

Kommunikasjon om spiseforstyrrelses-symptomer på allmennlegekontoret

BAKGRUNN En spiseforstyrrelse er en kompleks sykdom. Pasienten utsetter kroppen for ulike spiseforstyrrelsessymptomer i mangel av andre måter å takle hverdagen på. Det er sju spiseforstyrrelsessymptomer som gjerne kombineres ulikt fra én periode til en annen hos en og samme pasient. Skam kan gjøre at informasjon om symptomene holdes tilbake.

MATERIALE OG METODE Pasienter over 18 år med alvorlige spiseforstyrrelser svarte anonymt på et spørreskjema ved behandlingsstart ved to spesialavdelinger. Hovedspørsmålet var hvorvidt pasienten hadde snakket med allmennlegen om aktuelle spiseforstyrrelsessymptomer og plager som kan ha sammenheng med spiseforstyrrelsen. Vi kartla kliniske undersøkelser.

RESULTATER 114 pasienter deltok (tre menn). 91 (80 %) hadde det siste året snakket med allmennlegen om spiseforstyrrelsen. Av disse hadde 67 % av dem som hadde redusert matinntaket det siste året, snakket med allmennlegen om dette. 68 % av dem som hadde kastet opp og 33 % av dem som hadde overtrent, hadde formidlet det. Ingen hadde fortalt allmennlegen om bruk av vanddrivende eller vektreduserende midler. 85 % anga at allmennlegen må spørre konkret om hvert enkelt spiseforstyrrelsessymptom for at disse skal kunne bli avdekket. Minst halvparten hadde diskutert sammenhengen mellom aktuelle plager og spiseforstyrrelsen. 49 % var blitt veid.

FORTOLKNING Allmennlegen bør spørre konkret om hvert enkelt spiseforstyrrelsessymptom for å kunne danne seg et best mulig grunnlag for en medisinsk vurdering.

En spiseforstyrrelse er en psykisk sykdom der den sykes hverdag domineres av tanker og atferd knyttet til mat, vekt og kropp (1). De vanligste spiseforstyrrelsessymptomene er: inntak av for lite mat (restriktivt matinntak), inntak av for mye mat (overspising), selvpåført oppkast, overtrening, bruk av vanddrivende, vektreduserende og avførende midler (2). Dette kan ha alvorlig innvirkning på kroppen og føre til død (3).

Kompleksiteten i sykdommens natur kommer frem i Spiseforstyrrelsespoliklinikens syn på hva en spiseforstyrrelse er: «I et forsøk på å reparere og mestre livet, blir maten og kroppen en selvregulerende faktor, et kontrollfelt og selve språket. Sykdommen kjennetegnes av selvhat, skam, ambivalens og manglende følelse av identitet» (4). Definisjonen synliggjør sykdomsspesifikke forhold som kan påvirke kommunikasjonen på allmennlegekontoret.

Sykdommen utvikles som oftest i ungdomstid og tidlig voksenliv (1). Pasienten har ofte en kombinasjon av spiseforstyrrelsessymptomer, gjerne ulikt fra dag til dag eller fra en periode til en annen (1, 5).

Spiseforstyrrelsene klassifiseres i åtte ulike diagnoser i ICD-10. Vekt, vektendring og spiseforstyrrelsessymptomene er viktigst av diagnosekriteriene (6). En kroppsmasseindeks (BMI) på under 17,5 m/kg² er avgjørende for anoreksi. Variasjonen i spiseforstyrrelsessymptomene og endring av kroppsvekten gjør at pasientene kan tilfredsstill

kriteriene for ulike spiseforstyrrelsesdiagnoser i løpet av sykdomsperioden (5).

For ICPC-2 har man valgt en felles diagnosekode: P86 anorexia nervosa/bulimi (7). I underteksten beskrives bevisst vekttap for anoreksi og gjentatte episoder med overspising, etterfulgt av oppkast eller bruk av avføringsmidler, for bulimi.

Følgende plager er vanlige konsekvenser av spiseforstyrrelsessymptomene: slapphet, søvnløshet, svimmelhet, besvimelse, konsentrasjonsproblemer, hodepine, muskelsmerter, menstruasjonsforstyrrelser, ødemer, mage- og fordøyelsesplager (2). Nedsatt lengdevekst, nedsatt beintetthet, skader grunnet overtrening, bruddskader grunnet beinskjørhet, nyresvikt og tannskader er eksempler på delvis irreversible komplikasjoner (2).

