene som ligger der i de offentlige budsjettene. Han vet også hvor lang tid det tar. En ny barselpost er nå under oppføring. Likeså en nyfødtenhet som skal kunne takle de basale nyfødtmedisinske problemstillingene. Nye tall fra India tyder på at 25% av nyfødtdødligheten (NMR) forårsakes av infeksjoner og 25% av asfyksier. Små, men målrettede tiltak kan gjøre store forskjeller her. NIPI sitt finansielle bidrag til disse to utbedringene i Raisen er beskjedent, de fleste midlene kommer fra NRHM, men NIPI har initiert prosessen og følger den opp. Uten NIPI ville det ikke ha skjedd.

På sykehuset i Raisen møter vi også Yashodaene. Navnet henspeiler på indisk mytologi. Guden Krishna ble som nyfødt tatt vare på av en kvinne som het Yashoda da hans egen mor døde. NIPI sine Yashodaer tar vare på både nyfødte barn og mødrene deres. På grunn av den store økningen i pågangen til fødeinstitusjonene er det rett og slett ikke nok trenet personale til å ta seg av mødre og barn etter fødsel. Derfor har NIPI satt i gang et prøveprosjekt der lokale kvinner som kan lese og skrive, trenes opp til å bli barselhjelpere. Med en kort grunnopplæring og praksis i egen avdeling er målsetningen for denne gruppen at de skal sørge for at barnet blir veid, vaksinert, lagt til brystet innen en time etter fødsel og at mor motiveres til å bli på sykehuset i 48 timer. I denne perioden får mor informasjon gjennom spesielt tilrettelagt materiell om ernæring, vaksinasjon, spedbarnsstell og prevensjon. Dette er også ment å fungere som en styrking av mors kunnskap og dermed hennes rolle i forhold til barnet når hun kommer hjem til familien der svigermor og andre pårørende gjerne er sterke premissleverandører. Yashodaene holder posten ren og sørger for at den ikke overfylles av pårørende, hunder, katter, kuer og geiter.

Det er sterkt å se på kvinnene som ligger på de langt fra rene sengene med sine nyfødte barn ved siden av seg. Mange av disse kvinnene har aldri tidligere oppsøkt en helseinstitusjon, noen har kanskje aldri vært ute av landsbyen sin. Noen er av lav kaste og har store problemer med å innfinne seg med at de skal ligge i sengen mens Yashodaen som kanskje er av høyere kaste skal stelle henne. Yashodaen skal være kasteblind. Det er en utfordring for begge parter.

Mang en gang har jeg tatt meg i å ville kjøpe en bunke rene laken når jeg kommer på slike feltbesøk. Eller en pall med sterile hansker til erstatning for de godt brukte og lett skylte hanskene som henger til tørk i sola. Det koster nesten ingenting å kjøpe inn slike ting. Men rene laken holdes ikke rene av seg selv og om vi ikke får på plass en varig løsning, innenfor rammen av det offentlige helsevesenet, vil laknene igjen være skitne neste gang jeg kommer. Til høsten vil en løsning for rene hansker, laken og andre nødvendigheter være på plass, klar for uttesting. Jobben vår er å sette opp løsningen gjennom delstatens eget personell, helt fra innkjøp i stort på delstatsnivå til Yashodaene rer senga i Raisen og alle de andre sykehusene vi er inne på. Dersom det fungerer og økonomien er forsvarlig, kan delstaten enkelt skalere det til resten av distriktene, siden alle deler av prosessen allerede er institusjonalisert i delstaten selv. Det er en langsom prosess, men om den lykkes, vil utbyttet bli stort. Av de nyfødte som skrives ut av sykehusene våre i Madhya

På grunn av den store økningen i pågangen til fødeinstitusjonene er det rett og slett ikke nok trenet personale til å ta seg av mødre og barn etter fødsel.



