

Barnekirurgi

Barnekirurgi har utviklet seg til en egen spesialitet i løpet av de siste 60 år pga. økende erkjennelse av de anatomiske, fysiologiske og emosjonelle forskjeller mellom voksne og barn, de unike kirurgiske tilstander som opptrer hos nyfødte og barn samt de sosiale og psykologiske behov hos barn og foreldre.

I Norge blir de fleste alminnelige operasjoner på barn utført av generelle kirurger, mens komplekse tilstander opereres av barnekirurger. Spesialisert barnekirurgi inkluderer:

- neonatal kirurgi (kirurgi t.o.m. 44 gestasjonsuke) i organsystemer utenom hjerte, skjelett og sentralnervesystemet
- medfødte misdannelser som krever spesiell ekspertise (eks. anorektale misdannelser, urogenitale misdannelser, galleveismisdannelser, oesophagusatresi)
- pediatrik urologi
- onkologisk kirurgi

En fellesnevner for spesialisert barnekirurgi er det store antallet forskjellige misdannelser og at det er svært få tilfeller av den enkelte misdannelse (1–10/år i Norge). Dette setter krav til organisering for å oppnå tilstrekkelig kompetanse. Mange av misdannelsene involverer flere organsystemer (f.eks. både tarm og urinveier). Majoriteten av misdannelsene som barnekirurger opererer, er livsløpstilstander (for eksempel anorektale misdannelser, blære-ekstrofi). Pasientene krever langvarig oppfølging og behandling, oftest av et tverrfaglig team av pediater, psykolog, ernæringsfysiolog, kirurg og andre. Karakteristisk for flere av de tilstander barnekirurger behandler, er at biologi og utvikling er annerledes enn hos voksne. Dette gjelder f.eks. solide svulster.

Etter hvert oppdages stadig flere medfødte misdannelser prenatalt. Barnekirurger er derfor i økende grad involvert i prenatal informasjon til vordende foreldre og andre helsearbeidere og gir råd om eventuell antenatal terapeutisk intervensjon.

Utfordringen fremover blir i forhold til utdanning å forene de kryssende hensyn mellom spesialisering i teknologi (subspesialisering med ulike teknologiske tilnærminger innen gastroenterologi/gastroenterologisk kirurgi /urologi/onkologi/gynekologi/thoraxkirurgi, bildefremstilling osv.) og tilsvarende fagutvikling innen ulike grener av pediatri, barnepsykiatri, barneintensivmedisin/anestesi osv. De som skal ta hånd om nyfødte og barn med misdannelser som omfatter flere organsystemer, må beherske akkurat de teknikkene som er anvendbare for den aktuelle misdannelse. Dette er en spesiell utfordring. Det dreier seg om øyeblikkelig hjelp-kirurgi på nyfødte og det dreier seg om svært bred kompetanse for å gjøre de inngrep som blir avgjørende for bevaring av alle organsystemer. Disse problemstillingene strekker seg også over i neste utfordring: Forhold omkring prenatal diagnose/behandling. Her forventes også stor utvikling som omfatter alt fra teknologi omkring prenatal behandling, forskning og forskningsetikk omkring denne behandling og oppfølging av konsekvenser for livsløp.

Innen alle fag som har med foster/barn/foreldre å gjøre, ligger det økende grad av utfordringer i tverrfaglige samhandlingsmodeller.

Ragnhild Emblem

ragnhild.emblem@rikshospitalet.no

Kristin Bjørnland

Kirurgisk avdeling
Rikshospitalet

Barnesykdommer

To år før Tidsskriftet feiret sitt 100-årsjubileum skrev vi 1979. Dette var et viktig år for norsk pediatri. FN hadde erklært 1979 som det internasjonale barneåret. Norsk Pediatrisk Selskap (som i 1982 skiftet navn til Norsk Barnelegeforening) feiret 60-årsjubileum. Det var i den anledning et helt spesielt program på vårmøtet i Tønsberg, hvorfra sju av hovedinnleggene ble samlet i Tidsskriftet 10.12. 1979. Første artikkel hadde tittelen *Barnet og samfunnsutviklingen*. Det var første gang Einar Gerhardsen holdt dette foredraget, som han senere turnerte land og strand rundt med.

