

Undersøkelse av kommunikasjon mellom personer med spiseforstyrrelse og tannleger, og forebyggende tiltak

—
Kristin Mari Johansen

Masteroppgave i Odontologi Mai 2015

Veileder: Prof. Asbjørn Jokstad

Place picture here. Right click, choose Format shape and click "Fill". Choose a picture from your harddisk by clicking "Picture or texture fill" and then the "File" button. Then close. Be sure that the UiT logo in the right corner is visible. Place picture here. Right click, choose Format shape and click "Fill". Choose a picture from your harddisk by clicking "Picture or texture fill" and then the "File" button. Then close. Be sure that the UiT logo in the right corner is visible. Place picture here. Right click, choose Format shape and click "Fill". Choose a picture from your harddisk by clicking "Picture or texture fill" and then the "File" button. Then close. Be sure that the UiT logo in the right corner is visible. Place picture here. Right click, choose Format shape and click "Fill". Choose a picture from your harddisk by clicking "Picture or texture fill" and then the "File" button. Then close. Be sure that the UiT logo in the right corner is visible. Place picture here. Right click, choose Format shape and click "Fill". Choose a picture from your harddisk by clicking "Picture or texture fill" and then the "File" button. Then close. Be sure that the UiT logo in the right corner is visible. Place picture here. Right click, choose Format shape and click "Fill". Choose a picture from your harddisk by clicking "Picture or texture fill" and then the "File" button. Then close. Be sure that the UiT logo in the right corner is visible. Place picture here. Right click, choose Format shape and click "Fill". Choose a picture from your harddisk by clicking "Picture or texture fill" and then the "File" button. Then close. Be sure that the UiT logo in the right corner is visible.

Sammendrag

Oppgaven tar for seg hvordan oppleves kommunikasjon mellom personer med spiseforstyrrelse og tannlege. Et gjennomgående funn var at å snakke om spiseforstyrrelse var vanskelig fra begge partenes ståsted. Det vanligste er at personer med spiseforstyrrelse fortsatte å gå til tannlege etter sykdomsdebut, men unnlater å fortelle tannlegen at de har sykdommen. Blant tannleger var egenvurdert kunnskapsnivået om spiseforstyrrelse lavt og de følte seg ikke trygge på hvordan de skulle håndtere personer med spiseforstyrrelse.

Det er også sett på hvilke profylaktiske tiltak som kan hjelpe personer med spiseforstyrrelse, for å unngå/minimere irreversibelt tanntap og håndtere andre orale symptomer som kan komme på grunn av sykdommen.

Innledning

Spiseforstyrrelse kan være en langvarig sykdom, og en stor del av behandlingsplanen er profylaktiske tiltak rettet inn mot å stanse progresjon og forebygging. For at personer med spiseforstyrrelse skal få hjelpe til å håndtere de orale symptomene på spiseforstyrrelse og forhindre irreversibelt tap av tannsubstans, er det fordelaktig med en dialog med tannlegen

Mål

Identifisere kommunikasjonsbarrierer hos pasienter og tannleger. Finne profylaktiske tiltak som kan stanse progresjon og forebygge orale symptomer på spiseforstyrrelse

Metode

Litteraturstudie

Konklusjon

Det er et forbedringspotensial når det kommer til kommunikasjon mellom personer med spiseforstyrrelse og tannleger. Fra begge sider var det et gjennomgående funn at å få startet opp en samtale om temaet oppleves vanskelig. Personer med spiseforstyrrelse

sin motvilje til å snakke om sin sykdom, og følelse av skam/flauhet over egen sykdom, viser seg å være en hovedfaktor for hvorfor de ikke forteller tannlegen om sin sykdom. Tannlegene rapporterte at de ikke følte seg trygg på egen kunnskap og at eget kunnskapsnivået om spiseforstyrrelse var lavt. Dette stoppet dem fra å ta opp temaet med sine pasienter

Studiemateriale er lite angående personer med spiseforstyrrelse og kommunikasjon, samt profylakse spesifikt rettet mot dem, men dette er en gruppe som er vanskelig å gjøre studier om. Ut fra det som ble funn i denne artikkelen, kan det gjøres tiltak som å øke tannlegers kunnskap om spiseforstyrrelse, og øke deres bevissthet om hvordan man fremstår overfor pasient. Det er viktig at pasienter møtes på en profesjonell måte, og at tannleger virker trygg på hva de skal gjøre med opplysningene de får.

Oversikt:

Innledning.....	5
Material & metode.....	6
Bakgrunnsinformasjon – medisinsk og odontologisk konsekvenser.....	7
Diagnose og forekomst.....	7
Etiologi.....	8
Konsekvenser av sykdommen, sosialt og medisinsk.....	9
Kliniske tegn på spiseforstyrrelse, odontologisk.....	10
Selvrapporterte orale problemer.....	13
Resultater	
A. Kommunikasjon mellom pasient og tannlege.....	14
Barrierer for pasienter.....	15
B. Tannlegers kunnskap og kommunikasjons-barrierer.....	17
C. Profylaktisk behandling.....	18
Diskusjon.....	21
Konklusjon.....	24
Litteratur/referanser.....	25

Innledning:

Spiseforstyrrelse er en alvorlig psykiatrisk sykdom, som kan ha store konsekvenser for fysisk og mental helse. Personer som er rammet sliter ofte i mange år for å bli frisk, og noen vil aldri komme seg helt av sykdommen. I de alvorligste tilfeller er det en dødelig tilstand.

Orale symptomer er ikke det første man prioriterer, men tannhelsepersonell skal likevel bistå sine pasienter som har denne sykdommen, for å bidra til at et irreversibelt tap av tannsubstans blir minst mulig.

Mange individer med spiseforstyrrelser er skeptiske mot helsevesenet, og motvillig for å innrømme overfor andre at de har en sykdom. En tannlege kan være den første som oppdager tegn på at noe er galt. Forekomst av orale symptomer ved spiseforstyrrelse har lenge vært studert og dokumentert, og kan bidra til tidlig identifisering av spiseforstyrrelse. Tidlig intervensjon gir bedre prognoser, og tannleger bør oppfordre sine pasienter som informerer om at de har spiseforstyrrelse, eller som de mistenker kan ha det, til å ta kontakt med sin fastlege. Dette i tillegg til å hjelpe pasienten med å ivareta sin orale helse.

