



Foto: Samfoto a.s

Sverre O. Lie

Dosent, spesiallege, dr. med., formann i Norsk pediatrik selskap og i utdannelsesutvalget i pediatri ved Universitetet i Oslo

– Tror du at Barneåret i FN's regi har noen gjennomslagskraft? Kommer det til å skje noe i løpet av de nærmeste årene, med bakgrunn i Barneåret?

– Det kan bare fremtiden vise. At vi har et barneår er en politisk beslutning, og jeg vet – og kan til dels forstå – at enkelte fylles med skepsis. Årsaken er selvsagt at politiske slagord ofte blir hule banaliteter uten konsekvenser. Hvem husker ikke parolen fra Matvarekonferansen i Roma i 1974: «Ingen barn sultne til sengs i 1980.» Absurditeter som dette virker mot sin hensikt. Mange spør seg vel også om Barneåret har en slags gisselfunksjon, hvor man ved å flikke litt på eksisterende problemer, kun oppnår kosmetiske effekter uten å rokke ved grunnproblemer.

Personlig har jeg et mer pragmatisk syn på dette. La oss ikke glemme at hovedhensikten har vært å sette søkelyset på barn i den 3. verden. 80 000 barn dør hver dag av sult og underernæring og sykdommer relatert til fattigdom. Det er den bitre realitet at hvis våre barnebarns barnebarn skal oppleve dagens lys, må dette problem løses. Dette krever informasjon og solidaritet, og her tror jeg vel at Barneåret har hatt en viss funksjon, selv om de basale løsninger krever annen medisin.

– Dette er jeg enig i, men uten å underkjenne dette fundamentale faktum, tror jeg at vi i dette intervju skal konsentrere oss om hjemlige forhold. Tror du at Barneåret har noen funksjon i Norge?

– Igjen er jeg pragmatisk, og tror at noe er oppnådd. Er forventningene altfor store, må man imidlertid bli skuffet. En gledelig konsekvens av Barneåret er at et flertall av landets kommuner har fått politiske organer, Barneårskomi-

téer, som har som oppgave å identifisere spesielle problemer som barn strir med i den aktuelle kommune. Det er å håpe at disse Barneårskomiteene vil fortsette som permanente organer, og da har vi i hvert fall fått en politisk inngangsdør. Jeg føler at hovedutfordringen på mange måter ligger hos oss. Vi må konstatere at barns oppvekstvilkår er et resultat av politiske beslutninger, og det er kun når politikere får skikkelig og grundig informasjon at de kan treffe beslutninger som ivaretar disse basale behov. Hvis vi kan få overbevist våre politiske myndigheter om hva som er barns behov, tror jeg dette vil ha gjennomslagskraft i dagens samfunn.

– Dette gir et rimelig utgangspunkt for neste spørsmål: Hvordan har barn det i Norge i dag?

– Alle vet at den somatiske helsen er bedre enn noen gang i vår historie. Spedbarndødeligheten har i løpet av de siste 40 år falt fra 40 til 10 dødsfall pr. 1 000 levende fødte barn. Dødfødselsfrekvensen har falt fra 22,6 til 7,3 pr. 1 000 fødsler i samme tidsrom. Vi nærmer oss grensen for det biologisk mulige. Senere i barnealderen er også dødeligheten svært lav. I 1976 døde knapt 350 av 1,1 millioner barn i alderen 1–14 år. Dødelighetsstatistikk sier derfor lite om barns helse i Norge i dag.

– Da har du vel ikke tenkt på ulykker?

– Nei, det er klart at ulykker er den største trusel mot barns fysiske helse i dag. I det nevnte år 1976 døde 153 barn i ulykker, med trafikkulykker og drukningsulykker som hovedårsakene. Dette er tall som selvsagt kun gir oss toppen av et isfjell. WHO regner med at for hvert barn som dør i trafikkulykker f.eks., blir ett varig invalidisert, 10

trenger lengre sykehusopphold for betydelige skader, og 100 barn får mindre skader. Da kan man jo fort regne seg til hvor mange som rammes av ulykker pr. år. Sten Høyér har i den undersøkelsen som publiseres i dette nummer av «Tidsskriftet» analysert forholdene i Vestfold, og finner at 7 pr. 100 barn trenger sykehusbehandling for ulykker hvert år. Internasjonalt ligger vi svært dårlig an på ulykkesstatistikken i barnealderen, og her har vi mange arbeidsoppgaver.

