



P A I D O S

TIDSSKRIFT FOR NORSK BARNELEGEFORENING

TEMA

Spennende nye kurs

s. 6, 8 og 12

AKTUELT

Kartlegger utredning av barnemishandling

s. 10



INNHOLD

- 6** Utfordrende kommunikasjon
NYTT KURS PÅ HAUKELAND
- 8** Vår møte i Fredrikstad
MØT SOMMEREN I SKJÆRGÅRDEN
- 10** Utredning av barnemishandling
KARTLEGGER NORSK PRAKSIS
- 12** Seminar på Rikshospitalet
LÆR HYPNOTERAPI

Paidos skal:

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

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

Vil du være med å lage Paidos?

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

LEDER



Kristin Hodnekvam
Leder i NBF

Hvor er det blitt av avdelingsoverlegene?

Kjære kolleger!

For 10 år siden var det en avdelingsoverlege ved hver av landets 22 barneavdelinger. Med få unntak var ledelsen av avdelingene todelt. Avdelingssjukepleier tok hånd om pleiepersonalet og relaterte sider ved driften. Avdelingsoverlegen styrte legegruppa og hadde det overordnede ansvaret for kjerneaktiviteten ; utredning, diagnostikk og behandling. Personal – og økonomiavdelingene tok hånd om sine saker. Når de budsjettmessige forhold var problematiske – og det var de ofte - klagde avdelingsoverlegen til direktøren, som igjen klagde til fylkeskommunen.

90-tallet var preget av store endringer i synet på ledelse, ikke bare i helsevesenet. ”Pasienten først” fra Steineutvalget (1996) satte fokus på profesjonalisering av ledelse. Lov om spesialisthelsetjeneste (1999) fastslo at det skulle være en ansvarlig leder på alle nivåer – og ”dersom kravet til forsvarlighet gjorde det nødvendig”, skulle det pekes ut en medisinsk faglig rådgiver. Enhetlig ledelse skulle samle resultatansvar , dvs systemansvar , økonomi- og personalledelse, hos en person. Og ledelse skulle være profesjonsnøytralt.

Kampene om ledelsen ute på sjukehusene stod mellom personer, men først og fremst mellom profesjoner. Det var ingen selvfølge at legen ble vinneren eller at den tidligere avdelingsoverlegen ble tilsatt videre i lederstilling. Det var heller ingen selvfølge at alle avdelinger hadde leger som ville påta seg denne lederstillingen.

En rekke endringer inntrådte parallelt. Pasientenes rettigheter ble oppjustert og lovfestet. Bra , men avgjort tidkrevende for avdelingenes ledelse. Innsatsstyrt finansiering gjorde sitt inntog og satte pasientbehandling inn i et økonomisk system som hadde åpenbare mangler for pediatriens område. Med statens overtagelse av eieransvaret for spesialisthelsetjenesten ble sjukehusene til foretak. Direktørens ledergruppe ble bedriftsforsamlinger. Ansvaret for både personell og økonomi ble delegert ut til avdelingene, med eller uten god tilgang til ressurser av merkantil art. Oppgavene for den enhetlige lederen ble vesentlig annerledes vektlagt enn tidligere avdelingsoverlegers tradisjonelle profesjonsstyring. Budsjett, innsparingskrav, lønnsomhet, ansettelse og rekruttering for alle personalgrupper, medarbeidersamtaler, jevnlig kontakt med tillitsvalgte, HMS, kompetanseplaner-- . Å danne gode team med utfyllende kompetanse og personligheter , å samarbeide godt med andre velutdannede yrkesgrupper, å kunne kommunisere bra med så vel økonomiavdelingsfolk som personalsjefen, å kunne delegere og støtte sine underordnede ledere og medarbeidere – dette er grunnleggende for moderne ledelse i sjukehus enten lederen er sjukepleier, økonom eller lege.

Så hvorfor skulle en pediater lede en Barneavdeling? Burde ikke vi bare holde munn og jobbe klinisk med én og én pasient?

Svaret ligger i de øvrige oppgavene en barneavdelings ledelse må ha: Lederens viktigste oppgave er å legge til rette for at kjerneoppgavene diagnostikk, utredning og behandling blir best mulig ivaretatt. Å se helheten og kompleksiteten i dette krever pediatrik kunnskap og erfaring. Det innebærer bevisst satsning på rett sted enten temaet er permisjoner, innsparing eller innføring av nye behandlingsmetoder. Det innebærer å ha legitimitet når en må fronte pediatrien i forhold til de mange voksenavdelinger som ikke ser de spesielle utfordringene knytta til behandlingen av barn og unge . Det innebærer å ha visjoner for videre drift som skal møte både dagens og framtidens sjukdomspanorama. Det innebærer å ha posisjon når funksjons-

REDAKTØREN

Prosedyretrening



Tomas Nordheim Alme
Redaktør

Grensene for hva vi kan gjøre utvides stadig. Samtidig blir vi flere. Vaktene blir heldigvis færre og kortere. En god utvikling. Samtidig blir kravene til våre prestasjoner større og toleransen for feil mindre. Hver lege får altså mindre tid på jobben for å lære seg flere ting bedre. Man får ikke Nobelprisen for å skjønne dilemmaet. Vi har ansvaret for liv og får rett og slett for lite trening. Hvor ofte får en assistentlege på en mellomstor norsk barneavdeling intubert en nyfødt? Og hva med bakvakten. Når resusciterte han eller hun sist? Det som holder oss gående er en slags overbevisning om at når det virkelig gjelder vil vi klare brasene. Er det virkelig slik?

