



P A I D O S

TIDSSKRIFT FOR NORSK BARNELEGEFORENING

TEMA

Overvekt hos barn

s 40

PROFIL

Sverre Halvorsen

s 44

AKTUELT

Pediaterdager i Bergen

s 48



INNHold

38	Tomas Nordheim Alme TVERRFAGLIG KAMP MOT OVERVEKT I HELSE SØR-ØST
40	Martin Handeland MEDIKAMENTELL OG KIRURGISK BEHANDLING VED ALVORLIG OVERVEKT HOS UNGE
44	Tomas Nordheim Alme PROFIL - SVERRE HALVORSEN
48	Tomas Nordheim Alme PEDIATERDAGENE 2008 I BERGEN

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

Leve Vår møtet!

Jeg aner ikke hvordan det gikk med kampen til Fredrikstad fotballklubb søndag første juni 2008 . Men jeg veit at på VIP-tribunen stod en glad gjeng av barneleger som hadde grunn til å feire gjennomføringen av et flott vårmøte . Det faglige programmet hadde stor bredde og aktualitet med diabetes, internasjonal helse og asfyksi som hovedoverskriftene. Det sosiale arrangementet strakte seg fra skjærgården til fotballstadion og 140 deltagere kunne glede seg sammen med avdelingssjefen Helge og staben av barneleger som utstrålte vertskapsglede i tillegg til profesjonell gjennomføring.

Vår møtene skal bestå. Det er responsen fra spørre runden som er gjennomført blant barnelegene i regi av arbeidsgruppa som ved årsmøtet i Levanger fikk i oppdrag å vurdere møtestrukturen i NBF. Leif Brunvand presenterte rapporten på NBFs årsmøte i Fredrikstad og styret takker for godt utført arbeid. Rapporten er tilgjengelig for alle på pedweb. Rapporten konkluderer med at:

1. Vår møtet opprettholdes i nåværende form
2. PEDIATERDAGENE ("høstmøtet") endres på følgende punkter:
 - PEDIATERDAGENE legges fast til tredje uke i januar
 - PEDIATERDAGENE går på onsdag, torsdag og fredag
 - PEDIATERDAGENE suppleres med et kurs i propedeutisk pediatri mandag, tirsdag og onsdag samme uke
 - PEDIATERDAGENE roterer mellom universitetsbyene etter en roterings-ordning , i Oslo lages en felles arrangementskomite for de tre universitets sykehusene i hovedstaden og disse tar ansvaret hvert annet år
 - PEDIATERDAGENE involverer etter en rotasjonsplan interessegruppene i programmet med faglige sesjoner for utdanningskandidater og for de spissede, heite emner

Årsmøtet debatterte innholdet i rapporten. Det blir styrets oppgave å samle de punktene som utløste mest diskusjon; varigheten på pediaterdagene og interessegruppenes engasjement.

Endring av tidspunkt og struktur for pediaterdagene antaes å bli gjennomført januar 2011.

Det var tilslutning til forslaget om å ha en faglig komite med forbindelse til styret som legger rammene for faglig innhold på møtene for en lengre periode framover, eksempelvis 4 år. Ikke for å kvele lokale arrangørers initiativ, men for å se på møtene enda mer bevisst som etter- og videreutdanningsarena med gode, forutsigbare kurstimer i utdanningskandidatenes planer.

Interessegruppene i NBF (tidligere subgruppene) er pekt på som ønskede sentrale aktører i forhold til faglig innhold på NBFs møter. NBF har 12 interessegrupper og deres aktivitet varierer, men medlemmene har i rundspørringen klart gitt uttrykk for at de ønsker at interessegruppene skal ha sine samlinger i tilknytning til de nasjonale møtene. Interessegruppene representerer spisskompetansen innefor sine fagfelt. De er høringsinstans for styret .Mange av gruppene er sentrale i forhold til å initiere kvalitetsarbeid, stimulere forskning og føre de viktige diskusjonene

REDAKTØREN



Tomas Nordheim Alme
Redaktør

Situational awareness

Situational awareness eller på norsk situasjonsforståelse eller -oppmerksomhet er et uttrykk jeg har blitt glad i og stadig oftere bruker. Uttrykket stammer fra luftfarten og betegner den tre- eller ofte firedimensjonale (om man tar med tid) forståelsen av seg selv i forhold til omgivelsene. For flygere og flygeledere er det den evnen som er vanskeligst trenbar dersom man ikke har en medfødt evne til å projisere seg selv og andre langs vektorer i et tenkt koordinatsystem. Dessuten handler det om holdninger. Mangel på situational awareness går igjen som årsak til katastrofale hendelser i lufttrafikken.

Jeg liker å bruke uttrykket i overført betydning om enkeltpersoners evne til å se sin egen rolle i et større

system. En familie, en bedrift, en bransje eller et samfunn. Mer enn en gang har jeg tenkt at vi burde ha "flygeledere" på sykehusene våre som kunne overvåke i sanntid hvordan pasienten beveger seg gjennom systemet og sørge for at trafikken løper glatt, effektivt og sikkert. Og som kunne påse at vi som til enhver til flyter rundt i systemet har den rette situasjonsforståelsen.

I intervjuet med Sverre Halvorsen i dette nummeret av Paidos er han opptatt av et aspekt av nettopp dette – av ivaretagelsen av helhetsbildet rundt pasienten. – Hvem tar ansvar for helheten, spør han. Og for egen regning – hvem kan eventuelt lære bort slik forståelse til de som ikke umiddelbart skjønner at de i syvende og sist er en liten del av et stort system hvis funksjon ikke først og fremst er ivaretagelse av ens egen bekvemmelighet.

I vår bransje skriver vi nok også for få "havarirapporter". På samme måte som for flygere, fyller den slags oss med et intenst ubehag. Det er som regel bare når det går riktig galt at vi blir opptatt av å analysere, og da er det jo egentlig litt sent, i tillegg til at sakene da gjerne er blitt så kompliserte at enkeltfaktorer er vanskelig å gripe fatt i. En god kollega fortalte nylig en historie som illustrerer nettopp dette. Utgangspunktet var en nokså normal vaktproblemstilling. Fall fra stellebord, ingen alvorlig skade skjedd. Men kollegaen har teft, og får etterhvert frem bakgrunnen for uhellet, og at det med nåværende psykiske helsesituasjon hos foreldrene ikke er usannsynlig at lignende ting kan skje igjen. Antakelig gode foreldre, men med et nokså akutt behov for hjelp. Alt for mange ville gitt seg allerede før denne anamnestiske informasjonen. "Barnet er vårt fokus - foreldre får gå til sin egen lege". Men av og til tilsier god situasjonsforståelse at vi må gripe inn, eller snarere ut av vårt definerte ansvarsområde for å oppfylle ønsket vårt om god helse for barnet, fjerne tua som kan komme til å velte lasset. Min kollega ber om råd fra voksenpsykiateren. Er det mulig å få løst situasjonen på en god og smidig måte for denne familien? Svaret er kontant: "Dette er ikke vårt bord". Man kan sammenligne det med en flyplass som ikke vil la et fly med motortrøbbel gjennomføre en nødlanding – det kan eventuelt få stå på venteliste for en plass i landingskøen. Det finnes ingen overordnet instans som på dag-til-dag basis kan påse at de ulike aktørene innad i det samme helseforetaket jobber i samme retning og med den samme situasjonsforståelse. Derfor vil vi fortsatt se uheldige og for omgivelsene ofte helt uforståelige hendelser på sykehusene våre.

Det er mulig at jeg svartmaler. Jeg oppfatter pediatrien som et fagområde hvor helhetstanken tradisjonelt har stått sterkt. Men med stadig økende og helt nødvendig faglig fordypning, fragmenterer rollen vår overfor pasienten. Da kan det bli mange flere "bord som ikke er våre".

Tomas

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. 04/2008 - 1. oktober

Nr. 01/2009 - 15. desember

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.

om innhold og retning på sine områder. Det er ønskelig at NBF finner en form hvor interessegruppenes rolle i forhold til faglig innhold i møtene og i forhold til deltagelse i det viktige arbeidet med å kvalitetssikre og utvikle Akutt veileder og generell veileder i pediatri , blir avklaret. Dette blir et av høstens innsatsområder.

Men nå, mine venner, er det ferietid. Og sjøl om det paradoksalt nok oftest betyr flere vakter og lengre arbeidsuker , så betyr det også lyse kvelder og mange uker med ro og hvile, fart og spenning eller hva du måtte ønske å oppleve som ikke hverdagene vanligvis gir rom for.