– Nå har du snakket om dødelighet, hva med barns sykkelighet?

– Et skikkelig svar vil kreve en lærebok. Det er fristende bare å trekke frem et par aspekter som er nye og svært viktige: Forutsetningen for en god helse er en god start, det betyr en normal vekst og utvikling intrauterint. Da jeg var student, lærte vi om The fetal parasite concept, som innebar at fosteret hadde en særdeles beskyttet tilværelse, og utviklet seg temmelig uavhengig av morens situasjon. Jeg husker til og med at vi fikk presentert bilder av velskapte nyfødte, som var født av utsultede mødre i konsentrasjonsleirene under krigen. I dag vet vi at dette begrep er helt galt, dels farlig, og må fjernes fra vårt vokabular for alltid. Fosterets situasjon er i høyeste grad avhengig av morens livsbetingelser. I global sammenheng ser vi underernæring og sykdom som den største trusel mot normal intrauterin vekst og utvikling. WHO har tatt konsekvensen av dette, og vurderer faktisk helsesituasjonen i et land ut fra den andel barn som fødes med fødselsvekt under 2 500 g. Denne andel har hos oss ligget temmelig konstant rundt 5%, og premature utgjør den største gruppen. I India har nesten

halvparten av alle nyfødte fødselsvekt under 2 500 g. Dette skyldes ikke prematuritet, og har heller ikke genetisk forklaring. Det er rett og slett et uttrykk for sykdom og underernæring hos moren. Det er ikke overraskende at det pågår en intens forskning for å klargjøre hvilke konsekvenser en intrauterin underernæring har for barnets senere vekst og utvikling.

- Dette er en nokså ny erkjennelse, men har denne indikator noen mening hos oss?

- Faktisk har den det. Det er ikke bare underernæring som skader fosterets utvikling. Vi vet om en rekke toksiske påvirkninger som har samme effekt. Storrøking vet vi reduserer gjennomsnittlig vekt av det nyfødte barn med 300 g. Den perinatale mortalitet er også betydelig høyere blant barn av mødre som er storrøkere. Et nytt og virkelig skremmende problem er alkoholisme hos mødre. Vi vet at dette er et økende problem hos oss, men det er først i dette tiår vi virkelig har fått dette problemkomplekset avslørt i sin nakne gru. De mest relevante studier for oss kommer fra Göteborg, hvor man har gjort både retrospektive og prospektive studier. De alkoholskadede barn har visse karakteristiske trekk som gjør at man kan kjenne dem igjen på en helsestasjon. De fødes gjerne små, og har et karakteristisk utseende med hypoplasi av midtansiktet, bred neserot, ofte ptose og karpemunn. I første leveår er det meget typisk at vekstutviklingen er dårlig, slik at de stadig faller av fra sin percentil mens lengdeutviklingen ofte er normal. Hodeomkretsen er liten, og mange av barna er mentalt retarderte. Misdannelser forekommer også hyppig.

- Er alkoholmisbruk da så utbredt at dette virkelig slår ut på våre helsestatistikker?

- Det ser ut til det. I den nevnte Göteborg-undersøkelsen har man konkludert med at 10-15% av alle barn med IQ mellom 50 og 70 er skadet av alkohol intrauterint. Videre regner man med at hvert sjette tilfelle av cerebral parese har den samme årsak. Disse tallene gir i sannhet grunnlag for å slå på den virkelig store stortrommen. Mest skremmende er det jo fordi det ser ut til at kvinnelig alkoholisme øker raskere enn den mannlige. Tidligere var det tabu for kvinnene å drikke, og det er fristende å tenke at smertelig erfaring hadde vist at ukontrollert inntak hos kvinnen skadet avkommet. Som vi vet er de biologiske prinsipper for å beskytte avkom meget sterke. Tidligere var det tøft for guttene å drikke, og flaut for jentene. Denne forskjell er nå

utvisket. For igjen å sitere fra Göteborg: Blant 16-åringer har 12% av guttene og 7% av jentene et årlig inntak av alkohol på over 10 liter ren sprit. Når vi vet at antallet alkoholikere i alle befolkningsgrupper er relatert til det totale forbruk, har vi virkelig noe å frykte.

