

# Spiseforstyrrelser i allmennpraksis

## Sammendrag

Tidlig diagnostikk og behandling av spiseforstyrrelser er viktig for prognosen og vil også redusere belastningen for pasient og familie. Samtidig viser befolkningsstudier at bare halvparten av pasientene blir identifisert i primærhelsetjenesten. Kompetanseheving blant allmennpraktikere innenfor dette feltet blir derfor svært viktig.

Ut fra tilgjengelig litteratur og egne erfaringer drøfter jeg ulike problemstillinger knyttet til identifisering, utredning og behandling av pasienter med spiseforstyrrelser i allmennpraksis.

Allmennpraktikerens viktigste verktøy er kunnskap om og forståelse for sykdommens natur, men konkrete hjelpemidler for diagnostikk og behandling er også nyttig. Utfordringene er mange, både i kontakt med den enkelte pasient og i samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Det eksisterer retningslinjer for behandling av alvorlige spiseforstyrrelser i spesialisthelsetjenesten, der det også er angitt indikasjon for innleggelse i sykehus. Det er imidlertid ingen retningslinjer for henvisning til poliklinikk eller privatpraktiserende spesialister, eller for samarbeidet om pasientene. I Storbritannia omfatter retningslinjer for behandling av pasienter med spiseforstyrrelser også primærhelsetjenesten. Disse kan danne grunnlaget for norske retningslinjer.

Engelsk sammendrag finnes i artikkelen på [www.tidsskriftet.no](http://www.tidsskriftet.no)

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

## Sigrid Bjørnelv

[sigrid.bjornelv@hnt.no](mailto:sigrid.bjornelv@hnt.no)  
Regionalt fagteam for spiseforstyrrelser  
Psykiatrisk klinikk  
Sykehuset Levanger  
7600 Levanger

I 2000 ble det utarbeidet retningslinjer for behandling av alvorlige spiseforstyrrelser i spesialisthelsetjenesten (1), men det foreligger så langt ikke tilsvarende for primærhelsetjenesten. Samtidig viser beregninger at langt de fleste pasienter med spiseforstyrrelser skal behandles i allmennpraksis (2), bare de alvorligst syke skal henvises til behandling på annenlinjenivå.

Tidlig diagnose og behandling betyr mye for prognosen. Hvis det går lang tid før diagnosen blir stilt og pasienten får adekvat behandling, blir det unødig belastning for både pasient og pårørende. Kompetanseheving med vekt på diagnostisering og behandling hos allmennpraktikere er derfor svært viktig.

## Verktøyskrinet

En gruppe pasienter valgte å ta utgangspunkt i verktøyskrinet da de skulle lage en presentasjon av seg selv og det behandlingstilbudet de fikk. De beskrev behandling som det å få nytt verktøy eller ny redskap til å håndtere ulike situasjoner og følelser. Dette er et godt bilde, og minner oss på at også legen trenger et verktøyskrin med ulike redskaper som av og til må fornyes og suppleres.

Møtet med en pasient, ung eller voksen, mann eller kvinne, som har en spiseforstyrrelse eller et spiseproblem, kan by på mange utfordringer for en allmennpraktiker. Man må kunne forstå for å hjelpe, og kunnskap om sykdommens natur er fundamentet for forståelsen. Allmennpraktikerens oppgaver er flere, sentralt er identifisering, diagnostikk, behandling og henvisning. Pasientens tilstand og legens kompetanse avgjør om det er hensiktsmessig med behandlingstiltak i primærhelsetjenesten, eller om pasienten bør henvises videre. Utfordringene er der også når pasienten tilbakeføres til primærlegen etter behandling i spesialisthelsetjenesten, og ikke minst når pasienten har et poliklinisk tilbud der det forventes at allmennpraktikeren følger opp den somatiske siden av sykdommen. Både utredning og behandling krever et innholdsrikt verktøyskrin.

