



P A I D O S

TIDSSKRIFT FOR NORSK BARNELEGEFORENING

TEMA

Barneavdelingen på Aker Sykehus - et tilbakeblikk s 28

Vaksine mot livmorhalskreft på vaksinasjonsprogrammet s 24



INNHold

- 22
- Norsk barnelegeforening støtter HPV-vaksinasjon
- 24
- Hanne Nøkleby og Ellen Furuseth-
VAKSINE MOT LIVMORHALSKREFT
I BARNEVAKSINASJONS-
PROGRAMMET
- 28
- Øystein Aagenæs m.fl.
BARNEAVDELINGEN PÅ AKER
SYKEHUS

Paidos skal:

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

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

Vil du være med å lage Paidos?

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

LEDER



Kristin Hodnekvam
Leder i NBF

Hva skjer'a?

Lyse vårkvelder. Sildring fra takene og begynnende varme i sola.Med sein sesongstart er RSbronkiolitene likevel tallrikt tilstedeog fyller opp alle tenkelig sengeplasser i avdelingen sammen med det øvrige breie spekter av diagnosegrupper.Ingen hvileskjær i sikte foreløpig.

I NBF er det også full aktivitet;Vårmøtet i Haugesund nærmer seg og er godt ivaretatt av den lokale avdelingen i samarbeid med vår møtesekretær.De to nyopprettede NBF-stipendene har søknadsfrist 30 03 og det blir interessant å se responsen på dette.Høringer spretter opp som hestehov i vårsola—med korte frister ,så klart.

Fra sakskartet for øvrig vil jeg trekke fram ett par punkter: Belastninger i tidlige livsfaser har av Dnlfs sentralstyre blitt valgt som tema for statusrapport 2010. . Grunnlaget var søknad fra BUP, allmennlegene,samfunnmed isinerne,Norsk Gynekologisk forening og NBF . Ved arbeidet med statusrapporten er målet at tilgjengelig kunnskap og erfaring om risikoforhold, problemutvikling og tiltak i fosterliv, sped- og småbarnsalder fra de aktuelle medisinske disiplinene blir samlet og systematisert , at det blir formidlet inn i legenes grunn-, videre- og etterutdanning ,at medisinske forskningsinstitutter og universitetsklinikker blir utfordret til å satse mer på forskning rettet mot fosterliv, sped- og småbarnsalderens sårbarhet med tanke på senere utvikling, livskvalitet og helse og at organisatoriske og strukturelle forhold av betydning for samarbeidet på dette feltet blir vurdert. En ambisiøs målsetning på et vanskelig felt som så avgjort har behov for samordning og utvikling fra de medisinske fag.

Ferdighetstrening har NBF ønsket å sette fokus på som en nødvendig del av videre- og etterutdanning for alle vaktgående barneleger i en tid da kravene er store samtidig som det for den enkelte lege kan være langt mellom akutttsituasjonene. NBFs styre har etablert et arbeidsutvalg sammensatt av sentrale aktører fra flere barneavdelinger, ledet av Marianne Nordhov (UNN). Mandatet er å utarbeide forslag til nasjonale anbefalinger om bruk av ferdighetstrening både i spesialistutdanninga og som ledd i barneavdelingenes kvalitetssikringsarbeid. Dette innebærer å kartlegge eksisterende aktivitet, definere krav til ferdighetstrening (innhold, utstyr,hyppighet) og vurdere økonomiske rammer. Arbeidsutvalget er godt i gang og jeg ser fram til resultatet som bør få stor betydning .

Behandlingslinjer er et begrep de fleste har stiftet bekjentskap med. Vellykket tatt i bruk på enkelte områder, men mange avdelinger sliter med å få det etablert blant annet fordi grunnarbeidet er tidkrevende. NBFs styre har fått innvilget midler fra Dnlf til en del-prosjektstilling som skal se på hvilken kunnskap og hvilke erfaringer som foreligger og arbeide fram en modell for anvendelse av behandlingslinjer med tilknytning til akutt og generell veileder. Kvalitetsutvalget og redaksjonskomiteen for veilederne blir medspillere.Forventningen er et resultat som kan gi kvalitetssikring for avdelingene uten at alle må bruke like mange legetimer til grunnarbeidet.

End poverty 2015 er det ambisiøse UN-målet. Redusere barnedødelighet <5 år og bedre mødrehelse er to av 8 definerte mål. Rapporten 2008 om helsemålene viser betydelig framgang på enkelte områder hvor det med enkle midler er oppnådd

REDAKTØREN

Takk!



Tomas Nordheim
Alme
Redaktør

Det er vanlig at man ser sitt eget hjemsted i et nytt lys når man kommer ut og bor utenfor hjemlandets trygge forutsigbarhet. Ofte fylles vi av beundring over hva de får til andre steder, tenker at slik skulle vi også hatt eller gjort det. Eller at vi i makelig selvtilfredshet kan tenke at dette gjør vi da bedre hjemme. I dag morges endte jeg opp i et slikt resonnement i bilen på veg til skolen her i New Delhi. Utgangspunktet var tragisk. En buss hadde kjørt på en motorsyklist som nå lå på asfalten på en slik måte at både kona og jeg skjønte at det ikke var behov for vår hjelp lenger. Eldstegutten min utviste også den nødvendige kliniske forståelse da han tørt konstaterte at han nå for første gang hadde sett en død mann. Så lurte

han på hvorfor det ikke var noen ambulanse på stedet, men til gjengjeld rikelig med politimenn som dirigerte den stadig økende strømmen av hissige billister som tutet seg veg forbi den uheldige motorsyklisten som lå der på asfalten. Jeg forklarte at dersom man trenger en ambulanse i Delhi, i alle fall en som kan håndtere noen som er alvorlig skadd, koster det penger. Mer penger enn hva de fleste som bor i Delhi har råd til. Jeg burde kanskje ha stoppet der. Men jeg hadde fått vann på mølla, og trakk frem eksempler på hvordan små barn innlagt på Delhi sitt “Rikshospital”, AIIMS, kan forvente behandling i verdensklasse, mens barna som bor i slummen på andre siden av gaten kan dø av lungebetennelse uten å være tilsett av helsepersonell. Dette er kanskje ikke slik man skal snakke med barn om i en morgenstund, men terningen var på mange måter kastet. Vi begynte å diskutere hvordan det har seg at vi ikke har det slik i Norge. Vel har vi mye penger, men det er en simplistisk forklaring som passer best i overfladiske diskusjoner. Også før oljen fylte pengebingen vår, var egalitet et bærende prinsipp i Norge. Visjonære hoder satte folkehelse som en prioritet, enten det gjalt vaksinasjon, kosthold, skolegang (utvidet folkehelsebegrep) eller tilgang til kurative helsetjenester. Nå fremstår det som om det ikke var noe debatt – som om alt dette har kommet av seg selv, enstemmig vedtatt. Slik var det sikkert ikke. Foregangsmenn og -kvinner er sjelden ukontroversielle.

Hvem skal vi takke? Er det virkelig slik at opphavet til vårt egalitære helsesystem ligger hos Rousseau og hans opplyste filosofkolleger? Var det den franske revolusjonen som la grunnlaget for det jeg i dag sitter i bilen og er takknemlig for? Jeg tror ikke det er så enkelt. India har sin Mahatma, som prediket det samme budskapet, med minst like stor kraft og enda til i vår egen tid. Minnet om den store Gandhi lever i beste velgående, men kun som et ikon, som en gudsfigur, noe inderne angivelig allerede har 33 millioner av. Verdiene han viste verden, som gjerne fremstilles som typisk indiske verdier, ikke minst av indere selv, er lite synlige i det indiske samfunnet i dag. Forfatteren og ex-diplomaten Pavan K Varma uttrykker det slik i boken Being Indian : “The image has been created by a quantum leap of logic, an ideological sleight of hand that derives an untenable *ought* from an undeniable *is*. “ Han beskriver et folk som har beholdt demokratiet de arvet fra britene i 1947, ikke fordi de er grunnleggende demokratiske, men fordi det var den tryggeste og mest effektive måten for eliten og den etterhver voksende middelklassen å beholde og faktisk øke forskjellene mellom fattig og rik på. Det bør forøvrig være et tankekors for oss i vesten som har demokratietsport som vår tids korstog.

forts s 20

Redaktør: Tomas Nordheim Alme,
Pediatrisk Forskningsinstitutt

Rikshospitalet - Radiumhospitalet HF
0027 Oslo

paidos@barnelegeforeningen.no

Design : Anne-Marie Korseberg

Lay-out: Tomas Nordheim Alme

Trykket hos 07 Gruppen AS

Opplag: 800

Antall utgivelser per år: 4

Frist for innsending av bidrag og
annonsemateriale:

Nr. 03/2009 - 15. juni

Nr. 04/2009 - 15. september

ISSN: 0804-1687 © Norsk Barnelegeforening

Paidos forbeholder seg retten til å oppbevare og
publisere artikler og annet stoff også i elektronisk
form, for eksempel via internet.

