

ALLMENNEMEDISINSKE UTFORDRINGER

Utposten publiserer for tiden en artikkelserie under denne fellesbetegnelsen. Vi ønsker å sette lys på felter av allmennmedisinen som kan virke vanskelige, uklare og diffuse, og som man kanskje ikke lærte så mye om på doktorskolen, men som vi stadig konfronteres med i vår arbeidshverdag. Redaksjonen ønsker også innspill fra leserne.

GAP OPP

– kan fastleger hjelpe ved spiseforstyrrelser?

AV OLA AMUNDSEN

En del av oss leger har plassert oss selv i fastlegerollen. En svært allsidig rolle, med nært ustoppelig potensial. Hvilke temaer fastlegene og primærhelsetjenesten bør ta hånd om debatteres og diskuteres. Hver dag sitter vi der modige og forsøker å løse vanskelige eller nær umulige utfordringer, også utfordringer av ikke-medisinsk art. Noe av det vanskeligste vi møter er pasienter som selv står i veien for å oppnå bedre helse. Pasienter med spiseforstyrrelser oppleves ofte å være i denne gruppen. Det som er spennende og fascinerende ved å jobbe med disse er at det er få fasitsvar og mange veier til målet. Ofte trenger pasienter med spiseforstyrrelser hjelp på veien. Det er nødvendig med aktiv involvering fra pasienten selv, men det tar likevel tid å oppnå resultater.



Ola Amundsen

Uteksaminert Bergen desember 2004. Arbeid med ungdom gjennom Medisinernes Seksualopplysning fra 1998. Ungdomshelsestasjonsarbeid siden 2003. Fastlege i Moss siden 2006. Sykehusjeneste ved BUPP-Moss i 2009–2010.

Hva er spiseforstyrrelser?

Spiseforstyrrelser er flere forskjellige tilstander som tilhører diagnoseserien F50 i ICD-klassifikasjon. Det er altså klassifisert som psykiatriske diagnoser, og det er vanlig å snakke om tre hovedgrupper. Hver pasient er likevel forskjellig, og alle vil ha sine individuelle kjennetegn og utfordringer.

Noen putter i seg mat til de eser ut av egen beltelengde, om ikke ut av både bukse, bil og buss. Det ukontrollerte matinntaket er ofte ulike varianter av trøstespising for å kontrollere dysfunksjonelle følelser eller angst. **Vi kaller disse overspisere.** Kirurgene kommer av og til på banen ved denne tilstanden, da kalt sykkelig overvekt. Da det er helse-skadelig å gå med en så høy kroppsmasseindeks får man eventuelt gjort en gastric by-pass operasjon, og noen blir

mer fornøyde av dette. Det er kanskje overraskende for mange at livstidsprevalensen for overspisere er så høy som seks prosent, i allfall hos kvinner. Hvilket DPS tør å åpne dørene for et psykiatrisk tilbud til denne gruppen?

PREVALENS

OVERSPISING

- Livstidsprevalens kvinner 6%

BULIMI

- Livstidsprevalens 1,5–3%
- 6% av disse kommer til helsevesenet for behandling

ANOREXI

- Prevalens 0,2–0,4%
- 30% kommer til helsevesenet for behandling

Så er det de som slutter å spise. Mens omverdenen oppfatter at man er en tynn strek, synes ofte pasientene at kroppen ser ut som en fet klump i speilet. **Altså de med anoreksi.** I mediene får disse ofte den største oppmerksomheten, skjønt prevalensen ikke er mer enn 0,2–0,4 prosent. Det er noen idrettsmiljøer og modellmiljøer som har ekstra høy forekomst. Det er imidlertid også mange med anoreksi utenfor disse miljøene. Behandlingsapparatet er ofte flinke til å gi disse et tilbud, da symptomene etter hvert blir åpenbare og alvorlig.

