



Norsk barnelegeforening

DEN NORSKE LEGEFØRENING

SATSNINGSOMRÅDER
FOR
NORSK PEDIATRI
I
PERIODEN
2011 - 2015

FORORD	3
OPPSUMMERING AV NBFS SATSNINGSOMRÅDER	4
INNLEDNING.....	6
NOEN NØKKELTALL FOR NORSK PEDIATRI.....	8
ETIKK OG JUS	10
FORSKNING.....	12
Aktuell forskningsaktivitet.....	12
Mål for forskningen i norsk pediatri	13
Strategi for utviklingen av norsk barnemedisinsk forskning	14
BARNELEGENES BIDRAG TIL FOLKEHELSEN (FRA VAKSINER TIL VOLD).....	15
Enkeltindivider og samfunn	15
Spesialisthelsetjenesten bør bidra til forebygging.....	16
Skole og helsestasjoner - tapte arenaer	16
Nye utfordringer for barneleger	16
SPESIALISTUTDANNING OG FERDIGHETSTRENING	18
Hva har skjedd de siste 13 åra?.....	18
EUs krav til spesialistutdanning:.....	18
Norsk tilnærming til EUs krav til spesialistutdanning	19
Subspesialisering.....	19
Kvalitetssikring av spesialistutdanningen	19
Ferdighetstrening:	20
NYE FAGOMRÅDER	21
Ungdomsmedisin	21
Pediatriisk farmakoterapi	22
Klinisk rettsmedisin	23
SAMHANDLING	25
Mål for samhandling	26
Norsk barnelegeforenings strategi for samhandling.....	26
DE SÅRBARE BARNA	29
Sosiale ulikheter i helse.....	29
Barnas spesielle rettigheter	29
NBFs fokus på de sårbare barna.....	30
Strategi og virkemidler i arbeidet for de sårbare barna	30
GLOBALT BARNEHELSEARBEID	32
Oppsummering av status.....	32
Strategi for fokus på global barnehelse	32

FORORD

Norsk Barnelegeforening (NBF) har tidligere utarbeidet to såkalte ”generalplaner”, publisert i hhv 1979 og 1997. Den siste skuet fram mot 2010, og var et meget omfattende og vel gjennomarbeidet dokument. Vi som utgjør det nåværende styret i NBF har funnet det riktig å *i*) spørre oss hvilke av målsettingene i generalplanen fra 1997 som kan sies å være nådd, og *ii*) vurdere om det er behov for et nytt dokument som ser på status for norsk barnemedisin og prøver å skue framover i tid. Det dokumentet du nå leser er et uttrykk for at vi har svart bekreftende på det siste spørsmålet. Vi har imidlertid blitt enige om å velge et noe annet format og perspektiv enn de foregående generalplanene. For det første mener vi at ordet ”generalplan” gir uttrykk for et ambisjonsnivå og omfang som vi ikke finner det riktig å legge opp til. Dernest har vi ment at fordi forholdene forandrer seg raskt både medisinsk-faglig og organisatorisk i helsevesenet, er tidshorizontene som ble praktisert for de tidligere generalplanene, hhv 18 og 13 år, for lange til at de gir den nødvendige fleksibilitet. Ved gjennomgang av generalplanen fra 1997 ser man at utviklingen på flere felter har tatt en annen retning enn forutsatt. Vi har derfor valgt et kortere tidsperspektiv på 5 år, og fokuserer på et begrenset antall satsningsområder.

Hovedmomentene i dette dokumentet ble nedfelt i løpet av et to dagers arbeidsseminar som styret holdt på Sommarøy i Troms 10.-11.februar 2010. De enkelte avsnittene er utformet av enkeltmedlemmer av styret, og har deretter vært gjenstand for samlet bearbeiding av NBFs styre. I prosessen fram mot det endelige dokumentet har vi vært i dialog med Spesialitetskomiteen i barnesykdommer, flere av NBFs interessegrupper og avdelingsoverlegene ved landets barneavdelinger. Vi har også mottatt konstruktive tilbakemeldinger fra flere av NBFs medlemmer. Det er styrets ønske at dette dokumentet skal bety et videre løft for utviklingen av helsetilbudet for barn og deres familier.

April 2011,

Thor Willy Ruud Hansen	Marianne Nordhov	Nils Thomas Songstad	Ellen Annexstad	
Leder	Nestleder	PedWeb redaktør	Møtesekretær	
Karl-Olaf Wathne	Siri Hjertnes	Stefan Kutzsche	Truls Vikin	Erik Borge Skei
Økonomiansvarlig	Sekretær	Paidos redaktør	Høringsansvarlig	Styremedlem

OPPSUMMERING AV NBFS SATSNINGSOMRÅDER

NBF vil:

- Arbeide for at alle norske barneavdelinger/-klinikker omdannes til fullverdige barne- og ungdomsavdelinger/-klinikker med 18 års aldersgrense.
- Styrke samarbeidet mellom barnemedisinen, barnepsykiatrien og barnehabiliteringstjenesten og arbeide for å samlokalisere disse virksomhetene i de nye barne- og ungdomsavdelingene/-klinikkene.
- Bidra til å utforme og kvalitetssikre gode systemer for overføring av barn med kroniske sykdommer til voksenmedisinen.
- Foreslå og bidra til konkrete tiltak som styrker kompetansen innen ungdomsmedisin blant annet gjennom å opprette en egen interessegruppe og utfordre miljøet til å utvikle et eget etterutdanningskurs innen ungdomsmedisin.
- Styrke ferdighetstrening og vedlikehold i tilknytning til norske barneavdelinger.
- Oppfordre til at alle barneavdelinger/-klinikker tilrettelegges med tanke på foresattes samværsrett.
- Oppmuntre til en økt satsning på og økte bevilgninger til ”Barneprogrammer” som ivaretar hele barnet under opphold på sykehus fordi dette er spesielt viktig for barn med kroniske lidelser.
- Arbeide for god samhandling mellom første- og andrelinjetjenesten, mellom skole, barnehage og barnemedisin spesielt når det gjelder barn med kroniske lidelser.
- Arbeide for at flere leger avtjener basistjeneste ved barneavdelinger og at flere allmennleger tar sideutdanning ved barneavdeling eller ansettes i bistillinger ved sykehus.
- Støtte arbeidet for felles journalsystem og raskere overføring av informasjon mellom institusjoner og ulike behandlingsnivåer.
- Styrke betingelsene for forskning blant annet gjennom å bedre finansieringen, øke muligheten for å kombinere laboratorieforskning og klinisk arbeid, stimulere til mer forskning i fordypningsstillingene (D-stillingene) og økt samarbeid mellom lokale barneavdelinger og universitetsklinikkene.
- Gå inn for at den akademiske delen av professorater minimum er 50 % og se hvordan man bedre kan utnytte barneleger med doktorgrad som akademisk ressurs blant annet ved å belønne god forskningsinnsats med økt tilgang til forskningstid.

- Beholde dagens modell med en generalistutdanning før en starter med subspecialisering.
- Vurdere flere obligatoriske kurs og oppfordre Dnlf til å gå inn for eksamen som en kvalitetskontroll etter endt spesialistutdanning.
- Spesielt oppmuntre til forskning og egne etterutdanningskurs innen pediatrik farmakoterapi og klinisk rettsmedisin.
- Gå inn for at barneleger får god trening i og opprettholder fokuset på etikk og kommunikasjon blant annet ved at dette prioriteres i utdanningen av våre spesialistkandidater.
- Arbeide for at barneleger engasjerer seg offentlig for forebygging innenfor sine spesialfelt i tillegg til det forebyggende arbeidet i klinikken.
- Styrke arbeidet ovenfor de sårbare barna, blant annet ved å gå inn for etableringen av et kurs innen sosialpediatri, samt allianser og samarbeid med andre organisasjoner.
- Arbeide for barn og unges særskilte behov blant annet i kontakten med Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet.
- Være en aktiv pådriver for økt innsats for global barnehelse, samt være en arena der det internasjonale perspektivet skal være langt framme.
- Være en aktiv pådriver for utveksling av erfaring og kontakt mellom ulike barnemedisinske miljøer i landet.

INNLEDNING

Barn og ungdom under 20 år utgjør 22,5 % av Norges befolkning, eller litt i overkant av 1,2 millioner individer. Norske barn nyter i globalt perspektiv god helse. Likevel innebærer barne- og ungdomsårene et bredt spekter av sykdomstilstander som utgjør en stor utfordring. Et barn kan presentere seg som sykt og behandlingstrengende allerede før det er født. Barnemedisinen starter således prenatalt. Utfordringene omfatter fødselen og nyfødtp perioden, medfødte misdannelser og infeksjoner og de for tidlig fødte barna. Forstyrrelser i vekst og utvikling, forebygging og behandling av infeksjoner og skader, kreft, stoffskiftesykdommer og svikt i ulike organsystemer er andre eksempler på tilstander som krever utredning og behandling. Pediatrien er derfor et omfattende fag med tanke på krav til kunnskaper og ferdigheter. Barneleger må også ha evne og vilje til å samarbeide bredt med mange andre spesialistgrupper som har kunnskaper om barn. I tillegg må barneleger samhandle med primærhelsetjenesten, helsestasjonene, skolehelsetjenesten, skolene og barnevernet.