Fagpressens redaktørplakat ligger til grunn for
utgivelsen. Alt som publiseres representerer
forfatterens synspunkter. Disse samsvarer ikke
nødvendigvis med redaksjonens eller Norsk
Barnelegeforening sine offisielle synspunkter
med mindre dette er presisert.

store endringer. Men endringene skjer for langsomt og mest bekymringsfullt er den minimale reduksjonen i perinatal dødelighet og mødredødelighet.

Med Sverre Lie sentralt i det hele, stod Norad og Hdir i mars som arrangører av et todagers møte i Oslo hvor de profesjonelle organisasjonenes rolle og bidrag var hovedfokus. Møtet var genuint i sin sammensetning med lederne av de internasjonale organisasjonene for pediatri (IPA), gynekologi og obstetikk (FIGO), jordmødre(ICM) , lederne for de korresponderende nasjonale foreningene foruten sentrale personer Norad og Hdir . Og møtet vil få sin oppfølging på den globale arenaen. Men her bare nevnt at i nasjonal sammenheng var det svært meningsfylt å knytte kontaktene med leder av Dnlfs komite for internasjonalt arbeid, Hilde Engjom, repr fra Norsk Gynekologisk forening , repr fra jordmorforeningen og Inst for int helse v/prof J Sundby .Det gav en felles forståelse av at våre organisasjoners bestrebelser for å bidra inn mot bedre perinatal- og mødre helse globalt kan samordnes bedre og dermed gi større effekt. Fortsettelse følger.

.....

(Redaktøren forts.)

Så vi har noen vi skylder vår takknemlighet, fortsetter jeg. Det dreier seg om implementering av idealene like mye som idealene selv. I farten nevner jeg Evang og Gerhardsen som de første jeg kan komme på i rushtrafikken gjennom New Delhis gater. Takk for barnetrygd, folketrygd, sykepengen. Takk for dugnadsånden og sunt folkevett. Takk til Kong Olav som tok skiene på trikken under oljekrisen i 1973 (selv ikke embedtsmenn på lavere nivå i Delhi ville tenke tanken på en slik selvfordreende atferd). Takk forresten til Gandhi, (tenkningen hans har antakelig hatt større gjennomslagskraft i vår verdensdel). Linjene går via Eidsvoll i 1814. Takk til Montesquieu, Voltaire og altså Rousseau.

Slik flyr altså tankene og tungen når man befinner seg utlendighet. Vi har mye å være takknemlige for, men først

Forsidebildet:

Innføring av HPV-vaksinen i barnevaksinasjonsprogrammet har mildt sagt vært en het potet. Debatten har fulgt mange akser, og kan til tider være vanskelig å følge for en utenforstående. Ulike typer Humant Papiloma Virus disponerer for livmorhalskreft hos kvinner som årlig tar livet av 100 kvinner i Norge. Fordi viruset spres gjennom seksuell kontakt, og vaksinen må gis før slik kontakt forekommer (og ikke minst lenge før foreldre liker å tenke tanken på at slik kontakt skal forekomme) er medisin og moral blandet sammen i en røre som skaper ypperlig substrat for lange diskusjoner, men kanskje vanskeliggjør nøkterne vurderinger. Videre diskuteres effektmålenes relevans og sikkerhet, særlig sett i sammenheng med den økende vaksineskeptisisme som er naturlig når vi over noe tid har vært forskånet for de forebyggbare sykdommene. Norsk barnelegeforening er tydelige i sin støtte til innføringen av vaksinen i vaksinasjonsprogrammet. Uroen som har oppstått som følge av diskusjonene kan få uheldige konsekvenser for oppslutning om vaksinen.. Det er ingen tjent med.

Noen kommer og noen går. Det var ingen stor markering da BCG-vaksinen takket for seg i barnevaksinasjonsprogrammet i statsbudsjettet for 2009. Siden innføringen i 1947 er alle norske

Hva angår NBFs Interessegruppe for internasjonal barnehelse er det planer om møte under dagene i Haugesund. At engasjementet for global helse er stort, viser seg blant annet i at flere av gruppas medlemmer nå er i arbeid i lavinntektsland. Sist var det vår PAIDOS redaktør som i januar reiste til spennende oppgaver i India. Takk til Tomas Alme for stor innsats som kombinert PAIDOS- og pedwebredaktør og engasjert styremedlem !

Alle barneleger ønskes en god vår –
Og velkommen til et flott program i Haugesund 10-12 juni!!!!!!

Skien 30 mars 2009

Kristin Hodnekvam

og fremst har vi et enormt ansvar for ikke å bryte ned det vi har, og å dyrke likeverd og toleranse (i den rekkefølgen, takk i det samme til Nordahl Grieg som gjorde det klart for oss). Om barna mine slipper mareritt om den døde motorsyklisten, slipper de alle fall ikke ravende, pseudofilosofiske morgenforelesninger på skolevegen Heldigvis har skolen et batteri av psykologer (det er med andre ord en amerikansk skole) som kan lære dem å leve med begge deler.

Etter fire år i redaktørstolen for Paidos og to år for Pedweb, er tiden nå kommet for å gi stafettpinnen videre. Jeg vil tilslutt takke alle som på ulike måter har bidratt til Paidos, og også takke for laget i de to styrene som jeg har vært en del av og stortrivdes i. Vi sees på Vår møtet i Haugesund!

Tomas



barn vaksinert i 8. klasse. Nå vurderes ikke lenger rutinevaksinasjon som nødvendig. Om ikke annet er ungdomsskolebarn antakelig glade for å være kvitt den myteomspunne BCG'en. Til gjengjeld får altså jentene nå en ny sprøyte på programmet. (TNA)

Styret i Norsk barnelegeforening 07-09



Kristin Hodnekvam (Leder)

Overlege ved Barne- og Ungdomsmedisinsk seksjon i Telemark. Avdelingsoverlege fra -98, resultatansvarlig avdelingssjef fra -99 og klinikkssjef for en samlet Barne- og Ungdomsklinikk fra 2002-2005. 2005-2007 overlege ved Barnemedisin, seksjon for endokrinolgi, UUS. Fra 2008 enhetsleder for legeseksjonen.

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

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

leder@barnelegeforeningen.no



Thor Willy Ruud Hansen (Nestleder)

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

nestleder@barnelegeforeningen.no



Ellen Annexstad (Møtesekretær)

Studert i Oslo, cand.med. i 2003. Turnus i Ålesund, deretter assistentlege ved Barneavdelingen i Fredrikstad. Samboer.

Ellen har overtatt vervet som møtesekretær etter Jannicke Andresen.

motesekretaer@barnelegeforeningen.no



Siri Hjertnes (Sekretær)

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

sekretaer@barnelegeforeningen.no



Karl-Olaf Wathne (Kasserer)

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

kasserer@barnelegeforeningen.no



Marianne Nordhov

Cand.med. fra Universitetet i Tromsø i 1995. Jobbet ved Barneavdelingen, UNN, siden 1997 og som overlege på Nyfødt Intensiv fra 2001. Doktorgradsstipendiat fra 2006; "Foreldreengasjementets betydning for utvikling av atferdsproblemer hos premature. Prosjekt tidlig intervensjon 2000." Andre faglige interesser er akutt pediatri, barneintensiv, sosialpediatri og forebyggende medisin. I tillegg har jeg vært APLS - instruktør siden kursene ble etablert i Norge.



Tomas Nordheim Alme (Redaktør Paidos/Pedweb)

Født i Narvik, oppvokst litt her og litt der. Studert i Oslo, turnustjeneste på vakre Voss, assistentlege ved Klinikken for barn og habilitering i Drammen. Stipendiat på Pediatrisk forskningsinstitutt. For tiden ansatt i UNOPS som Deputy Director for barnehelseinitiativet NIPI i New Delhi, India.

paidos@barnelegeforeningen.no

Støtter HPV - vaksinasjon

Styret i Norsk barnelegeforening er bekymret for at usikkerheten som nå er skapt rundt HPV-vaksinen vil kunne føre til dårligere oppslutningen når vaksinen blir en del av barnevaksinasjonsprogrammet fra høsten 2009.

Vi minner om at det foreligger et betydelig kunnskapsgrunnlag som konkluderer med at vaksinasjon mot HPV er en effektiv forebyggingsstrategi mot livmorhalskreft noe som årlig rammer om lag 300 norske kvinner. Blant annet har EUs smittevernbyrå ECDC i en vitenskaplig rapport fra januar 2008 konkludert med at vaksinen er en effektiv forebyggingsstrategi. Den samme konklusjonen er i Norge trukket av fagmyndighetene både i Legemiddelverket, Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet.

I tillegg vil NBFs styre vise til at innføring av vaksinen vil redusere behovet for kirurgisk behandling av forstadier til livmorhalskreft noe som fører til unødige aborter og for tidlige fødsler.

