

PAIDOS



TIDSSKRIFT FOR NORSK BARNELEGEFORENING

2009; 27(4): 57-80



Ferdighetstrening i pediatrien
Barnehuset - overgrep mot barn
Biopsykososial tilnærming



Kjære kolleger og venner!

Vinteren er her og barna fryder seg og venter på julen. Vi voksne blir også som barn igjen og husker vår egen jul da vi var barn. Julen er en fantastisk mulighet for oss til å vise vår samhandlingsevne ved å dele aktiviteter som julekos, juleverksted, julegaver, julebakst, julemusikk og julehistorier med barna omkring oss. Noen trenger litt ekstra hjelp og veiledning for å bli kjent med den norske julefeiringen. Andre kjenner feiringen men trenger hjelp til å ta del i den. Vår nasjons ansvar er beskrevet i Barnekonvensjonen. Alle vi som har med barn å gjøre gleder oss over Barnekonvensjonens 20 års jubileet som var 20. november. Som dere vet ble barnekonvensjonen ratifisert i Norge i 1991 og først i 2003 ble den en del av norsk lov. Hvert femte år gir Norge rapport til FN og får tilbakemelding om hva som må endres. De viktigste forbedringsområdene i Norge



er nå integrering av minoritetsspråklige barn, fokus på vold og seksuelle overgrep mot barn og omsorg til barn som lever sammen med foreldre som er rusmisbrukere, eller psykiatriske pasienter. Regjeringen har opprettet kompetansehus for overgrepssatte barn. Den nye institusjonen heter Barnehuset og finnes i flere regioner. I denne utgaven av PAIDOS setter vi også fokus på dagens samfunnsutvikling og sykdomspanorama hos barn som i økende grad krever en helhetlig biopsykososial tilnærming når vi skal forstå hva som disponerer, utløser og vedlikeholder sykdommer.

Paidos gratulerer Simon Flem Devold med UNESCO Norges ærespris for sin spalte På skråss i Aftenposten. Devold har vist et engasjement og en tilgjengelighet for barn med små og store gleder og sorger og har lyttet og tatt barna på alvor. Vi gratulerer vår nye ridder Rolf Lindemann på Ullevål som har blitt utnevnt til ridder av 1. klasse av den Kongelige Norske St. Olavs Orden. Vi gratulerer også barneavdelingene i Tønsberg og Ålesund med 50 års jubileet.

De siste 20 årene har ferdighetstrening fått en stor plass i opplæringen i helsefag og medisin. Nå er det nedsatt et nasjonalt utvalg for ferdighetstrening i pediatri for spesialisthelsetjenesten. Det er opprettet flere ferdighetssentre på landsbasis. Tre av dem presenteres i dette nummeret av Paidos.

Jeg ønsker alle lesere en riktig god og fredelig jul og et givende nytt år med akkurat passe store utfordringer for oss alle.

Stefan Kutzsche



Paidos søker redaksjonsmedarbeidere i 2010

I 2010 oppretter Paidos et redaksjonsteam for å gjøre tidsskriftet bedre. Vi søker kreative, engasjerte og skriveglade kolleger fra hele landet som kan tenke seg å være et fast medlem av Paidos redaksjonen. Målet er å lage en portal hvor vi kan samarbeide om publikasjonene på nettet. Dersom du trenger flere opplysninger om redaksjonen, så ta kontakt med paidos@barnelegeforeningen.no Paidos venter på din søknad.

Med vennlig hilsen Stefan Kutzsche

Kurs og konferanser

Vår møtet 2010 på Elverum

Du bør allerede nå sette av 2.-4.juni for å delta på Vår møtet 2010 på Elverum! Programmet kommer på pedweb og i neste utgave av Paidos.

Excellence in Paediatrics

Firenze 3-6. desember 2009 <http://www.excellence-in-paediatrics.org/>

Paidos©2009

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

Paidos skal

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

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

ISSN: 0804-1687 © Norsk Barnelegeforening

Redaktør

Stefan Kutzsche
paidos@barnelegeforeningen.no

Design

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

Materiellfrister

Nr. 01/2010 - 15. januar

Forsidefoto

Elisabeth Hegstad

Opplag: 800

Antall utgivelser per år: 4

Paidos på nett

www.barnelegeforeningen.no

- 58** Redaktøren
Stefan Kutzsche
- 60** En høyst vital og oppegående 90 års jublant!
Thor Willy Ruud Hansen
- 61** St. Olavs Orden for samfunnsnyttig innsats
Jens Grøgaard og Drude Fugleseth
- 62** Nasjonalt arbeidsutvalg for ferdighetstrening i pediatri
Marianne Nordhov og Stefan Kutzsche
- 63** Ferdighetstrening ved Rikshospitalet
Are Annesønn Kalstad
- 64** Pediatrisk simulering
Jostein Myhre
- 66** Barnesimulering ved Ullevål
Thomas Rajka og Kari Raaum Hovde
- 68** Internasjonal barnehelse; Facts and fiction in global health
Stefan Kutzsche
- 69** Signaler fra legeforeningen Dnlf
Stefan Kutzsche
- 70** Barnehuset
Ann Kristin Sandnes
- 72** Overgrep mot barn
Mia Cathrine Myhre
- 73** Lovene regulerer vårt ansvar
Geir Ø. Borgen
- 74** Biopsykososial sykdomsforståelse
Hans Petter Fundingsrud
- 76** Pediatrerdagene i Oslo
Thor Willy Ruud Hansen og Stefan Kutzsche
- 78** Barne- og ungdomssenteret i Tønsberg 50 år
Bjørn H. Halvorsen



Forsidebilde: Det skal tidlig krøkes... Victoria (9) har allerede startet med Drammensboksen som er et apparat for trening i kikkehulskirurgi som er utviklet av Knut Magnar Uv og Ole Christian Olsen ved Drammen sykehus. Foto: Elisabeth Hegstad

NBF ønsker sine medlemmer en god og fredelig jul

Lille nissen på bildet er 1 ½ år og representerer alle smånissene i vår hverdag. Gammelnissen er over 60 år og mange av våre lesere vil nok kjenne han igjen og huske den gode julefølelsen og forventningene. Nisser finnes i alle aldre, og de minner oss om at vi må være ekstra sjenerøse i julen - ikke bare med gaver, men også med omsorg og positiv tilstedeværelse. Riktig GOD JUL. Foto: Magne Pedersen

En høyst vital og oppegående 90 års jubilant!

Kjære barnelege-kolleger.

2009 er et år for runde anledninger i norsk pediatri. Norsk Barnelegeforening ble stiftet som "Norsk Pediatrisk Selskap" den 29. mai 1919 og holdt sitt første møte på Rikshospitalets Barneavdeling 2. oktober 1919. Årets Pediaterdager ble således holdt på måneden 90 år etter det første offisielle møtet. Mer om de første årene finner du i en historikk som ble utgitt i anledning 25 års jubileet (<http://www.legeforeningen.no/id/99954.0>).

Takk til Kristin Hodnekvam

Kristin Hodnekvam har i 2 år har vært en meget dyktig og dynamisk leder for NBF! Hun fikk takk og gave ved Vår møtet i Haugesund, men jeg vil også på denne plassen takke for hennes innsats for foreningen. Arbeidet som leder i foreningen har økt betydelig etter omorganiseringen til fagmedisinske foreninger innenfor DNLF, og Kristin fikk merke dette i fullt monn. Det har ikke blitt få kvelder og helger som har gått med til NBF-arbeidet!

NBF trenger dine idéer, din inspirasjon og ditt pågangsmot!

Jeg vil samtidig takke for tilliten ved at dere har valgt meg som deres leder for de neste to årene. Jeg er så heldig å ha fått med meg et meget arbeidsvillig og engasjert styre. Vi i styret vil gjøre vårt beste for å drive arbeidet for barnehelse framover. For å få til dette trenger vi deg! Jo flere av våre medlemmer som er engasjerte og innsatsvillige, jo mer kan vi rekke over. Styret alene kan ikke gjøre NBF til en bedre fagmedisinsk forening, men med bidrag fra hver enkelt av dere kan vi få det til. I de få ukene jeg har vært leder har jeg allerede bedt flere av dere om å ta på seg oppgaver som våre representanter i ulike fora, eller som ledere av viktige arbeidsgrupper. Tusen takk til dere som har sagt ja til utfordringene! Flere må regne med å høre fra oss. Ikke alle vil ha mulighet til å si ja, men vi regner med at i en så stor og god forening som vår, vil vi finne de villige hendene vi trenger for å få arbeidet gjort.

Ferdighetstrening i pediatrien

Arbeidsutvalget for ferdighetstrening ledes av Marianne Nordhov. Målsettingen er å lage et opplegg for et kurstilbud, blant annet å lage et kursopplegg for lokale trenere. Den treningen som skjer på hver enkelt barneavdeling vil fortsette å være det viktigste grunnlaget for å tilegne seg og vedlikeholde ferdigheter. Derfor bør hver barneavdeling ha et par leger som er opplært til å drive slik undervisning. Visse typer trening vil måtte samles på noen få steder der man har egnet utstyr (f.eks. computerstyrte modeller) og dedikerte lokaler. Noen tilbud skal kanskje bare gis på ett sted i landet på grunn av de spesielle ressursene som kreves.

Handlingsplanen for habilitering er nå tilgjengelig både som pdf-fil fra HDIR (http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00215/IS-1692_215599a.pdf) og i trykket form. Den vil være et viktig dokument for alle norske barneavdelinger! Mange av våre pasienter vil resten av livet være preget av den sykdommen eller misdannelsen de ble født med, eller som meldte seg i barneårene. Vår utfordring som barneleger er å bidra til at disse barna får et godt liv også når de blir voksne. Det krever at vi blir bedre til å kommunisere med våre voksenmedisinske og -kirurgiske kolleger, samt å samhandle med førstelinjetjenesten. NBFs styre vil holde nær kontakt med HDIR om denne saken, og vil holde dere oppdatert om nye muligheter for å finansiere tiltak og prosjekter.



Internasjonal barnehelse

NBFs styre arbeider for å finne et godt utløp for barnelegers engasjement for barnehelse i utviklingslandene. Utfordringen hittil har vært å finne en modell som vi har evne til å vedlikeholde over tid. Et viktig skritt er at vår møtesekretær Ellen Annexstad har tatt på seg oppdraget som styrets koordinator for dette arbeidet. Lykke til Ellen! Styret vurderer for tiden konkrete forslag til engasjement, men vi er svært mottagelige for gode forslag fra deg.