Sykdomspanoramaet hos norske barn, observert fra barneavdelingene, har i løpet av et par generasjoner endret seg betydelig. Tidligere var akutte infeksjonssykdommer en hovedårsak til innleggelse av syke barn. Nå er fokuset rettet mot sykdommer som kan komme til å prege resten av livsløpet. Mange av disse tilstandene hadde tidligere svært begrensede behandlingstilbud, mens vi nå kan tilby behandling med høy overlevelse og, for flertallets del, god livskvalitet. Eksempler på slike sykdommer er kreft, medfødte misdannelser, stoffskiftesykdommer og organsvikt. Andre tilstander, slik som astma, fedme og psykisk lidelse, øker i forekomst og krever mer oppmerksomhet fra helsevesenet. Når disse barna blir voksne, skal de tas hånd om i den voksne medisins verden. Vi har derfor felles utfordringer med voksenmedisinen i å utforme og kvalitetssikre systemer for overføring av omsorgen for disse pasientgruppene.

Endringer i sykkeligheten hos barn og forandringer i arbeidsbetingelsene for helsearbeidere innebærer utfordringer for utdanningen av nye spesialister. Dette dokumentet omtaler derfor planer for styrking av ferdighetstrening og vedlikehold. Andre viktige saker for norsk barnemedisin i de neste årene er styrking av kompetanse og forskning i farmakoterapi; omdannelse av våre barneavdelinger/-klinikker til barne- og ungdomsavdelinger/-klinikker og, i tilknytning til dette, utvikling av feltet ungdomsmedisin; styrket samarbeid mellom barnemedisinen og barnepsykiatrien samt habiliteringstjenesten; og omsorg for de sårbare barna. Forebyggende helsearbeid har alltid vært viktig for barneleger, men deres rolle i dette arbeidet i Norge er sterkt svekket. Dokumentet gir

uttrykk for NBFs synspunkter på dette forholdet. Forskning er nødvendig for videre utvikling av kunnskapsbasert medisin, og vi må styrke betingelsene for forskning og forskere i norsk barnemedisin. Dokumentet omtaler målsettinger og strategier på alle disse områdene.

Livet for barn på sykehus har forandret seg dramatisk de siste femti årene. Endringene gjelder ikke bare sykdommer og behandling, men også barnet som individ. Tidligere måtte barnet etterlates alene på sykehuset med begrenset besøksrett for foreldrene. Nå har barnet og foreldrene lovfestet rett til å være sammen under sykehusoppholdet, og foreldrene har rett til kost og opphold dekket av det offentlige. NBF vil sterkt oppfordre til at nye barneavdelinger/-klinikker planlegges med denne samværsretten for øyet. Erfaringen viser dessverre at selv ganske nye barneavdelinger er bygget uten muligheter til å oppfylle disse rettighetene. Syke nyfødtes rettighet til å ha en av sine foreldre tilstede som omsorgspersoner hele døgnet gjennom hele sykehus oppholdet oppfylles i dag ikke ved noen norske nyfødtavdelinger. Sykehuseierne må gi de nødvendige bevilgninger slik at eksisterende barneavdelinger/-klinikker kan bygges om for å imøtekomme rettighetene. Erfaringer fra universitetssykehusene i Uppsala og ved Karolinska sjukhuset har vist at dette faglig og driftsmessig er fullt gjennomførbart. Norsk barnelegeforening oppfordrer til at sykehuseiere, både ressurs- og arealmessig, legger til rette for at forskriften om barns opphold i sykehus i sykehus etterleves, både for syke nyfødte og for barn etter nyfødtperioden.

”Barneprogrammer” finnes nå ved mange barneavdelinger. Disse programmene er rettet mot ”det friske i den syke” og ivaretar barns og foreldres behov for pustehull i sykehushverdagen. Eksempler på elementer i slike programmer er sykehusklovner, musikkterapeuter, kinoforestillinger, teaterbesøk og andre utflukter. NBF vil oppmuntre til økt satsing på slike programmer, og ber sykehuseierne om å bevilge nødvendige ressursene.

Styret i Norsk Barnelegeforening ønsker med dette dokumentet å fremme utviklingen på de feltene som er omtalt ved å sette fokus på dem. De virkemidlene NBF og norske barneleger rår over vil variere mellom de ulike feltene, og det vil være målet å benytte de mest tjenlige virkemidlene for hvert felt. Slike virkemidler kan være bygging av nettverk innen faget, utvikling av samarbeidskanaler utenfor pediatrien, samarbeid med offentlig myndighet, samarbeid med DNLF og fagmedisinske grupper under Dnlf (FaMe-gruppen), utvikling av kurstilbud og medieeksponering. Styret i NBF vil bruke disse virkemidlene aktivt, og vil oppfordre våre medlemmer til å gjøre det samme.

NOEN NØKKELTALL FOR NORSK PEDIATRI

Tallene og opplysningene som følger er hentet fra en rundspørring til ledere ved norske barne- og ungdomsavdelinger/-klinikker. Takk til de som har bidratt med tallene. Det finnes i dag 20 barneavdelinger/-klinikker i Norge, og i tillegg en barneseksjon ved Spesialsykehuset for epilepsi. To av avdelingene, hhv ved Sykehuset Sørlandet (SSHF) og Oslo Universitetssykehus (OUS), er dannet ved sammenslåing av to tidligere adskilte avdelinger/klinikker, men fungerer fortsatt med flere driftssteder. Regnestykket kompliseres av at den barnemedisinske aktiviteten ved OUS er organisert i fire avdelinger under en felles Kvinne- og Barneklinnikk. Vi har for det meste av denne oversikten valgt å forholde oss til SSHF hhv OUS som en barneavdeling.

Seksten av de tjueen barneavdelingene som vi har opplysninger fra er i dag en del av en større klinikk eller driftsenhet. For fires del er barneavdelingen samorganisert med både barne- og ungdomspsykiatri (BUP) og barnehabilitering, mens ytterligere to er samorganisert med habilitering. Fire barneavdelinger er samorganisert med kvinneklinikker, av disse hadde en på forhånd BUP og (delvis) habilitering som en del av Barneklinnikken. For de øvrige er partnerne i samorganiseringen varierte og omfatter både medisinske og kirurgiske fag. NBF mener det er grunn til å være spørrende til om samorganisering med kvinneklinikker så vel som enkelte andre konstellasjoner vil vise seg å være tjenlig fra et barnefaglig perspektiv. I en verstefallstenkning er det lett å se for seg at fokuset på barna vil forsvinne i overordnet ”styring” og ”drift”. For NBF som fagmedisinsk forening er det all grunn til å følge denne utviklingen kritisk og nøye. I denne nye situasjonen mener styret det er særlig viktig for NBF som en fagmedisinsk forening å holde en høy profil med tanke på fag-styrkende aktiviteter.

Ledelsen av barneavdelingene er per i dag likt fordelt mellom leger (11) og sykepleiere (12), når de fire barneavdelingene på Kvinne- og Barneklinnikken, OUS telles for seg. Der barneavdelingene er lagt inn i klinikker, leder leger 12 av 19 klinikker, mens de øvrige ledes dels av sykepleiere, dels av økonomer/merkantilt utdannede. Betydningen av dette skiftet fra en medisinsk-faglig til en ledelse-faglig styring av norske barneavdelinger er det for tidlig å si noe om, men utviklingen bør følges nøye.

Aldersgrensene for norske barneavdelinger varierer fra 14 år (2 avd), 15 år (7 avd), 16 år (7 avd) til 18 år (5 avd). NBFs styre har i brev til Helse- og Omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet og de regionale helseforetakene gått inn for at aldersgrensen for innleggelse i alle norske barneavdelinger økes til 18 år, at disse omdannes til barne- og ungdomsavdelinger, og at BUP og barnehabilitering knyttes tett til disse avdelingene for å styrke fokuset på mestring og habilitering av barn og unge med livsløpssykdommer.

Norske barneavdelinger disponerte i 2009 829 døgnenger og hadde mer enn 90.000 innleggelser i disse. Antallet dagsenger var i samme år 33, men økende flere steder, og håndterte ca.6.200 dagopphold. Det ble rapportert om 205.840 polikliniske konsultasjoner.

Til å ivareta disse pasientene disponerte man 306 overleger, hvorav 84 hadde doktorgrad og 36 var i kombinerte stillinger med akademisk tilknytning. Avdelingene ble spurt om hvor mange ekstra overlegestillinger de mente de trengte, uten å ta økonomiske hensyn, for å utføre sine oppgaver. Tallet 46 er et minimumstall, fordi to store universitetsklinikker av ulike grunner ikke så seg i stand til å svare på dette. Avdelingene oppgir å ha 176 LISer, av disse har 5 doktorgrad, drøye 30 er allerede ferdige spesialister, og med samme begrensning som for overleger mener avdelingene at de trenger ytterligere 37 stillinger for å ivareta oppgaver og vaktordninger.

Når det gjelder akademiske stillinger, stipendiater og publikasjonsaktivitet vises det til kapitlet om forskning.