HA EN RIKTIG GOD SOMMER!

Kristin Hodnekvam
Leder

Forsidebildet:

Førsteintrykket betyr mye for hvordan vi forholder oss til andre mennesker. Derfor er da også de aller fleste av oss på et eller annet nivå opptatt av hvordan vi ser ut og hvordan andre oppfatter oss. Enkelte gjør det mer komplisert enn andre - noen er for eksempel svært opptatt av å se ut som om de ikke er opptatt av hvordan de ser ut. Selv rufser jeg ofte håret slik at det skal se ut som om jeg ikke har gredd meg. Om jeg derimot hadde latt være å gre meg, ville håret mitt sett helt anderledes ut, og ikke i tråd med slik jeg ønsker å fremstå! Nok om det. Noen ytre karakteristika kan ikke sminkes bort eller kamufleres bort med riktige klær. Barn og unge som er svært overvektige har således ingen mulighet for å påvirke at omgivelsene oppfatter dem som tjukke, med de personlighetsstereotypene som måtte være knyttet til det hos den enkelte. Derfor er det ikke så rart om overvekt blir et alvorlig problem også for den psykososiale helsen. Det er ufrivillig underholdende å se på hvordan vi som samfunn har forholdt oss til fedme og overvekt i løpet av de siste 15-20 årene. Med tanker om at det å veie barn og unge på helsestasjon ville få overvektige barn til å utvikle anorexia nervosa og en velment og og sikkert ektefølt "big is beautiful" holdning, tenkte man at man kunne løse overvekts-problemet med å benekte at det fantes noe problem (også kalt Komiske Ali-taktikken) (red anm: TNA setter det bevisst på spissen). Så kommer følgesykdommene. For selv om man til dels kan bestemme seg for at det er beaufifult å være big, er det ikke noe særlig kult å ha diabetes. Det er ikke noe særlig gøy med slitasje-gikt i knærne når du egentlig er ung. Det er direkte kjedelig å være så stor at man rett og slett ikke fysisk passer inn i omgivelsene sine. Så er da også alvorlig overvekt definert tilbake fra å være et holdningsproblem til et helseproblem, omtrent like forutsigbart som at amerikanske styrker ville klare å innta Baghdad (igjen).

Da har vi i alle fall klart å definere problemet inn igjen på dagsorden. Spørsmålet er hva som skal og kan gjøres. De intervensjonene man har prøvd seg på har det til felles at de har nokså beskjeden effekt, både i kg og målt opp mot innsatsen. Bakgrunnen for dette er nok flerdelt og for mange spiller nok



psykososiale faktorer kraftig inn. Mat er tett knyttet til livsstil – og livsstil forandrer man ikke uten kraftig motivasjon. Spørsmålet er om vi er flinke nok til å forstå den biten. De som kjenner tenåringer kan rapportere at det kan være hardt nok å motivere slike til å stå opp om morgenen - hvordan kan man da mobilisere nok motivasjon til å gjøre livsstilsendringer som kanskje først gir resultater om flere år, og selv da med nokså moderat p-verdi?

Dette er et til dels utforsket territorium i grenselandet mellom pediatri og barnepsykiatri. Kanskje en god eksempelsykdom på hvorfor større grad av samrøre mellom disse må være en god idé? Og kan kanskje den nære "overvektshistorie" inspirere oss til å legge bort enkeltfaktor-strategier og se med friske øyne på hvordan vi kan sørge for riktig råd til riktig barn til riktig situasjon.

Dua på Champs Elyssées lever gode dager og må nok i gjennomsnitt fly langt kortere per godbit enn sine mer ruralt boende slektninger. Er det da fuglen, den franske maten eller Paris det er noe galt med?

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. 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



Jannicke Andresen (Møtesekretær)
Studert i Wuerzburg, Tyskland fra 93. Etter endt turnus i Harstad og Voss ansatt som assistentlege ved barneavdelingen i Fredrikstad fra desember 2000. Startet gruppe 1 tjeneste ved Rikshospitalet i mars 2004, og har vært ansatt som stipendiat ved Pediatrisk Forskningsinstitutt fra begynnelsen av 2005. Forsker på perinatal asfyxi og intervensjon. Bruker all fritid til reising og kitesurfing.

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. Styremedlem i Nordisk Forening mot Barnemishandling og Omsorgssvikt (www.nfbo.com) fra 2004. I tillegg har jeg vært APLS - instruktør siden kursene ble etablert i Norge. For tiden bosatt i Cambridge, England.



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. For tiden stipendiat ved pediatriisk forskningsinstitutt. Bor på Kjeller med kone og tre barn. Ved siden av egne og andres barn er friluftsliv, jakt, småfly og musikk viktige interesser. paidos@barnelegeforeningen.no

Senter for sykkelig overvekt: Tverrfaglig kamp mot overvekt i Helse Sør-Øst

Norske barn blir som sine foreldre stadig mer overvektige. I Tønsberg finner vi Senter for sykkelig overvekt som har regionsfunksjon for overvektige barn og voksne i Helse Sør-Øst.

Tekst og foto: Tomas Nordheim Alme

I 2004 ble Overvektprosjektet i Helse-Sør startet. Fra 1. januar 2007 er prosjektet videreført som et regionalt ressurscenter for sykkelig overvekt, drevet av Sykehuset i Vestfold HF. Senteret skal ha et regionalt ansvar for helhetlig behandling av sykkelig overvekt hos voksne, barn og unge i Helse Sør-Øst.

Senter for sykkelig overvekt (SSO) arbeider tverrfaglig og gir tilbud til både barn og voksne forteller barnelege Martin Handeland, som er seksjonsoverlege ved seksjon for barn og unge ved senteret (SSO-SBU). Han forteller at de har valgt å bygge opp klinikken etter modell av Barnöverviktsenheten i Skåne i Sverige. Det innebærer at hele teamet med barnelege, sykepleier, psykolog, ernæringsfysiolog og fysioterapeut møter pasienten ved første konsultasjon.

Utvikler henvisningskriterier. Kanskje så mange som 15-20% av norske barn kan defineres som overvektige. Et fåtall av disse får somatiske helseplager som følge av dette. SSO-SBU skal være et tilbud for de pasientene med mest komplisert problemstilling. – Vi har arbeidet en god del med å definere gode henvisningskriterier, forteller Handeland. Det finnes ikke noen gode internasjonale definisjoner for sykkelig overvekt hos barn. Vi har lagt oss på en linje der vi tar i mot henvisninger på barn og unge som har en iso-KMI over 35 og en eller flere tilleggsfaktorer (se faktaboks). I 2007 som var oppstartsåret startet vi behandling på 33 pasienter. Foreløpig har vi flest pasienter fra Vestfold og de nærmeste fylkene, men vi har også pasienter fra øvrige fylker i Helse Sør-Øst.

– Sykkelig overvekt er en tilstand der årsakssammenhengene ofte er svært kompliserte og sammensatte. Det er umulig å se pasienten isolert fra omgivelsene. Nye omgivelser opplever vi blant annet i situasjoner med endret omsorgssituasjon, som ser ut til å være blant de mest effektive intervensjonene ved sykkelig overvekt hos barn og unge, sier Handeland.

Førstelinje har ansvar. Ved overvekt hos barn og unge ligger ansvaret i første omgang helt klart på førstelinjetjenesten, gjerne i samarbeid mellom helsestasjon og fastlege, sier Handeland. – Dette nivået bør inkludere veilednings-



▲ Martin Handeland er seksjonsoverlege ved seksjon for barn og unge ved Senter for sykkelig overvekt i Helse Sør-Øst.

motivasjonsarbeid overfor barn og foreldre i forhold til å gjennomføre konkrete endringer i kosthold og aktivitet. Alle barn med overvekt og fedme kan starte med dette når problemet er identifisert. Grunnbehandlingen bør være i 6-12 måneder før man evaluerer effekten. Målsetningen er vektstabilisering, ikke vektreduksjon. Vi anbefaler veiing hos helsesøster en gang i halvåret.

– Barn som ikke når målet om å stanse vektøkning i løpet av 6 – 12 måneder, kan henvises til lokalt helseforetak for ytterligere utredning og oppfølging. Lokalt helseforetak og fastlege kan henvise til SSO-SBU i samsvar med kriteriene gjengitt i faktaboksen.