Styret i NBF registrerer at det er en viss uenighet blant enkelte i norske fagmiljøer om hvordan usikkerhetsmomentene knyttet til vaksinen skal vektlegges og håndteres. I hovedsak går skepsisen på at resultatene er basert på surrogatendepå (celle-forandringer i livmorhalsen i stedet for utviklet kreft) og at det knytter seg usikkerhet til mulige bivirkninger. I den forbindelse vil NBF minne om følgende:

1. WHO har gitt sin tilslutning til den metoden som er valgt i utprøvingen med bruk av surrogatmarkører. Forstadiene ble oppdaget gjennom oppfølging av deltakerne i studiene. Slike forstadier skal alltid behandles. Det ville være uetisk observere studiedeltakerne uten behandling og innebære en dårligere behandling enn det alle andre med kreft får.
2. Etter at vaksinen ble godkjent og lansert er det gitt over 40 millioner doser. Det er meldt en rekke hendelser som har opptrådt etter vaksineringsen, inkludert noen dødsfall. De er alle vurdert av internasjonale legemiddelmyndigheter (EMEA) som så langt ikke har funnet holdepunkter for at det forekommer varige eller livstruende reaksjoner som skyldes vaksinen.
3. En rekke land allerede har startet å vaksinere, eller har vedtatt å innføre vaksine mot livmorhalskreft i sine vaksinasjonsprogrammer. Dette gjelder land som USA, Belgia, Frankrike, Tyskland, Italia og Australia. England, Danmark og Nederland har allerede tatt vaksinen inn i sine vaksinasjonsprogram. De tilbyr vaksinen til alle jenter i 12-årsalder og et innhentingsprogram til noe eldre jenter. Sverige har bestemt å ta vaksinen inn i vaksinasjonsprogrammet fra 2010.

På denne bakgrunn støtter styret i Norsk barnelegeforening Stortingets vedtak om å tilby HPV-vaksinasjon til alle jenter i 7. klasse fra skoleåret 2009/2010.

Nordisk barnekardiologisk klubb

– et glemt forum for nordisk samarbeid og faglig oppdatering?

25-27 september 2008 samlet 116 deltagere fra alle Nordiske og noen baltiske land seg i Lund for å være med på Nordisk Barnekardiologisk klubb sitt årlige møte. Dette var det 38. møte som ble avholdt. Bare tre norske barneleger deltok. Som vanlig var møtet uformelt, hyggelig og ikke minst fylt til randen med faglige innlegg av høy kvalitet. Møtet førte som alltid til en livlig diskusjon mellom nordiske kolleger, noe som er i tråd med møtets intensjoner. Noen hovedpunkter fra møtet var: Seksjon om ”bridging to transplant” der medikamentell behandling av terminal hjertesvikt med blant annet pressor, levosemedan og milrinone ble gjennomgått. Berlin exheart (kunstig hjerte se Web: www.berlinheart.de) for barn ned til 3 kg ble presentert. Resultater så langt viser at av alle barn som er lagt på (ca 700 barn) har ca 1/3 overlevd uten transplantasjon, 1/3 gått til transplantasjon og 1/3 av barna dødd. Av de som transplanteres (flestep barn < 2 år) er ett års overlevelse ca 90% , 5 års overlevelse ca 70%. Ikke sikre forskjeller mellom ulike aldersgrupper.

Marc Gewilling fra Leuven hadde et meget bra innlegg om fontansirkulasjon. Hovedbudskapet var at vi ved moderne kirurgisk behandling nå oppnår meget gode resultater med hensyn til tidlig overlevelse og systolisk funksjon av systemventrikkel. Det er liten forskjell om systemventrikkel er høyre eller venstre ventrikkel konfigurert i barnealder, men fremdeles har vi store problemer med å vurdere og optimalisere pulmonal sirkulasjon. I følge Marc er patologisk pulmonal sirkulasjon det som i størst grad begrenser fysisk aktivitet (gir for lav preload til systemventrikkel) og sannsynligvis viktigste årsak til proteintapende entreopathi som er en av de viktige årsakene til høy morbiditet i barnealderen.

Rutinemessig bruk av 3D ekko ble presentert fra Southampton, der de hadde erfaring fra mer enn 1000 undersøkelser. Konklusjonen var at det utstyret som finnes for barn (foreløpig bare Philips) gir god billedkvalitet og gir viktig preoperativ tilleggssinformasjon ved tilstander som mitralklaffepatologi, Ebsteins anomali, kompleks anatomi der 2D ikke er fullt avklarende. Transøsofagus 3D probe brukes ved propplukning av ASD for å se hullets form og størrelse. Metoden krever noe digitalt etterarbeid og opplæring og trening er nødvendig for å få optimalisert metodikken, selv for en med lang erfaring i ekkokardiografi. Det ser ut til at Norge nå er det siste landet i Norden som ikke har 3D ekko egnet på barn.

”Melody valve” som er en kommersielt tilgjengelig modifisert stent der en kalveveneklaff er sydd inn i stenten, ble gjennomgått i detalj. Melody valve kan innsettes i pulmonal klaffeposisjon via kateterbasert teknikk. Klafferingen må ikke være for stor eller for liten og den må avstives ved å først å (fortsetter s. 34)

NYHET

Nutramigen AA

Aminosyrebasert Alternativ ved Allergi

- ✓ Det nye alternativet for barn med alvorlig kumelkproteinallergi eller multiple matvareintoleranser.
- ✓ En ernæringsmessig komplett erstatning basert på frie aminosyrer som er klinisk dokumentert hypoallergen og som gir god tilvekst¹
- ✓ Beriket med LIPIL for å bedre synsskarpheten*, den mentale utviklingen* og fremme helsetilstanden**2-6



LIPIL er en unik blanding av DHA og ARA i samme høye mengder og proporsjoner som i morsmelk og innenfor det referanseområdet som anbefales av eksperter⁷

Et trygt grunnlag for en fortsatt tilvekst og utvikling av allergiske barn



Viktig: Morsmelk er spedbarnets beste føde. Nutramigen AA er et næringsmiddel til spesielle medisinske formål og skal brukes etter råd fra lege eller klinisk ernæringsfysiolog. Nutramigen AA distribueres gjennom apotek.

* Spedbarn som har fått Enfamil Premium med LIPIL i løpet av 4 måneder sammenlignet med spedbarn som har fått morsmelkerstatning uten tilsetning av LIPIL.
** Denne undersøkelsen ble utført på 357 steder og var hverken blindet eller randomisert. Kontrollgruppen fikk europeisk tilgjengelige erstatningsprodukter uten berikning av DHA/ARA. Noen spedbarn i kontrollgruppen fikk erstatningsprodukt med lavere innhold av DHA/ARA sammenlignet med LIPIL-gruppen. Det ble ikke undersøkt hvorvidt erstatninger med mindre mengder DHA og ARA og fra ulike kilder ville ha gitt samme resultater.
1. Burks, W et al. J Pediatr (in press). 2. Birch EE et al. Pediatr Res 1998; 44: 201-209. 3. Morale SE et al. Early Hum Dev 2005; 81: 197-203. 4. Birch EE et al. Am J Clin Nutr 2002; 75: 570-580. 5. Birch EE et al. Early Hum Dev 2007; 83: 274-284. 6. Pastor N et al. Clin Pediatr 2006; 45: 850-855. 7. Koletzko B, Lien E et al. J Perinat Med 2008; 36: 5-14.

MeadJohnson
Nutrition

Kjørboveien 29
Postboks 244, 1301 Sandvika
www.meadjohnson.no

Bør min datter få vaksine?

Kan gutter vaksineres?

Kan man dø av vaksinen?

Vaksine mot livmorhalskreft i barnevaksinasjonsprogrammet

Foreldre vet at barneleger har god kunnskap om vaksiner. Derfor får barneleger mange spørsmål. Fra høsten 2009 innføres HPV-vaksine til jenter i 7. klasse og det vil sannsynligvis dukke opp mange spørsmål angående denne vaksinen også. Hanne Nøkleby og Ellen Furuseth ved Nasjonalt Folkehelseinstitutt forsøker å gi deg noen av svarene i denne artikkelen.

Tekst: Hanne Nøkleby og Ellen Furuseth, Nasjonalt Folkehelseinstitutt
Illustrasjonsfoto: Tomas Nordheim Alme

HPV (humant papillomavirus) er den vanligste seksuelt overførbare infeksjon hos både kvinner og menn. I løpet av livet blir 70 % av oss smittet og til enhver tid er 20 % smittet (1). HPV en forutsetning for utvikling av livmorhalskreft (plattepitelkarzinomer og adenokarzinomer) - virus kan påvises ved 99,7 % av alle tilfellene (2).

