
PAIDOS

TIDSSKRIFT FOR NORSK BARNELEGEFORENING

APRIL 2003

ÅRGANG 21

SIDE 25-36



PAIDOS

TIDSSKRIFT FOR NORSK BARNELEGEFORENING

APRIL 2003 ÅRGANG 21 SIDE 25-36

PAIDOS (tidligere NBF-nytt) er et tidsskrift av og for norske barneleger. Tidsskriftet utgis av Norsk Barnelegeforening (NBF), og distribueres til alle foreningens medlemmer.

PAIDOS utkommer kvartalsvis, og inneholder faglige artikler, debattinnlegg, reportasjer, intervjuer mm. med relasjon til norsk pediatri. Redaksjonen er takknemlig for alle bidrag fra leserne. Signerte artikler står for forfatterens egen regning. Tidsskriftet inneholder ikke reklame.

PAIDOS er gresk og betyr «for barnet», og ordstammen gjenfinnes bl.a. i «pediatri» og «pediater».

Redaktør

Vegard Bruun Wyller
Barneklubben, Rikshospitalet
0027 Oslo
vegard.bruun.wyller@rikshospitalet.no

Frister

Frist for innsending av bidrag (deadline) til de ulike numrene er:

- Nr. 1: 1. desember
- Nr. 2: 1. mars
- Nr. 3: 1. juni
- Nr. 4: 1. september

ISSN: 0804-1687

© 2002

Norsk Barnelegeforening

I dette nummeret av Paidos introduserer vi en ny, fast spalte: *A kjenne sin fortid*. I denne spalten vil Asle Hirth ved Barneklubben, Haukeland sykehus – tidligere sekretær i NBF – presentere glimt fra foreningens historie. Hans første artikkel er viet vår karakteristiske logo: *Den lille piken, vill i skogen*.

Det sies at historien aldri gjentar seg – det er historikerne som gjentar hverandre. Likevel har historisk kunnskap stor verdi, blant annet fordi den kan forsyne oss med *idealer*. Disse kan være knyttet til enkeltmennesker, som i kraft av sin innsats og personlige egenskaper tjener som viktige forbilder. Men minst like viktig er de idealer som forvaltes av den faglige *tradisjonen* i seg selv. NBF er bærer av et *verdigrunnlag* som yngre generasjoner av pediatere skal videreføre og videreutvikle – det er både vår plikt og vårt privilegium.

Historien kan også lære oss at trekantkonflikten mellom samfunnets ressurser, hensynet til pasientene og størrelsen på vår egen lommebok – slik dagens DRG-drama er et eksempel på - ikke er av ny dato. Likevel er det grunn til bekymring når den gode pasientomsorgen trues av en tiltakende materialisme, som dels gir seg utslag i stadig økende krav om økonomisk effektivitet, og dels fører til at enkeltleger søker personlig vinning ved å utnytte systemet. Det er derfor desto større grunn til å børste støvet av idealene. *Ingen* – verken våre egne medlemmer eller samfunnet for øvrig – må være i tvil om hva som er vår *fremste* oppgave, nemlig uselvisk omsorg for syke barn.

Hvordan et slikt ideal skal omsettes fra festtaler til praktisk handling, bør være gjenstand for løpende debatt. I dette nummeret gjør Jørgen Hurum rede for NBF-styrets syn i relasjon til de foreslåtte nedskjæringene på Ullevål, etter å ha bli direkte utfordret av Geir Joner i forrige nummer. Vi imøteser flere innspill!

VEGARD BRUUN WYLLER

REDAKTØR

INNHold

27 IVF foran syke barn på Ullevål?

STYRET I NBF V/ JØRGEN HURUM

28 Den lille piken, vill i skogen

ASLE HIRTH

30 Barneavdelingen i Stavanger

BJØRN ØGLÆND

32 Forskningsaktivitet - barneklubben som gruppe 1-avdeling

KNUT ØYMAR

33 Alvorlig tilfelle av mekoniumaspirasjon med lykkelig utgang

CLARE HAPNES

ÅGE LÆRDAL

34 Veiledning for bidragsyttere

35 Lederens spalte

HANS-JACOB BANGSTAD

35 Pediaterdagene 2003

SVERRE O. LIE

36 Norsk Barnelegeforenings vårmøte 2003

IVF foran syke barn på Ullevål ?

Overlege Geir Joner ved barnesenteret på Ullevål sykehus utfordret NBF-styret i forrige nummer av Paidos. Her får han tilsvar ved styrets nestleder, Jørgen Hurum

Geir Joner redegjør i januarnummeret av Paidos for Barnesenterets planlagte budsjett-reduksjoner. Han oppfordrer NBF om å gi en uttalelse til beslutningstakere på Ullevål og Helse Øst, om skadevirkningene av stillingsreduksjoner og nedleggelse av sosialpediatrisk seksjon. Styret ønsker å besvare innlegget ved nestleder, da leder er inhabil fordi hans arbeidssted er nettopp Ullevål.

Det er prisverdig at Geir Joner deltar i den meget viktige debatten om styringssprinsippene i helsevesenet – i spesialisthelsetjenesten generelt og pediatrien spesielt. Staten har gjennom helseregionene foreløpig presentert en ren økonomisk målstyring. De økonomiske krav til ledere på alle plan er betydelige og økende. Denne gangen var divisjonen kvinne/barn på Ullevål i skuddet med krav om budsjettsreduksjon på 10%.