Det er omkring dobbelt så stor dødsrisiko ved bulimi og seks ganger så høy dødsrisiko ved anoreksi som dødsrisikoen hos jevnaldrende uten sykdommen (3). Av fem dødsfall ved anoreksi har fire somatiske årsaker, mens ett er selvmord (3). Kardiovaskulær død er hyppigst (8). Risikofaktorer for død er alvorlig undervekt, langvarig sykdom, kronisk hypokalemi, EKG-forandringer og kronisk lav plasma-albumin.

Pasienter med spiseforstyrrelser oppsøker allmennlegen hyppigere enn sine jevnaldrende, men presenterer ofte somatiske og andre psykiske tilstander uten at spiseforstyrrelsen nødvendigvis avdekkes (9–11). Særlig pasienter med bulimi trenger aktivt

Tori Flaatten Halvorsen

tori.flaatten.halvorsen@sio.no

Seksjon for allmennmedisin
Studentsamskipnaden i Oslo – SiO Helse og

Spiseforstyrrelsespoliklinikken på Gaustad
Seksjon for personlighetspsykiatri
Oslo universitetssykehus

Elin Olaug Rosvold

Avdeling for allmennmedisin
Institutt for helse og samfunn
Universitetet i Oslo

Birgit Johanne Rydså

Tove Skarbø

Regionalt senter for spiseforstyrrelser
Nordlandssykehuset Bodø

Ole Rikard Haavet

Avdeling for allmennmedisin
Institutt for helse og samfunn
Universitetet i Oslo
og
Lillestrøm Legesenter



Podkast på www.tidsskriftet.no



Engelsk oversettelse på www.tidsskriftet.no

> Se lederartikkel på side 2020

HOVEDBUDSKAP

Pasienten og allmennlegen snakker for lite sammen om spiseforstyrrelsessymptomene

Allmennlegen bør spørre direkte om hvert enkelt spiseforstyrrelsessymptom for å få pasienten til å fortelle om disse

Allmennlegen må i samtalen med pasienten øke fokus på hvor mye pasienten faktisk spiser, også hos pasienter uten alvorlig undervekt

Det er nødvendig med mer oppmerksomhet rundt forebygging og oppdagelse av alvorlige komplikasjoner av en spiseforstyrrelse



Figur 1 Oversikt over de 140 pasientene som startet behandling i perioden

spørrende leger for å starte en samtale om spiseforstyrrelsen (11). En amerikansk studie viste at to av tre pasienter med bulimi aldri var blitt spurt om sitt spisemønster av helsearbeidere (10). Halvparten anga at de ikke ville svare sannferdig hvis de ble spurt.

Formålet med denne studien var å undersøke om pasienter med alvorlige spiseforstyrrelser og deres allmennleger snakker om spiseforstyrrelsessymptomene og plagene pasienten har. Videre kartlegges kliniske undersøkelser av spiseforstyrrelsen hos allmennlegen samt hvorvidt alvorlige komplikasjoner er et tema.

Materiale og metode

Studien ble utført ved to voksenavdelinger: Spiseforstyrrelsespoliklinikken, Seksjon for personlighetspsykiatri, Oslo universitetspsykehus, og Regionalt senter for spiseforstyrrelser, Nordlandssykehuset i Bodø (døgnet og poliklinikk). Nesten samtlige pasienter som behandles ved disse avdelingene, har en av følgende diagnoser (ICD-10): F.50.0 anorexia nervosa, F.50.1 atypisk anorexia nervosa, F.50.2 bulimia nervosa eller F.50.3 atypisk bulimia nervosa.

Pasienter over 18 år ble ved behandlingsstart bedt om å besvare anonymt et spørreskjema om bruk av og erfaring med allmennlegen. Datainnsamlingsperioden var fra 1. august 2009 (1. januar 2010 for Bodø) til 30. juni 2011. Fem pasienter som var henvist av forfatterne, ble av habilitetsgrunner ikke inkludert.

Spørreskjemaet utviklet vi på bakgrunn av klinisk erfaring fra allmennlegekontor og spesialenhet. Det ble testet ut på 45 pasienter i en pilotundersøkelse ved Spiseforstyrrel-

sespoliklinikken i Oslo i 2008. Spørsmålene ble redigert i tråd med erfaringene fra denne.