## Allmennpraktikerens oppgaver

Anorexia nervosa eller bulimia nervosa som fyller de diagnostiske kriteriene i ICD-10 eller DSM-IV, er relativt uvanlig. Når uspesifiserte spiseforstyrrelser inkluderes, er forekomsten hos unge kvinner likevel ca. 5%. Spiseforstyrrelser i allmennpraksis omfatter også mange subkliniske tilstander som grenser opp mot spiseproblemer, en felles betegnelse for problemer knyttet til mat/kropp/vekt av varierende alvorlighetsgrad. Mange mennesker har et spiseproblem, langt færre har en alvorlig spiseforstyrrelse. Forskjellen på slanking og en fullt utviklet spiseforstyrrelse er stor, fra Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag vet vi at 30% av 18 år gamle jenter forsøker å slanke seg på tross av normal vekt (3). Både utvikling av og forløp ved varierer, og det er viktig å vite når problemene skal tas på alvor.

*Sykehistorie 1. Kari utviklet en spiseforstyrrelse i starten på videregående skole, og fylte de diagnostiske kriteriene for bulimi da hun var hos lege på vårparten. Ved ny konsultasjon et halvt år senere hadde hun ingen spiseforstyrrelsessymptomer, hun hadde vært gjennom en fase med støtte fra venner, og symptomene «bare forsvant».*

Ulike modeller beskriver utvikling og forløp av spiseforstyrrelser, modeller som kan være nyttige hjelpemidler i den praktiske hverdagen. I ramme 1 gjengis en modell for utvikling av spiseforstyrrelser, og allmennpraktikeren vil møte pasienter på alle nivåer, fra normal slanking til kronisk sykdom.

## Forekomst i allmennpraksis

I Storbritannia antas det at anslagsvis 1–2 nye pasienter med diagnosen anoreksi årlig dukker opp hos en allmennpraktiker med en



## Hovedbudskap

- Bare halvparten av pasienter med spiseforstyrrelser identifiseres i primærhelsetjenesten
- De fleste med spiseforstyrrelser skal behandles i primærhelsetjenesten
- Det er behov for retningslinjer for behandling i primærhelsetjenesten og for samarbeid med spesialisthelsetjenesten

liste på 1 900 pasienter (4). En norsk studie (5) angir et gjennomsnitt på ti pasienter med bulimi og 38 pasienter med patologisk overspising per legeårsverk i primærhelsetjenesten. Spiseproblemer er ikke klart definert, og det finnes derfor heller ingen oversikt over utbredelsen. Den lave forekomsten av alvorlige spiseforstyrrelser innebærer lite erfaringsbasert kunnskap i diagnostikk og behandling for den enkelte allmennpraktiker.

### Dagens situasjon

Befolkningsstudier har vist at under halvparten av tilfellene av kliniske spiseforstyrrelser identifiseres i primærhelsetjenesten. Før diagnosen stilles er dette likevel en pasientgruppe som har relativt mye kontakt med helsevesenet, faktisk hyppigere enn andre i samme aldersgruppe (6). Likevel blir ikke spiseforstyrrelsen avdekket. Bakgrunnen for konsultasjonene kan være somatiske plager i form av fordøyelsesbesvær, gynekologiske problemer eller smertetilstander, men også psykiske symptomer som angst eller depresjon. Mange er grundig utredet uten at spiseforstyrrelse er vurdert som differensialdiagnose.

### Hvorfor blir ikke spiseforstyrrelsen oppdaget?

Voksne kvinner som har slitt med spiseforstyrrelse over mange år og også vært i kontakt med sin allmennpraktiker over tid, angir til hovedproblemer i møte med legen: Tid og tillit. De savner tid i en konsultasjon til å kunne ta opp skjulte og skambelagte temaer som overspising og oppkast, og legen må formidle forståelse og respekt for pasienten på en slik måte at hun tør ta opp sine problemer.