Divisjonsdirektøren tenkte strategisk, og foreslo å redusere tilbudet til svake pasientgrupper som det i realiteten var urimelig og utenkelig å ramme. I det lyset er det mulig å forklare, men ikke forstå at divisjonsdirektøren foreslår å nedlegge sosialpediatrisk seksjon og la IVF-tilbudet på kvinneklinikken bestå. Men NBF kan ikke støtte eller akseptere at norsk helsevesen drives ut fra lokale strategiske økonomiske hensyn.

Det er mot premissleverandørene - staten ved rikspolitikere,

departementer og de regionale helseforetakene - at NBF, sammen med blant andre Geir Joner, skal reagere. Dagens DRG-system gjør barneavdelingene til underskudds-avdelinger. Forklaringene ligger delvis i at dagens dette systemet opprinnelig ble utviklet i USA for kirurgiske pasienter over 65 år. Det er riktignok senere modifisert, og det benyttes nå en nordisk variant. Morgendagens DRG-system må lønne barnemedisin bedre. Flere enkeltpersoner i NBF har lokalt og sentralt gjort en betydelig innsats på dette området. På NBF's årlige avdelingsoverlegemøte i januar i år foreleste professor Hagen (utvalg ved samme navn) om nye finansieringsordninger i helsevesenet. Han understreket nettopp at blant annet barnemedisinen kommer dårlig ut, og etterlyste innspill fra barnelegene med henblikk på forbedringer av DRG-systemet. I den forbindelse deltar NBF på et tverretatlig DRG-seminar i regi av legeföreningen i mars d.å., og vil videre forfølge DRG arbeidet under vårmøtet i Bodø.

Et annet poeng i innlegget til Geir Joner var påpekningen av styrets passive holdning i forbindelse med fjerning av fire assistentlegestillinger på Ullevåls to barneavdelinger. Antall pediatriske utdanningsstillinger på Ullevål er relativt høyt. Det er vanskelig å vurdere konsekvensen av å stryke fire stillinger (cirka halvparten

av nye utdanningsstillinger gitt etter fusjonen med Aker) av de 28 som barnesenteret nå har. Det er imidlertid ikke gitt at norsk pediatri taper på å fordele de omtalte fire stillingene til øvrige sentrale eller perifere barneavdelinger.

Så langt økonomistyring og økonomi. Hva med kvalitetsstyring og kvalitet?. Mange mener at Staten om kort tid vil sette fokus på kvaliteten på helsetjenestene. Kvalitet på helsetjenester er vanskelig å evaluere. Styret i NBF kommer til å utfordre subgruppene i NBF til å presentere to nasjonale kvalitetsindikatorer på sine respektive subgruppemøter i Bodø.

Vi må være forbredt på flere lokale budsjettreduksjoner ved norske barneavdelinger. Styret er i tvil om NBF skal intervensere i enkeltvis, lokale strategiske prosesser, og holder på at syke barn og barnemedisinen er bedre tjent med et bredt nasjonalt engasjement. Målsetningen er å forbedre økonomiske og kvalitative styringsparametere til beste for syke barn på Ullevål og på de øvrige 19 barneavdelingene i Norge – hvilket er i pakt med formuleringene i generalplanen. I dette arbeidet ønsker styret i NBF deltakelse fra Geir Joner og andre aktive medlemmer i foreningen.

STYRET I NBF

v/ JØRGEN HURUM, NESTLEDER

”Den lille piken, vill i skogen”

I dette nummeret av Paidos introduserer vi en ny fast spalte - «Å kjenne si fortid». Her vil Asle Hirth ved Barneklubben på Haukeland sykehus - tidligere sekretær i NBF - presentere historiske tilbakeblikk med utgangspunkt i foreningens arkivmateriale.



Ved vårmøtet i Bodø i 1978 prega ”Gutten i fjæra” framsida av programmet. Kunstnaren er Kaare Espolin Johnson frå Surnadal. Johnson brukte ein særskilt skrapeteknikk og henta ofte motiva sine frå Nord-Noreg. Han har mellom anna illustrert Johan Bojers ”Den siste viking” og dekorert hurtigruteskipet Harald Jarl med motiv frå Petter Dass’ diktning. Johnson meinte at ”Gutten i fjæra”, med alle sine sjatteringar, ville vera vanskeleg å masseprodusere. Han laga difor ei ny teikning til barneavdelinga i Bodø. Teikninga hadde fylgjande ledetekst: ”En liten pike mellom trær, vill i skogen. Og det er jo mange barn av i dag som er”. Etter avslutta møte i Bodø var kunstverket på vandring hjå ulike personar, men hamna til slutt hjå Helene Pande ved barneavdelinga i Bodø. Ho kopierte den opp til ulike generasjonar sekretærar i selskapet/foreningen.

”Generalplan for pediatri i Norge” i 1979 hadde ”Den lille piken, vill i skogen” på framsida. Utover på 80-talet var teikninga stadig å finne på Norsk Pediatrisk Selskaps brevpapir.

I dag er ”Den lille piken, vill i skogen” NBF’s offisielle logo. Den originale teikninga er i Marit Hellebostads eige. Ho fekk den av Helene Pande i samband med sin doktorgrad i 1993, visstnok saman med litt mumling om at ho kanskje ein gong i framtida kunne gje den vidare til ein yngre pediater som skulle heidrast og som ville lata teikninga vera i nær kontakt med Norsk Barnelegeforening.

ASLE HIRTH

BARNEKLINIKKEN
HAUKELAND SYKEHUS, BERGEN



Tegning laget for Vår møtet 1978 av K. Espolin Johnson.

