



# Oversikt over forelesningen

- Hva er nytt i «Nasjonal faglig retningslinje for tidlig oppdagelse, utredning og behandling av spiseforstyrrelser» fra 2017?
- Hva er ansett som god utredning og behandling av spiseforstyrrelser, og hvordan skal samarbeid mellom psykiatri og somatikk organiseres?
- Når kan en spiseforstyrrelse sidestilles med en alvorlig sinnslidelse- og når i en bedringsprosess er ikke lenger vilkårene oppfylt? Basert på Høyesterettsdom fra 2015
- Vurdering av samtykkekompetanse ved alvorlig spiseforstyrrelse sett i lys av endringer i lovverket fra september 2017.
- Pasienterfaringer etter bruk av tvungent psykisk helsevern ved anoreksi. En kvalitativ studie ved Sigrid Bjørnelv overlege RKSF, 2013.

# Få fenomener utfordrer klinikere like mye som alvorlige spiseforstyrrelser..

- Det er stort frafall fra behandling og pasienter har ofte en vaklende motivasjon for å bli friske.
- Spiseforstyrrelse kan ses på som en form for selvforstyrrelse på linje med selvskading og rusmisbruk.
- Tilstandene kan vare i tiår- drømmer blir knust, liv og familier blir ødelagt og behandlingsresultatene er ikke gode nok
  - Ca 50% blir friske, ca 30 % delvis, ca 20% kronifiseres
- Dette er psykiatriens mest dødelige lidelse
  - Ca 20% av pasienter med anoreksi dør prematurt grunnet lidelsen
  - De fleste dødsfall er en følge av somatiske komplikasjoner
  - 20-40% av dødsfall hos anorektikere skyldes suicid.



«Det er krig i sinnet.  
Men kroppen er slagmarken.»

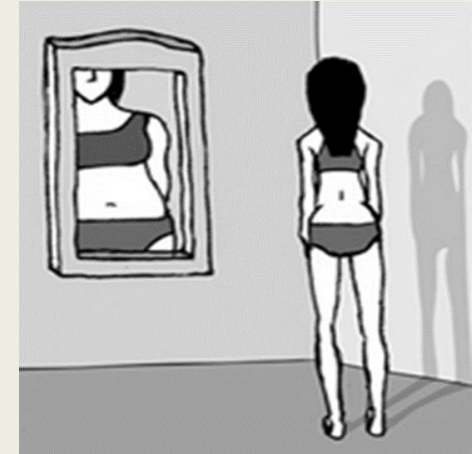
- «Å forholde seg til en person med anoreksi kan være som å famle rundt i en labyrint hvor den som ikke vil at du skal finne fram, er den som skal gi hint om veien»



*(«Anorektisk» ved forfatter Ingeborg Senneset)*

# Psykologisk mangelsykdom?

- Det handler om angst og skam, om mangel på språk for følelser. Om innoverrettet aggresjon som konkretiseres i en krig mot kroppen. Så konkret at noen mener «at vonde følelser sitter i fettet».
- Vi kan se på sykdommen som en selvforstyrrelse, på linje med rusavhengighet og alvorlig selvskading. Noen straffer seg selv ved å nekte seg selv mat, de fortjener det ikke. Noen ganger blir tankene realitetsbristende.
- Det er ofte identitetsproblematikk med et forvrengt kroppsbilde. Det er overopptatthet rundt tanker og følelser knyttet til kropp og mat. Selvbildet er basert på vekt og fasong.
- Mangel på evne til å tolke, regulere og utrykke følelser er vanlig. Når sulten tar tak forsterkes symptomer som er påfallende like kjernesymptomene ved sykdommen, som rigiditet, tvangstanker og tvangshandlinger. Det tenkes ofte svart-hvitt, alt eller ingenting..

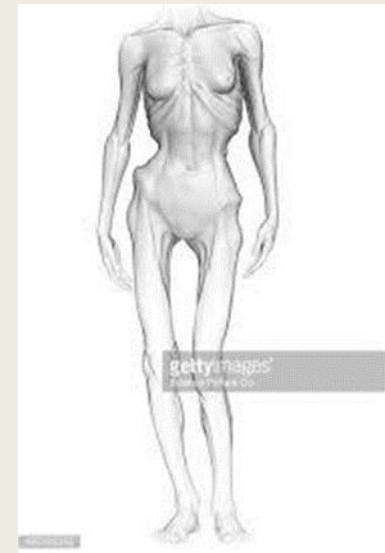


# Minnesotaeksperimentet eller «sultens psykologi»

I 1944 meldte 36 mannlige frivillige seg til å sulte inntil de hadde mistet 25% av sin kroppsvekt. Disse var pasifister som ville gi sitt bidrag til krigen, ved at legene lærte noe om hva soldatene tålte, og hva de minimum måtte ha av ernæring, vitaminer etc. I tillegg til et svært redusert kaloriinntak måtte de gå 35 km i uka.

Sultingen førte til en overopptatthet av mat, de snakket og drømte om mat. De fikk tvangstanker og -ritualer, følelsesmessig ustabilitet, nedstemthet, tap av seksuell lyst, sløvhet, tap av sultfølelse og for noen bisarr atferd.

En del av symptomene vedvarte en stund etter kroppsvekten var normalisert.



# Henvisning til poliklinisk behandling

- Pasienter med spiseforstyrrelse som har en stabil somatisk tilstand og mindre alvorlig undervekt, bør behandles poliklinisk, forutsatt at DPS/BUP har kompetanse til dette. Tidlig innsats gir best prognose!
- Ved starten av behandling i spesialisthelsetjenesten ved spiseforstyrrelser anbefales det behandling 1-2 ganger i uken vurdert ut fra alvorlighetsgrad.
- Ved forverring eller manglende bedring bør behandlingen ved poliklinikken intensiveres.
- Poliklinisk behandling av spiseforstyrrelser i spesialisthelsetjenesten bør ivareta både somatiske og psykologiske/psykiatriske sider ved sykdommen. Behandlingsansvarlig i spesialisthelsetjenesten er ansvarlig for at det er tydelig avklart hvem som følger opp pasienten somatisk.