«Er det noe jeg ikke forstår, så er det denne pasientgruppen. Det er da bare å spise!» Slik oppsummerer en erfaren allmennpraktiker sitt forhold til pasienter med spiseforstyrrelser. Han er nok langt fra den eneste som synes det er vanskelig å forstå og møte denne pasientgruppen. Dette samsvarer med mange pasienters egne erfaringer. Det faktum at så mange med spiseforstyrrelser ikke blir identifisert i allmennpraksis, er dels forårsaket av faktorer ved sykdommen, dels skyldes dette forhold hos legen og i konsultasjonssituasjonen.

Faktorer som ambivalens, benekting, hemmeligholdelse og skam gjør det vanskelig for pasienten å være åpen om sine problemer hos legen. Legen på sin side kan oppfatte problemet som mindre alvorlig enn det pasienten presenterer, eller kanskje signalisere at det ikke er rom for å gå inn i en vanskelig problemstilling som dette. Manglende kunnskap kan gjøre at legen kjenner seg usikker i situasjonen, noe pasienten raskt registrerer. Legens tanker om at dette er selvforskyldt, kan også farge konsultasjonen slik at pasienten ikke føler seg forstått og derfor velger ikke å avdekke sine problemer.

### Hvordan oppdage spiseforstyrrelsen?

For å avdekke spiseforstyrrelse når pasientens problemstilling er en helt annen, kan screeningspørsmål eller mer strukturerte intervjuer være på sin plass (4, 7). Dette gjelder spesielt overfor pasienter i risikogrupper, dvs. først og fremst yngre kvinner. Det er imidlertid viktig å huske på at spiseforstyrrelser også forekommer hos gutter/menn og hos voksne kvinner. Det er utviklet flere diagnostiske instrumenter til bruk i allmennpraksis, og disse eller bruk av enkelte konkrete spørsmål som screening kan være til god hjelp. SPIFA brukes i dag av mange allmennpraktikere, og positivt svar på minst ett av spørsmålene her innebærer at man skal gå til utvidet manual. Et annet verktøy er SCOFF (8), som er oversatt til norsk (9). Det består av fem spørsmål som er sentrale ved spiseforstyrrelser. Den norske versjonen gjengis i ramme 2.

### Utredning

Dersom pasienten selv bringer temaet spiseforstyrrelse på bane eller legens spørsmål viser at dette er en aktuell problemstilling, vil første skritt være å kartlegge og diagnostisere tilstanden. En god anamnese er viktig, og via konkrete spørsmål om forhold til mat, overspising, oppkast eller andre vektreduserende metoder blir det tydelig for pasienten at dette er symptomer det er lov å snakke om. Like viktig er det å kartlegge av pasientens sosiale situasjon, den klargjør graden av funksjonssvikt knyttet til symptomene.

Differensialdiagnostiske overveielser må også gjøres. Depresjon, angst og tvang er vanlige symptomer ved en spiseforstyrrelse, og spørsmålet om hva som skal behandles må avklares. En somatisk undersøkelse hører også med ved en utredning. Menstruasjonsforstyrrelser, fordøyelsesbesvær og andre somatiske plager kan forekomme, men ofte er somatisk status inklusive puls, blodtrykk og laboratorieprøver normale. Normal somatisk status utelukker derfor ikke at det dreier seg om en spiseforstyrrelse.

### Vekt og veiing

Veiing hører med i den somatiske undersøkelsen, og kroppsmasseindeks bør regnes ut. Pasientens motvilje mot å veie seg kan være betydelig, og det er viktig å håndtere dette spørsmålet på en måte som ikke vanskeliggjør relasjonen mellom pasient og lege. Klare avtaler om når, hvordan og hvor ofte veiing skal skje, er nyttig.

Utredning og diagnostikk vil kunne ta tid, og det er viktig å ha dette in mente både når det gjelder konsultasjonens lengde og hyppighet.