Forskning og fagutvikling. – Behandling av overvektige unge er et felt hvor det er få virkelig effektive behandlingsintervensjoner å vise til. Mesteparten av det vi gjør må karakteriseres som forskning, i og med at det ikke finnes

effektive og veldokumenterte behandlinger. Derfor har vi klinisk forskning som en vesentlig del av vår aktivitet, forteller Handeland. – Akkurat nå planlegger vi en studie av kirurgisk intervensjon på unge med sykkelig overvekt. Hos voksne pasienter er dette den behandlingen som har best resultat, og det virker uhensiktsmessig at pasienter må vente til de er blitt voksne dersom vi ser at det går den vegen, mener han. Det pågår en svensk multisenterstudie på dette for tiden, og vi samarbeider med prosjektledelsen i Sverige for å initiere tilsvarende studie i Norge, forteller han.

”[endret omsorgssituasjon] ser ut til å være blant de mest effektive intervensjonene ved sykkelig overvekt hos barn og unge

Vil lage kvalitetsregister. SSO har sammen med Ullevål Universitetssykehus søkt Helse Sør-Øst om å få opprette et Nasjonalt medisinsk kvalitetsregister over overvektige barn. Ønsket er å få til en løsning der barna kan bli registrert uansett hvilket nivå av helseapparatet de får hjelp av, for på den måten å systematisk kunne kvalitetssikre behandlingsoppbygg for overvekt og fedme. – Et slikt register bør også være personidentifiserbart slik at det kan være mulig å koble med data fra andre register slik som Barnediabetes-registeret og Norsk nyfødtdiagnose kvalitetsregister, sier Handeland.

Bygger nettverk. En annen viktig oppgave for senteret er å bygge nettverk i regionen av fagfolk som arbeider med overvektige barn og unge. På sikt ønsker man også å kunne tilby veiledning til primærhelsetjenesten, avslutter Handeland.

HENVISNINGSKRITERIER VED OVERVEKT

Senter for sykkelig overvekt tar imot henvisning på pasienter med KMI > isoKMI 35 med én eller flere av følgende tilleggsfaktorer:

- Familiær disposisjon (første- eller andregradslektning fedme)
 - hjerte- og karsykdom med debut < 55 år (menn) eller < 65 år (kvinner)
 - type-2 diabetes
 - bekreftet lipidforstyrrelse
 - hypertensjon
- Insulinresistens
- Redusert glukosetoleranse
- Type-2 diabetes
- Hypertensjon
- Hyperlipidemi
- Andre kliniske/biokjemiske tegn på utvikling av følgesykdommer
- Svært rask økning i vekt
- Alvorlig bekymring for vektutviklingen
- Alvorlige psykososiale belastninger

Ett eller flere av følgende funn gir henvisningen høyere prioritet:

- bruker av habiliteringstjenester
- lærevansker
- alvorlig psykososial problematikk
- én eller begge foreldre KMI >40

ISO-KMI

iso-KMI er et mål på overvekt, definert av International Obesity Task Force. Tabellen viser sammenhengen mellom KMI og iso-KMI 35.

Alder (år)	3	3-5	6	7	8	9
KMI (kg/m ²)	25	24	25	26	27	28

Alder (år)	10	11	12	13	14-16	17
KMI (kg/m ²)	30	31	32	33	34	35

Alvorlig fedme hos unge: Medikamentell og kirurgisk behandling

Befolkningen blir stadig tyngre og med økende overvekt, kommer utvikling av følgesykdommer som diabetes, hypertensjon og psykososiale belastninger. Forebygging og effektiv behandling av alvorlig fedme i unge alder gir store gevinster både samfunnsøkonomisk og for den enkelte. Dessverre er det også svært vanskelig. Martin Handeland ved Senter for sykkelig overvekt i Helse Sør-Øst gir i denne artikkelen en oversikt over behandlingsprinsipper for alvorlig overvekt hos barn og unge.

Tekst: Martin Handeland

Alvorlig fedme hos barn og unge disponerer for utvikling av følgesykdommer, slik som obstruktiv søvnapne, type 2-diabetes, høyt blodtrykk, hjertehypertrofi, ikke-alkoholisk fettlever, påvirket psykososial helse og redusert livskvalitet. Alvorlig fedme i ung alder gir i tillegg høy risiko for overvekt og utvikling av metabolsk syndrom i voksen alder.

Forebygging og effektiv behandling i ung alder gir derfor store gevinster, både samfunnsøkonomisk og for enkeltindividet. Dersom utvikling av alvorlig fedme stanses eller reverseres i ung alder, vil prognosen bedres betydelig i forhold til fremtidig sosial funksjon og deltakelse i familie-, samfunns- og arbeidsliv.

Konservativ behandling av alvorlig fedme benytter tverrfaglig tilnærming med familiebasert atferdsterapi for å støtte endringer i levevaner knyttet til kosthold og fysisk aktivitet (1;2). Målsetningen er å redusere energiinntaket og øke aktivitetsnivået. Dokumentasjonen på langtidseffekten av denne type behandling er begrenset, og de studiene som omhandler effekt hos ungdommer indikerer moderat, kortvarig effekt (3). Placebokontrollerte studier om effekt av medikamentell behandling ga eksempelvis < 3 % vekttaap i placebogruppen (behandlet med fettredusert kost, aktivitet og atferdsterapi) (4;5).

Medikamentell behandling. Det foreligger ikke anbefalinger eller retningslinjer om bruk av medikamenter som supplement til atferdsterapi. Orlistat og sibutramin er to aktuelle preparat, men ingen er godkjent for bruk på barn eller ungdommer i Norge. Orlistat er godkjent til bruk fra 12 års alder i USA og Europa, mens man må være 16 år for å bli tilbudt sibutramin i vanlig klinisk praksis. Enkeltstudier på ungdommer indikerer at medikamentell behandling som supplement til atferdsterapi kan gi kraftigere overvektsreduksjon (4;5). Studiene er imidlertid avgrenset til ett års behandling, og man kjenner ikke langtidseffektene av behandlingen. Ved Senter for sykkelig overvekt i Helse Sør-Øst – seksjon for barn og unge (SSO-SBU), benytter ca. 30 % av pasientene sibutramin som supplement til andre tiltak for å endre levevaner. Utvelgelsen av pasienter skjer særlig ut fra kostanamnesen, idet tilbud om oppstart i første rekke gis til pasienter som oppgir vansker med hyppige mellommåltid og stadig sultfølelse.

Kirurgi også hos barn og unge? Kirurgisk behandling er en effektiv behandlingsform ved sykkelig overvekt hos voksne. Operasjonen blir vanligvis gjennomført laparoskopisk, med få komplikasjoner og kort liggetid. Behandlingen gir betydelig og varig reduksjon av KMI, diabetes og hypertriglyseridemi. Levealderen ser også ut til å øke, selv om dokumentasjonen på dette foreløpig er begrenset (6).

Kirurgisk behandling hos ungdom er foreløpig ikke innført som standard behandlingstilbud internasjonalt. De gode erfaringene hos voksne har imidlertid bidratt til en mer positiv holdning til å operere yngre pasienter. I tillegg har flere studier vist at ungdom har kortere liggetid, færre komplikasjoner og redusert mortalitet sammenlignet med voksne (7;8). Antall ungdommer med alvorlig overvekt som gjennomgikk kirurgisk behandling ble således tredoblet i USA i perioden 2000 – 03, og utgjorde i 2003 totalt 771 inngrep i USA (0,7 % av alle bariatriske prosedyrer) (9).

I Europa er det publisert resultater om kirurgisk behandling med laparoskopisk anlagt justerbart magesekkbånd på ungdom i Østerrike og Israel (10;11). De initiale resultatene har vært gode, men langtidsresultatene langt dårligere, med behov for blant annet reoperasjoner. I Sverige pågår en

nasjonal studie der tre helseregioner henviser pasienter til behandling ved Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg. Man har valgt laparoskopisk gastrisk bypass som kirurgisk metode. Dette er en i hovedsak komplikasjonsfri metode med gode langtidsresultater hos voksne.

På bakgrunn av usikkerhet omkring langtidskonsekvenser, anbefales det at behandlingen kun tilbys som en del av klinisk forskning, med nøyaktig definerte inklusjonskriterier og metoder for behandling og oppfølging (12;13). I tillegg forutsettes det at behandlingen foregår ved sentra med tverrfaglige pediatrike team og bred laparoskopisk erfaring.

Riktig ressursbruk? Noen vil hevde at det er feil bruk av ressurser å operere ungdommer med alvorlig fedme. Det er imidlertid hevet over tvil at mange av disse ungdommene får medisinske komplikasjoner, redusert livskvalitet og store psykososiale belastninger. I tillegg vet vi at 50 – 77 % av fete ungdommer forblir fete i voksen alder, og at denne risikoen øker til 80 % dersom én av foreldrene har fedme (14). I en slik situasjon ser vi få tungveiende argumenter mot å utsette et effektivt behandlingstiltak kun på grunn av alder. Det er imidlertid sentralt at tilbudet om kirurgisk behandling skjer i en kontekst som gir mulighet til god seleksjon i forkant av inngrepet. Dette bør inkludere ikke bare medisinsk, men også psykisk og personlighetsmessig utredning.