Med barnslig hilsen

Thor Willy Ruud Hansen

Leder i Norsk Barnelegeforening

St. Olavs Orden for samfunnsnyttig innsats

Vi har den glede av å gratulere vår kjære kollega overlege dr. med. Rolf Lindemann med denne ærefulle og vel fortjente utmerkelsen Ridder 1. klasse av Den Kongelige Norske St. Olavs Orden for samfunnsnyttig innsats. Rolf får denne utmerkelsen for sitt engasjement og innsats for de svakeste i samfunnet.

AV JENS GRØGAARD, KLINIKKSJEF DR.MED. OG DRUDE FUGLESETH, PROFESSOR DR. MED. BARNEKLINIKKEN, KVINNE-BARN KLINIKKEN, OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF, ULLEVÅL



H.M. Kongen har utnevnt Rolf Lindemann til Ridder 1. klasse av Den Kongelige Norske St. Olavs Orden for fortjeneste i norsk medisin. I vurderingen er det lagt vesentlig vekt på Lindemanns brede sosiale engasjement

innenfor nyfødtsorgen og omsorg for og ivaretagelse av "de svakeste barna". Han har vært sentral i arbeidet med informasjonsmateriell og en rekke utredninger og veiledere utgitt av Helsedirektoratet, som «Nyfødtsorgen i Norge», «Veileder for helsestasjonsvirksomheten, barn 0-7 år» og

«Informasjon til foreldre som har født for tidlig».

Rolf har vært seksjonsoverlege for nyfødtafdelingen ved Ullevål universitetssykehus fra 1982-2008 og er i dag konstituert professor II ved Fakultetsdivisjonen Ullevål universitetssykehus, Universitetet i Oslo. Lindemann er stadig en aktiv pådriver og veileder både for yngre kollegaer og medisinerstudenter, men også for andre faggrupper. Han viser også et stort ansvar og engasjement for leger i spesialisering. I tillegg er han en sosial ressurs som bidrar til trivsel i hverdagen i klinikken.

Han har bidratt med formidling av kompliserte spørsmål til allmennheten, og har selv deltatt i samfunnsdebatten på en åpen og uredde måte. Han har aktivt medvirket til dagens standard på nyfødtsorgen i Norge med bl. a. tilpasning av svangerskapspermisjonen til medisinske behov. Lindemann har i alle år vært opptatt av de etiske aspektene ved behandlingen av de aller minste og ekstremt for tidlig fødte barna. Hans fokus på etiske holdninger ved behandling av ekstremt for tidlig fødte barn har vært særdeles viktig. Han er medlem av Klinisk etikk komité ved Ullevål universitetssykehus, en komité som bidrar til løsning av kompliserte etiske problemer ved sykehusets kliniske avdelinger og er medlem av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, Sør-Øst-Norge (REK Sør-Øst).

Lindemanns høye bevissthet om etiske spørsmål kom også til syne i hans sterke engasjement for særlig svake og utsatte grupper som barn av HIV positive og stoffavhengige mødre og barn av alkoholmisbrukere. Han var sterkt medvirkende til gjennomføringen av: "Lov om Sosiale Tjenester § 6.2a - Tvangsbehandling av rusmisbrukere i barnets interesse". Han viser sterk engasjement og aktiv deltakelse i oppfølging av premature barn, lungeutvikling og respiratorbehandling av for tidlig fødte barn, ernæring av spedbarn og for tidlig fødte barn samt drift av morsmelksentraler.



Rolf Lindemann har vært sentral i oppbyggingen og utviklingen av nyfødtafdelingen på Ullevål som har det eventyrlige navnet "hundremeterskogen".

Nasjonalt arbeidsutvalg for ferdighetstrening i pediatri

Færre kritisk syke barn kombinert med mange barneavdelinger og flerdelte vaktsjikt fører til lite volum både i akutt situasjoner og for gjennomføring av akuttprosedyrer som for eksempel avansert hjerte og lungeredning.

AV MARIANNE NORDHOV, UNN OG STEFAN KUTZSCHE, REDAKTØR PAIDOS

Mange leger i spesialistutdanning utvikler ikke de nødvendige ferdighetene som forventes at barneleger behersker mot slutten av utdanningstiden, og for erfarne spesialister kan det gå lang tid mellom hver gang de står i en situasjon med et kritisk livstruende sykt barn. Mangel på kompetanse og volum innen flere viktige prosedyrer og beredskap ved akutte hendelser kan innebære en risiko for pasienter. Både Lov om pasientrettigheter § 2-1 og Lov om helsepersonell § 4 forplikter oss til å holde en høy standard på kunnskap og ferdigheter i faget.

Det trengs en mer robust og standardisert metode for å kvalitetssikre læring og vedlikeholdelse av kunnskap, ferdigheter og atferd ved gjennomføring av disse viktige prosedyrene, at den enkelte handler riktig i ulike akutte situasjoner samt for å dokumentere helsepersonellens kompetanse. Det finnes per i dag ingen nasjonale retningslinjer for gjennomføring av praktisk trening eller hvilke prosedyrer barnelegen bør beherske ved avslutning av spesialistutdanningen. Spesialitetsrådet arbeider derfor nå med en liste om hvilke krav som gjelder og konsensus må utarbeides om hvilke læringsmetoder og krav til dokumentasjon som må utvikles i opplæringsprogrammer.

HVA ER FERDIGHETSTRENING?

Ulike trender illustrerer ulike aktiviteter innen ferdighetstrening:

1. Utvikling av simulerte kliniske lærings-omgivelser
2. Bruk av teknologi
3. Implementering av tilpassede lærings-strategier
4. Muligheter for selvevaluering
5. Teamutvikling initiativer
6. Opprettholde et aktivt og støttende læringsmiljø

Det forutsettes en positiv holdning til praktisk trening i ledelsen og tilrettelegging for gjennomføring av treningen. Treningen må

inngå og synliggjøres i tjenesteplanene. Egnete lokaliteter /rom, simulator av varierende sofistikert grad (models og manikins), simulerte og standardiserte pasienter, pasient instruktører, og feed-back muligheter må være tilgjengelig og planlagt.

Vi vet ikke nøyaktig hvordan vi kan måle læringseffekten av simuleringen og hvilke kriterier som er valide. Evalueringer etter teamsimuleringer ved 32 sykehus har vist at mer enn 98 % av deltakerne opplever simuleringen som lærerik. Simulering egner seg for team til å få mer erfaring og kompetanse i livstruende og/eller sjelden forekommende situasjoner og der det kreves handlingsberedskap og korrekt handling (1).

Norsk Barnelegeforening (NBF) har nå satt ferdighetstrening på dagsorden. Få kritisk syke barn, mange avdelinger og lavt volum av praktisk trening i akuttprosedyrer i alle vaktsjikt gjør at behovet for systematisk trening har økt. Det foregår noe sporadisk trening rundt på de enkelte barneavdelingene, men hittil har få avdelinger satt det i system. Å lære praktiske prosedyrer på pasienter er ikke alltid enkelt, derfor kan et simulert læringsmiljø gi gode muligheter til å innøve nye ferdigheter mer effektivt. Det er svært viktig at trening gjennomføres enhetlig og standardisert på den enkelte avdeling og at treningen foretas av kvalifiserte instruktører. På den måten kan man best sikre at treningen er kvalitetssikret og gjennomføres opp mot nasjonale og internasjonale algoritmer og retningslinjer.

I begynnelsen av dette året ble det satt ned et nasjonalt utvalg som skal jobbe med de ulike forhold rundt praktisk trening / ferdighetstrening. Utvalget ledes av overlege Marianne Nordhov (UNN), og er ellers sammensatt av leger og sykepleiere med bred kunnskap om ferdighetstrening, simulering og bestemmelsestrening ("decisionmaking").



Vi trener for å yte maksimalt når sekundene teller. Foto: Oslo Universitetssykehus Ullevål

Hovedmålsettingen til utvalget er å utarbeide forslag til nasjonale anbefalinger om bruk av praktisk trening både i spesialistutdanningen og i de enkelte barneavdelinger som ledd i internt kvalitetsarbeid. Utvalget skal jobbe seg systematisk gjennom tilbudet av eksisterende ferdighetstreningkurs (APLS, Kurs i nyfødteknikker mfl) og ulike forhold rundt krav til praktisk trening (hvor ofte? hvem? hvordan?). I tillegg arbeider utvalget med målbeskrivelser/ og krav til innhold slik at treningen følger en standard og anerkjente algoritmer, uavhengig av størrelse på avdeling og tilgang til avansert simuleringsutstyr. Videre vil utvalget foreslå at 1 -2 personer på hver avdeling kan, etter å ha gjennomgått et spesialtilpasset instruktørkurs, ha hovedansvar for praktisk trening i avdelingen. Utvalget ønsker også å lage og samle scenarier og demonstrasjonsfilmer, og gjøre de tilgjengelig via www.barnelegeforeningen.no. Arbeidet er planlagt avsluttet sommeren 2010.

Referanser

1. Brinchmann-Hansen & al. (2004). Simulering – en god metode i legers videre- og etterutdanning. Tidsskr Nor Lægeforen ,124, 2113-2115

Ferdighetstrening ved Rikshospitalet

Ved Universitetet i Oslo fokuserer læreplanen for niende semester av medisinerstudiet på kvinner og barn. Som en del av den praktiske ferdighetstreningen i pediatri, tilbys de fleste studentene et svært populært én-til-én-kurs ved Ferdighetscenteret, der hver student får en time med én instruktør og et spedbarn.

AV ARE ANNESØNN KALSTAD, FERDIGHETSSENTERET RIKSHOSPITALET

Ferdighetscenteret ved Det Medisinske Fakultet, UiO, ble etablert ved det nye Rikshospitalet i 2001. Over årene har senteret utviklet seg til å tilby fasiliteter for egentrening i en rekke kliniske ferdigheter, og tilbyr dessuten en rekke kurs relatert til medisinerstudent undervisningen. Senteret har vært presentert flere ganger i Tidsskrift for Den norske legeforening(1-4).