**NORSK
PEDIATRISK
SELSKAP'S**

VÅRMØTE I BODØ
8. - 10. JUNI 1978

Barneavdelingen i Stavanger

I dette nummeret av Paidos har sykehusstafetten nådd barneavdelingen i Stavanger, som blant annet legger vekt på sin akademiske virksomhet og sine visjoner for samarbeidet innad og på tvers av helseregionene. Kasuistikken illustrerer på en dramatisk måte gevinstene av høyteknologisk kompetanse i intensiv nyfødtmedisin.

Sentralsjukehuset i Rogaland (ja, for det heter vi faktisk enda, selv om det egentlig kanskje ikke finnes sentralsykehus lenger) dekker et befolkningsgrunnlag på 375000 som sentralsykehus og 265000 som lokalsykehus. Her på huset er det omlag 4000 fødsler. Vi har imidlertid et samarbeid med sykehuset i Haugesund og betjener noen av deres sykeste nyfødte, slik at vi i festtaler hevder å ha et fødselstall på godt over 5000 når vi skal beskrive aktiviteten på vår nyfødtavdeling.

Leder eller svarteper?

Dette siste året har i stor grad handlet om tilpassing og endring, med fokus på innføring av enhetlig ledelse på alle nivåer, samt endring av organiseringen av sykehusledelsen. Fokus på økonomi har det jo alltid vært i helsevesenet, men med ny organisering og verktøy for detaljert kunnskap om kroner og øre ned til seksjons-/postnivå hver måned, har det kanskje skjedd en endring. Før var det sykehusdirektørene som satt i et svarteperspill, eller følte seg som "fyrbøtere i helvete". Nå kan det se ut som om man har lyktes med å få denne følelsen ut i klinikken på en annen måte enn før. Og det var nok til dels meningen med helsereformen. Om resultatene dermed blir bedre får tiden vise. Vi føler allikevel at vi er med på sykehusledernivå, og at vi

sitter bra plassert for å kjempe mot faren for rasing av "ikke-innbringende" aktiviteter, som pediatrien er utsatt for i dagens system med innsatsstyrt finansiering.

Organisering

I Stavanger er barneklubben organisert alene. Barnehabiliteringen tilhører "rehabiliteringsklinikken" sammen med voksenrehabilitering, og barnepsykiatrien tilhører psykiatrisk klinikk. Vi samarbeider godt, men enkelte hos oss mener at tiden burde være inne for mer samlet innsats omkring barn og ungdom i et sammenslått helseforetak. "En dørs-konseptet" fra Tromsø og Telemark virker langt riktigere. "Den største feilen leger gjør er å skille mellom kropp og sjel". Moderne tanker? Sitatet er fra Platon 345 år f.Kr.

Legene på barneklubben er organisert i fem seksjoner. Seksjon for akutt og onkologisk pediatri behandler cirka 3400 barn per år, med omlag 1700 innleggelser og 1700 polikliniske konsultasjoner. Seksjon for generell pediatri behandler cirka 1200 barn per år, med 600 innleggelser og 600 polikliniske konsultasjoner. Seksjon for nyfødtmedisin behandler cirka 850 barn per år, med 750 innleggelser og 100 polikliniske konsultasjoner. Denne seksjonen deler post- og sykepleierressurser med seksjoner innen kirurgi, øre-nese-halssykdommer og øyesykdommer som arbeider med barn.

Seksjonene er forlagt på sengeposter, som i det siste året har blitt benyttet som fleksible enheter for innleggelser og poliklinisk virksomhet. At behandling skal skje på laveste effektive omsorgsnivå (LEON-prinsippet), er hos oss også tatt inn i sykehuset. Det er bare de barna som må være innlagt, som er det. Vi tror at både barna, foreldrene og søsknene har det bedre på denne måten. Og vi tror at det stimulerer til planmessig behandling og raskere opplæring og ansvarsoverføring til foreldrene. Tallene over representerer dermed selvsagt ikke antall barn, men antall behandlinger. Alle parter oppfatter det som en fordel at lange kompliserte innleggelser - der barn og foreldre må vente i avdelingen på at noe skal skje - konverteres til flere korte, planlagte, forutbestilte kontakter. Den registrerte liggetiden har dermed blitt redusert

BARNEAVDELINGEN - SENTRALSJUKEHUSET I ROGALAND

Befolkningsgrunnlag	275 000 (375 000)
Antall fødsler ved sykehuset	4000
Innleggelser 2002	3287
Polikliniske konsultasjoner 2002	9876
Antall hele stillinger totalt	151
Overleger/ass.leger	10(9)10
Antall senger sengeposter	24
Antall senger nyfødtavdelingen	21

med 30-50% på seksjonene i løpet av de siste tre årene. Lokalene våre er imidlertid ikke optimale for en slik arbeidsform. Det lar seg kun gjøre ved hjelp av et entusiastisk og fleksibelt team av leger og sykepleiere.

Seksjon for poliklinisk pediatri har omlag 7500 konsultasjoner per år. Her er det inkludert en stor poliklinisk virksomhet innen astma og allergi.

Vaktordningene for legene er organisert av en egen koordineringsseksjon, som også har ansvar for å plassere både pasienter-, personale og arbeidsform på den beste måten.

Avdelingen er gruppe 1-avdeling, og utdanner egne overleger. Det kommer godt med, for rekruttering av overleger utenfra har vist seg vanskelig. Avdelingen har 19 stillinger, hvorav 12 overlegestillinger og syv utdanningsstillinger. En av assistentlegestillingene har vi omgjort til en D-stilling i nyfødtmedisin og lungepediatri. For tiden går vi 10-delt forvakt og 9-delt bakvakt. Vi finner det vanskelig å opprettholde nok trening i nyfødtmedisin ved å være flere enn ni personer i bakvaktskiktet. En av avdelingens tidligere avdelingsoverleger deltar på timebasis svært aktivt i allergipoliklinikken - dette kommer i tillegg til ordinære stillinger.