Senter for sykkelig overvekt i Helse Sør-Øst (SSO) har tilbud om konservativ livsstilsbehandling til pasienter i alle aldre med alvorlig overvekt. Denne behandlingsformen er fundamentet for all behandling av overvekt, både hos barn, ungdom og voksne. Kirurgisk behandling tilbys voksne pasienter etter langvarig forberedelsesfase og nøyaktig seleksjon. I samsvar med den faglige utviklingen internasjonalt er det også ønskelig å bygge opp tilbud om kirurgisk behandling til ungdom. Erfaring med arbeid i tverrfaglig team og samarbeid mellom fagmiljøene som arbeider med voksne og barn/ungdommer, bidrar til at forholdene ligger godt til rette for dette.

Referanser:

- (1) Barlow SE. Expert committee recommendations regarding the prevention, assessment, and treatment of child and adolescent overweight and obesity: summary report. *Pediatrics* 2007 Dec;120 Suppl 4:S164-S192.
- (2) Spear BA, Barlow SE, Ervin C, Ludwig DS, Saelens BE, Schetzina KE, et al. Recommendations for treatment of child and adolescent overweight and obesity. *Pediatrics* 2007 Dec;120 Suppl 4:S254-S288.
- (3) Summerbell CD, Ashton V, Campbell KJ, Edmunds L, Kelly S, Waters E. Interventions for treating obesity in children. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;(3):CD001872.
- (4) Berkowitz RI, Fujioka K, Daniels SR, Hoppin AG, Owen S, Perry AC, et al. Effects of sibutramine treatment in obese adolescents: a randomized trial. *Ann Intern Med* 2006 Jul 18;145(2):81-90.
- (5) Chanoine JP, Hampl S, Jensen C, Boldrin M, Hauptman J. Effect of orlistat on weight and body composition in obese adolescents: a randomized controlled trial. *JAMA* 2005 Jun 15;293(23):2873-83.
- (6) Sjostrom L, Narbro K, Sjostrom CD, Karason K, Larsson B, Wedel H, et al. Effects of bariatric surgery on mortality in Swedish obese subjects. *N Engl J Med* 2007 Aug 23;357(8):741-52.
- (7) Tsai WS, Inge TH, Burd RS. Bariatric Surgery in Adolescents: Recent National Trends in Use and In-Hospital Outcome. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2007 Mar 1;161(3):217-21.
- (8) Varela JE, Hinojosa MW, Nguyen NT. Perioperative outcomes of bariatric surgery in adolescents compared with adults at academic medical centers. *Surg Obes Relat Dis* 2007 Sep;3(5):537-40.
- (9) Allen SR, Lawson L, Garcia V, Inge TH. Attitudes of bariatric surgeons concerning adolescent bariatric surgery (ABS). *Obes Surg* 2005 Sep;15(8):1192-5.
- (10) Yitzhak A, Mizrahi S, Avinoach E. Laparoscopic gastric banding in adolescents. *Obes Surg* 2006 Oct;16(10):1318-22.
- (11) Silberhumer GR, Miller K, Kriwanek S, Widhalm K, Pump A, Prager G. Laparoscopic adjustable gastric banding in adolescents: the Austrian experience. *Obes Surg* 2006 Aug;16(8):1062-7.
- (12) Inge TH, Krebs NF, Garcia VF, Skelton JA, Guice KS, Strauss RS, et al. Bariatric Surgery for Severely Overweight Adolescents: Concerns and Recommendations. *Pediatrics* 2004 Jul 1;114(1):217-23.
- (13) Apovian CM, Baker C, Ludwig DS, Hoppin AG, Hsu G, Lenders C, et al. Best practice guidelines in pediatric/adolescent weight loss surgery. *Obes Res* 2005 Feb;13(2):274-82.
- (14) Guo SS, Wu W, Chumlea WC, Roche AF. Predicting overweight and obesity in adulthood from body mass index values in childhood and adolescence. *Am J Clin Nutr* 2002 Sep;76(3):653-8.

▼ Skal overvektige ungdommer tilbys kirurgisk intervensjon?



Scandinavian Pediatric Obesity Conference

I mars arrangerte Barnöverviktsenheten i Region Skåne ved Universitetssjukhuset i Malmö arrangerte i begynnelsen av mars i år den 3. Scandinavian Pediatric Obesity Conference. Martin Handeland var til stedet og rapporterer siste nytt fra overvektsforskningen.

Tekst: Martin Handeland

SPOC (www.childhoodobesity.info) ble arrangert første gang i 2004, og har gjennomgått en positiv utvikling i forhold til innhold, faglig bredde og vitenskapelig profil. Årets konferanse samlet 140 deltakere fra ulike deler av verden. Deltakerne fikk delta aktivt etter presentasjoner av temaer knyttet til forebygging, utredning, diagnostikk og behandling av overvekt/fedme hos barn og unge, og en rekke forskningsprosjekt ble presentert. Dette resymet gjennomgår hovedpunktene på konferansen, som også er behørig presentert og dokumentert i International Journal of Pediatric Obesity 2008;3(Suppl. 1):1-94.

Fysisk aktivitet og helse. Ernæringsfysiologen Mikael Fogelholm, som nå er direktør ved UKK Institute for Health Promotion Research i Finland, presenterte epidemiologiske data knyttet til helseeffekten av fysisk aktivitet i barne- og ungdomsårene. Ett av hans hovedpoeng var at fysisk aktivitet i barneårene gir bedret helse og fysisk form både på kort og lang sikt. Fysisk aktive barn/unge blir fysisk aktive voksne. I alle aldersgrupper har fysisk aktivitet god effekt på psykososial helse, vektkontroll, kardiovaskulær helse og beinhelse. Flere studier indikerer at reduksjon av inaktivitet med reduksjon av lav aktivitet ikke er nok, men at moderat til høy aktivitet kreves for å bedre fysisk form. Dersom man skal oppnå reduksjon av visceralt fett og kardiovaskulære risikofaktorer, bør målet være 90 minutters moderat til høy aktivitet daglig.

Fysisk aktivitet etter skoletid. FitKid-prosjektet

Prof. em. Bernard Gutin, USA, presenterte foreløpige resultater fra et prosjekt i Georgia som tar sikte på å forebygge utvikling av overvekt hos barn. Drøyt 600 barn med gjennomsnittsalder 8,5 år ble inkludert. Prosjektet tilbød to timers intervensjon på skolen fem dager i uken i tre år. Intervensjonen var todelt: Først 40 minutter informasjon/utdeling av sunn snacks. Deretter 80 minutter "allaktivitet" hvorav 40 minutter med høy intensitet. Foreløpige treårsdata viser at barna som deltar mer enn 2 dager per uke oppnår en gunstig effekt på aerob fysisk form og kroppssammensetning. Sommerferien reduserer de positive effektene av intervensjonen. FitKid-konseptet skal nå implementeres i en dansk region.

Overvekt assosiert til virusinfeksjon? Richard L. Atkinson, Virginia, USA, presenterte sine arbeider knyttet til assosiasjonen mellom virusinfeksjoner og utvikling av overvekt. Virus ser ut til å aktivere lipogene enzym og

differensieringsfaktorer som resulterer i økt triglyceridlagring og differensiering i nye adipocytter fra stamceller i fettvevet. Adenovirus-36 er det mest aktuelle virus, og antistoff mot dette blir påvist hos 30 % av fete i USA (11 % hos normalvektige). Flere forskningsgrupper arbeider nå med utvikling av vaksiner mot adipogene adenovirus, men resultatet er foreløpig usikkert.

Kosthold og overvekt. Professor em. i pediatri Birgitta Strandvik, Göteborg universitet, la frem data som viste at fettkvaliteten i kostholdet har endret seg de seneste tiårene. Kostanalyser tyder på at fete ungdommer har høyere mengder mettede fettsyrer (n-6) og lavere mengder umettede fettsyrer (n-3) i kosten enn kontrollgrupper. Strandvik og medarbeidere har også vist at fireåringer med høyere nivå av fastende insulin har høyere vektøkings-hastighet. Det ble postulert en neonatal programmering på bakgrunn av endret fettkvalitet i mors kosthold.