Det er ikke bare mennesker som oppsøker fødeavdelingene i India. En del av arbeidsoppgavene til Yasdodaen er å holde dyr ute fra fødeavdelingen. (Foto: Tomas Nordheim Alme)

Pradesh har 99% mottatt oral poliovaksine og 93% har blitt ammet innen en time etter fødsel. Gjennomsnittet for de tre distriktene er i følge en kartlegging NIPI har fått utført henholdsvis 60% og 35%.

Yashodaintervensjonen har blitt usedvanlig godt mottatt av delstatene. Alle de fire delstatene som NIPI opererer i har enten begynt oppskalering av intervensjonen til hele delstaten, eller planlegger en slik oppskalering. Som fagpersoner hadde vi nok ønsket en grundigere vurdering av intervensjonen for å tilrå en slik oppskalering, ikke minst i forhold til skalerbarhet og kost/nytte, men politikere i India er ikke anderledes enn andre politikere. Når man ser noe øyet liker, settes det store maskineriet i gang.

OPPFØLGING I HJEMMET

Spedbarnsperioden begynner kanskje på sykehus, men den slutter ikke der, og tett oppfølging i den første tiden etter er sett som viktig både for mor og barn. Med en svært spredt bosetning, er det umulig å tilby slike tjenester gjennom ordinært helsepersonell. I forbindelse med innføringen av NRHM ble en ny kadre av grasrotarbeidere innført. ASHA står for Accredited Social Health Activist. ASHA betyr også håp på hindi. En kvinne fra hver landsby utnevnes til ASHA av landsbyrådet. Hun får en trening som består av flere moduler som

Yashodaene holder posten ren og sørger for at den ikke overfylles av pårørende, hunder, katter, kuer og geiter.

tilsammen går over 5 uker og får sin betaling gjennom insentiver utbetalt fra det offentlige for forskjellige definerte oppgaver hun utfører. Hovedsaklig er arbeidsoppgavene hennes forebyggende helsetiltak. Det har senere blitt klart at det trengs et større fokus på kunnskap om nyfødte og spedbarn dersom ASHA skal kunne bidra til nedgang i barnedødlighet. Flere programmer er under utprøving og India har også vedtatt å innføre Integrated Management of Newborn and Childhood Illnesses (IMNCI) over hele landet. Dette er et stort og komplekst program som har tatt svært lang tid å rulle ut. Etter fire år er kun noen titals distrikter (av over 600) mettet med trening. NIPI har fått mandat til å forsøke en litt annen tilnærmingsmåte, kalt Community and Home based Post Natal Care (PNC). I første omgang har man laget et kort opplæringsprogram som spenner over fem dager for ASHA. Det innbefatter elementær kunnskap om nyfødtstell inkludert amming, vaksinasjon og hygiene, samt kunnskap om faresignaler som indikerer sykt barn. Det er utviklet en sjekkliste i form av et kort som ASHAen fyller ut ved hvert besøk. Mor og barn besøkes fem ganger i løpet av den første måneden etter fødsel. Dersom ASHA identifiserer et sykt barn eller en syk mor, har hun fått henvisningsfond fra delstaten, finansiert av NIPI, som hun kan bruke til å betale transport for den syke. Når alle besøkene er kvittert for, leverer ASHA kortet til nærmeste sykestue og får utbetalt 200 rupees. I dag tjener en ASHA typisk mellom 1500 og 3000 rupees per måned i form av ulike insentiver fra det offentlige. Med ca to nyfødte per ASHA per måned vil det nye insentivet utgjøre en anseelig del av inntekten og den nybakte mor og hennes nyfødte får dermed fokus. NIPI ruller ut PNC intervensjonen i tre distrikter i hver av de fire fokusstatene. I perioden mai til august 2009 trenes 13 300 ASHAer som årlig vil betjene



Artikkelforfatteren dypt konsentrert i rituell lampetenning ved åpningen av første Training of trainers for Community and Homebased Post Natal Care i Sambalpur distrikt i Orissa. (Foto: Jan Haakon Olsson)

ca 450 000 barn. For en nordmann er dette store tall for et prøveprosjekt. God oppfølging og kontinuerlig fokus på kompetansehevning, samt god monitorering av aktivitet er helt avgjørende faktorer for at et slik prosjekt skal kunne lykkes.