Vi har også pasienter som stapper i seg store måltider for så å velte maten halvfordøyd opp igjen, til stor irritasjon for tenene og langstrakt misunnelse fra sultne barn rundt omkring i verden. **Bulimi heter tilstanden.** Disse kan ha alle vektclasser, og man kan se slike symptomer både hos anorektikere og overspisere. Livstidsprevalensen er rundt to prosent, men 14 av 15 kommer aldri til helsevesenet for å få hjelp.

BULIMI / OVERHYPPIGHET

SOMATISKE PLAGER:

- Svimmelhet
- Slapphet
- Søvnproblemer
- Magesmerter
- Fordøyelsesplager
- Overvekt
- Overvektige foreldre
- Regelmessig bruk av avføringsmidler
- Dårlig tannstatus
- Seksuelt/fysisk misbruk
- Traumer i barndom/oppvekst
- Forstyrret familiedynamikk
- Foreldres bekymring om vekt/former
- Tidlig menarché
- Stemningsforstyrrelser
- Stoffmisbruk
- Lav selvfølelse
- Perfeksjonisme

Hvordan går vi frem?

Hva kan fastlegene gjøre for disse pasientene? Et forslag til tilnærming er å bruke teknikkene for røykeslutt:

- Spiser du?
- Har du lyst til å slutte?
- Eller kanskje begynne?

Svarene blir ofte upresise og lite håndgripelige.

Eller skal vi bruke litt legeautoritet, løfte stemmen og påpeke forholdenes sannhet stramt for pasienten:

- Nå må du gape opp!
- Hvis du ikke retter deg etter gjeldende vitenskapelige anbefalinger får du heller akseptere den lidelsen du selv påfører deg!
- Skjønner du ikke at hvis du ikke spiser sunt vil kroppen fallere?
- Kom tilbake når du ser normal ut!

Direksjonell behandling kalles dette, og det har svært liten effekt.

Av og til tenker vi at det er ekstremt vanskelig å forstå hvordan pasientene våre tenker. Å forstå hva som har skjedd på veien, hvor de er, hvor de har tankene sine, hva slags omsorg de får og har fått. Og hvordan skal vi få utrettet noe som helst når alt ser håpløst ut? Det kan bli fristen- de å kvitte seg med hele saken:

«Kjære DPS. Pasienten er altfor tynn. Hun vil ikke spise noen ting. Hun er helt umulig å få i behandling. Henvises dere. Hilsen Fastlegen.»

Utfordringer som utgangspunkt for løsninger

Det kan være til hjelp å lære seg en enkel metode for å finne pasienter som sliter med spiseforstyrrelser. SCOFF er utarbeidet for screening, men kan utmerket godt brukes til å finne pasienter på fastlegekontoret – når den kliniske magefølelsen har blitt vekket. Får man napp på SCOFF bør man utrede videre. Kanskje man ender opp med en F50-diagnose. Og så da?

SCOFF

Spørsmål om spiseforstyrrelser

Kan brukes til egne pasienter eller ved screening, SCOFF er forkortelse for ord brukt i engelsk utgave

- Brekker du deg fordi du føler deg ubehagelig full i magen?
- Er du bekymret fordi du mister kontroll over hvor mye du spiser?
- Har du nylig gått ned med mer enn 6 kilo i vekt over en tremånedersperiode?
- Synes du at du er tykk selv om andre sier at du er for tynn?
- Vil du si at mat har en dominerende plass i livet ditt?

En allmennlege er sjelden spesialist i både endokrinologi og psykiatri. Ikke alle allmennleger har lest seg opp om spiseforstyrrelser. Det finnes ingen enkel oppskrift. Så hva gjør vi? Her er det utfordringer på løpende bånd:

- Hvordan skape en trygg allianse for videre kontakt?
- Hvordan diagnostisere spiseforstyrrelsen?
- Hva er riktig somatisk utredning?
- Er det psykiatrisk komorbiditet?
- Er det sosiale utfordringer?
- Hvordan er motivasjonen for behandling?
- Hvor alvorlig er tilstanden?
- Hva slags ernæringsråd skal vi gi?
- Hvordan kan vi hjelpe de pårørende?
- Trengs behandling i spesialisthelsetjeneste?