En annen yrkesgruppe som har ansvar for liv er flygerne. Lufttransport har i løpet av de 100 årene vi har vært i stand til å holde oss i luften utviklet seg kraftig. I begynnelsen var bransjen preget av solopprestasjoner og trygg flyging var stort sett opp til hver enkelts dømmekraft. Ulykkesstatistikken var deretter. Sikkerhet i luftfarten er bygget på flere pilarer. En av dem er trening. På alle ledd er det spesifikke krav til trening for å få lov til å sette seg bak spakene. Jeg gipset en gang en flyger i et av de store flyselskapene. Han hadde ramlet på sykkel og fått seg en scafoidfraktur. Det var min første, jeg var alene. Det gikk bra, det gjør jo som oftest det. Når jeg friskmeldte ham seks uker senere, var han på veg til Sverige for én ukes treningsopphold. Ukene med avbrekk medførte krav om det før han igjen kunne fly. Dette til tross for at han var styrmann (les assistentlege) og hele tiden fløy med en mer erfaren kaptein (les overlege). Disse kravene er selskapets egne, og selskapet har regler som er strengere enn kravene i luftfartsreglementet.

Jeg er selv flyger, det er en av mine kjæreste hobbyer. Akkurat nå har jeg ikke lov til å ta med passasjerer når jeg er ute og flyr. Grunnen til det er at jeg har mindre enn fem landinger i løpet av de siste tre månedene. Dersom jeg vil ha med passasjerer, må jeg gjennomføre den nødvendige treningen for på nytt å være “current”. Dersom jeg flyr mindre enn 12 timer i år (inkludert én time med en instruktør), må jeg ta en ny utsjekk med en kontrollør godkjent av Luftfartstilsynet. Jeg har nå vært ute av klinisk arbeid på barneavdeling i snart 18 måneder. På et tidspunkt skal jeg tilbake igjen. Hvilke formelle krav må tilfredsstilles før jeg kan gå vakt alene?

Barnelegeforeningen har gjort prosedyretrening til et av sine satsningsområder for denne styreperioden. Styret har startet med en kartlegging av situasjonen på de forskjellige avdelingene. Mange har allerede gode opplegg på gang, men det er stadig en utfordring å få forståelse for at trening i noen grad må gå på bekostning av produksjon. Kanskje må det nasjonale retningslinjer til for å få aksept for mer tid satt av til trening. Vi trenger også en grundig diskusjon på hva treningen skal bestå i.

Tomas

Redaktør: Tomas Nordheim Alme,
Pediatrisk forskningsinstitutt

Rikshospitalet - Radiumhospitalet HF
0027 Oslo

paidos@barnelegeforeningen.no
Design : Anne-Marie Korseberg

Lay-out: Tomas Nordheim Alme
Trykket hos 07 Gruppen AS

Oppslag: 750
Antall utgivelser per år: 4

Frist for innsending av bidrag og
annonsematerialer:

Nr. 02/2008 - 1. april

Nr. 03/2008 - 1. juli

Nr. 04/2008 - 1. oktober

ISSN: 0804-1687 © Norsk Barnelegeforening

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

fordeling er på dagsordenen.

Det stimulerende i å være pediater i ledelse ligger i å få bruke sin samlede kompetanse til å se mulighetene for utviklingen av helsetilbudet til barn. ”Der menigmann ser skjebnen og byråkraten ser forpliktelser, der ser den gode leder mulighetene”.

Halvparten av de 22 som ble samlet i 1998 til NBFs første møte for avdelingsoverleger, sitter nå i andre stillinger. Noen få er gått av pga alder. Noen har akslet seg til større lederoppgaver som klinikkssjefer eller divisjonsdirektører. Omtrent halvparten har lederstillinger på lavere nivå i linja uten resultatansvar ofte med sjukepleier som leder over seg i organisasjonen. Flere har en dårlig definert rolle som ”medisinskfaglig rådgiver”. For tiden er det sågar tilfellet ved en av landets universitetsklinikker. Sånn bør det ikke være!

Pediatri er en aldersspesifikk, stor og helhetlig spesialitet. Skal vi ta vare på spesialiteten og videreutvikle helsetjenestene til barn, må avdelingene sikres med tydelige ledeledere på flere nivåer. Det trenges satsning på rekruttering, lederutvikling i grunn- og videreutdanning, akseptable arbeidsavtaler som gir tid til ledelse og nødvendig mulighet til å holde kontakt med faget. Dnlfs innspill om å ta ledelse opp til ny vurdering ønskes hjertelig velkommen.

NBF anser det som viktig å sammenkalle ”avdelingsoverlegene”, uansett hvilke umulige titler de måtte ha, til årlige samlinger og være på banen i de videre debatter om hvordan ledelse i pediatri kan styrkes.

Telemark januar 2008

Forsidebildet:

Den gode vinteropplevelsen er noe jeg ofte har hatt problem med å forklare for folk som er oppvokst i varmere strøk. Hva er så bra med å fryse egentlig? Hva er så gøy med å gå kilometer etter kilometer på ski mens snø og hagl pisker i ansiktet, og hva er egentlig så frigjørende med å pakke seg inn i lag på lag med klær?

Vinteraktiviteter er solid innprentet i nordmenn. Selv om vi også her neppe er så homogene som vi liker å fremstille oss som, er det et faktum at mange nordmenn liker å være ute når det er kaldt. I årets første uker rapporterer sportsforretningene om eksplosjon i salget av ski og skiutstyr. Jeg har bidratt, i form av det første skiparet til min yngste sønn på to år og en ryggplate til den eldste som nå påstår han skal begynne med triks på snowboard. Og selv om mine barn nå kan ønske seg jakker med innebygd ledningsnett og fjernkontroll til MP3-spilleren og annet spesialisert utstyr for å ta seg godt ut i bakken, synes jeg det er udelte positivt at interessene går i slike retninger. De kommersielle aktørene sørger for å skape interesse for alle former for nedover-ski - så får jeg selv ta ansvaret for bortoverski. Det er i grunnen helt i orden. Når jeg tenker etter, er faktisk flere av mine aller beste familieminne med ski på bena eller i umiddelbar tilknytning til dette.