Endret glukosemetabolisme. Barneendokrinologen Ram Weiss fra Yale school of medicine, USA/Hebrew University, Israel, presenterte noen av sine arbeider knyttet til endret glukosemetabolisme hos barn og unge med fedme. Type 2-diabetes (T2DM) er økende hos ungdom, og det ser ut til at overgangen fra insulinresistens via redusert glukosetoleranse til manifest diabetes går raskere hos tenåringer enn hos voksne. Dette er særlig knyttet til risikofaktorer som arv og etnisitet. Dr. Weiss pekte på "disposition index" (DI) som en viktig prediktor for fremtidig utvikling av T2DM. Jo lavere DI, jo dårligere evne til å øke insulinsekresjonen når insulinsensitiviteten går ned. Mye tyder på at redusert insulinsensitivitet ved alvorlig overvekt gir gradvis betacellesvikt, og at dette er den direkte årsaken til utvikling av T2DM. Det ser ut til at økt visceralt fett, redusert subcutant fett og økt fettmengde intra-myocellulært er de viktigste fysiologiske risikofaktorene hos de som utvikler T2DM.

Metabolsk syndrom. Barneendokrinologen Angelo Pietrobelli, Verona, Italia, understreket at det sannsynligvis ikke er mulig å benytte samme definisjoner av metabolsk syndrom hos voksne som hos barn. Det finnes flere ulike forslag til definisjoner, men så langt ingen internasjonal konsensus. Ulempene med forslagene er blant annet at de tar utgangspunkt i samme parametre som hos voksne: Overvekt, glukoseintoleranse, dyslipidemi, midjemål og blodtrykk. (forts s. 51)

Vårmetet i Fredrikstad



Leif Brundvand (UUS) og Ketil Lenes (RH) underviste i ekkokardiografiens hemmeligheter.



Søt musikk 1: Barnelege og fagdirektør Jan Henrik Lund ønsket musikalsk velkommen med Fredrikstad-sangen



Søt musikk 2: Fredrikstad har et sterkt musikkmiljø, her representert ved cuntrypop-trioen Tinkerbells som underholdt under festmiddagen.

Fredrikstad viste seg fra det som antakelig må være byens aller beste side da mer enn 120 barneleger fra hele Norge deltok på Vårmetet 2008. Barneavdelingen i Fredrikstad hadde satt sammen godt og aktuelt program som omfattet internasjonal barnehelse, diabetes og hypotermibehandling av nyfødte. Pågangen av frie foredrag var også større enn på lenge, faktisk så stor at enkelte foredrag dessverre måtte avvises, til tross for to parallelle sesjoner. I forkant av møtet ble det dessuten arrangert fire praktiske kurs i ekkokardiografi, respiratorbehandling, immunologi og barnenevrologi.



Søt musikk 3: Tilfeldighetene ville det slik at det ble arrangert sangerstevne i Fredrikstad samtidig med Vårmetet. Disse glade herrene fra Tromsø nektet redaktøren å gå ut av heisen før bilde var tatt.



Søt musikk 4: Ryktet forteller at det ofte synges på morgenmøtene i Fredrikstad. Vi skjønner hvorfor.



En entusiastisk gjeng fra Barneavdelingen i Fredrikstad sørget for et fantastisk Vårmete. Her avbildet ved Vårmetemobilien.

Også sosiale aktiviteter ble det tid til, og deltakerne fikk både med seg skjærgårdscruise og festmiddag i byens nye storstue, Fredrikstad Stadion. For interesserte var det også mulighet for en historisk byvandring før avreise lørdag.

Det er utrolig hyggelig å se den gode oppslutningen rundt møtene, noe som understreker at møtene har en viktig posisjon, både faglig og sosialt for norske barneleger.

Vel møtt i Haugesund neste år!

Hvem vokter helheten?

– Jeg har inntrykk av at dette spørsmålet er viktigere nå enn før, nå når vi har fått en virkelighet med nokså høy grad av subspesialisering i faget vårt. Hvem er det som skal lære oss en holistisk tankegang? Dette skulle jeg ønske vi kunne få en debatt om, sier Sverre Halvorsen, der han sitter på kontoret mitt en varm maidag.

Tekst/Foto: Tomas Nordheim Alme

Sverre Halvorsen er ubestridelig en av norsk barnemedisin sine ”grand old men”. Når jeg møter Sverre, er han innom pediatriisk forskningsinstitutt for å holde et foredrag om anemi hos forsøksdyrmodellene som vi bruker, et tema som har opptatt ham som forsker, i forhold til hvor representative modellene våre er. Jeg spør om hvor ofte han nå som pensjonist er innom avdelingen på Ullevål? Han gir meg et smil og et megetsigende blick og svarer: – Nesten hver dag.

HISTORIENS DOM

Hvorfor hørte vi ikke skrikene på spedbarn avdelingen når mødrene gikk etter visitt tid?
Hvorfor så vi ikke Down barna på institusjonene?
Hvorfor skjønte vi ikke barnets frykt når det kom inn med brudd etter ”fall fra sofaen”
Hvordan kunne vi uten særlig anskrik se hvordan ammehyppigheten sank.
Tidligere?
Hvorfor?

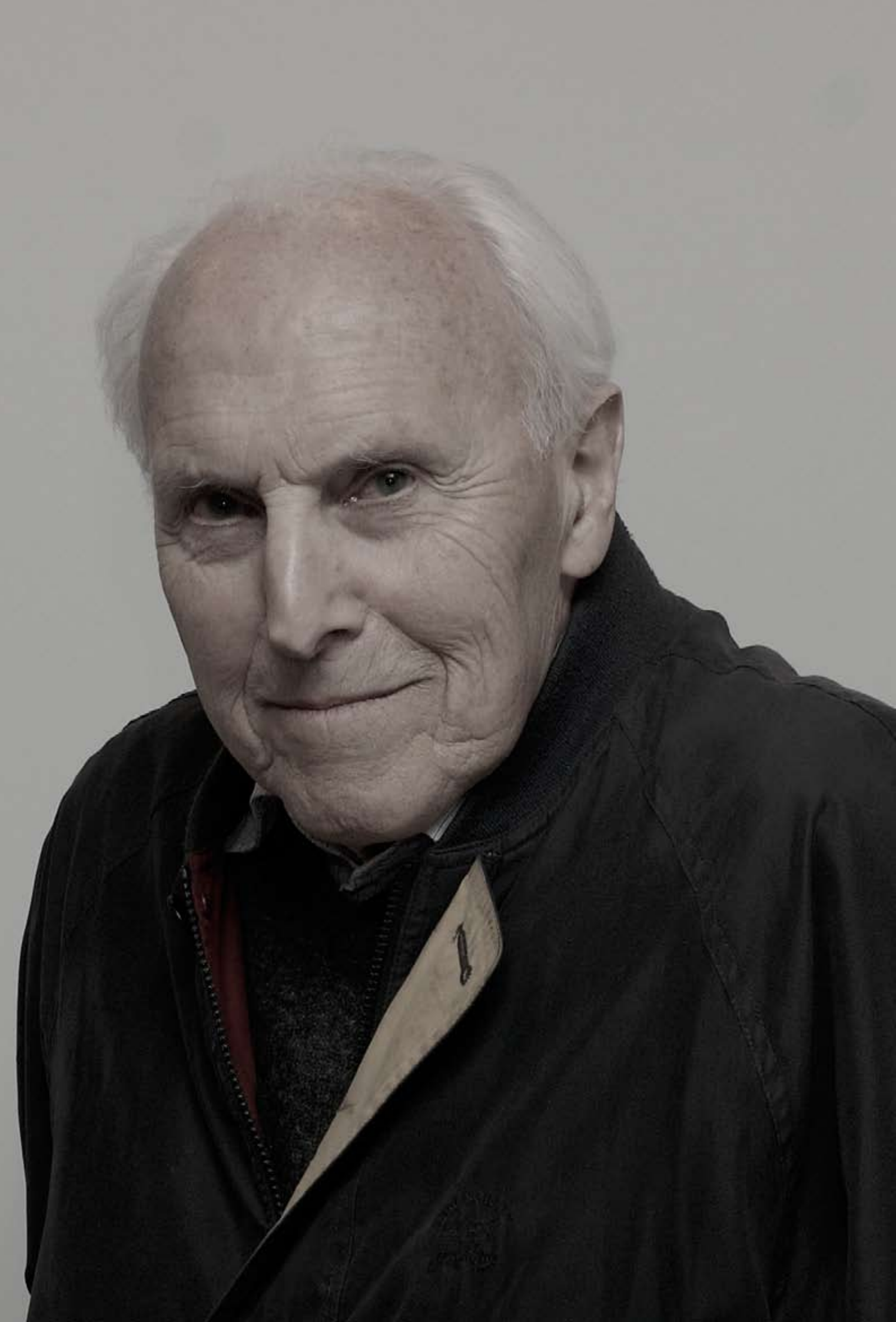
Det selvfølgelig spørsmålet:
Hva gjør vi i dag som om 50 år er like ille?
Et ulmende ubehag gnager:
Blir dagens barn fratatt barndommen?
En barndom med Barbie som ideal
uke programmet tett
som proffspilleres og popartisters
og med tidspress som stress fra tidlige år
Når er det leketid?
Er dataspill lek?
Blir de generasjonen uten barndom?