BEDRE ORGANISERING

Et vesentlig trekk ved NRHM reformen var innføringen av kontraktsansatt personel i det offentlige helsesystemet. På alle nivå ble det ansatt administratorer som skulle bistå det tradisjonelle personelet i å drive den administrative delen av helsesystemet. I denne strukturen har NIPI fått mandat til å identifisere hull og flaskehalser. Som et prøveprosjekt har NIPI bevilget penger til noen distrikter for å ansette egne Child Health Managers på Distrikt (ca 1 mill innbyggere) og Blokk nivå (ca 1-200 000 innbyggere). Disse får spesielt ansvar for å koordinere planlegging og monitorering av vaksinering, og oppfølging av andre barnehelseintervensjoner slik som de NIPI har gående. En Child Health Manager har adminstrativ utdannelse på masternivå og ikke helsebakgrunn. I samarbeid med et av Indias ledende institutter for helseledelse, kurses de i folkehelse og barnehelseproblemstillinger såvel som offentlig budsjettering og planlegging, samt diplomatiske ferdigheter som kommer vel med når de skal fungere i et tungrodd og vanskelig påvirkbart helsesystem med mektige leger og embetsmenn. Formålet er å vise at man med en liten investering i adminstrativt personell kan øke investeringene i helsetjenester. Selv om NIPI finansierer dette forsøket er hele kadren ansatt innenfor NRHM systemet, på like lønnsvilkår som tilsvarende personell i systemet. NIPI møter derfor de samme utfordringene som de det offentlige helseapparatet møter med å beholde personell. Igjen er det fristende å øke lønningene, for NIPI ville det være snakk om lommerusk. Men om vi velger et lønnsnivå som trekker eksisterende personell i det samme systemet ut av jobbene sine, og et nivå som delstaten ikke kan opprettholde når NIPI en gang trekker seg ut, får vi kun en kortsiktig effekt. Angrepspunktet vårt er derfor personalhåndtering. Det ermye å hente på delstatsnivå i bedre personalpolitikk. Å lage systemer som sikrer at folk ønsker å bli i jobbene sine, vil bli avgjørende for skjebnen til det offentlige helsevesenet i India.

REALITY CHECK

På distriktssykehuset i Raisen ligger det en nokså nybakt mor med skjelvetokter under fire ullpledd i 38 varmegrader. Hun ser syk ut. Min lille delegasjon teller fem doktorer, og samtlige har en bekymret rynke i pannen. Hun gjør vanskelig rede for seg, virker omtåket. Kanskje har hun bare post partum skjelvinger.

Det blir et spørsmål om roller og det er ikke første gang jeg har gått fra en sykeseng med klump i halsen og tenkt at pasienten hadde fortjent annen behandling. Vi ser på hverandre. Denne kan vi ikke snu ryggen til.

Den lokale gynekologen mener det og ser ingen grunn til å undersøke henne da ”slike fattigkvinner likevel har det med å gjøre så stort nummer ut av ingenting”. Vi står ved senga. Den lille babyen hennes ligger sovende ved siden av moren. Moren er varm, pulsen er rask og svak. Noe fungerende laboratorie har ikke sykehuset, men etter litt akkedering får man da målt en temperatur som viser 40 grader. Blodtrykket er 85/60. Hun skal visstnok ikke ha blødd mye, men hun virker ikke frisk. Uhyggen brer seg i teamet mitt. Vanligvis griper vi aldri inn med mindre vi blir bedt om hjelp. Våre resultater er avhengig av godt samarbeid med sykehuset, det er alt for få av oss til at vi personlig kan ta ansvar for hvert enkelt barn eller hver mor. Det blir et spørsmål om roller og det er ikke første gang jeg har gått fra en sykeseng med klump i halsen og tenkt at pasienten hadde fortjent annen behandling. Vi ser på hverandre. Denne kan vi ikke snu ryggen til.