På verdensbasis er livmorhalskreft den nest hyppigste kreftformen hos kvinner og er årsak til 290 000 dødsfall hvert år. I Norge er livmorhalskreft den nest hyppigste kreftform hos kvinner under 35 år. Tross screeningprogrammet mot livmorhalskreft får 250-300 kvinner livmorhalskreft i Norge hvert år og 75-100 kvinner dør av sykdommen (3). Gjennom screeningprogrammet oppdages forstadier til livmorhalskreft som medfører at ca. 3000 norske kvinner må opereres (konisering) hvert år, noe som igjen gir økt risiko for senabort, premature fødsler og økt perinatal dødelighet (4-6). Dette har vi mulighet til å halvere gjennom et vaksinasjonsprogram.

HPV-infeksjon og kreftutvikling. Av over 100 forskjellige HPV-typer smitter ca. 40 typer ved seksuell kontakt (7). Både slimhinner og hud kan infiseres, hvilket innebærer at kondom bare gir delvis beskyttelse mot HPV-overføring (8). De fleste HPV-infeksjoner gir ingen symptomer og går over av seg selv. Gjennomgått infeksjon gir bare delvis beskyttelse mot reinfeksjon. Over 90 % av oss kvitter seg med infeksjonen i løpet av uker til måneder, men ca. 10 % utvikler en vedvarende infeksjon (9). Hos noen av disse kvinnene kan det etter hvert utvikles precancerøse celleforandringer (CIN 2 og 3) og livmorhalskreft.

Av de 40 seksuelt overførbare HPV-typer medfører minst 12 typer betydelig risiko for kreftutvikling (10). Utviklingen fra infeksjon til kreft tar tid, vanligvis 10 til 30 år. Fordi smitte oftest skjer tidlig, er dette likevel en kreftform som rammer relativt unge kvinner, gjerne i 30-årene (11).

Av de HPV-typer som er assosiert med kreft, er type 16 og 18 årsak til vel 70 % av alle tilfeller av livmorhalskreft (12). Det er derfor disse to typene vaksineprodusentene først og fremst har konsentrert seg om. HPV-infeksjon er også assosiert med andre kreftformer i anogenitalområdet (endestarm, vulva, vagina, penis) og med kreft i munnhule og svelg. Ingen av disse krefttypene er så vanlige som livmorhalskreft, og sammenhengen med HPV-infeksjon er ikke like godt undersøkt.

Det er utviklet to vaksiner mot HPV-infeksjon. Begge produseres ved hjelp av DNA-teknologi og består av immunogene proteiner fra HPV-virus satt samme til viruslignende partikler (VLP). Vaksinene er ikke levende og inneholder ikke DNA fra virus. De kan derfor ikke føre til infeksjon. Begge vaksinene beskytter mot HPV type 16 og 18. En av vaksinene beskytter også mot HPV type 6 og 11, som forårsaker 90 % av alle kjønnsvorter (kondylomer).

Effekten av HPV-vaksine kan ikke testes mot hovedendepunktet kreft i kliniske studier. Oppfølging av de vaksinerte

forutsetter at de jevnlig undersøkes, og eventuelle forstadier til livmorhalskreft blir da oppdaget. Det ville være uetisk å følge utviklingen videre uten å behandle forstadiene. I de kliniske studiene av HPV-vaksine er derfor alvorlige forstadier (CIN 2 og 3) brukt som surrogatdepunkter for livmorhalskreft. Denne måten å måle effekt mot livmorhalskreft på, anbefales av WHO og internasjonale legemiddelmyndigheter. I de store kliniske utprøvingene er dette supplert med data for immunrespons (antistoffutvikling) og beskyttelse mot HPV-infeksjon. Begge vaksinene gir beskyttelse mot CIN 2 og 3 forårsaket av HPV 16 eller 18 hos mellom 90 og 100 %. Vaksinene gir også antistoffrespons hos over 95 % av studiedeltakerne og beskyttelse mot HPV-infeksjon hos omtrent like mange.

Endelig varighet av beskyttelsen er fortsatt ukjent. Effekt målt mot HPV-infeksjon og forstadier til kreft har foreløpig vært påvist i 4,5 år etter fullført primær vaksinasjon med 3 doser. Oppfølging av antistoffnivå har vært gjort i over 6 år. Det er ikke sett tegn til avtagende effekt i løpet av denne perioden. Langsiktige oppfølgingsstudier pågår, likeledes effektstudier hos menn og hos kvinner over 26 år.

HPV-vaksinen virker forebyggende. Den har ingen effekt på allerede etablert infeksjon (13). Siden mange jenter smittes tidlig i sitt seksuelt aktive liv, er det viktig å komme til i tide. Derfor tilbys vaksinen i vaksinasjonsprogrammet i god tid før gjennomsnittlig seksuell debutalder.

Kunnskap om HPV-vaksinenes sikkerhet har vi både fra de store kliniske utprøvingene der hver vaksine er gitt til over 20 000 kvinner, og fra erfaringer gjennom de to – tre årene vaksinene har vært i bruk. Totalt er over 40 mill. doser HPV-vaksine distribuert siden 2006.

▼ Hanne Nøkleby, Divisjonsdirektør, Divisjon for smittevern, Nasjonalt folkehelseinstitutt. Foto: Lene Solbakken



HPV VAKSINE OG SIKKERHET

Fra kliniske utprøvinger er det kjent at:

- lokalreaksjoner som smerte, rødhet, hevelse og kløe er vanlig
- generelle symptomer som feber, hodepine, kvalme, oppkast, diaré og magesmerter er vanlig, men ble rapportert omtrent like hyppig av de som fikk placebo
- det er ingen holdepunkter for økt forekomst av kroniske sykdommer (diabetes, autoimmune sykdommer) i vaksine-gruppen sammenlignet med placebo
- det er ingen holdepunkter for årsakssammenheng med Guillain-Barrés syndrom

Gjennom bruk etter markedsføring (40 mill. doser) er det kjent at

- besvimelser forekommer (særlig ved skolevaksinasjon)
- allergiske reaksjoner (anafylaksi og generell urtikaria) er rapportert, men sjelden
- mellom 20 og 30 dødsfall i tidsmessig sammenheng med vaksinen er meldt, men det er ingen holdepunkter for årsakssammenheng (infeksjoner og blodpropp hos P-pillebrukere vanligste årsaker)
- det er ingen holdepunkt for økt risiko for abort/foster-misdannelser (men lite tallgrunnlag, siden mistanke om graviditet er en klar kontraindikasjon)

Erfaringen fra så vel kliniske utprøvinger som vanlig bruk er altså stor, og større enn det som har vært vanlig når vaksiner innføres. Vi må likevel være forberedt på at det vil forekomme ulike symptomer i tidsmessig sammenheng med vaksiner. Noen av disse vil være forårsaket av vaksinen, andre oppstår i samme tidsrom ved en ren tilfeldighet. Uavhengig av vaksinasjon vil noen jenter i den aktuelle alderen få sine første symptomer av sykdommer som for eksempel diabetes, leddsykdommer og autoimmune sykdommer (14). Det vil bli en utfordring å følge opp disse forholdene på en slik måte at en eventuell årsaksmessig sammenheng blir avslørt. Dette er de land som har tatt vaksinen i bruk meget oppmerksomme på og oppfølgingsprogrammer er på plass i mange land. Også i Norge overvåkes mulige vaksinerreaksjoner nøye, og meldingene viderefremmes til de store internasjonale bivirkningsdatabasene.

Hvorfor bare vaksinasjon av jenter? Kliniske utprøvinger viser at gutter danner antistoffer etter HPV-vaksine på samme måte som jenter, og én av HPV-vaksinene er godkjent for gutter i alderen 9-15 år. Gutter smittes også av HPV, men menn får sjeldnere enn kvinner kreft forårsaket av HPV. Det finnes

Gardasil	"Sanofi Pasteur MSD"	Cervarix	"GlaxoSmithKline"
• HPV type 6, 11, 16 og 18	• Adjuvans: Aluminium-hydroksyfosfatsulfat	• HPV type 16 og 18	• Adjuvans: AS04 (MPL + aluminiumhydroksyd)
• 3 doser (0, 2 og 6 mnd)		• 3 doser (0, 2 og 6 mnd)	



Ellen Furuseth, Lege ved Avdeling for vaksine, Nasjonalt folkehelseinstitutt. Foto: Lene Solbakken

foreløpig ingen studier som viser beskyttelse mot forstadier eller kreft hos gutter/menn, men slike studier pågår. Derfor er det kun jenter som nå vil få tilbud om gratis HPV-vaksine gjennom det norske barnevaksinasjonsprogrammet. Vaksiner av gutter vil bli vurdert fortløpende etter hvert som nye data blir tilgjengelig.

Menn som har sex med menn har økt risiko for å utvikle kreft i endetarmskanalen. Disse kan snakke med legen sin for å vurdere om HPV-vaksine kan være aktuelt for dem. For øvrig gjelder det samme som for kvinner; det beste er at vaksinen tas før seksuell debut.