Frysing må læres. Selv husker jeg godt en ekstra kald morgen på oppstilling under militærtjenesten. Det var januar og gradestokken var krøpet godt under -30 °C. Det er da min sidemann, en snekker fra Tynset, utbryter: Karer - nå gjæls det å stå midt i klea! Det er ingenting som er gøy dersom man fryser for mye. Mang en skitur er gått i vasken på grunn av kalde tær. Derfor er det å lære barn å kle rett på seg og å holde seg varme ute noe som er helt sentralt for å få vellykket uteaktivitet. Selv gikk jeg for noen år siden til anskaffelse av termokjeledress slik at jeg kan holde ut like lenge som barna når tempoet ikke er så høyt i voksen-målestokk. Det er en av mine aller beste investeringer.



Noen mener det var kaldere før. Nå er jo begrepet før nokså upresist, men om man ser på trendlinjen fra 1800 og frem til i dag stemmer det nok, det er blitt ca én grad varmere, i gjennomsnitt, året sett under ett i løpet av disse ca 200 årene. Nå strides de lærde om hvordan den videre utvikling vil bli. Om det blir slik enkelte klimaprofeter bebuder, kan det jo hende vi med årene må bytte ut bevernylon med bastskjørt, men inntil videre tenker jeg at vi fremdeles har godt av å lære oss å fryse.

Bildet er tatt en ettermiddag tidlig i januar under en fantastisk stemingsfull tur med hest og slede i skogen på Gol. Med varm drikke og et sprakende bål er det ikke vanskelig å skjønne hvor godt man kan ha det ute om vinteren.

Styret i Norsk barnelegeforening 07-09



Kristin Hodnekvam (Leder)

Overlege ved Barne- og Ungdomsmedisinsk seksjon i Telemark. Avdelingsoverlege fra -98, resultatansvarlig avdelingssjef fra -99 og klinikkssjef for en samlet Barne- og Ungdomsklinikk fra 2002-2005. Fra 2008 enhetsleder for legeseksjonen.

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

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

leder@barnelegeforeningen.no



Siri Hjertnes (Sekretær)

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

sekretaer@barnelegeforeningen.no



Karl-Olaf Wathne (Kasserer)

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

kasserer@barnelegeforeningen.no



Marianne Nordhov

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



Thor Willy Ruud Hansen (Nestleder)

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

nestleder@barnelegeforeningen.no



Jannicke Andresen (Møtesekretær)

Studert i Wuerzburg, Tyskland fra 93. Etter endt turnus i Harstad og Voss ansatt som assistentlege ved barneavdelingen i Fredrikstad fra desember 2000. Startet gruppe 1 tjeneste ved Rikshospitalet i mars 2004, og har vært ansatt som stipendiat ved Pediatrisk Forskningsinstitutt fra begynnelsen av 2005. Forsker på perinatal asfyxi og intervensjon. Bruker all fritid til reising og kitesurfing.

motesekretaer@barnelegeforeningen.no



Tomas Nordheim Alme (Redaktør Paidos/Pedweb)

Født i Narvik, oppvokst litt her og litt der. Studert i Oslo, turnustjeneste på vakre Voss, assistentlege ved Klinikk for barn og habilitering i Drammen. For tiden stipendiat ved pediatrik forskningsinstitutt. Bor på Kjeller med kone og tre barn. Ved siden av egne og andres barn er friluftsliv, jakt, småfly og musikk viktige interesser.

paidos@barnelegeforeningen.no

Nytt kurs på Haukeland:

Utfordrende kommunikasjon

Hva gjør du når det som ikke skulle skje likevel har skjedd? Når du på jobben settes i situasjoner som du merker er helt i grensen av hva du tåler som person – og det fremdeles forventes at du opptrer reflektert, faglig og scenevant. I Bergen har de nå laget et kurs for å hjelpe leger å kommunisere på en tillitvekkende måte og mestre vanskelige situasjoner.

Tekst: Tomas Nordheim Alme

Hvordan oppleves det å stå i sentrum for en kritisk presse? Hvordan reagerer man når pårørende setter spørsmålstejn ved dine faglige prestasjoner eller kommunikasjonsevner – og bruker pressen eller advokater for å formidle det? Og hvorfor blir det slik? Mange har nok stilt seg disse og lignende spørsmål i kjølvannet av flere mediasaker i de senere år, der det er satt søkelys på konflikter mellom helsepersonell og pasienter eller pårørende. Spesielt når sakene har omhandlet barn, har interessen og dermed påtrykket fra media vært spesielt stort. Vi husker advokater, kollegaer og politikere som kappes om å mene noe offentlig om saker som i utgangspunktet allerede er kompliserte. Disse sakene har avdekket flere sentrale behov for leger som skal jobbe med ting som er vanskelig og som kan gå galt.

Basert på egne erfaringer. Ved Haukeland Universitetssykehus har de på bakgrunn av egne erfaringer nå laget et kurs for leger som ønsker å lære mer om hvordan man kan forberede seg for slike situasjoner. Det første kurset arrangeres i slutten av februar. En av initiativtakerne til kurset er Trond Markestad, barnelege og leder for Legeforeningens råd for legeetikk.

– Moderne medisin har gitt oss gode verktøy for å opprettholde og forlenge liv. Dette gir nye utfordringer for helsepersonell, fordi disse mulighetene av og til vil komme i konflikt med det grunnleggende kravet om ikke å påføre skade og dermed skape vanskelige etiske problemstillinger. Samtidig har vi en samfunnsutvikling der det forventes at pasient og pårørende har stor grad av medbestemmelsesrett. Dette er en ønskelig utvikling, men den byr på nye utfordringer, mener han.

Markestad mener leger i stor grad har vært overlatt til seg selv når det gjelder å tolke hva som er gjeldende retningslinjer og etisk plattform for slike vanskelige situasjoner, og at dette har medført en stor usikkerhet som i seg selv kan være konfliktskapende.



