

Diagnostikk og behandling av spiseforstyrrelser krever god kompetanse hos legen. Hvem bør ha denne kompetansen, og for hvilke pasienter?

Spiseforstyrrelser i allmennpraksis

Spiseforstyrrelser er psykiske lidelser der somatiske symptomer inngår i diagnosekriteriene. Pasienten kan også ha somatiske komplikasjoner som kan påvirke den psykiske tilstanden. En slik kombinasjon av psykiatri og somatikk kan være utfordrende for behandlere både i primær- og spesialisthelsetjenesten. Det kan bidra til en opplevelse av at dette er en vanskelig pasientgruppe som krever ekstra kompetanse.

Forekomsten av anorexia og bulimia nervosa hos unge kvinner angis til henholdsvis 0,2–0,4% og 1,0–1,5% (1). Uspesifiserte spiseforstyrrelser inklusive overspisingsslidelse er enda hyppigere og forekommer hos 2,5–3,5% (1). Det betyr at de fleste allmennpraktikere vil ha pasienter med en eller annen form for spiseforstyrrelse. I dette nummeret av Tidsskriftet publiseres to artikler som omhandler spiseforstyrrelsespasienters erfaring med behandling og oppfølging i allmennpraksis (2, 3). Resultatene kan gi inntrykk av at oppfølging av denne pasientgruppen i allmennpraksis kan være mangelfull, og at det er for lite fokus på spiseforstyrrelser og alvorlige komplikasjoner.

Et nærliggende spørsmål er da om allmennpraktikeren har nødvendig kompetanse og tilstrekkelig tid til å oppdage spiseforstyrrelser og følge opp dem som må henvises til spesialisthelsetjenesten. På den annen side kan man spørre seg om en tilsynelatende kompetansemangel kan være et uttrykk for at allmennpraktikeren blir pålagt oppgaver som spesialisthelsetjenesten skulle hatt.

I år 2000 kom Helsedepartementets strategiplan mot spiseforstyrrelser (4) samt retningslinjer for behandling av alvorlige spiseforstyrrelser i spesialisthelsetjenesten (5). Målet med begge dokumentene var å heve kompetansen og bedre behandlingstilbudet til pasientgruppen. Mens strategiplanens anbefalte faglige nettverk for veiledning og kompetanseøkning også skulle omfatte primærhelsetjenesten, var retningslinjene for behandling begrenset til alvorlige spiseforstyrrelser i spesialisthelsetjenesten. Nye nasjonale retningslinjer for utredning og behandling er under arbeid og vil forhåpentligvis være ferdig i løpet av 2015. Disse retningslinjene omfatter også utredning og behandling i primærhelsetjenesten. I arbeidsgruppen er det lagt vekt på at anbefalingene skal tydeliggjøre hva allmennpraktikeren forventes å kunne gjøre, avhengig av tilstandens alvorlighetsgrad, men også hvilke kriterier som gir grunnlag for viderehenvisning.

Allmennpraktikeren vil som regel møte pasienten først og har en unik mulighet til å identifisere spiseforstyrrelser tidlig. I tillegg skal allmennlegen gi et behandlingstilbud, og viderehenviser dem som trenger en mer spesialisert behandling. Dette krever både diagnostisk og terapeutisk kompetanse innen spiseforstyrrelser og innsikt i hvilke pasienter som skal behandles hvor. Det er derfor viktig med kompetansehevede tiltak for allmennlegen, bl.a. mer undervisning om spiseforstyrrelser på medisinstudiet, kurs i forbindelse med spesialisering og at problematikken tematiseres i veiledningsgruppene. Gode tilbakemeldinger fra spesialisthelsetjenesten, inkludert tilbud om veiledning, men også bistand i utredning og behandling, er tiltak som vil bidra til at allmennpraktikere får mer erfaring.