ETIKK OG JUS

FNs konvensjon om barnets rettigheter fra 1989 sier (artikkel 3): ” Ved alle handlinger som berører barn, ... skal *barnets beste* være et grunnleggende hensyn.” Av artikkel 24 framgår det at ” barnet har rett til å få den best mulige medisinske behandling og hjelp til å komme seg etter sykdom. Staten skal arbeide for å redusere spedbarns- og barnedødelighet, sikre at alle barn får nødvendig legehjelp ...” Norge ratifiserte konvensjonen i 1991 og vi er bundet av denne. Det finnes også en rekke nasjonale lover som er viktige for hvordan barn tas hånd om i helsevesenet. Av særlig betydning er Helsepersonelloven, Pasientrettighetsloven, Barnevernsloven og Barneloven. Alle som arbeider med syke barn og deres familier må kjenne til disse lovene.

Etisk virke i medisin hviler på tre pilarer – profesjonsetikk, forskningsetikk og klinisk etikk. Profesjonsetikken omfatter yrkesorganisasjonenes regler om plikter, rettigheter og adferd for yrkesutøvere. Forskningsetikken regulerer den vitenskapelige aktiviteten og er bl.a. basert i Helseforskningsloven, Forskningsetikkloven og Helsinkideklarasjonen. Håndhevingen av dette feltet skal tas hånd om av de regionale forskningsetiske komitéene. Den kliniske etikken rår ikke over noe entydig regelsett, men ifølge utkastet til et felles nasjonalt mandat for de kliniske etikk-komitéene skal de ”bidra til å øke evnen til å identifisere, analysere og løse etiske problemer og dilemma.” I medisinsk arbeid med barn vil alle disse tre tilnærmingene til etikk være relevante.

Foreldrene er barnemedisinens viktigste samarbeidspartnere. NBFs oppfatning er at dette samarbeidet som regel fungerer godt og til barnets beste. Samtidig ligger det noen utfordringer her. Foreldres rettigheter i forhold til sine barn baseres på en antagelse om at de er i) beslutningskompetente, og ii) ønsker sitt barns beste og er i stand til å se hva dette innebærer, samt prioriterer det i forhold til egne behov. Vi trenger Barnevernsloven og et lokalt barnevern fordi denne antagelsen ikke alltid holder stikk - foreldre kan helt eller delvis, tidsbegrenset eller varig, mangle beslutningskompetanse. Eksempler på årsaker til dette kan være rus, alvorlig psykisk sykdom eller psykisk utviklingshemning.

Foreldrene forvalter barnets rett til autonomi fram til barnet er 12 år. Fra 12 til 16 års alder skal barnet i økende grad delta i bestemmelser som gjelder egen helse og behandling. Ved behandling av syke barn må barneleger spørre om informasjonen er gitt slik at den danner et forståelig grunnlag for å fatte beslutninger og om en gitt beslutning er til barnets beste. Dersom det er tvil om det siste, kan

det være riktig og nødvendig å søke råd, for eksempel hos en klinisk etikk-komité. Foreldrenes rett til utøvelse av autonomi ved behandling av et barn er begrenset. De kan ikke nekte en behandling som klart er til barnets beste, slik som antibiotikabehandling ved livstruende infeksjon. De kan heller ikke kreve en behandling som ikke er dokumentert virksom, eller som utsetter barnet for vesentlig smerte og plage uten at barnet har noe å vinne ved det. Media-fokuset på noen slike saker i de senere årene viser hvor krevende det kan være n r virkelighetsoppfatningene er svært forskjellige. Barneleger trenger derfor god trening i etikk og kommunikasjon, og dette bør prioriteres i utdanningen av våre spesialistkandidater.

Innvandring av familier fra andre språk- og kulturkretser innebærer store utfordringer for barnemedisinen. Foreldrene kan være ukjent med de rettighetene som barn har i Norge og hvordan dette begrenser deres handlefrihet i forhold til barnet. Respekt for disse familienes kultur er viktig, men må ikke fortrenge v rt ansvar for barna. Foreldre som oppholder seg i Norge er forpliktet på barns særstilling i norsk lov. Vi som behandler syke barn har både rett og plikt til å prioritere barnas beste foran respekten for kulturelle uttrykk.

I dagens medisin kan vi gjøre mye som tidligere var umulig. Men vi må være bevisste på at de redskapene som kan redde og forlenge liv, også kan brukes til å forlenge en dødsprosess. I avansert barnemedisin kan vi støte på situasjoner der det som er teknisk/medisinsk mulig, ikke er medmenneskelig riktig. Da bør vi heller ikke gjøre det. Samtidig er ethvert framskritt avhengig av at gamle grenser overskrides. I denne balansegangen er en våken etisk bevissthet og en urredd og åpen dialog de beste redskapene vi har. Barneleger synes å ha stor oppmerksomhet på slike spørsmål, og det må være et mål for norsk barnemedisin å opprettholde dette fokuset.

Forskning på barn oppfattes som et etisk minefelt. Fordi få medikamenter er utprøvet på barn på kontrollert måte, vil innføringen av nye medikamenter hos barn ofte skje etter det såkalte 'compassionate care' prinsippet, fremfor etter solid klinisk forskning. Vi må legge bak oss misforståelsen om at forskning på barn er uetisk. Snarere er det slik at det er uetisk ikke å gi barn de samme fordeler av framskritt som vi voksne f r. Men all forskning, på barn så vel som på voksne, må følge de lover og regler som gjelder for slik virksomhet og på en måte som både ivaretar pasientenes rettigheter og v re forpliktelser som helsearbeidere.

FORSKNING

En oversikt fra Legeforeningen fra 2008 viste at 13.1 % av norske spesialister i pediatri har doktorgrad, noe som er lavere enn for mange andre spesialiteter og lavere enn gjennomsnittet for de sykehusbaserte spesialitetene. Nylig innhentede tall fra norske barneavdelinger (se avsnittet ”Noen nøkkeltall for norsk pediatri”) viser imidlertid at 27,5 % av overlegene (84 av 306) oppgis å ha doktorgrad. Den overveiende delen av disse har sin arbeidsplass ved universitetsklinikkene. Det er grunn til å tro at tallet fra Legeforeningen er for lavt.

Det skal finnes 7 professor I og 13 professor II stillinger i norsk pediatri. Av de siste har fem den tradisjonelle 100/20 fordelingen av sin arbeidstid (100 % klinikk, 20 % professor), mens 6 har 50/50 og en oppgir 60/40. Det finnes 19 andre faste universitetsstillinger (forsker, 1.amanuensis og lignende); flertallet av disse er deltid med begrenset forskningstid og ikke alle er leger. Av tidsbegrensede stillinger oppgis 7 kliniske stipendiater (”universitetslektor”) og 83 doktorgradsstipendiater. Tallet for sistnevnte kategori er trolig mindre presist enn for de andre, fordi flere stipendiater er engasjert i samarbeidsprosjekter der pediatrien er en del av en større helhet. Disse tallene er lovende for framtiden, fordi de peker på at det foregår en omfattende utdanning av forskere i norsk barnemedisin.

Aktuell forskningsaktivitet

De tallene vi har kunnet hente inn om publikasjonsaktiviteten er av begrenset verdi, fordi sykehusene har ulike kriterier for hva som faktisk registreres. Vi har derfor valgt ikke å presentere disse tallene. Det er imidlertid en betydelig overvekt av internasjonale publikasjoner, noe som burde borge for kvaliteten i det som publiseres. Flere norske barnemedisinske forskningsmiljøer har en god profil internasjonalt og et bredt samarbeid over landegrensene. Dette er gledelig og bør stimulere til videre kvalitetsinnsats.

Det er svært positivt å kunne konstatere at det er en økende vitenskapelig aktivitet ved avdelinger utenfor universitetssykehus, og at det i de senere årene har vært avlagt flere doktorgrader utgått fra disse avdelingene. Dette vitner om stort pågangsmot så vel som evne og vilje til å finne spennende problemstillinger som lar seg studere uten tilgang til avanserte laboratorier og stort støtteapparat. Flere av disse prosjektene har involvert et samarbeid mellom den lokale barneavdelingen og en

universitetsklinikk, og har gitt gjensidig utbytte for begge parter. Det bør være mulig å utvikle slike samarbeidsformer videre i de neste årene.

Translasjonsforskning er et nytt fyndord på den vitenskapelige arenaen – basalforskningen skal finne veien 'from bench to bedside'. Her ligger det både spennende muligheter og viktige utfordringer. Det er ikke tvil om at noe av den barnemedisinske forskningen som har foregått i Norge i de senere årene nettopp har gått veien fra laboratoriet til sykesengen. Når internasjonale retningslinjer for bruk av surstoff ved gjenopplivning av nyfødte nå endres, har eksempelvis forskningen ved Pediatrisk Forskningsinstitutt ved Oslo Universitetssykehus vært en motor i prosessen.

Det foregår en diskusjon om målsettingen for en doktorgrad, særlig med tanke på hvilke forventninger man har til doktorandenes framtidige vitenskapelige aktiviteter. Mange norske doktorgrader er grunnlagt i laboratoriestudier. Det er en beklagelig kjensgjerning at for flertallet av disse doktorandene ligger forholdene ikke til rette for å bruke de redskapene man har tilegnet seg til videre forskning når de går tilbake til klinisk arbeid. Planleggingen av videre forskningsinnsats i norsk pediatri må ta disse forholdene i betraktning, og bør tilstrebe arbeidsbetingelser som gjør det mulig å kombinere "bench" og "bedside".

