

**Tjenestetilbudet til pasienter med spiseforstyrrelser: En
nasjonal kartlegging i primær- og spesialisthelsetjenesten**

Jan H. Rosenvinge og Gunn Pettersen

Tjenestetilbudet til pasienter med spiseforstyrrelser: En nasjonal kartlegging i primær- og spesialisthelsetjenesten

Retningslinjer for behandling av spiseforstyrrelser fremmer kompetanse, men er ikke tilstrekkelig kjent. Samarbeidsrelasjoner oppleves dårligere i behandling av spiseforstyrrelser enn i annen pasientbehandling.

Forfatterne har utført undersøkelsen på oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet, Avdeling for psykisk helse. Den foreligger som rapport til direktoratet per april 2005, og publiseres med oppdragsgiverens tillatelse

Spiseforstyrrelser omfatter diagnosene anorexia nervosa og bulimia nervosa, med undergrupper basert på subkliniske og atypiske varianter av disse diagnosene. Spiseforstyrrelser kjennetegnes av symptomer som selvpåført vekttap, overspising, oppkast eller andre vektkontrollstrategier. Mange pasienter med spiseforstyrrelser har problemer med adekvat affektregulering, selvbilde samt mellommenneskelige relasjoner og sosial fungering (Fairburn, Cooper & Shafran, 2003). I mange tilfeller ser man samsykelighet knyttet til angst, depresjon og personlighetsforstyrrelser (Braun, Sunday & Halmi, 1994; O'Brien & Vincent, 2003; Rosenvinge, Martinussen & Østensen, 2000; Skårderud, Rosenvinge & Gøtestam, 2004). Etiologien er ukjent, men regnes for å være multifaktoriell knyttet til biologi, psykologi og kultur (Skårderud et al., 2004). Sykdomsforløpet kan variere fra noen måneder til flere år, og om lag 20–25 % har et dårlig sykdomsforløp (Keel & Mitchell, 1997; Strober, Freeman & Morrell, 1997).

Prevalensen av spiseforstyrrelser i den generelle befolkningen er lavere enn ved mange andre psykiske lidelser. Både prevalens og insidens er relativt stabil (Fombonne, 1995, 1996) og er mest konsentrert til unge kvinner. Et nøkternt estimat tilsier at om lag 50 000 norske kvinner fra 15 til 45 år har en behandlingstrengende spiseforstyrrelse (Rosenvinge & Gøtestam, 2002). Sammenliknet med andre psykiske lidelser kan somatiske komplikasjoner være omfattende og bidra til en høy standardisert mortalitetsrate (Nielsen, 2001; Sullivan, 1995).

Mange med spiseforstyrrelser utsetter eller kommer ikke til behandling. Dette kan skyldes skam og skyldfølelse knyttet til overspising og oppkast. Andre har svak erkjennelse av sykdom og greier ikke å fastholde en opplevelse av subjektiv lidelse og dermed et konsistent opplevd behandlingsbehov. Utsettelse eller uteblivelse fra behandling bidrar til en betydelig differanse mellom prevalens i befolkningen og antall pasienter i helsevesenet. Differansen reduseres ved større grad av

åpenhet omkring spiseforstyrrelser, økt bevissthet i befolkningen om rett til helsehjelp, noe som nå også er lovfestet, samt tiltak for å øke kvaliteten i tjenestetilbudet.

Særtrekk ved spiseforstyrrelser som skissert ovenfor representerer utfordringer for den enkelte helsearbeider i å gi hver pasient med en alvorlig spiseforstyrrelse kompetent og evidensbasert behandling. Helsevesenet stilles imidlertid også overfor organisatoriske utfordringer. Behandlingen må som regel omfatte sosiale, psykologiske og somatiske aspekter. Dette krever tverrfaglig samarbeid og et samarbeid mellom psykisk helsevern og somatisk medisin. Mange pasienter med spiseforstyrrelser debutterer i ungdomstiden, men kan være behandlingstrengende langt ut i voksenalderen. Dette innebærer ofte behov for samarbeid mellom barnemedisin/psykisk helsevern for barn og ungdom og spesialisthelsetjenesten for voksne.

I mange sykehusavdelinger kan det gå lang tid mellom hver pasient med spiseforstyrrelser man ser. Når en pasient først er henvist, kan den kliniske tilstanden imidlertid være både akutt og alvorlig. En god løsning er gjerne å ha etablert «systemkompetanse», i betydningen formaliserte, og gjerne skriftlige, utrednings- og behandlingsprosedyrer. Imidlertid er det i en presset klinisk hverdag, og med få pasienter med spiseforstyrrelser, lett å nedprioritere etableringen av slike prosedyrer. Med lite pasientvolum er det heller ikke lett å opparbeide og vedlikeholde individuelle kliniske ferdigheter, og man kommer fort inn i en negativ kompetanseutvikling.

Helsemyndighetene har i flere år satt søkelys på kvaliteten av tjenestetilbudet til pasienter med spiseforstyrrelser. Gjennom Opptrappingsplanen for psykisk helse har Regjeringen utgitt en særskilt strategiplan mot spiseforstyrrelser (Sosial- og helsedepartementet, 2000), og Statens helsetilsyn har gitt ut retningslinjer for behandling i spesialisthelsetjenesten (Statens helsetilsyn, 2000) som er mer omfattende enn de som ble laget i 1992 (Statens helsetilsyn, 1992). Hensikten med disse retningslinjene er å presentere konsensusbasert og evidensbasert behandling, mens strategiplanen peker på hvordan tjenestetilbudet bør organiseres.

I tilslutning til en markert oppmerksomhet omkring tjenestetilbudet til pasienter med spiseforstyrrelser, kartla man i 1997 på landsbasis hvilke tiltak som var gjennomført i spesialisthelsetjenesten, eventuelt hvorfor man ikke hadde gjennomført slike tiltak (Rosenvinge & Sundgot-Borgen, 1999). Resultatene viste at helsemyndighetenes daværende kliniske retningslinjer (Statens helsetilsyn, 1992) var lite allment kjent og brukt, med unntak av i psykisk helsevern for barn og ungdom. Det viste seg at jo flere pasienter man så, jo mer økte sannsynligheten for at tiltak var realisert. Det mest vanlige var individorienterte tiltak, der en bestemt behandler var øremerket til å

ta seg av pasientgruppen. Systemorienterte og personuavhengige rutiner og tiltak som eksempelvis behandlingsteam var sjeldnere angitt.

Svakheter i denne kartleggingen var at man undersøkte få forklaringsvariabler og kun henvendte seg til spesialisthelsetjenesten. De som gjør bruk av tjenestetilbudet i spesialisthelsetjenesten, var ikke representert, slik at man kunne ha kontrollert resultatenes validitet og reliabilitet. En svært høy svarprosent gav imidlertid grunnlag for å anta at resultatene var representative for spesialisthelsetjenesten.