Adskillig overtalelse må til før legen går med på å undersøke pasienten. Etter en stund legges en intravenøs nål og moren får væske og antibiotika. Overlegen er synlig irritert, men nå har i alle fall kvinnen fått oppmerksomheten til legene. Vår lokale representant foreslår at vi skal gå og ta en kopp te sammen. Stemningen letter litt igjen og overlegen blomstrer når han forteller om den høye inntjeningen han har på å gjøre laparaskopiske steriliseringsoperasjoner. Også dette finnes det kontantinsentiver for i India. Angivelig gjør han mellom 8000 og 9000 slike i året, ved siden av jobben som administrator og overlege i gynekologi og anestesi. For meg illustrerer dette godt vanskene med prinsippet som ofte kalles P4P eller Payment for perfomance. Det er et kraftig virkemiddel, men det må brukes med vett om det skal ha effekt på folkehelsa. Det kan vel så gjerne bidra til å konkurrere ut et annet tiltak som har større folkehelseeffekt.

Etter te og kjeks setter vi oss i bilen. Den er brennende varm, men det er ikke grunnen til at jeg er rød i kinnene. Jeg er oppgitt og litt sint. Det blir ofte slik på disse besøkene. De har sykehus. De har leger. De har medisiner. De har syke pasienter som har oppsøkt dem for hjelp. De har til og med penger, dersom de kan klare å komme seg gjennom budsjettjungelen. Likevel mangler det mest elementære når det gjelder hygiene og kvalitet, uten at noen ser ut til å plages av det. Det tar mange år å snu den apatien som fikk slå rot etter at det offentlige helsevesenet lå nede i flere tiår og fremdeles ser det ut som om den eneste motivasjonsfaktoren er knyttet til personlig vinning. Likevel – det skjer positive ting, hver eneste dag. - Hvordan spiser man en elefant, spør jeg i det bilen settes i bevegelse og svinger ut av gårdsplassen. Ingen i teamet svarer, fordi de vet at jeg liker å svare på det selv.

- Mouthful by mouthful, sier jeg. Den forsåvidt gamle og tørre vitsen har blitt et slags rituale for meg for å takle alt det jeg ikke kan få gjort noe med – enda. Jeg titter ut bakvinduet og ser personalet på Raisen distriktsykehus labbe inn igjen på den trange, fuktige og langt fra rene fødeavdelingen. Jeg tenker på den nybakte moren som hadde alle tegn til infeksjon uten at noen tok seg bryet med å undersøke henne, fordi hun ikke var en person som betydde noe. Mouthful by mouthful, tenker jeg.

Til lykke med de første 50 år!

Norske Kvinners Sanitetsforening har arbeidet utrettelig for å bedre livsvilkårene for kvinner og barn. Pediatrisk Forskningsinstitutt har vært et "hjertebarn" og en viktig samarbeidspartner.

AV SØLVI LUNDGAARD, ORGANISASJONSLEDER NKS



Sølvi Lundgaard.

Norske Kvinners Sanitetsforning (NKS) sin innsats for å bedre folkehelsen og for å bedre livsvilkårene for kvinner og barn gjelder ikke bare vår store innsats for å utrydde folkesykdommene. Norske barneleger vil for eksempel vite at NKS gikk i front for helsestasjonstilbudet. Vi begynte med helsestasjoner allerede i 1914, og vi ga 615 helsestasjoner – over halvparten av alle norske helsestasjoner – vederlagsfritt til kommunene i 1972.

Sanitetskvinnene har alltid hatt hjerter som brenner for barna. Vi har drevet feriekolonier for barn i mange tiår, arbeidet med ernæring for barn, og har spilt en sentral rolle i utviklingen av tilbudet til barn som lider av revmatiske sykdommer. For ikke lenge siden la vi Min dag i dag til vår lange liste over tilbud for barn og unge. Min dag i dag skaper individuelle drømmedager til barn som har det vanskelig over tid, mange av dem alvorlig syke barn eller deres søsken.