- Har vi så noen mulighet for å identifisere gravide kvinner som misbruker alkohol?

- Erfaringen viser at dette kan være meget vanskelig. Kvinner skjuler sitt alkoholbruk enda mer effektivt enn menn, og erfaringen fra Göteborg viser at sikre alkoholskadede barn ble født av mødre hvor man var helt uforberedt på misbruk, men hvor dette senere ble bekreftet.

- Hvor mye alkohol trengs for å skade fosteret?

- Det er det jevnlige daglige inntak som er skadelig, og det har vært vanlig å operere med 30-50 cl ren alkohol pr. dag som sikkert skadelig for fosteret. Om man skulle havne i en rangel en sjelden gang under svangerskapet, ser ikke dette ut til å ha sikre uheldige virkninger på fosteret. Det er også fremdeles et åpent spørsmål om man har en terskelverdi, dvs. om små inntak også skader. Vi skal vokte oss vel for å bli hysteriske i vårt engasjement overfor dette problem, og konsentrere oss i hvert fall i første omgang om det store misbruket. Det er bedrøvelig å konstatere at så mange barn fødes skadet som et resultat av de gifter som er nevnt.

- Du har brukt mye intervju plass på dette?

- Jeg har det! Årsaken er selvsagt at den helt sentrale forutsetning for senere fysisk og psykisk helse er normal vekst og utvikling intrauterint. Vi har ennå store, konkrete arbeidsoppgaver her.

- Men kan du ikke nå kort skissere de helseproblemer barn presenterer i Norge i dag?

- Ser vi på barns behov for legekontakter, dominerer selvsagt de banale lidelser. Ulike praksisundersøkelser har vist at vel 60-70% av barn som søker den primære helsetjeneste, har øvre luftveisinfeksjoner. Helseundersøkelsen av 1975 og flere praksisundersøkelser, bl.a. Finn Nilssons analyse av sin praksis som presenteres i dette nummer av «Tidsskriftet», viser at barn har behov for legehjelp 1-2 ganger pr. år. Dette betyr mellom 1,5 og 2 millioner konsultasjoner pr. år. Som barnelege er det imidlertid de kroniske sykdommer og funksjonshemninger som opptar meg mest. Grovt regnet rammes vel 5% av alle årskull av invalidiserende sykdom eller handicap. 2,5% av alle årskull har medfødte misdannelser, som i dag heldigvis registreres meget omhyg-



Foto: Petter Berg

gelig gjennom vårt medisinske fødselsregister. 5% av barna har alvorlig psykisk utviklingshemning mens 15% har lettere retardasjon. De kroniske sykdommer rommer mange diagnoser. Det er her nok å nevne store grupper som diabetikere, epileptikere, barn som lider av cerebral parese, astma/ allergi, ondartede sykdommer etc. Disse barn har et stort behov for en helsetjeneste som langt fra kan sies å fungere optimalt i dag. Vi må alle streve mer for å innfri de nøkkelbehov - som tilgjengelighet, kontinuitet, tillit og trygghet - som disse barna har krav på.

- Et begrep som jeg stadig ser omtalt i litteraturen, er den såkalte «nye sykkelighet» blant barn. Hva er egentlig det?

- Nye tider, nye problemer. Det er ingen tvil om at industrialisering, urbanisering og sosial utvikling generelt innen vårt samfunn har hatt sine uheldige sider for barns oppvekstvilkår. Jeg vil ikke tilhøre dem som glorifiserer gamle dager og idylliserer bildet av storfamilien med den trygghet, nærhet og følelse av mening som skulle karakterisere denne. «Gamle dager» hadde i sannhet også negative sider, med stor nød, fattigdom og sykdom. Vi har nye problemer i dag. Familiestrukturen er i ferd med å oppløses. Skilsmissemekanismen øker stadig, folk flytter meget mer enn tidligere, og vi har det alle mer og mer travelt. Barna blir objekter som skal oppbevares i ulike typer institusjoner. I Oslo f.eks., flytter hvert barn under 6 år gjennomsnittlig hvert annet år. Dette var kanskje ikke så skadelig tidligere hvor man hadde en stabil hjemmeperson. Men det mangler jo mange av dagens barn. Det er vanskelig å forske på disse tingene. Hva betyr f.eks. en skilsmisse for et barn? Bare i USA vet vi at 1,2 millioner barn rammes årlig av skilsmisse. Men hva er best for et barn? Å vokse opp i et hjem hvor foreldrene er som hund og katt, eller hos en enslig mor eller far? Mangel på tid er sannsynligvis vår største svikt overfor våre