Et sentralt læringsmål i pediatriundervisningen i niende semester er evnen til å undersøke og evaluere vekst og utvikling hos friske barn, og å kunne etablere en god klinisk relasjon til både foreldre og barn (5). Som trening i disse kliniske ferdighetene avholder Ferdighetscenteret hvert semester en frivillig, svært populær kursrekke. Ellers består undervisningen av forelesnings-basert innføring i undersøkelse

av barn og praktisk undervisning i smågrupper på sykehusavdelingene og ved hospitering på helsestasjonene. Kursene er et frivillig tilbud, og det settes hvert semester opp tilstrekkelig mange kurs slik at alle studenter som ønsker å delta kan få plass. En student på 11. eller 12. semester er instruktør, og vi har hvert semester en kursgjennomgang og kvalitetssikring ved professor Tore G. Abrahamsen. Foreldre og friske barn mellom 2 og 12 måneder rekrutteres via helsestasjoner og jungeltelegraf. Kurset varer ca. 45 minutter, og scenarioet er en nyfødt-/helsestasjonsundersøkelse. I tillegg diskuterer vi også undersøkelse av ett akutt sykt barn. Vi starter med en kort gjennomgang av anamnesen, og går videre til klinisk undersøkelse. Faste innslag er generell inspeksjon, måling, veiing, undersøkelse av hjertet, lunger og abdomen, otoskopi og inspeksjon av fauces.

I praksis tilpasses kurset mye etter forholdene. Vi tilbyr ikke bare undersøkelse på forskjellige barn med stor spredning i alder og utvikling, men vi underviser også studenter med ulik erfaringsgrunnlag og til dels stor spredning i ferdigheter. Mange studenter har knapt tatt i et spedbarn fra før, og utfordringen blir da ofte å få studenten til å føle seg trygg i denne situasjonen. Vi gjennomgår basale grep som praktisk avkledning og løfting, og "triks" for å forholde seg til barn og foreldre for i det hele tatt å kunne gjennomføre en undersøkelse. Er studenten mer erfaren, og har kanskje egne barn, har han/hun muligheten til å gå langt mer i dybden, for å få gjennomgått flere elementer av en undersøkelse og finslipe ferdighetene.

Fordelen med kursene er at det involverer bare én student, én instruktør og ett barn (pasient)

og vi har nesten all verdens tid til rådighet. Sammenlignet med en presset klinisk situasjon har vi her en unik mulighet til å rolig gå steg for steg gjennom hver del av undersøkelsen. Studentene lærer å nærme seg engstelige og skeptiske småbarn, som det ikke er ikke lett å samarbeide med. Spesielt uerfarne studenter profiterer veldig på dette opplegget. En ulempe er at kursene kan bli noe upresise i utformingen, og enkelte studenter har etterlyst et mer definert program med klare instruksjoner. I prosedyretrening har vi gode erfaringer med strengt oppsatte kurs (propedeutikk, gynekologisk undersøkelse, spinalpunksjon). Dette ville kunne gi studenter med lite klinisk erfaring en håndfast start. Imidlertid er dette en utfordring fordi emnene er sterkt avgrenset til kun å gjelde undersøkelse av og prosedyrer hos fødende og barn. Ferdighetstreningen fokuserer sterkt på en helhetlig forståelse med evnen til å tilpasse seg i situasjonen. Dette lar seg ikke nedfelle i en oppskrift. Ferdighetstreningen i pediatri ved Ferdighetscenteret Oslo Universitetssykehus, Rikshospitalet er på så måte et viktig skritt videre i retning ekspertnivå (6).

Referanser

1. Grøndalen, I. M. & Gravning, J. A. (2006). Ferdighetstrening. Tidsskr Nor Laegeforen. 126(16), 2116-2117.
2. Grøndalen, I.M. & Gravning, J.A. (2006). Ferdighetscenteret - hjelp til ansvar for egen læring. Tidsskr Nor Laegeforen. 126(16), 2073.
3. Larsen, B. & Storm, H. (2009). Tidsskr Nor Laegeforen. 129(16), 1652-1654.
4. Sundar, T. (2001). Ferdighetscenteret - åpent øvingshus for medisinstudenter. Tidsskr Nor Laegeforen.;121(19), 2323-2324.
5. Semester Guide - 9th semester (2009). Det Medisinske Fakultet, Universitetet i Oslo.
6. Collins A. (2006). Cognitive apprenticeship. In: Sawyer, R.K. (ed.). The Cambridge Handbok of the learning sciences, Chapter 4 pp.47-60. Cambridge University Press. Cambridge, New York.



Undersøkelse av spedbarn: André Almvik Meyer instruerer en student

Pediatriisk simulering

Stavanger Acute medicine Foundation for Education and Research (SAFER) er en frittstående stiftelse som ble opprettet i mai 2006 av tre likeverdige partnere; Universitetet i Stavanger (UiS), Stavanger Universitetssjukehus (SUS) og Lærdal Medical AS (LMA).

AV JOSTEIN MYHRE, INHOSPITAL KOORDINATOR SAFER.

De tre eierne har som felles satsingsområde å styrke utdanning, trening og forskning innen akuttmedisin og pasientsikkerhet. Målgruppen for SAFER er helsepersonell, men også andre grupper med funksjoner relatert til pasientbehandling. I tillegg skal SAFER bidra til økt samhandling om praktisk rettet forskning og styrke lokale og internasjonale nettverk innen satsingsområdene. Simuleringsbasert læring er fundamentet for all opplæring og trening på SAFER. Kurs og øvelser kan tilpasses individuelle behov slik at enkeltindivider eller behandlingsteam kan øve basal eller avansert pasientbehandling i realistiske omgivelser. Siden åpningen i mai 2006 har SAFER hatt over 10000 kursdeltagere som i hovedsak kommer fra de tre eierne av SAFER. Fra UiS dominerer sykepleierutdanningen som bruker, mens SUS har brukere fra alle fagfelt og funksjoner, fra portører til leger. Blant de flittigste brukerne er ambulansetjenesten og barneavdelingen, men også for eksempel traumeteam, PCI team, intensivavdelingen, turnusleger og medisinstudenter bruker SAFER. Blant eksterne deltaker er det offshore sykepleiere, legevaktsleger og sykepleier, Legeforeningens Spesialistkurs, Norsk Resuscitasjonsråd og allmennleger i samarbeid med legemiddelprodusenter

PEDIATRISK SIMULERING PÅ SAFER

Utviklingen i pediatriiske avdelinger går raskt og kravet til å følge med i den medisinske utviklingen kan være krevende. Samfunnet stiller stadig større krav til bruk av det nyeste mest sofistikerte utstyr og prosedyrer, samtidig som toleransen for negative hendelser er fallende (1). Nyere behandlingsmetoder inneholder potent teknologi og et dertil større skadepotensiale (2), samtidig som økende kompleksitet fører til økende risiko for at mindre

svikt kan føre til uventede uheldige hendelser (3). Å være på høyde medisinskfaglig, samtidig som en skal fungere optimalt i sin teamrolle i akutte problemstillinger stiller nye utfordringer til hvordan vi kan oppnå og vedlikeholde en slik kompetanse.

De to siste årene har barneavdelingene på Stavanger Universitetssjukehus tatt i bruk medisinsk simulering på SAFER som en del av deres satsing innen pasientsikkerhet og teamtrening. Muligheter for ulike teamsammensetninger og problemstillinger har gjort det mulig å tilpasse scenarier og trening til utfordringer som avdelingene i dag ser på som utfordrende. Dette kan innbefatte episoder med lav incidens, men med stort skadepotensiale, eller mer daglige situasjoner med mindre skadepotensiale, men med potensiale for såkalte "common killers". Bevisstgjøring og det å bli sikrere og tryggere i det en gjør mye av til daglig gir en stor totalgevinst i den totale pasientsikkerheten.

Avdelingene på Stavanger Universitetssjukehus har egne fasilitatorer som har tatt et såkalt TTT (Train The Trainer) kurs på SAFER. Dette er et 3 dagers kurs, fundamentert på en mal etter anerkjente europeiske simuleringssentre. Kurset inneholder teori om voksenpedagogikk, læringsstrategier, kommunikasjon og mye praktisk trening under veiledning. Under hele kurset får fasilitatorkandidatene tilbakemelding om hvordan de fungerer som fasilitatorer i en deltakergruppe. TTT kurs er en forutsetningen for å kunne begynne som fasilitator på SAFER, og i starten vil en fersk fasilitator fortsatt få hjelp av de andre mer erfarne fasilitatorene. Disse driver opplæringen, mens in-hospital sykehuskoordinatør fungerer som tilrettelegger og rådgiver innen

pedagogisk og teknisk tilrettelegging av treningen. Dynamikken i det medisinske feltet naturligvis gjør en organisering der fasilitatorene har sin tilhørighet i den kliniske hverdagen på sykehuset.

PRAKTISK GJENNOMFØRING.

Gjennom flere fagdager har barneavdelingen siden 2007 gjennomført trening på aktuelle problemstillinger. I forkant av fagdage har fagutviklingsansvarlige på avdelingene, både leger og sykepleiere, utarbeidet scenarier som belyser aktuelle problemstillinger en ønsker å fokusere på. Tverfagligheten har vært vektlagt på selve treningen for å gjenspeile det aktuelle teamet i reelle situasjoner. Selve fagdagen starter med en time teoriundervisning. Deltakerne blir deretter delt inn i grupper på 5 personer som i løpet av dagen er innom 4 ulike poster. Disse postene har inneholdt blant annet scenarier med f. eks.:

- Nyfødtdresucitering
- Etablering av terapeutisk hypotermi
- Respirasjonsbesvær
- Osv.

BRIEFING

Når deltakerne kommer til en treningsstasjon får de en kort briefing om simulatoren som blir brukt, hvor de finner aktuelt utstyr og en kort innføring i bruk av medisinsk simulering som metode. Dette blir gjort for å senke skuldene til deltakerne og samtidig ta bort deltakerfokus mot utstyr og simulator og rette dette mot hensikten med scenariet, nemlig trening og læring.

SCENARIET

Før selve simuleringen starter fordeler fasilitatoren rollene til teamet som skal ivareta pasienten. Det er ønskelig at alle har sine vanlige



Læringskretsen danner grunnlaget for medisinsk simulering på SAFER.

roller fordi det gir en mer naturlig tilnærming i scenariet. 3 deltakere er aktive i scenariet, mens 2 er observatører med spesifikke observasjonsoppgaver ift. læringsmålene (se under). Hvis deltakerne trenger hjelp kan de "calle" bakvakt. Fasilitatoren informerer deltakerne læringsmålene før selve simuleringen f.eks.

