

Rettleiing for korleis tilvisinga til Seksjon for spiseforstyrningar bør utformast

Seksjon for spiseforstyrningar skal ta i mot pasientar som ikkje har tilstrekkeleg effekt av behandling i distriktpsykiatriske sentre, barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikkar og andre deler av den ordinære spesialisthelsetjenesta. Seksjon for spiseforstyrningar vil også kunne ta i mot pasientar der det er innlysande eller overveiande sannsynleg at behandling i den ordinære spesialisthelsetjenesta ikkje vil fungere, for eksempel alvorlig undervekt.

Pasientar med BMI < 17,5

Pasientar med restriktiv anorexia nervosa og bulimisk anorexia nervosa med body mass index (BMI) < 17,5 bør vurderast med tanke på behandling ved Seksjon for spiseforstyrningar. I nokon tilfelle kan pasientar med BMI < 17,5 også bli gitt behandling ved andre institusjonar dersom institusjonen har etablert et spesifikt behandlingstilbod for denne pasientgruppa. Eit slikt spesifikt behandlingstilbod kan bestå av poliklinisk behandling, dagtilbod eller døgntilbod. Det er pr i dag få slike behandlingssplasser utanom Seksjon for spiseforstyrningar. I hovudsak bør denne pasientgruppa bli behandla ved Seksjon for spiseforstyrningar.

Pasientar som har hatt BMI under 17,5 vil ha så stor risiko for tilbakefall at Seksjon for spiseforstyrningar vanligvis bør ha ansvar for- eller delta i behandlinga til pasienten har nådd BMI 19-20. Men dersom det lokale behandlingstilbodet har etablert kompetanse og har struktur til å gjennomføre slik vektøkande behandling kan pasienten bli overført før pasienten har nådd BMI 19-20. Det kan være aktuelt å gje rettleiing til det lokale behandlingsapparatet for å sikre at slik vektøkande behandling kan bli gjennomført lokalt.

Når pasienten har nådd BMI 19-20 er målsettinga å stabilisere vekta og gjennomføre ein gradvis overgang til vanlig tilvære utanfor sjukehuset. Denne fasen bør bli gjennomført i samarbeid med det lokale behandlingsapparatet. Dermed kan det lokale behandlingsapparatet delta i arbeidet med påvising og eventuelt oppstart av behandling ved begynnande tilbakefall.

Pasientar med BMI > 17,5

Alle pasientar med spiseproblem og BMI > 17,5 bør kunne bli behandla på distriktpsykiatriske sentre (DPS) eller tilsvarande. Men det må i kvart enkelt tilfelle bli vurdert om pasientens problemstilling er så krevjande å behandle at Seksjon for spiseforstyrningar skal ha behandlingsansvaret eller om seksjonen skal gi rettleiing. Det vil bli lagt vekt på om pasienten har eller er i ferd med å utvikle vekstretardasjon, osteoporose eller andre komplikasjonar av sitt spiseproblem.

Bulimia nervosa

Ved bulimia nervosa vil behandling ved Seksjon for spiseforstyrningar vere aktuelt dersom pasienten har betydelige problem med hypokalemi eller andre komplikasjonar av spiseproblemet. Dessutan vil både somatisk og psykiatrisk komorbiditet kunne gi grunnlag for at pasienten skal bli behandla ved

Seksjon for spiseforstyrningar. Eksempel på somatisk komorbiditet er diabetes mellitus. Pasientar med psykiatrisk komorbiditet bør i utgangspunktet vere psykiatrisk utreda før pasienten blir tatt til vurdering med tanke på behandling ved Seksjon for spiseforstyrningar. Det kan likevel vere aktuelt at Seksjon for spiseforstyrningar deltar i den diagnostiske utredninga av pasientens tilstand slik at det kan bli avklart om det primære behandlingsbehovet er relatert til annan psykiatrisk lidning slik som ved schizofrenitilstander, eller dersom det er grunn til å tru at alvorleg affektiv lidning er hovudårsak til underernæringa.

Pasientar med spiseproblem og komorbiditet der den komorbide tilstanden er stabilisert ved behandling slik at spiseproblemet er hovudproblem er også aktuelle for behandling ved Seksjon for spiseforstyrningar. Når pasientens psykiatriske komorbiditet er hovudproblem kan det være aktuelt at Seksjon for spiseforstyrningar gir rettleiing til avdelinga der pasienten blir behandla. I tilfelle der både spiseproblemet og den komorbide tilstanden må bli behandla samtidig bør det bli gjort ei avveiging i kvart enkelt tilfelle vedrørende kor pasienten skal bli behandla.