I søken etter svar og løsninger kan man gjerne dra nytte av gode tilgjengelige hjelpemidler. Et slikt godt hjelpemiddel er «Veileder i Spiseforstyrrelser» på www.legeforeningen.no/id/50779. Kanskje kan allmennlegen bidra til bedring?

PSYKIATRISK INNLEGGELSE

AKUTT:

- Suicidalfare
- Alvorlig kognitiv svikt
- Alvorlig depresjon
- Akutt krise i familien kan kreve innleggelse

PLANLAGT:

- Liten effekt av poliklinisk behandling

Jobb med motivasjon og allianse

Motivasjon er alltid i en fase. Du har kanskje opplevd en pasient med spiseforstyrrelser som uttrykker:

- Jeg har det så bra så.
- Det er ingen grunn for meg til å spise annerledes.
- Jeg spiser sunt som bare det.

Motivasjonen er da i en benektningfase. I stedet for «HJELP» kan du tenke «SUPERT». Derfra er det bare en vei – og det er oppover i motivasjonsfasene. Den heldige utviklingen er da at man gradvis går fra å benekte at en har noe problem til å begynne å vurdere om en har et problem. Viderekommande pasienter ønsker etter hvert å løse problemet, det er kanskje disse som på eget initiativ ber om hjelp eller selv ber om en henvisning. Og en spiseforstyrrelse er aldri slutt før man har løst problemet og i tillegg sikret resultatet. I en slik sammenheng blir det forståelig at behandling av spiseforstyrrelser vil kunne ta tid, uavhengig av på hvilket nivå i behandlingsapparatet man er. Kanskje er fastlegen den riktige til å bygge opp innsikt og motivasjon?

Ja, du kan

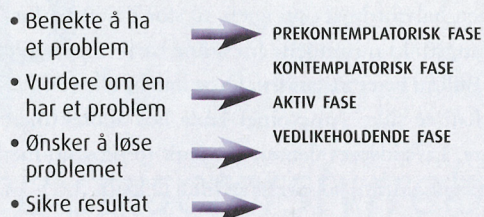
Fastlegen kan utrette noe. Fastlegen kan bruke sitt naturlige instinkt og fremtre med en ydmyk, lyttende og nysgjerrig tilnærming. Kanskje er det umulig å få pasienten til å beskrive og fortelle? Kanskje er det for sterke krefter som vil opprettholde den usunne atferden? Naturligvis: Dette er et helt vanlig trekk ved spiseforstyrrelser, ingen grunn til å miste motet. Husk at ved din trygghet kombinert med muligheter for en serie konsultasjoner kan det åpne seg muligheter for endring bare ved pasientens fokus på egen tilstand. Det meste av jobben gjøres før og etter legetimen: Hjemme, på bussen, på ventrommet. Men det ene kvarteret hos deg kan gjøre at hjemmearbeidet blir mer fokusert, at nødvendig opptrapping av egeninnsats trer frem og at motivasjonen eskalerer. Det kan bli hyggelig å oppleve fremgangen, både for pasient og lege.

Stryk dine antakelser

Spør og høst svar. Det er vanskelig å vite hvordan din pasient tenker på mat før du har spurt. Selvsagt kan man kaste

bort krefter på å gruble på hva din pasient tenker om mat. Det er lite nyttig. Noen ganger kan det være at man får vite noe uventet når man spør. Kanskje finner man at det er en ambivalens til mat, kanskje skjuler det seg helt rasjonelle og sunne holdninger der inne? Samtalen trenger ikke å handle bare om mat, heller. Tenk biopsykosialt. Utforsk den sosiale situasjonen, uten å fordekke din nysgjerrighet. Det skaper tillit med interesse.

