
Med ryggen mot vekten

VI INTERVJUER

KARI RONGE

Email: kari.ronge@legeforeningen.no

Tidsskriftet

Vi vil ha oppmerksomheten bort fra det magiske sifferet på vekten. Derfor får verken barnet eller de pårørende vite hvor nålen stanser. Tillit er nøkkelord for at de ikke skal kjenne seg manipulert. Derfor fører vi ikke et barn med anoreksi så raskt opp i vekt.

Det sier Olof Ulwan som gjorde nordmann av seg da en nyopprettet stilling som seksjonsoverlege for spiseforstyrrelsesteamet ved Aker sykehus i Oslo ble lyst ut i 1997. Å forene somatikk og psykiatri i behandling av barn og ungdom hadde til da vært en fjern tanke i hans hjemland, Sverige.

Ulwans interesse for denne tunge, alvorlige pasientgruppen tok form da han utdannet seg til ernæringsfysiolog i England under en pause i medisinstudiet.

– Jeg ville forske på underernærte barn fra u-land. Men jeg kom tilbake med interesse for underernærte, svenske barn. Allerede siden midten av 1970-årene hadde jeg vært i kontakt med vanskelige tilfeller av anoreksi. Deres sykdomshistorie viste at pediaterens kunnskaper ikke var tilstrekkelig. For å få til syntesen jeg traktet etter, ble det til at jeg også spesialiserte meg i barne- og ungdomspsykiatri i midten av 1980-årene.

Terapeutisk allianse

Et langtidsperspektiv der ulike faggrupper arbeider tett sammen, kjennetegner Ulwans daglige arbeid ved Barnesenteret ved Ullevål sykehus, dit teamet flyttet i 1998. 5–6 års behandling må til for at de unge pasientene kan si: «Jeg har hatt anoreksi. Nå er jeg frisk.» Siden må han legge til ytterligere fem års oppfølging før behandlingen kan karakteriseres som vellykket.

– Når pasientene kommer til behandling, er de kroppslig og psykisk langt nede. De er styrt av den anorektiske svart-hvitt-tenkningen. Vi bruker sondenæring den første tiden. Ikke for å straffe, men for å gi en periode med «time out» slik at tilliten kan etableres.

En grunnregel for spiseforstyrrelsesteamet er at vi ikke får pasientene for fort opp i vekt. Det ville ført til sterk uro og angst, sier han.

I den akutte fasen er det blodprøver og vektkontroll to ganger ukentlig, senere bare en gang. Da står pasienten på vekten med ryggen til. Heller ikke de pårørende får vite tallet, for å unngå at barna tvinger foreldrene til å oppgi det. – I stedet snakker vi om rammene for minste tenkbare vekt. Vi sier at nå er du inne i en stabil fase, nå er du i nedbrytnings- eller i oppbyggingsfasen. Ved å oppgi klare indikasjoner for hva som skal til for å holde medisinsk kontroll, tar vi over ansvaret. Det skaper en terapeutisk allianse. Det samme gjelder for staben som til daglig møter denne pasientgruppen, forklarer Olof Ulwan.

Bekrefter smerten

Bildene av sykdommen som en krig hvor de gode krefter vinner til slutt, er høyst forståelig for barn. I spiseforstyrrelsesteamet er parolen «vekst innenfra, fremfor formasjon utenfra».

– Pleiepersonalet er pålitelige og trente i å gi god omsorg. De våger å bekrefte smerten og ambivalensen pasienten er regjert av, samtidig som de gir håp. Det verste vi kan si er: «Du ser jo så bra ut.»

– Felles for pasienter med spiseforstyrrelser er et negativt selvilde, opplevelsen av at de ikke er noe verdt. De har bygd opp denne konstruksjonen over lang tid. I deres verden er det ikke rom for nyanser på en skala. Inni seg har de en anoreksistemme og en fornuftstemme. Når de kommer hit, er det bare en flik igjen av fornuftstemmen. Likevel er det en indre kamp som utkjempes hele tiden. Derfor er det viktig at de får dele alle de plagsomme tankene.

– Det pågår en stadig dialog i pasienten som ikke må forveksles med hallusinasjoner. Jeg kan si: «Nå er anoreksien en venn. Det er ikke jeg som skal slite den fra deg. Du må vokse fra vennen din selv.»