Skjemaet inneholdt totalt 99 spørsmål. 54 var knyttet til tilstedeværelse av spiseforstyrrelsessymptomene og plagene som spiseforstyrrelsen kunne føre med seg og kommunikasjonen med allmennlegen om dette samt om forebygging av komplikasjoner. Eksempler: «Har du begrenset matinntaket betydelig i den hensikt å gå ned i vekt i løpet av sykdomsperioden din hatt vedvarende problemer med noen av følgende kroppslige symptomer (mage- og fordøyelsesplager, konsentrasjonsproblemer, muskelsmerter, gjentatte og uttalte plager med hodepine, søvnproblemer, manglende menstruasjon/ endringer av menstruasjonen, slapphet og/ eller slitenhet, svimmelhet og/eller besvimelse og hevelser i kroppen)?». Her var det kun ja/nei-alternativer. Spørreskjemaet er publisert i sin helhet i et appendiks til vår andre artikkel i dette nummer av Tidsskriftet (12).

Da vi ønsket å finne pasienter som hadde mer enn enkeltstående konsultasjoner med ulike allmennleger, innførte vi definisjonen om en egen allmennlege som ble kalt «legen din» ut fra om pasientene svarte ja på følgende spørsmål: «Har du per i dag én bestemt allmennlege som du har sett mer enn tre ganger og som du oftest benytter ved behov for legetjenester?»

Data er analysert ved hjelp av khikvadrat-test, Fischers eksakte test og enveis ANOVA-test med SPSS versjon 20.

Skriftlig samtykke ble innhentet fra deltakerne. Undersøkelsen ble godkjent av regional etisk komité.

Resultater

Svarprosent

I alt startet 140 pasienter i behandling ved de to spesialenhetene under studieperioden (fig 1). Åtte fikk ikke skjemaet grunnet forglemmelse eller fordi de var for syke. Én reservert seg og fem pasienter ble ikke inkludert fordi førsteforfatter hadde henvist dem. 126 mottok skjemaet og 114 (90 %) svarte. 76 pasienter (67 %) startet i poliklinisk behandling i Oslo og 38 (33 %) i Bodø (derav 20 innlagte).

Bakgrunnsdata

91 (80 %) av svarerne var pasienter som hadde egen allmennlege etter studiens definisjon og hadde snakket med vedkommende om spiseforstyrrelsen det siste året. Tre pasienter (3 %) var menn. 51 (56 %) var mellom 18 år og 25 år.

20 pasienter (22 %) hadde aldri gått i behandling for spiseforstyrrelsen tidligere. 31 (34 %) hadde kun gått i poliklinisk behandling, mens 39 (43 %) hadde vært innlagt en eller flere ganger i psykiatrisk avdeling, spesialenhet for spiseforstyrrelser eller indremedisinsk avdeling i tillegg til eventuell poliklinisk behandling. 24 (26 %) hadde vært innlagt i indremedisinsk avdeling. En pasient svarte ikke på spørsmålet.

Alle pasientene oppga kroppshøyde når de ble spurt om dette i spørreskjemaet. 86 (91 %) oppga nåværende vekt, 87 (92 %) laveste vekt og 86 (91 %) høyeste vekt i voksen alder. Gjennomsnittlig BMI ved behandlingsstart var 20,1 kg/m² (SD 3,6 kg/m², median 19,8 kg/m²). 21 pasienter (24 %) var alvorlig undervektige (BMI < 17,5 kg/m²). 57 (65 %) hadde ved minst ett tidspunkt i

Tabell 1 Antall pasienter (prosent) som oppga ulike spiseforstyrrelsessymptomer siste år¹ og i hvilken grad de har snakket med allmennlegen om disse symptomene siste året

Spiseforstyrrelsessymptom	Antall	Med spiseforstyrrelsessymptomet siste år		Kommunisert om spiseforstyrrelsessymptomet	
		Antall	(%)	Antall	(%)
Restriktivt matinntak	88	81	[92]	54	[67]
Overtrening	86	73	[85]	24	[33]
Oppkast	87	69	[79]	47	[68]
Overspising	88	44	[50]	20	[49]
Avføringsmidler	88	36	[41]	10	[28]
Vektreduserende midler	85	17	[20]	0	
Vanndrivende midler	89	16	[18]	0	