- Vurdering og etablering av adekvate tiltak til alvorlig hypovolemi.
- Kommunikasjon i teamet.

SIMULERINGEN

Fasilitatoren forteller om pasienten som er kommet inn til undersøkelsesrommet på avdelingen, en 14 mnd gammel gutt som har hatt hyppig vanntynn diare i et døgn. Moren beskriver at han er blitt gradvis slappere og gir nå dårligere kontakt. Behandlingsteamet tar i mot barnet og starter så behandling.

DEBRIFING

Når fasilitatoren synes behandlingsteamet har gjennomført scenariet tilstrekkelig til å danne grunnlag for en fruktbar debriefing avbrytes simuleringen. Deltakerne setter seg sammen som gruppe for å etablere en dialog rundt handlingene i scenariet. Fasilitatoren stiller åpne spørsmål for å stimulere deltakerne til aktivt å reflektere rundt sine roller i teamet. Dette er den delen av medisinsk simulering som deltakerne tilbakemelding som mest utbytte.

Debriefingen starter med det som er bra og går videre til det som kan forbedres. Deltakerne blir utfordret, ikke bare på hva de gjorde, men



Simulert intubering av nyfødt. Illustrasjonsfoto: Laerdal Medical AS

også bakgrunnen for deres handlinger. Dette blir gjort for å dele kunnskap og erfaring mellom ulike deltakere i teamet. Målet med simuleringen er å bidra til nyttig trening som skal gjøre deltakerne tryggere på egen funksjon og som teammedlem i hverdagen på avdelingen.

Referanser

1. Beck, U, Risk society: towards a new modernity, SAGE Publications 1992.
2. Gaba, D. M., Improving patient safety by implementing strategies of high reliability organization theory. *Euroanesthesia* 2005; 5: 243-247.
3. J. T. Reason m.fl. Diagnosing "vulnerable system syndrome": an essential prerequisite to effective risk management. *Quality in Health Care*, 2001; 10(suppl 1):ii21-ii25.

Barnesimulering ved Ullevål

Medisinsk simulering som metode kom fra flyindustrien og ble overført til medisinen via pionerer som professor Gaba ved Stanford Universitet i USA. Medisinsk simulering er en teknikk som bruker interaktiv læring og inkluderer computerbasert læring, læring av praktisk prosedyrer, rollespill samt simulering i full skala, som inkluderer all form for pasientbehandling i ett sykehus.

AV THOMAS RAJKA OG KARI RAAUM HOVDE, OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS ULLEVÅL, KVINNE -BARN KLINIKKEN

SIMULERINGSSENTERET I 5 ÅR

Simuleringssenteret ved Oslo Universitetssykehus, Ullevål, har vært i full operativ virksomhet i snart fem år. Senteret består av et ferdighetsrom og tre simuleringsslab'er. På ferdighetsrommet er det installert kirurgiske simulatorer for øyeoperasjoner, kikkhullskirurgi og mikrokirurgi. På dette rommet er det også mulig å trene på innleggelse av sentrale og perifere kanyler, sårskift, syng osv. Dette er et lavterskeltilbud hvor ansatte ved sykehuset kan "stikke innom" for å trene. På de tre simuleringsslab'ene gjennomføres fullskalasilulering. Tverrfaglige team bestående i hovedsak av leger og sykepleiere trener på å håndtere ulike akutte situasjoner.

Vi har 12 egne instruktører som er utdannet ved etablerte simuleringssentre i Herlev/Danmark og Tübingen/Tyskland. 5 av disse

driver hovedsakelig med barnesimulering. To overleger og tre spesialsykepleiere er ansvarlig for barneprosjektene. Alle har tilknytning til Barneklirikken. Pedagog og teknisk service er også en del av senteret.

POSITIV LEDELSE I KLINIKKEN

Barneklirikkens ansatte har deltatt i treningen helt fra begynnelsen. Barneklirikken består av tre medisinske poster, en barneklirikurgisk post, barneintensiv, nyfødt intensiv, nyfødt sengepost, barnemottak, poliklinik og en dagpost, med ca. 500 ansatte i alt. Med en positiv klirikledelse som et viktig suksesskriterium, har alle ansatte trent i gjennomsnitt en gang årlig. Dette er i tråd med Barneklirikkens målsetning.

All trening planlegges på forhånd og skreddersyes ut fra de ulike postenes behov i samarbeid med fagutviklingssykepleiere og lege.

De ansatte trener på håndtering av situasjoner som oppstår sjeldent, men som det forventes at de skal håndtere når de oppstår. Eksempler på det er hjertestans, anafylaksi og fjerning av fremmedlegeme. De trener også på mer vanlige akutte situasjoner som mottak av barn med sepsis, kramper og mekoniumaspirasjon for å nevne noe.

EN DAG PÅ SIMULERINGSSENTERET

En dag på simuleringssenteret starter med informasjon om simulering og teori i akutte prosedyrer. Deretter trenes det på ferdigheter som hjerte-lunge-redning, innleggelse av intraossøs nål, defibrillering, maskeventilering og lignende. Videre gjennomføres to enkle og to mer avanserte pasientscenarier. Til disse scenarioene bruker vi både enkle og mer avanserte dukker. De sistnevnte styres fra et kontrollrom der dukkens vitale funksjoner



Praktisk trening av ferdigheter med påfølgende debriefing. Foto: Oslo Universitetssykehus Ullevål

kan manipuleres. Ethvert scenario avsluttes så med en debriefing der fokus er tydelig ledelse, kommunikasjon og samhandling i teamet, i tillegg til den medisinske behandlingen. Våre instruktører kan både lede debriefing, styre dukken samt være aktive instruktører i feltet.

NYE PROSJEKTER

Nyfødtkurs

Legeforeningens nyfødtteknikk kurs er utvidet med en fullskala simuleringssdag som arrangeres i vårt senter to ganger årlig

Kvinneklubben

Alle ansatte i Kvinneklubben får opplæring i nyfødt resuscitering med enkle scenario. Dette arrangeres som del av et større kurs fire ganger årlig.

Tverrfaglig samhandling

I høst er tilbudet overfor Kvinne-barn divisjonens ansatte også utvidet til å omfatte

fullskala simulering. Jordmødre, gynekologer, neonatologer og sykepleiere fra nyfødt-intensiv trener sammen mottak av uventet alvorlig sykt nyfødt barn. Dette prosjektet kalles "CEPS", som står for Center for Education in Pediatric Simulator. CEPS har en dobbeltbetydning, fordi den som er leder i teamet skal bære en caps på hodet. Dersom lederskapet byttes, skal capsen følge med. Dette er et pedagogisk poeng for å visualisere tydelig ledelse. Det er etablert 16 CEPS sentre i Sverige, og initiativtaker der, overlege Anders Dahlstrøm, ønsket å innføre dette på Ullevål. Takket være positiv klinikkledelse på både Kvinne og Barn lot dette seg gjennomføre med suksess.

Selv om det er vanskelig å måle eksakt effekt av simulering på læringsutbytte, er tilbakemeldingene fra deltakerne svært positive. Flere ansatte som kommer tilbake for å trene for andre eller tredje gang sier at de tenkte tilbake på hva som ble vektlagt

i simuleringstreningen når de står i reelle situasjoner med pasienter. Klinikksjef Jens Grøgaard uttaler at; **"Vi ser gode resultater med større trygghet hos personalet, mer profesjonell akuttbehandling og økt interesse for trening og kompetanseheving"**.

Fremtidens krav om kvalitetsikring og pasientsikkerhet gjør at simulering vil være en viktig faktor også i fremtiden. Barnelegeforeningen har også sett betydningen av dette og har nedsatt en gruppe ledet av Marianne Nordhov, der ferdighetstrening, samhandling og simulering skal være et av flere kriterier for å forbedre pediatrien i sin helhet.

Vi vil benytte anledningen til å ønske alle som starter opp med simulering eller andre interesserte til å ta kontakt med vårt simuleringssenter hvis dere ønsker hjelp fra oss.

INTERNASJONAL BARNEHELSE

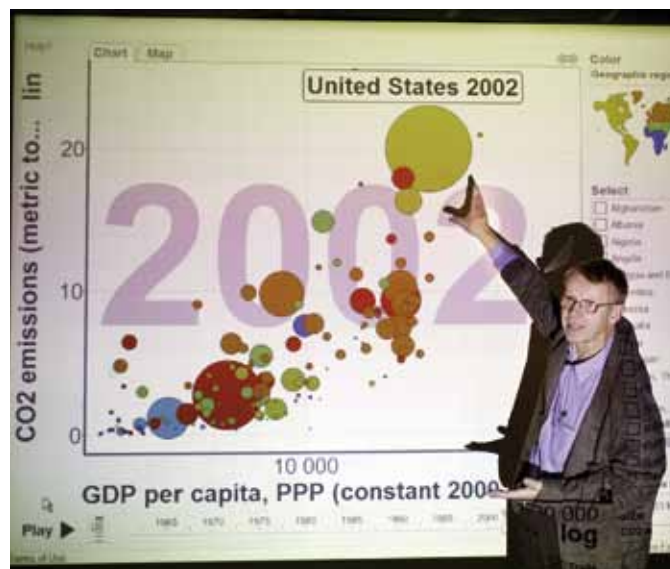
Facts and fiction in global health

Association of Medical Education in Europe (www.amee.org) avholder en årlig konferanse med ca. 2500 deltakere fra hele verden. Her er lenken til åpningsforedrag på konferansen i 2009 i Malaga.

AV STEFAN KUTZSCHE, REDAKTØR PAIDOS

Hans Rosling er professor for internasjonal helse ved Stockholms Universitet ved Karolinska Institutet. Han har utviklet "Gapminder metoden" som viser at det ikke lenger er bare to sosio-økonomiske kategorier i vår verden. I gamle mentale modeller fra kolonialtiden eksisterer det kun to kategorier: en for industrialiserte land og en for utviklingsland. En ny modell viser en verden med en dynamisk og kontinuerlig sosio-økonomisk utvikling. Siden 60 tallet har barnedødeligheten i mange land falt signifikant. Mange av disse landene er nå klar til å hente seg in. Hans Rosling følger nøye med utviklingen mot tusenårsmål nr. 4. i alle land og setter barnedødeligheten i et internasjonalt perspektiv.

Hans Rosling og "Gapminder Foundation" har klart å kombinere ekspertise i offentlig helse med statistikk og har funnet en måte å gjøre tallene visuelt tilgjengelige. Ved hjelp av computerprogrammer og animasjoner kan global, nasjonal og regional helseutvikling, sett i et internasjonalt perspektiv vises på en dynamisk og pedagogisk måte.