Er det fortsatt usikkerhet knyttet til HPV-vaksinen? Som alle andre vaksiner beskytter HPV-vaksine mot en infeksjon, men hovedendepunktet for vaksinsens effekt – kreftutvikling – ligger langt frem i tid. Det er fortsatt noen spørsmål rundt vaksinen som vi ikke har svar på. De viktigste spørsmålene er:

- Varigheten av effekten – vil det bli behov for booster-doser? Oppfølging pågår for å få avklart dette. Boosterdoser vil bli tilbudt hvis det viser seg nødvendig.

Tabell 1

Gruppe:	Effekt mål:
Kvinner 15 - 26 år Kvinner 15 -26 år	Forstadier til kreft HPV-infeksjon
Jenter/kvinner 9 - 55 år Gutter 9 -15 år (Gardasil)	Immunrespons/antistofføkning

Tabell 2. De ulike gruppene HPV-vaksine er utprøvd hos

- Kan andre kreftfremkallende HPV-typer overta for type 16 og 18 (replacement)? Det oppfattes som lite sannsynlig. Infeksjon med andre typer forekommer helt parallelt med infeksjon med type 16 og 18 også i dag. Forskjellen ligger i typenes evne til å gi persisterende infeksjon og kreftutvikling. "Replacement" i denne sammenhengen vil derfor forutsette at andre HPV-typer endrer egenskaper. HPV regnes som et meget stabilt virus.
- Kan vaksinene ha sjeldne, alvorlige bivirkninger som ikke er oppdaget enda? Det kan ikke utelukkes. Det er imidlertid ikke vist at noen annen vaksine gir alvorlige reaksjoner som først opptrer flere år etter vaksiner. Det er vanskelig å se noen grunn til at HPV-vaksine, som bygger på samme prinsipp som andre vaksiner, skal oppføre seg annerledes her. Oppfølging er likevel viktig – og pågår.
- Hvor god vil effekten mot livmorhalskreft og andre HPV-assosierte kreftformer være i praksis? Det endelige svaret på dette får vi først om 10 - 20 år

Hvorfor blir vaksinen innført i programmet når slike usikkerheter er til stede? Det bygger på en avveining av gevinst og risiko ved å vaksinere og ved å la det være. Hvis vaksinen viser seg å ha så god effekt som dagens kunnskap tyder på, vil vi kunne forebygge omtrent 150 tilfeller av livmorhalskreft og 40 – 50 dødsfall av sykdommen hvert år. I tillegg kommer det som forbygges av andre kreftformer og følgetilstander etter behandling av forstadier (aborter, premature fødsler). For hvert år vi venter med å ta vaksinen inn i programmet utsettes denne potensielle gevinsten med ett år. Usikkerhetene innebærer først og fremst risiko for at effekten kan bli noe dårligere enn forventet. Det er vanskelig å tenke seg at vaksinen skal kunne medføre noen ulempe for dem som blir vaksinert.

Tilbud fra høsten. Fra høsten 2009 vil alle jenter i 7. klasse få tilbud om HPV-vaksine. Vaksinen skal gis med tre doser i løpet av skoleåret. Det vil ikke bli noe tilbud om gratis vaksine til eldre jenter.

Hvis du fortsatt har ubesvarte spørsmål om HPV, livmorhalskreft eller HPV-vaksine, finnes mer utfyllende informasjon på www.fhi.no/hpv-vaksine

Litteratur

1. Bosch FX, de SS. Chapter 1: Human papillomavirus and cervical cancer-burden and assessment of causality. J Natl Cancer Inst Monogr 2003; 3-13.
2. Walboomers JM, Jacobs MV, Manos MM et al. Human papillomavirus is a necessary cause of invasive cervical cancer worldwide. J Pathol 1999; 189: 12-9.
3. <http://www.kreftregisteret.no/no/Registre/Kreft-statistikk> Kreftregisteret. [updated 17-12-2008]
4. Jakobsson M, Gissler M, Sainio S et al. Preterm delivery after surgical treatment for cervical intraepithelial neoplasia. Obstet Gynecol 2007; 109: 309-13.
5. Albrechtsen S, Rasmussen S, Thoresen S et al. Pregnancy outcome in women before and after cervical conisation: population based cohort study. BMJ 2008; 337: a1343.
6. Arbyn M, Kyrgiou M, Simoons C et al. Perinatal mortality and other severe adverse pregnancy outcomes associated with treatment of cervical intraepithelial neoplasia: meta-analysis. BMJ 2008; 337: a1284.
7. de Villiers EM, Fauquet C, Broker TR et al. Classification of papillomaviruses. Virology 2004; 324: 17-27.
8. Manhart LE, Koutsky LA. Do condoms prevent genital HPV infection, external genital warts, or cervical neoplasia? A meta-analysis. Sex Transm Dis 2002; 29: 725-35.
9. Moscicki AB, Schiffman M, Kjaer S et al. Chapter 5: Updating the natural history of HPV and anogenital cancer. Vaccine 2006; 24 Suppl 3: S42-S51.
10. Munoz N, Castellsague X, de Gonzalez AB et al. Chapter 1: HPV in the etiology of human cancer. Vaccine 2006; 24 Suppl 3: S1-S10.
11. Nasjonalt folkehelseinstitutt. Rapport 2007:9 Vaksine mot humant papillomavirus (HPV). Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2007: 21-23.
12. Munoz N, Bosch FX, Castellsague X et al. Against which human papillomavirus types shall we vaccinate and screen? The international perspective. Int J Cancer 2004; 111: 278-85.
13. Quadrivalent vaccine against human papillomavirus to prevent high-grade cervical lesions. N Engl J Med 2007; 356: 1915-27.
14. Siegrist CA, Lewis EM, Eskola J et al. Human papilloma virus immunization in adolescent and young adults: a cohort study to illustrate what events might be mistaken for adverse reactions. Pediatr Infect Dis J 2007; 26: 979-84.

Barneavdelingen på Aker Sykehus

Da Ullevål Universitetssykehus fikk sitt nye barnesenter markerte det slutten for barneavdelingen på Aker Sykehus. Foruten å ha lokalfunksjon for deler av Oslo hadde avdelingen flere spesialområder. Nå er mer enn 10 år gått siden avdelingen ble slått sammen med Ullevål, og tidligere avdelingsoverlege Øystein Aagenæs har sammen med gamle kolleger skrevet sammen historien til Norges første nedlagte barneavdeling.

Tekst: Lillian Kaasen, Karin Halvorsen, Jens Grøgaard, Helge Mic halsen og Øystein Aagenæs

Begynnelsen. Sykehusrådmannen i Oslo og administrasjonen på Ullevål sykehus arbeidet i 1950 og 60 årene med planer om en stor, ny mor-barn klinikk på Skolehavetomten ved Ullevål sykehus. Av forskjellige grunner ble disse planer skrinlagt sist i 60-årene. Administrasjonen på Aker sykehus hadde i flere år ønsket seg en barneavdeling på Aker, særlig på grunn av den store fødeavdeling. Da mor-barn klinikken på Ullevål ble droppet, fikk Aker godkjennelse fra Sykehusrådmannen til å planlegge en barneavdeling. Det var en viss motstand fra barneavdelingen ved Ullevål sykehus og det var heller ikke noe ønske i det pediatriske miljø om en barneavdeling på Aker, men Akers administrasjon fikk altså sitt ønske oppfylt. Kirurgisk avdeling trengte en ny operasjonsfløy, og det var relativt rimelig å legge til en ekstra etasje. Der ble Akers barneavdeling planlagt, og den sto ferdig høsten 1974.

Avdelingen var den første barneavdeling i Oslo som var planlagt ut fra moderne tanker om barn på sykehus. Det var planlagt en relativt betydelig pedagogisk funksjon med både førskolelærer og lærer, og for å gi barna mulighet for frisk luft og bakkekontakt, ble det laget et atrium i midten.

Avdelingen hadde en post for nyfødte med 24 plasser og en for større barn med 24 senger. I den videre omtale vil de to poster omtales hver for seg.

Øystein Aagenæs (ØAa.) var avdelingsoverlege ved avdelingen fra 1975 til 1992. Gunnar Åbyholm var avdelingsoverlege fra 1993 til flyttingen til nytt barnesenter i 1998.

Post 1, Nyfødt . Nyfødt-posten åpnet i november 1975. Karin Halvorsen (KH) var seksjonsoverlege fra hun kom til avdelingen tidlig i 1976. Første året fant det sted en opptrapping både når det gjaldt personale og utstyr. Antallet plasser (kuvøser og senger) ble redusert til 17, og man fikk derved enerom for pasienter med infeksjoner og i tillegg bedre arealutnyttelse med plass til mødrene.

De årlige innleggelser av nyfødte varierte med fødselstallet på fødeavdelingen og utgjorde vanligvis 10-12 % av antall fødte (350 – 490 innleggelser).