¹ Antall pasienter: De som har svart ja på at de har hatt symptomet noen gang i sykdomsperioden. De som svarte «aktuelt problem siste år» er tatt ut

Tabell 2 Antall pasienter (prosent) med vedvarende plager som kan være knyttet til spiseforstyrrelsen, og om pasientene hadde snakket med allmennlegen om mulig sammenheng mellom plagen og spiseforstyrrelsen

Plage	Antall	Pasienter som har plagen		Kommunisert om mulig sammenheng mellom plagen og spiseforstyrrelsen	
		Antall	(%)	Antall	(%)
Slapphet	91	88	[97]	60	[68]
Søvnproblemer	91	77	[85]	46	[61] ¹
Menstruasjonsproblemer ²	88	72	[82]	46	[64]
Svimmelhet	90	76	[84]	46	[61] ³
Konsentrasjonsproblemer	90	79	[88]	44	[56] ³
Mageplager	91	71	[78]	38	[54]
Hodepine	90	54	[60]	26	[48]
Muskelsmerter	91	47	[52]	22	[47]
Treningsskade	90	27	[30]	9	[33]
Ødemer	91	33	[36]	7	[21]

¹ To pasienter ikke svart

² Kun for kvinnene

³ En pasient ikke svart

voksen alder vært alvorlig undervektige. Gjennomsnittlig vektendring i voksen alder var 19,6 kg (SD 10,6 kg, median 16,0 kg).

29 pasienter (32%) hadde snakket med allmennlegen om sykdommen 1–2 ganger det siste året, 37 (41%) 3–6 ganger og 25 (27%) mer enn seks ganger.

Symptomer og kommunikasjon om disse

Tabell 1 viser at majoriteten av pasientene det siste året hadde hatt et restriktivt matinntak

(92%), hadde overtrent (85%) og/eller hadde hatt oppkastepisoder (79%). 41% hadde brukt avføringsmidler, 20% vektreduserende midler og 18% vanndrivende midler. Fem pasienter hadde hatt alle de sju spiseforstyrrelsessymptomene. Én hadde kun ett symptom. To pasienter ble ikke inkludert i denne analysen fordi de svarte nei på alle spørsmålene om spiseforstyrrelsessymptomer.

To av tre pasienter med oppkast og restriktivt matinntak hadde snakket med allmennlegen om spiseforstyrrelsessymptomene.

Hver tredje pasient hadde snakket om overtrening og bruk av avføringsmidler. Ingen hadde snakket om sitt bruk av vanndrivende eller vektreduserende middel.

Et restriktivt matinntak var like vanlig hos pasienter uten alvorlig undervekt som hos dem som var alvorlig undervektige. De alvorlig undervektige hadde i større grad snakket med allmennlegen om sitt restriktive matinntak (90% versus 57%, $p = 0,01$).

85% av pasientene uten alvorlig undervekt hadde hatt oppkastepisoder det siste året, mens 57% av de alvorlig undervektige hadde kastet opp ($p = 0,007$). Hver tredje pasient hadde ikke snakket med allmennlegen om dette (ingen forskjell mellom de undervektige og de andre).

Hvorvidt pasienten hadde fått behandling tidligere, ga ingen forskjell i forekomst av spiseforstyrrelsessymptomer eller i kommunikasjon om disse på allmennlegekontoret.

84 pasienter (92%) rapporterte at en samtaleform der allmennlegen spurte konkret om de ulike spiseforstyrrelsessymptomene, ville fungere best for å få frem omfanget. 17 av disse pasientene oppga at de ikke ville ha klart å legge til noe utover det allmennlegen spurte konkret om. Seks av pasientene (7%) ville selv ha fortalt utfyllende uten at allmennlegen stilte spørsmål.

Plager og kommunikasjon om plager

Hovedparten av pasientene, uansett vekt, hadde vedvarende plager som kan være knyttet til spiseforstyrrelsen (tab 2). Minst halvparten av pasientene hadde snakket med allmennlegen om mulig sammenheng mellom spiseforstyrrelsen og plagene.