### Behandling

Det eksisterer ingen klare kriterier eller retningslinjer for hvilke pasienter som skal behandles i allmennpraksis og når det er grunnlag for viderehenvising. Det å ta utgangspunkt i retningslinjer fra utlandet er også

## Ramme 1

### Utvikling av spiseforstyrrelser

#### 1. trinn. Normal slankeatferd

Stadium 1a:

Frivillig seleksjon eller restriksjon når det gjelder matvarer

Stadium 1b:

Av og til overspising og/eller oppkast  
Delvis slanking og vektforandringer

#### 2. trinn. Subklinisk spiseforstyrrelse

Tap av kontroll og funksjonell atferd

Med eller uten oppmerksomhet på problematferd.

Atferden er funksjonell (har en psykologisk mening) – men pasienten er ikke alltid oppmerksom på den



#### 3. trinn. Diagnostiserbar spiseforstyrrelse

Med eller uten erkjennelse av sykdom.

Kort varighet → god prognose

#### 4. trinn. Langvarig sykdom

Stadium 4a:

Forlenget forløp

Pasienten har kommet inn i en negativ sirkel  
Komorbiditet medfører dårlig prognose

Stadium 4b:

Kronisk spiseforstyrrelse.

Sykdommen er blitt identiteten og måten å leve på

Risiko for fatalt utfall (alternativet er suicid)

## Ramme 2

### SCOFF

- 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?

vanskelig, da helsetjenesten er ulikt organisert i forskjellige land. Faktorer som alder, symptomutforming, tilleggsdiagnoser og alvorlighetsgrad avgjør om pasienten skal henvises til spesialisthelsetjenesten eller behandles i allmennpraksis. Imidlertid vil også kompetanse hos allmennpraktikeren og tilgjengelighet av spesialisthelsetjenester være medvirkende faktorer.

Å ha empati, vise interesse og vilje til å forstå er viktige elementer for å lykkes i å oppnå en behandlingsallianse. Pasientens motivasjon for endring kan variere. Uansett terapeutisk metode er det viktig å samarbeide om en felles målsetting for behandlingen, enten det er vektøkning eller reduksjon av

**Ramme 3****Behandling hos fastlegen**

- Veiledet selvhjelp
- Spiseliste
- Dagbok i forhold til overspising/oppkast
- Fysisk aktivitet/trening
- Fokus på her og nå, funksjon og relasjoner
- Vektkontroll
- Somatisk oppfølging

**Ramme 4****Indikasjon for sykehusinnleggelse**

- Vekt < 2,5-percentilen (barn og ungdom under 17 år)
- Langvarig stabil undervekt like over percentilgrensen
- BMI < 14 (eldre ungdom og voksne)
- Vekttap > 30 % på kort tid (3 md.)
- Puls < 40
- Systolisk blodtrykk < 70
- Hypotermi (< 36 °C)
- Alvorlige bulimiske episoder
- Misbruk av laksantia eller diuretika
- Alvorlig depresjon
- Alvorlig personlighetsforstyrrelse
- Suicidalitet
- Familiekrise relatert til sykdommen (barn)
- Manglende effekt av poliklinisk behandling

overspising, oppkast eller annen u hensiktsmessig atferd knyttet til mat og kropp.

Det foreligger få studier omkring spesielle terapiformer i allmennpraksis, men elementer fra både kognitiv atferdsterapi og interpersonlig terapi benyttes av leger som har kjennskap til disse behandlingsformene. Dette er terapiformer som er dokumentert effektive ved spiseforstyrrelser. Det er også utarbeidet manualer for selvhjelp, som finnes på engelsk. Disse har vist seg mest effektive når pasienten får veiledning og oppfølging i form av støttesamtaler.