# Utredning og behandling av spiseforstyrrelser i spesialisthelsetjenesten må være dobbeltsporet

- Pasienter med mistanke om spiseforstyrrelse bør utredes ved hjelp av klinisk intervju og anamneseopptak.
- Ikke glem somatisk anamnese inkludert måltidsanamnese og vektutvikling, og undersøkelse inkludert høyde og vekt, puls og blodtrykk. Lab prøver og EKG på indikasjon.
- Vurder somatiske differensialdiagnoser ift avmagring/vekttap
- obs risiko for å utvikle alvorlige somatiske komplikasjoner.
- I psykiatrisk utredning av voksne pasienter med potensiell spiseforstyrrelse i spesialisthelsetjenesten anbefales det å bruke **Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q)** ) som mål på omfanget av spiseforstyrrelsesymptomer og
  - **Clinical Impairment Assessment (CIA)** som mål på funksjonsnedsettelse.
  - I tillegg systematisk vurdering av psykiatrisk differensialdiagnoser og komorbiditet.





# Psykiatrisk differensialdiagnostikk

- Alvorlig depresjon, alvorlig OCD eller paranoide symptomer kan være årsak til redusert matinntak og vekttap.
- Rusmisbruk, spesielt med sentralstimulerende stoffer som har apettitsenkende effekt (amfetamin) kan gi et anoreksiliknende bilde.
- Nyere forskning viser at anoreksi i ungdomsår kan være ledd i prodromalsyndrom for psykoselidelse.
- Systematisk vurdering av psykiatrisk differensialdiagnostikk og komorbiditet er viktig, bruk gjerne strukturerte diagnostiske verktøy som MINI/SCID 1 og 2.



# Vanlige komorbide lidelser ved spiseforstyrrelser

- Nær 50% av alle med spiseforstyrrelser har også angst eller stemningslidelser. Vi ser en tredoblet risiko for **angstlidelse**, nær doblet risiko for **depresjon** og en firedoblet risiko for **selvskading**.
- Pasienter med **anoreksi** har overvekt av **unnvikende (23%) eller tvangspreget (22%) personlighetsforstyrrelse**. I tillegg har de ca 10 ganger økt risiko for **tvangslidelse (OCD)**. **Autismespekterlidelser** kan påvises hos ca 24% med kognitiv rigiditet, detaljfokus og nedsatt mentaliseringsevne som hovedproblematikk.
- 25% av pasienter med **bulimi** har også **diagnosen emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse**. Bulimikere har oftere **social angst og stemningslidelser inkl bipolaritet** enn anoreksipasienter. Nær 50% av bulimikere har **skadelig bruk av rus**. 15% av bulimikere har **ADHD** diagnose.
- Samsykelighet krever at behandlingen ikke bare omfatter spiseforstyrrelses-symptomer, men også evt andre psykiske lidelser. Det gir bedre prognose.

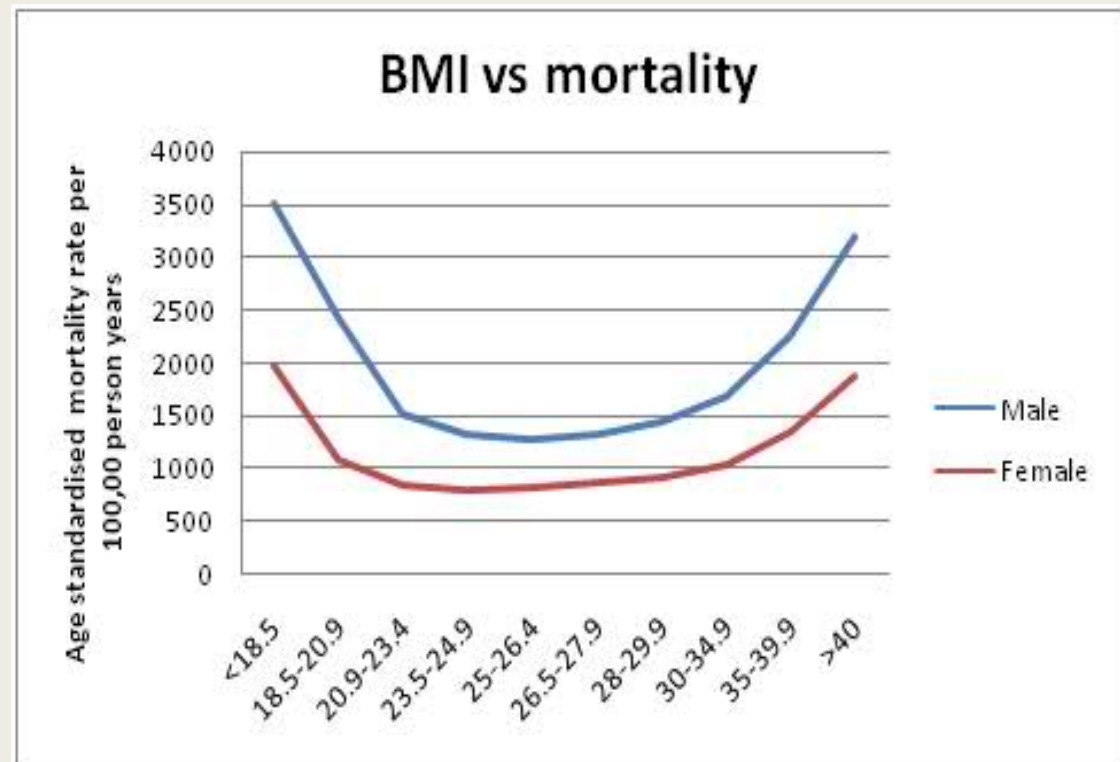
# Somatiske årsaker til stor vektnedgang/ avmagring som må vurderes/utelukkes tidlig:

- De viktigste gastrointestinale differensialdiagnosene er malabsorpsjonstilstander som for eksempel cøliaki, Crohns sykdom og ulcerøs kolitt
- Maligne sykdommer, hjernesvulst eller langvarig infeksjon (feks Tuberkulose) kan også gi symptomer som minner om anorexia nervosa
- De viktigste endokrinologiske diff diagnosene er thyreotoksikose, hypofysesvikt og binyrebarksvikt samt diabetes type 1
- **En pasient med både diabetes type 1 og alvorlig spiseforstyrrelse er en sjelden, men farlig kombinasjon som må følges tett i spesialisthelsetjenesten i et formalisert samarbeid mellom somatikk og psykiatri.**
- En studie over 10 år viser at 34,8% av pasientene med denne kombinasjonen døde i observasjonstiden, mot 6,5% av de med anoreksi og 2,5% av de med ren diabetes. (Diabetes Care 2002)



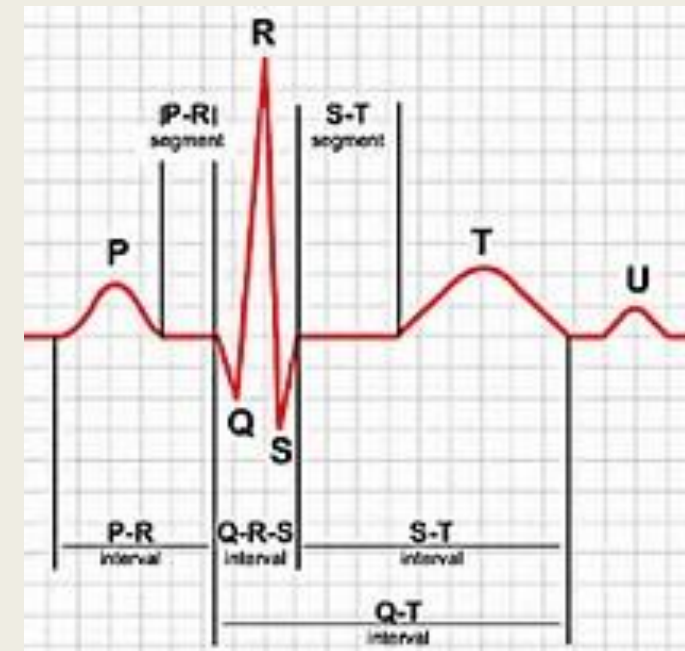
# BMI sett opp mot risiko for alvorlige somatiske komplikasjoner

- <17,5: krav for diagnose anoreksi
- <15 moderat risiko
- <13 høy risiko
- <11 ekstrem risiko



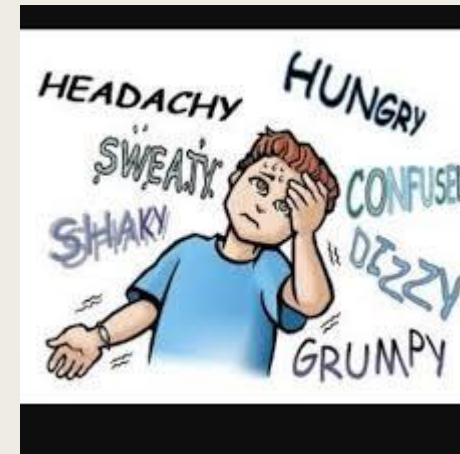
# EKG forandringer typiske ved anoreksi

- De fleste dødsfall hos anorektiske pasienter skyldes hjertestans.
- Vi ser unormaliteter knyttet til EKG hos 86% av pasienter med anoreksi.
- De vanligste er
  - T-bølge forandringer (knyttet til hypokalemi)
  - Bradykardi (puls <50, alvorlig <40)
  - Forlenget QT tid (>450ms)
  - Arytmi



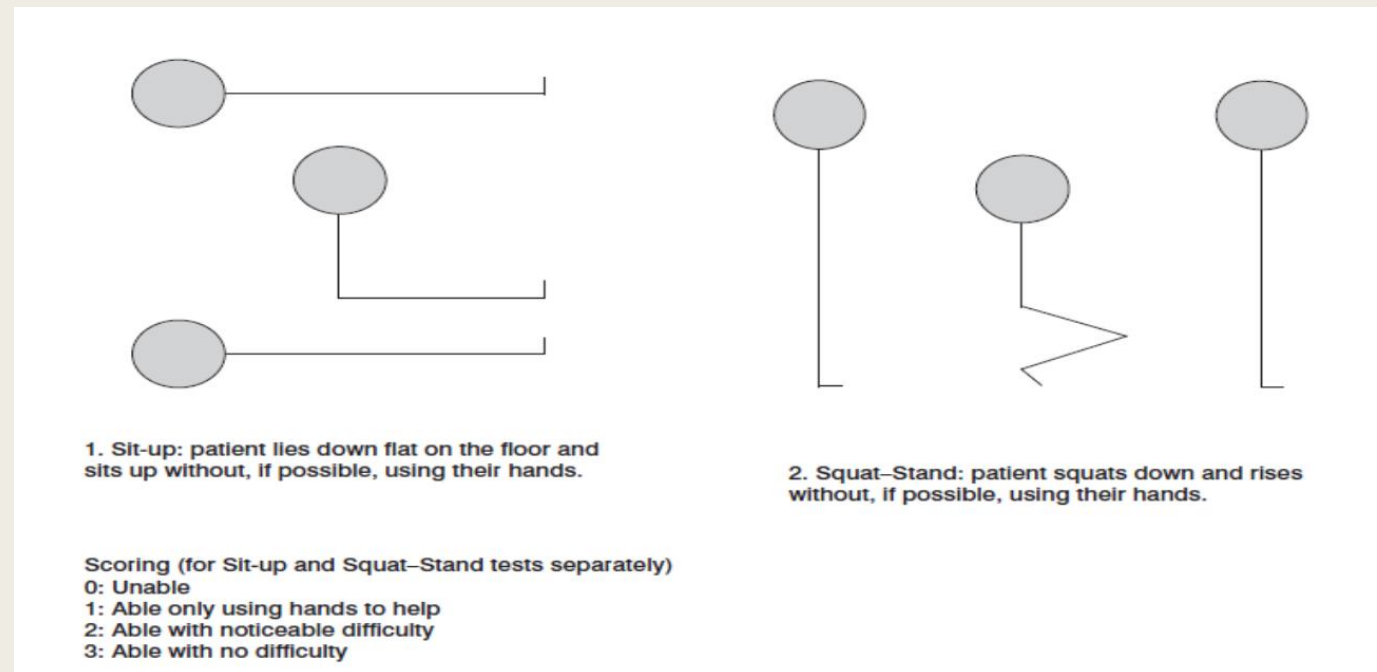
# Forventede blodprøveavvik ved visse tilstander:

- Sulting: hypoglykemi.
- Brekninger: hypokalemi, syre/baseforstyrrelser
- Overdrevent vanninntak: hyponatremi
- Misbruk av diuretika: hypokalemi, hyponatremi
- Tyroksinmisbruk: økt fT4, fT3, senket TSH
- Benmargshypoplasi: Leukopeni, normocytisk anemi
- Reernæringssyndrom: hypofosfatemi, hypomagnesemi, hypokalsemi, hypokalemi
- Proximal myopati: økt CK (kreatin kinase) og forhøyede leverfunksjonsprøver.



# Proksimal myopati: Indikasjon på alvorlig underernæring og et klart behov for medisinsk reernæring.

- Muskelsvakhet sekundært til protein/energiunderernæring som viser seg først i bekken/skulderområdet, muskler i hodet, nakke og ansikt. Kan gi vanskeligheter med å reise seg uten støtte eller gå i trapp. Eksempel på enkle tester:



# Indikasjon for innleggelse somatisk avd

- BMI <11 (livstruende avmagring) pga svært høy risiko for reernæringsyndrom (RES).
  - Høy risiko for RES av andre årsaker
    - Rask vektnedgang > 1 kg/ uken over tid fra et lavt utgangspunkt
    - Gått ned 30 % av kroppsvekt siste 3 mnd
    - Kaloriinntak <500 kcal daglig siste 2 uker eller
    - Spist nær sagt ingenting siste 5 dager.
  - Alvorlig hypoglykemi (s-glukose <2,8, kramper eller bevissthetstap)
  - Alvorlig bradykardi, hypotensjon eller tegn på akutt hjertesviktutvikling
  - Nøytropeni (nøytrofile granulocytter < 0,4 grunnet høy risiko for infeksjon)
  - Alvorlige elektrolyttforstyrrelser som nødvendiggjør iv- tilførsel og skopovervåkning
    - Hypokalemi alvorlig grad (s-Kalium < 2,5 )
    - Hypofosfatem i alvorlig grad (S-fosfat <0,5)
- Obs: pulsøkning eller fosfatfall kan være første tegn på overbelastning.**





# Behandling for somatiske komplikasjoner er reernæring!



- For reetablering av regelmessig menstruasjon
- Som grunnleggende behandlingen ved påvist redusert bentetthet
- For å bedre kognitiv svikt som er oppstått grunnet sult.
- For normalisering av elektrolytter, puls, arytmier, benmargsdepresjon med påfølgende anemi og infeksjonstendens
- Målvekt for behandlingen er BMI 20-25 med regelmessig menstruasjon (for jenter)

# Kontrollert reernæring

- Alle pasienter med anoreksi skal ha egen kostplan, uansett hvilket behandlingsnivå. Denne skal være ernæringsmessig og kalorimessig sammensatt ihht pasientens behov og må oppdateres jevnlig sett i lys av vektøkning og evt somatiske komplikasjoner.
- **Ernæringsfysiolog med kunnskap om anoreksi skal være en del av pasientens team uansett behandlingsnivå i spesialisthelsetjenesten.**
- Basert på blodprøvesvar og kunnskap om somatiske følger av anoreksi vurderes behov for kosttilskudd og næringsdrikker.
- Regelmessig veiing er nødvendig for somatisk oppfølging og for å monitorere bedring. Det må brukes samme vekt, samme tid på døgnet, om lag samme klær for å unngå diskusjoner om vekt som viser feil.
- Hyppighet av veiing bestemmes av pasientens grad av vekttap. Det tilstrebes en **reduksjon av undervekt** på 0,5-1,5 kg/uka



# Indikasjon for innleggelse på døgnpost

- Det anbefales å vurdere henvisning til døgnbehandling for pasienter med anoreksi ved stort vekttap på kort tid eller med alvorlig undervekt (BMI <15) og/eller ustabile somatiske parametre
- Det anbefales døgnbehandling for pasienter med bulimi ved høy frekvens av overspising, oppkast og andre kompensierende strategier som gir alvorlige somatiske komplikasjoner, og hvor poliklinisk behandling ikke har ført frem.
- Sammenbrudd i omsorgssituasjonen hvor familien ikke makter å ivareta pasienten, eller ta ansvaret for å sikre at pasienten spiser tilstrekkelig, er en sekundær indikasjon for henvisning til døgnbehandling, spesielt av unge.
- Ved manglende effekt av poliklinisk behandling bør døgnbehandling vurderes som en del av en mer intensivert behandling.
- Det forutsettes at det finnes kompetanse og rammer for behandling av pasienter med spiseforstyrrelser ved døgnenheten. Det er dessverre lite behandlingsforskning på døgnbehandling.