▲ Trond Markestad

– Målet for kurset er at deltakerne skal være tryggere i måten å kommunisere med barn og pårørende på, og på det etiske og juridiske grunnlaget for avgjørelser som tas. Det arbeides nå med en nasjonal veileder for begrenset av livsforlengende behandling hos alvorlig syke og døende. En slik veileder vil forhåpentlig bidra til å skape større trygghet for legene som har behandlingsansvar, men forslagene vil sikkert skape debatt når utkastet etter hvert sendes ut på høring. På kurset kommer vi til å legge stor vekt på å diskutere disse spørsmålene, forteller han.

Bedre kommunikasjon. Det settes stadig større krav til legens kommunikasjonsevner, og budskapet som skal

kommuniseres blir stadig mer komplisert. Vi skal ikke bare kommunisere bra med pasient og pårørende, men også med advokater og journalister som har en helt annen måte å jobbe på og helt andre motiver enn det vi tradisjonelt er vant med.

– Jeg vil påstå at det i de store konfliktsakene som jeg kjenner, ikke primært har vært kommunikasjonen som har vært årsaken til konflikten. Problemet har ikke vært at man ikke har forstått det som blir sagt – men at man ikke aksepterer det. Det å bli utfordret på faglige vurderinger tror jeg er noe vi må venne oss til som leger. Men det er klart at gode kommunikasjonsevner må ligge i bunnen av et vellykket lege-pasientforhold, fremholder han.

Markestad mener at vi må lære oss å håndtere det å bli kritisert og satt spørsmålstejn ved. Det er en utvikling som vi ikke kan snu. For å klare det må legen føle seg sikker på det etiske grunnlaget og det må finnes en enighet om når og

hvordan slike problemstillinger kommuniseres.

– Vi må rett og slett ha prosedyrer for hvordan vi behandler skepsis mot oss selv, sier han.

– Min erfaring er at størst mulig åpenhet vil avverge mange vanskelige situasjoner. Et eksempel er fra den såkalte Bærumssaken (om lindrende sedering av voksne, terminale kreftpasienter, red. anm.), der media lyktes i å skape et bilde av mystikk og et inntrykk av det foregikk noe lugubert. Rådet for legeetikk tok i etterkant initiativ til å lage en veileder for lindrende sedering. Etter det har det knapt vært satt spørsmålstejn ved behandlingen, forteller han.

Sammensatt kursprogram. Kursprogrammet er fremdeles under finjustering, men det er klart at det blir et sammensatt kurs.

– På den ene siden går vi nokså konkret igjennom gjeldende lover og regelverk. Videre er det lagt vekt på konkrete kommunikasjonsovelser der deltakerne får se videoopptak av pasientmøter som utgangspunkt for diskusjon. Og til slutt vil vi forsøke å formidle noe om hvordan det oppleves å stå i og mestre slike saker, og hvordan vi som ledere og kolleger kan støtte dem som opplever å være utsatt for uheldige hendelser eller belastende oppmerksomhet fra media, tilsynsmyndigheter, advokater og pårørende. Selv om målet er å unngå konflikt og få til løsninger til det beste både for barn og de pårørende, må vi også ”lære oss” å stå i konflikt - hvordan vi håndterer konflikter på en konstruktiv måte, mener Markestad.

Det er for det meste barneleger som er påmeldt kurset, og Markestad har merket seg at det i stor grad er yngre kollegaer som deltar.

– Selv om det ville vært en berikelse for kurset om flere av de med lang erfaring hadde deltatt, har vi hentet inn flere av disse på kursledersiden, og jeg mener at vi har et godt utgangspunkt for et lærerikt og nyttig kurs, avslutter han.

Kurset er fulltregnet, men det går fremdeles an å sette seg på venteliste i fall det blir frafall. Se www.barnelegeforeningen.no eller Legeforeningens kurskatalog for mer informasjon.

ETIKK, KOMMUNIKASJON OG MESTRING

Tid: 20. - 22. februar 2008
Sted: Haukeland Universitetssykehus
Påmelding: Fullt, men fremdeles mulig å stå på venteliste.
Kontakt kurs.bergen@legeforeningen.no

Kursledere: Trond Markestad, Anne Kjersti Befring, Thore Henriksen, Thor Willy Ruud Hansen, Siri Steine, Haldor Øvreeide, Göran Bodegård, Edvin Schei, Britt Skadberg, Hans Flåtten.

Tema: Etiske regler, pasientrettighetsloven, helsepersonelloven. Taushetsplikt, informasjonsplikt, foreldres medbestemmelse. De vanskelige samtalen. Kommunikasjonsteori. Barn som pasient. Dårlige nyheter. Omsorgssvikt. Mestring. Feil og uheldige hendelser. Å leve med krevende pasienter og familier. Forebygging av utbrenthet.

Sett av 29. - 31. mai:

Vårmøte i Fredrikstad

Det nærmer seg vår og med vår kommer Vårmøtet. I år er det Barneavdelingen ved Sykehuset Østfold i Fredrikstad som står som arrangør. Programmet er spennende og vidtfaenende og burde være relevant for de aller fleste barneleger. Fredrikstad har dessuten mye å by på både på land og til vanns.

Tekst: Tomas Nordheim Alme

Hva passer vel bedre enn å avslutte vårsemesteret med en tur til vakre Fredrikstad? Byen omtales som Nordens best bevarte festningsby, med hus, vanngraver og vollporter fra 1600 og 1700-årene. På barneavdelingen har kollegene arbeidet hardt med både det faglige og sosiale programmet og avdelingssjef Helge Stene-Johansen lover prima vare på begge fronter. Møtet finner sted på det helt nybygde Radisson-SAS hotellet som har svært gode konferanselokaler og beliggenhet midt i byen.

Praktiske sesjoner – Det har vært god respons ved tidligere vårmøter på de praktisk rettede kursene på formiddagen første kursdag. Derfor legger vi opp til tre slike kurs i år, i praktisk respiratorbehandling, ekko-kardiografi og i behandlingsmuligheter for spastiske barn, forteller avdelingssjef Helge Stene-Johansen. Dette er kurs som har relevans for alle som går i vakt på en barneavdeling, enten man er ung eller gammel, mener han.