Det kan ikke forventes at alle allmennleger har samme interesse for dette fagfeltet, og spesialisthelsetjenesten må bistå når allmennpraktikeren ber om det. Det er forsket lite på effekten av tidlig intervensjon. Klinisk erfaring tilsier allikevel at tidlig og riktig intervensjon vil kunne redusere sykdomsvarighet, gi færre innleggelses og kortere behandlingstid. Det er en utfordring at det ikke eksisterer kriterier for hvilket nivå pasienten skal behandles på. Det har vært vanskelig å komme frem til hvilket grunnlag slike kriterier bør byg-

ges på. Ved innføringen av DSM-5 er det for første gang innført en alvorlighetsgradering av spiseforstyrrelser (6). Alvorlighetsgraden av anorexia nervosa skal primært vurderes ut fra kroppsmasseindeks, mens alvorlighetsgraden av bulimi og overspisingsslidelse defineres ut fra hyppigheten av henholdsvis oppkast eller overspising. Det trengs tydeligere ansvars- og oppgavefordeling mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten knyttet opp mot alvorlighetsgrad av sykdom. Det vil redusere sannsynligheten for at allmennpraktikeren blir tillagt oppgaver som krever en annen kompetanse enn det som kan forventes av en generalist.

Også innenfor psykisk helsevern varierer legeressursene og kompetansen på spiseforstyrrelser, spesielt når det gjelder somatiske symptomer og komplikasjoner. Det fører til at flere fastleger blir overlatt ansvaret for vurdering av pasientens somatiske tilstand. Dette er oppgaver og ansvar som hører til i spesialisthelsetjenesten. At fastlegen kan gjøre undersøkelser og ta blodprøver, vil noen ganger være nødvendig. Allikevel er det viktig at ansvaret for behandlingen av hele tilstanden, ikke bare den psykiske komponenten, tilhører spesialisthelsetjenesten.

De to artiklene i dette nummeret av Tidsskriftet kan også gi et annet bilde av pasienters erfaring med oppfølging hos allmennlege (2, 3). Mange er fornøyd med den måten de blir møtt på, og pasientene angir at konkrete spørsmål om ulike symptomer hjelper dem til å åpne opp for temaer som i utgangspunktet er vanskelig å snakke om. Det er altså ikke farlig å spørre pasienten. Ved mistanke om spiseforstyrrelser er det viktig at allmennpraktikeren får frem de aktuelle symptomene og foretar de nødvendige kliniske undersøkelsene. Allmennpraktikeren bør ha kompetanse på behandling av de mindre alvorlige tilstandene. Spesialisthelsetjenesten bør bidra med veiledning ved behov, ta imot de pasienter allmennpraktikeren ber om å få vurdert og ha kompetansen på de mer alvorlige tilstandene. Tydelige kompetansekrav og klar ansvarsfordeling kan bidra til bedre omsorg for en sårbar pasientgruppe.

Sigrid Bjørnelv
sigrid.bjornelv@hnt.no

Sigrid Bjørnelv (f. 1953) er spesialist i psykiatri, ph.d. og overlege ved Regionalt kompetansesenter for spiseforstyrrelser, Sykehuset Levanger og amanuensis ved Institutt for nevromedisin, Norges naturvitenskapelige universitet. Hun ledet arbeidsgruppen som utarbeidet retningslinjer for behandling av alvorlige spiseforstyrrelser i spesialisthelsetjenesten i 2000, og leder arbeidet med nye nasjonale retningslinjer for utredning og behandling av spiseforstyrrelser. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

1. Smink FR, van Hoeken D, Hoek HW. Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. *Curr Psychiatry Rep* 2012; 14: 406–14.
2. Halvorsen TF, Haavet OR, Rydså BJ et al. Pasienterfaringer med allmennlegers oppfølging ved alvorlig spiseforstyrrelse. *Tidsskr Nor Legeforen* 2014; 134: 2047–51.
3. Halvorsen TF, Rosvold EO, Rydså BJ et al. Kommunikasjon om spiseforstyrrelsesymptomer på allmennlegekontoret. *Tidsskr Nor Legeforen* 2014; 134: 2052–6.
4. Regjeringens strategiplan mot spiseforstyrrelser. I-0984B. Oslo: Sosial- og helsedepartementet, 2000.
5. Statens helsetilsyn. Alvorlige spiseforstyrrelser. Retningslinjer for behandling i spesialisthelsetjenesten. www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/utredningsserien/alvorlige_spiseforstyrrelser_ik-2714.pdf [23.10.2014].
6. American Psychiatric Association. DSM-5. www.psychiatry.org/dsm5 [23.10.2014].



Engelsk oversettelse på www.tidsskriftet.no