Olof Ulwans år i Norge har gitt språket et fornorsket tonefall, ellers er det svenske vokabularet intakt og byr ikke på store problemer i hverdagen. – Det hender at noen stusser over enkelte ord. Men ellers kommer mine pasienters språk ut gjennom kroppen. Det er jo noe av det som er problemet!



Hos Olof Ulwan i spiseforstyrrelsesteamet ved Ullevål sykehus må pasientene gå på vekten med ryggen til. Språket som kommer til uttrykk i behandlingsrommet, er langt viktigere. Foto K. Ronge

Reise i tre faser

Ulwans team opererer med tre faser i behandlingen av barn med spiseforstyrrelser. Tillittsfasen varer fra to måneder til ett år. – En plagsom kamp, med mye uttesting av oss som jobber her. Da er det viktig at vi ikke forserer prosessen. Det slår fort over i bulimi hvor tenkesettet hos barnet er det samme.

– Dernest kommer tilvekstfasen som varer ett til to år. Den destruktive anoreksistemmaen utgjør i denne fasen mindre enn halvparten av personen. Pasienten trenger mer næring for å holde seg stabil og inntaket utvides etter en kostplan. Transformasjonsfasen er etter to til fire år. Menstruasjon og puberteten kommer tilbake. «Nå er anoreksien utenfor deg,» sier jeg da.

Å ta hånd om de pårørende inngår i behandlingsopplegget. – Det er ikke om å gjøre å få pasienten til å spise, men å legge ut på en indre reise som inkluderer hele familien. Forserer vi prosessen, risikerer vi at pasientene blir kronikere eller at noen dør, sier Ulwan.

Tverrfaglighet er viktig for å skape fremgang. Uten en felles tilnærming forsterkes pasientens innvendige kamp mellom kropp og sjel, mener Ulwan. Det inkluderer jevnlig møter med instanser utenfra, eksempelvis med lærerne ved kliniskskolen der pasientene følger undervisningen mens de er innlagt ved Ullevål sykehus.

– Vi involverer personale fra ungdomspsykiatrisk klinikk, fagfolk fra Nic Waals institutt, fra Statens senter for barne- og ungdomspsykiatri og fra ulike «BUP-er» i Oslo. Fra vår side skaper vi en trygg somatisk ramme. Samspillet gjør at vi kan bli enige om hvordan vi skal lese prosessen som skjer med hver enkelt. Det er viktig at vi møter pasientene med de samme brillene, fremhever Ulwan.

Ulik prioritering

– Hvilke forskjeller ser du mellom Sverige og Norge i ditt arbeid?

– Det norske systemet er mer fleksibelt, psykiatri har større plass innen somatikken her. Ute i distriktene er interessen for kunnskap og utdanning stor. Her er også en lydhørhet jeg ikke er vant til, med en stadig økende toleranse for det tverrfaglige aspektet. I Sverige har jeg til min bedrøvelse sett hvordan barne- og ungdomspsykiatrien nedprioriteres. Mens jeg i Norge møter teamfølelse og entusiasme blant kolleger, særpreges det svenske fagmiljøet av tøff konkurranse om få midler.

– Hva kan gjøres bedre her i landet?

– At vi opphever 18 år som aldersgrense for behandling hos oss. Det er trist når vi får inn 16-åringer og må gi slipp på dem fordi de når myndig alder. Her har somatikken kommet lengre i sin integreringstanke, kommer det kjapt.

Pasientene kommer i kontakt med spiseforstyrrelsesteamet via ulike kanaler. – Det kan være tannlegen som oppdager bulimikeren. Helsesøster, skolelege eller foreldre som ringer. De har kanskje lest eller hørt om oss i mediene. Eller via pasientforeningene

Interessegruppa for kvinner med spiseforstyrrelser (IKS) og Anorexia/Bulimia Foreningen. Vi har et godt samarbeid. De er flinke, understreker Ulwan.

Siden spiseforstyrrelsesteamet kom i gang i 1997, har teamet fulgt 58 pasienter med anoreksi. 17 av dem har vært innlagt fra fire måneder til ett år, de resterende kommer til poliklinisk behandling.

- Man kan si at 17 pasienter på 3 1/2 år er få og det er vanskelig å trekke slutninger, men likevel: Dette har vært de sykeste syke. Nå er de utskrevet, de fungerer godt, de går på skole og er i det vi kaller tilvekstfasen.
- Helbredelse er mulig, selv om det er en tøff og langvarig kamp. Modellen med samarbeid i team har allerede vist resultater. Men vi trenger flere ressurspersoner i det psykoterapeutiske tilbudet. Jeg har ikke kapasitet til å ta meg av alle, sukker Ulwan.
- Hvis ikke jeg hadde trodd på helbredelse hos barn med alvorlige spiseforstyrrelser, hadde jeg ikke orket denne jobben. Og jeg har tross alt over 25 års erfaring.