Nyfødtmedisin - sentralisert eller ikke?

Heller ikke i Stavanger har signaler fra statlige og faglige instanser om å sentralisere behandling av de mest resurskrevende syke nyfødte gått upåaktet hen. Vår avdeling tar hånd om alle nyfødte selv, og sender kun barn med kirurgiske problemstillinger til regionssykehus. Vi disponerer godt utstyr på nyfødtavdelingen, og utfører rutinemessig avansert respiratorbehandling, som oscillering og NO-tilførsel. Behandlingen er rutinemessig ikke fordi den foregår så voldsomt ofte, men fordi hele bakvaktsteamet er uvanlig dyktig – slik at det ikke er så ekstremt når barna trenger avansert nyfødtbehandling. I Helse Vest har avdelingene i Stavanger,

Haugesund, Førde og Bergen samarbeidet godt, og vi mener at det er riktig å fokusere på funksjons-samarbeidet i regionen. Sentralt står felles prosedyreverk og tilbud om opplæring hos hverandre. Regionsforetaket Helse Vest uttrykker enighet med fagmiljøet i at det er tjenlig å ha elektiv behandling av de minste premature på to avdelinger: Stavanger og Haukeland. Vi mener at det bør utvikles spesifikasjoner for avdelingene på forskjellige nivåer, og at foretakene både lokalt og regionalt må få klar beskjed om hva som trengs av ressurser for å drive med den behandlingen som gis. Tertiærvaktsordninger eller spesialist i tilstedevakt er aktuelle problemstillinger som må avklares.

Samarbeid - en hjertesak?

Samarbeid et av mange fyndord hos oss. Kasuspresentasjonen fra Håpnes og Lærdal illustrerer dette godt. Når vår avdeling, Haukeland og Rikshospitalet legger seg i selen sammen, kan undere skje!

Barneavdelingen i Stavanger har i alle år sendt barn med behov for kirurgisk behandling av hjertemisdannelser til Rikshospitalet, og vi har hatt et godt samarbeid med avdelingen i Oslo. Ved innføringen av ny eierstruktur der vi "eies" av Helse Vest - som også eier Haukeland - utfordres vante arbeidsformer. Mange gode og vektige grunner gjør at Haukeland og Helse Vest ønsker å opprettholde tilbudet om kirurgisk behandling for barn med hjertemisdannelser. For å utnytte kapasiteten i Bergen - med de betydelige investeringene som er nødvendig for å opprettholde en slik funksjon - er det nødvendig at alle avdelingene i regionen benytter seg av dette tilbudet, noe Helse Vest har pålagt barneklubben i Stavanger å gjøre. For Helse Vest er det både faglige (nok volum i Bergen) og økonomiske (gjestepasientpriser) begrunnelse for et slikt standpunkt, som imidlertid selvsagt er kontroversielt, og som

skaper bølger både internt og i Oslo. Vi håper at tilbudet barna får fortsatt kan være optimalt, og vi håper at Stavanger kanskje kan bidra til økning i samarbeidet mellom de store barneavdelingene.

I Stavanger har vi valgt å ikke drive områdepediatri. Vi arbeider imidlertid med et samarbeid om tilsynslegetjenester og kvalitets-sikringssystem for kommunal bolig for barn med stort pleie- og omsorgsbehov.

Kvalitetssikring - EFMQ

I en tid med økt fokus på økonomi, og hvor mange av overenskomstene mellom stedlige foretak og legeföreningen faktisk nå nevner "produktivitet"(!), er vi engstelige for at det skal gå på kvaliteten løs. I helse Stavanger har man derfor besluttet å benytte seg av et anerkjent kvalitetssikringssystem: EFQM. Her måles resultater - ikke bare i penger og tall. Det legges vekt på nøkkelresultater, som er medisinsk kvalitet, antall behandlet og økonomisk resultat. Men i tillegg leges det vekt på «bruker-resultater», «medarbeiderresultater» og «samsfunnsresultater». Hvordan folk flest, brukerne våre - inkludert samarbeidspartnerne våre - og medarbeiderne våre har det hos oss, skal måles og rapporteres. Hos oss medfører det at "blårussen" og medisinsk personell kan snakke om kvalitet uten alltid å snakke forbi hverandre. For å måle resultatene benyttes tilfredshetsundersøkelser i økende grad.

Forskning, utdanning, utvikling

Barneklubben i Stavanger har besøk av medisinerstudenter to perioder per år, og har tre leger i deltidsuniversitetsstilling. Det foregår en del forskningsaktivitet i avdelingen, men vi har nok vært preget av å være en "arbeidsavdeling" med mange kliniske oppgaver og relativt knapp bemanning, noe som ikke ser ut til å endres med den økonomiske hverdagen vi ser foran oss. Vi

forsøker å rydde plass - blant annet ved å opprette en fordypningsstilling og ta "fordypningsdagene" for utdanningskandidater på alvor. Les om student- og forskningsaktivitet i artikkelen ved Øymar.

Barneklubben oppfyller per i dag ikke de kravene som er foreslått for "akademisk avdeling" i henhold til utdanning av barneleger. Vi vil imidlertid strekke oss etter de krav som måtte komme, og vi prioriterer sterkt å opprettholde gruppe I-status.