Siden 1997 er helsevesenet betydelig omstrukturert. Staten har overtatt eieransvaret for spesialisthelsetjenesten, og styrer den gjennom fem regionale helseforetak (RHF). Staten har gitt RHF-ene både pålegg og stimuleringsiltak for å øke kvaliteten på organisering og innhold i tjenestetilbudet til pasienter med spiseforstyrrelser. I den forbindelse ønsket sentrale helsemyndigheter å kartlegge tjenestetilbudet til pasientgruppen på nytt for å undersøke om pålegg og stimuleringsiltak har blitt fulgt opp av de enkelte RHF-ene.

Negative erfaringer i møtet med helsevesenet kan dominere mediebildet, mens gode erfaringer sjelden gis den samme oppmerksomhet. I media og i annen offentlig debatt hevdes det derfor ofte at tjenestetilbudet til pasienter med spiseforstyrrelser er dårlig eller mangelfullt. En nasjonal kartlegging kan bidra til en mer nyansert debatt og danne et faktagrunnlag for en mer målrettet innsats for forbedringer. Dette gjelder de pågående revisjoner av henholdsvis Regjeringens strategiplan og de nasjonale retningslinjer for behandling av spiseforstyrrelser, samt mer konkrete forbedringer i helseforetak og avdelinger.

Hensikten med denne artikkelen er å presentere resultatene fra denne nye, nasjonale kartleggingen av tjenestetilbudet til pasienter med spiseforstyrrelser. Ved siden av å beskrive behandlingsformer, herunder tvunget psykisk helsevern, antall pasienter samt klinisk erfaring og kompetanse, blir følgende problemstillinger belyst:

1) I hvilken grad er Helsetilsynets nyeste retningslinjer for behandling av spiseforstyrrelser kjent og anvendt i den kliniske hverdagen?

2) Hvilke tiltak er realisert i helsevesenet, og hvilke begrunnelser gis for eventuelt ikke å realisere tiltak?

3) Hva predikerer om tiltak er realisert?

4) Hvordan vurderes samarbeidsforholdene knyttet til behandling av pasientgruppen sammenliknet med behandling av pasienter generelt?

5) Hvor tilfreds er man med eget behandlingstilbud, og hvor tilfreds har man inntrykk av at pasienter, pårørende og samarbeidsinstanser er?

6) Hva forklarer variansen i grad av tilfredshet med eget behandlingstilbud? Der det er mulig, blir resultater sammenliknet med data fra kartleggingen i 1997.

Metode

På oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet distribuerte Statistisk sentralbyrå i 2004 et spørreskjema til fastleger og faglige ledere i spesialisthelsetjenesten. Skjemaet inneholdt spørsmål om pasientgrunnlag, klinisk erfaring, om tjenestetilbudet til pasienter med spiseforstyrrelser, samarbeidsforhold, kompetanse- og behandlingstiltak. Skjemaet inneholdt også et standardisert mål på klinisk kompetanse ved spiseforstyrrelser (Rosenvinge, Skårderud & Thune-Larsen, 2003). Det var også anledning til å gi skriftlige kommentarer. Skjemaet ble sendt til alle 588 faglige ledere ved landets poliklinikker/enheter i psykisk helsevern for barn og ungdom, poliklinikker og sykehusavdelinger i psykisk helsevern for voksne, samt barneavdelinger og medisinske avdelinger. Fra det totale antall fastleger (N = 3713) ble det trukket et representativt utvalg på 1003 med hensyn til kjønn, alder og fylke. Faglige ledere og fastleger fikk spørreskjemaet tilsendt personlig til sitt arbeidssted.

I alt 306 faglige ledere besvarte ikke skjemaet. Ytterligere 21 fikk ikke skjemaet på grunn av feil adresse, og 49 returnerte skjemaer helt eller delvis ubesvart. Det endelige materialet av faglige ledere var således 212, noe som gir en svarprosent på 36,1 (N = 588). Totalt 661 fastleger besvarte ikke skjemaet. Nitten fastleger mottok aldri skjemaet på grunn av feil adresse, og 29 returnerte skjemaet ubesvart eller mangelfullt. Totalt omfattet det endelige materialet 294 fastleger. Dette gir en svarprosent på 29,3 % (N = 1003). Alle fem regionale helseforetak (RHF) var representert. Fordelingen av svar fra spesialisthelsetjenesten på de ulike typer avdelinger (tabell 1) viser at poliklinikker i psykisk helsevern for voksne var best representert, og i større grad enn ved kartleggingen i 1997.

Tabell 1. Antall og prosentandel av besvarte skjemaer fra poliklinikk og avdeling i psykisk helsevern for barn, ungdom og voksne, barneavdeling og medisinsk avdeling med sammenlikningstall fra tilsvarende kartlegging i 1997 (Rosenvinge & Sundgot-Borgen, 1999)

Kartlegging 1997 (N = 269)		Kartlegging 2004 (N = 212)	
Antall	%	Antall	%

Tabell 1. Antall og prosentandel av besvarte skjemaer fra poliklinikk og avdeling i psykisk helsevern for barn, ungdom og voksne, barneavdeling og medisinsk avdeling med sammenlikningstall fra tilsvarende kartlegging i 1997 (Rosenvinge & Sundgot-Borgen, 1999)

Poliklinikk/avdeling i psykisk				
helsevern for barn og unge	68	26,1	50	23,6
Poliklinikk i psykisk helsevern for voksne	76	27,6	86	40,6
Avdeling i psykisk helsevern for voksne	36	12,3	42	19,8
Barneavdeling	23	8,8	3	1,4
Medisinsk avdeling	63	24,1	23	10,8
Ubesvart	3	1,1	8	3,8

Databearbeidelse

For å kondensere overordnede temaer ble skriftlige kommentarer analysert med bruk av kvalitativ metodikk. Kvantitative data ble analysert med univariate og multivariate metoder ved bruk av statistikkpakken SPSS, versjon 12,0. Effektstørrelse i forhold til statistisk signifikante ($p < 0,05$) gruppeforskjeller ble estimert ved bruk av Hedges' g , der verdier fra 0,0–0,5 konvensjonelt betegnes som en liten effekt, 0,6–0,8 som en moderat effekt og verdier større enn 0,8 som en betydelig effekt.

Resultater

Av 191 respondenter oppgav 79,6 % individualterapi som den vanligste behandlingsformen. Individualterapi var vanligst både i spesialisthelsetjenesten for voksne og for barn. Totalt rapporterte 7,3 % ($N = 191$) familieterapi som hovedfokus i behandlingen, og alle som oppgav dette, var respondenter fra spesialisthelsetjenesten for barn. Kognitiv terapi var den vanligste type behandling (51,1 %, $N = 180$). Det var ingen systematiske forskjeller mellom spesialisthelsetjenesten for barn og voksne med hensyn til hvorvidt kognitiv terapi, miljøterapi eller psykodynamisk behandling var hovedfokus.