Etter det redaksjonen i Paidos har kunnet bringe på det rene, er dette *ikke* arrangementskomiteén med avdelingssjef Helge Stene-Johansen i spissen.

Hovedprogrammet starter kl 13 og denne ettermiddagen er satt av til et temaseminar om diabetes hos barn og unge. Vel verdt å få med seg for de fleste barneleger. Som vanlig vil det være subgruppemøter på ettermiddagen torsdag.

Føling i fjæra. Østfold er et skjærgårdsfylke og mai er en strålende måned for å vise frem hva vi har å by på, sier avdelingssjef Helge Stene-Johansen. Torsdags ettermiddag inviteres det derfor på skjærgårdscruise. Som seg hør og bør, står det reker på menyen. Har du ikke opplevd østfoldskjærgården før, er dette noe du absolutt bør få med deg!

Internasjonal barnehelse – Ved Vårmøtet i Levanger i 2007 ble Interessegruppe for Internasjonal barnehelse stiftet. I år følger vi opp med en halv dag i plenumssesjon med dette som tema, forteller Ketil Størdal, som for tiden har permisjon fra avdelingen og arbeider som barnelege i Botswana.

– Vi har lagt opp til et program der vi først tar for oss de store linjene når det gjelder dødelighet og sykkelighet hos barn internasjonalt, før vi zoomer inn på hva hver enkelt av oss kan bidra med. Vi samler norske kolleger som har jobbet eller som jobber ute slik at vi alle kan få dele deres erfaringer og opplevelser, forteller han.

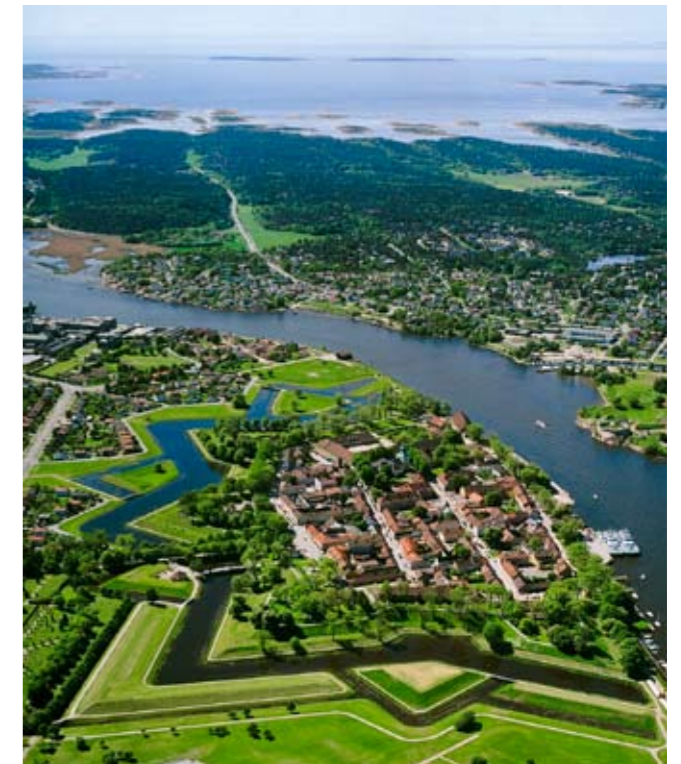
– Deretter vendes blikket hjemover og det settes søkelys på ”importerte” barnehelse-problemstillinger, så som inngifte og tuberkulose, før dagens situasjon omkring HIV/AIDS, både i Norge og i internasjonalt perspektiv blir tema, avslutter han.

Neonatalogi. Lørdag morgen er det nyfødttemaer som står på programmet. Det blir sesjoner om asfyksi og hypotermi, nevroradiologi og erfaringer med og erfaringer med cerebral funksjonsmonitorering (CFM) av nyfødte. – Dette er igjen tema som får praktisk betydning for alle oss som går i vakt på en barneavdeling med nyfødttintensiv og der det skjer mye for tiden, forteller seksjonsoverlege ved nyfødttintensiv Sven-Harald Andersen.

Festmiddag i storstua I tillegg til å ha et rikt kulturliv er Fredrikstad selvfølgelig også kjent som en fotballby. I fjor fikk Fredrikstad FK ny stadion, og det er her, i det som kalles byens nye storstue, at festmiddagen avholdes på fredag. Det loves mat og underholdning av ypperste kvalitet.

Enkel kommunikasjon. Det er greit å komme seg til Fredrikstad. Togturen fra Oslo tar bare en time. Dersom man kommer fra Bergen, kan man nå også fly direkte til nyåpnede Rygge Flyplass.

Nye assistenter oppfordres spesielt til å melde seg på og vi minner om at prisen for beste frie foredrag er kr 10.000. Det er med andre ord ikke mer å lure på. Kryss av 29. til 31. mai i kalenderen din og meld deg på Vårmøtet nå!



VÅRMØTET 2008 I FREDRIKSTAD

Tid: 29. - 31. mai 2008
Sted: Radisson-SAS Hotell Fredrikstad
Påmelding: Elektronisk på www.barnelegeforeningen.no fra primo februar.

Tema: Praktiske kurs i respiratorbehandling, ekkokardiografi og behandling av spastiske barn.
Diabetes. Internasjonal barnehelse.
HIV/AIDS, tuberkulose, inngifte.
Asfyksi, hypotermi, CFM.



Kartlegger utredning av mishandling

Forekomsten av barnemishandling er dårlig kartlagt i Norge. Mørketallene er antakelig høye, og de tilfellene som oppdages og som det intervenseres mot er antakelig bare toppen av isfjellet. Nå planlegges en ny studie som skal kartlegge forekomsten av mistanke om barnemishandling og hvordan norske barneavdelinger håndterer slike situasjoner.