Mål for forskningen i norsk pediatri

Det er ønskelig å øke forskningsinnsatsen i norsk pediatri, og NBF har som mål å oppmuntre norske barneleger til forskning. Dette innebærer at vi må arbeide for bedre betingelser for forskning. Styrket finansiering er et nødvendig ledd i dette. Det må være et mål at det skal bli mulig å kombinere laboratorieforskning og klinisk arbeid. Opprettelsen av Nasjonalt kompetansenettverk for legemidler til barn gir en enestående mulighet til å fokusere på forskning på dette viktige og tidlige så underprioriterte feltet, og det er et mål at norsk barnemedisin samlet utnytter denne muligheten. Det er videre et mål at fordypningsstillingene ('D-stillingene') ved våre universitetsklinikker skal ha den muligheten til forskning som egentlig ligger i disse. Det er nå i ferd med å akkumuleres betydelige mengder data i de helse- og kvalitetsregistre som har et pediatrisk utgangspunkt. Disse dataene samles inn ved nitidig registreringsarbeid på alle landets barneavdelinger. Det må være et mål å begynne å høste de vitenskapelige fruktene av denne informasjonen. Analyse og bearbeiding av slike data kan bl.a. skje i samarbeid mellom lokale barneavdelinger, og mellom universitetsklinikkene og disse barneavdelingene. Det er et mål å fremme og styrke slikt samarbeid.

Strategi for utviklingen av norsk barnemedisinsk forskning

Vi må benytte flere strategier for å nå målene. På det lokale plan må klinikk- og avdelingssjefer ta ansvar for å legge til rette for forskning, også i en travel klinisk hverdag. Slik tilrettelegging krever vilje til prioritering fra ledelsens side, men også vilje til fleksibilitet fra den enkelte ansatte. Dersom noen skal kunne bruke mer av sin tid til forskning, må de som ikke ønsker å drive forskning ta en større del av det kliniske arbeidet. Hvis vi ser på det kliniske arbeidet og forskningsarbeidet som et felles ”produkt” for avdelingen, er ikke en slik fordeling urimelig.

Tyngden av den akademiske bemanningen på våre universitetsklinikker ligger i de kliniske professoratene (professor II). I flere av disse stillingene utgjør den akademiske delen et 20 % tillegg på toppen av 100 % klinisk stilling. Mye av dette tillegget går med til undervisningsforpliktelsene, og det er reelt sett lite igjen til forskning og veiledning. Som en strategi for å øke veilednings- og forskningsressursene på norske universitetsklinikker vil NBF gå inn for at den akademiske delen av slike kombinerte stillinger ikke skal være mindre enn 50 %.

Barneleger med doktorgrad men uten akademisk stilling utgjør en stor ressurs som er for dårlig utnyttet. En strategi for å øke veilednings- og forskningsressursene på norske barneavdelinger er at alle som har doktorgrad og tilsettes i fast stilling ved oppstart får en definert andel av sin tid til forskning og veiledning, sammen med en økonomisk startpakke i de første årene. Videre tildeling av slik beskyttet tid bør betinges av produktivitet. Det vil si at den som bruker tiden godt og dokumenter vitenskapelig aktivitet og veiledning, bør kunne få økt tilgang på tid. Den som ikke utnytter denne tiden godt, vil måtte gi den fra seg. Det må fastsettes klare kriterier for hvordan slik innsats skal vurderes og vektes.

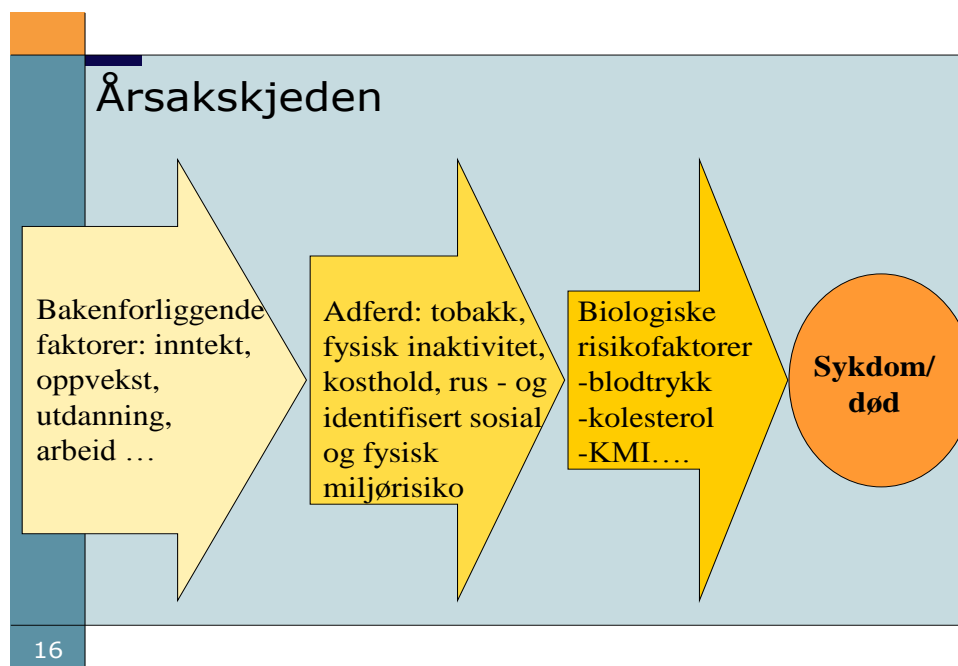
NBF har opprettet stipendier for å stimulere forskning, og vil fortsette med denne ordningen så lenge foreningens økonomi tillater det. NBF vil søke å påvirke de store aktørene på stipendfronten (NFR, de regionale helseforetakene, Kreftforeningen, Hjerte- og karrådet, Stiftelsen Helse og Rehabilitering) til å prioritere barnemedisinsk forskning høyere. NBF vil fortsette å påvirke myndighetene til å opprettholde og endog øke støtten til Nasjonalt kompetansenettverk for legemidler til barn. Endelig har NBF gått inn som medlemsorganisasjon i Hjerneverket og representeres der gjennom leder av Norsk Barnenevrologisk Forening. En av Hjerneverkets målsettinger er å fremme nevrovitenskapelig forskning i Norge.

BARNELEGENES BIDRAG TIL FOLKEHELSEN (FRA VAKSINER TIL VOLD)

Enkeltindivider og samfunn

Barnelegens hverdag dreier seg om enkeltindivider og deres familier, og retter seg stort sett mot biologiske risikofaktorer for sykdom og død. Arbeid for å fremme bedre folkehelse omfatter innsats **både** innenfor helsetjenesten **og** innsats mot samfunnsforhold og påvirkningsfaktorer for levekår og helse. Barneleger bør spille en større rolle som barns talspersoner i det offentlige rom. Spørsmålet er hvordan barnelegene kan bidra til folkehelsearbeid på samfunnsnivå?

Tiltak på samfunnsnivå er nødvendig for å fremme sunne levevaner, og beskytte mot risiko og helsetrusler. Når helse har årsaker i sosiale forhold, levekår og samfunnsstrukturer, må tiltak også rettes inn mot disse. Mange sektorer utenfor helsesektoren er svært viktig for barns helse. Eksempler er et utdanningssystem som ivaretar retten til videregående opplæring og tiltak for å forhindre frafall i skolen, og samferdselssektorens betydning for trafiksikkerhet og trygg framkommelighet i form av sykkelstier osv.



Spesialisthelsetjenesten bør bidra til forebygging

I sin kommentar til Samhandlingsmeldingen uttalte Helse- og omsorgskomiteen blant annet: ”Komiteen vil samtidig understreke helsetjenestens ansvar og mulighet for forebyggende og helsefremmende arbeid. Komiteen [...] støtter at alle ledd i helsetjenesten skal ha ansvar for forebyggende arbeid og for behandling, habilitering og rehabilitering og mestring. Komiteen mener at spesialisthelsetjenesten må få et tydeligere ansvar for forebyggende arbeid og for vektlegging av mestringsevne som mål for god behandling, men understreker samtidig at hoveddelen av det forebyggende og helsefremmende arbeid best kan gjøres på de omsorgsnivåer som er nær pasientens hjem og bosted.”(Ref: Versjon 4.3 -110210 side 5 og 6)

Skole og helsestasjoner - tapte arenaer

Generalplanen i pediatri fra 1997 peker på betydningen av forebyggende arbeid blant barn, særlig gjennom helsestasjonsvirksomhet og skolehelsetjeneste. Disse arenaene er for alle praktiske formål gått tapt som arenaer for barneleger siden 1997. Legearbeid på helsestasjoner og i skolene har allerede i mange år vært drevet av allmennleger, med noen unntak uten vesentlige bidrag fra barnelegehold. Dette betyr ikke at barnelegene som en del av spesialisthelsetjenesten ikke kan og bør bidra for å fremme folkehelsen gjennom forebyggende arbeid.

Nye utfordringer for barneleger

Faglig besitter barneleger kunnskap som er relevant for folkehelsearbeidet. Dette gjelder betydningen av fysisk aktivitet, riktig ernæring, ulykkesforebyggende arbeid, samt skadevirkninger av tobakk, alkohol og rus. Men barneleger har også kunnskap innen en rekke andre relevante områder som spenner fra betydningen av vaksiner og antibiotikaresistens på den ene siden til konsekvensene av omsorgssvikt og vold mot barn på den andre.

