

Spiseforstyrrelser – en utfordring for neste nivå?



Redaksjonelt

*Langtidseffekten av behandling ved
spiseforstyrrelser er mangelfullt
dokumentert*

I høysesongen for julebord i 2001 besøkte en liten gruppe norske sykehusansatte en spesialklinikk i Leyden i Nederland for å lære om behandlingsmodeller for pasienter med spiseforstyrrelser. En av pasientene gjorde spesielt inntrykk, en kvinne i begynnelsen av 50-årene med ekstrem avmagring etter mer enn 30 års anoreksi. Hun var nettopp kommet til klinikken. «Hvorfor kom hun først nå?» ville vi vite. Svaret var at hun ikke hadde søkt helsehjelp tidligere. Hun søkte nå om eutanasi. Kravet fra eutanaskomiteen var at hun først skulle prøve behandling for sin primærlidelse.

Denne problemstillingen er fremmed og skremmende. Den uttrykker hvilken desperat oppfatning av egen situasjon pasienter med alvorlig spiseforstyrrelse har. De fleste slike pasienter har skiftende sykdomsinnsikt og behandlingsmotivasjon, og de har ofte betydelig grad av annen somatisk og psykiatrisk lidelse. Dødeligheten blant pasienter med anoreksi er 6–13 ganger høyere enn i en sammenliknbar normalbefolkning (1). Frustrasjon i behandlingsskjeden over manglende eller kortvarige behandlingsresultater aktualiserer kernerprinsippet: Det er ikke mitt bord!

I to artikler i dette nummer av Tidsskriftet omtales behandling og behandlingsorganisering ved spiseforstyrrelser (2, 3). Rø og medarbeidere (2) presenterer behandlingsresultater for pasienter med bulimia nervosa ved Modum Bads Nervesanatorium. De aller fleste hadde mange års sykehistorie og høy grad av uførhet. Behandlingstid i spesialisthelsetjenesten før innleggelsen var i snitt nesten tre år, og behandlingstiden ved Modum Bad var i snitt 15 uker. Resultatene viste en markert bedring av spesifikke bulimisyntomer.

De fleste pasienter med alvorlige spiseforstyrrelser får ikke tilbud om behandling ved en klinikk med høyspesialiserte tjenester. Rosenvinge & Gøtestam diskuterer i sin artikkel (3) den antatte fordeling av pasienter med spiseforstyrrelser mellom ulike behandlingsnivåer i helseregionene. Statens helsetilsyn mener det må være et mål «å opprettholde et mest mulig komplett helse-tilbud så nær pasienten som overhodet mulig» (1), og beskriver tverrfaglige spesialteam som samarbeider med primærlege, helsesøster, sosialkontor, arbeidskontor og skole. Samtidig må utredning og behandlingstiltak oftest samordnes med pediatrikske

og andre somatiske sykehusavdelinger, barne- og ungdomspsykiatriske og voksenpsykiatriske poliklinikker og universitetsklinikker, eventuelt også psykiatriske ungdomsteam med rusmiddelkompetanse. Mange henviser dessverre ofte pasientene videre til neste behandlingsnivå med den begrunnelse at de selv har for liten faglig kompetanse. Kunnskap om risikoen for at pasienten kan dø av alvorlige komplikasjoner eller ved suicid, pasientens overveldende lidelse og det store behovet for informasjon og støtte til de pårørende er forhold som kan bidra til dette.

Et kortsiktig mål for behandling av pasienter med alvorlige spiseforstyrrelser må være en trinnvis tilbakeføring av pasientene fra spesialisthelsetjenesten, som fra 1.1. 2002 er et statlig ansvar, til nærmeste behandlingsnivå, primærhelsetjenesten, som fortsatt er et kommunalt ansvar. Dette forutsetter en aktiv kompetanseoverføring mellom nivåene. Regionale kompetansenettverk (4) av ungdomspsykiatriske kliniske enheter med voksenpsykiatrisk og somatisk klinisk kompetanse er ennå ikke prøvd ut. På lang sikt bør den kliniske kompetansen bli så innarbeidet i primærhelsetjenesten at pasienter med spiseforstyrrelser oppdages tidligere enn i dag.

Pasienter med alvorlige spiseforstyrrelser vil ofte måtte utredes og behandling påbegynnes av en høyspesialisert helsetjeneste med tilknytning til universitetsbasert forskning. Det er et paradoks at personer med meget alvorlige spiseforstyrrelser og kronifiserte pasienter med disse sykdommene kan være i institusjonsbehandling i flere år før habilitering i egen hjemkommune påbegynnes.

Alvorlige spiseforstyrrelser er svært ulike og sammensatte lidelser. Langtidseffekten av ulike behandlingsformer er mangelfullt dokumentert. Artikkelen i dette nummer av Tidsskriftet (2, 3) er verdifulle bidrag til å bedre dokumentasjonen av behandlinger og for å øke oppmerksomheten omkring organiseringen av behandlingen.

Marit Bjartveit Krüger
Psykiatrisk klinikk
Sykehuset Levanger
7600 Levanger

Marit Bjartveit Krüger (f. 1952) er spesialist i psykiatri, klinikkleder og avdelingsoverlege. Hun er medlem av Tidsskriftets redaksjonskomité.

Litteratur

1. Alvorlige spiseforstyrrelser. Retningslinjer for behandling i spesialisthelsetjenesten. Oslo: Statens helsetilsyn, 2000.
2. Rø Ø, Martinsen EW, Rosenvinge JH. Behandling av bulimia nervosa – resultater fra Modum Bads Nervesanatorium. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 260–5.
3. Rosenvinge JH, Gøtestam KG. Spiseforstyrrelser – hvordan bør behandlingen organiseres? Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 285–8.
4. Styring av høyspesialiserte funksjoner innen psykisk helsevern for voksne. Oslo: Statens helsetilsyn, 1996.