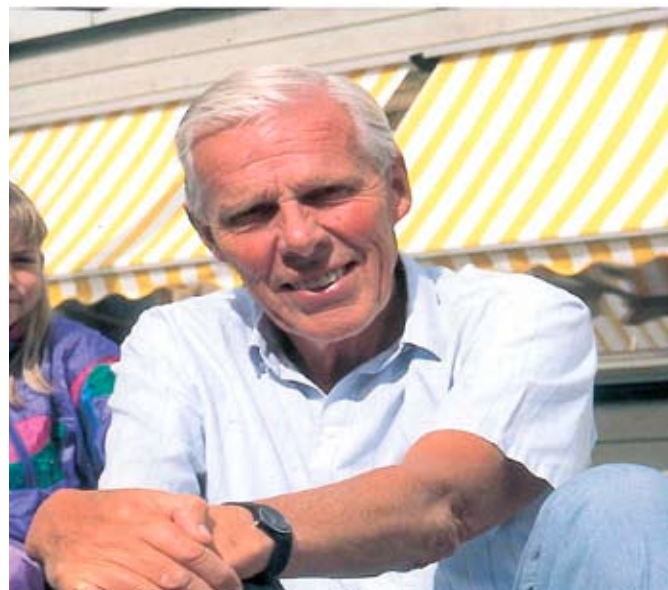
Samarbeidet med fødeavdelingen var naturligvis viktig. Gravide med diabetes ble fulgt ved medisinsk avdeling i samarbeid med fødeavdelingen. Det var derfor naturlig at nyfødtavdelingen fikk et antall nyfødte av diabetesmødre. Utviklingen i ultralyddiagnostikk under graviditeten førte til tett samarbeid mellom nyfødtlegene og fødeavdelingen om foster diagnostikk, fødselsmetode og overvåking av de nyfødte.

De første 10 årene av nyfødtavdelingens virksomhet var anestesilegene viktige samarbeidspartnere på føde- og nyfødtavdelingen. De ga uvurderlig støtte i asfyksi- og respirator-behandling.

Etter hvert ble det viktig for barnelegene under spesialistutdanningen å lære god resuscitering og grunnprinsippene i respiratorbehandling av nyfødte, spesielt de minste premature. For å få store nok pasientvolum for å kunne beherske disse akuttmedisinske prosedyrer, tok nyfødtlegene over ansvaret for resuscitering på fødeavdelingen.

I noen år var en overlege i nyfødtmedisin på Ullevål sykehus også pålagt noe arbeidstid på nyfødtavdelingen på Aker sykehus. I 1988 ble denne stilling lagt til nyfødtavdelingen på Aker.

▼ Øystein Aagenæs, tidligere avdelingsoverlege ved barneavdelingen på Aker Sykehus



▲ Faksimile fra Spesialdiabetikeren som viser situasjon fra diabetespoliklinikken på Aker.

gen på Aker på heltid. Dermed kunne mer ressurser settes inn på nyfødtposten og på de mest premature nyfødte (< 1500 g fødselsvekt). Resultatet av satsningen over tid viste seg med redusert liggetid og betydelig reduksjon i dødelighet.

Nyfødtavdelingen fulgte tidlig med i utviklingen i intensivmedisin ved å ta i bruk surfactant og ulike ventilasjonstyper. Avdelingen v/ Jens Grøgaard (JG) ledet den nasjonale delen av multisenterstudien utgående fra Oxford database om syntetisk surfactant.

Med stigende antall keisersnitt i obstetrikken, samtidig som nyfødtforskningen viste hvor viktig det er med tidlig kontakt mellom mor og barn, utarbeidet nyfødtavdelingen rutiner for videofilming av den nyfødte som ble vist for mødrene allerede postoperativt.

KH var seksjonsoverlege til 1989. Da overtok JG som hadde kommet til avdelingen i 1988. Da JG i 1993 flyttet til barneavdelingen Ullevål sykehus som avdelingsoverlege, overtok Andrew Whitelaw(AW) seksjonsansvaret. AW gjorde en stor innsats, ikke bare i forskningen, men også som

veileder for avdelingens assistentleger i nyfødtmedisin. Med sin britiske bakgrunn i spesialistutdanningen brukte AW sin erfaring i utdanningen av Akers assistentleger. Mang en ung kollega merket nok forskjell i krav til kunnskaper på en litt annen måte enn de var vant til.

AW ble professor i pediatri i 1997. Han valgte da å legge deler av sin forskning og arbeide til Ullevål og Tom Stiris overtok som seksjonsoverlege fram til fusjonen med Ullevål i 1998.

Post 2 , Store barn. Da de første barneleger kom til den nye barneavdeling første august i 1975, kom vi til en avdeling hvis funksjon var planlagt annerledes enn alle andre norske barneavdelinger. Det vanlige var at en ny barneavdeling skulle dekke et geografisk område. Oslo hadde i forveien en gammel, men godt fungerende barneavdeling på Ullevål Sykehus, som fungerte for hele Oslo. En geografisk fordeling av Oslos syke barn, som man stort sett hadde for de store spesialer, ville være meningsløs. En utvikling av spesialfunksjoner lå i kortene. Det var innlysende at disse spesialfunksjoner ikke bare skulle ta seg av Oslo barn, men også barn fra helseregionen hvor Ullevål- Aker var regionsykehus. Det var klart at et godt samarbeid mellom de to barneavdelinger i Oslo var en forutsetning for en god funksjon på Aker, så andre spesialfunksjoner enn de Ullevål allerede hadde, måtte prioriteres.

Barneavdelingen på Ullevål hadde godt fungerende spesialfunksjoner i kardiologi, hematologi / onkologi, og allergologi/astma. Diabetes / endokrinologi var ikke spesielt oppbygget på Ullevål og det var heller ikke gastroenterologi.

Ø.Aa. kom til Aker som avdelingsoverlege med en klinisk disputas i diabetes og en spesialinteresse i leversykdommer særlig hos spedbarn og også noe i annen gastroenterologi og ernæring. Det var derfor rimelig at det ble satset på disse områder på Aker, hvilket også var i overensstemmelse med Akers øvrige funksjoner..

Sykdommen Cystisk fibrose (CF) hadde ingen universitets avdeling som engasjerte seg spesielt i den. På Barneklinikken, Rikshospitalet hadde Dag Skyberg i sin assistentlege tid engasjert seg spesielt i denne sykdom, men da han flyttet til Kristiansund og senere til Arendal, ble det et tomrom i Oslo med hensyn til CF.

Ø.Aa. kjente godt tannlege Kari Storhaug på Frambu



◀ Frits Røeds skulptur "Gledessprederen" sto i atriet til barneavdelingen. Atriet ga avdelingen "bakkekontakt" og var meget populært vår, sommer og høst.

helsesenter. Hun hadde tre nevøer med CF. Da ØAA nevnte for Kari Storhaug at vi ville satse på CF på barneavdelingen på Aker, sa Kari at hennes plan var å gi CF pasienter et tilbud på Frambu. Vi kom til at behandlingsmulighet på barneavdelingen på Aker og kursopphold og sosialmedisinsk tilbud på Frambu var en kombinasjon som antagelig ville gi et godt totaltilbud til CF barn. Helge Michalsen (HM) hadde i mange år hovedansvaret for denne sykdomsgruppe.

Kirurgisk avdeling på Aker hadde alltid hatt en del barn innlagt, mest ortopedi, men også en del akutt abdomen. I planene for barneavdelingen på Aker var det derfor beregnet ca. 5-7 kirurgiske plasser.

Stadsfysikus Fredrik Mellbye innkalte i 1985 overlegene ved byens to barneavdelinger til samtale om seksuelle overgrep på barn. Bakgrunnen var det arbeidet som var utført vedrørende voldtekt og seksuelle overgrep på voksne ved Oslo Legevakt. Dette mottak fikk også henvendelser om adskillige seksuelle overgrep på barn, men fant ikke mulighet for også å ta seg av disse. Mellbye ba derfor en av barneavdelingene i byen om å opprette et mottak for barn. Barneavdelingen på Ullevål hadde siden 1975 tatt opp arbeidet med fysiske overgrep på barn, men følte at de hadde fått så lite støtte fra kommunen at de ikke også kunne påta seg denne nye oppgave. Vi fra Aker fant det vanskelig å avvise forespørselen, og ble enige om å forsøke å motta barn hvor det var mistanke om seksuelle overgrep. Fra 1986 har Barneavdelingen ved Aker hvert år hatt et betydelig antall barn til undersøkelse i denne kategori.