Informasjon

I likhet med mange avdelinger satser vi på informasjon via Internett. På webportalen www.barnehelse.no er avdelingen presentert. Vi arbeider nå

med brukerdelen av tjenesten. Vi oppfatter Internett som en god og spennende informasjonskanal – både til medarbeidere, samarbeidspartnere og brukere.

Vi takker for anledningen til å presentere vår avdeling. I tråd med samholdet og samarbeidet mellom avdelingene i Helse Vest, sender vi stafettspinnen videre til barneklubben i Bergen.

BJØRN ØGLÆND, KLINIKKDIRKTØR

BARNEAVDELINGEN
SENTRALSJUKEHUSET I ROGALAND,
STAVANGER

deltakelse, og dette er derfor i stor grad opp til kandidaten selv.

Som gruppe II-avdeling rekrutterte barneklubben stort sett nyutdannede leger, som sluttet når de trengte gruppe I-tjeneste. Overgang til gruppe I-avdeling har vært viktig for å beholde utdanningskandidater lenger i avdelingen, og flere er utdannet til ferdige spesialister. Til en viss grad har vi også rekruttert mer kompetente kandidater som kommer for å gjennomføre gruppe I-tjeneste, og den gjennomsnittlige kompetansen blant assistentlegene er derfor vesentlig høyere nå.

Det vurderes nå om gruppeføringsystemet skal opphøre, og at det i stedet for tjeneste ved gruppe I-avdeling skal kreves tjeneste ved *akademisk avdeling* eller gjennomføring av et veiledet forskningsprosjekt. Dette forslaget innebærer at kravene til den akademiske kompetansen for en akademisk avdeling er høyere enn for en nåværende gruppe I-avdeling. Det vil være en stor utfordring for barneklubben SiR å videreutvikle den akademiske aktiviteten i tilstrekkelig grad, i en tid der hver stein snues for å få økonomien til å gå opp. Den eneste muligheten til det er at det settes av tilstrekkelig tid for forskning, blant annet ved å benytte fullt ut de muligheter som universitets-tilknytningen og en nyopprettet D-stilling gir. Det viktigste vil likevel være at tjenesten for alle assistentlegene legges opp slik at de får mulighet til å gjennomføre forskningsprosjekter og å gjennomgå en strukturert opplæring og veiledning. For å få dette til må ledelsen på flere nivåer se betydningen av pågående forskning for både avdelingens kompetanse og kunnskapene til våre ferdige spesialister, og dermed til slutt for kvaliteten på den behandlingen pasientene våre får.

KNUT ØYMAR, OVERLEGE

BARNEAVDELINGEN
SENTRALSJUKEHUSET I ROGALAND,
STAVANGER

Forskningsaktivitet - barneklubben som gruppe I-avdeling

I januar 2000 ble barneklubben i Stavanger godkjent som gruppe I-avdeling etter søknad og behandling i Legeforeningen. Søknaden var først og fremst begrunnet i to hovedpunkter: Pasientgrunnet, samt akademisk kompetanse og forskningsaktivitet.

Pasientgrunnet

Barneklubben i Stavanger er - i norsk målestokk - en stor avdeling, med et betydelig og variert pasientmateriale. De aller fleste pasientgrupper behandles fullt ut hos oss. Initialbehandling av barn med onkologiske tilstander, medfødte hjertefeil og noen få andre kompliserte tilfeller henvises til regionsykehus eller Rikshospitalet. Vår holdning var imidlertid at dette er behandling som er så spesialisert at det ikke skal beherskes i spesialistutdanningen. Pediatrien er så omfattende at kunnskaper og ferdigheter på de mest spesialiserte områdene må læres i forbindelse med videre utdanning og

kompetanseoppbygging, og ikke inngå i selve spesialistutdanningen.

Akademisk kompetanse og forskningsaktivitet

Barneklubben tilfredsstillende de nåværende formelle krav til personale med akademisk kompetanse for å være en gruppe I-avdeling. Fra 2001 har avdelingen også hatt en 80%-stilling tilknyttet Universitetet i Bergen for forskningsbasert undervisning av medisinske studenter, noe som gir muligheter for å opprettholde en god forskningsaktivitet. Etter vår mening må det viktigste være at utdanningskandidatene involveres i egne forskningsprosjekter under veiledning. Den totale forskningsaktiviteten gjenspeiler ikke nødvendigvis i hvilken grad utdanningskandidatene deltar i denne forskningen. Vårt mål er at alle utdanningskandidatene skal gjennomføre eller delta i minst et forskningsprosjekt i tiden de er hos oss. Det er i dag likevel ikke formelle krav til slik

Alvorlig tilfelle av mekoniumaspirasjon med lykkelig utfall

ECMO (Extra Corporeal Membrane Oksygenation) brukes gjerne som siste utvei ved lungesvikt i nyfødtalder, og drives bare ved et par sykehus i Norden. På nyfødtavdelingen i Stavanger har vi siden 1995 tre ganger hatt behov for ECMO når alle våre behandlingsmuligheter for syke nyfødte - inklusive NO-tilførsel (nitrogenoksid) - har vært forsøkt. I 1997 kom et helikopter med ECMO-kompetanse helt fra Stockholm for å behandle en nyfødt med diafragmahernie.

ECMO er meget ressurskrevende. De beste sentrene har en overlevelsesrate på 80-90% for nyfødte, og ca.50% for andre pediatriiske pasienter^{1,2}. Oppstart av ECMO-behandling utenom spesialist-sentre med kanylering på lokalsykehus og transport tilkoblet arterio-venøs bypass er særdeles krevende, og var inntil 2001 ikke et tilbud i Norge. Riktig «timing» er avgjørende da, selv de beste transportsentrene for ECMO oppgir 11% dødsfall før, under eller som en konsekvens av transporten. Disse dødsfallene utgjorde i sin tur cirka 40% av totalt antall dødsfall i forbindelse med ECMO³.