I tillegg til et individ- og familierettet fokus bør vi som barneleger heve blikket og skue utover murene fra (den intramurale) spesialisthelsetjenesten. Målet må være å bidra til å trygge barns helse- og oppvekstvilkår ved å bidra til å sikre positive faktorer i barns oppvekst. Arbeidet på samfunnsnivå er i sin natur tverrfaglig og tverrsektorielt. ”Alle” barneleger bør i større eller mindre grad kunne delta ut fra sitt ståsted og sin personlige erfaring. Interessegruppene under NBF kan være viktige faglige sentra for slik virksomhet.

Visjonen er at barneleger engasjerer seg i offentligheten for forebygging innenfor sine respektive spesialfelt. Omsorgssvikt og vold mot barn er et område alle barneleger kan møte på i ulike kliniske sammenhenger.

Eksempler på mulige sammenhenger mellom interesseområder og forebyggende temaer er vist i tabellen:

Tabell. Sammenhengen mellom interesseområder og forebygging

Interesseområde	Forebyggende tema
Astma/allergi	Tobakk: Passiv røyking, ungdomsrøyking
Endokrinologi	Adipositas: Betydningen av fysisk aktivitet og kosthold
Infeksjon	Vaksiner: Formidle kunnskap Antibiotika: Bidra til fornuftig antibiotikabruk Sykehushygiene: Bidra til å hindre sykehusinfeksjoner
Gastro/ernæring	Adipositas: Betydningen av fysisk aktivitet og kosthold Formidle kunnskap om nytten av morsmelk
Kardiologi	Betydningen av fysisk aktivitet og kosthold
Nevrologi	Betydningen av fysisk aktivitet
Nyfødt	Amming Arbeide mot vold/mishandling/ manglende samspill
Hematologi	Forebygge alimentær jernmangel
Revmatologi	Betydningen av fysisk aktivitet

Styret i NBF vil i perioden oppmuntre til forskning på forebygging, både primærforebygging og på samfunnsnivå. Vi ønsker å bidra til at barnelegene er synlige i media og deltar aktivt i den offentlige debatten gjennom bl.a. kronikker og kommentarer. Vi bør samarbeide mer aktivt med andre aktører i det offentlige rom som arbeider for barns behov og interesser, som for eksempel Barneombudet, andre yrkesorganisasjoner og andre aktører i det sivile samfunn. Ut over dette vil klinikken fortsette å være den viktigste arenaen for barneleger hva gjelder både forebyggende og såkalt sekundærforebyggende arbeid.

SPECIALISTUTDANNING OG FERDIGHETSTRENING

Målsetninger i forrige generalplan var som følger:

1. sikre stort nok antall barneleger til å dekke landets behov
2. sikre at utdanningskandidater får en fullverdig utdanning som motiverer til et høyt faglig nivå i sykehuspediatri, utadrettet pediatriisk virksomhet og forebyggende pediatri
3. Utdanning bør være i tråd med kravene til pediaterutdanningen i EU område

En ønsket også å legge økt vekt på de deler av pediatrien som var mangelfullt dekket; forebyggende helsearbeid, utadrettet pediatriisk virksomhet, habilitering og barnepsykiatri.

Hva har skjedd de siste 13 åra?

Det har skjedd lite endringer i spesialistreglene. Det var i forrige plan skissert at forskrifter angående krav til sideutdannelse skulle utarbeides, og i 2000 ble reglene endret til at sideutdannelse var frivillig. Utdanningen i dag består av fem års tjeneste ved medisinsk barneavdeling, der inntil ett år kan erstattes av en av følgende: forskningstjeneste, tjeneste ved klinisk eller poliklinisk avdeling utenom generell pediatriisk avdeling, i institusjon for habilitering/omsorg for funksjonshemmede eller andre relevante spesialiteter, tjeneste i helseadministrativ/samfunnsmedisinsk legestilling eller i allmenntidmedisin. 18 mnd av disse fem årene skal være på gruppe 1 sykehus. I tillegg skal en ha 200 kurstimer, der 120 timer skal dekke sentrale pediatriiske emner, og en skal ha gjennomført obligatorisk kurs i administrasjon og ledelse. Fra mai 2011 kreves i tillegg gjennomført obligatorisk nettkurs i sakkyndighetsarbeid.

Når det gjelder innholdet i utdannelsen er erfaringen at det er sykehusmedisinen som står sentralt. Det er lagt lite vekt på forebyggende medisin og utadrettet pediatriisk virksomhet er ikke tilstede.

EUs krav til spesialistutdanning:

Tidligere anbefalinger fra UEMS (European Union of Medical Specialists) samt Rådsdirektiv 93/16/EØS anbefalte henholdsvis 6 og 5 års total utdanning. Anbefalinger fra Europaparlamentets og Europarådets direktiv 2005/36/EF av 7. September 2005 om godkjenning av yrkeskvalifikasjoner fastslår at minimumsperiode for utdanning til Pediatri er fire år.

European Academy of Pediatrics (EAP) er den pediatriiske seksjonen under UEMS. Oppgaven deres er bl.a. å sette standard for og harmonisere spesialistutdanningen i barnesykdommer i Europa. NBF

er representert her. EAP går inn for en grunnleggende felles 3-årig utdanning, ”common trunk”, og så en videre påbygging til subspecialisering på primært, sekundært og tertiært nivå. Så langt er det ikke gjennomført noen harmonisering av utdanningen i EU-landene. Det er imidlertid flere land som har formelt godkjente subspecialiteter i barnesykdommer.

Norsk tilnærming til EUs krav til spesialistutdanning

Forrige generalplan skisserte en holdning til at grunnutdanningen i pediatri i Norge fremdeles skulle være fem år, og at subspecialisering skulle skje etter endt grunnutdanning. Pediatri er fortsatt et generalistfag preget av helhetstenkning. Samtidig tilkommer ny kunnskap og teknologi nær sagt daglig. På grunn av den økende kompleksiteten i faget er hver barneavdeling avhengig av den enkelte leges kunnskapsnivå og tekniske ferdigheter. På samme tid er det generelt færre alvorlig syke barn å lære av, og barna med de mest alvorlige og kompliserte tilstandene er oftest innlagt ved universitetsklinikkene. Leger i spesialisering har kortere arbeidsuker. Resultatet av dette er at det blir færre prosedyrer i arbeidsdagen, både for leger under spesialisering (LISer) og for spesialister. Det tar tid å opparbeide seg tilfredsstillende grad av kunnskapsbredde og erfaring. NBF går derfor inn for at nåværende krav om fem års grunnutdanning i pediatri opprettholdes.

Subspecialisering

Norske barneleger har behov for generalistperspektivet i vaksammenheng. Norsk distriktshelsepolitikk krever en sterk generell utdanning slik at vaktkompetansen blir opprettholdt også på de mindre avdelingene. I den daglige praksis ved sengeposter og poliklinikker er det imidlertid nødvendig at barnelegene fordyper seg i en eller flere subspecialiteter for å sikre kvaliteten på arbeidet som gjøres. For å kunne beholde den generelle vaktkompetansen går NBF inn for å fortsatt beholde generalistutdanningen før en eventuelt velger en eller flere spesialfelt for den daglige praksis. Formalisering av subspecialiteter innenfor pediatrien bør diskuteres videre.

Kvalitetssikring av spesialistutdanningen

Dagens spesialistutdanning i pediatri krever 120 kurstimer innenfor sentrale pediatriske emner, uten at dette er spesifisert nærmere. NBF ønsker å jobbe for at enkelte kurs, som for eksempel APLS (Advanced Pediatric Life Support), gjøres obligatorisk for alle. Innføring av kursprøver vil kunne være en måte å kvalitetssikre utdanningen på. Spesialitetskomiteen arbeider videre med dette. Fokus på kontroll med veiledersystemer, kurs for veiledere, og dokumentasjon av deltagelse i internundervisning er viktige kvalitetssikringsverktøy for spesialistutdanningen. Spesialitetskomiteen arbeider også med utforming av sjekklister for gjennomført opplæring i sentrale emner og ferdigheter. NBF samarbeider med spesialitetskomiteen og med interessegruppene for utvikling av et

bredere og bedre kurstilbud. Man ser at kursene ikke er godt nok fordelt over kalenderåret, og at dette er til hinder for avdelingenes mulighet til å oppfylle spesialistkandidatenes rett til kursdeltagelse. Spesialitetskomiteen er i dialog med koordinatorkontorene om dette.

NBF mener at en fremtidig ordning med eksamen som kvalitetskontroll etter endt spesialistutdanning er uunngåelig - og kanskje ønskelig - , men ser at dette må skje gjennom et felles grep for norsk medisin. NBF oppfordrer Legeforeningen til å arbeide videre med dette.

Ferdighetstrening:

Muligheten for læring og vedlikehold av ferdigheter, som intubering, spinalpunksjon og mottak av alvorlig syke barn, begrenses av avdelingenes struktur, kortere liggetid, endret sykdomspanorama og færre syke barn. Krav til kortere tjenesteplaner vil også resultere i kortere tid i klinikken. NBF har derfor sett et økende behov for ferdighetstrening og simulering. På bakgrunn av dette satte NBF i 2009 ned et Ferdighetsutvalg som har kartlagt ulike forhold rundt ferdighetstrening; Hva bør ferdighetstrening inneholde? Hvordan bør den gjennomføres og hvem bør delta? Hvilket utstyr trengs og hvilke krav bør stilles til instruktører? Utvalget foreslår at ferdighetstrening blir obligatorisk ved alle barneavdelinger, og at det stilles krav til deltakelse av alle leger som går i vakt. Dette må forankres i ledelsen ved den enkelte avdeling og inngå som en del av avdelingens interne kvalitetsarbeid. Utvalget har utarbeidet et eget instruktørkurs for å sikre at treningen gjennomføres enhetlig og profesjonelt. For å gjøre treningen lettere på den enkelte avdeling er det etablert en ”scenariobank” og en ”filmbank”. Disse legges ut på www.pedweb.no. Utvalget har også utviklet et eget ferdighetstreningskurs for bakvakter, med fokus på enkeltferdigheter og simulering av akutte situasjoner med fokus på bakvaktsrollen.