# Indikasjon for innleggelse akuttpsykiatrisk avdeling når:

- Poliklinisk behandling og evt frivillig døgninnleggelse er forsøkt uten ønsket bedring grunnet manglende sykdomsinnsikt, samarbeidsevne eller alvorlighet av den «anorektiske drive».
- Det vurderes juridisk grunnlag og behov for rammene av tvungent psykisk helsevern og evt tvangsernæringsvedtak-
- eller den somatiske tilstanden krever at pasienten er på sykehus med rask tilgang på somatiske undersøkelser og tilsyn, uten at den er så alvorlig at den krever innleggelse i somatikken.
- Ved midlertidige overføringer til somatisk avdeling i perioder med økt somatisk risiko er psykiatrisk avd ansvarlig for alle nødvendige vedtak i forbindelse med evt behov for tvangsernæring, individuell terapi og miljøterapeutiske rammer for å hindre unnvikelse og sikre trygg gjennomføring av reernæring



# Eksempel på prosedyre for pasient med alvorlig anoreksi innlagt akuttpsykiatrisk

- Måltidet tilberedes av personal nøyaktig og basert på gjeldende kostliste.
- Miljøpersonal har tilsyn kontinuerlig under måltid og minst en time i etterkant mens pasienten hviler.
- Det skal ikke brukes mer enn 30 min per måltid
- Dersom ikke pasienten fullfører måltidet, gis 15 min til å innta ernæringsdrikk med tilsvarende mengde kcal som ikke er spist.
- Dersom ikke måltidet fullføres og tilstanden er alvorlig – kan sondeernæring vurderes som siste utvei (obs dette må baseres på samtykke eller tvangsernæringsvedtak.)
- BMI 10-13 – somatisk stabilisering, ikke fysisk aktivitet, utgang i rullestol
- BMI 14-16 – Tur ut i 30 min i rolig tempo daglig, kan delta i rolig yoga eller kroppsbevissthetsgruppe/ tilpasset fysisk aktivitet
- Tydelige rammer gir trygghet både for pasient og personal, og bedre vektutvikling pga redusert risiko for unnvikelse.

# Forutsetning for god behandling av spiseforstyrrelser:

- Utredning og behandling for spiseforstyrrelser forutsetter tilstrekkelig kompetanse på spiseforstyrrelser, og rammer og ressurser til å gjennomføre behandlingen.
- I dag- og døgnenheter er det også viktig at de fysiske rammene og det miljøterapeutiske tilbudet, inklusive rammer rundt måltider, er tilpasset behovet.
- Psykiatrisk behandling av pasienter med spiseforstyrrelser vil alltid måtte være en kombinasjon av konkrete atferdstiltak rettet mot reduksjon av spiseforstyrrelsessymptomene og terapeutisk intervensjon rettet mot underliggende og vedlikeholdende psykologiske faktorer med fokus på vektnormalisering.
- Behandlingen kan være individuell eller i gruppe, og gis som poliklinisk behandling, dagbehandling eller døgnbehandling etter risikovurdering.
- Tett somatisk oppfølging er helt nødvendig. For pasienter med alvorlig spiseforstyrrelse anbefales et formalisert samarbeid mellom psykiatri og somatikk uavhengig av alder, innleggelse eller poliklinisk oppfølging.

# Anbefalt psykoterapeutisk behandling

- Anbefales å bruke en strukturert terapeutisk metode med fokus på kjernesymptomer og tankemønstre som vedlikeholder spiseforstyrrelser. I tillegg må man ta i betraktning evt komorbide lidelser og tilpasse terapien til riktig tid i behandlingen.
- Ekstremt undervektige som har klar forverring av kognitiv funksjon som en direkte følge av lav vekt bør reernæres til bedring før oppstart terapi
- Flere tilpassede terapeutiske metoder kan velges, feks:
  - **Kognitiv terapi**, spesielt anbefalt ved bulimi.
  - **Mentaliseringsbasert terapi**
  - **MANTRA** (Maudsleys Model of Anorexia Nervosa Treatment for adults.)
- **Familieterapi** er en sterk anbefaling spesielt hos unge pasienter.
- **Psykoedukasjon** og undervisning om ernæring og somatiske komplikasjoner er svært viktig, både for pasient og pårørende.
- Det må være et mål i terapien å etterhvert få pasienten til å fokusere utover, heve blikket og bli engasjert i noe utenfor seg selv.



# Psykofarmakologisk behandling

- Antidepressiva anbefales ikke brukt på indikasjon anoreksi.
- Antipsykotika anbefales ikke brukt på indikasjon anoreksi
- Oppsummert forskning viser at bruk av **fluoxetin** for pasienter med **bulimi** (>16 år) har signifikant effekt på en rekke relevante utfallsmål som remisjon, klinisk forbedring, nedgang i overspising og mindre oppkast. Fluoxetin kan derfor brukes ved indikasjon på bulimi også uten depressive symptomer. Dosering må ofte ligge høyt, mot 60 mg daglig.
- Pasienter som har komorbid depresjon, angst, OCD eller andre psykiske lidelser skal tilbys behandling etter gjeldende retningslinjer for disse tilstandene.



# Rettslig grunnlag for behandling av spiseforstyrrelser

- Som hovedregel skal helsehjelp for spiseforstyrrelser gis frivillig på grunnlag av et gyldig samtykke, jf. [psykisk helsevernloven § 2-1](#) og [pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4](#).
- Kun ved alvorlige spiseforstyrrelser er det aktuelt å vurdere om det er faglig og rettslig grunnlag for bruk av tvang i behandlingen.
- For at samtykket skal være gyldig, må pasienten ha fått nødvendig informasjon om sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Videre er det et krav for at samtykket skal være gyldig, at pasienten har samtykkekompetanse.



# Spesielt for pasienter <16 år:

- De behandles på foreldresamtykke. Dette dekker innleggelse og ernæring/ behandling mot barnets samtykke. Ved behov for tvangsmidler for gjennomføring av ernæring må det fattes vedtak etter § 4-8.
- Dersom foreldrene ikke samtykker til nødvendig behandling og situasjonen er alvorlig må det vurderes om det foreligger opplysningsplikt til barneverntjenesten. (Ref Valdressaken)



# Vilkår for bruk av tvungent psykisk helsevern

- Hovedvilkåret for vedtak om tvungent psykisk helsevern er at pasienten har en "**alvorlig sinnslidelse**". Begrepet er juridisk, ikke medisinsk- og omfatter i hovedsak psykotiske tilstander. Også andre tilstander kan etter en konkret vurdering omfattes av vilkåret. Dette vil være tilfeller hvor sykdommen får **så store konsekvenser for pasientens funksjons- og realitetsvurderende evne at tilstanden kan sidestilles med en psykosetilstand**. Et eksempel kan være alvorlige spiseforstyrrelser.
- Ved den konkrete vurderingen av om tilstanden omfattes av lovens begrep, må det legges vekt på pasientens **atferdsmønster, situasjonsforståelse, sykdomsinnsikt, mestringsevne** og eventuelle andre psykiske symptomer. I tillegg kan det legges vekt på **sykdommens alvorlighetsgrad** og **varighet**.