Spiseforstyrrelse oppleves av mange som er et sensitivt emne. God kommunikasjon er en vesentlig faktor for å kunne ta opp temaet og for å kunne hjelpe. En åpen dialog mellom pasient og tannlege vil gjøre det mulig å lage en individuelt tilpasset profylaktisk behandlingsplan, slik at man kan minke tap av tannsubstans og andre orale symptomer. Da er det interessant å se på hvordan kommunikasjonen mellom pasient og tannlege fungerer. I denne oppgaven ses det nærmere på

1. Hvordan opplever pasientene med spiseforstyrrelse kommunikasjonen med sin tannlege
2. Tannlegens kunnskaper om spiseforstyrrelse, og hvordan de opplever kommunikasjonen med pasienter som har, eller er mistenkt å ha spiseforstyrrelse.
3. Hvordan gå frem for å gi profylaktisk behandling til pasienter som har spiseforstyrrelse, eller som mistenkes å ha det.

Material og metode

Jeg har valgt å gjøre en litteraturstudie ut ifra bøker og artikler som omhandler spiseforstyrrelsene anorexia og bulimia, andre spiseforstyrrelser er ikke tatt med.

Jeg har søkt etter artikler i Medline (www.pubmed.com), og i oria.no, som inneholdt blant annet emnene: eating disorder, prophylaxis, dental management, bulimia nervosa, erosions, secondary prevention. Artikler fra studier med skandinaviske deltakere var av spesiell interesse.

Målet var å finne artikler som:

- Beskriver hvilke orale symptomer som er vanlige i forbindelse med spiseforstyrrelsene, og hvilke profylaktiske tiltak man kan bruke for å behandle dem.
- Undersøker om pasienter med spiseforstyrrelse går til tannlege og om de føler de kan diskutere sin spiseforstyrrelse med tannlegen sin.
- Undersøker tannlegers kunnskap om spiseforstyrrelse, og deres kompetanse i profylakse

Alle typer kliniske studier ble vurdert, inklusivt kasusrapporter, og studier med og uten kontrollgrupper.

Før presentasjonen av resultatene gis det gis en kort oversikt innledningsvis over diagnoser, antatt etiologi, diagnostikk, og medisinsk og odontologisk følgetilstander av spiseforstyrrelse, for å sette mine funn inn i en helhetlig kontekst. Her blir objektive og subjektive orale symptomer presentert, med en kort kommentar om forekomsten.

Bakgrunnsinformasjon spiseforstyrrelser

Diagnoser og forekomst

Felles for spiseforstyrrelser er ” en forstyrret opplevelse av egen kropp, og sterk vilje til å gå ned i vekt(23)”. En person som lider av spiseforstyrrelse legger ned mye tid og krefter på handlinger knyttet til mat og spising. De har et fokus på mat som går ut over alle områder av livet deres. Avhengig av hvor alvorlig rammet en person er, kan denne sykdommen påvirker studier, jobb, og sosiale relasjoner.

Det finnes flere ulike typer spiseforstyrrelser(1,2, 23). Anorexia og bulimi har lenge vært kjent innen medisin, og tidligere ble all spiseforstyrrelse kalt anorexia. Bulimi ble en egen diagnose fra 1980. I denne oppgaven er det valgt å kun fokusere på individer med spiseforstyrrelsene anorexia nervosa og bulimia nervosa(3). Det ses ikke på atypiske former, uspesifiserte, eller overspising,

Anorexia nervosa er kjennetegnet med alvorlig undervekt, på grunn av selvpåført sult, mens bulimia nervosa er kjennetegnet ved gjentatte episoder med overspising, etterfulgt av ”purging.” Personer som lider av bulimia er som oftest normalvektige, eller overvektige. Det brukes to klassifiserings-systemer for spiseforstyrrelser, som er benevnt International Classification of Diseases (ICD) og Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM).

Diagnostiske kriterier ifølge ICD-10

F50.0 anorexia nervosa(1):

- bevisst vekttap som fremkalles og vedlikeholdes av pasienten.
- forekommer hyppigst hos tenåringsjenter og unge kvinner, men tenåringsgutter og unge menn kan også rammes, likeledes prepubertetsbarn og kvinner frem til menopausen.
- frykt for fedme og lubben figur er påtrengende og overdimensjonert. Pasientene fastsetter en lav idealvekt på seg selv.
- underernæring av varierende alvorlighetsgrad, med sekundære endokrine og metabolske forandringer og forstyrrelser av kroppsfunksjoner.

- symptomene omfatter innskrenket valg av matsorter, overdreven trening, selvframkalt brekninger og defekasjoner og bruk av appetittdependerende midler og diuretika.

F50.2 Bulimia nervosa(1):

- gjentatte anfall med overspising og overdreven opptatthet av kontroll over kroppsvekten.
- et mønster med overspising som etterfølges av oppkast eller bruk av avføringsmidler.
- mange felles symptomer med *anorexia nervosa*, blant annet overdreven opptatthet av figur og vekt.
- gjentatte brekninger gir lett elektrolyttforstyrrelser og fysiske komplikasjoner.
- sykehistorien har en episode med *anorexia nervosa* måneder eller år tidligere.

Det norske ICD-10 er noe annerledes enn DSM-IV, når det kommer til diagnostisering. DSM-IV er et diagnostisk oppslagsverk som er veldig utbredt og brukes mye ved forskning.

Det er en viss usikkerhet om hvor stor forekomsten av spiseforstyrrelser er i Norge, men tall fra folkehelseinstituttet anslår at anorexia rammer 0,3% av kvinner mellom 15-44 år, mens forekomsten av bulimia i Norge er ca. 2% av kvinner mellom 15-44 år. Det er en forskjell i forekomst av sykdommen, og hvor mange som får behandling, estimerte tall er 30% av anorektikere, og 6% av bulimikere. Man tror insidensen av anorexia har holdt seg stabil de siste 25 årene, mens det har vært en svak økning i insidens av bulimia. (ref?)