barn. Jeg synes det er tankevekkende å betrakte tid som en ressurs. Den kan brukes og misbrukes. Barn krever tid, og det å ha spedbarn er en heldøgnsbeskjeftigelse. Ingen institusjon kan fungere som en mor eller far i nær, kontinuerlig kjærlig kontakt med barnet. Neurofysiologiske undersøkelser har også bekreftet at et stabilt og kjærlig stimulerende ytre miljø i høyeste grad påvirker anatomisk registrerbare utviklingsprosesser i hjernen. Vi beveger oss her i et område som er vanskelig tilgjengelig for forskning, men hvor samtidig objektiv forskning uten fordommer er så uhyggelig nødvendig. Ofte synes jeg at vi lever i et samfunn som er i ferd med å gjennomføre et gigantisk eksperiment, hvor vi ikke til fulle kjenner konsekvensene av det vi gjør for våre barn.

- Jeg gjentar mitt spørsmål: Hva er så den nye sykelighet?

- Den nye sykelighet er resultatet av den tomme livssituasjon enkelte barn befinner seg i - og som er karakterisert ved en mangel på det vi kan definere som basale behov. Optimal utvikling forutsetter et kjærlig stimulerende miljø, kontinuitet og følelse av mening (blant annet!). Ofte får barna mye penger og materiell luksus som en billig erstatning. Resultatene ser vi i adferdsforstyrrelser i form av hyperaktivitet eller innadvendt depresjon, lærevansker, psykosomatiske plager som hodepine, mavesmerter etc., aggressiv og destruktiv adferd, og senere i ungdomsårene misbruk av alkohol og narkotiske midler. Det er vanskelig å tallfeste størrelsen av dette problem, men interesserte lesere bør studere artikkelen fra Arvid Aarstad i dette nummer av «Tidsskriftet», hvor han finner at 25 % av alle barn som søkte hans spesialistpraksis i Larvik, frembød tegn på psykososial nød.

- Som skolelege opplever jeg mange av de problemene du her skisserer, og vet også hvor håpløst vanskelig det er å hjelpe. Kan helsetjenesten påta seg de enorme oppgavene som du her har antydnet konturene av?

- Du avslører med ditt spørsmål en avmaktfølelse som du i sannhet ikke er alene om. Jeg vet også om mange kolleger som åpent hevder at vi får holde oss ved vår lest. Sosial nød er et arbeidsbeite for andre faggrupper. Jeg deler ikke den holdning, selv om jeg tror det er særdeles nødvendig at vi erkjenner grensene for vår kompetanse. Vi må beholde bakkekontakten - og vite når vi uttrykker oss som samfunnsborgere med politiske meninger, og når vi opptrer som fagpersoner. Jeg tror imidlertid at vi som fagmennesker har mye å

tilby, og at vi i hvert fall er en faggruppe som mer enn noen skulle være i stand til å diagnostisere de problemer samfunnsutviklingen skaper. Hvis folk har det vondt, enten det nå er i sjel eller kropp, så er det fremdeles legen de søker. Barn er ingen unntagelse. De somatiserer angst og depresjon like mye som voksne. I tillegg brukes ofte barna i foreldrenes problemer, og vi opplever ikke sjelden at barn som til stadighet blir bragt til legen for mer eller mindre trivielle symptomer, er symptombærere for en familie i nød.

- Hva skal vi gjøre med dette, da?