For NKS er det derfor naturlig å engasjere seg i banebrytende forskning på kvinners og barns helse. Vi sier ofte at for oss er ikke selve forskningen et mål i seg selv – målet for oss er at resultatene av forskningen skal gi folk bedre liv. Det kan i høyeste grad sies om forskningen som finner sted ved Pediatrisk Forskningsinstitutt. Vi vet og vi ser at vanlige mennesker får bedre livskvalitet som en direkte følge av forskningen instituttet utfører.

Pediatrisk Forskningsinstitutt er et av våre "hjertebarn", som vi begynte å støtte økonomisk allerede tidlig på 1960-tallet. Sanitetskvinnene føler et sterkt eierforhold til instituttets forskning, og vi er stolte over å ha bidratt til spre informasjon om resultatene.

Selv om hele instituttet skal fremheves, har jeg lyst til å trekke frem vårt gode samarbeid med prof. dr. med. Ola Didrik Saugstad spesielt. Hans innsikt, engasjement og ikke minst hans vilje til å stille opp for NKS i små og store sammenhenger setter vi stor pris på.

På vegne av NKS og alle sanitetskvinner over hele landet vil jeg ønske Pediatrisk Forskningsinstitutt til lykke med sine første 50 år.

Pediatrisk Forsknings-institutt 50 år

I år feier Pediatrisk Forskningsinstitutt (PFI) sitt 50 års jubileum og det skal markeres med et seminar på barnelegeforeningens høstmøtet i Oslo i 21-23 oktober.

AV STEFAN KUTZSCHE, REDAKTØR PAIDOS



Ola Didrik Saugstad

Paidos møter professor Saugstad 24. juni på Rikshospitalet. Han kommer ned gangen og inviterer meg inn på kontoret sitt. Han har en travel arbeidsdag og under intervjuet blir vi stadig avbrutt av stipendiater som spør om de kan få snakke med ham etterpå.

"Det passer godt med et jubileum i oktober"

Det var professor Martin Seip som så de store mulighetene for pediatrisk forskning ved å bygge opp et eget forskningsinstitutt i umiddelbar nærhet til barneklinikken ved Rikshospitalet. Han hadde sett i USA at dette kunne fungere godt. I oktober 1959 startet instituttet opp med Sverre Halvorsen som leder fram til 1975. Den første doktoranden var Petter Johan Moe. I 1964 ble instituttet offisielt et universitetsinstitutt. Sverre O. Lie tok over som leder i 1975 frem til 1989. Fokus i forskningen de første årene var hematologi og barnekreft. Siden 1991 har instituttets leder vært professor Ola Didrik Saugstad, og et hovedfokus ble da effekten av oksygen på nyfødte. Den faglige bredden er imidlertid likevel stor, det arbeides interdisiplinært innen metabolisme, immunologi, barnekreft og altså oksygenets virkning på organsystemer hos nyfødte. Det forskes også på sammenhengen mellom kreft - DNA skader – og oksygen. PFI er i dag et av de mest produktive instituttene ved UiO, Totalt er det gått ut 60 doktorgrader siden det begynte i 1959. I de 18 årene Saugstad har vært leder er det gått ut 40 disputaser og 25 av doktorandene har han vært hovedveileder for selv.

"Det er ingen ting som har mer benefit for pasienter som forskning".