Tekst: Tomas Nordheim Alme

Hva gjør vi når vi tar i mot barn som har skader forenlig med barnemishandling? Dette er spørsmålet som stilles i en ny studie som skal gjennomføres i samarbeid mellom Ullevål Universitetssykehus og Nasjonalt kunnskapssenter for vold og traumatisk stress (NKVTS).

– Det finnes i dag ingen nasjonal standardisert utredningspraksis for tilfeller der man mistenker at det kan ligge fysisk mishandling til grunn for et barns skader. Dette forteller Mia Myhre, en av barnelegene bak studien. Sammen med kollega Anne Lindboe og veileder Grete Dyb ønsker de å kartlegge omfanget av utredning for mulig barnemishandling, samt se på hvilken utredningspraksis som benyttes.

Ingen oversikt i Norge. Et problem er at omfanget av fysiske overgrep mot barn fra foreldre eller andre omsorgsgivere er dårlig kartlagt i Norge. I følge Barnevernsstatistikken fra Statistisk Sentralbyrå ble det i 2005 igangsatt nye tiltak hos 394 barn på grunn av fysisk mishandling. Det finnes ingen imidlertid ingen informasjon om hvor mange barn som utredes med mistanke om dette i Norge. Det vites heller ingenting om hvordan de ulike barneavdelingene håndterer situasjoner der man kan eller bør mistenke barnemishandling.

Overlege ved barneintensiv Mia Myhre ved Barnekliviken UUS (tv) og konst. overlege Anne Lindboe ved seksjon for sosialpediatri, Klinikk for barnenevrologi og rehabilitering, UUS



– For noen år siden ble det gjort en undersøkelse blant norske barneavdelinger som del av en studentoppgave, der avdelingsoverleger ut fra hukommelse ble bedt om å estimere forekomsten av slik utredning, forteller Myhre.

– Selv om denne undersøkelsen har store feilkilder, avslørte den en betydelig variasjon mellom avdelinger når det gjelder forholdet til barnemishandling og hvordan legene oppfanger og forholder seg til slike mistanker, fortsetter hun.

Finne insidens. Studien er planlagt som en tverrsnittsstudie og skal gå over ett år. Poenget i denne omgang er å registrere insidens av utredninger og typen saker. Vi kommer ikke til å følge sakene over tid. Alle landets barneavdelinger inviteres og oppfordres sterkt til å delta.

– I tillegg ønsker vi også å samle en del bakgrunnsinformasjon om disse barna for å se om det finnes fellesfaktorer som kan hjelpe oss med å identifisere barn som har en økt risiko for å utsettes for fysisk mishandling, forteller Lindboe.

Anonymisert. Noe som ofte kommer opp i forbindelse med slike studier, er spørsmålet om informert samtykke, som naturlig nok kan være kinkig i slike saker.

– Dette har vi løst ved at alle opplysninger er anonymiserte. Legen som er ansvarlig for studien ved de enkelte avdelinger fyller ut skjemaet uten personopplysninger og sender inn, og det vil ikke være mulig i etterkant å gå tilbake og knytte skjemaet opp mot pasientjournaler. Det vil kun være sak og ikke person som inkluderes, avslutter Lindboe.

Veileder tilgjengelig. Paidoslesere med god hukommelse vil huske at Barnesenteret ved Sørlandet Sykehus gav ut en veileder for håndtering av saker med mistanke om barnemishandling. Denne er tidligere sendt ut til alle landets barneavdelinger.

Her kunne kanskje du ha skrevet noe?

Paidos tar i mot bidrag fra skriveglade kolleger.
Send inn på paidos@barnelegeforeningen.no

Rikshospitalet 7. og 8. april:

Lær deg terapeutisk hypnose

Hypnose er et begrep som for mange har et skjær av noe overnaturlig ved seg. Hvem har vel ikke sett TV-programmene der deltakerne hypnotiseres til å oppføre seg stikk i strid med sitt vanlige jeg. Du visste kanskje ikke at du kunne ha nytte av hypnose i ditt daglige arbeid? I april kommer den amerikanske pediateren og hypnoterapeuten Laurence Sugarman til Norge for å holde kurs for leger som arbeider med barn.

Tekst: Tomas Nordheim Alme

Søker man på hypnose eller hypnoterapi på internett får man riktignok mange treff, men de fleste fra mer eller mindre seriøse kommersielle aktører som tilbyr hypnose som terapi for alt som er ille. På den til vanlige så nyttige Wikipedia går diskusjonen med høy stemme og nokså tydelig motivert av personlig vinning.

Derfor er det kanskje ikke så rart at det har vært vanskelig å få aksept for hypnose som et nyttig verktøy i klinikerens verktøykasse. Det ønsker Inger Helene Vandvik å endre på og i april inviterer hun til kurs på Rikshospitalet med den kjente pediateren Laurence Sugarman som hovedforeleser. Kurset arrangeres som et samarbeid mellom Barne- og ungdomspsykiatrisk seksjon, Rikshospitalet, R-BUP Helse Sør og Øst og Norsk forening for klinisk og eksperimentell hypnose (NFKEH).

Endret bevissthetstilstand. Som fenomen har hypnose vært brukt i årtusener, for eksempel i religiøse ritualer. Etter annen verdenskrig fikk hypnosen en renessanse da man oppdaget at den ga gode resultater i hurtigbehandling av krigsnevrosener. Her hjemme har hypnose vært brukt av leger og psykologer i rundt 30 år. Likevel er tilbudet dårlig kjent.

– Hypnose kan defineres som en endret bevissthetstilstand, med en sterk konsentrasjon, fokusert oppmerksomhet og skjerpet hukommelse. En som er i en slik hypnotisk tilstand kan oppleve endring i følelser og i persepsjon. I en slik tilstand vil man for eksempel være mer mottakelig for suggesjoner, forteller Vandvik.