Begynn gjerne med registrering av pasientens spise-mønster og aktivitet. Dette er nyttig i kartleggingsøyemed, og er også en konkret oppgave som lege og pasient samarbeider om. Via denne kan man identifisere når det er vanskeligst for pasienten å spise, hvilken mat som er tillatt og også hvilke situasjoner som gjør det enklere å spise. Sam-

men bør lege og pasient utarbeide en spiseliste. Denne skal være en mal for normalt spise-mønster. Den må være konkret når det gjelder type og mengde mat så vel som tidspunkt for måltidene. Spiselisten kan brukes som «hjemmelekkse» for pasienten, som har hele eller deler av den som hjemmeoppgave til neste time. Ramme 3 gjengir i stikkordsform viktige elementer ved behandling i allmennpraksis.

En loggbok med registrering av mat og måltider, overspising, oppkast og bruk av avføringsmidler er hensiktsmessig for å identifisere når pasientens problemer er størst, og ev. hvilke situasjoner eller følelser som utløser symptomene. Dersom fysisk aktivitet/trening et problem, kan det være bra å føre aktivitetsdagbok. Samarbeidet omkring spiseliste, loggbok eller aktivitetsdagbok er viktig, og pasientens holdning til dette må være positiv. Det må ikke være for store krav og forventninger til det å følge spiselisten, den må heller være et mål man kan jobbe mot. Dersom pasienten ikke finner dette hensiktsmessig, bør andre tilnærminger vurderes. Det å være opptatt av pasientens sosiale situasjon og nære relasjoner kan være et like godt utgangspunkt.

En klar avtale omkring vekt og veiing er nødvendig, det samme gjelder blodprøver. Legen må også kjenne seg trygg på den behandling som gis.

**Familiearbeid**

Samarbeid med familien er viktig uansett pasientens alder, samtidig som pasientens individuelle behov skal ivaretas. Ofte sliter familie med skyld- og skamfølelse, dette gjelder både foreldrene til og barn av pasienter med spiseforstyrrelser. Familiesamtalene bør ha som mål å redusere disse følelsene og skape et klima innad i familien slik at foreldre og andre best kan hjelpe pasienten til å finne motivasjon og styrke til å arbeide seg ut av en spiseforstyrrelse. All informasjon bør skje i fellessamtaler, og uansett pasientens alder bør det ikke være noen utveksling av informasjon som vedkommende ikke er kjent med. Noen ungdommer velger ikke å være til stede når foreldrene snakker med legen, men medgir at de er usikre på hva og hvordan ting blir tatt opp.

Det å ha et nært familiemedlem med en alvorlig spiseforstyrrelse er vanskelig, og det er ikke alltid lett for de nærmeste å se det «alle andre» ser.

*Sykehistorie 2. Berit hadde hatt anoreksi i over to år, men behandling i spesialisthelsetjenesten hadde ikke gjort henne frisk, bare bedre. Hun skulle følges opp av primærlege, men på grunn av skolegang og fritidsaktiviteter hadde hun ikke anledning til å møte til avtalte timer. Familien gav uttrykk for at det gikk rimelig greit. Da Berit omsider kom til legen, var hun alvorlig undervektig, med en kroppsmasseindeks (BMI) på under 12.*

**Medikamenter**

Medikamenter har ingen hovedrolle i behandlingen av spiseforstyrrelser. Fluoksetin har dokumentert effekt på bulimisk atferd i form av mindre overspising og oppkast. Dette kan derfor være et nyttig hjelpemiddel for pasienter i ulike faser av sykdommen. Angst og depresjon hos pasienter med spiseforstyrrelser kan også forsøksvis behandles med medisiner, men da er det de komorbide tilstandene og ikke selve spiseforstyrrelsen som behandles. Kun medikamenter vil derfor ikke være en adekvat behandling.