Etiologi

Etiologien bak en spiseforstyrrelse er kompleks. I dag er det et stort press for å oppnå et stadig fjernere skjønnhetsideal. I en befolkning der gjennomsnittsvekten stadig øker, blir en slanke kropp opphøyet som et tegn på vellykkethet og kontroll. I helsetilsynets utredning står det at: "moderat spiseforstyrrelse kan skyldes kun sosialt eller kulturelt betinget, mens det antas at de alvorligste tilfeller skyldes en psykologisk sårbarhet(23)". Det deles der inn i ulike faktorer for utvikling av spiseforstyrrelse; disponerende, utløsende, og vedlikeholdende faktorer(4). De går i korte trekk ut på:

- Disponerende faktorer: genetikk, personlighetstrekk(eks perfektjonisme), familiære forhold, traume og overgrep.
- Utløsende faktorer: tap og konflikter, mobbing, tidlig pubertet, store prestasjonskrav, endrede livsvilkår, skade hos idrettsutøvere, og slanking. Av disse er slanking den klart største risikofaktoren for å utvikle en spiseforstyrrelse.
- Vedlikeholdende forhold: familiekonflikter(utløst av spiseforstyrrelsen), negative reaksjoner fra sitt miljø, psykiske symptomer som følge av feil-eller underernæring, og at de opplever sine symptomer som nyttige.

Konsekvenser av sykdommen, sosialt og medisinsk

Typisk for personer i denne pasientgruppen er at de har lav selvfølelse, og et negativt syn på seg selv. De opplever en sterk følelse av skam over egen sykdom. De kan ha opplevelse av å ha lite kontroll i sitt eget liv, og bruker kontroll av sulten for å føle at de "gjenvinner" kontroll(4). Kontrollen over mat blir en mestringsmekanisme, på grunn av dårlig kontroll og regulering av følelser. De kan også ha psykiatrisk komorbiditet, som depresjon, affektlabilitet og utmattelse.

Varigheten av en spiseforstyrrelse kan variere voldsomt. I en studie av ungdom mellom 12-17 år med alvorlig anorexia ble det vurdert at etter 3 år var bare 1% friske, men at 76% av deltakerne ble frisk etter en 10 årsperiode(4, 23). Alvorlige tilfeller av spiseforstyrrelse tar lang tid å behandle og må følges opp i mange år. Noen blir aldri helt friske og opprettholder symptomer gjennom hele livet(23). For bulimi er sykdomsvarigheten mindre kjent, men en studie fant at i løpet av 6 år var 60% av deltakerne friske, 29% hadde symptomer og 10% oppfylte fortsatt kriteriene for diagnosen bulimi. I løpet av et 10 års perspektiv har man funnet at 30-50% av personer som har bulimi har et tilbakefall(23).

Alvorlighetsgrad av sykdommen er også fluktuerende, og dette gjelder særlig ved bulimi. Selv etter 10-15 år med sykdom, kan det skje en endring av alvorlighetsgrad(23). Blant de som har anorexia vil ca 40% etter hvert utvikle bulimi.

Kliniske tegn på spiseforstyrrelse, odontologisk



Figur 1 og 2: illustrasjonsbilde, pasient med spiseforstyrrelse(29).

Personer med spiseforstyrrelse er flinke til å skjule sin sykdom for omverdenen og helsepersonell(22, 23). Orale symptomer avdekket under et tannlegebesøk, kan være de første tegn observert av sykdommen(17). Tannleger kan bidra til tidlig oppdagelse av spiseforstyrrelse, noe som gir bedre langtidsprognose.

Tegn på spiseforstyrrelse i munnhulen ble først beskrevet på 1970-tallet, da case-studier rapporterte om økt tap av tannsubstans hos pasienter med spiseforstyrrelse(6,7). Senere studier har vist at spiseforstyrrelse gir en økt risiko for orale plager, og at disse er både reversible og irreversible. I dag er orale symptomer ved spiseforstyrrelse godt dokumentert.

De orale symptomene som er assosiert med spiseforstyrrelse er ikke unike for personer som har denne sykdommen. En person kan ikke diagnostiseres med en spiseforstyrrelse ut ifra orale funn, derimot bør tilstedeværelse av disse symptomene, uten annen årsaksforklaring, vekke en mistanke.

Tannsubstans tap:

- Erosjon er tap av tannsubstans grunnet "indre" eller "ytre" syrer(5). Det er godt dokumentert at det vanligste orale symptomet ved en spiseforstyrrelse er erosjon. Dette gjelder særlig ved bulimi og selvindusert oppkast (ref). Bulimikere, og personer med selvindusert oppkast, vil ha en økt eksponeringen av intrinsic syre, HCl. Likevel er også har funnet økt forekomst også blant anorektikere uten selvindusert oppkast(ref).

Tannflatene som rammes oftest er palatinale flater og incisiver, deretter okklusalt på molarer i ukj(14).

En norsk studie der studiedeltakerne var under behandling for sin spiseforstyrrelse, med inklusjonskriteria tidligere eller pågående selvindusert oppkast, ble det funnet dentale erosjoner hos 70% av studiedeltakerne med selvindusert oppkast (14). I en tilsvarende studie i Finland ble det registrert erosjoner hos 22 av 35 bulimikere, og hos 12 av 105 i kontrollgruppen(grad 1), det vil si, 63% mot 11% (10).

Personer med spiseforstyrrelse kan også ha ingen tegn på erosjoner(10, 14), selv ved langt sykdomforløp. Men det er også vist at det er sammenheng mellom langvarig sykdom, og flere, mer alvorlige erosjoner(10, 14, 15). Hvorfor det er slik er ikke kjent. Faktorer som er assosiert med forekomst og alvorlighetsgrad av erosjoner frekvensen av oppkast, og mengden saliva(10)

- Attrisjon; kan ha økt forekomst blant bulimikere, 74% mot 49%(10).
- Abrasjon; økt forekomst av abrasjon blant bulimikere og personer med selvindusert oppkastEn studie fra Finland viste at 31% av deltakere med bulimi hadde abrasjoner, mot 15% blant kontrollgruppen(10). Det er flere årsaker til den økte forekomsten av abrasjoner
 - Pussing av tenner etter oppkast. I en amerikansk spørreundersøkelse oppga 32% av deltakerne at de pusset tennene etter å ha kastet opp(13). Tannflatene er da svekket av syren, og det kan bli et større tap av tannsubstans(4).
 - Iherdig pussing er vanlig blant bulimikere i perioder med "binge eating" og selvindusert oppkast(10, 15).