# Forts tvungent psykisk helsevern...

- Det må også vurderes om institusjonen er faglig og materielt i stand til å tilby pasienten tilfredsstillende behandling og omsorg.
- Det må foretas en konkret vurdering av om pasienten kan få et egnet tilbud for spiseforstyrrelsen ved institusjonen.
- Er frivillighet forsøkt? Har pasienten fått **adekvat** frivillig behandling?
- Ren reernæring uten behandling for den psyiske lidelsen er ikke vurdert tilstrekkelig eller adekvat hverken når det gjelder frivillig eller tvungen behandling.

# Når kan alvorlig spiseforstyrrelse sidestilles med en alvorlig sinnslidelse?

- BMI?
- Somatikk?
- Psykose?
- Kognitiv svikt?
- Totalvurdering!
  - *Atferdsmønster,*
  - *situasjonsforståelse,*
  - *sykdomsinnsikt,*
  - *mestringsevne,*
  - *andre symptomer,*
  - *sykdomsgrad og varighet*



# Tilleggsvilkår

- Farevilkåret kan være oppfylt i akutfasen
  - *Men på lengre sikt?*
- Behandlingsvilkårets både positive og negative side vil stort sett være oppfylt når tilstanden er så alvorlig at hovedvilkåret er oppfylt

# Vurdering av samtykkekompetanse

- Fra 1. september 2017 er det som kjent et vilkår for bruk av behandlingkriteriet i tvungent psykisk helsevern at pasienten mangler samtykkekompetanse, jf.  
[Pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3.](#)
- Dersom pasientens spiseforstyrrelse er så alvorlig at vilkåret om alvorlig sinnslidelse er oppfylt, vil ofte tilleggskriteriet om fare for eget liv eller helse også være oppfylt, spesielt i akuttfasen. Men dette argumentet blir vanskeligere å bruke etterhvert som pasienten går opp i vekt og får en mer stabil somatisk tilstand.
- I lovens forarbeider er det lagt til grunn at pasienter som på grunn av spiseforstyrrelse anses å ha en alvorlig sinnslidelse og ønsker å redusere eller ikke øke næringsinntaket med overhengende fare for livstruende eller vesentlig somatisk helseskade, **som hovedregel må anses å mangle samtykkekompetanse.**  
[Prop. 147 L \(2015-16\)](#)

# Videre fra lovens forarbeider:

- Når det gjelder spiseforstyrrelser, la utvalgets flertall til grunn at unnlatelse av å gi helsehjelp til personer med en «[spiseforstyrret motivasjon](#)» for et næringsinntak som er så lavt at det kan føre til varig somatisk skade vil føre til for store menneskelige kostnader.
- På denne bakgrunn mente flertallet at en person som tar en «[spiseforstyrret beslutning](#)» om å redusere eller ikke øke næringsinntaket ved overhengende fare for somatisk helse, som hovedregel må regnes ikke beslutningskompetent.
- Departementet viser også til en [Høyesterettsdom fra 2015](#).



# Høyesterettsvurdering fra 2015

- I saken fra 2015 fant Høyesterett utvilsomt at pasienter med alvorlig anoreksi i enkelte tilfeller kan ha en sykdom som må karakteriseres som en alvorlig sinnslidelse med utgangspunkt i at pasienten – etter en totalvurdering av de konkrete omstendighetene – har en tilstand som kan likestilles med en psykose
- Ved denne vurderingen mente Høyesterett det var grunn til å feste særlig oppmerksomhet ved pasientens evne til å foreta en realistisk vurdering av slike forhold som eget utseende, kroppens vekt og fungering og de helsemessige konsekvensene av å innta mindre næring enn det som er nødvendig.



# Forts høyesterettsdom

- Har pasienten tilsynelatende en form for innsikt i sin anoreksi og dens konsekvenser, vil evnen til å innrette seg etter dette stå sentralt. Det ble vist til at den "anorektiske drive" (eller en spiseforstyrret motivasjon) kan være så sterk at pasienten "handler på anoreksien" istedenfor de objektive kjennsgjæringer, selv om dette kan få dramatiske konsekvenser. Slike pasienter kan oppleve at det i dem utkjempes en form for indre "krig", og at det i dårlige perioder er sykdommen som "vinner". Vrangforestillingene om egen kropp og dens behov får da forrang, og tilstanden kan likestilles med psykose.
- Det følger av dette at det ved vurderingen av hovedvilkåret mer er styrken av den «anorektiske driven» som vektlegges, fremfor BMI og andre somatiske komplikasjoner.