**Utfordringer**

*Sykehistorie 3. Anne hadde store problemer i 9. klasse. Hun sluttet nesten å spise og gikk mye ned i vekt, men kom seg imidlertid uten kontakt med helsevesenet. Den første høsten på videregående utviklet hun betydelige bulimiske symptomer. Mor kontaktet helsesøster, som bestilte legetime til Anne uten å informere henne om det. Anne, som var plikt-oppfyllende og snill, møtte til time, gav uttrykk for sin misnøye med måten hun var blitt overkjørt på, og møtte ikke til oppfølgingssamtaler hos legen.*

Pasienten som opplagt sliter, men som ikke vil ha hjelp, er et problem. Når er det grunn til å reagere? Ikke sjelden er det foreldres eller læreres/medelevers behov for at pasienten skal «behandles» som er årsak til konsultasjonen, noe som krever at legen ikke agerer ut fra andres behov, men jobber med å oppnå tillit og kontakt med pasienten. Man må ikke gå bak ryggen på vedkommende. Dette kan av og til være en utfordring, spesielt overfor den yngste pasientgruppen, der både foreldre og skole gjerne ønsker å komme med informasjon eller få tilgang til opplysninger uten at dette blir tatt opp direkte med pasienten. Taushetsplikten er en selvfølge, og hovedmålet med behandlingskontakten kan derfor være å jobbe med motivasjonen, slik at pasienten etter hvert tør ta imot hjelp til endring og vet at legen er der og er til å stole på når hun/han velger å ta kontakt for sin egen del. Behandling er viktig for utfallet, men for mye og feil behandling på feil tidspunkt kan skade mer enn det gagnar. Det å støtte pasienten i egne valg og egne vurderinger så lenge det ikke er ufor-svarlig kan være terapeutisk riktig.

**Barn av pasienter med spiseforstyrrelse**

I løpet av de siste årene er det kommet forskningsresultater som viser at barn av kvinner som har hatt spiseforstyrrelse, risikerer å få liknende eller andre psykiske problemer. Dette betyr at mødre med små barn bør følges spesielt, både i forhold til egen spiseforstyrrelse, men også i forhold til hvordan holdninger til mat og kropp manifesterer seg overfor den oppvoksende generasjon. Er moren i stand til å tolke barnets signaler? Noen bruker mat som respons på følelser,

andre styrer matinntaket etter skjema, ikke ut fra barnets sult og metthet.

### Henvi­sing når og hvor?

Alder og symptomer avgjør hvor pasienten skal viderehenvises. Det er problemer knyttet til både manglende kompetanse og kapasitet i annenlinjetjenesten, men allmennpraktikeren må selv sette grenser for hva som er forsvarlig. Spesialisthelsetjenestens ansvar for veiledning bør man også benytte seg av.

Dersom pasienten blir henvist til poliklinisk behandling, er det uansett viktig å avklare ansvarsforhold og samarbeid mellom primærlege og poliklinikk. Dette bør skje i form av en skriftlig avtale som pasienten har en kopi av. Der det er naturlig, bør også foreldrene få en kopi av en slik samarbeidsavtale.

I retningslinjene for behandling i spesialisthelsetjenesten (1) er det beskrevet både somatiske og psykiatriske indikasjoner for sykehusinnleggelse. Disse er gjengitt i ramme 4. Indikasjonene er de samme for primærlegen som for spesialisten.

Dette tilsier at en totalvurdering av pasientens somatiske og psykiske tilstand avgjør indikasjon for innleggelse. Dessverre er det ofte slik at geografiske forhold og ikke faglige hensyn er styrende når det gjelder hvor pasienten skal legges inn. Mange somatiske avdelinger kan kun gi et tilbud i akuttituasjoner, og dette er til liten nytte dersom det psykiatriske behandlingstilbudet ikke følger umiddelbart.

Indikasjon for henvisning til poliklinisk behandling i barne- eller voksenpsykiatrien er heller ikke klar og entydig. Mens mange allmennpraktikere har god kompetanse på behandling av angst og depresjon, er en del usikre når det gjelder spiseforstyrrelser og henviser uten egentlige behandlingsforsøk. Dette må vi akseptere, det er bedre for en pasient å bli viderehenvist til behandling enn å ha et tilbud hos en allmennpraktiker som føler seg inkompetent og håndterer pasienten ut fra en slik følelse.