- Karies: Det er motstridende funn angående kariesforekomsten hos pasienter med spiseforstyrrelse, men et flertall rapporterer om økt forekomst blant pasienter med spiseforstyrrelse(4, 7, 9, 10). Det antas at det da har en sammenheng med en diet med høyt inntak av karbohydrater.

Det er ikke funnet en forskjell i DMFT, DMFS, og initialkaries mellom deltakere med spiseforstyrrelse og kontrollgrupper(6, 15). Dette ses å ha sammenheng med god(overdreven) oral hygiene, med lave VPI, GBP.

Andre viktige kliniske symptomer ved spiseforstyrrelse. Symptomene er lokalisert ekstraorale og intraorale, og kan være reversible.

- Inflammasjon i spyttkjertlene i forbindelse med oppkast. Oftest rammes parotis(4,9,15). Spyttkjertel vil hovne opp, unilateralt eller bilateralt. Kjøennes myk ut ved palpering, Vil vanligvis gå over når pasienten slutter å kaste opp, men kan også bli kronisk.
- Tørre/sprukne lepper, grunnet underernæring og oppkast(4, 15).
- Xerostemi(9).
- Lav ustimulert salivasekresjon(4, 10, 26, 27). Det er gjort motstridende funn om spiseforstyrrelse fører til lavere ustimulert saliva, men hoved andelen av studier finner en reduksjon i ustimulert, Noen finner også lav stimulert salivasekresjon.
- Kvalitativ endring av saliva(26). Lavere konsentrasjon av IGF-1 i saliva hos anorektikere, sammenlignet med friske kontroller. Dette faktum er blitt foreslått som en ikke-invasiv metode for å måle ernæringsstatus, og monitorere klinisk status hos anorexia pasienter.

Det er også gjort studier som viser endring i enzymaktivitet i stimulert og ustimulert saliva(27, 28) hos anorektikere og bulimikere, sammenlignet med friske kontroller.

Flere studier har funnet at orale symptomene er relatert til varigheten av spiseforstyrrelse(15). En amerikansk studie fant at bulimikere som hadde hatt spiseforstyrrelse i 4 år eller mer, hadde flere symptomer(9). Likevel er det studier som viser at orale plager kan oppstå selv etter kort sykdomsforløp(15), noe som tannleger skal være obs på.

Selvrapporterte orale problemer.

Forekomst av selvrapporterte orale symptomer er høy hos disse personene. I en spørreundersøkelse med 34 deltakere(9) oppga 68% av svardeltakerne varierende symptomer. Dersom man sammenligner med en matched case-control studie(15) fra 2012, var forekomsten av selvrapporterte orale problemer høyere hos studiedeltakere med spiseforstyrrelse, enn hos kontrollgruppen. 13% i spiseforstyrrelsesgruppen rapporterte å ha daglige problemer.

Eksempler på selvrapporterte problemer er (9, 10, 13, 15):

- Sensitive tenner/smerter ved inntak av kald drikk
- Munntørrhet
- Brennende tunge
- Tungepressing(dag/natt)
- Ansiktssmerte

Personer med spiseforstyrrelse rapportere om flere subjektive orale problemer sammenlignet med kontrollgrupper uten sykdom, og flere studier viser at personer med spiseforstyrrelse også er mer bekymret over sine tenner(13, 15). De uroer seg for om de har utviklet erosjoner, eller de tror selv de har identifisert erosjoner. Selvidentifisering av erosjoner er et tegn på alvorlige erosjonslesjoner(10, 12,13).

Resultater

Resultatet av artikkelsøket var ca 320 artikler, hvorav 287 av dem var på engelsk. Utav dette var 58 oversiktsartikler. 65 av de 287 artiklene var publisert i løpet av de 5 siste årene.

A. Hvordan opplever pasientene med spiseforstyrrelse kommunikasjonen med sin tannlege

Spiseforstyrrelse er et sensitivt tema, som man må tilnærme seg med profesjonalitet og empati. Dette gjelder både for pasienter som har en spiseforstyrrelse og som selv søker hjelp for sine munnproblemer, og pasienter som har orale symptomer og man mistenker at spiseforstyrrelse er årsaken.

En stor andel av personer med en form for spiseforstyrrelse har fortsatt kontakt med tannhelsevesenet etter sykdomsdebut. I en norsk spørreundersøkelse med 38 deltakere ble det registrert at 88% av deltakernemed spiseforstyrrelser hadde besøkt tannlege i løpet av det siste året(9). I en annen spørreundersøkelse av norske kvinner med en spiseforstyrrelse, oppga 74% å ha en jevnlig kontakt med tannlege (12).

Det er en liten andel av de som har en spiseforstyrrelse, som ikke har kontakt med tannhelsevesenet. De resterende deltakere i den norske spørreundersøkelsen oppga at de kun tok kontakt dersom de hadde symptomer, eller at de ikke gikk til tannlegen. 12,7% av deltakerne rapporterte at de hadde ikke har vært hos tannlege de 2 siste årene. I den samme spørreundersøkelsen (12) rapporterte kun 39 % av studiedeltakerne at de hadde diskutert sin sykdom med sin tannlegen(12).

Prosentandelen var 44 % i gruppen med bulimia, 28% i anorexia-gruppen. Denne kan sammenlignes med en spørreundersøkelse fra USA(13), der de fant at 71% av svardeltakerne ikke hadde diskutert sin spiseforstyrrelse med tannlegen sin. I en svensk spørreundersøkelse blant tannleger, oppga 25% at de i løpet av det siste året hadde blitt informert av sin pasient eller av pasientens foresatte, at pasienten hadde en spiseforstyrrelse.