Vi presenterer et meget alvorlig tilfelle av mekoniumaspirasjon med samtidig sepsis og utvikling av PFS (persisterende føtal sirkulasjon), som uten ECMO-behandling ikke hadde overlevd. Pasienten ble behandlet i Stavanger i to døgn. Om ECMO-behandling på Rikshospitalet var indisert ble løpende diskutert mellom lokal bakvakt og neonatolog Halvor Reigstad ved Haukeland sykehus. Godt samarbeid regionalt la altså grunnlag for tilkalling av ”supereksperisen” i rett tid, og med et lykkelig utfall til følge.

Pasienten er foreldrenes første barn. Moren hadde proteinuri og forhøyet BT, men ikke sikkert preklampsisymptomer. Hun inkom fødeavdelingen to uker over termin med rieaktivitet. Man forsøkte vaginal forløsning, men på grunn av langsom fremgang og patologisk CTG-registrering ble barnet forløst med hasteseccio. Barnet - en pike - var uten egenrespirasjon og helt dekket med mekonium. Apgarskåre var 6-9-9, fødellesvekten 2725 gram. Pasienten ble ventilert og inspisert i larynx uten at man fant tegn til mekonium der, men man sugde store mengder mekoniumtilblandet væske fra nese og svelg.

Barnet ble overflyttet nyfødtavdelingen uten trakealtube. Hun fikk tiltagende pressende respirasjon, og trengte 100% oksygen på trakt. Nasal CPAP-behandling ble forsøkt, uten bedring. Etter to timer ble pasienten intubert og lagt på respirator. Konvensjonell ventilasjon og forskjellige innstillinger ble forsøkt, uten at perifer oksygenmetning kom over 85%. Hele tiden var det rikelig med

blodtilblandet slim fra trakealtuben, og pasienten fikk derfor ikke Curosurf. Grunnet dårlig respons på konvensjonell respirator ble hun lagt på oscillering, og cirka tre timer senere - på klinisk mistanke om pulmonal hypertensjon - ble det gitt NO-tilførsel, som raskt ga bra effekt. Andelen oksygen i inspirasjonsluften kunne reduseres fra 100% til 53%. Røntgen thorax viste svært tette lunger, men ingen tegn til pneumothorax.

Da pasienten var et døgn gammel ble det utført ekkokardiografi, som bekreftet mistanken om pulmonal hypertensjon med suprasystemisk trykk i høyre ventrikel. Pasienten trengte etter hvert rikelig med pressorsubstanser for å opprettholde tilfredsstillende blodtrykk. Hun hadde også forbigående kramper og ble behandlet med Fenemal. Cerebral ultralyd var normal.

Etter oscillasjon og NO-behandling i halvannet døgn, inntrådte gradvis forverring og vanskeligheter med å opprettholde tilfredsstillende metning. Vi hadde nå gjentatte kontakter med dr. Reigstad ved regionsykehuset (Haukeland), som ga nyttige og avgjørende råd, og deretter ble barneanestesiolog ved Rikshospitalet kontaktet med tanke på ECMO-behandling.

Rikshospitalets ECMO-team på åtte personer i egen ambulanse - fraktet i ett av forsvarets Herkulusfly - kom til Stavanger cirka åtte timer senere. Barnet var da cyanotisk med metningsverdier omkring 60%. Etter kort tid var barnet tilkoblet veno-arteriell ECMO som normaliserte oksygeneringen, og var klar for overflytning til Oslo.

Transporten til barneintensivavdelingen, Rikshospitalet var ukomplisert. Barnet ble sedert med

Fentanyl og noe Midazolam, men var ikke kurarisert, bortsett fra ved kanyleringen. Blodtrykket ble opprettholdt med Regitin, Dopamin kunne seponeres. Røntgen thorax viste helt hvite lunger første tre døgn. Det ble gitt full sepsisbehandling, men det tilkom aldri oppvekst i blodkultur. Etter 2° døgn på ECMO tilkom problemer med økt blødningstendens, som ble vellykket behandlet med tilførsel av trombocytter, nytappet blod og Octaplex. Dessuten ble det gitt inhalasjonsbehandling med Race-misk Adrenalin og Mucomst. Tredje døgn viste ECMO-kretsen tegn på å fallere med økende fritt hemoglobin. Ettersom røntgen thorax på samme tid viste betydelig oppklaring i lungene, bestemte man seg for å dekanylere pasienten. Inngrepet forløp ukomplisert, og etter intensivert lungefysioterapi og behandling med surfaktant, ble pasienten ekstubert etter åtte døgn på respirator. Nasal CPAP-behandling ble gitt i ytterligere tre døgn. Da barnet ble skrevet ut fra Rikshospitalet pustet hun spontant uten nevneverdig respiratorisk besvær, og var velsirkulert perifert.

Barnet ble tilbakeført til lokal barneavdeling i Stavanger, og hadde behov for ekstra oksygentilførsel i cirka tre uker. På grunn av visse ernæringsproblemer fikk hun i en periode parenteral ernæring og sondeerernæring. Etter utskrivelse fikk hun Synagis fire ganger poliklinisk.