Figur 1 fremstiller gjennomsnitt og spredning i antall behandlede pasienter fordelt på forvaltningsområde og regionale helseforetak. Antall pasienter som i 2003 fikk en spiseforstyrrelse som hoveddiagnose, var høyere i spesialisthelsetjenesten (11,03, $SD 25,69$) enn blant fastlegene (2,95, $SD 4,56$) ($t(452) = -8,01$, $p < 0,0001$), men effektstørrelsen var moderat ($g = 0,47$). Mens det for

fastleger ikke var statistisk signifikante regionale forskjeller i antall pasienter ($F(4) = 0,65$, n.s.), var det statistisk signifikante forskjeller i spesialisthelsetjenesten ($F(4) = 3,20$, $p > 0,01$). Det var ingen statistisk interaksjon mellom «gruppe» (fastlege versus spesialisthelsetjeneste) og «helseforetak» i forhold til antall pasienter ($F(4) = 1,74$, n.s.). Nord-Norge skiller seg ut fra de øvrige regionene i totalt færre pasienter hos fastleger og i spesialisthelsetjenesten, og liten forskjell i antall pasienter i begge disse forvaltningsområdene (figur 1). Bivariate forskjellsberegninger viser statistisk signifikant høyere antall pasienter i spesialisthelsetjenesten enn hos fastlegene i helseregionene Øst, Sør, Vest og Midt ($p > 0,001-0,01$; g 0,67–1,37) til forskjell fra i helseregion Nord (n.s., $g = 0,11$).

Figur 1. Gjennomsnittlig antall pasienter i 2003 med spiseforstyrrelse som hoveddiagnose blant fastleger og i spesialisthelsetjenesten fordelt etter regionale helseforetak. Spredning (SD) er angitt for hver søyle.

Det var ingen forskjeller i antall behandlede pasienter i somatisk spesialisthelsetjeneste (10,30, SD 26,33) og i spesialisthelsetjenesten i psykisk helsevern (11,25, SD 13,89, $t(175) = 0,26$, n.s., $g = 0,04$). 33 avdelinger (15,6 %, $N = 212$) jevnt ($c2(4) = 8,29$, n.s.) fordelt over helseregionene oppgav at de i 2003 hadde tatt i bruk tvungent psykisk helsevern (tvangsinnleggelse), mens sju avdelinger (3,3 %, $N = 212$) oppgav at de hadde iverksatt tvangsbehandling. Sondreføring ut fra nødrett ble angitt av åtte avdelinger (3,8 %, $N = 212$). På en tidelt skala med 10 som kategorien «svært tilfreds» med gjeldende lovverk for tvangsbehandling av pasienter med spiseforstyrrelser, var spredningen 1–10. Gjennomsnitt og standardavvik på hhv. 5,24 og 1,99 viser verken høy tilfredshet eller utilfredshet med den aktuelle rettstilstanden.

Kompetansedeltagelse og kompetansenivå

Færre fastleger (31,9 %, $N = 294$) enn fagfolk i spesialisthelsetjenesten (70,3, $N = 212$) angav at de noen gang hadde deltatt i kompetansetiltak om spiseforstyrrelser i form av kurs, konferanser eller undervisning ($c2(1) = 80,40$, $p < 0,0001$, Cramers $V = 0,41$, $p < 0,0001$). På en tidelt skala for subjektivt vurdert klinisk erfaring der 10 angav «betydelig klinisk erfaring», var gjennomsnittet for hele materialet 4,23 (SD 2,09). Fastlegene angav en mindre grad av klinisk erfaring enn ledere i spesialisthelsetjenesten (3,53, SD 1,68 versus 5,22, SD 0,64, $t(484) = -9,51$, $p < 0,0001$, $g = 1,26$). Ved bruk av et mer objektivt mål på kompetanse (Rosenvinge et al., 2003), med 10 som optimal skåre, var gjennomsnittet for hele materialet 5,78 (SD 0,71). Fastlegene hadde klart lavere kompetanse (5,58, SD 0,64) enn i spesialisthelsetjenesten (6,08, SD 0,69, $t(452) = -7,85$, $p < 0,0001$, $g = 0,76$).

Det var ingen regionale forskjeller i kompetanseskårer verken for fastleger ($F(4) = 1,15$, n.s.) eller i spesialisthelsetjenesten ($F(4) = 1,19$, n.s.). Det samme var tilfellet for grad av klinisk erfaring (hhv. $F(4) = 1,39$, n.s. og $F(4) = 1,23$, n.s.)).

Råd og kommentarer fra respondentene

I alt 29 fastleger (12 %, $N = 294$) benyttet muligheten til å gi råd og kommentarer. Kondenserte temaer dreide seg om å bedre behandlingstilbudet i spesialisthelsetjenesten (kortere ventetid, bedre henvisningsrutiner og kompetanse), samt å bedre faglig samarbeid mellom forvaltningsnivåene.

Kondenserte temaer fra 53 av 212 faglige ledere i spesialisthelsetjenesten (25 %) omfattet det å etablere regionale kompetansesentre, å bedre samarbeid på alle forvaltningsområder og tiltak for å bedre klinisk kompetanse (retningslinjer for tvangsbehandling, veiledning, videreutdanning, behandlingsmodeller).

Nytten av helsetilsynets retningslinjer for behandling

Tabell 2 viser at flertallet (42,5 %, $N = 212$) av de faglige lederne i spesialisthelsetjenesten oppgav at retningslinjene hadde vært til hjelp i behandlingen. Blant fastlegene var det flest (42,9 %, $N = 294$) som ikke kjente til at de eksisterte ($\chi^2(3) = 92,74$, $p < 0,0001$, Cramers $V = 0,44$, $p < 0,002$). Av de 90 faglige ledere som angav at retningslinjer for behandling hadde vært til hjelp i den kliniske hverdagen, kom flertallet (93,3 %) fra spesialisthelsetjeneste i psykisk helsevern. Av de 22 faglige ledere som ikke kjente til at retningslinjene eksisterte, var det også flest fra spesialisthelsetjenesten i psykisk helsevern (65,2 %), ($\chi^2(3) = 15,00$, $p < 0,002$, Cramer's $V = 0,28$, $p < 0,002$). Inndeling av svar fra spesialisthelsetjenesten i enheter for barn respektive voksne gav ingen statistisk signifikante forskjeller i kjennskap eller bruk av retningslinjene.

Tabell 2. Nytt av helsemyndighetenes retningslinjer for behandling av spiseforstyrrelser. Resultatene sammenliknes med funn fra tilsvarende kartlegging i 1997 (Rosenvinge & SundgotBorgen, 1999)

	1997		2004		2004	
	Antall	%	Antall	%	Antall	%
Nytte av Helsetilsynets retningslinjer for behandling	spesialisthelsetjeneste ($N = 261$)		spesialisthelsetjeneste ($N = 212$)		fastleger ($N = 283$)	
	Ja	77 29,5	90 42,5	37 12,6	37 12,6	12,6
	Nei	31 11,9	23 10,8	57 19,4	57 19,4	19,4

Tabell 2. Nytten av helsemyndighetenes retningslinjer for behandling av spiseforstyrrelser. Resultatene sammenliknes med funn fra tilsvarende kartlegging i 1997 (Rosenvinge & SundgotBorgen, 1999)

Usikker	81	31,0	59	27,8	66	22,4
Kjenner ikke til retningslinjene	53	20,3	24	11,4	126	42,9
Ubesvart	19	7,3	16	7,5	8	2,7

Som primær målgruppe for retningslinjene er det viktig å vite hvordan spesialisthelsetjenesten vurderer deres nytte. I alt 113 avgav svar, fordelt som at disse hadde vært til hjelp i behandling (20,4 %), internundervisning (15,9 %), etablering av behandlingsrutiner (8,8 %), samt kombinasjoner av disse alternativene (54,9 %).

