

REGIONALT SENTER FOR SPISEFORSTYRRELSER, NORDLANDSSYKEHUSET HF

Veileder for medisinsk risikovurdering for pasienter med spiseforstyrrelser

Veilederen er laget for pasienter med spiseforstyrrelser

I primærhelsetjenesten, for fastleger, pasienter innlagte på medisinsk avdeling, pasienter innlagt på psykiatrisk avdeling, og for pasienter på enhet for spiseforstyrrelser.

Introduksjon

Pasienter med spiseforstyrrelse, spesielt de med Anorexia nervosa, er i høyrisikosone med hensyn til egen helse og sikkerhet. Denne pasientgruppen har høyest dødsrisiko innen gruppen psykiatriske lidelser på bakgrunn av grunnsykdom og relaterte somatiske lidelser samt selvmordsfare.

Viktige faktorer i risikovurdering av pasienter med spiseforstyrrelser;

- Medisinsk risiko
- Psykisk risiko
- Psykososial risiko
- Sykdomsinnsikt
- Motivasjonsgrad for å bli frisk

Et godt mål på sykdomsinnsikt og motivasjonsgrad, er hvordan pasienten responderer på behandlingen. Hvis det er høy grad av medisinsk risiko, og dårlig behandlingsrespons i allmennpraksis og ved DPS, vil det noen ganger være nødvendig å vurdere innleggelse ved Spesialpsykiatrisk avdeling. Her vil innleggelser kunne være frivillig eller under tvang i henhold til Lov om psykisk helsevern. Dette vurderes på bakgrunn av sykdommens alvorlighet.

Denne veilederen er tenkt å hjelpe i forståelsen av:

1. **Medisinsk risiko**; hvordan vurdere, evaluere og ev. viderehenvise.
2. **Bruk av lov om psykisk helsevern i behandlingen**; Hvis medisinsk risiko er høy, og det er liten respons på behandling, er det nødvendig å vurdere bruk av tvangsparagrafene i Lov om psykisk helsevern.

Medisinske risikofaktorer

Medisinske risikofaktorer kommer som følge av restriktiv atferd som sulting, og kompensatorisk atferd som oppkast, misbruk av laxantia, selvskading, trening, osv.

Sykehistorie som indikerer medisinsk risiko:

- Overdreven trening i kombinasjon med lav vekt
- Blod i oppkast
- Lavt væskeinntak og/eller lavt matinntak
- Raskt vekttap (>15% de siste 3-6 mnd)
- Faktorer som forstyrrer ritualiserte spisevaner (reiser, ferie, eksamen) eller fravær av disse (lar pasienten være å dra på ferie fordi rituallet forstyrres)

Body mass indeks, BMI, er også et mål på medisinsk risiko.

BMI-verdien settes inn i tabellen for å finne medisinsk risiko relatert til BMI:

BMI	Beskrivelse	Somatiske endringer
20-25	Normalområde	
17,5-20	Undervekt	Uregelmessig menstruasjon, svikt i eggløsningen
15-17,5	Anorexia Nervosa	Amenorè, tap av substans fra alle kroppens organer og strukturer
13,5-15	Alvorlig Anorexia Nervosa	Alle organenes systemer i fare; Beinmasse, hjerte, muskler, hjerne. Metabolisme redusert med 50%
12,5-13,5	Kritisk Anorexia Nervosa	Døgnbehandling anbefales. Begynnende organsvikt i muskler, beinmarg, hjerte
< 12	Livstruende Anorexia Nervosa	

Tabellen er en oversatt versjon av *Maudsley Body-Mass Index* for vurdering av BMI relatert til medisinsk risiko ved Anorexia Nervosa.

BMI-målingens begrensninger

- Mulighet for å bli lurt, pasienten drikker væske for å veie mer ved vektmålingen
- Mindre valid ved hurtig vekttap

- Mindre valid for barn*
- Mindre valid for pasienter med bulimi
- Mindre valid hos pasienter som er dehydrert
- Mindre valid ved stor psykisk sykdomsbelastning
- BMI er ikke valid mht risiko relatert til væske og elektrolyttforstyrrelse

*Hos barn og unge samt voksen som fikk sin spiseforstyrrelse før puberteten, og ikke har gått gjennom menarchè, må BMI vurderes med forsiktighet.

