

Uten mat og drikke...

AV SØLVI RUUD HAGEN

Så mye i livet dreier seg om mat. Aldri har aviser og ukepresse vært mer opptatt av mat enn i dag. Enten er man for tykk, for usunn, for tynn, trener for lite og trener for mye. Bilder av magre modeller finnes ved siden av artikler om ernæringsspesialister som er i ferd med å slanke Norge. Dette gjør de gjennom aviser, internett, ukeblader, ja overalt hvor det er mulig å få kunder.

Midt opp i alt dette møter vi mennesker som strever med sitt forhold til mat, og som vi skal hjelpe.

Spiseforstyrrelsene har ofte utviklet seg over lang tid før pasientene kommer til oss. Nettopp disse har jeg alltid følt det vanskelig å behandle. De vet så mye om kosthold, trening og hvordan ting skal gjøres. Ofte blir de henvist av bekymrede foresatte, lærer, venner, helsesøster etc. De er lite motiverte for behandling fordi problemet for dem ofte ikke oppfattes like stort som omgivelsene skisserer. Mange kommer så sent at spiseforstyrrelsen har rukket å bli ganske fastlåst i pasientene.

Som fastlege og skolelege ved videregående skole møtte jeg pasienter med spiseforstyrrelser ofte, uten å finne den rette plassen å henvise disse. Personlig har jeg følt at en psykiatrisk avdeling ikke har vært den rette plassen for spiseforstyrrede pasienter, selv om selvfølgelig flere av dem trenger psykiatrisk behandling for ledsagende sykdommer.

For meg synes det som om hovedproblemene de fleste har, er manglende evne til å få i seg rett mengde næring. Bildet av hva som er normal mengde er forvrengt, eller de er forstyrret i forestilling av egen kropp, som ikke er i samsvar med sunnhet. En stor del av pasientene har også tvangstanke og strever med å endre på de spiseforstyrrede tankene som styrer hele deres liv.

Skrekkscenariet er at når de kommer til fastlegen er mange av dem så dårlige at den eneste muligheten er tvangsinnleggelse hvis de ikke vil ha behandling. Noen ganger samarbeider man med gastroenterologisk avdeling for eventuell sondeernæring den første tiden. Resultatet kan være bivirkninger i form av mavesmerter, ødemer, nedverdiggelse og enda sterkere behov for kontroll.

Jeg opplever at det er få psykiatriske avdelinger som er godt nok rustet til å gi pasienter med spiseforstyrrelser den oppfølging de krever. Det er trangt om plassene og det er andre



Sølvi Ruud Hagen

Spesialist i allmennmedisin,
Lægene på Kongens Torv,
Gamlebyen i Fredrikstad.

svært krevende psykisk syke som ofte er mer trengende. Det blir relativt enkelt for den spiseforstyrrede å tulle med maten uten at personalet har mulighet til å være støttende.

Tidligere har jeg følt at man har vært veldig opptatt av *hvorfor* noen har en spiseforstyrrelse. Dette er det sikkert like mange svar på som pasienter, men jeg vil ikke slutte å undre meg.

I mai 2004 ble jeg spurt om å være lege på et senter for spiseforstyrrelser. De ønsket en allmennlege og jeg så dette som en anledning til å få allmennmedisinen inn i behandlingen av disse pasientene.

Som fastleger mener jeg vi er et viktig ledd i behandlingsrekken spiseforstyrrede pasienter trenger. Jeg mener vi bør være som en edderkopp i et nett som skal omslutte pasientene. Vi må være koordinatorene og holde orden på hvor pasientene er i behandlingsopplegget. Dette er pasienter som kanskje mer enn mange andre trenger hjelp til å holde ut. Fastlegene er vel de som vil ha mest kontakt med pasientene over tid. Mange av oss kvier oss for denne oppgaven. Vi føler at vi ikke får det til og det tar ofte veldig mye tid og krefter.

Det finnes mange tilbud i helse-Norge, og jeg tror det er mange veier til målet. Vår oppgave som allmennleger er å være koordinatorene, hjelpe pasienten å finne det tilbudet som for det første er tilgjengelig og som er et opplegg som passer nettopp pasienten vår. Sammen med behandlingsinstitusjonene kan vi etter hvert lære oss å følge pasienten opp etter utskrivelser.