NYE FAGOMRÅDER

I løpet av det siste tiåret har det vokst frem flere nye fagområder innenfor fagfeltet pediatri. Dette byr på utfordringer både utdanningsmessig, i forhold til tverrfaglig samarbeid og samhandling, og i enkelte sammenhenger bygningsmessig. Av disse nye fagområdene ønsker NBF å trekke frem følgende nye fagområder: ungdomsmedisin, farmakoterapi til barn og klinisk rettsmedisin.

Ungdomsmedisin

I Norge finnes det 506755 individer i alderen 10 – 18 år (SSB). Det er anslått at barn og unge i skolealder konsulterer allmennlege mer enn 3 millioner ganger i året. Eldre barn og ungdom utgjør en stor gruppe pasienter også for barnelegene. Et økende antall barn overlever alvorlig sykdom med varige medisinske og psykologiske følgetilstander (medfødte misdannelser, prematuritet, metabolske sykdommer og kreft). Barn med kroniske sykdommer (diabetes, revmatiske og nevrologiske sykdommer) står overfor andre typer utfordringer i tenårene enn de hadde som barn. I tillegg kommer sykdommer som debuterer i ungdomsalder.

Mange tenåringer gruer seg til å snakke med legen; de opplever at det er pinlig å snakke om kroppen, er engstelige for selve kroppundersøkelsen og redde for ikke å bli hørt eller tatt på alvor. Dette er forhold som krever vår oppmerksomhet for å kunne møte ungdommene på en best mulig måte.

Som behandler av ungdom må man ha spesifikk kunnskap om at sykdom blant ungdom uttrykker seg ulikt i forskjellige situasjoner. Det er viktig at ungdomsmedisineren har spesifikk kunnskap om hvordan man kommer i posisjon til ”den gode samtalen”. I tillegg er det svært viktig å ha konkret kunnskap om ulike tilnæringsmåter i forhold til vanskelige og komplekse problemstillinger som kan ha avgjørende betydning for ungdommens videre helse.

Ungdom har rett til å bli møtt som selvstendige individer, og må gradvis lære å ta ansvar for sin egen helse. Ungdommen har spesielle behov også rent medisinsk, med forandret fysiologi, læringsmessig, og hva gjelder atferd og medvirkning. Ungdomstiden er en svært sårbar periode dersom det oppstår sykdom, og en strategisk viktig alder for å veilede og forebygge helseskader. I ungdomstiden legges grunnlaget for helse, eller uhelse, som kan følge individet livet ut.

Innenfor pediatri har ungdomsmedisin har vokst frem som en egen subspecialitet i en rekke vestlige land som Sverige, USA og Storbritannia. Dette er en aldersbasert subspecialitet som omfatter barn i aldergruppen 10 – 18 år, og som kjennetegnes ved at alder fremfor organsystem samler de ulike spesialistene. Det finnes også en nordisk interessegruppe for ungdomsmedisin i regi av Nordisk Pедиатrisk Forening.

NBFs målsetting for ungdomsmedisin er å heve kompetansen blant barneleger i ulike forhold rundt ungdommen som pasient i spesialisthelsetjenesten. NBF vil bidra til opprettelse av en norsk interessegruppe i ungdomsmedisin for å samle fagmiljøet uansett subspecialitet, og utfordre miljøet til å utvikle et etterutdanningskurs i ungdomsmedisin.

NBF mener en felles aldersgrense 18 år ved alle landets barneavdelinger, samt organisering av et samlet somatisk og psykiatrisk helsetilbud i barne – og ungdomsklinikker (BUK), vil bidra til en mer helhetlig helsetjeneste for barn og ungdom. Systematisering og kvalitetssikring av overføringen av omsorgen for barn og unge med livsløpssykdommer fra barnemedisinsk til voksenmedisinsk omsorg, er en viktig utfordring i arbeidet med å ivareta ungdommens behov.

Pediatrik farmakoterapi

Få medikamenter er utviklet spesielt for barn, og det er en rekke utfordringer knyttet til medisiner av barn uansett alder. Barn er ikke voksne i miniatyr, og kunnskap som er vunnet ved studier hos voksne kan ikke uten videre ”nedskaleres” til barn. Metabolske forhold, kroppsoverflate, væskefaser, nyre- og tarmfunksjon varierer med alder, noe som vanskeliggjør kvalitetssikringen av medikamenter til barn. Det er i tillegg usikkerhet i forhold til blandbarhet, samtidig administrasjon av mange intravenøse medikamenter og ulike formuleringer (smak, konsistens, absorpsjonsforhold). Farmasøytisk industri har vært svært tilbakeholdne med å teste ut og få godkjent nye medisiner for barn, på grunn av vanskeligheter med gjennomføring av kliniske utprøvinger, etiske problemstillinger og lav profitt. En stor andel av legemidler som brukes til barn er ikke godkjent av myndighetene i Norge. Dette fører til at barn utsettes for mye større risiko ved medikamentell behandling enn voksne. Et nytt EU-lovverk (som også gjelder Norge) fastslår at alle nye legemidler som benyttes til barn, skal være klinisk testet. Det er et stort behov for både basal og klinisk forskning innenfor pediatrik og neonatal farmakoterapi, og det er særdeles viktig å bygge opp et fagmiljø for dette i Norge.

Ved behandling av Legemiddelmeldingen i 2005 ba Stortinget, etter initiativ fra NBF, regjeringen å legge forholdene til rette for å heve norsk kompetanse på legemiddelbehandling av barn gjennom å opprette et nasjonalt tverrfaglig kompetansenettverk. Nettverket ble etablert i 2009 med koordinerende ledelse ved Barneklubben, Haukeland Universitetssykehus (www.legemidletilbarn.no). I styringsgruppen sitter det representanter fra alle de regionale helseforetakene, NBF og primærhelsetjenesten. Nettverket har i løpet av tiden det har vært i drift etablert legemiddelutvalg ved samtlige barneavdelinger i Norge, samt holdt flere konferanser om temaet. Det arbeides også med oversettelse av informasjon om bruk av legemidler til barn. Det foreligger ingen egne legemiddelhåndbøker for barn i Norge, men medikamentdoseringer er anbefalt i NBF sine veiledere, og alle er tilgjengelige via NBF's nettsider.

NBF ser på legemidler til barn som et viktig satsningsområde, der målet er økt fokus på forskning som kan bidra til sikrere legemidler. NBF ønsker å bidra til fortsatt utvikling av kompetansenettverket innen neonatal og pediatrik farmakoterapi. Videre ønsker vi å bidra til at det etableres et etterutdanningskurs innenfor pediatrik farmakoterapi. NBF ønsker å stimulere til økt klinisk og basal forskningsaktivitet innenfor neonatal og pediatrik farmakoterapi.

Klinisk rettsmedisin

De siste ti årene har det gradvis blitt økende fokus på ulike former for omsorgssvikt, fysisk og psykisk mishandling samt seksuelle overgrep mot barn. Stadig flere barn forteller om at de lever under ulike former for vold og omsorgssvikt i hjemmet. Dette er et stort samfunnsproblem som har store helsemessige konsekvenser for barn og ungdom på kort og lengre sikt.

Regjeringens økte fokus på vold og omsorgssvikt har ført til en statlig etablering av seks såkalte Barnehus i Oslo, Kristiansand, Stavanger, Bergen, Hamar, Trondheim og Tromsø, etter modell fra Island, Sverige og USA. Ideen bak Barnehuset er å samle alle aktuelle aktører under ett tak, slik at barnet skal slippe å gå fra etat til etat for å få utført dommeravhør, medisinsk undersøkelse, få psykologisk bistand etc.. "Inngangsbilletten" til Barnehuset er at saken er politianmeldt og at det foreligger en rettslig begjæring om dommeravhør av barnet. Dommeravhøret kan da foregå i et miljø som er tilpasset barn og ungdom, der de ivaretas av profesjonelle og slipper å avhøres på et politikammer eller et tinghus. Det tverrfaglige miljøet knyttet til barnehusene har ført til et økt antall saker der barnelege blir engasjert som medisinsk sakkyndig. Dette har ført til økt krav om kunnskap innenfor klinisk rettsmedisin, kunnskap om utarbeidelse av sakkyndigerklæringer og en tettere kontakt med det rettsmedisinske miljøet.

Klinisk rettsmedisin er den delen av rettsmedisinen som gjelder sakkyndig granskning av levende personer eller sakkyndiguttalelser som vedrører levende personer. Betegnelsen benyttes særlig om sakkyndigfunksjoner knyttet til undersøkelser av ofre for vold og andre overgrep (seksuelt misbruk, overgrep mot barn, m.m.). Problemstillingen for rettsmedisineren er til forskjell fra den behandlende legen, ikke å behandle eller helbrede skadene, men å beskrive og dokumentere dem, samt å vurdere om de passer med et beskrevet hendelsesforløp.