Medisinsk undersøkelse

Anbefalinger for en kort risikovurdering, gjentatt så ofte som nødvendig.

- Blodtrykk og pulsfrekvens, liggende og stående (ortostatisk BT test)
- Muskelstyrke
- Undersøkelse av hud og kroppstemperatur (dehydrering)
- Tegn på underernæring/mangeltilstander/repetert oppkast
- Generell klinisk undersøkelse
- BMI

Test for muskelstyrke:

- Reise seg opp fra stilling med bøyde knær.
Be pasienten om å sette seg på huk, og å reise seg opp uten å bruke armene.
- Sette seg opp:
Be pasienten om å legge seg ned på gulvet, eller undersøkelsesbenken, og be om at hun skal reise seg uten å bruke hendene.

Hydreringstest:

- Se etter tegn på svimmelhet eller nærsyncope når du ber pasienten om å reise seg opp.
- Mål liggende og stående blodtrykk, og se etter ortostatisk blodtrykksfall, og økt pulsfrekvens.

Undersøkelser:

1. Hyppige blodprøver som inkluderer: Na, K, Mg, Fosfat, Glucose, Kreatinin, Hb, Lck er nødvendig dersom:
 - Pasienter som ut fra ovenstående vurdering er i høyrisikogruppe.
 - BMI < 15 eller
 - BMI er ikke valid pga faktorer som nevnt over.
 - Ved oppkast eller laxantia/diuretika-misbruk
2. EKG bør tas ved BMI < 14, og hvis pasienten bruker medikamenter som kan virke inn på QT-tid.
3. Andre fysiske undersøkelser, avhenger av pasientens fysiske tilstand.

Metabolske forandringer ses oftest hos pasienter med spiseforstyrrelser som samtidig kaster opp, og/eller misbruker laxantia/diuretika. Verken BMI eller metabolske målinger (labprøver) kan brukes som eneste markør for å risikovurdere en medisinsk tilstand.

Undersøkelse muskelstyrke, blodtrykk, pulsfrekvens, perifer sirkulasjon, hydreringsgrad og kroppstemperatur er sentrale parameter når medisinsk risiko skal vurderes. I tillegg kommer psykisk status, inkludert selvmordsrisiko og mental latens.

Tabellen nedenfor gir en skåringsverdi for hver del av vurderingen og følges av et tiltaksforslag basert på risikoskåre.

	Undersøkellesparameter	Moderat risiko	Alvorlig risiko
<u>Ernæring</u>	BMI Vekttap/uke Hudutslett	<14 >0,5	<12 >1,0 ++
<u>Sirkulasjon</u>	Systolisk BT (mmHg) Diastolisk BT (mmHg) Ortostatisk BT fall (mmHg) Pulsfrekvens (slag/min)	< 90 < 70 >10 < 50	< 80 < 60 >20 < 40
<u>Muskel/skjelett</u> Reise seg opp fra huk/ sette seg opp fra liggende	Ikke i stand til å reise seg uten å bruke armene for å få balanse. Ikke i stand til å reise seg uten å bruke armene. Ikke i stand til å sette seg opp, uten å bruke armene for å få balanse. Ikke i stand til å reise seg.	++ ++	 ++ ++
<u>Temperatur</u>		< 35	<34,5
<u>Blodprøver</u> Hematologi	Lkc (10 ⁹ /L) Nøytrofile granulocytter Hb (g/dl) Trombocytter (10 ⁹ /L)	< 4,0 <1,5 <11 <130	<2,0 <1,0 <9,0 <110
<u>Elektrolytter</u>	Kalium (mmol/l) Natrium (mmol/l) Magnesium (mmol/l) Fosfat (mmol/l) Karbamid (mmol/l)	<3,5 <135 0,5-0,7 0,7-0,85 >7	<3,0 <130 <0,5 <0,6 >10
<u>Lever</u>	Bilirubin (µmol/l) ALP (U/L) ASAT (U/L) ALAT (U/L) Gamma GT (U/L)	>20 >110 >40 >45 >45	>40 >200 >80 >90 >90
Ernæring	Albumin (g/l) Kreatinin Kinase (CK) (U/L) Glukose (mmol/l)	<50	<40 >450 ms +
EKG	Pulsfrekvens (slag/min) QTc-tid (QT-tid måles manuelt i EKG og kalkuleres vha Bazetts formel) (ms) Arytmier	<50	<40 >450 (♂) >430 (♀) ++