Viktigst i 1979 var imidlertid at en generalplan for pediatri så dagens lys. Etter 1950 hadde faget ekspandert sterkt, med barneavdelinger i mange fylker. Generalplanen fra 1979 gav en oversikt over barns somatiske helseproblemer ut fra tilgjengelige epidemiologiske data. Den beskrev status presens når det gjaldt barnelegenes arbeidsområder, antall, men også veien videre. Den skisserte nye satsingsområder og diskuterte grensesnittet mot primærhelsetjenesten. Generalplanen fra 1979 fikk stor betydning for fagets utvikling. Et viktig eksempel er omsorgen for kronisk syke og funksjonshemmede barn. Helene Pande ledet et utvalg som så nærmere på dette (1981). I dag er det gode habiliteringsavdelinger i alle fylker, om enn med ulik organisasjon. «Områdepediatri» var også et begrep som ble lansert i generalplanen. Man tenkte seg en spesialist med ansvar for en populasjon på ca. 10 000 barn. Denne skulle være i annen linje bak generalisten. Områdepediateren skulle i tillegg ha et spesielt ansvar for barn med kroniske sykdommer og funksjonshemninger og for det forebyggende helsearbeid blant barn. Denne arbeidsdelingen har fått mye støtte i offentlige utredninger, men mange steder har den vist seg vanskelig å gjennomføre i praksis. Fortsatt finnes det imidlertid gode eksempler på dette, og forfatteren er overbevist om at det er en god arbeidsdeling mellom spesialisten og allmennpraktikeren.

Faget har ekspandert, og det er nå veldrevne barneavdelinger i alle landets fylker. I 1982 var det 247 godkjente spesialister, i 2005 er det 479 yrkesaktive barneleger under 70 år. Fremskrittene de siste 25 år har vært betydelige. Utviklingen i nyfødtdisiplinen er et godt eksempel – stadig bedre og mer teknisk avansert behandling har gjort at stadig flere overlever. I 1980 var spedbarnsdødeligheten 9%, mens den de siste fem år har ligget på under 4% (2003). Dette er helt i verdenstoppen og det betyr at årlig overlever ~ 300 nyfødte som ville dødd for 25 år siden. Tilsvarende gledelige tall ser vi også etter første leveår. Figur 1 viser antall barn som dør av sykdom per 100 000 barn i alderen 1–14 år i 1970 og 2001. Antall barn som årlig dør av sykdom er redusert fra 300 til litt under 100 i denne perioden.

Dødsårsaker gir oss viktig innsikt, men sier ikke så mye om sykkelighet. Vi vet at norske barn er storforbrukere av helsetjenester både i og utenfor sykehus. Ser på vi på innleggelser av barn i 1990 sammenliknet med 2003 er tallene praktisk talt identiske. Årlig opplever 10–12% av barna å komme på sykehus (70 000–80 000/år). Årsaken til innleggelsene er i synkende rekkefølge øre-nese-hals-sykdommer, sykdommer i åndedrett, nervesystem, sykdommer hos nyfødte, fordøyelsessykdommer, rehabilitering og kreftsykdommer. Kanskje er en av de største endringene de siste 25 år å finne i våre holdninger til syke barn. For 40 år siden var det en regel at foreldre ikke fikk følge med barnet sitt inn på sykehuset. De avleverte ved døren og ble ringt opp når de kunne hente. Forandringene kom i 1960- og 70-årene. Lovverket kom etter i 1988. Med hjemmel i sykehusloven § 3 fastsatte Sosialdepartementet en forskrift om barn i sykehus som tok sikte på regulere og styrke barns rettigheter ved innleggelse i somatiske sykehus. I lov om spesialisthelsetjeneste, § 3.6, og lov om pasientrettigheter, § 6.2–6.4, er dette videreført og utvidet til å gjelde barn opp til 18 år. Vi snakker her om rettigheter! Barnet har rett til et barnevennlig miljø med et personale som har valgt å arbeide med barn. Barnet har rett til å ha foreldrene