Inger Helene Vandvik trenger neppe noe egen introduksjon blant norske barneleger, som mangeårig avdelingsoverlege ved Barne- og ungdomspsykiatrisk seksjon, Rikshospitalet og professor i barnepsykiatri, nå emerita. Siden 70-tallet har hun brukt hypnose i arbeidet som barnepsykiater og ønsket er at flere leger også innen somatisk medisin og psykiatri får større forståelse for mulighetene som kunnskap om hypnose og hypnoterapi åpner opp for.



▲ Pediater og hypnoterapeut Laurence Irwin Sugarman

Viktig å kjenne til.

– For barneleger er det viktig å kjenne til mottakeligheten en pasient har i en slik tilstand. Vi kan alle se for oss eksempelet med et barn som sitter og ser på TV og er i sin egen verden. Barnet svarer ikke når du snakker til det, ikke fordi det ikke vil, men fordi impulsen ikke når frem. Dette kan brukes aktivt for eksempel som avledningsteknikk, sier

Vandvik.

Vandvik ramser opp en rekke tilstander, relevante for barneleger, der hypnoterapi har vist å ha effekt.

– Fra Rikshospitalet har vi publisert en liten studie hvor vi lærte barn selvhypnose for å få kontroll over enuresis nocturna. Denne resulterte i hundrevis av henvisninger. Ikke rart hun ønsker at flere kan tilby å lære barn med enuresis selvhypnose når de er motivert for å bli tørre, for hypnose kan hjelpe disse barna til å slutte å tisse på seg. Videre kan det brukes for å lære barn å mestre smertefulle tilstander, for eksempel migrene. Når det gjelder irritabel tarm og tilbakevendende magesmerter (RAP) er det nylig vist gode resultater i en studie fra Holland, fremholder hun.

–Vi bruker allerede ulike avledningsmanøvre som å blåse på sår for å få barna til å glemme smerte. Noe av det samme skjer ved mer bevisst bruk av ulike hypnotiske teknikker. Kunnskap om dette er bla nyttig når man for eksempel skal ta blodprøve eller sette sprøyte på barn, sier Vandvik.

Amerikansk ekspert. Laurence Sugarman er en erfaren amerikansk pediater som har benyttet hypnose som en del av sin praksis i mange år. Han er erfaren underviser og holder ofte kurs for helsepersonell som ønsker å lære teknikkene. Han har også gitt ut flere bøker om pasientkommunikasjon og om terapeutisk språk.

KURSPROGRAM

Dato:	7. - 8. april 2008
Påmelding:	1. mars 2008
Påmelding til:	elin.lysoe@rikshospitalet.no
Kursavgift:	1800,-
Godkjenning:	Kurset er søkt godkjent av Den norske legeförening og Norsk Psykologforening.

KURSPROGRAM

Overview of Hypnosis with Children. Laurence Sugarman
Hypnotic "Susceptibilities" and Abilities in Children and Adolescents
Hypnotic inductions: Which One For What?
Demonstrating Hypnotic Inductions
Teaching Children and Adolescents Self-Hypnosis
Practicing Hypnotic Inductions in Small Groups
Hypnosis and parents
Principles of Integrating Pediatric Hypnosis into General Practice.
Hypnotic Strategies for:
Procedural phobia
Chronic/recurrent pain
Elimination disorders
Chronic Diseases
Thoughts on the future of Hypnosis with Children
Group Hypnotic Experience

Vaktøyeblikk...

”Wiipiweep-weep-wiipiweep-weep!” – Å skit, tenker jeg samtidig som pulsen stiger. Frakken, hvor er den? På stolen. Jeg river den med, løper gjennom døråpningen og bortover korridoren. Hva er det nå? Asfyksi! Bakvakten er 20 minutter unna, nå er det meg det står og faller på. Det føles i hvert fall slik. Jeg bykser opp trappen, 2 trinn i ett – åpner døren og hører stemmer der inne, borte i gangen. Trippende føtter og sus fra oksygen og sug. Tørr i munnen.

- Hva har vi her?
- Terminbarn, to mislykkede sugekopper, tatt med tang.
- Har han skreket?
- Nei
- Hjerterefrekuensi er over 100

Jeg er i gang med bagen, armene til den lille gutten ligger slapt, senkede skuldre, ikke slik jeg vi ha dem. Jeg ser på klokken, det har gått 2 minutter.

– Fortsatt fin hjerteaksjon? Sykepleier fra Nyfødt har kommet til, vi er mange nå og det er fullt rundt det lille bordet. Jeg ser den lille brystkassen heve seg og synke i raske bevegelser synkront med mine hender. Anestesilegen kommer inn døren.

– Kom igjen da! Jeg tenker det inni meg og hører plutselig stemmen min si det høyt. Den lille kroppen rykker til, skuldrene beveger seg, hever seg litt. Den lille magen drar inn selv, først som et hikst, drar inn magen og det er ikke mine hender som gjør det. Han prøver å puste men får det ikke helt til. Et par hjelpepust til, mer bevegelse og han motarbeider meg, vil puste selv. Jeg legger ned baggen, legger ham over på siden så litt slim får renne ut. Jordmor stryker ham på ryggen. Først litt harking, små pustebevegelser. Så et skrik. Først ett forsiktig. Så et skrik fra magen og armer som slår ut. Den lille kroppen har vunnet sin første kamp. En far kommer inn fra korridoren, tårene hans renner og barnet har vidåpne øyne. Vi gjør plass til ham, fremst ved bordet.

– Gratulerer, du har fått en fin sønn!

Det første møtet, en forvirret far og en liten gutt som klarer det aller viktigste – å puste selv. Nå er alt opp til dem.

Assistentlege

Annonse:

Forskningsmidler

Renée og Bredo Grimsgaard's Stiftelse har som formål å yte bidrag til vitenskaplig forskning av sykdommer som rammer barn og unge. Søknad om midler må inneholde:

1. Prosjektbeskrivelse (max 2 sider).
2. Finansieringsplan for prosjektet med spesifisering av hvordan midlene det søkes om skal disponeres.
3. CV for prosjektansvarlig.