- Benevnningen og referanseområdet kan variere mellom laboratorier.
- Takykardi samtidig med kliniske og laboratoriefunn forenelig med alvorlig risiko, kan være et tegn på kardiologisk kollaps for eksempel ved hypokalemi.

Veiledende tolkning

1. Spiseforstyrrelse uten at risikovurderingen gir verdier i kategorien for moderat eller alvorlig risiko:
Ved stabile parameter over tid: Pasienten regnes som stabil, men følges videre med blodprøver og konsultasjoner. Vurderes henvist videre til lokal psykiatrisk enhet avhengig av lokale ressurser (VOP,DPS, etc).
Ved parameter som beveger seg mot moderat eller alvorlig risiko: Informer pasienten og lag en plan for hvordan pasienten skal oppnå bedring i ernæringstilstand og vektøkning. Det er viktig å ansvarliggjøre pasienten og ta denne med i utarbeidelse av planen. Dersom pasienten ikke viser interesse for å lage en slik plan, er det et varselsignal om at det kan foreligge en alvorlig spiseforstyrrelse. Se over implementering av plan med regelmessig konsultasjoner og monitorering av kliniske parameter (vekt 1-4 ganger pr mnd).
2. Spiseforstyrrelse hvor risikovurderingen gir verdier i kategorien for moderat risiko.
Regelmessig evaluering av kliniske parametre og intervensjonsplan (1-4 ganger pr mnd). Henvisning til DPS/ VOP eller enhet for spiseforstyrrelser. Har pasienten behandler på VOP eller DPS, må det vurderes å informere vedkommende behandler om alvorlighetsgraden i tilstanden.
3. Spiseforstyrrelse hvor risikovurderingen gir verdier i kategorien for alvorlig risiko.
Umiddelbar kontakt med, og evt henvisning til enhet for spiseforstyrrelser. Hvis pasienten er i poliklinisk psykiatrisk behandling, må kompetent lege kontaktes for vurdering av indikasjon for innleggelse på enhet for spiseforstyrrelser eller indremedisinsk avdeling.

TIPS

Kalium

Kalium kan være kronisk lav hvis pasienten kaster opp eller bruker laxantia. Noen ganger $<2,0\text{mmol/l}$, uten at pasienten har symptomer. Akutt oppstått hypokalemi er farligere og kan medføre arytmier og andre symptomer. Stopp i oppkast samt per oral tilførsel av kalium og regelmessig ernæring er som regel nok til at kaliumverdiene normaliseres. Stopp av oppkast er avgjørende idet hypokalemien ved oppkast skyldes tap av syre i form av magesyre og dette fører til baseoverskudd i kroppen. I neste omgang forbraker baseoverskuddet kalium når det obligat skal skilles ut i nyrene. Hypokalemi ses også ved sekundær hyperaldosteronisme (se nedenfor).

Er det nødvendig med kaliumtilskudd, kan det nesten alltid gis per oralt. Samtidig bør det gis væsketilskudd med elektrolytter, for eksempel Gem pulver mikstur®. Elektrolytter og væskestatus følges med målinger av liggende og stående blodtrykk. Refraktær hypokalemi kan skyldes lav magnesium eller lav kalsium og må korrigeres. Hvis pasienten fortsetter å kaste opp, og serumkalium-nivå forblir lavt, til tross for kaliumtilskudd, kan en protonpumpehemmer som f.eks. Lanzoprazol® forsøkes. Når syreproduksjonen hemmes, kan metabolsk alkalose reduseres, og i sin tur serumkalium stabiliseres og økes.