Hans Rosling forklarer utviklingen mot lavere barnedødelighet i verden i en video på <http://www.gapminder.org/videos/poor-beats-rich/>

Vårmøtet 2010 på Elverum

Av Thor Willy Ruud Hansen, leder NBF

I 2009 som i 1919 er møtene i NBF en utmerket anledning for norske barneleger til å treffes og knytte kontakter. Du bør allerede nå sette av 2.-4. juni for å delta på Vårmøtet 2010 ved Sykehuset Innlandet HF ved Elverum! En av styrkene i norsk barnemedisin er nettopp at mange av oss kjenner eller kan kjenne hverandre. Det letter kommunikasjonen til pasientenes beste, og det skaper og opprettholder den hyggelige kollegiale tonen som bør karakterisere vårt samarbeid.



Avdelingsoverlege Jon Grøtta introduserer Vårmøtet 2010 i Elverum

Signaler fra legeforeningen Dnlf

Norsk barnelegeforening bør engasjere seg mer i debatten om internasjonalt samarbeide for å sikre barnehelse i hele verden. Hilde Engjom forklarte sammenheng mellom fattigdom og mangel på infrastruktur og helse i fattige land. Hilde er leder av utvalget for internasjonal helse sentralt i Dnlf. Hun pekte på ulike former for hjelpeinnsats ut fra både realistiske og idealistiske perspektiver.

FRA GENERALFORSAMLINGEN AV STEFAN KUTZSCHE, REDAKTØR PAIDOS

Suksessfaktorer for bedre barnehelse internasjonalt

- bedre mødrehelse
- bevissthet om helse generelt
- politisk vilje
- økonomiske ressurser
- rettferdig fordeling av kvalifisert helsepersonell
- etiske forpliktelser
- stabilisering
- rekruttering
- utdanning
- spesialisert forskning

Internasjonalt engasjement forutsetter en langsiktig og samordnet satsing. Ifølge professor Sverre Halvorsen bør det etableres et godt samarbeide mellom universitetene som tilbyr masterstudiene i "International Health" og NBF.

HVA KAN NORSK BARNELEGEFORENING GJØRE?

NBF kan formidle kunnskap og stimulere til engasjement blant medlemmene.

Vi kan delta i utdanning og utdanningssamarbeide gjennom å motivere

kollegaer. Vi kan motivere arbeidsgivere til å være med på videreutdanne sine leger under trygge forhold. Den som går ut på oppdrag bør ha sikre lønnsavtaler og sikre arbeidsvilkår.

NBF kan bidra til å få den internasjonale barnehelsen på dagsorden for politikere, helseforetakene og universitetene og styrke vårt faglige nettverk samt ta ansvar for forsvarlig forvaltning av kunnskap, forskning, publikasjoner, eierskap og tilgangsmuligheter.

Deltakere søkes

Studie kronisk utmattelsessyndrom

Enhet for kronisk utmattelsessyndrom/myalgisk encefalopati (CFS/ME), Barneklubben, Oslo Universitetssykehus Rikshospitalet starter i januar 2010 et nytt forskningsprosjekt **NorCAPITAL**. 120 ungdommer i alderen 12-18 år inkluderes. Målet er å finne ut hvilken effekt Clonidin har på CFS/ME

Prosjektet trenger deltakere mellom 12 og 18 år. Har du pasienter i denne gruppen tar kontakt med

Kari Gjersom
Barneklubben
Oslo Universitetssykehus Rikshospitalet
telefon 23070076
Faks 23070075

Barnehuset

Barnehuset er en ny samarbeidspartner i omsorgen for barn som har vært utsatt for vold eller overgrep. Barnehusene skal arbeide for at overgrepsutsatte barn som møter rettsapparatet får et helhetlig og koordinert tilbud innenfor trygge rammer. Rettslige, omsorgsmessige og behandlingsmessige aspekter skal bli ivaretatt på en så god måte som mulig. Som et ledd i dette arbeidet har regjeringen opprettet seks Barnehus i 2008 og 2009. Etableringen av barnehus er ett av femti tiltak i "Vendepunkt", regjeringens handlingsplan mot vold i nære relasjoner. Barnehus finnes i Oslo, Bergen, Kristiansand, Hamar, Trondheim og Tromsø og gir tilbud i alle helseregioner.

AV ANN KRISTIN SANDNES, DAGLIG LEDER BARNEHUSET HAMAR



BARNEHUSETS ROLLE

Tradisjonelt har oppgaver i saker som omhandler barn utsatt for seksuelle overgrep og vold vært fordelt på flere instanser/etater;

- For barn under 16 år, som skal avhøres i forbindelse med saker om seksuelle overgrep eller vold, gjelder særlige regler i straffeprosesslovens § 239. Disse reglene gjelder også for vitner med psykisk utviklingshemming eller tilsvarende funksjonshemming. Avhøret foretas i særskilte avhørsrom hos politiet eller i tingretten. Avhøret skal tas opp ved video/lyddoptak. Det er i all hovedsak spesialtrente polititjenestemenn som planlegger og utfører disse avhørene av barn.
- Somatiske undersøkelser av mulige overgrepsutsatte barn foretas vanligvis ved barneavdelinger på sykehus.
- Psykisk helsevern for barn og ungdom, og da særlig de lokale poliklinikker (BUP), er hovedansvarlig for å tilby terapi, støtte og rådgivning til barn og foresatte.
- Statlig og kommunalt barnevern er de instanser som ivaretar oppfølging, omsorg og støttetiltak.

Da alle instansene har sine arbeids- og ansvarsområder er det ofte koordineringen og samhandlingen etatene imellom som blir det svake punktet. Kunnskapen om hverandre er i

noen tilfeller for dårlig, samhandlingen og samsnakkingen kan bli tilfeldig og barna og deres foresatte som skal forholde seg til alle instanser og personer risikerer å bli den tapende part. Ved å samle alle tiltak for barna i et hus, håper man å oppnå en bedre ivaretagelse av barnet og at rettssikkerheten blir styrket. Det er viktig for Barnehuset å påpeke at våre samarbeidspartnere beholder sine opprinnelige ansvarsområder. Barnehuset ønsker å legge til rette for økt samarbeid og samordning etatene i mellom.

SAMARBEIDENDE NETTVERK

Barnehuset har et omfattende samarbeidende nettverk. I saker som omhandler seksuelle overgrep og vold mot barn kan det være mange instanser som har en rolle. De mest aktuelle er;

- Tingrettene
- Politiet.
- Helsevesen
- Kommunalt barnevern og Barne- og ungdoms og familieetaten

I noen saker kan det være instanser som støttesenteret mot incest, krisesenteret eller andre som har en viktig rolle for barnet. For barnehuset vil det være viktig å sørge for at alle instanser koordinerer sin jobb sånn at resultatet er til det beste for det barnet det gjelder. Barn er forskjellige, og det finnes ingen oppskrift for hva som er barnets beste, det må det legges til rette for i den enkelte sak.

OPPGAVENE TIL BARNEHUSET I HAMAR

Vår visjon er at barnet skal alltid være vårt fokus og at vi skal til enhver tid ha den beste kompetansen i eget hus.

Medisinsk undersøkelse er nødvendig for å:

- Oppdage gamle og nye skader
- Teste for eventuelle seksuelt overførbare sykdommer
- Forsikre/berolige barnet og foreldrene om at kroppen er frisk tross det som har hendt
- Dokumentere funn
- Sikre spor
- Følge opp i forhold til ulike problemstillinger

1. Tilrettelegge for dommeravhør

Rettsvesen og politi har egne rutiner og klare retningslinjer for sin gjennomføring av dommeravhør. Det er dommerne og politiet som er ansvarlige for gjennomføringen av dommeravhørene ved Barnehuset Hamar. Barnehuset Hamar stiller lokaler og teknikk til disposisjon og rådgiver ved Barnehuset tilbyr seg å sitte som observatører på dommerrommet under gjennomføringen av avhør. Dette er for å sikre at informasjon tilfaller den rådgiver som eventuelt skal følge opp barn og foresatte i etterkant av avhøret. Barnehusets rådgiver tilbyr å ha møte med fornærmede og dens foresatte i etterkant av avhør for å avklare eventuelt videre oppfølging.

Ansatte ved Barnehuset skal ha det tekniske utstyret klart til gjennomføring av avhøret og til opptak av bevismaterialet på video utstyr.

2. Medisinske undersøkelser i barnevennlige omgivelser.

Vi foretar medisinske undersøkelser av barn som har vært utsatt for seksuelle overgrep og/eller kjønnslemlestelse. Undersøkelsen av barns underliv er en del av en hel kroppsundersøkelse og er ikke smertefull for barnet. I forhold til ungdom kan undersøkelsen være som hos de mindre barna, eventuelt kan

det være en gynekologisk undersøkelse sett ut fra alder og utviklingstrinn.

Vi har tett samarbeid med Barnesenteret ved Ullevål sykehus og barnelege med spesiell kompetanse i forhold til problematikken.

Ofte utføres medisinske undersøkelser på oppdrag fra politi eller barnevern, men også bl.a. leger, helsesøstre og foreldre selv kan ta kontakt for å drøfte og eventuelt få tatt en medisinsk undersøkelse på Barnehuset.

3. Oppfølging av barn/ungdom og eventuelt foresatte etter dommeravhør

• Gi råd og støtte til foreldre og barn/ungdom.

Ved barnehuset kan vi gi tilbud både om individuell og familierapi. Vi kan gi ca 15 timer oppfølging fra Barnehuset. Dersom det vurderes mer hensiktsmessig at barnet eller ungdommen følges opp av det lokale hjelpeapparatet eller om barnet/ungdommen kan se ut til å trenge lengre oppfølging bistår vi gjerne med å få kontakt i lokalt behandlingsapparat.

• Å være et lavterskeltilbud

Alle kan henvende seg til Barnehuset for å drøfte anonyme saker som omhandler bekymring rundt barn og unge vedrørende seksuelle overgrep og vold. Hva det er behov for å drøfte kan være svært forskjellig.

- En barnehage kan sitte med en bekymring rundt et barn som viser en seksualisert atferd eller som snakker om at far slår mor.

- En kommunal barnevernstjeneste kan sitte med en utredningssak hvor de ønsker å drøfte hvorvidt saken bør anmeldes til politiet eller ikke.