Sykelig fedme og overvekt

Hvert år henvises 100 sterkt overvektige barn til Ullevål sykehus, noen av disse behandles av spiseforstyrrelsesteamet. Ulwan er blant initiativtakerne til et behandlingstilbud for barn med sykkelig fedme som han definerer som kroppsmasseindeks (BMI) over 30. Planene legges nå for et team som skal arbeide med disse barna, men Ulwan vil nødig gå i detalj før organisering og drift er nærmere avklart.

- Mens spisevegrerne for lengst har fått satt sitt problem på dagsordenen, er det på høy tid at barn med fedmeproblemer slipper å lide i stillhet. Dette problemet må ikke overlates til slankeindustrien, det er helsevesenets ansvar å hjelpe, sier Ulwan, som understreker at bare 5 % av de barna som undersøkes ved Ullevål er overvektige av medisinske årsaker.
- Det er sammensatte forklaringer på at sykkelig fedme oppstår. Livsstil grunnlagt i familien og liten fysisk aktivitet spiller inn. Men bare i ekstreme tilfeller vil det være snakk om innleggelse. Hvis familien er i utviklingskrise, bør vi ha et helhetlig tilbud, sier han.

Ble syk

Fra kollegialt hold får Olof Ulwan entydige skussmål: Omsorgsfull, hyggelig, sjarmerende, begeistret, entusiastisk, hardt arbeidende er blant adjektivene. Men det koster å gå for full motor. I februar i år fikk han operert inn pacemaker. Selv mener han en borreliainfeksjon var årsaken til hjertelidelsen, mer enn det han kaller stress i jobben. – Jeg var sykmeldt en måned og møtte fantastisk støtte i rollen som pasient. Det var også en viktig erfaring å oppleve at alt ikke står og faller med meg her på jobben. Det gjelder å trygge personalet i at jeg alltid er tilgjengelig. Likevel er jeg blitt mer varsom med hvilken kraft og energi jeg skal vie arbeidet mitt, forteller han.

Et mykt drag farer over øynene. Fritidssysel nummer en er vesle Sophia på to år. – Jag spelar dragspel och sjunger för min dotter. Eller läser norska böcker.

– Det er et privilegium å få barn i såpass høy alder. Jeg nyter mer underet nå enn da jeg fikk Åsa (24) og Sara (20) i første ekteskap. Dessuten ligger det nært mitt arbeid å plukke frem det lille barnet i meg. Sophia lærer meg det hver eneste dag.

fakta 1

– Olof Ulwan f. 6.9. 1945 i Linköping, Sverige

– Ernæringsfysiolog Queen Elisabeth College, University of London 1969. Cand.med. Universitetet i Uppsala 1988. Spesialist i pediatri 1991 og barne- og ungdomspsykiatri samme år.

– Sektorpediater i Kristinehamn, Värmland 1991–1997

Seksjonsoverlege ved spiseforstyrrelsesteamet, barneavdelingen, Aker sykehus siden april 1997. Avdelingen flyttet i september 1998 til Barnesenteret, Ullevål sykehus.

Fakta 2

Spiseforstyrrelsesteamet

– Består av seksjonsoverlege, spesialpsykolog, psykiatrisk sykepleier, ernæringsfysiolog og sekretær. Faste hjelpe- og sykepleiere som går i turnus, inngår i staben.

– Siden etableringen ved Aker sykehus våren 1997 har teamet fulgt 58 pasienter med anoreksi, ca. 180 pasienter har vært henvist til teamet med bulimi/uspesifikke diagnoser. Omkring ti gravide kvinner med spiseforstyrrelser er fulgt opp.

– Pasientene er fra 7–18 år, i hovedsak fra Oslo. Nær 90 % av dem er jenter.

– Ulwan regner med at 0,5 % av norske barn har anoreksi. 2,5 % har bulimi, men her er mørketallene store. Med unntak av anoreksi før pubertet, har ikke frekvensen økt siden 1970-årene. Pasienter med bulimi oppgir han har økt de siste 10–15 år.

Publisert: 10. oktober 2000. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 21. juli 2026.