– **Don’t marry medicine**, sier han plutselig til meg – alvorlig. Vi sitter og prater om legerollen og om forholdet til privatlivet. – Jeg har skrevet et dikt som heter det, vil du se det? Jeg kan sende deg det, tilbyr han. Fra før har han allerede sendt meg et dikt som omhandler behovet for helhetssyn i pediatrien og det er det vi egentlig skal snakke om.

Det som er spesielt med lyrikken, er at den tillater meg å uttrykke meg om følelser, på ganske få linjer. Tanker som det ville tatt mange sider med prosa å sette ord på, sier Sverre. Og han har litt av hvert å uttrykke.

Tysk fangenskap. Sverre Halvorsen avla eksamen artium i 1944 ved Oslo Katedralskole. 2. verdenskrig var i sin siste fase, og Sverre ble involvert i motstandsarbeidet mot tyskerne. Noen uker før jul i 1944 ble han arrestert. Han ble sittende i fengsel til frigjøringen. Høsten etter startet han på medisinstudier i Oslo. Etter avlagt embetseksamen avtjente han sin verneplikt i Tysklandsbrigaden, som på den tid var flyttet til Schleswig. Det var ikke mange åpninger for vordende barneleger på den tiden og det var barnelege han ville bli. Derfor reiste Sverre Halvorsen til USA i 1952 der han tilbrakte et år i Chicago og Wisconsin, som pediatrik resident.

Første stipendiat på PFI. Tilbake i Norge startet han først som årskandidat på Medisin B, før han fikk stilling på Barne-klinikken på Rikshospitalet. Der gjennomførte han spesialisering i pediatri og gikk i stilling som reservelege frem til 1961. Samtidig begynte han å forske ved det som noen år senere skulle bli Pediatrik Forskningsinstitutt. Det var på initiativ fra professor Martin Seip som hadde hentet inspirasjon til et



ANSVAR

Du våkner med et rykk
“Hvordan går det?”
Tankene som svirrer rundt
da du omsider sovnet
har fortsatt å kverne
i underbevisstheten
eller hvor de nå holder til
Og de vekket deg
“Hvordan går det?”
Ansiktet til 3-åringen
med den uklare tilstanden
dukker stadig opp
Etter en søvnløs time til
ringer du
Hvordan går det med Ole
han med....
Barnepleieren henter “nattover”
Han har kommet seg
Reagerer mer
Og pulsen er langsommere

Du roer deg - og sovner

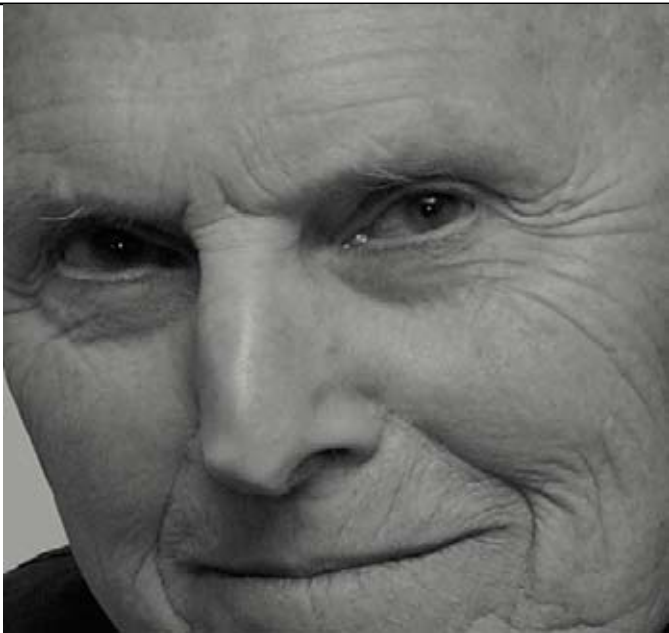
Du må ikke ta med jobben hjem
sier de
De skjønner ingenting
– av ansvar

“DON’T MARRY MEDICINE”

“Don’t marry medicine”
Det var avskjedsordene fra
sjefen på avdelingen i Madison, Wisconsin
Et merkelig råd?
Ingen gifter seg vel med faget?
Først mange år senere skjønte jeg
hvor godt rådet var
og hvor lite det er fulgt
Han så vel faresignalene
allerede den gang
den erfarne og kloke kollega?

Medisinens dilemma
Et fascinerende, spennende fag
fullt av forskningsmuligheter
som kan erobre hver celle i den grå substans
og skyva alle andre tanker ut
Den tar hele hånden
og begynner med ringfingeren

Og yrket, menneskenært
for nært kanskje
altoppslukende
ansvarstygende
fastbindende
Noen klarte ikke å komme løs fra båndene
De skjønte for sent
at det var med den Gordiske knute
de var bundet.



klunikknært forskningslaboratorium fra Boston. Med støtte fra norske sanitetskvinner, ble Sverre den første stipendiaten og fra 1963 ansatt som dosent og daglig leder av instituttet. Denne stillingen hadde han frem til han flyttet over til Ullevål sykehus i 1975. Etter avlagt doktorgrad i 1966 hadde han et nytt utenlandsopphold, denne gangen i Memphis, som forskningsstipendiat ved Universitetet i Tennessee.

“Lyrikken tillater meg å uttrykke meg om følelser, på ganske få linjer. Tanker som det ville tatt mange sider med prosa å sette ord på

Doktorgrad. Doktorgradsarbeidet hans handlet om sentral-nervesystemets regulering av erytropoiesen . Dette har vært et felt som har hatt stor plass på pediatriisk forskningsinstitutt, og Sverre selv har veiledet åtte doktorgradsarbeider på dette feltet. Han har skrevet flere bøker, blant annet er han medforfatter på *Nordisk Lærebok i Pædiatri*. Et annet viktig interessefelt er barn med metabolske sykdommer. På Pediatriisk forskningsinstitutt sto han bak oppstarten av den landsomfattende screeningen av Føllings sykdom (PKU). Han var svært opptatt av diettens betydning for disse barna og oppbygning av en riktig diett.

Barnemishandling og omsorgssvikt var også tidlig et interessefelt for Sverre, og han bidro til de første retningslinjene for håndtering av slike saker. Han har også vært svært opptatt av ernæring, ikke minst for invandrerbarn som kommer til Norge.

“Du må ikke ta med jobben hjem sier de De skjønner ingenting – av ansvar

Til Ullevål. I 1975 ble Sverre Halvorsen utnevnt til professor i pediatri ved Universitetet i Oslo samtidig som han ble avdelingsoverlege ved Barneavdelingen på Ullevål Sykehus. Denne stillingen hadde han frem til 1991.
– Det å ha avdelingsansvar er noe ganske annet enn å bare være barnelege. Og jeg tror også det har blitt mye hardere. Totalansvaret for alle medarbeidere, for pasientene, for at ”produksjonen” er tilfredsstillende.
Kanskje hadde sjefen på barneavdelingen i Winsconsin rett i sine bekymringer? For når han tenker seg om, var det kanskje akkurat det han advarte mot som skjedde? – Jeg ble nok gift med faget, på godt og vondt. Jeg har aldri vært noe flink til å skyve fra meg arbeidsdagen når jeg kom hjem fra sykehuset. Det tunge ansvaret har han også skrevet dikt om.

Helhet. Sverre vil over på et annet tema som engasjerer ham: – Hvem skal ivareta helheten i faget vårt, spør han plutselig. Sist gang diskusjonen om formalisert grenspesialisering var oppe til debatt, var han en av de som var kritiske til at faget skulle fragmenteres. – Samtidig er det klart at faget nå er så vidt, at én person umulig kan favne om det. Da tenker jeg at det kanskje er enda viktigere å ha fokus på dette spørsmålet – hvem tar vare på helheten, hvem tar ansvaret for å se det medisinske i lys av barnet og familiens forutsetninger, sier han.