Overspisingslidelse (Binge eating disorder)

Pasientar med overspisingslidning vil kunne få behandling ved Seksjon for spiseforstyrningar etter tilsvarende prioritering som ved bulimia nervosa.

Krav til tilvising av pasientar

Retttil behandling ved Seksjon for spiseforstyrningar

Tilvisingar til Seksjon for spiseforstyrningar må innehalde informasjon som tilseier at pasienten kan ha rett til behandling ved seksjonen. Det medfører at det må gå fram at tilvisande lege/psykolog har stilt diagnosen spiseforstyrning eller at det går tydeleg fram av tilvisinga at pasienten har spiseforstyrning. Alle tilvisingar må innehalde opplysingar om pasienten er undervektig eller overvektig, det bør foreligge BMI. Det må også gå fram om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp. Dersom det ikkje blir lagt fram informasjon som tilseier at pasienten har rett til nødvendig helsehjelp står seksjonen fritt til å bestemme tidspunkt for oppstart av behandlinga. Pasientar som ikkje har rett til nødvendig helsehjelp vil ofte bli avvist og anbefalt behandling ved DPS eller hos egen lege.

Ved undervekt eller BMI < 17,5 bør det gå fram om pasienten sitt vekttap skuldast forstyrning i sjølvbilde og frykt for å legge på seg. Dersom det er mistanke om at vekttapet kan ha andre årsaker enn spiseforstyrning bør det gå fram av tilvisinga. Opplysingar om bortfall av menstruasjon kan være verdifullt.

Komplikasjonar

Det bør kome fram om pasienten har komplikasjonar av spiseproblemet [1]. Varighet av spiseforstyrning vil kunne tyde på risiko for komplikasjonar. Opplysingar om varighet av lidninga vil også kunne sei noko om sannsynligheten for om pasienten kan gjere seg nytte av behandling med tanke på å bli frisk. Dersom pasienten har brekningar bør det ligge føre opplysingar om kor ofte pasienten har oppkast og om s-kalium. Opplysingar om pasienten har subjektiv eller objektiv

overspising kan være til nytte for å vurdere risiko for hypokalemi. Ved hyppige brekningar eller ved langt framskride spiseproblem er det ynskeleg med opplysingar om QTc-tid [2]. Det bør kome fram om pasienten har misbruk av avføringsmiddel, vanddrivande, praktiserer overdreven trening, utøver selvskadning, har depresjon eller suicidalitet. Det bør kome fram opplysingar om kor mykje pasienten klarer å spise i løpet av ein dag og om samansettinga av kosten en vanlig dag. Det bør også gå fram kva for medikament pasienten brukar. Pasienten sin motivasjon vil ha betydning for om pasienten kan gjere seg nytte av behandling og bør også gå fram av tilvisinga.

Tilvisinga bør innehalde:

- Diagnose:
 - Er diagnostiske kriterier oppfylt ?
 - Differensialdiagnostiske avveiningar
 - Komorbiditet (både psykiatrisk og somatisk)
- BMI
- Vektutvikling siste 3 månader
- Opplysingar om matinntak
- Overspisingsepisodar; evt hyppighet og kor mykje
- Oppkast: hyppighet, trening: intensitet, avføringsmiddel, vanddrivande eller andre metodar for rensing
- Opplysningar om komplikasjonar, enten om det ikkje er komplikasjonar påvist eller om pasienten har vekstretardasjon, beinskjørhet eller betydelig redusert funksjonsnivå
- Motivasjon
- Sosiale opplysingar
- Om det er utarbeida individuell plan (for pasientar med rett og behov for dette, etter samtykke frå pasienten)

Har du spørsmål om tilvising, kan du ta kontakt med oss for rådgjeving.

Telefon: 55 97 68 21 (man-fre 08-15.30)

Tilvisinga sendes til : Seksjon for spiseforstyrningar, Klinikk for psykosomatisk medisin, Helse Bergen, Postboks 1400, 5021 Bergen

Referansar:

1. Statens Helsetilsyn. Alvorlige spiseforstyrrelser; retningslinjer for behandling i spesialisthelsetjenesten. Utredningsserien, 2000;7.
2. Frostad S. Somatisk utredning og behandling av spiseforstyrrelser. Tidsskr Nor Laegeforen, 2004;124(16):2121-5.