Pasienten har normal tilvekst og fin trivsel, og har ikke vært innlagt i avdelingen etter

CLARE HAPNES, OVERLEGE
ÅGE LÆRDAL, OVERLEGE

BARNEAVDELINGEN
SENTRALSJUKEHUSET I ROGALAND,
STAVANGER

Referanser

1. Day SE. The ECMO Candidate. I: Pediatric Transport Medicine, Moseby 1995: 452-61.
2. www.med.umich.edu/ecmo/registry.htm (ELSO Registry ELCS 1980–July 1995)
3. Boedy RF, Howell CG, Kanto WP. Hidden mortality rate associated with extracorporeal membrane oxygenation. J Pediatr 1990; 117: 462.

Veiledning for bidragsytere

Paidos er takknemlig for ethvert bidrag fra leserne, men er spesielt interessert i manuskripter som faller inn under ett av våre to satsningsområder: *debatt* og *fagformidling*. Vi er opptatt av å stimulere til og være et forum for bred og engasjert meningsutveksling. I tillegg ønsker vi å formidle faglig kunnskap og faglig inspirasjon i form av kasuistikker, presentasjon av lokale prosedyrer, orientering om vitenskapelige prosjekter, bokanmeldelser osv.

Manuskripter skrives i Times New Roman med enkel linjeavstand, og skal starte med en kort overskrift, evt. etterfulgt av ingress/sammendrag på maksimalt 10 linjer. Avsnitt markeres med linjeskift og innrykk av neste linje (bruk TAB-tasten). Mellomtitler settes i *kursiv*, det samme gjelder utheving av ord eller setninger. Litteraturhenvisninger markeres i teksten med hevede, forminskede tall¹. I en noteliste etter artikkelen oppføres referanser etter samme mal som i Tidsskrift for Den norske Lægeförening, og i den rekkefølgen de først forekommer i teksten. (Eks: 1. Nordmann O. Norsk pediatri ved et veiskille. Tidsskr Nor Lægefören 2002; 122: 263-7.) Evt. tabeller nummereres fortløpende, og skal ha en egen tabelloverskrift (jf. Tidsskriftet). Figurer og fotografier mottas gjerne, skriv da figurtekst på eget ark.

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

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

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

VEGARD BRUUN WYLLER
REDAKTØR

ADRESSEENDRING? INNMEDELING I NBF?

KONTAKT

RAGNA STENDAL

BARNEAVDELINGEN, SØRLANDET SYKEHUS HF
4604 KRISTIANSAND
RAGNA.STENDAL@SSHF.NO

Lederens spalte

Det er ingen stor nyhet at kommunikasjon kan være vanskelig. Den er avhengig av vilje, motivasjon og ikke sjelden kunnskap hos avsender og mottaker. Betydningen av de interpersonelle relasjoner er ikke tema i dette innlegget. Derimot vår bruk av IT, inklusive Internett.

I IT-sammenheng er vi på mange måter i en overgangsfase. Fremdeles henger vi av mange gode (?) grunner igjen i en papirverden, men e-post, internettsøk og elektroniske journaler utgjør i økende grad store deler av vår hverdag. For NBF betyr dette at vi kontinuerlig må vurdere hvordan vi best skal kommunisere med medlemmene. Skal all informasjon gå direkte til medlemmene via e-post? Skal medlemmene «tvinges» til å oppsøke den nåværende «barneavdelingen.com» regelmessig for å holde seg oppdatert om viktige forhold? Hvordan skal vi få en velfungerende arena for diskusjoner? Per i dag er det vært liten og avtagende aktivitet på «pedweb». Hvordan skal Paidos fungere i forhold til en aktiv nettside der alt fra kursreferater, abstrakt fra vårmøter og pediaterdager legges ut kanskje uten noen form for redigering? Hensikten med denne oppramsingen er å minne om at det foregår et arbeid innen foreningen. Det er engasjerte medlemmer som driver dette arbeidet fremover. Det vil imidlertid alltid være behov for at avdelingsoverleger og enkeltpersoner på avdelingene rundt om i landet ser betydningen av utviklingen av «barneavdelingen.com» i et faglig og et praktisk perspektiv. Dette kan skje ved at avdelingene rett og slett utvikler egne nettsider, og knytter seg opp mot «barneavdelingen.com». Det er brukers behov - barneavdelingene og den enkelte pediater - som må drive arbeidet.

Et annet for tiden meget viktig område, er mangel på informasjon om hva som foregår innen de regionale helseforetak med relasjon til pediatrien. Styret i NBF vet svært lite om disse viktige prosessene. De respektive regionene er imidlertid tilskrevet med spørsmål om hvilke overordnede planer som foreligger

for pediatrien, og om de ser behov for innspill fra NBF. Kombinasjonen av den praktiske omorganiseringen innen de regionale helseforetakene, og den parallelle, sterke forventningen/pålegget om kraftige økonomiske innstramninger, kan naturlig nok få store konsekvenser også for pediatrien. Det ble nylig arrangert et større seminar, der Legeforeningen og Helse Øst sammen hadde innkalt representanter for ledelsen ved samtlige avdelinger på regionens sykehus. NBF fikk der anledning til å holde et generelt innlegg om viktige områder og problemer innen pediatrien. Det positive med seminaret var at det ble lagt opp til at fagfolkene skulle involveres i den praktiske organiseringen av institusjonshelsetjenesten i regionen. Kvalitet og forskning var stikkord. Det mindre oppløftende var at mange etter avsluttet seminar satt igjen med en følelse av å være gislere. Dersom fagfolkene ikke selv foreslo betydelige innsparingstiltak, ville disse komme ovenfra uansett.