Styret i NBF ønsker å ha en tettere kontakt og dialog med det norske miljøet innenfor klinisk rettsmedisin bla i form av å utvikle et etterutdanningskurs. Vi ønsker videre å stimulere til at det utvikles nasjonale prosedyrer for rettsmedisinsk undersøkelse av barn.

SAMHANDLING

I sin stortingsmelding nr. 47 ("Samhandlingsreformen") har Helse- og Omsorgsdepartementet som utgangspunkt at andelen eldre pasienter med behov for spesialiserte tjenester er økende. For å møte de store

samfunnsøkonomiske utfordringene som "eldrebølgen" og nye medisinske muligheter fører til må aktørene i helse- og omsorgstjenesten bli flinkere til å koordinere tjenestene slik at de svarer til

Samhandling

Samhandling er uttrykk for helse- og omsorgstjenestenes evne til oppgavefordeling seg imellom for å nå et felles, omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte.

Forløp

Forløp er den kronologiske kjeden av hendelser som utgjør pasientens møte med ulike deler av helse- og omsorgstjenestene. Gode forløp kjennetegnes ved at disse hendelsene er satt sammen på en rasjonell og koordinert måte for å møte pasientens ulike behov

St.meld. nr. 47 (2008-2009)

pasientens behov. Lik tilgang til gode og likeverdige helse- og omsorgstjenester, uavhengig av personlig økonomi og bosted, skal være den viktigste bærebjelken i den norske velferdsmodellen. I stortingsmeldingen fokuseres det på organiseringen av helsetjenestene omkring eldre pasienter og spesielt på et rasjonelt og godt koordinert pasientforløp. I den grad barnemedisinske problemstillinger berøres, fremheves viktigheten av samarbeid med sektorer utenfor helsetjenesten.

Selv om barnemedisinske problemstillinger i liten grad er omtalt i reformen, mener NBF at mange av de generelle vurderingene kan overføres til barn, og da spesielt til den gruppen barn som har langvarige og sammensatte behov. De aller fleste barneleger i Norge jobber i andre- eller tredjelinjetjenesten tilknyttet barneavdelinger, poliklinikker og habiliteringsenheter ved sykehus. Selv om mange poliklinikker og habiliteringsavdelinger driver en utstrakt ambulant virksomhet, vil den direkte kontakten mot primærhelsetjenesten i mange tilfeller være begrenset til skriftlig kommunikasjon i form av brev og epikriser. I NBFs generalplan av 1997 ble videreutvikling av områdepediatrien løftet fram som et hovedsatsningsområde mot år 2010. Vi må erkjenne at så ikke har skjedd, tvert om finnes i dag knapt noen som regner seg som områdepediatere. Det er allmennpraktikere og helsesøstere som tar hånd om førstelinjetjenesten og som gjennom sin henvisningspraksis bestemmer hvilke pasienter som kommer i kontakt med en barnelege.

Samtidig finnes det en gruppe barn som, på grunn av sammensatte problemer, er i hyppig kontakt med spesialisthelsetjenesten, og som ofte i beskjeden grad har kontakt med primærhelsetjenesten. Disse barna vil være spesielt tjent med en organisering av helsetjenestene etter samhandlingsprinsippet, der forløpet er godt koordinert og med mer kunnskap og ressurser hos hjelpeapparatet lokalt rundt barnet og familien. I tillegg til at barn slipper lang reisevei og opphold utenfor hjemmet begrenses, vil bruk av ressurser nær pasienten kunne bidra til mer rasjonell bruk av de spesialiserte tjenestene og dermed lettere tilgang til disse tjenestene når de trengs. Betydningen av nærhet til pasienten må imidlertid balanseres mot betydningen av den spesialkunnskapen barneavdelingene har om sjeldne og sammensatte tilstander hos barn og barns særskilte behov, og lokal oppfølging må ikke gå på bekostning av nødvendig spesialisert helsehjelp.

Mål for samhandling

Norsk barnelegeforening ønsker en mer helhetlig tilnærming til hele pasienten og enklere linjer for barnet og de pårørende å forholde seg til. For å oppnå dette kreves en mer sømløs samhandling mellom alle kontaktflater; mellom primær- og spesialisthelsetjenesten, mellom barneavdeling, habilitering og BUP, mellom helsevesen, skole, barnehage og barnevern, og mellom barnemedisin og voksenmedisin.

Norsk barnelegeforenings strategi for samhandling

Arbeide for organisering av norsk barnemedisin i Barne- og Ungdomsklinikker

Det har vokst fram en økende erkjennelse av at somatisk sykdom eller varig funksjonsnedsettelse hos barn ikke kan sees isolert fra barnets sosiale verden og psykiske helse. Dette er en av grunnene til at pediatrien flere steder i landet er organisert i barne- og ungdomsklinikker. I en barne- og ungdomsklinikk er barneavdeling, barne- og ungdomspsykiatri og habilitering samlet i en felles enhet for at samarbeide omkring pasientene på tvers av avdelingene skal bli enklere, og for å sikre at tilbudet til pasientene blir så helhetlig som mulig og tilpasset hvert enkelt barns behov. NBF ønsker å være en aktiv pådriver i arbeidet med å etablere slike barne- og ungdomsklinikker over hele landet og vil bidra aktivt for å skape forståelse for dette hos de regionale helseforetakene. Med det økende fokuset på ungdomsmedisinske problemstillinger mener NBF at det i dag er naturlig at barne- og ungdomsklinikker har en øvre aldersgrense på 18 år.

Arbeide for å sikre overgangen til voksenmedisinen

Å jobbe med ungdom med kronisk sykdom krever som tidligere nevnt spesielle kunnskaper og ferdigheter. Barnelegens kompetanse om hvordan ungdomstiden påvirker både kropp, sjel og familie gjør at denne gruppen pasienter er tjent med å bli fulgt av barnelege opp til 18 års alder, organisert i

barne- og ungdomsklinikker. Samtidig er det viktig at ungdommen forberedes på et liv som voksen så godt som mulig, og at voksenmedisinen er forberedt på og tilpasset kronisk syke ungdommers behov. NBF vil aktivt bruke FaMe-kanalen for dialog med relevante fagmedisinske foreningene for å skape forståelse for ungdoms behov og bidra til å kvalitetssikre overgang til voksenmedisinen.

Arbeide aktivt for kompetanse i førstelinjetjenesten

For at samhandlingen med primærhelsetjeneste skal være hensiktsmessig kreves det kunnskap og faglighet på alle nivåer. NBF vil bidra til å gjøre pediatriske prosedyrer, rutiner og informasjonsmateriell kjent og lett tilgjengelig, og oppfordrer til at barneleger deltar i kursvirksomhet for å øke kompetansen i primærhelsetjenesten. Den beste måten å utvikle samarbeid på er å kjenne hverandre personlig. NBF vil arbeide for at flere leger avtjener turnustjeneste ved barneavdelinger og at flere allmennleger tar sideutdanning ved barneavdelinger eller ansettes i bistillinger som ”allmennpraktiker i sykehus” eller lignende. NBF vil aktivt støtte tiltak som kan bedre kunnskapen om hvordan helse og sykdom påvirker barn i barnehager, skoler, pedagogisk-psykologisk tjeneste og barnevern.

Felles informasjons- og kommunikasjonsteknologi

Barn med kroniske sykdommer, funksjonshemminger eller andre sammensatte problemstillinger har behov for tjenester fra forskjellige institusjoner på forskjellige nivåer. I dag har institusjonene egne journalsystemer, og kommunikasjonen mellom disse er ofte skriftlig, og mange ganger mangelfull. NBF vil støtte arbeidet mot felles journalsystemer og enklere og raskere overføring av relevant informasjon mellom systemene.

Videreføre dialog med Helsedirektoratet, Helse og omsorgsdepartementet, de regionale helseforetakene og primærhelsetjenesten

NBF vil videreføre dialogen med Helsedirektoratet i saker som omhandler helsetjenester til barn og unge, og vil arbeide aktivt mot Helse og omsorgsdepartementet i den videre utformingen av samhandlingsreformen slik at det i større grad blir satt fokus også på barn og unges behov. NBF vil støtte barneavdelinger og barne- og ungdomsklinikker i deres arbeide for å oppnå forståelse for barn og unges særskilte behov. NBF vil være aktiv i kontakten mot både de regionale helseforetakene og primærhelsetjenesten i saker som handler om organisering av barn og unges helsetjenester.

Bidra til erfaringsdeling mellom avdelingene

Utarbeiding av lokale prosedyrer, informasjonsskriv, behandlingslinjer og systemer for veiledning, internundervisning og ferdighetstrening er viktig og nødvendig, men arbeidet er tidkrevende og vil derfor kunne bli nedprioritert i forhold til daglig drift. Det gjøres mye arbeid av høy kvalitet rundt om i norske barneavdelinger. Mye er allmenngyldig og kan med fordel deles. NBF vil være en pådriver i arbeidet med å øke samhandling mellom de ulike barnemedisinske miljøene i landet, og vil fortsette å legge til rette for dette gjennom utarbeidelse av felles prosedyrer og veiledere, pasientinformasjon og felles rammer for undervisning og ferdighetstrening. Pedweb, Paidos og felles møtepunkter som Pediaterdager, Vår møter og avdelingsoverlegemøter skal brukes aktivt for å dele informasjon om tilgjengelige hjelpemidler.