Tabell 2 viser en høyere prosentandel nå (42,5 %) enn ved forrige kartlegging i 1997 (29,5 %) som angav nytte av helsemyndighetenes faglige retningslinjer for behandling ($\chi^2(3) = 11,88, p < 0,008$, Cramers' $V = 0,16, p < 0,008$).

Hvilke tiltak er realisert i spesialisthelse-tjenesten og av fastlegene, og hvilke grunner anføres for manglende tiltak?

Bruk av tverrfaglige team i avdelingene, samt å inkludere henvisende instans i behandling og oppfølging, var de hyppigste angitte tiltak i spesialisthelsetjenesten (hhv. 27,4 % og 27,8 %). Det var 12,6 % av fastlegene som også oppfattet at tverrfaglige team var etablert (tabell 3).

Tabell 3. Behandlingstiltak for pasienter med spiseforstyrrelser som er realisert, grunner til at tiltak ikke er realisert, samt hva fastleger tror er realisert i spesialisthelsetjenesten. Totalprosenten avviker fra 100 fordi enkelte gav flere svar

Type tiltak	1997		2004		2004		2004	
	Antall	%	Antall	%	Antall	%	Antall	%
En bestemt behandler tar seg av pasienter med spiseforstyrrelser	68	33,7	48	22,6	–	–	37	12,6
Spesifikk samarbeidsrelasjon mellom avdelinger	71	27,2	30	14,2	–	–	19	6,5

Tabell 3. Behandlingstiltak for pasienter med spiseforstyrrelser som er realisert, grunner til at tiltak ikke er realisert, samt hva fastleger tror er realisert i spesialisthelsetjenesten. Totalprosenten avviker fra 100 fordi enkelte gav flere svar

Henvise lege informeres om									
behandling og deltar i ettervern	71	27,2	59	27,8	31	10,5	11	3,7	
Fast, tverrfaglig team i avdelingen	25	9,6	58	27,4	–	–	37	12,6	
Fastleger i opptaksområdet tilbys									
klinisk veiledning	11	4,2	13	6,1	29	9,9	9	3,1	
Ettervern koordinert med tiltak i regi av pasientorganisasjoner		3,4	3	1,4	7	2,4	3	1,0	
Prosedyrebok i utredning og behandling	–	–	40	18,9	15	5,1	2	0,7	
Rutinemessig oppfølging av pårørende	–	–	56	26,4	15	5,1	6	2,0	
Bruk av tester og vurderingsinstrumenter	–	–	39	18,4	5	1,7	5	1,7	
Brukererfaringer integret i behandling	–	–	29	13,7	12	4,1	4	1,4	
Grunner til at tiltak ikke var planlagt/ realisert									
Ser få pasienter med spiseforstyrrelser	74	28,4	85	40,1	190	64,6	–	–	
Mangler tilstrekkelig kompetanse	27	10,3	33	15,6	115	39,1	–	–	

Tabell 3. Behandlingstiltak for pasienter med spiseforstyrrelser som er realisert, grunner til at tiltak ikke er realisert, samt hva fastleger tror er realisert i spesialisthelsetjenesten. Totalprosenten avviker fra 100 fordi enkelte gav flere svar

Mangler økonomiske ressurser	26	10,0	36	17,0	32	10,9	–	–
Spørsmålet er irrelevant ut fra avdelingens faglige profil	12	4,6	17	8,0	12	4,1	–	–
Diagnoser er uviktige	5	1,9	7	3,3	1	0,3		

*) Data fra Rosenvinge & Sundgot-Borgen, 1999

Lite pasientgrunnlag var den viktigste grunnen til manglende planlagte eller realiserte tiltak både for fastlegene (64,6 %) og for spesialisthelsetjenesten (40,1 %). Dette er sammenfallende med funn fra kartleggingen fra 1997 (Rosenvinge & Sundgot-Borgen, 1999) (tabell 3).

Det å legge behandlingsoppgaver til fagteam i avdelingen er betydelig sjeldnere angitt i 1997 (9,6 %) enn i dag (27,4 %). I 1997 var det å legge behandlingsoppgaver til en bestemt person det vanligste (33,7 %), men er nå sjeldnere angitt (22,6 %) (tabell 3). Tabell 3 viser også at et spesifikt samarbeid mellom avdelinger er sjeldnere angitt i 2004 (14,2 %) enn i 1997 (27,2 %).

Hva predikerer iverksetting av tiltak?

Flertallet av fastlegene (79,6 %, N = 234) og omtrent halvparten av de faglige lederne (51,4 %, N = 109) hadde ikke iverksatt spesielle behandlingstiltak for pasientgruppen. Av alle (N = 509) som besvarte spørsmålet, angav 31,8 % (N = 160) at de hadde realisert eller konkret planlagt spesielle tiltak. En trinnvis logistisk regresjonsanalyse for fastleger gav en statistisk signifikant modell der sannsynligheten for å realisere tiltak økte med høyere skårer på subjektivt angitt klinisk erfaring, om fastlegen var yngre, og kvinne (tabell 4). I spesialisthelsetjenesten så vel som for hele materialet økte sannsynligheten for tiltak dersom man hadde hatt nytte av kliniske retningslinjer og om man angav mindre klinisk erfaring og lavere klinisk kompetanse (tabell 4). Forhold som ikke påvirket sannsynligheten for tiltak, var regiontilhørighet samt tilfredshet med tjenestetilbud og samarbeidsforhold.

Tabell 4. Forhold som er knyttet til sannsynligheten for realisering av kompetansetiltak

Prediktorer	Fastleger			Spesialisthelsetjenesten			Totalt		
	B	OR	95 % C.I.	B	OR	95 % C.I.	B	OR	95 % C.I.
Klinisk erfaring ¹⁾	0,48	1,62	(1,32–1,99)	–0,25	0,78	(0,63–0,95)	–0,35	0,71	(0,61–0,81)
Alder	0,05	0,95	(0,91–0,99)	–	–	–	–	–	–
Kjønn (1= mann, 2= kvinne)	0,86	2,36	(1,19–4,69)	–	–	–	–	–	–
Nytte av retningslinjer ⁴⁾	–	–	–	0,67	1,96	(1,31–2,93)	0,42	1,51	(1,20–1,92)
Klinisk kompetanse ¹⁾	–	–	–	–0,74	0,48	(0,27–0,85)	–0,65	0,52	(0,35–0,77)
Modell (c2)	40,48, <i>p</i> < 0,0001			37,08, <i>p</i> < 0,0001			82,98, <i>p</i> < 0,0001		
Cox & Snell R2	0,15			0,25			0,22		

1) angitt på skala 1–10 (optimal skåre)

Samarbeidsforhold mellom primær- og spesialisthelsetjenesten i behandling av spiseforstyrrelser

Faglige ledere vurderte samarbeidsrelasjoner innad og mellom forvaltningsnivåene mer positivt enn fastlegene (tabell 5). Både fastleger og faglige ledere i spesialisthelsetjenesten vurderte samarbeidsforholdene som dårligere for pasienter med spiseforstyrrelser enn for pasienter generelt (tabell 5).

