



Ingrid Hjalmers, vårdenshetsöverläkare, anorexi-bulimienheten, Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus, Göteborg ninni.hjalmers@vgregion.se

Kunskaper om anorexi måste nå fler

Teamarbete grund för helhetssyn – både kropp och själ ska behandlas

I I veckans nummer av Läkartidningen tar Jan Ejderhamn och medarbetare upp ett mycket viktigt ämne. I artikeln »Somatiska komplikationer vid anorexia nervosa hos barn och unga« beskriver de hur olika organ drabbas av svälten och de symptom som uppkommer. Det är angeläget att kunskap om medicinska komplikationer vid anorexi sprids i sjukvården [1, 2]. Som beskrivs i artikeln är många av de somatiska symptomen och komplikationerna reversibla vid adekvat viktuppgång, vilken således är en viktig första angreppspunkt i behandlingen.

Tillväxthämning är en av de allvarligaste komplikationerna; behandlingen måste därför initialt inriktas på just nutrition och viktuppgång. För att få information om längdtillväxten bör tillväxtkurvan från skolan beställas.

Ofta avspeglar sig svältens påverkan på kroppen inte i laboratorieanalyser, vilket kan få patienten att tro att det går att fortsätta äta restriktivt [3]: »Provsvaren är ju bra!« Den viktigaste »analysen« är dock vikten, och detta bör betonas för patienten.

Hjärtpåverkan med förlängd QTc-tid (korrigerad QT-tid) nämns i artikeln som en allvarlig komplikation. Detta ger anledning att begränsa den lågviktiga anorexipatientens fysiska aktivitet. Det är en grannliga uppgift för behandlande läkare att försöka få patient och föräldrar att förstå att idrott/skolgymnastik bör inskränkas eller uteslutas helt vid allvarlig viktnedgång.

Att få patienten att äta – det är den stora konsten

Sjukdomen är dramatisk och förenad med oro och ångest hos såväl patient som omgivning. Information om hur patienten bäst kan gå upp i vikt, samtidigt som stöd och hjälp med ångesthantering ges, är därför utomordentligt viktigt. Detta är en bas för de fortsatta psykoterapeutiska insatser som eventuellt kan behövas.

Inom psykiatri är kunskapen om somatiska komplikationer vid anorexi ofta liten, och som försvar för en mindre aktiv hållning hänvisas till hänsyn för patientens ångest.

»Jag kan inget om anorexi« sägs ofta av såväl psykiatrer som medicinare. Men bristande kunskap är inget försvarbart skäl att avstå från behandling inriktad på nutrition och viktuppgång.

Om patienten behöver sondnutrition [4] kan den utföras vid psykiatrisk slutenvårdsenhet, eftersom det psykologiska stöd som behövs bäst borde kunna

Sammanfattat

Bristande längdtillväxt, osteopeni/osteoporos, patologiska levervärden samt kardiella komplikationer är några faktorer som bör föranleda extra aktiv behandling vid anorexia nervosa för att få patienten till ökat näringsintag.

Bradykardi, hypotermi samt viktnedgång på 25 procent, vilket ungefär motsvarar BMI 14 hos en äldre tonåring, är kriterier för ställningstagande till slutenvårdsbehandling.

Om förloppet inte snabbt kan vändas i slutenvård med ökat näringsintag via vanlig mat och näringsdrycker bör sondnutrition övervägas.

Se även artikeln på sidan 2464 i detta nummer.

ges på sådan enhet. Det vore önskvärt att alla psykiatriska vårdavdelningar med anorexipatienter klarar detta! I andra hand bör vård kunna erbjudas på t ex medicinavdelning med intresse för denna patientgrupp [5].

I Ejderhamns och medarbetares artikel nämns att patienten ibland har svårt att äta normal mat. Detta är nog en underdrift. Så gott som alltid har patienten mycket svårt för normal mat,

och framför allt fett. Det är här den stora konsten ligger: att få patienten att äta mer än hon/han tänkt sig. Det kräver kunskap hos behandlaren vare sig vederbörande är sjuksköterska, sacionom, psykolog eller läkare. Alla yrkeskategorier måste kunna en del om mat, vikt och näringsinnehåll.

Tyvärr hör jag ofta att »det är inte psykologi eller barnpsykiatri att prata om maten, det får någon annan göra«.

Ovannämnda yrkesgrupper kan stödja patient och föräldrar genom att ge kunskap om hur man ökar matmängder samtidigt som man ger råd om ångestlindring framför allt i samband med

Det är här den stora konsten ligger: att få patienten att äta mer än hon/han tänkt sig. Det kräver kunskap hos behandlaren vare sig vederbörande är sjuksköterska, sacionom, psykolog eller läkare. Alla yrkeskategorier måste kunna en del om mat, vikt och näringsinnehåll.

måltider. Det är ofta förvånande för föräldrar att det är ganska stora kalorimängder som behövs för att få en kontinuerlig viktökning [6]. Ibland kan det av praktiska skäl finnas anledning att ge näringsdrycker.

Samverkan mellan soma och psyke

I ett långsiktigt terapeutiskt arbete behöver patienterna, åtminstone de äldre än 16 år, hjälp med att bearbeta dålig självkänsla och känsla av brist på kontroll av såväl emotioner som livet i allmänhet. Innan en viss viktuppgång skett har patienten dock inte tillgång till sitt känsloliv.

Det är visserligen bäst om patienten behandlas i öppenvård, men ofta väntar behandlande läkare för länge med att föreslå en mer heltäckande vård, såsom slutenvård eller dagvård. »Lägenhetsbehandling« för yngre patienter tillsammans med familj kan, vad jag vet, bara erbjudas i Stockholm och Lund.

Det är också viktigt att känna till de risker som kan finnas om en mycket lågviktig patient behandlas i öppenvård. Tid bör ägnas åt att skapa en allians med i första hand föräldrar (om patienten är ung) eller med patienten själv (om patienten är i övre tonåren) inför det svåra beslut som familj och patient behöver fatta om en mer intensiv vårdform än öppenvård.

Teamsamarbete är utomordentligt viktigt vid anorexibehandling. Läkare, dietist, psykolog och socionom samt sjuksköterska är viktiga teampersoner för att få till stånd en helhetsbehandling för både kropp och själ.

Förbättrad vård för patienter med anorexi kan åstadkommas dels genom att somatiker får mer kunskap om ångesthantering och i att ge stöd till föräldrar, dels genom att psykiatriskt skolade får mer kunskap om somatiska komplikationer och aktiv nutritionsbehandling.

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

annons

Referenser

1. Rome ES, Ammermaan S. Medical complications of eating disorders: An update [review]. *J Adolesc Health*. 2003;33:418-26.
2. Laird Birmingham C, Beumont P. Medical management of eating disorders. Cambridge: Cambridge University Press; 2004.
3. Swenne I. The significance of routine laboratory analyses in the assessment of teenage girls with eating disorders and weight loss. *Eat Weight Disord*. 2004;9:269-78.
4. Neiderman M, Farley A, Richardson J, Lask B. Nasogastric feeding in children and adolescents with eating disorders: Toward good practice. *Int J Eat Disord*. 2001;29(4):441-8.
5. Kascynski J, Denison H, Wiknertz A, Ryno L, Hjalmer N. Strukturerat vårdprogram gav gott resultat vid svår anorexia nervosa. *Läkartidningen*. 2000;97:2734-7.



I Läkartidningens elektroniska arkiv
<http://larkiv.lakartidningen.se>
är artikeln kompletterad med fullständig referenslista