"Det å bygge et kunnskapsbasert forskningsmiljø innen pediatri gir høy gevinst for pasienter", sier Saugstad. Da PFI skulle flytte med Rikshospitalet til Gaustad ønsket han at PFI skulle fortsatt ligge vegg-i-vegg med barneklinikken og ikke i et eget forskningsbygg som noen ønsket. "Nærheten til klinikken har vært helt avgjørende for at vi har lykkes så godt", sier han

"Det er mange som kommer til PFI og ønsker å forske mot en doktorgrad og til nå er det ingen i min tid som ikke har klart det. Alle som "har banket på døren" har fått muligheten til å være med. Det er viktig å rekruttere doktorgrads studenter både direkte fra studiet og å motivere



Pediatrisk Forskningsinstitutt ved gamle Rikshospitalet. (Foto: Oslo Universitetssykehus, Rikshospitalet)

"Det å bygge et kunnskaps-basert forskningsmiljø innen pediatri gir høy gevinst for pasienter"

dem som allerede har en pediatrisk bakgrunn. Studenter fra forskerlinjen er blitt en ny gruppe, som kommer til å bli fremtidens forskere. Vi har for tiden fem forskerlinje studenter knyttet til PFI" sier Saugstad.

Instituttlederen er stolt over innsatsen og gjennomføringen av oksygenprosjektet. Det er lagt ned mer enn 20 års arbeid i dette feltet som har blitt en internasjonal suksess. Som følge av det er oksygenbruken for nyfødte i de fleste land i verden blitt dramatisk redusert. "Verden har snudd til lavere oksygenkonsentrasjoner ved nyfødtresuscitering. Oksygenmetningen til de for tidlig fødte er også blitt redusert kraftig de siste 5-10 årene.". Ifølge Saugstad vil dette kunne spare 100 000, kanskje opp mot 200 000, liv per år på verdensbasis. "Vi ser også at skadene på for tidlig fødte blir redusert på grunn av det lavere oksygenstresset" Slik sett er nok oksygenprosjektet ved PFI en av de mest vellykkete innen norsk medisin noen sinne.

Spørsmålet som fortsatt er åpent er "hvor mye oksygen skal vi gi til de aller minste som trenger gjenoppliving?" Med midler fra NIH i USA setter nå Saugstad sammen med en kollega fra USA og en fra Spania i gang en ny internasjonal studie for barn < 30 uker gestasjonsalder.

Europa

"Vi er en stor gruppe når vi reiser ut på kongresser, vi er et av de store miljøene i europeisk pediatri – Jeg sender ofte en takknemlig tanke til Martin Seip for at han var så fremsynt" sier Saugstad.

"Vi har klart å hevde oss med en betydelig vitenskaplig produksjon av publikasjoner i anerkjente internasjonale tidskrifter. Det er relativ små ressurser vi har i dag og derfor er det viktigere enn noen gang å samarbeide med andre land. PFI har i dag et godt samarbeid med ledende institusjoner i Skandinavia, andre europeiske land og USA."



Pediatrisk Forskningsinstitutt ved gamle Rikshospitalet. (Foto: Oslo Universitetssykehus, Rikshospitalet)

Systematisk forskning i behandling av den enkelte pasient.

"Behandling av barn må være forskningsbasert." understreker Saugstad. Pediatrien skal bygges på en kunnskapsbase skapt gjennom forskning med naturvitenskapelige metoder både innen basalforskning, kliniske studier og epidemiologi.

For å øke muligheten for kunnskapsoverføring fra forskning til innovasjon og ny pasientbehandling, bør man stimulere flerfaglig nettverkssamarbeid mellom gode forskergrupper. "Folk må reise ut – både til kongresser og for lengre opphold ved institusjoner i utlandet. Vi trenger å kommunisere med de ledende i feltet, og trenger å delta på kongresser" sier Saugstad og fortsetter: "Det skjer en rask utvikling i internasjonal pediatri. Dette skaper en utfordring også for norsk pediatri og hvordan skal vi klare å henge med i utviklingen og gjerne også være med på å prege den? Vi trenger gode diskusjoner om alt vi ikke kan og for å finne ut hvor utfordringene ligger. Vi har ikke råd til å ta pauser, vi må hele tiden være forskningsskolerte.

Det er en viktig oppgave å bringe inn en slik forståelse i norsk pediatri: Skråsikkerhet er farlig. Men man skal utfordre hverandre og ha ydmykhet for pasientene og faget. Det er også grunn til å minne om at personlig arbeidsinnsats er nødvendig for at man skal kunne følge med."