Fosfat

Hypofosfatemi kan oppstå ved reernæring, og er forårsaket av at kroppen skifter fra fett og muskelmetabolisme til karbohydratmetabolisme. Denne tilstanden kan være dødelig. Korrigeres med fosfatholdig mat, f.eks. melk og hvit ost. Ved behov kan oralt fosfattilskudd brukes i form av Phosphate Sandoz® (ca 16 mmol Fosfat/tablett). Det skal gis. Tiamin® intramuskulært ved reernæring. I tillegg gis også multivitamintablett.

Reernæringsødem

Perifere ødemer er vanlig ved reernæring, særlig hos kronisk dehydrerte pasienter som ledd i sin sykdom. Det er et resultat av sekundær hyperaldosteronisme. Når hyperaldosteronismen gir seg etter noen uker med normalt mengde kroppsvann, forsvinner ødemene vanligvis. Ødemene er ufarlige og trenger vanligvis ingen behandling. Ødemer sekundært til annen somatisk sykdom bør ekskluderes (hjertesykdom, nyresykdom, stoffskiftesykdom).

Dehydrering

Dehydrering kan fort føre til alvorlige somatiske tilstander som sirkulasjonssvikt og nyresvikt. Det bør gjøres grundig anamnese på væskeinntak, svimmelhet og/eller syncope. Fysisk undersøkelse av hudturgor og BT inklusive ortostatisk test bør gjøres. Elektrolytter sjekkes spesielt for urinstoff, kreatinin, natrium og kalium. Væske kan nesten alltid erstattes per oralt.

Bradycardi

Se etter blokkeringer og forlenget Qtc-tid (måles og kalkuleres manuelt da automatisk vurdering av QT tid i mange tilfeller er for lang). Vurder å seponere medikamenter som forlenger QT tid. Analyser elektrolytter og vurder BT. Dersom HF < 40/min hos ikke innlagt pasient, vurder innleggelse for monitorering og evaluering i somatisk sykehus.

Bruk av tvunget helsevern

Ved tvungen psykisk helsevern må følgende kriterier være oppfylt:

1. Frivillig psykisk helsevern skal være forsøkt uten at dette har ført fram, eller det er åpenbart formålsløst å forsøke dette.
2. Pasienten er undersøkt av to leger, hvorav én skal være uavhengig av den ansvarlige institusjon, jf. § 3-1 i PHL.
3. Pasienten har en alvorlig sinnslidelse og etablering av tvungen psykisk helsevern er nødvendig for å hindre at vedkommende på grunn av sinnslidelsen enten
 - a. får sin utsikt til helbredelse eller vesentlig bedring i betydelig grad redusert, eller det er stor sannsynlighet for at vedkommende i meget nær framtid får sin tilstand vesentlig forverret, eller
 - b. utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv eller helse.

Tvangsbehandling (tvungen ernæring) etter § 4-4b i PHL, skjer etter en helhetsvurdering og bør framstå som et nødvendig behandlingsalternativ. Det bør vurderes ved

- Svær avmagring, spesielt over kort tid
- BMI under 12-14
- Alvorlig hypokalemi
- Lavt blodtrykk (syst BT <70)
- Tegn på alvorlig cerebral påvirkning i form av kognitiv svikt, suicidalitet eller psykose såfremt dette fremstår som et strengt nødvendig behandlingsalternativ.

Undersøkelse og behandling uten eget samtykke kan bare skje når det er forsøkt å oppnå samtykke til undersøkelsen eller behandlingen, eller det er åpenbart at samtykke ikke kan eller vil bli gitt. Dersom det ikke er åpenbart umulig, skal det også vurderes om det kan tilbys andre frivillige tiltak som alternativ til undersøkelse og behandling uten eget samtykke.

Referanser:

- Nice Guidelines. Prof. Janet Treasure (2009)
<http://www.kcl.ac.uk/ioppn/depts/pm/research/eatingdisorders/resources/GUIDETOMEDICALRISKASSESSMENT.pdf>
- Medical Management of Eating Disorders, C Laird Birmingham and Janet Treasure, Cambridge University Press, second edition, 2010.
- Norges Lover, Psykisk helsevernloven med forskrifter, juni 2013.