# Relevante momenter ved vurdering av samtykkekompetanse: FARV

- **F:** Evnen til å forstå informasjon som er relevant for beslutning om helsehjelp.
  - *Her fremstår pasienten med spiseforstyrrelse ofte med utmerket forståelse.*
- **A:** Evnen til å anerkjenne informasjonen i sin egen situasjon, spesielt knyttet til sin egen lidelse og mulige konsekvenser av de ulike behandlingsoalternativene (sykdomsinnsikt)
  - *Tilsynelatende god, (men svikter ofte når det skal omsettes i handling)*
- **R:** Evnen til å resonnerer med relevant informasjon i en avveining av de ulike behandlingsoalternativene
  - *-tilsynelatende god*
- **V:** Evnen til å uttrykke valg
  - *Tilsynelatende god, (men i praksis ofte en enorm ambivalens)*

# Forskjeller fra andre psykiske lidelser

- Ved anoreksi er pasientens samtykkekompetanse bare påvirket (eller tvilsom) innenfor et smalt område, nemlig ernæring og kroppsopplevelse. Den medisinske faren er ofte ikke ansett som nærliggende.
- Disse pasientene fremstår velkledd og velformulert, med en rasjonell forklaring på sine valg, og uttrykker sjelden et ønske om å dø. Det kan også være vanskelig å skille symptomene fra mer kulturelle normer som sunnhet, trening etc
- Det stilles også spørsmål om vi ikke, fordi den kognitive forstyrrelsen forsvinner ved vektøkning, er forpliktet til å behandle dem til den kognitive forstyrrelsen er forsvunnet slik at de er i stand til å ta rasjonelle avgjørelser i forhold til sin helse

# Mental kapasitet i forhold til å kunne samtykke til behandling av anoreksi (British journal of psychiatry 2016)

- En sultende hjerne medfører redusert kognisjon og mental kapasitet.
- Ved bruk av MacCAT-T ( spørreskjema for vurdering av samtykkekompetanse) var resonnering og forståelse normal. Viktig å ha fokus på anerkjennelse av sykdom (dvs sykdomsinnsikt) og evne til å følge opp behandling. Redusert evne til anerkjennelse lite korrelert til BMI, men sterkt korrelert til alexitymi.
- Mental kapasitet er redusert hos 1/3 av pasienter med anoreksi, assosiert med lav BMI (43% av de med BMI <15, 17% av de med BMI >15), lav sosial fungering, problemer med set-shift og tidligere behandling av anoreksi.
- Pasientene blir preget av «vrangforestillingen» om nødvendig matinntak og reell kroppsstørrelse, av og til med klart forstyrret realitetsoppfatning. Klarer ikke å anerkjenne risiko for død. Viser nedsatt innsikt i sykdommens farer gjennom handling.
- I vurderingen av samtykkekompetanse ved anoreksi burde man i tillegg hatt et punkt vedrørende fravær av patologiske faktorer? (feks: «det å være tynn er viktigere enn alt»)

# Nevropsykologiske vansker ved anoreksi

- Vansker med set-shift (skifte av ståsted eller strategi) gir økt rigiditet
- Dårlig sentral coherens (tendens til å fokusere på detaljer heller enn fremtidige fordeler ved å bli frisk)
- Sterk ambivalens som gir nedsatt evne til å ta valg
- Anoreksien blir en del av personlighetsidentiteten når den får stå lenge ubehandlet, og kan påvirke verdsetting av liv og død anneredes enn personen gjorde som frisk.
- Endringer i belønningssystemet spiller en rolle i det det å ikke spise blir en måte å modulere emosjonelt stress.
- I senere stadier kan denne atferden bli habituell og refraktær mot endring, noe som forsterkes ved den økte rigiditet og tvangsmessighet vi ser ved undervekt.
- Tidlig god behandling med høy nok intensitet over lang nok tid gir bedre prognose på sikt.

# Hvor lenge kan hovedvilkåret sies å være oppfylt?

- Personer med en kronisk psykose kan anses å ha en alvorlig sinnslidelse i lovens forstand også i symptomfrie perioder dersom fraværet av symptomer settes i sammenheng med antipsykotisk medikasjon.
- Høyesterett uttalte i tidligere nevnte sak at næringstilførsel til personer, hvor anoreksien dominerer tanke- og følelseslivet på en slik måte at den må regnes som en alvorlig sinnslidelse, var sammenlignbart med medisinerer med antipsykotiske medikamenter. I begge tilfeller dempes, eller fjernes, symptomer uten at grunnlidelsen dermed nødvendigvis blir borte.
- Dette innebærer at vilkåret om alvorlig sinnslidelse kan være oppfylt også hvor undervekten og derved den somatiske risikoen reduseres, så lenge grunnlidelsen/ den «anorektiske driven» består.
- I den konkrete saken hadde tvungent psykisk helsevern vart i ca. ett år på domstidspunktet, og pasienten hadde en BMI på ca 18, men fare for tilbakefall var vurdert stor.



# TPH uten døgn

- Kan være et alternativ også her- ingen forskjell på anoreksi og andre alvorlige sinnslidelser.
- For noen er det bra å unngå lange kontinuerlige døgninnleggelser- det er da et alternativ å opprettholde tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold med intensiv poliklinisk oppfølging og lav terskel for reinnleggelse ved vektfall.
- Noen ønsker å være på § 3-3 fordi «noe i meg er sterkere enn meg selv»
  - *Har de eller mangler de samtykkekompetanse?*
  - *Kan man se for seg å bruke §2-2 ved innleggelse i disse tilfellene? (skriftlig samtykke til å underkaste seg reglene i §3-3 inntil 3 uker)*