- Personlig tror jeg at vi som faggruppe har mer å tilby i profylaksen enn i terapien. Det engelske uttrykket Promoters of Health liker jeg godt. Her kan vi nettopp bevare bakkekontakten og likevel gjøre viktige ting. Et par eksempler: Tidlig mor/barnkontakt på fødeavdelingen har vist seg i utallige undersøkelser å ha betydning for senere mor/barnkontakt. Vi har vært gjennom en fase hvor det å føde er en kirurgisk prosess hvor mor og barn oppfattes som pasienter. Dette er heldigvis nå historie, og menneskelige verdier blir lagt langt større vekt på i dag enn tidligere. «Rooming-in» er et godt bevis på dette. Samtidig ødelegger vi noe av denne mulighet ved Crédéprofylaksen. Alle barn skal etter norsk lov dryppes med lapis - en handling som ingen voksne frivillig ville gått med på. Det er uhyre smertefullt, fører til en konjunktivitt, og ødelegger blikkontakt i en periode hvor kontakten nettopp skal etableres. Vi har nettopp vært gjennom dette selv. Min kone fødte etter moderne prinsipper med barnet på magen etter fødselen, ro og fred rundt foreldrene de første timene og virkelig fin kontakt med det nyfødte barn, syntes vi. Så kom flasken med lapis, og tre timers fred ble avløst av tre timers kontinuerlig skrik. I de to påfølgende døgn var øynene hovne, og lot seg ikke åpne, hverken av barnet selv eller av oss. Når vi vet at Crédéprofylaksen er forlatt i England for 12 år siden, og sannsynligvis har høyst tvilsom verdi også hos oss, er det på høy tid at vi ser på såkalte banaliteter som dette med nye øyne.

Svangerskap og fødsel er i det hele tatt et utmerket utgangspunkt for råd og veiledning til motiverte unge mennesker. Vi vet at for mange unge mennesker er det å få et barn en av de største omveltninger i deres liv, og de lærer intet om dette. I hvert fall ikke på skolen, og sannsynligvis heller ikke senere. Problemer som uvegerlig melder seg som: spisevansker, gulping, problemer med avføring, søvnproblemer, våke-

netter etc. kommer ofte helt uventet. Vi kan oppnå mye ved å innføre kurs i det å bli foreldre ved alle våre helsestasjoner. Den verden av problemer de unge går inn i, må diskuteres på forhånd og ikke oppleves som katastrofe med tilhørende insuffisiensfølelse og angst etterpå. Kanskje kunne vi - om ikke annet - fortelle de unge hvor fantastisk tidkrevende et lite barn er. Man skal ikke tro man skal greie så mye ved siden av.

- Du tror altså på helsestasjonene?

- I sannhet gjør jeg det. For svært mange unge foreldre tror jeg de tjener som et fast ankerfeste hvor de kan drøfte alle sine problemer. Den somatiske kontroll som foregår, har vel ikke lenger så stor betydning - selv om det er nødvendig at også den skjer på en faglig adekvat måte. Over 90 % av tiden går ofte med til mentalhygienisk arbeid, hvor helsesøsteren og legen sammen står for det faglige ansvar. Jeg ser på helsesøstre som en helt uerstattelig ressurs i dette arbeid, og det er bedrøvelig at de er mangelvare nettopp i vårt samfunn. Helsestasjonen er alltid i støpeskjeen, hevdes det, og det må vel så være. Vår forening har nylig tatt initiativ til å få dannet en tverrfaglig gruppe for helsestasjonsarbeid, med utpekte representanter fra alle yrkesgrupper som i dag arbeider i denne sektor. Jeg tror helsestasjonsarbeidet vil utvikle seg sterkt i årene fremover, og at de som er engasjert i dette har helt sentrale og viktige oppgaver, er hevet over enhver tvil.

- Vi får vende tilbake til de store linjer: Jeg er kjent med at Norsk pediatrik selskap de siste årene har arbeidet med en generalplan for faget, og det faller naturlig å spørre om hvilket ambisjonsnivå dere legger dere på, tatt i betraktning de problemer som vi glimtvis har fått presentert tidligere i dette intervjuet?