Dette innebærer at NBF og dens medlemmer fremover vil måtte engasjere seg i arbeidet for å forvare pediatriens plass. Sentralisering, funksjonsfordeling og endrede vaktordninger er begreper vi må ha en offensiv holdning til. All endring er ikke negativt!. Samtidig skal vi forholde oss til en generalplan som sier at vi skal videreutvikle områdepediatrien og arbeide for å få flere hjemler for praktiserende spesialister. Det mangler ikke på utfordringer!

HANS-JACOB BANGSTAD

LEDER I NORSK BARNELEGEFORENING

Pediaterdagene 2003

Barnekliviken, Rikshospitalet inviterer til Pediaterdagene 06.-08.11.03. Vi kan garantere at det blir et meget spennende møte som vi håper å få arrangert på vårt nye hospital. Programmet ser foreløpig slik ut:

Torsdag 06.11.03 kl. 1400-1630. Det blir spennende oppdatering innen områdene blødning og hemostase - temaer er blant annet bløderbehandling, CVK, trombose og ITP. Dessuten vil vår berømte landsmann, professor Bjørn Reimo Olsen, forelese over temaet "Angiogenesis, hemangiomas and venous malformations". Dette blir en opplevelse. Mellom klokken 1700 og 1900 blir det subgruppemøter i ulike auditorier på sykehuset.

Fredag 07.11.03 vil vi ha siste nytt fra radiologifronten med kolleger fra vår utmerkede Barneradiologiske seksjon, og en gjennomgang av det vanskelige tema hemangiomer. Denne dagen rommer dessuten styrets time, frie foredrag og en sesjon på halvannen time hvor temaet er: "Hva gjør vi egentlig på Barsel?". Våre barneortopeder er blant veiviserne her. Selvsagt vil dagen ende med en storslagen middag.

Lørdag 08.11.03 blir det frie foredrag, og møtet avsluttes med utvalgte "hot spots" som vil inkludere nye medikamenter i revmabehandling, ADEM og PTLD. Hvis du lurer på hva disse bokstavene står for, så møt opp.

Vi ønsker alle velkommen – jo yngre, jo bedre! Fullstendig program vil bli presentert på Vårmøtet i Bodø.

SVERRE O. LIE

KLINIKKSJEF
BARNEKLIVIKKEN
RIKSHOSPITALET, OSLO

Norsk Barnelegeforenings vårmøte 2003

BARNEAVDELINGEN, NORDLANDSSYKEHUSET - RICA HOTEL BODØ - 12. TIL 14. JUNI

Program

Torsdag 12.06.03

09.00-12.00: Kurs i resuscitering av nyfødte (Nordlandssykehuset 9. etasje)
11.00-13.00: Registrering
12.30-13.15: Lunsj
13.15-13.30: Åpning.
Ordfører Odd-Tore Fygle

FEDME OG VAKSINASJONSPROBLEMER - TO "HETE" TEMAER

13.30-14.30: Obesity and its consequences in children.
Professor Michael S. Kappy, Denver
14.30-15.30: utfordringer i vaksinasjonsprogrammet.
Overlege Hanne Nøkleby, Folkehelseinstituttet, Oslo

15.30-16.15: Kaffepause, besøk til utstillerne

16.15-17.45: Subgruppemøter (nenatologi, hematologi/onkologi, infeksjonsmedisin, endokrinologi)

19.00- "Med vind i håret og sleng i buksa" - Vandring på moloen, bespisning og underholdning på Rock Cafe

Fredag 13.06.03

ASFYKSI

08.30-08.50: Kliniske aspekter.
Avdelingsoverlege Jan Holt, Bodø
08.50-09.10: Nyere synspunkter på patogenese ved mekoniumaspirasjonssyndrom.
Professor Tom Eirik Mollnes, Bodø
09.10-09.40: Hypoksisk-iskemisk hjerneskade - patofysiologiske mekanismer.
Overlege Henrik Hagberg, Gøteborg
09.40-10.00: Forløp og behandling.
Professor Ola Didrik Saugstad, Pедиатриisk forskningsinstitutt, Oslo
10.00-10.30: Spørsmål, diskusjon

10.30-11.00: Kaffepause, besøk til utstillerne

11.00-13.00: Årsmøte i Norsk Barnelegeforening

13.00-14.00: Lunsj

14.00-15.00: Recognition and treatment of endocrine/metabolic emergencies in children (Adrenal insufficiency and hypo-/hypercalcemia).

Professor Michael S. Kappy, Denver

15.00-15.20: Kaffepause, besøk til utstillerne

15.20-17.00: *Frie foredrag* – eventuelt to parallelle sesjoner

18.00- Avreise Kjerringøy. Omvisning på handelsstedet, multimedia show, middag

Lørdag 14.06.03

09.00-10.00: Fødemiddelallergi – hvordan praktisk utføre provokasjoner.
Overlege Ragnhild Halvorsen, Voksentoppen, Oslo

10.00-10.30: Frie foredrag

10.30-11.00: Kaffepause

11.00-11.45: Akutte tvernsnittslesjoner.
Professor Ola Skjeldal, Rikshospitalet, Oslo

11.45-12.15: Avslutning

12.15- Lunsj

14.00- Avreise, tur til Svartisen (Engenbreen)

Ledsagerprogram fredag: Avreise fra hotellet klokken 1000. Flymuseet. Saltstraumen. Lunsj på hotellet. Liten byrunde, avsluttes på Nyholmen Skanse cirka klokken 1500.

JEG VIL DELTA PÅ VÅRMØTET 2003!

Navn _____

Arbeidssted _____

Adresse _____

Telefon _____ Fax _____ E-post _____

Sendes til Jan Holt, Barneavdelingen, Nordlandssykehuset, Bodø.