Det er gjort flere undersøkelser for å identifisere kommunikasjonsbarrierer mellom pasienter, som har eller er mistenkt å ha en spiseforstyrrelse, og tannleger.

Barrierer for pasientene

Flere av spørreundersøkelsene viste at personer med spiseforstyrrelse har den samme ambivalensen mot å diskutere sin spiseforstyrrelse med tannhelsepersonell, som de har mot å snakke om den med annet helsepersonell(12, 13). Tross at det er blitt større åpenhet rundt spiseforstyrrelse, bærer sykdommen fortsatt et stigma ved seg. Å fortelle at man har en spiseforstyrrelse oppleves som vanskelig, og mange føler skam over egen sykdom. Noen er også engstelig ved tannlegebesøk for at tannlegen skal "avsløre" at de er syke(4). Det er ikke uvanlig med sykdom- og symptombenektelse(23) i tidlige stadier av sykdom.

I en amerikansk spørreundersøkelse(13) der man spurte personer med spiseforstyrrelse hvorfor de ikke fortalte tannlegen sin at de hadde en spiseforstyrrelse, oppga de flauhet og skam som hovedgrunn til at de ikke diskuterte sin sykdom med tannlege. Andre årsaker var forlegenhet og frykt.

Få studier forteller noe om hvilke erfaringer personer med spiseforstyrrelse har med å fortelle om sin sykdom. En av disse er den norske spørreundersøkelsen (12)der deltakerne ga kommentarer på hvordan de syntes det var å fortelle om sin spiseforstyrrelse. Over halvparten(60%) av deltakerne oppga at de syntes det var en positiv opplevelse(12) å fortelle tannlegen om sin spiseforstyrrelse. Sitater fra de gode opplevelsene viste at de følte de ble tatt på alvor, tannlegen oppførte seg profesjonelt, og de ble møtt med nøytralitet. Blant de negative opplevelsene var blant annet at tannlegen virket usikker, eller at problemet ble minimalisert av tannlegen. Noen syntes også de spørsmålene tannlegen stilte var for invaderende, og at tannlegen ikke burde spørre om ting som ikke angikk munnhelse.

Det er blitt teoretisert at det er en økt forekomst av tannlegeskrek blant personer med spiseforstyrrelse(4, 12, 17), og at dette er grunnen til at de ikke forteller tannlegen om sin sykdom. Det er tidligere vist til at personer med tannlegeskrek har også vanskeligheter med å kommunisere med tannleger (ref?). I den norske

spørreundersøkelsen konkluderte man imidlertid med at tannlegeskrekken ikke virket inn på hvorvidt en person med spiseforstyrrelse fortalte tannlegen om spiseforstyrrelsen sin. Motvilje mot helsepersonell var derimot en angitt bidragende faktor (12).

B. Tannlegens kunnskaper om spiseforstyrrelse, og hvordan de opplever kommunikasjonen med pasienter som har, eller er mistenkt å ha spiseforstyrrelse.

Det kan oppleves som vanskelig å fortelle en pasient at man mistenker de har en spiseforstyrrelse. I en svensk spørreundersøkelse(24) oppga de fleste tannlegene som hadde hatt en pasient med mistenkt spiseforstyrrelse at det var noen ganger/ofte/alltid vanskelig å informere en pasient om sine mistanker. Kvinnelige tannleger, og tannleger med kortere yrkeserfaring fant det vanskeligst. En tredjedel av tannlegene oppga at de hadde hatt en pasient med mistenkte spiseforstyrrelse, men de hadde latt være å informere pasienten om sine mistanker. I en amerikansk spørreundersøkelse(13) oppga svardeltakerne som hadde diskutert sin spiseforstyrrelse med tannlegen at det var kun i 20% av tilfellene tannlegen som hadde tatt initiativ til å snakke om temaet.

En annen barriere er at det generelle kunnskapsnivået blant tannleger om spiseforstyrrelse ser ikke ut til å være god. I en svensk spørreundersøkelse vurderte en fjerdedel av kvinnelige tannleger og en tredjedel av mannlige tannleger sitt eget kunnskapsnivå som lavt eller veldig lavt(24). En tilsvarende amerikansk spørreundersøkelse(20) konkluderte også med at kunnskapsnivået blant tannhelsepersonell var lavt. Lavt kunnskapsnivå kan være årsak til at mange tannleger føler seg usikre på hvordan de skal tilnærme seg pasienter som har, eller er mistenkt å ha spiseforstyrrelse(24, 25), og at de føler de ikke har nok kompetanse til å behandle disse pasientene.

Frykt for å ta feil er en annen oppgitt årsak. I en amerikansk kvalitativ studie ble 21 tannleger intervjuet for å se hvordan man kan øke sekundær prevensjon av spiseforstyrrelse(25). De fant at tannlegene følte en etisk forpliktelse til å informere pasienten når de mistenkte at orale symptomer skyldtes en spiseforstyrrelse, men at frykten for å fornærme pasienten eller å feildiagnostisere holdt dem tilbake.

C. Hvordan gå frem for å gi profylaktisk behandling til pasienter som har spiseforstyrrelse, eller som mistenkes å ha det.

En individuelt tilpasset behandlingsplan er grunnpilaren for behandling av enhver pasient. Det er to ulike pasientscenario når man planlegger profylaktisk behandling for orale symptomer som man kan være forårsaket av spiseforstyrrelse.

1. Pasienten har tatt initiativ til å fortelle, eller bekrefter på forespørsel at de har en spiseforstyrrelse. Det er da viktig å møte pasienten med sympati og uten fordømmelse. Lytt til pasienten og opptre profesjonelt, og nøytralt(12).
2. Pasienten oppgir ikke at de har en spiseforstyrrelse, eller benekter det ved forespørsel(24, 22, 23). Dette er det vanligste tilfelle.