- Skoler kan ringe og be om undervisning i spesielle tema uten at det er relatert til et spesielt barn eller en hendelse.

- Også barn, foreldre, besteforeldre eller en nabo som sitter med en bekymring for et barn kan kontakte Barnehuset. De får da rådgivning i forhold til hvordan de kan håndtere sin bekymring videre, hvilke instanser de bør kontakte og hva som kan være en grei fremgangsmåte videre både når det gjelder ansvarsfordeling, undersøkelsessaker osv.

- Erfaringen viser at det i all hovedsak er andre

Barnehuset på Hamar har som målsetting å

- Gjennom selvstendig rådgivings og behandlingsarbeid å opparbeide stor erfarings og kunnskapsbase og bli en faglig spydspiss
- Bidra til at hjelpeapparatet i større grad våger å spørre
- Bidra til at hjelpeapparatet i større grad klarer å gi adekvat hjelp.
- Ved å sette barnet i sentrum for en organisatorisk modell ønsker en å oppnå bedre ivaretagelse av barnet og økt rettssikkerhet.
- Alle involverte parter under samme tak
- Barnet skal i utgangspunktet bare behøve å fortelle sin historie en gang før tilbud om hjelp avklares.
- Forbedret samarbeid mellom faginstanser
- Økt kompetanse og forskning

offentlige etater som skoler, barnevern, politi, helsesøstere osv som tar kontakt direkte med barnehuset.

Alle disse henvendelsene blir håndtert anonymt. Vårt mål er at Barnehuset skal være et lokalt og lett tilgjengelig kompetansesentrum hvor man kan henvende seg å få den bistand som er nødvendig for å håndtere sakene til beste for barna.

DE ANSATTE

De ansatte ved Barnehuset Hamar har yrkeserfaring som spenner fra psykisk og somatisk helse, barnevern og politi. De har klinisk barnevernspesialist, sykepleier/jordmor og psykologspesialist ansatt i tillegg til leder, teknisk ansvarlig og merkantilt personell. De tilstreber å opprettholde og følge med i utviklingen innen fagområdene og skal inneha spisskompetanse om overgrepsutsatte barn og ungdom. De er fleksible, omsorgsfulle, løsningsorienterte, kompetente og engasjerte.

Overgrep mot barn

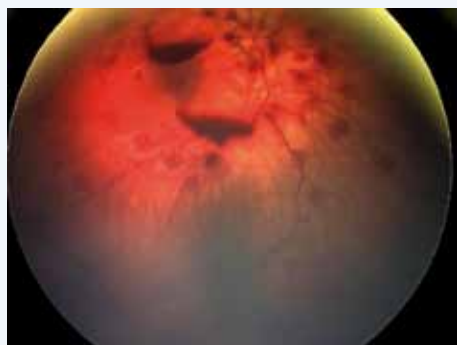
Forekomsten av barnemishandling er ikke tallfestet, men barnemishandling forekommer i hele landet i hele sitt spekter fra klaps i oppdragelses øyemed til dødelige skader.

AV MIA CATHRINE MYHRE, NASJONALT KUNNSKAPSSENTER OM VOLD OG TRAUMATISK STRESS (NKVTS)

FOREKOMST OG FORLØP

En undersøkelse blant svenske barn og ungdommer viste at 4 % av 10–12 åringer og 7 % av 20-åringer hadde vært utsatt for voldshandlinger (inkludert fysisk straff) fra egne foreldre én eller flere ganger (BRÅ-rapport 2000:15; SOU 2001:18; SOU 2001:72). I en norsk undersøkelse om vold og overgrep mot barn og unge svarte nær 20 % av 18-19 åringer at en voksen i familien hadde slått dem med vilje en eller flere ganger (NOVA-rapport 20/07, Mossige og Stefansen).

Barnemishandling finnes i alle samfunnslag. Høy sosioøkonomisk status er en risikofaktor for at barnemishandling ikke blir avdekket. Alvorlig barnemishandling har nær 100 % gjentakelsesrisiko. Vi vet at volden eskalerer. Dødelighet for påførte hodeskader hos de minste der mishandlingen ikke blir avslørt og stoppet er rapportert å være opp mot 50 %.



Retinablødning ved Shaken Baby Syndrom (SBS)
Foto: Oslo Universitetssykehus Ullevål.

Risikofaktorer

- Vold i familien/vold i nære relasjoner / vold mot mor
- Rus i hjemmet
- Psykisk sykdom hos omsorgspersoner
- Lav sosioøkonomisk status
- Familie med innvandrere bakgrunn, spesielt for fysisk straff
- Enslig mor med en eller flere av de overnevnte faktorer og ny samboer/kjæreste

SKADER OG FUNN DER BARNE-MISHANDLING BØR UTREDES

- Hodeskader hos babyer og småbarn. Spesielt subduralblødning i kombinasjon med retinablødninger og generalisert hjerneskade. Skadene skyldes kraftige akselerasjon-/ deakselerasjonskrefter som oppstår når barnet ristes kraftig. 2/3 del av barna får alvorlig permanent hjerneskade.
- Brudd i lange rørknokler hos småbarn
- Bøttehankbrudd i lange rørknokler. Skyldes at armer og ben slenger kraftig ved risting.
- Brudd i ribbein. Skyldes hardt grep av store hender rundt barnets brystkasse.
- Brudd i sternum eller skulderblad
- Flere brudd
- Blåmerker hos barn som ikke selv kan forflytte seg
- Blåmerker utenom benete fremspring.
- Blåmerker som dannet et mønster.
- Flere store blåmerker av ulik alder. (Maguire et al, 2005).

Foreldrene kan presentere generelle symptomer som årsak til å oppsøke lege ved påført skade, slik at barnemishandling må være differensial diagnose også ved medisinske problemstillinger.

Kramper, livløshetsanfall, endret bevissthet og oppkast uten andre gastroenteritt symptomer kan være tegn på hodeskade.

Varselsignaler (Hettler & Greenes, 2003)

- Skademekanismen stemmer dårlig overens med skadens omfang.
- Ingen forklaring på skaden, eller kan ikke beskrive skademekanismen.
- Beskrivelsen av hendelsesforløpet endrer seg.
- Skademekanismen stemmer ikke med barnets motoriske ferdigheter.
- Sen kontakt med helsevesenet
- Gjentatte skader og besøk på skadepoliklinikk

SENSKADER

Påført hodeskade kan gi alvorlig hjerneskade med varig alvorlig funksjonssvikt, de fysiske skadene gror.

Barnet opplever all vold som krenkende. Vold er skremmende og potensielt traumatiserende. Mishandling av barn påvirker barnets personlighetsdannelse og utvikling med stor fare for psykiske senskader.

RÅD TIL HELSEPERSONELL

For å avdekke barnemishandling må du være bevisst at dette er en mulig årsak til skader og mistrivsel hos barn. "Du ser det ikke før du tror det"

Hva bør gi mistanke om barnemishandling?

- Søker helseapparatet sent
- Vag historie som mangler detaljer
- Historien forandrer seg
- Ikke samsvar mellom skade og hendelsesforløp
- Oppgitt skademekanisme stemmer ikke overens med barnets alder og utvikling
- Unormal atferd hos foreldre
- Foreldrenes oppførsel
- Barnets uttrykk ("frozen watchfulness")
- Barnets verbale uttrykk

Rutiner ved utredning

- Sykehistorien med spesifikk vekt på hvordan skaden oppsto
- Kontakt helsestasjon, skole, primærhelsetjenesten
- Tverrfaglig diskusjon
- Dokumentasjon
- Evt. Melding til helsestasjon, skole, barnevern, politi

Ved mistanke om mishandling diskuter med leder eller kollega og søk eventuelt råd hos fagfolk som har mer erfaring med problemstillingen en

deg selv, men glem ikke at alt helsepersonell har en selvstendig meldeplikt til barnevernet (§33 Lov om helsepersonell).

Litteratur:

Abusive Head Trauma in Infants and Children A Medical, Legal and Forensic Reference (2006). Frasier, L.D., Rauth-Farley, K., Alexander, R. & Parrish, R.N. (eds.) G.W. Medical Publishing, Inc. St. Louis

Lovene regulerer vårt ansvar

Norge er forpliktet i henhold til artiklene 19 "Barn har rett til å trygges mot fysisk eller psykisk vold og mot å bli forsømt" og artikkel 34 "Barn har rett til å beskyttes mot seksuelle overgrep og mot å utnyttes i prostitusjon og pornografi" i FNs barnekonvensjon.

AV GEIR Ø. BORGEN, NASJONALT KUNNSKAPSENTER OM VOLD OG TRAUMATISK STRESS (NKVTS)

SEKSUELLE OVERGREP MOT BARN

Undersøkelser viser at 10-20 % av den kvinnelige befolkninga i vestlige land og omlag 5-10 % av den mannlige, har vært utsatt for seksuelle overgrep før de fyller 18 år. Jenter er halvannen til tre ganger mer utsatt for overgrep enn gutter. Data fra den norske NOVA-undersøkelsen (rapport 20/07) avviker fra dette og konkluderer med at 85 % av ofrene er jenter og 15 % er gutter.

I følge NOVA-undersøkelsen var den største gruppen av utøvere av overgrep venner, kjæreste og bekjente. En betydelig andel av uønskede seksuelle hendelser skjer mellom en utsatt og en utøver som begge er i tidlig ungdom eller tenårene. En vesentlig del av overgrepene ble også begått av mannlige utøvere over 25 år som forgriper seg mot jenter i alderen 10–14 år. Overgrep fra fremmede utgjorde snaut en tredel av tilfellene. Seksuelle overgrep hvor utøver var et nært familiemedlem (incest) var sjeldne.

SYMPTOMER

Symptomene er aldersavhengige, individuelle, uspesifikke og vesentlig relatert til psykisk stress. Symptomer kan være latente og først opptrer etter et intervall på måneder eller år.

Fysiske skader kan være lokalisert hvor som helst, men oftest finner man ikke fysiske skader. Småskader knyttet til kjønnsorganene gror raskt uten å etterlate spor. Graviditet og seksuelt overførte infeksjoner etter overgrep ses sjeldent.