Tabell 5. Fastleger og spesialisthelsetjenestens vurdering av samarbeidsrelasjoner når det gjelder pasienter med spiseforstyrrelser og pasienter generelt på tidelt skala der 10 er «svært godt»

	Fastleger		Spesialisthelsetjenesten		g
	M	SD	M	SD	
Samarbeid mellom Primær- og spesialisthelsetjeneste					
– pasienter med spiseforstyrrelser	4,87	2,08	6,41	1,92***	0,14
– pasienter generelt	6,67	1,63	7,06	1,74**	0,16

Tabell 5. Fastleger og spesialisthelsetjenestens vurdering av samarbeidsrelasjoner når det gjelder pasienter med spiseforstyrrelser og pasientergenerelt på tidelt skala der 10 er «svært godt»

p-verdi og effektstyrke (g)	0,000	(0,09)	0,000	(0,33)		
Spesialisthelsetjeneste i psykisk helsevern og somatisk spesialisthelsetjeneste						
– pasienter med spiseforstyrrelser	4,41	1,90	5,93	2,35***	0,07	
– pasienter generelt	5,08	1,94	6,18	2,04***	0,09	
p-verdi og effektstyrke (g)	0,000	(0,35)	0,000	(0,40)		
Spesialisthelsetjeneste for barn/ungdom og voksne						
– pasienter med spiseforstyrrelser	4,20	1,89	5,23	2,13***	0,07	
– pasienter generelt	5,04	1,90	5,44	1,84*	0,03	
p-verdi og effektstyrke (g)	0,000	0,34	0,000	(0,54)		
*** p < 0,0001; ** p < 0,01; * p < 0,02						

I behandling av pasienter med spiseforstyrrelser vurderte imidlertid faglige ledere i spesialisthelsetjenesten i psykisk helsevern samarbeidet med primærhelsetjenesten bedre (M 6,53, SD 1,79) sammenliknet med hvordan faglige ledere i somatisk spesialisthelsetjeneste vurderte sitt samarbeid med primærhelsetjenesten (M 5,57, SD 2,68, $t(186) = 2,18$, $p < 0,03$, $g = 0,50$).

Spesialisthelsetjenesten i psykisk helsevern vurderte samarbeid til somatisk spesialisthelsetjeneste i behandling av spiseforstyrrelser som noe bedre enn respondentene i somatisk spesialisthelsetjeneste gjorde, men forskjellen var ikke statistisk signifikant. For behandling av pasienter generelt var forskjellene imidlertid statistisk signifikante (M 6,34, SD 1,94 versus M 4,95, SD 2,46, $t(191) = 3,06$, $p < 0,003$, $g = 0,69$).

Tilfredshet med behandlingstilbudet

Tilfredshet med eget behandlingstilbud var høyere i spesialisthelsetjenesten enn blant fastlegene, og effektstyrken var høy ($g = 0,73$) (tabell 6). I spesialisthelsetjenesten var tilfredsheten med eget behandlingstilbud høyere (5,77, SD 1,95) enn det inntrykk fastlegene hadde av pasientenes (4,86, SD

1,80) og de pårørendes (4,49, *SD* 1,64) tilfredshet med det tilbudet de fikk i spesialisthelsetjenesten. Fastlegenes tilfredshet med eget behandlingstilbud var derimot lavere (4,46, *SD* 1,65) enn spesialisthelsetjenestens inntrykk av henholdsvis pasienttilfredshet (5,41, *SD* 1,63) og pårørendes tilfredshet med tjenestetilbudet hos fastlegen (5,11, *SD* 1,62) (tabell 6). Det var imidlertid god overensstemmelse mellom tilfredshetsnivå i spesialisthelsetjenesten (5,77, *SD* 1,95) og hvor tilfreds man trodde fastlegene var (5,67, *SD* 1,76) med spesialisthelsetjenestens tilbud til pasientgruppen.

Tabell 6. Fastleger og spesialisthelsetjenestens tilfredshet med eget behandlingstilbud til pasienter med spiseforstyrrelser samt inntrykk av tilfredshet med tjenestetilbudet til pasientgruppen hos pasienter, pårørende og samarbeidspartnere. 10 angir «svært tilfreds»

	Fastleger		Spesialisthelsetjenesten		
	M	SD	M	SD	g**
Tilfredshet med eget behandlingstilbud	4,46	1,65	5,77	1,95*	0,73
Inntrykk av tilfredshet hos					
– dine pasienter med behandlingstilbudet du/din avdeling gir	5,14	1,65	5,84	1,64*	0,43
– pårørende med ditt/din avdelings behandlingstilbud	4,84	1,67	5,68	1,73*	0,50
– pårørende med din/din avdelings oppfølging	4,90	1,69	5,58	1,86*	0,39
– dine pasienter med behandlingstilbudet i spesialisthelsetjenesten	4,86	1,80	–	–	–
– dine pasienter med oppfølgingen hos fastlegen	–	–	5,41	1,63	–
– pårørende med oppfølging i spesialisthelsetjenesten	4,49	1,64	–	–	–
– pårørende med oppfølging hos fastlegen	–	–	5,11	1,62	–
– spesialisthelsetjenesten	5,13	1,49	–	–	–

Tabell 6. Fastleger og spesialisthelsetjenestens tilfredshet med eget behandlingstilbud til pasienter med spiseforstyrrelser samt inntrykk av tilfredshet med tjenestetilbudet til pasientgruppen hos pasienter, pårørende og samarbeidspartnere. 10 angir «svært tilfreds»

med din oppfølging som fastlege				
– fastleger med behandlingstilbudet i spesialisthelsetjenesten	–	5,67	1,76	–
* $p < 0,0001$; ** Hedge's g				

Tabell 7 viser for øvrig et stabilt mønster der man i somatisk spesialisthelsetjeneste skåret klart lavere enn i psykisk helsevern på alle tilfredshetsindikatorer.

Tabell 7. Sammenlikning av somatisk spesialisthelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste i psykisk helsevern med hensyn til tilfredshet med eget behandlingstilbud til pasienter med spiseforstyrrelser samt inntrykk av tilfredshet med tjenestetilbudet til pasientgruppen hos pasienter, pårørende og samarbeidspartnere. 10 angir «svært tilfreds»

	Somatisk spesialisthelsetjeneste		Spesialisthelsetjeneste i psykisk helsevern		
	M	SD	M	SD	g^{***}
– Tilfredshet med eget behandlingstilbud	4,20	2,59	5,98	1,74**	0,71
Inntrykk av tilfredshet hos					
– pasienter med behandlingstilbudet i din avdeling	3,95	2,06	6,05	1,42**	1,66
– pasienter med oppfølging hos fastlegen	4,06	2,18	5,54	1,51*	0,77
– pårørende med oppfølging i spesialisthelsetjenesten	3,80	2,48	5,80	1,65*	0,92
– fastleger med behandlingstilbudet i spesialisthelsetjenesten	3,84	2,63	5,92	1,46**	0,94
– pårørende med behandlingstilbudet	3,45	1,79	5,94	1,52**	1,48
– pårørende med oppfølging	3,80	2,48	5,89	1,65**	0,97
* $p < 0,01$; ** $p < 0,0001$; ***Hedge's g					

Hva predikerer tilfredshet med eget behandlingstilbud?