DE SÅRBARE BARNA

Sosiale ulikheter i helse.

De fleste barn i Norge lever i et trygt og sunt oppvekstmiljø, der omgivelsene ligger til rette for at barna skal kunne vokse opp med god helse, både fysisk og psykisk. Det finnes imidlertid mange barn i Norge som på ulike måter stilles utenfor denne normen, og som lever med belastninger i egne og omsorgspersoners liv som påvirker deres utvikling. Vi velger å kalle dem *de sårbare barna*. I denne gruppen finnes blant annet barn som lever med fattigdom, psykisk sykdom, vold eller rus hos foreldrene, barn i barnevernsinstitusjoner og fosterhjem, barn av mindreårige foreldre, innvandrerbarn og enslige mindreårige asylsøkere.

Forskning fra blant annet ACE-studiene (The Adverse Childhood Experiences Study, <http://www.acestudy.org>) har vist at ulike belastninger i tidlige livsfaser påvirker barnets fysiske og mentale helse negativt på ulike måter – både der og da og når de blir voksne. Sosiale ulikheter i helse forekommer også blant barn. Vi vet at barn som lever i familier som har det vanskelig ofte utsettes for belastninger på flere plan samtidig, og at den totale belastningen blir større enn summen av de enkelte vanskelighetene. Disse barna faller også oftere utenfor de oppfølgings- og omsorgsordningene som er etablert gjennom helsestasjonsarbeid, fastlegeordning, barnehage og stabil skole.

Legeforeningens Statusrapport 2010 om [Belastninger i tidlige livsfaser](#) belyser disse problemstillingene på en svært god og oversiktlig måte, og identifiserer noen av de sårbare barna og deres risiko for varige helseplager. Dette er nyttig lesing som anbefales.

Barnas spesielle rettigheter

Barnas særskilte rettigheter i forhold til liv, helse, utvikling, utdanning, beskyttelse, omsorg, familie, levestandard, privatliv og innflytelse, er nedfelt i FNs Konvensjon om barnets rettigheter av 1989 ([Barnekonvensjonen](#)). Konvensjonen ble gjeldende norsk lov i 2003. Likevel opplever barn i Norge fortsatt brudd mot Barnekonvensjonens artikler. Det er statens ansvar å sikre de rettighetene som barna har i henhold til Barnekonvensjonen, gjennom lovverk, regelverk, ressursfordeling, og kontrollorganer. Men det er vi som treffer *de sårbare barna*, gjerne i situasjoner der sykdom gjør at barnet og familien er i krise, der vanlige beskyttelsesmekanismer er svekket, og svakheter eller mangler i omsorgen rundt barnet kommer til syne. Vi har et ansvar for å forsøke å se hele barnet, og melde fra dersom barnas rettigheter ikke er ivaretatt. I lys av det man vet om betydningen av

belastninger i tidlige livsfaser, mener NBF at dette ansvaret går ut over det lovfestede, og gjelder enten svikten ligger i foresattes omsorgsevne eller offentlige systemer rundt barnet. Eksempler på det siste er bestemmelsen om fosterhjemmenes gjensidige oppsigelsesfrist og barn som lever i asylmottak over lengre tid.

NBFs fokus på de sårbare barna

Det er et stort engasjement blant norske barneleger for *de sårbare barna*. NBF ønsker å reflektere dette, og vil fokusere spesielt på denne gruppen i vårt arbeid for bedret barnehelse. Det krever tid, samarbeid, ferdigheter og mot å gå dypt nok inn i en families livssituasjon til å kunne fange opp risikofaktorer. Vi har som mål å bidra til at barneleger lettere identifiserer risikobarna, kjenner til sårbarhetsfaktorer og faresignaler, og har verktøy til å hjelpe de som trenger det. Vi har som mål at barneleger skal være aktive i å påpeke belastninger i barnas livssituasjon, også når disse belastningene skyldes systemer under offentlig kontroll.

Vi vil fokusere på viktigheten av tverrfaglig samarbeid og samhandling mellom primær- og sekundærhelsetjenesten. Samarbeidet mellom barnelegen, jordmor, helsesøster, fastlege, helsetjenesten for flyktninger, barne- og familievern og BUFetat må styrkes. De ulike fagmiljøene innenfor sosialtjenestene, primær- og spesialisthelsetjenesten har mye å lære av hverandre. I mange tilfeller vil dialog med andre fagpersoner rundt barnet og familien, også innenfor taushetspliktens begrensninger, kunne være avklarende i forhold til barnets livssituasjon og eventuelle behov for støttetiltak.

Strategi og virkemidler i arbeidet for de sårbare barna

Det er behov for etablering av kurs i sosialpediatri for å styrke barnelegers kunnskap om de sårbare barna; risikofaktorer, mekanismer, faresignaler og konsekvenser av belastninger i tidlige livsfaser. Kunnskapen om de ulike instansers ansvarsområder må styrkes, og det må etableres tydelige rutiner for kontakt med andre fagpersoner ved bekymring rundt barnets livssituasjon. NBF vil arbeide for at det etableres fora for dialog, kompetanseheving og utveksling av erfaringer mellom instanser som kommer i kontakt med de sårbare barna. Slik samhandling krever faste rammer og avsetting av ressurser.

NBF vil være tydelig og synlig i det offentlige rom i saker som angår de sårbare barnas situasjon og helse, gjennom allianser med organisasjoner som arbeider mot samme mål, og gjennom kontakt med media. Barneombudet er en viktig aktør i arbeidet for fokus på barnas rettigheter og behov. Det har

tidligere vært regelmessig kontakt mellom NBF og Barneombudet, men kontakten har vært liten de seneste årene. Denne kontakten er nå gjenopprettet.

Opprettelsen av en sosialpediatrisk interessegruppe under NBF har vært viktig for å samle kompetanse og spisse fokus. NBF ønsker at interessegruppen skal bidra i arbeidet med kurs i sosialpediatri og nasjonale retningslinjer og veiledere. NBF er representert i Nordisk nettverk mot barnemishandling og omsorgssvikt gjennom interessegruppen. Felles nordisk samarbeid gir mulighet for å trekke veksel på erfaringer fra land som på mange områder ligner vårt.

GLOBALT BARNEHELSEARBEID

Oppsummering av status

I år 2000 formulerte FN et overordnet og langsiktig mål for barnehelse gjennom tusenårsmål nummer fire: Med utgangspunkt i 1990 skal dødeligheten blant barn under fem år reduseres med 2/3. Dette innebærer at dødeligheten skal ned til maksimalt 30 av 1000 levende fødte barn. I 2009 døde 67/1000; av 1000 levende fødte reddes nå 23 flere enn for 20 år siden. Men reduksjonen i barnedødeligheten går for langsomt til at tusenårsmål nummer fire vil bli oppnådd. Store og viktige framskritt gjøres i land som Kina og Brasil. Men på kontinentet der sjansen for å overleve til femårsdagen er minst – Afrika - er framgangen langsom og i enkelte land helt fraværende.

Dødelighet under fem år er en viktig og målbar størrelse. I tillegg lever mange barn med helseproblemer som med enkle midler kan forebygges eller behandles. Med forventet redusert barnedødelighet de nærmeste tiår, er tilgang på nødvendig helsehjelp og ernæring sentralt for barn som lever opp under vanskelige levekår.

Norsk barnelegeforening ønsker å være en aktiv pådriver for økt innsats for global barnehelse fram mot 2015 og i lengre perspektiv. NBF skal være en arena der det internasjonale perspektivet skal være langt framme. NBF har derfor en egen interessegruppe for global helse, en styrerepresentant med ansvar for internasjonal kontakt og en representant i Den norske Legeforenings internasjonale utvalg.

Strategi for fokus på global barnehelse

- NBF ønsker å støtte barnelegeforeninger i land der fagmiljøet har behov for støtte. Kontakt opprettes med tilsvarende foreninger i andre land.
- Gjennom legeforeningens internasjonale utvalg og gjennom arbeid mot beslutningstakere på nasjonalt nivå skal forhold som angår barns helse i internasjonalt arbeid framføres som en sentral oppgave.
- Faglige møter i NBF skal med jevne mellomrom sette søkelyset på globale forhold, slik at eldre og yngre kolleger oppdateres om utvikling og helsestatus internasjonalt.

- Rapportering og dokumentasjon publiseres i Tidsskrift for Norsk barnelegeforening (Paidos) og via nettsiden www.barnelegeforeningen.no i størst mulig grad.
- Mange norske barneleger har arbeidserfaring fra internasjonalt arbeid, mens andre har et engasjement, med eller uten ønske om selv å delta i slikt arbeid på et senere tidspunkt. NBF ønsker å utvikle et faglig miljø og nettverk for å bidra til at barneleger kan engasjeres globalt.
- Grunnutdanningen av norske medisinere har i liten grad – med noe variasjon mellom utdanningssteder – global barnehelse som tema. NBF ønsker å påvirke dette, slik at norske medisinerstudenter får et perspektiv på helsearbeid utover landets grenser.
- NBF ønsker å legge til rette for at spesialistutdanningen kan inneholde valgfrie kurs og arbeid utenlands som en tellende del av utdanningen.