- Det er riktig at vi har arbeidet med vårt fags plass i helsetjenesten for barn de senere år. I oktober 1978 arrangerte vi et seminar på Larkollen, hvor over 100 leger fra almenpraksis, offentlig legevirksomhet, barnepsykiatri og pediatri var representert. Vi hadde en nyttig diskusjon, synes jeg, og gruppeporter fra dette møtet ble sirkulert til alle medlemmene. Senere har vi så hatt et utvalg som har ført i pennen et forslag til generalplan for pediatri som skal behandles på vårt årsmøte 1. desember. Jeg vet ikke hva som vil bli besluttet, men jeg kan jo kort skissere hva vi i generalplanutvalget har gått inn for. For det første et par ord om våre barneavdelinger. Vi er godt rustet i Norge. Med planlagte avdelinger inkludert har vi ca. 950 barnemedisinske senger, og

dette er tilstrekkelig. Arbeidspresset på disse avdelinger kan være stort, med svær spredning i arbeidsoppgavene fra den lille premature i respirator til det kronisk syke barn med massiv psykososial problematikk. Det er mye som kan forbedres innen våre avdelinger – men jeg tror jeg vil prioritere å omtale det vi i generalplanen har kalt områdepediatri. Dette er i og for seg ikke nye oppgaver, men vi har forsøkt å definere helsetjenesten for barn generelt – og vår plass som barneleger spesielt. Alle spesialiteter må jo svare på de 2 grunnspørsmål: Hva er våre oppgaver? – Og når svaret på det blir gitt: Hvor mange skal vi være? For det første anser vi det rimelig og riktig at den primære helse-tjeneste også inkluderer barn. Med 1,5 til 2 millioner konsultasjoner i året mener vi det er urealistisk og uriktig at alle barn skal til barnelege. Hvis familielegene skal fungere etter intensjonen, må også barna inkluderes i deres aktivitet. Dette forutsetter at utdannelsen i pediatri styrkes både på grunnplanet og på videre- og etterutdanningsplanet. Det stilles også krav til barneavdelinger som må åpne sine dører for almenpraktikere som ønsker å styrke sin kunnskap om barns problemer. Modellen forutsetter at almenpraksis innfrir de krav den stiller til seg selv, men vi innrømmer også vårt eget ansvar for at dette skal lykkes. Den røde tråd som går gjennom hele generalplanen, er at samarbeid mellom almenpraksis og pediatri må styrkes. Vi mener at alle barn i Norge bør gjennom sin almenpraktiker ha rask adgang til pediatriisk service. Det forutsetter en betydelig styrking av den utadvendte virksomhet ved våre barneavdelinger, og det forutsetter også at lokalsykehus i områder hvor det er langt til nærmeste barneavdeling, får ansatt spesiallege i pediatri. Jeg kan jo kort skissere enkelte oppgaver fra generalplanen som belyser begrepet områdepediatri:

Rådgivende virksomhet i primærhelsetjenesten (primærleger, helsestasjonspersonell) og motta barn etter henvisning fra denne.

Oppsøkende arbeid ved fødeavdelinger, institusjoner og andre avdelinger der det er barn. Dette vil nok kreve en del reisevirksomhet, men vil medføre gjensidig utbytte og stimulering.

Engasjement i forebyggende arbeid. Dette betyr ikke at legene ved barneavdelingene eller spesialleger skal drive helsestasjonene selv, men at de påtar seg et ansvar for den faglige kvalitet for helsestasjonene i området.

Funksjonshemmede og kronisk syke barn. Dette er et problem som kan løses bedre. Barna og familiene har store og

ressurskrevende behov. Vi håper å få opprettet habiliteringsenheter innen barnesentrets/barneavdelingens område. Enheten vil få det medisinske, psykologisk/pedagogiske ansvar for habilitering og omsorg av funksjonshemmede barn. Enheten må ha muligheter for observasjon av pasientene og deres familie, drive medisinsk og funksjonell utviklingsdiagnostikk samt ta hånd om foreldrenes og familiens behov omkring det å ha et funksjonshemmet barn. Dette krever selvsagt et tverrfaglig samarbeid som må utvikles. Enheten må også stå i nær kontakt med primærlegen slik at barnet kan integreres i sitt lokale miljø så langt råd er.

– Hvor vil du plassere den privatpraktiserende spesialist i den modell du nå skisserer?