FOREBYGGING

Til tross for at det noen steder gjøres mye godt arbeid, er mye av forebyggingsarbeidet tilfeldig, usystematisk, ofte dårlig dokumentert og personavhengig. Feltet preges av at man mangler erfaring og kompetanse, både i form av kunnskap om fenomenet, kunnskap om lover, regler og ansvarsforhold samt om hva som er de ulike tjenestenes roller/oppgaver. Mange etterlyser retningslinjer og eksempler på god praksis. Helsestasjonene og skolene er viktige samhandlingsparter.

Eksempler på symptomer at barnet har vært utsatt for overgrep

- endret atferd og trivsel
- sosial tilbaketrekning
- angst/depresjon
- tap av ferdigheter
- konsentrasjons- og hukommelsesproblemer
- søvnvansker
- selvskading
- rus
- atferdsvansker

Lover, plikter og rettigheter

- taushetsplikt, hjemlet i Forvaltningsloven (§ 13), særlovgivning samt gjennom yrkesmessig taushetsplikt (Lov om helsepersonell § 21).
- plikt til å melde bekymring, "meldeplikt", av eget tiltak Barnevernloven § 6-4 og Lov om helsepersonell § 33, går foran taushetsplikt. Alt helsepersonell har en selvstendig meldeplikt til barneverntjenesten.
- opplysningsplikt på forespørsel fra barneverntjenesten (Barnevernloven § 6-4 og Lov om helsepersonell § 33), går foran taushetsplikt
- vitneplikt, Straffeprosessloven § 109, forutsetter fritak fra taushetsplikt
- plikt til å gjøre tjeneste som sakkyndig, Straffeprosessloven § 138. Sakkyndig kan gi opplysninger til en oppdragsgiver dersom opplysningene er mottatt under utførelse av oppdraget og har betydning for det
- rett til å gi opplysninger videre når tungtveiende private eller offentlige interesser gjør det rettmessig å gi opplysningene videre (Lov om helsepersonell § 23 nr 4), rettsstridsreservasjonen (nødrettsbetraktninger)
- plikt til å varsle politiet ved fare for alvorlig skade på person eller eiendom (Lov om helsepersonell § 31)
- plikt til å avverge, nødrett (Straffeloven §139)

Husk at lover endres. Sjekk www.lovdatab.no

Biopsykososial sykdomsforståelse

Professor Susan McDaniel (psykolog) og Professor David Siegel (barnelege) fra University of Rochester besøkte i tidsrommet 31. august til 6. september Norge hvor de holdt to work-shops, en i Oslo og en i Tromsø med tittelen: "A collaborative biopsychosocial approach to familial and non-familial chronic illness". Vertskap var Professor Trond Diseth ved Barne- og ungdomspsykiatrisk seksjon på Rikshospitalet og Klinikksjef Hans Petter Fundingsrud, Barne- og ungdomsklinikken i Tromsø. Besøket var en gjenvisitt etter at undertegnede hadde et 6 mnd's sabbatsopphold i Rochester våren 2008.

AV HANS PETTER FUNDINGSRUD , BARNEAVDELINGEN UNN

Integrasjon av psykiatri og somatisk medisin er stikkordet for denne tradisjonen etter indremedisiner og psykoanalytiker George L. Engel (1914-1999). Engel vokste opp i huset til sin onkel Emanuel Libman som oppdaget tilstanden subakutt bakteriell endocarditt. Han regnes også som "blodkulturens far". I et slikt

inspirerende medisinsk miljø var George Engel en av nybrottsmennene for undervisningen ved det medisinske fakultet ved universitetet i Rochester, der det den dag i dag legges stor vekt på kommunikasjon og relasjonell forståelse i det som kalles familiesystemmedisin. I 1977 skrev han en artikkel i Science under tittelen: "The

need for a new medical modell: a challenge for biomedicine". Hans biopsykososiale perspektiv innebar en anerkjennelse av at sykdom ikke bare manifesterer seg som patofysiologi, men på samme tid som det involverer celler, vev og organer, også påvirker personen, familien og samfunnet for øvrig. I tillegg var han opptatt av lege-pasientforholdet. Ved et besøk i Rochester i 1993 hadde jeg gleden av å tilbringe tid sammen med ham.



Professor Susan McDaniel (psykolog) og Professor David Siegel (barnelege) fra University of Rochester.

McDaniel er forfatter av et ti-talls bøker og en ettertraktet forsker, kliniker og foredragsholder rundt om i verden. Hennes mest kjente bok er "Medical Family Therapy" (1992, 2010) hvor hun beskriver hvordan familierapeutiske prinsipper anvendes i somatisk medisin med vekt på samarbeid over tradisjonelle faggrensene med pasienter og familier. Sentralt i denne tradisjonen står begrepene "agency" og "communion" hvor det terapeutisk handler om på den ene siden å styrke de mestrende sidene hos pasienten i forhold til sykdom samtidig som man også skal fremme tilhørighet og evnen til å ta imot omsorg og forståelse fra sine omgivelser. For tiden interesserer hun seg for hvordan den nye genetiske informasjonen vil endre pasientens og helsearbeiderens hverdag.

Siegel er avd. overlege og sjef på Barneavdelingen ved Rochester General Hospital i tillegg til sin posisjon som professor ved University of Rochester. Han arbeider som barnereumatolog og har utviklet en

konsultasjonsmodell hvor god indremedisin er kombinert med de biopsykosiale ”verktøyene” (se faktarute). Undertegnede arbeidet sammen med Siegel en dag i uken i 6 mnd. og fikk erfare hvor nyttig hans tilnæringsmåte kan være med kronisk pasienter og barn, ungdom og familier med uklare symptombilder.

Somklinikksjef for en barne- og ungdomsklinikk hvor både barne- og ungdomspsykiatri, pediatri, habilitering og medisinsk genetikk er integrert, har møtet med dette miljøet vært forfriskende og innovativt. Den faglige nytten har vært at jeg har fått nye perspektiver på modeller for samarbeid over faggrenser, forskning i grenseland mellom psyke og soma, faglig inspirasjon til ungdomsmedisinen, sett betydningen av flerfaglig utdanning og opplæring og nytten av familierapeutisk tenkning og systemforståelse i pediatrien.

I kjølevannet av kontakten med miljøet i Rochester, har vi ved Barne- og ungdomsklinikken på UNN under etablering et ”biopsykosalt spesialistteam” som kan bistå subspecialistene ved tilstander og situasjoner som kronisk utmattelsessyndrom (CFS/ME), akutte kriser og ulykker, prematuritet, andre kroniske somatiske tilstander (reumatologi, kreftbarn, diabetes), spiseforstyrrelser, uforklarlige kroppslige symptomer, fastlåste konflikter mellom foreldre og behandlere, multifunksjonshemmede og der hvor genetisk informasjon og beslutninger vanskeliggjøres av kompliserte familiære relasjoner. I teamet trekker vi veksler på klinikkens samlede kompetanse. Teamet har også et opplæringsoppdrag overfor resten av klinikkens medarbeidere.

I en tid hvor økende subspecialisering, ny medisinske teknologi, DRG-fokus og New Public Management-innflytelsen på organiseringen av vårt helsevesen utfordrer ”practice-based evidens”, samtalens betydning og helhetsspektivet, - trenger vi fyrtårn som balanserer og viser vei. Miljøet i Rochester, NY er et slikt fyrtårn – selv om det er amerikansk!

En rekke av landets barneavdelinger har inngått samarbeid med barne- og ungdomspsykiatrien enten formelt i organisatoriske enheter eller gjennom mer uformelt samarbeid. I handlingsplanen for



Fire biopsykosiale entusiaster – to norsk og to amerikanske - Hans Petter Fundingsrud, David Siegel, Susan McDaniel og Trond Diseth (fra v. mot høyre)

Som klinikksjef for en barne- og ungdomsklinikk hvor både barne- og ungdomspsykiatri, pediatri, habilitering og medisinsk genetikk er integrert, har møtet med dette miljøet vært forfriskende og innovativt.

habilitering for barn og unge (2009) anbefales det at all spesialisthelsetjenestetilbud for barn, unge og deres familier organiseres i barne- og ungdomsklinikker hvor barne- og ungdomspsykiatri, habilitering og pediatri inngår. Miljøene i Tromsø, Skien og Oslo er nevnt som eksempler på slike.

Barne- og ungdomspsykiatrien og pediatrien i Oslo Universitetssykehus er besluttet organisert

i hver sin klinikk. Det er derfor gledelig at barne- og ungdomspsykiatrisk seksjon på Rikshospitalet som enestående drivkraft innen forskning i grenseland mellom psyke og soma for barn og ungdom og som samlingspunkt for barne- og ungdomspsykiatrien ved barneavdelingene i Norge, er besluttet fortsatt å tilhøre pediatrien i det sammenslåtte universitetssykehuset. En viktig beslutning av et klokt styre med en fremsynt klinikksjef!

Sentrale elementer i den biopsykosiale tilnærmingen i pediatrien.

- At barnelegen integrerer sin biomedisinske kunnskap med psykologiske og sosiale forhold i møte med barn, unge og deres familier.
- At barnelegen på en systematisk måte kan benytte genogram – for innsamling av informasjon og som intervensjon.
- At barnelegen forstår hvordan familiedynamikk, (utviklingspsykologiske milepæler, livs-syklus, tilknytningsstil, osv.) påvirker familiens håndtering og oppfatning av sykdomsforløpet.
- At barnelegen bidrar til å fremme ”agency” og ”communion” hos pasienten og de pårørende (se tekst).
- At barnelegens har innsikt i betydningen av egen rolle (egen familiehistorie, tilknytningsstil, affekt-regulering, evne til å snakke om følelser, osv.) i møte med pasienten.
- At barnelegen kan skifte mellom individ-fokus og familie-fokus overfor pasient og foreldre.
- at barnelegen skal ha kunnskap om øvrig hjelpeapparat og være i stand til å kommunisere og samarbeide med dette.



Per Finne og Sverre Halvorsen – alltid trofaste, alltid i godt humør.

Pediaterdagene i Oslo

I år var Oslo Universitetssykehus Rikshospitalet vertskap for Pediaterdagene. I denne anledningen feiret PEDIATRISK FORSKNINGSinstitutt (PFI) sine første 50 år.