Kliniske undersøkelser

Halvparten av pasientene ble veid hos allmennlegen, og fire av fem fikk tatt blodprøver (tab 3). 26 pasienter (29%) ble veid flere ganger. De alvorlig undervektige ble oftere veid (en eller flere ganger) enn de uten alvorlig undervekt (81% versus 45%, $p = 0,004$). De som syntes de fikk støtte hos allmennlegen, var i større grad veid enn de som ikke syntes de fikk støtte (69% versus 42%, $p = 0,01$). De som var tilfreds med legens måte å møte pasienten på, ble i større grad veid (63% versus 35%, $p = 0,02$). Hvorvidt pasienten tidligere hadde gått i behandling, hadde ingen innvirkning på prøvehyppigheten.

Samtale om alvorlige komplikasjoner

Maksimalt hver tredje pasient hadde snakket med allmennlegen sin om komplikasjoner eller tiltak for å forebygge disse (tab 3). De som hadde snakket med allmennlegen om oppkast, hadde oftere snakket om elektrolyttforstyrrelser enn de som ikke hadde

snakket med allmennlegen om oppkast (49 % versus 14 %, $p = 0,005$). De alvorlig undervektige hadde ikke i større grad enn andre snakket om beinskjørhet.

Diskusjon

Majoriteten av pasientene hadde det siste året hatt et restriktivt matinntak og oppkast-episoder – uavhengig av kroppsvekt. Funnet gjenkjennes fra klinikken, der man ser at også de normalvektige pasientene tillater seg for lite mat, utenom i de periodene der de spiser og kaster opp. Energien i maten som absorberes under oppkastepisodene, kan være så vesentlig at den kan kompensere for det ellers begrensede matinntaket pasienten har (13). Vekten kan følgelig være på et normalt nivå. Matsuget og sulten som oppstår grunnet det sparsomme matinntaket skaper en trigger for episoder med (over)spising etterfulgt av oppkast. En viktig endring vil være å øke inntaket av mat for deretter å klare å redusere eller unngå episoder med (over)spising og oppkast. Dette trenger dermed ikke føre til at pasienten går opp i vekt. Nettopp denne sammenhengen erfares å være fremmed og skaper utrygghet.

Det er urovekkende at to av fem pasienter uten alvorlig undervekt ikke har snakket om sitt lave matinntak med allmennlegen. Vi tolker det som at allmennlegen i større grad konkret bør spørre hva pasienten faktisk spiser. Deretter bør dette sammenliknes med hva kroppen forbruker, sett i lys av aktivitetsnivået. Hvis pasienten trenger å gå opp i vekt, må det klargjøres hvor mye ekstra mat som faktisk skal til for at vekten skal øke. Erfaringsmessig bør veiing under tryggest mulige omgivelser særlig skje i den perioden pasienten tør å endre inntaket. Vår erfaring er at veiingen kan være til hjelp for å redusere fantasiene eller opplevelsen av at kroppsvekten endrer seg mer enn det den faktisk gjør.

Under halvparten av pasientene hadde snakket med allmennlegen sin om overtrening og overspising. Hver tredje forteller om bruk av avføringsmidler, ingen om vandrivende eller vektreduserende midler. I klinikken observerer vi at de nevnte midlene ofte brukes i langt høyere doser enn anbefalte døgndoser for dem som er i behov av midlene grunnet ulike sykdommer.

Konsekvensen av at det ikke blir snakket om alle spiseforstyrrelsessymptomene, kan gi allmennlegen et mangelfullt grunnlag for å vurdere årsaken til plager pasientene kommer med, hvilke kliniske prøver som skal tas, hvor hyppig de kliniske undersøkelsene bør gjentas og tiltak som bør iverksettes.

I denne studien har vel halvparten av pasientene snakket om sammenhengen mellom spiseforstyrrelsen og plagene de har. Dette er en overraskende høy andel. Andre studier

Tabell 3 Gjennomførte kliniske undersøkelser det siste året og om det noen gang har vært snakket om mulige alvorlige komplikasjoner og forebygging av disse, oppgitt i antall pasienter (prosent), $n = 91$

	Antall	(%)
Kliniske undersøkelser utført hos allmennlegen siste år		
Veid ¹	49	[54]
Blodprøver	71	[78]
Blodtrykk og puls ¹	58	[64]
Samtale om alvorlige komplikasjoner		
Beinskjørhet	18	[20]
Fruktbarhet	18	[20]
Elektrolyttforstyrrelse	31	[34]
Tannskader ¹	13	[14]
Samtale om forebyggende tiltak		
Tegn som kan indikere somatisk forverring ¹	29	[32]
Vitamin- og mineraltilskudd ¹	33	[37]