– Vi har diskutert dette mye – og det er klart at vi nok har ulike syn på dette i vår forening. Jeg kan kun snakke for meg selv. Privatpraktiserende spesialister har utført banebrytende arbeid mange steder i Norge. Utviklingen i helsetjenesten generelt, og i pediatrien spesielt – har imidlertid ført til at dette behovet har minsket. I større byer og tettsteder vil det nok fremdeles være behov for privatpraktiserende spesialister.

Personlig ville jeg se det som svært rimelig at disse spesialister kommer inn i et samarbeid med almenpraksis og barneavdelingen i fylket om noen av de arbeidsoppgavene som ligger i områdepediatri.

– Dette ser jo pent ut på papiret. Har du noen tro på at dette vil gå?

– Det er viktig å være realistisk, men samtidig må man også bevare idealismen. Jeg tror dette er den riktige modell, og bare fremtiden kan vise om vi får det til. Mange steder er slike aktiviteter allerede i gang, og det virker som om det fungerer godt. Det kreves en viss utbygging av pediatrien, men samtidig ligger det i modellen at vi også definerer et tak på vår egen størrelse. I generalplanutvalget har vi beregnet at ca. 400 stillinger i pediatriisk virksomhet skulle være tilstrekkelig for å dekke våre oppgaver. Vi har da beregnet 1 barnelege pr. 10 000 barn for å dekke det vi kaller områdepediatri. Ser vi på almenpraktikerens krav om 1 lege pr. 1 700 innbyggere, og vi regner 25 % av befolkningen som barn, vil altså dette bety at vi har én barnelege i områdefunksjon pr. 24 almenpraktiserende leger. Jeg mener dette bør være et realistisk mål som ikke skulle møte motstand fra noen, og i hvert fall var mitt inntrykk fra Larkollen at en slik modell også vil få støtte fra leger i almenpraksis.

– Hvis dere definerer et tak som du sier, betyr vel også dette at dere må kontrollere tilgangen på spesialister?

– Det er helt riktig, og jeg synes det er et stort ansvar som pålegges dem som tar beslutninger i pediatri. Vi kan ikke bare åpne faget for spesialistutdannelse uten at vi samtidig har en meningsfylt oppgave for dem som fullfører sin spesialistutdannelse. Dette er et dilemma mange spesialiteter sliter med. Jeg synes på mange måter det er skremmende å konstatere at vi har en netto tilgang på leger i Norge på 300 pr. år som alle har krav på en meningsfylt arbeidsplass.

– Generalplaner er alltid farlige, og kan teoretisk også brukes *mot* faget. Kommenter?

– Dette er jeg pinlig klar over, og generalplanutvalget har derfor også et eget kapittel med overskrift: Reservasjoner. Generalplanen bygger på den situasjonen vi står i i dag. Det er klart at nye tider skaper nye problemer. Utviklingen innen samfunnet generelt, og helsetjenesten spesielt, vil gjøre det nødvendig å revidere generalplanen. Generalplanen er et ærlig forsøk på å definere våre arbeidsoppgaver, og å kvantitere den mengde barneleger som er nødvendig for å oppfylle generalplanens intensjoner. Hvis utviklingen skulle tilsi en styrking og økt utdannelse av barneleger, er det selvsagt at generalplanen ikke skal være et hinder for dette.

– Før vi avslutter, må du få anledning til å komme med et hjertesukk i forbindelse med Barneåret?

– Personlig opplever jeg vel sterkest konflikten mellom den ideelle og den reelle hverdag. Vi har alle vår mening om hvordan ting burde være, hvordan vi selv skulle oppføre oss mot andre, hvordan ekteskap og samvær med barn burde være – men som det så sørgelig sjelden er. Samværskonflikter og oppløsning rammer hvor vi minst skulle ventet det. Det er vanskelig å leve, men hensynet til barna (og oss selv) burde vel langt sterkere enn i dag bestemme vår måte å leve på. Jeg synes vår engelske kollega John Apley har formulert dette bedre enn noen annen: «The most important question mankind can ask itself, is: When our children grow old – what sort of adults and parents will they be??»

Evolusjonsmessig vet vi at bare de species som tar godt vare på sitt avkom har livets rett!

O. K. Harlem