MOTIVASJON



Tilby din hjelp

Du trenger ikke å være tryllekunstner for å gå inn i vanskelige saker, det får være bra nok at du er fastlege. Aksepter at det kan være ambivalens, skam, benektning, motstand og manglende motivasjon. Ved å formidle at man ønsker å hjelpe til, og uttrykke bekymring, kan det være at din pasient får øynene opp for en endring. Vær åpen om dine begrensninger, åpenhet blir ofte høyt verdsatt. Hjørnesteinene i behandlingen av spiseforstyrrelser er empati, motivasjon, veiledning og oppfølging. Det kan være at dette blir best ivaretatt hos fastlegen. Hvis din pasient får det bedre med seg selv, kan det fort gi ringvirkninger. Din pasient kan få det bedre med sin familie, sine venner, sine arbeidskolleger. Og han eller hun kan bli en bedre omsorgsperson for barn, enten nå eller senere.

Tenk langsiktig, lag behandlingsavtale

Legg bort klokka. Det er flott med raske resultater, men her er det bare å glemme sekundviseren og finne frem neste års kalender. Å endre spiseatferd og å endre vekt tar tid, enten du liker det eller ei. Sett gjerne realistiske mål, og plant håp om at det kan oppstå en endring. Fortell både pasient, pårørende og (om nødvendig) NAV at det kan ta tid å bygge seg opp. Det er lurt å lage en behandlingsavtale, som er kortfattet og enkel, men skriftlig. Behandlingsplanens innhold og tids-horisont bør være avhengig av type spiseforstyrrelse og alvorlighetsgrad, og planen kan gjerne revideres.

Samarbeid

Det er få samarbeidsaktører som blir satt så stor pris på som oss fastleger. Det finnes kompetanse hos ernæringsfysiolo-

ger, indremedisinere, psykiatere, psykologer, sosionomer. Du vet selv hvor kunnskapen sitter lokalt. De fleste helseregioner har også et senter for de mest alvorlige sakene, dit kan andrelinjen henvise videre. Fastlegen vil ofte inngå i samarbeidet uansett hvilket nivå behandlingen foregår på, spesielt om man viser initiativ. Og ved å bruke telefonen kan man få hjelp i egen stol. Man vil også øke egen kunnskap når man åpner for samarbeid.

SOMATISK INNLEGGELSE

AKUTT:

- FRA 17 ÅR: BMI <14 / UNDER 17 ÅR: Vekt <2,5-percentilen
- Langvarig stabil undervekt like over percentilgrensen
- Vekttap >30% på kort tid (3 mnd)
- Tap av >15% av idealvekten, raskt og uten kontroll
- Puls under 40
- Systolisk blodtrykk under 70
- Temperatur under 36 grader

Et siste alvorsord

Fastlegene har kompetanse og kvaliteter som er svært nyttige ved behandling av spiseforstyrrelser. Jeg vil imidlertid avslutningsvis understreke: Noen av pasientene med spiseforstyrrelser er alvorlig syke. Dødelighet av anoreksi er relativt høy. Det kan være riktig og viktig å søke hjelp i spesialisthelsetjenesten, ikke minst for å dele ansvaret. Kanskje slipper man å skrive denne henvisningen:

«Kjære patolog. Pasienten var alt for tynn. Nå spiser hun aldri mer. Hun var helt umulig å få i behandling. Henvises til dere. Hilsen Fastlegen»

Referanser

- Veileder i Spiseforstyrrelser, www.legeforeningen.no/id/67014.0
- Alvorlige spiseforstyrrelser: Retningslinjer for behandling i spesialisthelsetjenesten. Statens helsetilsyns utredningsserie 7–2000. Oslo: Statens helsetilsyn, 2000.
- Norsk Elektronisk Legehåndbok, Norsk Helseinformatikk: Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, Overspising, www.legehandboka.no
- Bjørnelv S, Spiseforstyrrelser i allmennpraksis, Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 2372–5
- Frostad S, Somatisk utredning og behandling av spiseforstyrrelser. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 2121–5

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til:
olaamundsen@me.com



Afinion™ - for enkel og rask analysering av:



HbA1c



ACR*



CRP

afinion™



Ta kontakt for uforpliktende utprøving.

*Albumin/Kreatinin-Ratio

Medinor AS
Telefon: 24 05 66 10
www.medinor.no