Det gis her forslag til profylaktiske tiltak mot orale symptomer hos pasient som har bekreftet, eller mistenkt spiseforstyrrelse, i påvente av restorativ behandling.:

1. Grundig anamnese.
2. De orale symptomene som er assosiert med spiseforstyrrelse er ikke unike, det er viktig å kartlegge om de kan ha en annen årsak. Dersom man avdekker symptomer som gir mistanke til spiseforstyrrelse, skal spiseforstyrrelse tas opp som en mulig årsak til de orale symptomene.
3. Kostholds-anamnese eller skjema, men unngå et stort fokus på mat. Eventuell informasjon om kosthold bør gjøres i samråd med pasientens behandlende lege, for å unngå forvirring. Kostholdsliste er ofte en del av behandlingen for spiseforstyrrelse(23). Personer med spiseforstyrrelse har mye kunnskap om mat. Diskuter heller ulik mat sin påvirkning på tenner, i stedet for generelle kostholdsråd(4). Fremhev hvilken mat som har positive effekt, som melk og meieriprodukter.
4. God informasjon om funn. Viktig å informere pasienten ved funn av erosjoner. Ofte er ikke pasientene klar over skadene på et tidlig stadium(10). Hyppig oppfølging for å vurdere progresjon. Erosjonsskader observeres, enten ved å ta studiemodell, eller kliniske foto.
5. Informasjon om OH. Det er dokumentert økt bekymring for egne tenner blant personer med spiseforstyrrelse sammenlignet med friske kontrollgrupper. Dersom de ikke får informasjon om OH hos tannhelsepersonell, finner de det fra andre, mer

usikre kilder. I en amerikansk studie oppga kun en tredjedel av deltakerne at tannlegen var den viktigste informasjonskilden når de lette etter informasjon om oral hygiene etter selvindusert oppkast.

6. Anbefale hyppig bruk av fluor, fluortannpasta og fluorskyll. Lakkere med fluorlakk. Selv om fluor ikke har like god effekt ved erosjonsskader, som ved karies, oppgis dette som det hyppigste rådet.
7. Dersom pasienten har selvindusert oppkast; advare mot å pusse tennene etterpå og forklar hvorfor syre fra magesekken skal nøytraliseres med vann eller fluorskyll først.
8. Pasientene må også advares mot abrasjon pga hyppig tannbørsting(hyppig pussing er brukt for å døve sultfølelse, perfektjonisme blant pasienter). Anbefale myk tannbørste og tannkrem med høyt fluorinnhold og lav abrasjonsinnhold.
9. Måle ustimulert salivasekresjon, for å se om pasient har lav ustimulert salivarate. Dersom positiv testresultat, vurdere hjelpemidler mot dette. Pasienter som drikker lite bør anbefales å drikke mer.
10. Korte recall intervall, for å monitorer progresjon

Personer med spiseforstyrrelse bør behandles som odontologiske risikopasienter. Dette gjelder også i fravær av orale symptomer. Dette er fordi sykdommens alvorlighetsgrad kan endre seg, selv etter mange år. Ofte blir det anbefalt å vente til spiseforstyrrelsen er under kontroll, før man gjør en omfattende restorativ behandling(4, 8). På langt sikt må det de alvorligste tilfellene gjøres en bittrehabilitering.

Sekundær prevensjon kan bidra til tidlig avdekning av spiseforstyrrelse, og bedre prognosen. Dette er noe tannleger kan bli mer bevisst på. Det er derfor lagt med liste over lokale behandlingssteder i Nord Norge og nasjonale organisasjoner som kan hjelpe personer som har en spiseforstyrrelse. Tannleger har muligheten til å veilede sin pasienter til videre behandling hos fastlege. Denne kunnskapen var det få tannleger i den svenske studien som hadde(24).

I Nord- Norge behandles de alvorligste tilfellene enten ved regionalt senter for spiseforstyrrelse – barn og unge, lokalisert ved UNN Tromsø, eller ved regionalt senter for spiseforstyrrelse – voksne, ved Nordlandssykehuset Bodø. Barn og unge under 18 år

med spiseforstyrrelse havner inn under BUP – barne og ungdomspsykiatrisk poliklinikk. Odontologisk utredning er også med i helsetilsynets retningslinjer for behandling i spesialisthelsetjenesten(23).

I Norge er det to store interesseorganisasjoner for spiseforstyrrelse, som samarbeider med fagpersonell, ROS og IKS. ROS(rådgivning for spiseforstyrrelse) er en interesseorganisasjon for pasienter og pårørende. IKS(Interessegruppa for kvinner med spiseforstyrrelse) er en medlemsorganisasjon for kvinner som har eller har hatt spiseforstyrrelse. Brosjyrer og informasjon om disse organisasjonene kan man ha tilgjengelig på venterommet.

- ROS har en egen nedlastbar brosjyre(21) som omhandler tenner. I brosjyren oppfordres personer som lider av spiseforstyrrelse til å kontakte tannlege, for å få hjelp. De gir også råd om forebygging av tannskader.
- IKS har ingen egen informasjonsbrosjyre på sine nettsider om tenner og forebygging av tannskader. De har lenker til to artikler i tannlegetidende, som omtaler tannskader på grunn av spiseforstyrrelse.

Diskusjon

Spiseforstyrrelse er en langvarig sykdom, med potensielt svært ødeleggende konsekvenser for helsen generelt, og i munnhulen. Den lange varigheten innebærer at man behandler orale symptomer, uten mulighet til å eliminere årsaken til dem. Målet for behandling er i stedet å forhindre/bremse irreversibelt tannsubstans tap, og gjøre de orale symptomene håndterbare. Den økte forekomsten av visse orale symptomer og plager hos personer med spiseforstyrrelse er godt dokumentert. Derimot har det vært vanskelig å finne studier som omhandler tannlege-pasientkommunikasjon, og pasientenes oppfatning av behandling. God kommunikasjon mellom pasient og tannlege er vesentlig. Ut ifra funnene i denne artikkelen ser man at det fortsatt er mye som kan gjøres for å forbedre pasient-tannlegekommunikasjonen.