Ved en trinnvis regresjonsprosedyre undersøkte man hva som forklarte variansen i målet på tilfredshet med eget behandlingstilbud. Regresjonsmodellen forklarte 5 % av denne variansen og var statistisk signifikant ($F(4) = 74,96, p < 0,0001$). Det som bidro til forklart varians, var inntrykk av høy grad av pasienttilfredshet ($b = 0,40, 95 \% \text{ C. I. } 0,30\text{--}0,61$) og pårørendes tilfredshet med tjenestetilbudet ($b = 0,14, 95 \% \text{ C. I. } 0,01\text{--}0,31$). Tilfredshet med samarbeidet mellom primær- og spesialisthelsetjenesten ($b = 0,16, 95 \% \text{ C. I. } 0,06\text{--}0,23$), samt tilfredshet med samarbeidet mellom somatisk spesialisthelsetjeneste og spesialisthelsetjenesten i psykisk helsevern ($b = 0,14, 95 \% \text{ C. I. } 0,01\text{--}0,04$). Jo mer tilfreds man var med eget behandlingstilbud, desto høyere vurderte man også sin egen kliniske erfaring i behandling av pasientgruppen ($b = 0,18, 95 \% \text{ C. I. } 0,10\text{--}0,25$). Forhold som statistisk sett ble ekskludert fra regresjonslikningen, var opplysninger om antall pasienter, nytten av kliniske retningslinjer for behandling, objektivt kompetansemål, om man arbeidet som fastlege eller i spesialisthelsetjenesten, hvorvidt man hadde iverksatt spesifikke tiltak knyttet til pasientgruppen, samt inntrykk av pårørendes tilfredshet med oppfølgingen i spesialisthelsetjenesten.

Diskusjon

Undersøkelsen viser at enheter i spesialisthelsetjenesten behandler om lag ti pasienter med spiseforstyrrelser i løpet av ett år, men spredningen er betydelig. Antallet er lavere for fastleger, og med lavere pasientvolum følger også en forventet lavere klinisk erfaring og kompetanse i behandling av spiseforstyrrelser sammenliknet med spesialisthelsetjenesten. I Nord-Norge er imidlertid antall pasienter i forvaltningsnivåene omtrent like stort. En forklaring kan være at geografiske avstander i landsdelen kan gjøre henvisning til spesialisthelsetjenesten lite hensiktsmessig slik at fastlegene i større grad må håndtere denne pasientgruppen på egen hånd. Ut fra resonnetet om at pasientvolum fremmer kompetanse, er det overraskende at kompetanse og klinisk erfaring av den grunn ikke er høyere hos fastlegene i denne helseregionen sammenliknet med de øvrige regionene.

Ikke-signifikante regionale forskjeller i kompetanse og klinisk erfaring både blant fastleger og i spesialisthelsetjenesten gir liten støtte til antagelser om uheldige geografiske forskjeller i tjenestetilbudets kvalitet. Resultatene viser også at tvang er relativt lite i bruk for denne pasientgruppen, og at den utilfredshet med lovverk og rettstilstand som fremmes i enkelte fagmiljøer, ikke gjenspeiles i denne studien.

Hvor nyttige er kliniske retningslinjer?

Ett hovedfunn er at helsemyndighetenes retningslinjer for behandling av spiseforstyrrelser i spesialisthelsetjenesten (Sosial- og helsedirektoratet, 2000) angis som nyttige av om lag 40 % av respondentene fra spesialisthelsetjenesten, og hovedsakelig i psykisk helsevern. Denne prosentandelen er høyere enn i en tidligere nasjonal kartlegging (Rosenvinge & Sundgot-Borgen, 1999). En forklaring på denne forskjellen kan være at helsemyndigheter og andre har markedsført de nye retningslinjene i fagmiljøene på en mer systematisk måte enn hva tilfellet var med retningslinjene fra 1992. Andelen som ikke kjenner retningslinjene, er også halvvert siden kartleggingen i 1997 (Rosenvinge & Sundgot-Borgen, 1999). Likevel er det tankevekkende at til tross for spesifikke implementeringstiltak er det et flertall som ikke eksplisitt finner retningslinjene særlig nyttige, og at de ser ut til å ha vært til mindre hjelp i etablering av behandlingsrutiner enn hva man håpet på da de ble utformet. Grunnen til dette er uviss, men det er grunn til å peke på at på den ene siden kan nasjonalt utsendte retningslinjer vanskelig tilpasses alle slags lokale forhold og dermed oppleves som lite nyttige. På den andre siden kan lokalt utformede behandlingstilbud komme i utakt med en alminnelig konsensus vedrørende kvalitetsnivå når ikke nasjonale retningslinjer danner det nødvendige bakteppet. Endelig er det grunn til å fremheve at man i enkelte fagmiljøer ser en forestilling om at retningslinjer er standardiserte behandlingssopplegg, som ikke ivaretar individuelle behandlingsbehov, og som gjør at man enten ikke leser retningslinjer eller ikke finner dem relevante. Standardisering har imidlertid aldri vært intensjonen, og tvert imot understrekes det i retningslinjene at behandling alltid må tilpasses lokale og individuelle forhold.

Hvilke tiltak er det vanlig å bruke for å organisere behandlingen?

Et annet hovedfunn er at tverrfaglige team fremstår som et viktig behandlingstiltak overfor pasienter med spiseforstyrrelser. Dette er en markert endring i forhold til den nasjonale kartleggingen fra 1997 (Rosenvinge & Sundgot-Borgen, 1999) (tabell 3). Den gang var det ikke slike systemorienterte, men mer individ-orienterte tiltak som dominerte, i den forstand at en bestemt behandler enten ble bedt om, eller selv påtok seg behandlingssoppgavene. Individorienterte tiltak er viktige fordi krevende terapeutiske utfordringer nødvendiggjør fagfolk med spesifikk interesse og kompetanse på spiseforstyrrelser. Individorienterte tiltak er imidlertid også sårbare og ustabile i form av risiko for faglig utbrenning og det faktum at «øremerkede» fagfolk også flytter på seg, slik at behandlingstilbudet kan forsvinne. Trass i at om lag en av fem ledere stadig angir slike individorienterte tiltak, representerer dreiningen mot tverrfaglige team i avdelingene en positiv

utvikling mot mer stabile og optimale tiltak. En slik utvikling er også i tråd med anbefalinger fra helsemyndigheter og sentrale fagmiljøer (Rosenvinge & Gøtestam, 2002; Rosenvinge et al., 2003; Sosial- og helsedirektoratet, 2000; Statens helsetilsyn, 1992, 2000).