Et særpreg ved 2 posten var det tverrfaglige samarbeid mellom de ulike yrkesgrupper som arbeidet på posten. Også pedagogene, som ikke var sykehusansatte, ble integrert i det totale tilbudet ved avdelingen. De deltok i pasientrettede møter og ble viktige medarbeidere i utredning av barn med sosiale vansker og/eller lærevansker, og var også aktivt med i det tverrfaglige tilbudet til de kronisk syke og funksjonshemmede barn som avdelingen tok hånd om. Kronisk syke og funksjonshemmede fikk et totaltilbud ved avdelingen. Man nøyde seg ikke bare med å ta seg av den somatiske sykdom, men satset bredt og engasjerte seg både i sosiale, skolemessige og familiemessige problemer.

Avdelingen innførte i praksis primærsykepleie lenge før begrepet ble moderne.

Et annet særpreg var at mange sykepleiere fordypet seg innenfor spesielle fagfelt slik at det raskt oppsto grupper av sykepleiere med spesialkompetanse innenfor diabetes, CF, spiseforstyrrelser, inflammatorisk tarmsykdom (IBD), seksuelle overgrep m.m. På denne måten ble totaltilbudet til pasientene kvalitetsmessig mye bedre enn det ellers ville ha vært. Det var nok en frukt av dette at avdelingen var den første i Norge som opprettet stilling for kontaktsykepleier, den første stilling hadde ansvar for barn med CF og barn diabetes.

Det daglige arbeidet ved posten var ellers preget av infeksjoner, både i luftveier og tarm, slik som alle barneavdelinger i landet opplever. Den relativt gode tilgang på enerom, og dermed gode isolasjonsmuligheter, bidro til at man ikke opplevde store epidemier blant innlagte pasienter.

Spesielt var tilbudet til barn med magesmerter som ofte ble innlagt som kirurgiske pasienter med diagnosen

”akutt abdomen”. Det ble utviklet et nært samarbeid mellom kirurgene og barneavdelingen om denne pasientgruppen, noe som antagelig førte til færre unødvendige operasjoner, og rask overføring til pediatrien til videre utredning ved behov.

Avdelingens personale var sterkt opptatt av betydningen av et godt samarbeid med barnas foreldre og i stor utstrekning fikk en av foreldrene overnatte sammen med barnet, hvor det var behov for det.

Diabetes og annen endokrinologi. Med Akers sterke stilling i diabetes og annen endokrinologi og avdelingsoverlegens bakgrunn i diabetes var det ingen protester mot at alle barn med diabetes både skulle innlegges og følges poliklinisk på Aker. ØAa fulgte i de første år de fleste barn med diabetes sammen med reservelege og assistentlege. Etterhvert fikk vi bygget opp et diabetes team med sykepleier, ernæringsfysiolog, psykolog og flere leger engasjerte seg, særlig Knut Dahl-Jørgensen (KDJ) og Hans Jacob Bangstad. Dette var det første komplette tverrfaglige diabetesteam som ble opprettet i Norge. I forbindelse med forskningsprosjekter til KDJ var avdelingen også først ute med å tilby egenmåling av blodsukker i hjemmet og etablerte samtidig landets første analyse av HbA1c i samarbeid med sentrallaboratoriet.

Avdelingen fikk henvist barn med diabetes med spesielle problemer både fra regionen og tildels fra andre deler av landet. Avdelingen var også ansvarlig for årlige kurs i barnediabetes sponset av Nordisk Insulin, i de senere år av Novo Nordisk.

Internasjonalt har enkelte av avdelingens leger vært sterkt engasjert i ISPAD (International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes). ØAa var fra 1976 medlem av foreningens første fagråd og KDJ ble senere generalsekretær og fra 2002 til 2004 president i organisasjonen. Avdelingen arrangerte ISPAD's verdenskongress i Oslo i 1985.

Ved overflyttingen av barneavdelingen til nytt barnesenter på Ullevål var KDJ leder av en meget velfungerende diabetes enhet.

Den største gruppe pasienter med annen endokrinologisk sykdom var barn og ungdom med vekstproblemer. KDJ overtok etter hvert denne gruppe. Han deltok aktivt E.S.P.E.(European Society for Pediatric Endocrinology) og også i internasjonal forskning vedrørende vekst problemer.

Gastroenterologi. Dette fagområdet var et av de spesialområdene den nye barneavdeling på Aker sykehus skulle ta seg av. Aker sykehus hadde meget sterke fagmiljøer innenfor gastroenterologi og ernæring både på kirurgisk og på indremedisinsk side. Det var også relativt god tilgang på gode ernæringsfysiologer.

Reservelege, senere ass. overlege HM ble etterutdannet for å ta ansvar for denne pasientgruppe.

Hovedtyngden av pasientene var barn med cøliaki, laktoseintoleranse og andre reaksjoner på kumelk. Etter hvert fikk man en stor gruppe barn og ungdom med Kronisk

inflammatorisk tarmsykdom (først og fremst Ulcerøs colitt og Crohns sykdom) som ble fulgt ved avdelingen. Andre store pasientgrupper innenfor dette fagområdet var langvarige/residiverende diareer og langvarige/residiverende magesmerter.

Barneavdelingen ved Aker sykehus var den første barneavdeling i landet som utdannet en pediater til å utføre skopier på barn, først og fremst gastroduodenoskopier.

Avdelingen var spesielt interessert i reaksjoner på laktose og hadde et meget godt samarbeid med professor Schjønby ved medisinsk avdeling. Dette resulterte i at man kunne bruke hans metodikk for direkte bestemmelse av laktaseaktivitet i tarmbiopsier fra barn.

Som den første barneavdeling i Norge fikk man utstyr til 24-timers pH-registrering i øsofagus, og man engasjerte seg tidlig i problemene vedrørende gastroøsofageal refluks.

Man utviklet også en metodikk for å studere pankreasfunksjonen hos barn, og pankreozym-insekretin stimulerings-testen ble en godt innarbeidet test. Med god hjelp fra gastrolaboratoriene både på Ullevål og Aker sykehus fikk man både kartlagt bikarbonat produksjon og enzym produksjon hos de undersøkte barna, særlig cystisk fibrose barn.

Pediatrik hepatologi er et meget lite subspesiale hvilket medfører at det er få leger med spesialinteresse. Før levertransplantasjonstiden var det enda færre enn idag. Da ØAa i 1961 på Rikshospitalet fikk en pasient med en uklar leversykdom, og enda mer da søsteren et år senere kom med samme symptomatologi, begynte ØAa å studere denne nye arvelige leversykdom. Det ble begynnelsen til å utvikle interesse for hepatologi i de første leveår. Den nye leversykdom som også hadde lymfødem som en del av sykdomsbildet, fikk internasjonalt navnet Lymfødem Cholestase Syndrom 1 (LCS1) eller syndromnavnet Aagenæs syndrom, som professor David Danks i Melbourne var den første som lanserte.

Da ØAa ble pensjonert fra avdelingen hadde vi hatt 39 pasienter med sykdommen i Norge og nesten like mange var kjent i andre deler av verden.

Da det i 70 årene og 80 årene ikke var lett å finne andre med interesse for leversykdom hos barn, fikk post 2 henvist barn med leversykdom fra hele landet.

Cystisk fibrose. Allerede i 1976 ble det bestemt at avdelingen skulle forsøke å utvikle et godt tilbud til barn med Cystisk fibrose (CF). Avdelingen var representert da Norsk forening for cystisk fibrose ble startet i 1976. En av legene (HM) fikk hospitere ved CF-seksjonen på Rigshospitalet i København, og fikk delta på internasjonale møter om CF.

Pasientpopulasjonen økte raskt den første tiden. Det ble gitt et kvalitativt godt tilbud til pasientene, og i løpet av få år kunne man vise til like gode behandlingsresultater som de øvrige skandinaviske land.

De første årene var det et tett samarbeid med Frambu Helsesenter, og det ble arrangert årlige informasjons- og behandlingsopphold for CF-familiene på Frambu.

Etter hvert ble det behov for daglig tverrfaglige tjenester for denne pasientgruppen i et omfang som ikke barneavdelingen hadde personellressurser til. Samtidig var det slik at Institutt for Blødere hadde ledig kapasitet, og fra 1980 påtok IFB seg det sosialmedisinske ansvar for CF. Dette skjedde



▲ Fastelavensfeiring på barneposten

Seksuelle overgrep. Det var daværende stadsfysikus Fredrik Mellbye som utfordret barneavdelingene i Oslo til å ta opp arbeidet med denne gruppen barn. Det ble Aker sykehus som påtok seg oppgaven, og fra februar 1986 ble tilbudet etablert. Det var en gruppe sykepleiere og leger som var villig til å skolere seg innenfor dette felt og som utviklet tilbudet På det nasjonale plan fantes intet lignende tilbud og studier over hva som var normale funn i genitalområdet hos piker var mangelfulle. Tilbudet på Aker var et lavterskel- tilbud, man trengte ingen henvisning fra lege for å få komme til konsultasjon. Etterspørselen etter det tilbud som var etablert, var tydeligvis stor, og antallet konsultasjoner økte raskt til over 300 barn per år like før Bjugn- saken kom opp. Virksomheten var et nybrottsarbeid, det var svært lite konkret viten innenfor dette feltet ved oppstarten. Fra begynnelsen av 1990-årene kom det i økende grad internasjonal forskning innenfor emnet, og det ble vist at det normale funn var mer variert enn det våre leger var klar over i de første år.