¹ En pasient ikke svart

viser at pasientene går til allmennlegen med tilsvarende plager som ikke settes i sammenheng med spiseforstyrrelsen (9–11). Denne forskjellen skyldes sannsynligvis at alle pasientene som er beskrevet i denne artikkelen, har en allmennlege som allerede vet om spiseforstyrrelsen, i tillegg til at pasienten og allmennlegen faktisk snakker om sykdommen. Således har disse pasientene og legene lagt grunnlaget for å kunne gjennomføre en respektfull samtale om de kroppslige sidene ved sykdommen. Pasientenes klare utsagn om at allmennlegen må spørre direkte om hvert enkelt spiseforstyrrelsessymptom for at disse skal kunne avdekkes, blir derfor et konkret råd til allmennlegene. Rådet kan forhåpentligvis også bidra til at andre pasienter og deres allmennleger tidligere blir klar over at pasienten lider av en spiseforstyrrelse.

Halvparten av pasientene er ikke veid hos allmennlegen. Det er gjenkjennbart fra klinikken at pasientene kan vegre seg for å bli veid. De alvorlig undervektige var imidlertid som oftest blitt veid. Alvorlig undervekt synes å være et tegn som gir både pasient og allmennlege en visshet om at veiing må gjennomføres.

Det er to grunner til at også de uten alvorlig undervekt bør veies: Det er for å oppdage vektnedgang tidlig og for å gjøre pasienten trygg på at vekten sjelden endres så radikalt som vedkommende innbiller seg når spiseforstyrrelsessymptomene reduseres. Pasientene veies i større grad hvis de opplever

støtte eller er tilfredse med allmennlegen. Dette tyder på at veiing er lettere å få til hvis det blir etablert et tillitsforhold mellom pasienten og allmennlegen.

Studien avdekker at det er lite oppmerksomhet omkring tilstedeværelse og forebygging av alvorlige komplikasjoner, som nedsatt beintetthet og nedsatt fruktbarhet, elektrolyttforstyrrelser og tannskader. Allmennlegene går altså ikke så dypt inn i sykdommen at de velger å ta komplikasjonene opp med pasienten. Mange pasienter går i behandling der terapeuten ikke har utdanning innenfor somatikk. Dette funnet vurderes derfor som alvorlig. Her har allmennlegen en viktig oppgave som bør få større oppmerksomhet.

De pasientene som aldri hadde gått i behandling for spiseforstyrrelsen tidligere, hadde ikke kommunisert annerledes eller fått gjennomført flere kliniske undersøkelser enn de som hadde gått i behandling. Funnet tyder på pasienter uten behandlingserfaring kanskje aldri har fått en somatisk vurdering, og at pasienter som hadde fått erfaring i å snakke om sykdommen under tidligere behandling, ikke hadde en mer åpen kommunikasjon på allmennlegekontoret.

Svakheter og styrke ved studien

Målet med studien var å undersøke hvorvidt pasientene hadde snakket om spiseforstyrrelsessymptomene med allmennlegen. Tidligere studier (9–11) har vist, i likhet med

forfatterens kliniske erfaringer før oppstart av studien, at alle de ulike spiseforstyrrelsessymptomene og plagene ikke nødvendigvis er tema i allmennlegekonsultasjonene. Den beste løsningen var dermed å spørre pasientene direkte og anonymt om både spiseforstyrrelsessymptomer og plager og om de hadde snakket med allmennlegen om det.

Da vi ikke fant spørreskjemaer for denne type forskning, utviklet vi selv et skjema som vi testet i en pilotundersøkelse. Fordi sykdommen varierer vesentlig i løpet av ett år (5), spurte vi ikke detaljert om hyppigheten av de ulike spiseforstyrrelsessymptomene og plagene. Valget gjør at studien ikke nødvendigvis kan sammenliknes med studier basert på mer detaljert registrering av symptomer og plager.

Informasjonen innhentet i studien er ikke egnet til å vurdere pasientenes somatiske tilstand eller til å fordele dem i ulike diagnostiske undergrupper. Vi mener imidlertid at dette ikke svekker våre muligheter for å analysere kommunikasjonen med allmennlegen.

Siden pasientene i studien utelukkende er hentet fra spesialenheter, kan de være mer alvorlig syke og mer behandlingsmotiverte enn andre pasienter med spiseforstyrrelser.