Også dette har han selvfølgelig skrevet om. – Det ligger en konflikt i det at dagens barneleger skal kunne stadig mer samtidig som tiden på sykehuset er stadig kortere. Og det sier jeg, som samtidig mener at folk ikke skal gifte seg med faget sitt, smiler han. – Kanskje er dette noe som vi i større grad burde begynne å problematisere i utdannelsen vår? Jeg hadde ønsket at vi kunne fått i gang en diskusjon om dette i miljøet vårt – for jeg tror det er viktig. For noen år tilbake kom en diktsamling som het *Foreldretanker*. Den burde finnes på alle norske barneavdelinger. Når det gjelder å føre vårt fag videre, tror jeg vi må være i stand til å se utenfor de klassiske læremidlene våre. For god pediatri innebærer å forstå barnet som del av familien og omgivelsene, sier han.

Praten går engasjert, om vakter, om det å ha ledelsesansvar, om det å skulle ”produsere” omsorg for syke barn og familier. I mine forsøk på å forsøke å referer praten, innser jeg at Sverre Halvorsen har helt rett angående lyrikkens force mot prosateksten. Skarpere og mer poengtert en slik versene hans er formulert, kan jeg ikke gjengi det. Velbekomme!

“PENSUM I PEDIATRI”

“Hvordan kan man være spesialist bare pasienten er liten nok?”
sa en av organproffene
da jeg var student
Han var ØNH-lege
og visste hva han snakket om
Det var ikke bare godt sagt
Det var en presis formulering
av pediatriens problem
Allerede den gang var faget formidabelt
i dag er det uoverkommelig
Tiden har tatt konsekvensen av det
Barndommen er splittet i tidsfaser
fra noen måneder som nyfødt til år som tenåring
småbarnsalder og skolealder
og barnet selv er delt opp i organer
- det også
De gamle internister med målsetting om
å bevare moderfaget intakt
kan smile nå – hvis noen av dem lever
Barnet kommer tilbake
leiet av organpediatere - til samarbeid

Hovedproblemet
er å bevare pediatriens helhetssyn
fagets eksistensberettigelse
Det er på vikende front – det også
Selv på barneavdelingene er det splittelse
Hvor finner man kildene for holistiske syn
og hvor er rollemodellene
når man blir organdefinert eller aldersfiksert
i tidlige utdanningsår?
Kanskje bør man søke til ikke-medisinske kilder
for å finne grunnlaget?
Barn, foreldre og helhetssyn hører sammen
“Pensum” i pediatri finnes ikke bare i lærebøker
og tidsskrift med høy impact factor
“Foreldretanker” er like viktige
slik de kommer til uttrykk
i lyrikk-antologien av samme navn
Står slikt på noen “pensumliste”?

FAR - HVOR ER DU?

En helt vanlig aften
Tilsynelatende
Men ikke helt vanlig - likevel
Tankene surrer om et problem
-rundt og rundt
Replikken rammer som et piskeslag.
Far - hvor er du?

Sett av 8. -10. oktober: Pediaterdagene i Bergen 2008



Hvor mye skal helsepersonell egentlig tåle i vanskelige pasientsaker? Hva vet du om utredning av barnemishandling og seksuelle overgrep mot barn? Er du stø i metabolske sykdommer hos barn, og vil du lære mer om prehospital transport av syke nyfødte? Dette er noen av temaene som har fått plass under årets Pediaterdager i Bergen. I tillegg byr kollegene på Haukeland på sosialgastronomiske opplevelser du ikke vil gå glipp av.

Tekst: Tomas Nordheim Alme

8. - 10. oktober kan du like godt merke av i kalenderen med en gang. Det er nemlig datoen for Pediaterdagene 2008, og alt ligger til rette for en flott samling i Bergen. På Barne-klinikken på Haukeland Universitetssykehus har man allerede i lengre tid arbeidet med å få på plass et godt sammensatt program - både faglig og sosialt, forteller Klinikksjef Britt Torunn Skadberg.

– Nytt av året er at vi viderutvikler opplegget fra Vår-møtene og kjører et introduksjonskurs på onsdagen. Tema er barnemishandling med spesielt fokus på seksuelle overgrep. Kurset er først og fremst innrettet mot assistentleger, men vi tror at mange erfarne spesialister også vil ha stor glede av kurset. Kurset foregår som stasjonsundervisning, og det er derfor begrenset plass - her gjelder førstemann til mølla, sier overlege Claus Møller som er ansvarlig for kurset.

Etter interessegruppemøter på ettermiddagen blir det sosialt samvær i baren på søsterhotellet Augustin.

Metabolske sykdommer og syndromer. Torsdag er satt av til syndromer og metabolske sykdommer. Her vil det blant annet dreie seg om strategier for søk i syndromdatabaser og nye metoder for jakt på genfeil. Her er det mye å lære for mange av oss. Vi har hentet inn professor David R. Fitzpatrick fra Edinburgh som vil foredra om praktisk tilnærming til diagnostisering på bakgrunn av dysmorfologi, forteller professor Pål Rasmus Njølstad som er sesjons-ansvarlig.



▲ Fokus på hverdagsneonatalogi

Besøk hos Skjellmannen – Vi gleder oss veldig til torsdags kveld. Da skal vi nemlig ut med båt og besøke Cornelius på Holmen. Der får vi møte Skjellmannen som serverer sekundferske råvarer akkompagnert av sin egen fascinerende livshistorie. I sommersesongen er restauranten et populært utfartsted. På høsten legges det til rette for lukkede selskap. Restauranten ligger helt opp mot skipsleia og mesteparten av veggen ut mot havet er glass. Det oser av hav og kyst og jeg tror det blir en flott opplevelse, sier Skadberg.

Ernæring og transport av nyfødte.

Fredag morgen er temaet hverdagsneo-natalogi. – Vi ønsker å sette søkelys på ny viten innenfor tema som gjelder mange nyfødte og som er sentrale, spesielt for assistentleger, forteller

overlege Hans Jørgen Guthe. Det gjelder ernæring, resuscite-ring, respirasjonsstøtte og transport av syke nyfødte. Her vil blant annet erfaringene fra ernæringsprosjektet i Drammen bli presentert og vi tar også opp NO-behandling som tema, fremholder han.

Tungt og vanskelig. – De siste årene har vi gjort oss noen erfaringer her i Bergen på svært vanskelige pasientsaker, på godt og vondt. I ettertid har vi arbeidet mye med denne problemstillingen, blant annet gjennom et nytt kurs for barneleger som gikk av stabelen for første gang i vinter, sier professor Trond Markestad. – Under Pediaterdagene vil vi ta opp forholdet til media og tilsynsmyndigheter under en sesjon på fredag ettermiddag. Spørsmålet vi stiller er om det går en grense for hva helsepersonell skal måtte tåle av påkjenninger i slike situasjoner. Under sesjonen vil vi ha representanter for media, en etiker og en helsejurist som vil bidra fra sine ståsted.

Håper på god oppslutning. I fjor kolliderte Pediaterdagene med EAP/ESPR i Praha. Det har man unngått i år. – Vi tror vi har klart å sette sammen et program som vil interessere mange og håper selvfølgelig på stor oppslutning om møtet, sier Skadberg. Spesielt håper vi at avdelingsledere følger opp den fine praksisen med å la mange av de unge i faget få reise, og på den måten få en mulighet til å bli kjent med fagmiljøet vårt, avslutter hun.



▲ Bryggen i Bergen



▲ Grand Hotel Terminus er et av Bergens tradisjonsrike hoteller og arena for Pediaterdagene 2008.

PEDIATERDAGENE I BERGEN 2008

Sted: Grand Hotell Terminus, Bergen

Tid: 8. - 10. oktober

Godkjenning: Kurset er godkjent for 8 (forkurs) +19 timer
Påmelding: 10. september 2008 Tillegg i påmeldingsavgift etter dette

Påmelding til Pediaterdagene skjer elektronisk på www.barnelegeforeningen.no. Se program for Pediaterdagene neste side. Oppdatert program vil til enhver til finnes på barnelegeforeningens nettsider.