Enheten på Aker ble på mange måter en modell for andre avdelinger, og fikk i praksis en slags landsfunksjon allerede før dette ble formalisert.

I 1990 fikk vi ved mottaket egne stillinger for lege, sykepleiere og legesekretær. I 1992 fikk vi en egen assistentlege stilling som medførte at flere leger fikk innsikt i problemstillingen.

I 1995 kom Nasjonalt ressurscenter for seksuelt misbrukte barn i drift. Ressurssenteret ble drevet som et prosjekt og var samlokalisert med mottaket på Aker. Ved flytting av barneavdelingen til Ullevål sykehus, ble det nasjonale ressurscenter også flyttet til Ullevål.

Hele tiden har vi fortsatt å ha et lavterskeltilbud slik at foresatte kan ringe oss direkte og komme for å få hjelp uten å måtte gå om henvisende instans. Dette er en praksis vi har holdt på i alle år og ser som meget viktig.

Feltet er krevende, og vi håper at vi som samfunn etter hvert vil få øynene opp, slik at bevilgningene økes for å kunne gi mer og bedre hjelp til barnet og dets omsorgspersoner.

Spiseforstyrrelser. De fleste barn og unge med spiseforstyrrelser fikk sitt behandlingstilbud innenfor barne- og ungdomspsykiatrien. Det var imidlertid stadig behov for en somatisk vurdering av de som hadde mest problemer, og det oppstod stadig situasjoner der pasientenes ernæringstilstand var kritisk dårlig slik at det var nødvendig med innleggelse i barneavdeling. Det medførte at avdelingen relativt tidlig utviklet et tilbud til denne pasientgruppen. Etter hvert som dette ble kjent ble terskelen for å henvise til barneavdelingen lavere. Ventetiden var betydelig kortere enn i barne- og ungdomspsykiatrien, og vi fikk et økende antall primærhenvisninger direkte fra førstelinjetjenesten.

Tilbudet til denne pasientgruppe ble gitt dels i form av innleggelser der pasientene ble tatt hånd om av leger og pleiere med spesiell interesse og erfaring, i nært samarbeid med de kliniske ernæringsfysiologer avdelingen hadde i sin stab, og dels i form av tverrfaglig poliklinisk oppfølging.

Poliklinikken. Ved planlegging av barneavdelingen var det ikke avsatt arealer til poliklinisk funksjon. I noen måneder

fikk avdelingen låne et rom på kirurgisk poliklinikk, men det ble fort uholdbart, og i de følgende år fungerte den nødvendige poliklinikk fra legenes kontorer.

Overlegene ved Ullevål og Akers barneavdelinger foreslo for kommunen at begge barneavdelinger skulle ha åpne poliklinikker. Dette forslag fikk støtte hos overlege Mellbye i Oslo Helseråd, men bydelslegene gikk sterkt imot forslaget. Det ble det derfor ikke noe av, men Aker fikk anledning til å ha en mindre morgenpoliklinikk som ble åpnet i 1976. Man skulle ha henvisning fra lege, men kunne komme uten timeavtale, nærmest en ”second opinion ” poliklinikk. Morgenpoliklinikken eksisterte helt til barneavdelingen flyttet til Ullevål. Konsultasjonsantallet holdt seg stabilt omkring 500-700 årlig.

Da sykehusets administrasjon flyttet ut av den røde bygning like ved hovedinngangen fra Trondheimsveien i 1985, flyttet alle barneavdelingens polikliniske funksjoner over i dette hus. Det medførte en radikal forbedring av plassforholdene og medførte også ansettelse av både sekretær og sykepleier til poliklinikken.

Mens antallet polikliniske konsultasjoner hadde holdt seg stabilt på ca 3000 årlig til utvidelsen av poliklinikken, økte antallet til ca. 6000 før overflyttingen til nytt barnesenter på Ullevål.

Poliklinikken var i de første år en enhet, men etter hvert som man inkluderte flere spesialområder, ble poliklinikken oppdelt i flere seksjoner. Denne utvikling var allerede i gang tidligere, med opprettelse av flere fagteam (team for cystisk fibrose, diabetes og annen endokrinologi, gastrointestinale sykdommer, seksuelle overgrep og habilitering).

Universitetsfunksjon og forskning. Helt fra starten i 1975 var det klart at avdelingen skulle ha universitets tilknytning. Avdelingsoverlegen var professor og hadde studentundervisning på linje med fakultetets andre professorer i barnesykdommer. KH var lektor og hadde undervisning i nyfødtdiagnose. Assisterende overleger og reserveleger deltok i bed side undervisningen og hadde enkelte forelesninger på sine spesialfelt.



▲ Nyfødtintensiv anno 1981

Administrasjon, klinikk og undervisning tok nærmest full tid for overlegen, så tid til forskning og stimulering til forskning hos de yngre kolleger ble dessverre nedprioritert. Avdelingen hadde ingen annen lege med fast universitets tilknytning.

I åttiårene så ØAa og KDJ behovet for å organisere diabetesforskningen på Aker i et diabetes forsknings institutt. Kristian Hanssen som var leder av diabetes enheten på medisinsk avdeling var sterkt interessert i det samme, og i året 1989 ble Aker Diabetes Forsknings Institutt formelt åpnet, lokalisert til Barnepoliklinikken. ØAa var styreleder og KDJ daglig leder i de første år.

Disputasene til Stein Vaaler, Knut Dahl-Jørgensen og Hans Jacob Bangstad utgikk helt eller delvis fra dette institutt. Hovedfagsoppgavene fra ernæringsfysiologene Bjørg Skaara og Ingunn Bergstad, og flere arbeider fra psykolog Jon Haug hadde også sin basis i instituttet og avdelingen. De epidemiologiske arbeidene til Geir Joner og senere hans stipendiater har også vært knyttet til Diabetes forskningsinstituttet. Atskillige diabetesartikler har vært publisert fra avdelingen. Blant disse kan kanskje nevnes et arbeid fra 1980-82, hvor to års innleggelser av nydiagnostiserte barn med diabetes på Aker ble sammenlignet med tilsvarende nye diabetesbarn innlagt på barneavdelinger i Tokio. Det ble klart at insidensen av diabetes hos barn i Oslo var mer enn tyve ganger insidensen i Tokio. Den store forskjell i HLA typer i de to populasjoner ble også påvist for første gang.

Diabetesforskningssenteret fortsatte etter flyttingen til Ullevål og har etter hvert utviklet seg til å bli det ledende diabetesforskningsmiljø i landet, med Kristian Hanssen, Medisinsk avdeling på Aker som leder i de senere år.

Forskning på andre endokrinologiske områder har vært beskjedne, men KDJ deltok i en stor mulisenterstudie av barn som fikk veksthormon (KIGS studien) og ØAa deltok i en studie av effekt av veksthormon på barn med skjelettdysplasi.

Når det gjelder forskning innenfor gastroenterologi dreiet det seg først og fremst om klinisk forskning. Det er utgått noen få artikler fra avdelingen om laktoseintoleranse og diagnostiske metoder, samt noen kasuistiske artikler.

Pankreasfunksjonstesting hos barn ble etablert ved avdelingen i et nært samarbeid med gastrolaboratoriene både ved Aker og Ullevål sykehus. Avdelingen hadde også et nært samarbeid med LIIPAT ved professorene Brandtzæg og Scott.

Også forskningen om CF var først og fremst klinisk. Gjennom samarbeidet med professor Bergan fikk avdelingen tilgang til nye antibiotika i en tidlig utprøvningsfase, og man har gjennom flere ulike antibiotika-utprøvinger vist at pasienter med CF har en raskere utskillelse av antibiotika enn andre, særlig gjelder dette renal utskillelse, og derfor trenger høyere dosering for å oppnå ønskede serumkonsentrasjoner. Disse funn førte til at man forsøkte å undersøke om det var andre renale manifestasjoner av CF.

CF-seksjonen hadde forskningssamarbeid både med Tannlegehøyskolen og andre vedrørende biokjemiske forandringer i saliva ved CF. Institutt for ernæringsforskning og CF-seksjonen samarbeidet om å studere A-vitamin forholdene hos pasienter med CF. I et samarbeid med Pediatrisk forskningsinstitutt ved Rikshospitalet ble 120.000 nyfødte screenet med tanke på CF. Et samarbeid med Lars Hanssen

Det er ikke så lett når man er syk
og avhengig av daglig behandling,
men vi har forsøkt å gjøre det så
ENKELT SOM MULIG ...



ET GLASS OM DAGEN ER NOK!



Exjade er bevist effektiv ved anemier som krever transfusjon
og gir 24 timers cheleringseffekt med en daglig dose.