Søknader om utstyr og driftsmidler vil bli prioritert. Lønnsmidler utbetales kun til svært gode prosjekter.

Søknadsfrist: Vanligvis 1. april og 1. oktober
Søknaden sendes til: Renée og Bredo
Grimsgaard's Stiftelse v/Lisbeth Rognstrand, Oslo
Røde Kors Barnehjelp, Postboks 3, Grønland, 0133
OSLO

God bok...

Fyldig og forståelig om barn



Ola Didrik Saugstad
Barnets første leveår
260 s Spartacus forlag 2007
Pris NOK 298

Rett som det er får man anledning til å møte noen man allerede kjenner, men i et nytt ståsted. Det ville være umulig å anmelde Ola Didrik Saugstad sin nyeste bok *Barnets første leveår* uten å nevne at jeg fra før kjenner ham godt som veileder, medforsker og sjef. Når jeg sitter med boka i hendene, er ikke disse sidene lengre fremtredene, det er barnelegen Ola Didrik Saugstad som trer frem.

Ola Didrik Saugstad er den barnelege i Norge som er oftest sitert i internasjonal faglitteratur. I en generasjon har han bidratt til økt kunnskap innen nyfødtmedisin, særlig innenfor surfaktantbehandling og oksygens effekt på syke nyfødte, og navnet hans er velkjent blant pediaterne internasjonalt.

Barnets første leveår er en bok for foreldre og andre som har ansvar for barn. Det er en gjennomgang av sykdom og normal utvikling hos barn i de første årene med hensikten å øke foreldrenes kunnskap og derigjennom skape tryggere og mer kompetente foreldre.

Saugstad og forlaget har valgt en personlig vinkling på stoffet. Det står boka etter min mening seg på. Som småbarnsforeldre vil man overøses av informasjon gjennom både de vanlige kanalene som barselavdeling, helsestasjon, fastlege og lignende og ikke minst gjennom media i forhold

til hva som for tiden er og ikke er skadelig eller tilrådelig for barn. Sannheten er jo at svært mye vet vi ikke. Saugstad er her tydelig gjennom å bruke formuleringer som ”etter min mening”, eller ”de fleste vil synes”. Stoffet er også krydret med anekdoter fra Saugstads erfaring, både som barnelege og som forelder, noe som både gjør tekstene mer letteste og også setter kunnskapen i perspektiv. Det at Saugstad er personlig og i jeg-form understreker også etter min mening at kunnskap om helse er dynamisk. Som fremtidig lege for disse nå opplyste foreldrenes barn, synes jeg dette er viktig.

Boka er tenkt både som et oppslagsverk i aktuelle situasjoner og som en bok som egner seg for lesing fra perm til perm. Særlig den første delen som omhandler forhold før, under og like etter fødsel egner seg nok best for dette. Det er en utfordring å dekke alle de tema som Saugstad er innom på en enkel, lettest og forståelig måte. Etter min mening har han klart det godt og lesere med alminnelig gode allmennkunnskaper og leseferdigheter vil ikke ha problem med å følge resonnementene. Det kan fremholdes at boka er vel tung på nyfødt-delen. Dette er ikke unaturlig gitt forfatteren sitt daglige virke, men vel så mye reflekterer det vel at dette er perioden hvor den potensielle leser er ferskest i forhold til sitt barn og vitebegjærligheten er størst. Etter hvert blir jo de fleste foreldre vant til å være foreldre og behovet for informasjon blir mer problemorientert.

Kunnskap er makt. Det er en velkommen samfunnsendring at forholdet mellom lege og pasient/pårørende i dag er mer balansert enn det var tidligere. En viktig faktor i denne utviklingen har vært økt tilgang til informasjon for lekfolk. Slik informasjon er verdifull og oftest til det beste for barnet. De fleste av oss har nok imidlertid møtt foreldre som har tilegnet seg store mengder informasjon, men der man mangler en lik forståelse for bruken av den. Slik sett oppfatter jeg *Barnets første leveår* som en god informasjonskilde, fordi forfatteren ikke bare formidler faktakunnskapen, men også hvordan barnelegen anvender den.

Jeg tror boken har sin berettigede plass i bokhyllene til nysgjerrige og kunnskapstørste småbarnsforeldre. Det som slår meg gang på gang ved gjennomlesning, er at den også egner seg godt for leger og annet helsepersonell som vil sette seg inn i barnemedisin, selv om den ikke er en fagbok i den forstand. Jeg kan derfor uten vansker anbefale boken for ferske assistentleger, turnusleger og medisinstudenter som vil ha en rask og lettest, men altså personlig vinklet oversikt over barnets første år. Boken er også et godt eksempel på hvordan man kan gjøre til dels kompliserte vurderinger tilgjengelig på et lettfattelig, men aldri banalt språk. Det kan kanskje noen og enhver av oss trenge i møte med kompetente og kunnskapsrike foreldre.

TNA

Nutramigen 2 LGG

- et førstehåndsvalg ved kostbehandling
 av kumelkproteinallergi¹

NYHET!

Ny og
 bedre
 smak!



Nutramigen 2 LGG gir fullverdig velbalansert ernæring,
 også ved overgangen til fast føde. Bon Appetit!



Viktig: Morsmelk er barnets beste føde. Dersom morsmelkerstatning benyttes som tillegg kan produksjonen av morsmelk reduseres, og avbryter man ammingen kan det være vanskelig å begynne igjen. Man bør tenke igjennom ammingens fordeler for man introduserer morsmelkerstatning. Det er svært viktig å følge instruksjonene for tilberedning. Feilaktig håndtering kan skade spedbarnets helse. Foreldre skal alltid informeres av helsepersonell. Nutramigen skal brukes under medisinsk tilsyn.

Referanser: 1. ESPGHAN, Committee on Nutrition, J Pediatr Gastroenterol Nutr, 2006; 42:352-361.