Pediaterdagene 2008

Program

ONSDAG 8. OKTOBER:

Kl. 08:00 Registrering

Kl. 08:50 - 1600 Forkurs

Seksuelt misbruk og annen barnemishandling

Kursledere: Claus Møller, Kathinka Aslaksen, Randi Nævdal og Terje Alsaker

Kl. 08:50 Innledning (Claus Møller)

Kl. 09:00 Undersøkelsesprosedyre ved undersøkelse av barn utsatt for seksuelle overgrep. Arne Myhre

Kl. 09:35 Om senfølger av barnemishandling og seksuelle overgrep. Psykolog Magne Raundalen

Kl. 10.10-10.25 PAUSE

Kl. 10:25 **Gruppearbeid.** Deltakerne inndeles i grupper på 5-7 personer

Kl. 12:00-12:45 LUNCH

Kl. 12:45 **Fortsatt gruppearbeid** med 6 stasjoner (Praktisk undersøkelsesteknikk, sporsikring og dokumentasjon, røntgenfunn, samarbeid på tvers av fag og etat, video-presentasjon av vanskelige situasjoner, fotopresentasjon av overgrep og mishandling)

Kl. 15:00 Oppsummering og avslutning

Kl. 17.00-20.00 Subgruppemøter

TORSDAG 09. OKTOBER

Syndromer og metabolske sykdommer

Kl. 08:30 Opening remarks. Prof Pål R. Njølstad

Klinisk undersøkelse og søk i databaser - Møteleder: Overlege Petur Juliusson

Kl. 08:35 Which dysmorphic signs are important by the clinical investigation of syndromes? (Professor David R. FitzPatrick (MRC Human Genetics Unit; Edinburgh))

Kl. 09.15 Målrettet søk i og tolking av svarene fra syndromdatabaser. (Gry Gradek)

Kl. 09.40 A temptation from a clinical dysmorphologist's files. (David R. Fitzpatric)

Kl. 10.10-10.30 PAUSE

Nytt fra genetikken - Møteleder: Professor og overlege Pål R. Njølstad

Kl. 10:30 SNP-chips kan brukes til å finne nye gener! (Torunn Fiskarstrand)

Kl. 11:00 CGH: et instrument til å identifisere nye mikrodelesjons-syndromer (Gunnar Houge)

Kl. 11:30 Noonan/Costello syndromer.

Kl. 12.00-13.00 LUNCH

Kasuistiske innlegg - Møteleder: Professor og overlege Robert Bjerknes

Kl. 13:00 Holoprosencefali. (Petur Juliusson.)

Kl. 13:20 Trichorhinophalangealt syndrom. (Robert Bjerknes)

Kl. 12:40 Sotos og Weavers syndrom. (Maria Gunnes)

Kl. 14.00-14.30 PAUSE

Kl. 14.30-17.30 Frie foredrag

FREDAG 10. OKTOBER

Hverdagsneonatologi

Møteledere Overlege Hans Jørgen Guthe og assistentlege Maria Gunnes

Kl. 08.30 Introduksjon: Per oral ernæring til premature, hva tror vi er bra/ best? (Hallvard Reigstad)

Kl. 08.45 Per oral ernæring til premature. Når starte, og med hva? "Erfaringer fra Drammen". (Atle Moen)

Kl. 09.30 Prehospital transport av nyfødte, forberedelse og gjennomføring av trygg transport. (Hans Julius Heimdal)

Kl. 10.15-10.40 PAUSE

Kl. 10.40 NO behandling. Hvem, når og hvordan? (Hans Jørgen Guthe)

Kl. 10.50 Nyfødte med svær respirasjonsvikt, NO behandling i luften i fravær av oscillator. (Liv Berit Stenset)

Kl. 11:20 "In front of the newborn resuscitation guidelines". (Terje Alsaker)

Kl. 12:00-13:00 LUNCH

Vanskelige pasientsaker; Medisin og etikk – Hva skal helsepersonell tåle??

Møteleder Professor Trond Markestad

Kl. 13:00 Tilsynsmyndigheter og media (TBA)

Kl. 14.30-14.50 PAUSE

Kl. 14:50 Vanskelige pasientsaker fortsetter – Diskusjon og Refleksjon (Panel)

(forts fra s. 42)

Cutoff mot risiko for sykdom/sykdom hos barn/ungdom er imidlertid ukjent for flere av disse parametrene. Barns kroppssammensetning varierer dessuten i ulike vekstfaser. I puberteten finnes eksempelvis en forbigående, fysiologisk insulinresistens. Dette gjør at grenseverdiene må relateres til pubertetsstadium og alder. Pietrobelli hevdet at man heller bør kartlegge opphopning av metabolske risikofaktorer hos det enkelte individ, og at denne kartleggingen bør inkludere familieanamnese (hjerte- og karsykdom, T2DM, hypertensjon), individuell anamnese (SGA, etnisitet), kliniske funn (KMI, midjemål, hypertensjon, acantosis nigricans) og biokjemiske funn (redusert glukosetoleranse, T2DM). Graden av risikofaktor-opphopning vil indikere risiko for senere sykdom, og dermed gi viktig informasjon om behovet for tidlig intervensjon.

Medikamentell behandling. Professor i pediatri Claude Marcus, Stockholm, gjennomgikk dokumentasjon og aktuelle indikasjoner for orlistat, sibutramin og metformin. Det finnes få studier vedrørende effekt hos barn/unge. Orlistat er godkjent fra 12 år i USA/EU, mens sibutramin er godkjent fra 16 år i USA. Begge medikamentene brukes som tilleggss-behandling til ulike former for atferdsterapi, men under nøye overvåkning og som ledd i behandling ved tverrfaglige team. Metformin brukes ved type 2-diabetes hos ungdom.

Kirurgisk behandling. Professor i pediatri Claude Marcus, Stockholm, presenterte en pågående svensk studie angående kirurgisk behandling av ungdom med alvorlig overvekt. Studien er et samarbeid mellom de svenske regionale enhetene for behandling av alvorlig overvekt hos barn og unge. Hovedansvar for koordinering og gjennomføring er lagt til Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg. 80 pasienter skal inkluderes til operasjon med laparoskopisk gastrisk bypass. Per ultimo februar 2008 er 47 pasienter inkludert. Foreløpige resultat indikerer god effekt på helse og livskvalitet. Man har hatt tre reoperasjoner pga. komplikasjoner, og to angret inngrepet. Alt i alt er man så langt tilfreds med gjennomføringen.

Flere andre tema ble berørt, både via posterpresentasjoner og korte plenumspresentasjoner. Norge var representert ved psykolog Silje Steinsbekk, Barneklubben, St.Olavs hospital, som presenterte foreløpige resultat fra en pågående studie vedrørende effekt av strukturert gruppebehandling vs. selvhjelpsgrupper for barn med overvekt i alderen 7-12 år. Et arbeid fra Sveits indikerte at fedme gir økt risiko for hypertensjon og venstre ventrikkel hypertrofi. 24-timers blodtrykksmåling dokumenterte hypertensjon hos 47,6 % av studiepopulasjonen. Hos 55 % av disse viste enkeltmålinger av blodtrykket normale verdier.

En studie fra Tyskland viste sammenheng mellom fedme og kortvarig søvn. Søvnlengde var også assosiert med insulinresistens (jenter) og triglyseridnivå (gutter).

Martin Handeland
Seksjonsoverlege/konferansedeltaker

NOTISER

THE 38TH NORDIC MEETING IN PEDIATRIC CARDIOLOGY

Welcome to the 38th Nordic Meeting in Pediatric Cardiology, 25-27th September at Grand Hotel in Lund, Sweden. We wish to welcome you all, physicians, nurses and technicians involved in the care of children with congenital and acquired heart disease. The meeting will focus on new interventional techniques, right heart malformations and on heart failure in children and adolescents. Along with lectures by invited speakers, we will have oral presentations and poster sessions. We hope to receive many abstracts concerning both medical and nursing-care issues.

You are warmly welcome to Lund in September!

More information on www.barnelegeforeningen.no

TROMSØ COURSE ON PERINATAL CARDIOLOGY

17. til 19. september 2008 arrangerer Universitetet i Tromsø og Barneklubben UNN kurs i perinatal kardiologi. Det er satt opp et omfattende program, med flere internasjonale foredragsholdere, blant annet Gurleen Sharland, James C. Huhta og Juha Räsänen. Påmelding innen 10. august. Mer informasjon finner du på www.barnelegeforeningen.no

SYMPOSIUM ON SLEEP-DISORDERED BREATHING IN CHILDREN

An international symposium on sleep-disordered breathing in children will take place in Antwerp, Belgium on 21 and 22 November 2008. For more info, see www.barnelegeforeningen.no

NYHET

Nutramigen AA

Aminosyrebasert Alternativ ved Allergi

- ✓ Det nye alternativet for barn med alvorlig kumelk-proteinallergi 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 eksperter ⁷

**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.

MeadJohnson
Nutritionals

Kjørboveien 29
Postboks 244, 1301 Sandvika
www.meadjohnson.no
A Bristol-Myers Squibb Company

* 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.