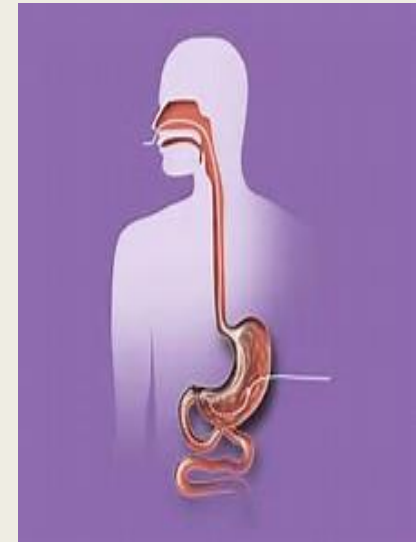


# Tvangsernæringsvedtak i hht § 4-4b i PHVL

- Som ledd i behandling av pasient med alvorlig spiseforstyrrelse, kan det gis ernæring uten eget samtykke såfremt dette fremstår strengt nødvendig.
- Frivillighet må være forsøkt eller åpenbart formålsløst.
- Legeundersøkelse må foretas i direkte tilknytning til at vedtaket skal fattes.
- Vilkår om manglende samtykkekompetanse gjelder ikke ved nærliggende og alvorlig fare for eget liv. Forøvrig vurderes dette som beskrevet ovenfor. Vedtakets varighet er 3 uker.
- Behandlingen må være klart i overensstemmelse med forsvarlig klinisk praksis, gi tilstrekkelig effekt og være en del av et helhetlig behandlingsopplegg med individualterapi og miljøterapi. Dette stiller krav til kompetansen ved institusjonen som skal ha ansvar for tvangsvedtaket.
- Tvungen næringstilførsel må fremstå som strengt nødvendig for å være lovlig. Dette innebærer imidlertid ikke at kun de rene nødrettssituasjoner omfattes. Det gis mulighet for å vedta planmessig ernæringstilførsel i et helhetlig behandlingsopplegg i en lengre periode. Ernæring uten pasientens samtykke kan fremstå strengt nødvendig av hensyn til videre prognose også utover de situasjoner hvor pasienten er utenfor livsfare.

# Sondeernæring som siste utvei..

- Konsulter ernæringsfysiolog for type, mengde og behov for tilsetninger av lipider, vitaminer, elektrolytter etc
- Ventrikkelsonde må settes på forsvarlig vis, og det må kontrolleres at den ligger i magesekken, ikke i luftveiene - og det bør vurderes om den skal ligge mellom måltider eller settes ned hver gang det er behov.
- Sondeernæringen bør helst gis til vanlige måltidstider med kontinuerlig tilsyn under måltid og i hviletiden i etterkant.
- Dersom pasienten fysisk motsetter seg sondemat tross gyldig tvangsmedisineringsvedtak må vedtak om fastholding § 4-8 fattes hver gang om dette er nødvendig.



# Bruk av tvang i forbindelse med reernæring i somatisk avdeling

- Om en pasient med alvorlig spiseforstyrrelse innkommer direkte til somatisk avdeling og motsetter seg behandling utover det som dekkes av øyeblikkelig hjelp §7 i Helsepersonelloven- må vedkommende henvises til tvungent psykisk helsevern i psykiatrisk avdeling.
- Pasienten kan paragrafvurderes og ha sitt opphold i somatisk avdeling så lenge det er behov for dette, men faglig ansvarlig for TPH og evt tvangsernæringsvedtak og nødvendige miljøterapeutiske tiltak under/ etter måltid for å hindre unnvikelse ligger hos psykiatrisk avdeling.
- Ansvar for forsvarlig somatisk overvåkning, prøvetaking, vurdering av ernæring og somatisk behandling ligger hos somatisk avdeling.
- §4a i pasientrettighetsloven om behandling av somatisk sykdom mot samtykke ved manglende samtykkekompetanse avgrenses mot psykisk lidelse og dekker ikke anoreksibehandling mot samtykke.
- Dette krever formalisert samarbeid somatikk/psykiatri



# Pasienterfaringer med tvungent psykisk helsevern for anoreksi, en kvalitativ studie ved Sigrid Bjørnelv, overlege RFKS, 2013

- 11 pasienter innlagt for alvorlig anoreksi underlagt TPH i perioden fra 2003-2013 hvorav 8 deltok i etterundersøkelse med intervju. 1 var død på dette tidspunktet, 1 svarte ikke på henvendelsen, 1 mente det var for tidlig.
- Funn ved oppfølging:
  - 6 friske, alle i jobb eller skole uten videre oppfølging fra psykisk helsevern
  - 1 alvorlig syk, uføretrygdet, kommunal omsorg
  - 1 med lette symptomer, uføretrygdet, poliklinisk oppfølging
- dvs mange har fått god bedring både i symptomer og funksjon etter langvarig alvorlig spiseforstyrrelse der tvungen behandling har vært vurdert nødvendig.
- Forløpet er ikke dårligere enn ved frivillig behandling.
- Opplevelsen av tvang varierer. Sykdomsinnsikt etter bedring synes å bidra til et positivt syn på tvang som et mulig alternativ.
- Pasientenes tanker i ettertid: Tvang er et nødvendig alternativ. Det var livreddende for meg. Viktig for endring. Må utøves med respekt. Det må ikke være tvang på alt!

# Vil du vite mer?

- Anbefaler «**Emma wants to live**» (YouTube dokumentar): Emma er 18 år og klarer ikke å spise mat. Hun er rammet av anoreksi, og bestemmer seg for selv å dokumentere hvordan sykdommen tærer på kroppen hennes. Nederlandsk dokumentar fra 2017.
  - Sterk film som anbefales for alle som vil forstå mer av denne kompliserte tilstanden.
  - Boken «Anorektisk» fra 2017 av Ingeborg Senneset er en selvbiografisk bok om tiden der forfatteren var syk av anoreksi. En god beskrivelse fra innsiden.
- 
- Takk for oppmerksomheten!

# Referanser

- Nasjonal faglig retningslinje for tidlig oppdagelse, utredning og behandling av spiseforstyrrelser, Helsedirektoratet 2017
- MARSIPAN 2014 (Management of Really Sick Patients with Anorexia Nervosa, 2nd edition College report CR189)
- Lov om Psykisk helsevern med forskrifter fra 1. sept 2017- spesielt vedrørende vurdering av samtykkekompetanse samt lovens forarbeider PROP 147L
- Lov om Pasient-og brukerrettigheter
- Kontrollkommisjonskonferansen arrangert av Helsedirektoratet 2017
- Høyesterettsdom [HR-2015-1752-A \(domstol.no\)](https://domstol.no/HR-2015-1752-A)
- Pasient og Brukerrettighetsloven, Helsepersonellloven, Lov om spesialisthelsetjenesten
- “Mental capacity to consent to treatment in anorexia nervosa”: explorative study BMJPsych online mars 2016 (includes MacCAT-T)
- «Tvungen behandling ved spiseforstyrrelser-Forløp og pasienters erfaring» Sigrid Bjørnelv RKFS 2013