AV THOR WILLY RUUD HANSEN OG STEFAN KUTZSCHE, REDAKTØR PAIDOS

Mer enn noen annen institusjon eller avdeling i Norge har PFI vært en spydspiss og en drivkraft i vår barnemedisinske forskning. Professor dr.med. Ola Didrik Saugstad har vært en dynamisk og hardt arbeidende leder for PFI i snart to tiår. Han har utviklet PFI til en ledende forskningsinstitusjon som legges merke til ikke bare i Norge, men i verden for øvrig. På jubileumsseminaret satte inviterte internasjonale foredragsholdere lys på de feltene der PFI har vært særlig aktive gjennom disse femti årene. Styret i NBF gratulerer “jubilanten” og ønsker seg nye femti år med et aktivt og vitalt PEDIATRISK FORSKNINGSinstitutt!

Programmet var av høy faglig kvalitet med god spredning innen viktige emner. Denne gangen lot vi den første dagen en ekspert innlede

om emnet etterfulgt av presentasjon av nye forskningsresultater fra våre stipendiater. Hugo Lagercrantz avsluttet det faglige programmet med et spennende innlegg om nevrologi i et fremtidsperspektiv. Dagen blir avsluttet med PFI's jubileumsfeiring med middag på Sjømannskolen.

Neste dag var det interessante frie foredrag. Grete Birkeland Kro mottok NBFs pris for beste vitenskaplige presentasjon av Betydningen av å kvalitetssikre syre-base verdier fra navlestrengsblod. Kristin Wasland presenterte en kasuistikk om Othara syndrom og fikk pris for beste kasuistikk presentasjon.

Et viktig fagområde er barne- og ungdomspsykiatrien og Trond Diseth delte med

oss sitt syn på at BUP må integreres i somatisk pediatri. Diseths´ budskap var at fremtiden krever av oss barneleger en biopsykososial forståelse i vår tilnærming til barn i sykehus.

Hanne Nøkleby fra Folkehelseinstituttet og Sissel Rogne fra Bioteknologinemda holdt et spennende innlegg om innføring av humant papillomavirus (HPV)-vaksine i barnevaksinasjonsprogrammet til norske jenter.

Erik Thaulow fra barnehjerteseksjonen og hans medarbeidere avsluttet Pediaterdagene med en flott oversikt over de nyeste teknikker i diagnostikk og behandling av barn med medfødt hjertefeil.

Vi sees igjen på Vår møte i Elverum 2.-4. juni 2010



Bilde 1. En av de internasjonale foredragsholdere - Jon Watchko "New trends in billirubin research"

Bilde 2. "Har felles forståelse" Barne- og ungdomspsykiater. Trond H. Diseth og møteleder og barnekardiolog Henrik Holmstrøm

Bilde 3. Colin Morley og Ola Didrik Saugstad - "to oksygen radikale"

Bilde 4. Beste frie foredrag: Grete Birkeland Kro og Kristin Wasland

Bilde 5. Sosialt i kaffepausen - Petter Brandzæg, Bernt Christian Hellerud, Karianne Wiger og Monika Munthe-Kaas



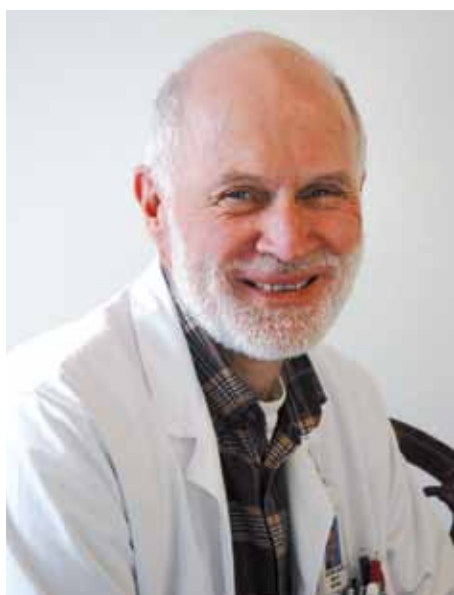
Barne- og ungdoms-senteret i Tønsberg 50 år

50 års jubileet ble markert i august med et halvdagsseminar for hele sykehuset i vårt nye auditorium med lokale og sentrale foredrasholdere. Programmet var veldig bra med massevis av positive tilbakemeldinger. Kvelden ble selvfølgelig avsluttet med en heidundrende – men verdig – fest for 120 ansatte – nye og gamle.

AV BJØRN H. HALVORSEN, AVDELINGSOVERLEGE, SYKEHUSET I VESTFOLD

STARTEN PÅ BARNEEVENTYRET I VESTFOLD

I 1955 var dr. Arne Olav Kåss ansatt som konsulent ved Vestfold Sentralsykehus. Han hadde en arbeidstid på sykehuset på 6 t/uke, han skulle undersøke alle 900 nyfødte født ved sentralsykehuset, veilede mødre, drive pediatrik poliklinikk når lokalene ikke ble benyttet til medisinsk poliklinikk, være "lett å få tak i" når det kom barn med alvorlige sykdommer - med andre ord ha kontinuerlig vakt. Han hadde ikke eget kontor, ikke engang skrivebord og kr 9300/år i lønn. I 1959 besluttet man å opprette en egen barneavdeling. Barneavdelingen ble opprettet 1. august 1959 i toppetasjen i det gamle epidemibygget på sykehuset med Dr. Kåss og dr. Wefring sammen med 16 sykepleiere og barnepleiere. De første



Avdelingsoverlege Bjørn H. Halvorsen

pasientene var 18 barn, hvorav 3 kunne spise selv og 3 hadde trakealkanyle. Foreldrenes visittid var 1 time hver ettermiddag.

BARNEAVDELINGEN I DAG

Barne- og ungdomssenteret ved SiV er i dag en sentralsykehusavdeling for ca. 225.000 innbyggere eller 50.000 barn i Vestfold. Avdelingen er organisatorisk en del av Klinikk Medisin. Sengeavdelingen holder til i nyoppussede, men gamle lokaler. Poliklinikken i nye, men for trange og små lokaler i forhold til antall pasienter. Nyfødtintensiv er i nyoppussede funksjonelle lokaler med kort nærhet til fødeavdeling, operasjonsstue og barselavdeling. Avdelingen er tradisjonelt oppbygd med to seksjoner – nyfødtintensiv og sengepost/poliklinikk. Nyfødtintensivavdelingen har i alt 12 tekniske senger. Vi har bemanning, utstyr og kompetanse til å behandle premature barn ned til ca. 28 uker. Sengeavdelingen har 23 senger og fungerer som et barnesenter med kirurgiske, ortopediske, ØNH/øyebarn innlagt i tillegg til vanlige medisinske pediatriske pasienter.

I 2008 var det totalt innlagt 3200 pasienter i Barnesenteret, av disse var det 490 i nyfødtintensiv og 1720 var pediatriske med en liggetid på henholdsvis 6,9 og 2,4 døgn. Resten var kirurgisk/ortopedisk/ØNH. Poliklinikken behandlet 7650 pasienter totalt.

Det er todelt ledelse med en legesøyle og en pleiesøyle samlet i hver sin avdelingssjef i klinikken med klinikkssjefen som øverste enhetlig leder. I Vestfold er habiliterings-

tjenesten organisert i egen avdeling i Klinikk Medisin og Barne- og ungdomspsykiatrisk enhet faktisk i et eget foretak

FAMILIEFOKUSERT NYFØDTOMSORG

I nyfødtintensiv har vi som en av de første avdelingene i landet fått til familiefokusert nyfødtomsorg der foreldrene er innlagt i rom i avdelingen mens barnet er under behandling og overvåking. Dette er etter mønster fra Stockholm og Uppsala, og det fungerer utmerket.

FAGLIG UTVIKLING OG FORSKNING

Alle subområdene i pediatrien er dekket med meget kompetente og erfarne overleger. Vi har ingen rekrutteringsproblemer. Overlege Alf Meberg disputerte i 2002, og vi har tre stipendiater som vil disputere i løpet av 2010 og en fra habiliteringstjenesten i 2011. Stipendiatene arbeider delvis klinisk, og det har vært en praktisk faglig og økonomisk utfordring, men vi har fått det til, og både avdelingen, sykehuset og den enkelte har profitert på det. Dr. Meberg har som regel et prosjekt "på gang" i samarbeid med en assistentlege, og dette har også vært en veldig positiv drivkraft i avdelingen.

BUPA & SSO

Vi har et nært samarbeid med habiliteringstjenesten, med en assistentlege i rotasjon og felles barnenevrolog. I samarbeid med BUPA har vi egen barnepsykiater som arbeider 3 dager i uken i Barnesenteret i tett samarbeid med våre to sosionomer som begge har familierapiutdanning. Senter for sykelig

overvekt (SSO) har blitt et flaggskip for SiV. Den pediatrike delen av SSO har nå sammen med Ullevål regionsfunksjon i Helse Sør-Øst og holder en meget høy faglig standard. Organisatorisk er den ikke lenger en del av Barnesenteret, men vi regner den som en del av familien.

UNDER PRESS FRA HELSE SØR-ØST

Sykehuset i Vestfold og Sykehuset Telemark er definert som ett sykehusområde, men ingen av sykehusene er definert som områdesykehus. Begge sykehusene skal fortsatt være egne foretak med full øyeblikkelig hjelpfunksjon. Vi er imidlertid under konstant press fra Helse Sør-Øst for å finne samarbeidsområder som primært skal gi økonomisk gevinst selv om pasientsikkerhet angis som hovedmotiv.

VEIEN VIDERE

Samarbeidet med Skien blir nok viktig i årene som kommer. Kanskje et stort nytt sykehus i Drammen seks mil fra oss med motorvei helt fram vil få stor betydning. Teknisk er det ikke vanskelig å dele Vestfold i to, men befolkningkonsentrasjonen sentralt i Vestfold tilsier at man bør velge en annen løsning. Samhandlingsreformen pålegger sykehusene å finne en løsning for effektivt samarbeid, men hensynet til barnas behov må være retningsgivende for alle politiske vedtak om organiseringen av tjenesten.

NBF gratulerer Barneavdelingen i Tønsberg med 50 års jubileum

Av Thor Willy Ruud Hansen, leder NBF

Anledningen ble markert med et faglig seminar fulgt av en festmiddag på kvelden. Kollegene i Tønsberg har utviklet en imponerende vitenskapelig aktivitet! Her viser man at vitenskap også kan drives uten avanserte laboratorier og kostbart utstyr. Jeg vet at det drives forskning på flere andre norske barneavdelinger utenfor universitetssykehus, og vil som NBFs leder oppmuntre til at enda flere gir rom for sin nysgjerrighet. Dersom du har gode idéer til hvordan NBF kan stimulere forskning i norsk barnemedisin, hører vi gjerne fra deg!