Hvordan går det med fremtidens forskning i pediatrien?

Fremtiden i pediatrisk forskning ligger bl.a. i nær tilknytning mellom molekylær biologi, genetikk, basal forskning og klinikk. En av de viktigste oppgavene for pediatrien blir å forebygge sykdom i voksen alder. Forskningen i dag er marginalisert, finansieringen er sårbar. "Helse SØ sier de satser på forskningen, men til nå har vi ikke sett så mye til det. Vi trenger midler, for å sikre topp kvalitet og kvantitet i forskning og klinikk". Pediatrien og pediatrisk forskning er i rask vekst og utvikling. Jeg mener at de akademiske kvalifikasjonene i norsk pediatri må heves. Derfor må den formelle anerkjennelsen av forskningen heves. Forskningsbakgrunn som en doktorgrad skal belønnes ved tilsetninger i kliniske stillinger fordi det gir en tydelig kompetanseheving i forhold til den enkelte pasient". Saugstad ser derfor en stor oppgave i å fremme forskningen i barnemiljøene også i fremtiden. PFIs´ jubileum er en slik markering.

"Vi har klart å hevde oss med en betydelig vitenskaplig produksjon av publikasjoner i anerkjente internasjonale tidskrifter"

Pediaterdagene

21-23 Oktober 2009

(inkludert Pediatrisk forskningsinstitutts 50 års jubileum)

Sted: Store Auditorium, Rikshospitalet

Foreløpig Program

Onsdag 21/10

13.00 - 15.00 **Forkurs for assistentleger, Leversykdommer**
Truls Sannengen, Anniken B Østensen, Runar Almås

15.00 - 18.00 **Subgruppemøter**

19.30 **Pediatrisk Forskningsinstitutts 50 års jubileumsmiddag Sjømannskolen**

Torsdag 22/10

PFI's 50 års Jubileums seminar

08.45 **OPENING**
- Thor Willy Ruud Hansen, NBF
- Terje Rootwelt, Rikshospitalet
- Dekanus Finn Wisløff/ Divisjonsdirektør Frode Vartdal

09.00 - 09.30 **50 years of Pediatric Research** I Ola Didrik Saugstad, PFI
Chairperson: Terje Rootwelt

09.30 – 10.45 **SCREENING** Chairperson: Terje Rootwelt
Inborn errors of metabolism and screening in the newborn period I Rodney Politt (England)
Newborn screening in Norway I Rolf D. Pettersen, PFI
Why diet in autism? I Karl L Reichelt PFI

10.45 - 11.15 **Kaffe/te/frukt**

11.15 - 13.00 **OXYGEN** Chairperson: Berit H. Munkeby
Oxygen in newborn care I Colin Morley, Melbourne/Cambridge
Toxic effects of oxygen in newborn resuscitation I Rønnaug Solberg, forskningsstipendiat/overlege PFI/VSS
Oxygen and DNA damage I Yngve Sejersted , forskningsstipendiat, PFI
Alternative approaches to newborn resuscitation I Anne Lee Solevåg , forskningsstipendiat PFI/AHUS
Reoxygenation assessed by MRI and ultrasound I Charlotte de Lange, overlege/forskninsstipendiat PFI

13.00 - 14.00 **Lunsj**

14.00 - 15.00 **BILIRUBIN** Chhairperson: Thor Willy Ruud Hansen
New Trends in Bilirubin Research I John Watchko (USA)
Modulation of bilirubin neurotoxicity - is oxidation protective?" I Maria Lerberg, Studentstipendiat, PFI

15.00 - 15.15 **Pause**

15.15 – 16.15 **IMMUNOLOGY - Cancer** Chairperson: Tore G. Abrahamsen
Bone marrow transplantation in children I Wilhelm Friedrich (Germany)
Do cancer cells live forever? I Dina Aresvik, studentstipendiat, PFI

16.15 - 17.00 **The BRAIN** Chairperson: Ola Didrik Saugstad
The future brain I Hugo Lagercrantz, Stockholm