Det er overraskende, og ikke i tråd med faglige råd, når utbredelsen av formalisert samarbeid mellom enheter er mindre enn i den tidligere kartleggingen (Rosenvinge & Sundgot-Borgen, 1999). Det kan imidlertid tenkes at faste, tverrfaglige team mellom avdelinger er mer påkrevd når man i avdelingene kun har en «øremerket» behandler, eller, med andre ord, at når tverrfaglige team er opprettet i en avdeling, er dette tilstrekkelig med det pasientgrunnlaget man forholder seg til. Slik reduseres behovet for å etablere formalisert samarbeid med andre. I så fall kan det representere en ønsket utvikling dersom det innebærer at pasientene i mindre grad transporteres mellom avdelinger og enheter, med den risiko dette gir for at behandlingstilbudet fragmenteres.

Betydningen av kjønn

Det at yngre kvinnelige fastleger med klinisk erfaring med pasientgruppen også med større sannsynlighet realiserer behandlingstiltak, er i tråd med allmenne erfaringer fra fagfeltet. Litteraturen (for eksempel Noordenbos, 2003) omtaler dessuten hvordan negative holdninger og manglende kommunikasjonsferdigheter hos mannlige fastleger kan skape uheldige terapeutiske relasjoner, som bidrar til å forsinke tidlig oppdagelse og dermed redusere sannsynligheten for tiltak overfor unge kvinner med spiseforstyrrelser. Man skal imidlertid være svært tilbakeholden både med å stemple mannlige leger som mindre egnet til å ta seg av denne pasientgruppen, og i det hele tatt å tillegge behandlerens kjønn avgjørende betydning for adekvat behandling av selv tilstander med skjev kjønnsfordeling.

Når dette er sagt, kan man tenke seg at når pasient og terapeut har samme kjønn og heller ikke er så forskjellige i alder, kan det bidra til å fremme den gjenkjennelsesprosess og identifikasjon som er nødvendig for empati og etablering av terapeutisk relasjon, som igjen gjør at behandler treffer spesifikke tiltak i utrednings- og behandlingsøyemed. Det er også vist at selv om menn ikke nødvendigvis er uegnede, kan kvinner være å foretrekke som terapeuter for kvinner med spiseforstyrrelser, og særlig dersom overgrep, kroppsmisnøye og overbeskyttende mødre er en sentral del av problemkomplekset (Waller & Katzman, 1997).

Andre prediktorer for tiltak

I spesialisthelsetjenesten var nytte av retningslinjene den sterkeste prediktoren for å realisere tiltak. Dette er en klar endring fra forrige kartlegging (Rosenvinge & Sundgot-Borgen, 1999), hvor de

daværende retningslinjene statistisk sett var uten betydning for om man hadde truffet tiltak. Odds ratio var imidlertid moderat (1,96, 95 % C.I. 1,31–2,93) og støtter opp under øvrige resultater som indikerer at det gjenstår en del før formålet og hensikten med retningslinjene er oppnådd. I den grad en positiv odds ratio kan oppfattes dit hen at retningslinjene kan inspirere, og fungere som pådriver for å realisere behandlingstiltak, blir det en utfordring å gjøre dem bedre kjent. Ikke minst gjelder dette for somatisk spesialisthelsetjeneste og blant fastlegene. Blant sistnevnte er det tross alt over 40 % som ikke kjenner til at slike retningslinjer eksisterer (tabell 2). Retningslinjene omtaler både diagnostiske kjennetegn og medisinske forhold. Fastleger og indremedisinere/pediatere kan ha nytte av å sette seg inn i retningslinjene for å sikre et kvalitetsmessig mest mulig likeverdig tjenestetilbud til pasientgruppen. Man vet at tidlig oppdagelse øker sannsynligheten for en god prognose (Keel & Mitchell, 1997; Strober et al., 1997), og flertallet av pasienter med alvorlige spiseforstyrrelser trenger også medisinsk utredning og behandling (Strober et al., 1997).

I kartleggingen fra 1997 (Rosenvinge & Sundgot-Borgen, 1999) predikerte antall pasienter om tiltak var iverksatt. Pasientgrunlaget hadde i nåværende kartlegging ingen prediktiv verdi. Som i forrige kartlegging (Rosenvinge & Sundgot-Borgen, 1999) var likevel få pasienter med spiseforstyrrelser den viktigste grunn til at verken fastleger eller spesialisthelsetjenesten fant grunn til å etablere tiltak, eksempelvis rutiner for utredning og behandling. Dette er forståelig, men like fullt uheldig. Det aktuelle pasientvolum er trolig lavere enn det potensielle (Rosenvinge & Gøtestam, 2002). Det er flere grunner til å forvente økt antall pasienter med spiseforstyrrelser, og bedre kjennskap til kliniske retningslinjer kan bidra til å gi fagfolk det kompetansegrunnlag som gir dem interesse og mot til å ta på seg flere behandlingsoppgaver.

Et tilgrensende funn er at tiltak og forhold som predikerer realiseringen av disse ikke er knyttet til regiontilhørighet. På samme måte som for klinisk erfaring og kompetanse gis med dette liten empirisk støtte til påstander i den offentlige debatt om uheldige geografiske forskjeller i kvaliteten på tjenestetilbudet.

Samarbeidsrelasjoner

Et tredje hovedfunn var at samarbeidsrelasjoner i organisering av tjenestetilbudet for pasientgruppen ble vurdert som rimelig bra. Alle skåreverdier på den tidelte skalaen for tilfredshet med samarbeidsrelasjonene var jevnt over middels og med lave standardavvik. Imidlertid vurderte man i spesialisthelsetjenesten alle samarbeidsrelasjoner innad og mellom forvaltningsnivåene som klart bedre enn hva fastlegene gjorde. Samarbeidet med primærhelsetjenesten i behandling av pasienter

med spiseforstyrrelser ble vurdert som dårligere på medisinske avdelinger og barneavdelinger enn i det psykiske helsevernet. Både faglige ledere og fastleger vurderte dessuten samarbeidsrelasjoner som dårligere for pasienter med spiseforstyrrelser enn for pasienter generelt. Etiologien er multifaktoriell, slik at flere profesjoner og tjenesteytere må involveres. Over tid kan den kliniske tilstanden variere i alvorlighet for den enkelte pasient. Derfor ligger det en utfordring i å skape samarbeidsrelasjoner som fremmer en felles, faglig forståelse, slik at pasienten både unngår å bli unødig kasteball i systemet og selv ikke opplever et fragmentert tjenestetilbud. Slik systemkompetanse blir i økende grad vektlagt i helsevesenet generelt (NOU, 2005).

Tilfredshet med tjenestetilbudet

Det fjerde hovedfunnet gjaldt tilfredshetsvurderinger knyttet til tjenestetilbudet. Her var også skåreverdiene jevnt over middels langs en tidelt skala. Fastleger hadde et noe dårligere inntrykk av pasienter og pårørendes tilfredshet med tjenestetilbudet i spesialisthelsetjenesten enn spesialisthelsetjenestens egen tilfredshetsvurdering av sitt tjenestetilbud. I så måte kan man tolke forskjellen slik at faglige ledere i spesialisthelsetjenesten overvurderte sin innsats overfor pasientgruppen i forhold til brukerne selv. På den annen side kan det tenkes at fastlegene undervurderte sin innsats i den forstand at spesialisthelsetjenesten hadde inntrykk av at så vel pasienter som pårørende var mer tilfredse med fastlegenes tjenestetilbud enn som fastlegene selv var.