### Pasienten med varig funksjonssvikt

Noen pasienter vil på grunn av behandling eller på grunn av mangelfull behandling få et langvarig forløp med varig funksjonssvikt. Ordet kronifisering blir ofte brukt. Også for disse er det viktig å ha et godt tilbud hos allmennpraktikere. Målet må være å bedre livskvalitet og funksjon heller enn å bli kvitt spiseforstyrrelsessymptomer. Et godt forhold til fastlegen kan være det som gir pasienten tilstrekkelig «næring» til gradvis å gi slipp på deler av sin sykdom.

### Retningslinjer for behandling i allmennpraksis

I Storbritannia har National Collaborating Centre for Mental Health på oppdrag fra National Institute for Clinical Excellence

(NICE) utarbeidet retningslinjer for behandling av spiseforstyrrelser (4). Disse retningslinjene omfatter både første- og annenlinjetjenesten, og så vel dokumentasjonen som anbefalingene i forhold til klinisk praksis er nyttig lesning. Her påpekes allmennpraktikerens ansvar i forhold til screening og identifisering, utredning og behandling. Videre understrekes ansvaret for koordinering av behandlingstilbudet der det omfatter flere tjenesteytere. Inntil vi får norske retningslinjer for utredning og behandling av spiseforstyrrelser i allmennpraksis, vil de britiske kunne være et nyttig verktøy for allmennpraktikeren.

### Oppsummering

Langt de fleste pasienter med spiseforstyrrelser og spiseproblemer har vært i kontakt med fastlegen. Allmennpraktikerens oppgave er først å fremst å identifisere og utrede disse pasientene, samt ut fra en totalvurdering av tilstanden og egen kompetanse starte behandling eller henvise videre.

Verktøykisten bør bestå av kunnskap om sykdommens natur, evnen til empati overfor også denne pasientgruppen, samt verktøy for screening og diagnostisering. Kjennskap til elementer fra ulike psykoterapiformer som interpersonlig terapi, kognitiv terapi og støttetapi samt farmakoterapi er viktig. Viderehenvisning til spesialisthelsetjenesten er avhengig av sykdommens alvorlighetsgrad, legens kompetanse og tilgangen til spesialisthelsetjenester. En trygg lege gir også best tilbud.

### Litteratur

1. Alvorlige spiseforstyrrelser: Retningslinjer for behandling i spesialisthelsetjenesten. Statens helsetilsyns utredningsserie 7–2000. Oslo: Statens helsetilsyn, 2000.
2. Regjeringens strategiplan mot spiseforstyrrelser. I-0984B Oslo: Sosial- og helsedepartementet, 2000.
3. Bjornelv S, Mykletun A, Dahl AA. The influence of definitions on the prevalence of eating problems in an adolescent population. *Eat Weight Disord* 2002; 7: 284–92.
4. Eating disorders. National Clinical Practice Guideline Number CG9. National Collaborating Centre for Mental Health and National Institute for clinical Excellence. London: Gaskell, 2004. <http://www.bps.org.uk/eatingdisorders/index1> (18.5.2004).
5. Rosenvinge JH, Gøtestam KG. Spiseforstyrrelser – hvordan bør behandlingen organiseres? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2002; 122: 285–8.
6. Ogg EC, Millar HR, Pusztai EE et al. General practice consultation patterns preceding diagnoses of eating disorders. *Int J Eat Disord* 1997; 22: 89–93.
7. Pritts SD, Susman J. Diagnosis of eating disorders in primary care. *Am Fam Physician* 2003; 67: 297–304.
8. Morgan JF, Reid F, Lacey JH. The SCOFF questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorders. *BMJ* 1999; 319: 1467–8.
9. Malt UF, Retterstøl N, Dahl AA. Lærebok i psykiatri. 2. utg. Oslo: Gyldendal, 2003.