19.00 **Middag i den Norske Opera**

Fredag 23/10



09.00 - 09.30	**22 q11 delesjonssyndrom I** Torstein Øverland, Rikshospitalet
09.30 - 10.45	**Frie foredrag 5 a 15 min**
10.45 - 11.15	**Pause**
11.15 - 11.45	**Barne og ungdomspsykiatrien inn mot pediatrien I** Trond Diseth, Rikshospitalet
11.45 - 12.45	**Styrets time /generalforsamling**
12.45 - 13.45	**Lunsj**
13.45 - 15.00	**Frie Foredrag 5 a 15 min**
15.00 - 15.45	**HPV vaksinen I** Hanne Nøkleby, Folkehelseinstituttet, Sissel Rogne Bioteknologinemda
15.45 - 16.15	**Nye teknikker i behandlingen av barn med medfødt hjertesykdom I** Erik Thaulow, Rikshospitalet
16.15	**Priser- Avslutning**

Programmet er godkjent av Legeforeningen, forkurset tellende med 3 timer og selve hovedkurset med 17 timer som valgfritt kurs for leger under spesialisering i pediatri og for spesialistenes etterutdanning.

Gjesteforelesere - Pediatrisk Forskningsinstituttets 50 års jubileum

AV STEFAN KUTZSCHE, REDAKTØR PAIDOS

Prof. Rodney Pollitt er professor ved Division of Child Health, University of Sheffield, og consultant in neonatal screening, Sheffield Children's Hospital. Han er nasjonal koordinator for UK Cystic Fibrosis Screening Program. I mer enn 30 år har prof. Pollitt arbeidet med nyfødtscreening lokalt og nasjonalt. Han er i dag en internasjonal kapasitet på dette området. Prof. Pollitt har bl.a. skrevet rapporten "Neonatal screening for inborn errors of metabolism: cost, yield and outcome: a review". Denne rapporten er brukt som rammedokument for evaluering av nye og eksisterende screening programmer i mange land. I sin presentasjon vil prof. Pollitt ta opp diskusjonen om utvidet nyfødtscreening som forhåpentligvis kommer til i Norge om 1-2 år.

Prof. Colin Morley Arbeidet i mange år i Cambridge som en ledende surfaktantforsker. I 1998 ble han professor i neonatology ved Universitetet i Melbourne og ved Royal Women ` s Hospital og The Royal Children's Hospital, Melbourne. Her bygget han opp en internasjonal anerkjent forskning vedrørende gjenoppliving og oksygenering av nyfødte. Han har ledet flere internasjonale studier, blant annet COIN studien. I 2008 ble han pensjonist og er nå tilbake i Storbritannia. Han vil gi en oversikt om oksygenbehandling av nyfødte.

Prof. Jon Watchko kommer fra Department of Pediatrics, Division of Newborn Medicine, University of Pittsburgh School of Medicine. Han har forsket på hyperbilirubinemi og nevrotoksisitet. Han har i mange år hatt samarbeid med bilirubinforskningen ved PFI. Han foreleser om nye trender i bilirubin forskningen.

Prof. Wilhelm Friedrich fra Department of Paediatrics, University Hospital Ulm, Ulm, er en internasjonal kapasitet i immunologi og spesielt vedrørende benmargstransplantasjoner hos barn. Han forelesning vil nettopp være om benmargtransplantasjoner hos barn.

Prof. Hugo Lagercrantz er professor i pediatri ved Karolinska Institutet. Han arbeider ved Astrid Lindgrens barnsjukhus, neonatalavdelning. Prof. Lagercrantz har en bred forskerbakgrunn, og er en av verdens ledende nyfødtmedisinere. Han har blant annet arbeidet med hjernens utvikling og forsket på plutselig spedbarnsdød. Han vil avslutte jubileumsprogrammet med en forelesning om "The future brain".

Legemiddelreklame,
ikke tilgjengelig i
netterversjon.

Nettredaktøren