Ønsket her var å undersøke hvordan pasienter med spiseforstyrrelse opplevde kommunikasjonen med sin tannlege, men flere artikler og studier viser at å få startet en samtale om temaet er et stort problem. En høy prosentandel av personer med spiseforstyrrelse fortsetter å gå til tannlege etter sykdomsdebut, men kun et mindretall av disse diskuterer sykdommen sin med tannlegen. De fortelle ikke tannlegen om sin spiseforstyrrelse, selv om det er vist at de er mer bekymret for sine tenner enn friske kontrollgrupper. Det er flere årsaker til dette, men hovedårsaken virker å være de negative følelsene av skam og flauhet de har over egen egen sykdom. Tannlegens håndtering og demping av disse følelsene hos personer med spiseforstyrrelse vil være en nøkkel for å gjøre det lettere å fortelle at man har en spiseforstyrrelse.

Det ble ikke funnet tilstrekkelig studier til å kunne trekke noen konklusjon om hvordan pasienter med spiseforstyrrelse opplever kommunikasjonen med sin tannlege, men det er mulig å se tendenser. Willumsen sin studie viste at blant studiedeltakerne som fortalte om sin spiseforstyrrelse syntes majoriteten at dette var en positiv opplevelse. Det som ble trukket frem var følelsen av å bli møtt med profesjonalitet, å bli lyttet til og tatt på alvor. Deltakerne som hadde negative opplevelse demonstrerer at det likevel er et forbedringspotensial her. Dersom pasientene selv forteller om sin spiseforstyrrelse, har pasienten senket sin kommunikasjonsbarriere og betrodd tannlegen med

informasjon som er sensitivt for henne/han. Tannlegen bør anerkjenne hvor vanskelig dette kan være, og håndtere denne betroelsen profesjonelt.

Å finne riktig måte å tilnærme seg en pasient som man mistenker spiseforstyrrelse, men som sier at hun/han ikke er syk, gir en annen type utfordring for tannlegen. Pasientens utsagn skal respekteres, selv om man har en mistanke. Sykdomsfornektelse er en stor faktor med sykdommen, og selv med økt trening i kommunikasjon, fokus, og kunnskap, er det usannsynlig at man kan nå frem til alle pasienter. Noen pasienter mener at dette er et tema som ligger utenfor tannlegenes felt. Tannlegen kan støtte bort pasienten dersom de føler at "de får en diagnose" av tannlegen. Å avdekke årsaken til de funnene man gjør er viktig, men å diagnostisere en person med spiseforstyrrelse er utenfor tannlegers fagområde. Det er viktig å huske at ingen av de orale symptomene som er oppgitt her, er unike for spiseforstyrrelse, og kan ha en annen årsak. Likevel, spiseforstyrrelse skal tas med som mulig årsak, som pasient kan bekrefte eller avvise.

Undersøkelsen av tannlegers kunnskap om spiseforstyrrelse viste at tannleger rapporterte om manglende trygghet og lavt egenvurdert kunnskapsnivå om spiseforstyrrelse. Flere oppga også å være engstelig for å "feildiagnostisere" en pasient med spiseforstyrrelse. Frykt for å ta feil var en grunn til at flere tannleger unnlot å ta opp temaet spiseforstyrrelse, på tross av symptomer som ga dem grunn til mistanke. Dette er betenkelig, og indikerer at tannlegene handlet motsatt av hva noen av dem følte var en etisk plikt.

Selv om forekomst av spiseforstyrrelse i en populasjon anses å ikke være stor, rapporterte ca. en fjerdedel av tannlegene i den svenske studien at de hadde pasienter som selv oppga, eller bekreftet på forespørsel at de hadde en spiseforstyrrelse. Dette viser nødvendigheten av å ha tilstrekkelig kunnskap om spiseforstyrrelsers medisinske og orale manifestasjoner, samt hvordan håndtere orale symptomer. Det bør endres tankemåte, fra å skulle gi pasienten en diagnose, til å gi dem de forebyggende tiltak som de trenger. Å diagnostisere en spiseforstyrrelse er langt forbi vårt kompetansefelt. Økt kunnskap om spiseforstyrrelse blant tannleger, og økt trening i kommunikasjon, kan gjøre tannleger tryggere i møte med pasienter med bekreftet eller mistenkt spiseforstyrrelse.

Profylaktisk behandling er en stor del av terapiplanen for pasienter med spiseforstyrrelse. Målet er å stanse/bremse progresjon av symptomer, siden man ikke kan forvente å eliminere årsaken bak på lang tid. Undersøkelser med personer med spiseforstyrrelse som deltakere, går lite inn på spesifikke profylaktiske tiltak. Listen over profylaktiske tiltak er utarbeidet fra hva man vet kan fungere mot de orale symptomer som ofte oppstår ved spiseforstyrrelse. Noe av det viktigste er å identifisere risikoatferd, som selvindisert oppkast, overdreven tannbørsting, for å kunne gi riktig hjelp.

Likevel, med mindre tannleger er bevisst på hinder i kommunikasjon fra pasienters side og hos seg selv, risikere de å ikke nå frem til pasientene. Profylaktiske tiltak vil sannsynligvis være mer effektivt for personer som selv oppgir/bekrefter å ha en spiseforstyrrelse. Da kan de få informasjon før det oppstår orale symptomer, og det kan forklares direkte årsakssammenheng med spiseforstyrrelsen og oppførsel som fører til symptomer.

De som har en spiseforstyrrelse, men nekter for å ha det, vil sannsynligvis først få informasjon om profylaktiske tiltak etter at de har fått orale symptomer, som for eksempel irreversibelt tap av tannsubstans. Når personer med spiseforstyrrelse ikke får informasjon hos tannhelsepersonell om forebyggende behandling, leter de etter informasjon andre steder. Det finnes mye ulik informasjon på nettet, men munnhulen er vårt fagområde og det bør være tannleger som er første kilde til informasjon og profylakse.