Vi tolker resultatene til at allmennlegens bakgrunnsinformasjon for å vurdere pasientens somatiske tilstand kan være utilstrekkelig. Dette er funn vi mener er verdifulle ved evaluering og planlegging av slik behandling pasientene per i dag tilbys. Den høye svarprosenten viser at pasientene er opptatt av kommunikasjonen med allmennlegene.

Allmennlegenes tanker rundt kommunikasjonen sier undersøkelsen ikke noe om. Videre studier av legers opplevelser ved å møte pasienter med spiseforstyrrelser vil være nyttig for å finne ytterligere faktorer

som kan optimalisere kommunikasjonen. Studier der begge aktørene i dialogen beskrives parallelt, ville trolig være spesielt nyttige og informative.

Vi takker Åse Minde, kunstpsykoterapeut og enhetsleder ved Spiseforstyrrelsespoliklinikken på Gaustad, Oslo universitetssykehus, for hennes brennende engasjement, hjelp og støtte i vårt forskningsprosjekt.

Tori Flaatten Halvorsen (f. 1965)

er spesialist i allmennmedisin, fastlege og overlege. Hun sitter i Helsedirektoratets arbeidsgruppe for Nasjonale faglige retningslinjer for utredning og behandling av spiseforstyrrelser. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Elin Olaug Rosvold (f. 1962)

er dr.med. og professor i allmennmedisin. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Birgit Johanne Rydså (f. 1958)

er spesialist i psykiatri og seksjonsoverlege. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Tove Skarbø (f. 1959)

er ph.d., psykologspesialist og forsker. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Ole Rikard Haavet (f. 1949)

er fastlege og førsteamanuensis i allmennmedisin. Han jobber særlig med ungdom. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

1. Skårderud F. Sterk – svak. Håndboken om spiseforstyrrelser. Oslo: Aschehoug, 2000.
2. Birmingham CL, Beumont P. Medical management of eating disorders: A practical handbook for health care professionals. New York, NY: Cambridge University Press, 2004: 19–23, 86–111.
3. Arcelus J, Mitchell AJ, Wales J et al. Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders. A meta-analysis of 36 studies. Arch Gen Psychiatry 2011; 68: 724–31.
4. Spiseforstyrrelsespoliklinikken. http://oslo-universitetssykehus.no/omoss/_avdelinger_/spiseforstyrrelser-spesialpoliklinikk (3.6.2014).
5. Eddy KT, Dorer DJ, Franko DL et al. Diagnostic crossover in anorexia nervosa and bulimia nervosa: implications for DSM-V. Am J Psychiatry 2008; 165: 245–50.
6. Helsedirektoratet. ICD-10. <http://helsedirektoratet.no/kvalitet-planlegging/helsefaglige-kodeverk/icd-10/Sider/default.aspx> (4.2.2014).
7. Helsedirektoratet. Helsefaglige kodeverk. <http://helsedirektoratet.no/kvalitet-planlegging/helsefaglige-kodeverk/icpc/Sider/default.aspx> (10.2.2014).
8. Jáuregui-Garrido B, Jáuregui-Lobera I. Sudden death in eating disorders. Vasc Health Risk Manag 2012; 8: 91–8.
9. Ogg EC, Millar HR, Pusztai EE et al. General practice consultation patterns preceding diagnosis of eating disorders. Int J Eat Disord 1997; 22: 89–93.
10. Mond JM, Myers TC, Crosby RD et al. Bulimic eating disorders in primary care: hidden morbidity still? J Clin Psychol Med Settings 2010; 17: 56–63.
11. Van Son GE, Hoek HW, Van Hoeken D et al. Eating disorders in the general practice: a case-control study on the utilization of primary care. Eur Eat Disord Rev 2012; 20: 410–3.
12. Halvorsen TF, Haavet OR, Rydså BJ et al. Pasienterfaringer med allmennlegers oppfølging ved alvorlig spiseforstyrrelse. Tidsskr Nor Legeforen 2014; 134: 2047–51.
13. Kaye WH, Weltzin TE, Hsu LK et al. Amount of calories retained after binge eating and vomiting. Am J Psychiatry 1993; 150: 969–71.

Mottatt 19.9. 2013, første revisjon innsendt 12.2. 2014, godkjent 1.9. 2014. Redaktør: Tor Rosness.