Metodologiske begrensninger

Lav svarprosent, med opplysninger fra kun om lag en tredel av originalmaterialet, svekker gyldigheten av å generalisere resultatene til populasjonen av alle fastleger og alle avdelinger i spesialisthelsetjenesten. Privatpraktiserende psykologer og psykiatere er en viktig del av spesialisthelsetjenesten, og det er en svakhet ved studien at disse ikke kunne inkluderes.

Styrken i spørreskjema som kartleggingsmetode ligger i at man får en generell oversikt. Andre kvalitetsindikatorer som eksempelvis ventetid på behandling, behandlingstid, kost-nytte-analyser samt tilfredshetsmål fra pasienter og pårørende kunne imidlertid ha gitt et mer nyansert bilde av tjenestetilbudet.

Avslutning

Med forbehold om nevnte metodologiske begrensninger tegner resultatene likevel et betinget positivt bilde av tjenestetilbudet, spesielt i spesialisthelsetjenesten. Dette er det viktig å få frem

i lys av et negativt bilde som ofte tegnes i den offentlige debatt og i media av tjenestetilbudet som totalt utilstrekkelig og nærmest på grensen til det uforsvarlige. Slike bilder drives frem av overgeneraliseringer ut fra uheldige enkeltsaker, som i seg selv sikkert er sanne nok. På den annen side er selvpoplevd tilfredshet en upålitelig markør for god behandling av spiseforstyrrelser. Ikke minst i lys av den nye pasientrettighetsloven understreker dette behovet for nye studier med flere kvalitetsindikatorer, som nevnt ovenfor.

Det finnes således forbedringspotensial, eksempelvis knyttet til fastlegers kompetanse og til samarbeidsrelasjoner. En grunn til at resultatene kan tolkes dit hen at fastleger undervurderer sin innsats overfor denne pasientgruppen, kan være at de både mangler tid og kompetanse til å få en opplevelse av å lykkes. Langt på vei kan man si at det er uklare forventninger til fastlegers kompetanse og hva slags tiltak de skal treffe for denne pasientgruppen. Fagmiljøene og helsemyndighetene bør samarbeide om å utarbeide minimumskrav med hensyn til utredning og behandling, samt retningslinjer for henvisning til spesialisthelsetjenesten.

De kvalitative kommentarer i form av råd til helsemyndighetene dreier seg om at fastleger ønsker bedre tilbud i spesialisthelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten ønsker seg regionale kompetansesentre. Dette kan gjenspeile en ansvarsfraskrivning eller en manglende tro på egen kompetanse, i den forstand at man vil at andre enn en selv skal eller bør behandle pasienter med spiseforstyrrelser. Rådene kan imidlertid også gjenspeile et ønske om fortsatt satsning på kompetansetiltak, opplæring i evidensbasert behandling samt tiltak for å bedre organiseringen av tjenestetilbudet. Dette er viktig for å møte en forventet økning i antall pasienter med spiseforstyrrelser i årene som kommer (Rosenvinge & Gøtestam 2002), mennesker som med pasientrettighetsloven i den ene hånden og kunnskap om evidensbasert behandling hentet fra Internett og andre kilder i den andre, vil stille helt andre kvalitetskrav til helsevesenet enn hva vi nok hittil har sett.

Jan H. Rosenvinge
Institutt for psykologi
Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø
E-post janr@psyk.uit.no

Referanser

- Braun, D. L., Sunday, S. R., & Halmi, K. A. (1994). Psychiatric comorbidity in patients with eating disorders. *Psykologisk Medicine*, *24*, 859–867.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A «transdiagnostic» theory and treatment. *Behavior Research and Therapy*, *41*, 509–528.
- Fombonne, E. (1995). Anorexia nervosa: no evidence of an increase. *British Journal of Psychiatry*, *166*, 462–471.
- Fombonne, E. (1996). Is bulimia nervosa increasing in frequency? *International Journal of Eating Disorders*, *19*, 287–296.
- Keel, P. K., & Mitchell, J. E. (1997). Outcome in bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, *154*, 313–321.
- Nielsen, S. (2001). Epidemiology and mortality of eating disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, *24*, 201–214.
- Norges offentlige utredninger*. (2005). Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste. NOU 3. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Seksjon statens trykning.
- Noodenbos, G. (2003). Early identification. I J. Treasure, E. Van der Furth, & U. Schmidt (Eds.), *Handbook of eating disorders* (ss. 455–466). London: Wiley.
- O'Brien, K. M., & Vincent, N. K. (2003). Psychiatric comorbidity in anorexia nervosa and bulimia nervosa: nature, prevalence, and causal relationship. *Clinical Psychology Review*, *23*, 57–74.
- Rosenvinge, J. H., Martinussen, M., & Østensen, E. (2000). The comorbidity of eating disorders and personality disorders. A meta-analytic review of studies published between 1983 and 1998. *Eating & Weight Disorders*, *5*, 52–61.
- Rosenvinge, J. H., & Sundgot-Borgen, J. (1999). Behandling av alvorlige spiseforstyrrelser – hvordan er behandlingen organisert? En nasjonal kartlegging i psykiatrisk og somatisk spesialisthelsetjeneste. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, *119*, 21–23.
- Rosenvinge, J. H., & Gøttestam, K. G. (2002). Spiseforstyrrelser – hvordan bør behandlingen organiseres? *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, *122*, 185–188.
- Rosenvinge, J. H., Skårderud, F., & Thune-Larsen, K. B. (2003). Can educational programmes raise the competence in treating patients with eating disorders? *European Eating Disorders Review*, *11*, 1–15.

- Skårderud, F., Rosenvinge, J. H., & Gøtestam, K. G. (2004). Spiseforstyrrelser – en oversikt. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 124, 1938–1942.
- Sosial- og helsedepartementet (2000). *Regjeringens strategiplan mot spiseforstyrrelser*. Oslo: I-0984B.
- Statens helsetilsyn (1992). *Alvorlige spiseforstyrrelser. En veileder for helsevesenet i behandling av anorexia nervosa og bulimia nervosa*. Oslo: Statens helsetilsyn.
- Statens helsetilsyn (2000). *Alvorlige spiseforstyrrelser. Retningslinjer for behandling i spesialisthelsetjenesten*. Utredningsserie 7 – Oslo: Statens helsetilsyn.
- Stortingsmelding nr. 25 (1996–1997). *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*. Oslo: sosial- og helsedirektoratet.
- Strober, M., Freeman, R., & Morrell, W. (1997). The long-term course of anorexia nervosa in adolescents. *International Journal of Eating Disorders*, 22, 339–360.
- Sullivan, P. F. (1995). Mortality in anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1073–1074.
- Waller, G., & Katzman, M. A. (1997). Female or male therapists for women with eating disorders? A pilot study of expert's opinions. *International Journal of Eating Disorders*, 22, 111–123.