Jeg tenker at målet vårt som allmennleger er å nå disse pasientene tidligere. Dette er viktig, jo lengre tid det går, jo mer fastlåst blir tankene. Hvis vi blir flinkere til tidlig å identifisere problemet, finne risikopersonene, og gripe fast i dem, ville det spare en del fra å bli alvorlig syke. Samarbeid med skole og helsesøster blir viktig. Viktige signaler kan vi kanskje fange opp ved en vanlig konsultasjon av annen årsak.

Risikofaktorer er dårlig rutine på måltider, dropping av frokost, overtrening. Blir man mistenksom er viktige spørsmål å stille: får man dårlig samvittighet ved å spise, lar være å trene, spise «usunn» mat. Man kan spørre hvor mye tid hver enkelt bruker til å tenke på mat og hva som kan spises, kaloriutregning etc. Jeg har ikke vært så opptatt av å snakke om vekt. Det finnes tabeller for slikt som BMI grenser o.l.

Jeg har nå i et år jobbet en dag i uka som lege ved Capio Anorexi Center Fredrikstad. Mitt ansvarsområde er å ha det somatiske ansvaret for de som er innlagt hos oss. Sørge for at den medikamentelle behandling blir ivaretatt, og at pasientens allmenntilstand er slik at det er tilrådelig å få behandling ved vårt senter.

Vi på Capio Anorexi Center har som mål å lære pasientene å spise den nødvendige mengde mat som skal til for å opprettholde en normal ernæring, slik at de skal bli i stand til å bearbeide de årsaker som måtte ligge til grunn for deres sykdom. Som arbeidsverktøy bruker vi kognitiv behandlingsterapi.

For meg har denne tilnærming måten vært veldig logisk. Særlig når det gjelder anoreksipasienter som kan være utilgjengelig for behandling på grunn av underernæring. Det å se pasienter våkne til i løpet av de første ukene er en fantastisk opplevelse. De første dagene møter vi mennesker som er ukonsentrerte, mange er deprimerte, har angst og sterk motforestilling mot vår intervensjon. Men de vet at de *må* spise.

Oppholdet er imidlertid avhengig av pasientens motivasjon og denne jobbes det veldig mye med. Når de har fått nok mat i noen uker ser man at det kommer lys i de tomme øynene, mimikken kommer tilbake, latteren høres oftere og konsentrasjonen blir gradvis bedre. Vi har til nå hatt flest pasienter med anorexi, men også en del med bulimi og overspising. Alle pasienter blir tildelt en egen behandler som de har samtale med fem dager i uken. Behandlingsopplegget består av et program på åtte pluss fire uker, men de fleste har behov for et lengre opphold enn dette.

Hver dag er det frokost, lunsj, kaffekos, middag, kvelds. Alle måltider inntas i en felles spisesal sammen med miljøpersonalet. De hjelper pasientene å forsyne seg tilstrekkelig, de første tre ukene blir de forsynt, og etter hvert får man forsyne seg selv under veiledning. Måltidet skal inntas, uten rester, i løpet av 30 minutter. Det spises også under veiledning da mange har lagt seg til uvaner som å skrape bort

smør, gjemme pålegg og smuldre opp brødet. Dette får de nå hjelp til å slutte med. Etter måltidet går man i et felles hvilerom hvor man hviler i 30 minutter da unngår man også at noen går og kaster opp, eller trener etter måltidet.

De første tre ukene prøver vi å få pasientene til å stole på at maten de får er stabiliserende, dvs de går ikke opp i vekt, etter tre uker får de samme mengde mat og tre næringsdriker i tillegg for å øke vekten hos dem som trenger det. Når de kan begynne å stole på maten, og at den gjør dem godt, er de på vei videre til å kunne forsyne seg med rett mengde mat og spise den i regelmessige måltider. Kanskje blir aldri de spiseforstyrrede tankene helt borte, men hvis de allikevel får til å spise den mengden mat de er opplært til, og gjøre det i jevnlig måltider, kan de leve med det.

Det er klart at dette ikke er enkelt, Jeg tror at nær og tett oppfølging med fast hånd er noe av det viktigste. Jeg har tro på å måtte spise uten diskusjon er helt nødvendig. Det kreves mye motiverende behandling. Det jeg personlig har fått en aha-opplevelse på er at før noen behandling kan iverksettes, må pasientene få i seg nok mat. Det er på samme tid både det letteste og det vanskeligste, først da kan man nå deres spiseforstyrrede tanke.

ILLUSTRASJONSFOTO: INGER ANNE HULBÆKDAL



Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til: solviruud@hotmail.com