Konklusjon

Det er et forbedringspotensial når det kommer til kommunikasjon mellom personer med spiseforstyrrelse og tannleger. Fra begge sider var det et gjennomgående funn at å få startet opp en samtale om temaet oppleves vanskelig. Personer med spiseforstyrrelse sin motvilje til å snakke om sin sykdom, og følelse av skam/flauhet over egen sykdom, viser seg å være en hovedfaktor for hvorfor de ikke forteller tannlegen om sin sykdom. Tannlegene rapporterte at de ikke følte seg trygg på egen kunnskap og at eget kunnskapsnivået om spiseforstyrrelse var lavt. Dette stoppet dem fra å ta opp temaet med sine pasienter

Studiemateriale er lite angående personer med spiseforstyrrelse og kommunikasjon, samt profylakse spesifikt rettet mot dem, men dette er en gruppe som er vanskelig å gjøre studier om. Ut fra det som ble funn i denne artikkelen, kan det gjøres tiltak som å øke tannlegers kunnskap om spiseforstyrrelse, og øke deres bevissthet om hvordan man fremstår overfor pasient. Det er viktig at pasienter møtes på en profesjonell måte, og at tannleger virker trygg på hva de skal gjøre med opplysningene de får.

Referanseliste

1. Helsedirektoratets medisinske kodeverk – ICD-10. Kapittel 5: Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser. Elektronisk publisering <http://finnkode.kith.no/#|icd10|ICD10SysDel|2599510|flow>. Funnet 14.10.2014.
2. Folkehelseinstituttet: Fakta om spiseforstyrrelse. Elektronisk publisering <http://www.fhi.no/artikler/?id=46874>. Publisert: 10.02.2009, endret: 06.01.2014
3. Skårderud F, Rosenvinge JH, Gøtestam KG. Eating disorders – an overview. Tidsskr Nor Legeforening 2004; 124: 1938–1942.
4. Johansson AK, Carlsson GE.(2006) Dental Erosion bakgrund og kliniske aspekter. Stockholm, Förlagshuset Gothia AB.
5. Addy M, Embery G, Edgar WM, Orchardson R. Tooth Wear and sensitivity. London: Martin Dunitz. 2000.
6. Hellstrøm I. Oral complications in anorexia nervosa. Scand J Dent Res. 1977 Jan;85(1):71-86.
7. Hurst PS, Lacey LH, Crisp AH. Teeth, Vomiting and diet: A study of the dental characteristics of seventeen anorexia nervosa patients. Postgrad Med J 1977; 53:298-305.
8. N.D Robb, B.G.N Smith. Anorexia and Bulimia Nervosa: conditions of interest to the dental practitioner. J Dent. 1996; 24 :7-16
9. Spigset O. Oral symptoms in bulimia nervosa. A survey of 34 cases. Acta Odontol Scand 1991; 49: 335-9.
10. Rytömaa I, Järvinen V K, Kanerva R, Heinonen P. Bulimia and Tooth Erosion. Acta Odontol Scand 1998;56(1):36-40.
11. Milosevich A. Eating disorders and the dentist, Br Dent J 1999; 186: 109-113.
12. Willumsen T, Graugaard PK. Dental fear, regularity of dental attendance and subjective evaluation of dental erosion in women with eating disorders. Eur J Oral Sci 2005; 113: 297–302.
13. Conviser JH, Fisher SD, Mitchell KB. Oral care behavior after purging in a sample of women with bulimia nervosa . JADA 2014;145(4):352-354
14. Uhlen MM, Tveit AB, Stenhagen KR, Mulic A.. Self-induced vomiting and dental erosion – a clinical study. BMC Oral Health 2014 14:92.
15. Johansson A-K, Norring C, Unell L, Johansson A. Eating disorders and oral health: a matched case–control study. Eur J Oral Sci 2012; 120: 61–68.

16. Johansson A-K. Dental erosjon. Moderne tannslitasje og ny folkesykdom. Nor Tannlegeforen Tid 2007; 117: 260-265.
17. Ashcroft A, Milosevic A. The eating disorders: 2. Behavioral and dental management. Dent Update 2007;34(10): 612-6, 619-20.
18. Ashcroft A, Milosevic A. The eating disorders: 1. Current Scientific Understanding and Dental Implications. Dent Update 2007;34.
19. Bartlett DW, Smith BG. The Dental Impact of Eating Disorders. Dent update 1994 Dec; 21(10):404-7.
20. DeBate R, Tedesco LA, Kerschbaum WE. Knowledge of oral and physical manifestations of Anorexia and Bulimia Among Dentists and Dental Hygienists. J Dent Educ. 2005 Mar;69(3):346-354.
21. ROS – Rådgivning om spiseforstyrrelser. Brosjyre: TANNHELSE OG SPISEFORSTYRRELSER. URL: <http://www.nettros.no/upload/Tannhelse-brosjyre.pdf> . [Aksessert 12.5.2015]
22. Bufetat. Program for foreldreveiledning: Spiseforstyrrelse og overvekt hos barn og unge. Elektronisk publisering URL: <http://www.bufetat.no/Documents/Bufetat.no/Program%20for%20foreldrerettleiing/Temahefte/Spiseforstyrrelser.pdf>. September 2006, revidert utgave.
23. https://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/utredningsserien/alvorlige_spiseforstyrrelser_ik-2714.pdf [Aksessert 12.5.2015]
24. Johansson AK, Nohler E, Johansson A, Norring C, Tegelberg A.. Dentists and eating disorders – Knowledge, Attitudes, Management and Experience. Swed Dent J. 2009; 33: 1-9.
25. DeBate, R, Tedesco La. Increasing Dentists' Capacity for Secondary prevention of Eating Disorder: Identification of Training, Network, and Professional Contingencies. J Dent Educ. 2006 Oct;70(10):1066-75
26. Paszynska E, Dmistrzak-Weglarz M, Slopian A, Tyszkiewicz-Nwafor M, Rajewski A. Salivary an serum insulin-like growth factor(IGF-1) assays in anorexic patients. World J Biol Psychiatry. 2015 Apr13:1-7.
27. Elzbieta P, Nadine S, Agnieszka S, Monika DW, Marta DK, Christian H. Salivary enzym activity in anorexic persons-a controlled clinical trial. Elzbieta P, et al. Clin Oral investig. 2015 [Epub Mar 11].
28. Schlueter N, Ganss C, Pötschke S, Klimek J, Hannig C.Enzyme activities in the Oral Fluids of Patients suffering from Bulimia: A controlled Clinical Trial.. Caries Res 2012;46:130-139.
29. Prof. Asbjørn Jokstad. Kliniske foto

