Vårdprogram för ätstörningar i Västerbotten

Giltigt från och med 2021-05-26

Giltigt till och med 2026-11-26

Ansvarig för revidering: Länsgruppen i Psykiatri i Västerbotten

Ansvariga och godkänt av: Länsgruppen i Psykiatri i Västerbotten

Arbetsgrupp: Eva Lind och Johan Stenlund

region västerbotten

INNEHÅLL

INLEDNING 4

Avgränsningar 4

FÖREKOMST AV ÄTSTÖRNINGAR OCH ÄTSTÖRNINGSVÅRD I VÄSTERBOTTEN 5

BESKRIVNING AV BEFINTLIG VÅRD 6

Primärvård 6
Elevhälsan 6
Ungdomsmottagning/Ungdomshälsa 6
Studenthälsa/Umeå 7
Öppenvård 7
Heldygnsvård 8
Vuxenpsykiatri i Västerbotten 8
Skellefteå 8
Södra Lappland 9
Umeå 9
Barnmedicin och invärtesmedicin 9
Nationellt Högspecialiserad Vård (NHV) 10

DIAGNOSER SAMT SJUKDOMSBILD 11

Anorexia nervosa 11
Bulimia nervosa 12
Hetsätningsstörning 12
Andra specificerade ätstörningar eller födorelaterade syndrom 12

KLINISK BEDÖMNING OCH UTREDNING 13

Klinisk bedömning och utredning på olika vårdnivåer i Västerbotten 13
Första linjen 13
Barn och ungdomspsykiatri (BUP) 14
Vuxenpsykiatri 14

BEHANDLING 16

Anorexia Nervosa 16
Evidens gällande behandling vid anorexia nervosa 17
Heldygnsvård 18
Tvångsvård 19
Bulimia nervosa 20
Evidens gällande behandling vid bulimia nervosa 21
Hetsätningsstörning 21
Evidens gällande behandling vid hetsätningsstörning 22
Exempel på andra evidensbaserade eller kliniskt välbeprövade behandlingsinsatser vid ätstörningar 22
Psykopedagogisk behandling 22
Kost- och nutritionsbehandling 23

Familjeterapi 24
Guidad självhjälp via internet eller litteratur 25
Kognitiv beteendeterapi (KBT) 25
Interpersonell psykoterapi (IPT) 25
Psykodynamisk psykoterapi 26
Gruppsykoterapi 26
Kroppsinriktad behandling 26

SÄRSKILDA FRÅGESTÄLLNINGAR 27

Behandling av somatiska komplikationer 27
Kortvuxenhet och pubertetsutveckling 27
Mag- och tarmbesvär 27
Bristsymtom 27
Tandvård och oral hälsa 27
Graviditet och ätstörning 29
Förhållningssätt vid långvariga (>10 år) ätstörningar 29
HBTQ 29

ETISKA FRÅGESTÄLLNINGAR 31

KVALITETSARBETE 32

Riksät 32

SAMMANFATTANDE REKOMMENDATIONER ENLIGT SVENSKA NATIONELLA KLINISKA RIKTLINJER FÖR UTREDNING OCH BEHANDLING 33

KONTAKTUPPGIFTER 36

Vuxenpsykiatri 36
Barn- och ungdomspsykiatri Västerbotten 36
Anhörigförening och frivilligorganisationer 36
Länkar 37

REFERENSLISTA 39

BILAGOR

Bilaga 1. Riktlinjer för en första bedömning av misstänkt ätstörning utanför psykiatrin
Bilaga 2. Utredning, provtagning och akut handläggning av patienter med ätstörningar inom barn-, ungdoms- och vuxenpsykiatrin i Västerbotten
Bilaga 3. Heldygnsvård för barn och ungdomar med ätstörning
Bilaga 4. Heldygnsvård för vuxna med ätstörning

INLEDNING

Detta är tredje uppdatering av Vårdprogram för ätstörningar i Västerbotten som skrevs 2010. Länsgruppen i psykiatri gav i slutet av 2020 uppdrag till redaktionsgruppen att gå igenom vårdprogrammet, följa upp om vi arbetar så här i länet och uppdatera vårdprogrammet utifrån nya rön. En strävan har också varit att göra ett kortare vårdprogram. Detta Vårdprogram ska också läsas tillsammans med nationella kliniska riktlinjer (Wallin et al., 2015) där det finns mer utförliga rekommendationer samt kriterier för DSM -5 (APA, 2014).

Denna revidering har gjorts av Johan Stenlund kurator på Barn och Ungdomspsykiatriska mottagningen (BUP) i Skellefteå samt Eva Lind specialistsjuksköterska och koordinator på Ätstörningsverksamheten (ÄTV) på psykiatriska kliniken i Skellefteå. I referensgruppen har Helene Granström (skolsköterska Anderstorps gymnasium Skellefteå), Anna-Lena Sahlman (kurator Storuman öppenvård), Anna Karlsson (dietist Ungdomsmottagning/Ungdomshälsa Västerbotten samt primärvård Västerbotten), Kristina Hedenås (läkare Barn- och ungdomscentrum Umeå) och Frisk och Fri (patientförening Umeå). Karin Nilsson (medicine doktor, anknuten till Umeå Universitet) har granskat arbetet.

Avgränsningar

Detta vårdprogram riktar sig främst vid behandling av anorexia nervosa, bulimia nervosa och hetsätningsstörning.

Vårdprogrammet omfattar inte diagnosen undvikande/restriktiv ätstörning som enligt DSM-IV (APA, 1995) klassificeras som uppfödningssvårigheter och ätstörningar hos spädbarn eller småbarn. Detta tillstånd återfinns huvudsakligen hos yngre barn och har traditionellt behandlats inom småbarnsteam. Tillståndet kan dock även förekomma hos vuxna patienter.

FÖREKOMST AV ÄTSTÖRNINGAR OCH ÄTSTÖRNINGSVÅRD I VÄSTERBOTTEN

Ätstörningar drabbar ca 3–5% av befolkningen. Anorexia nervosa debuterar ofta i tidiga tonår och utgör ca 1% av ätstörningarna hos kvinnor och ca 0,1% av män. Bulimia nervosa står för ca 1–1,5% och hetsätningsstörning ca 2–3%. Könsfördelningen är jämnare vid hetsätningsstörning och hos yngre barn med ätstörning (Smink et al., 2012). I forskningen finns beskrivet att 90 % av alla som drabbas av ätstörning är kvinnor och resterande 10% representeras av män (Clinton & Norring, 2009). I klinisk verksamhet är det dock färre män än 1 på 10 som söker. Symtombilden kan skilja sig något för män i jämförelse mot kvinnor, med bla stort fokus på muskelbyggnad (Murray et al., 2017).

Ätstörningar är tillstånd med utdragna och symtomatiskt varierande förlopp. Återfall hos förbättrade patienter, liksom övergångar mellan olika ätstörningsdiagnoser är vanliga. Förloppet för anorexia nervosa är bäst känt. De flesta som insjuknar i anorexia nervosa blir friska, men många har svåra och långdragna komplikationer. En 16-årsuppföljning av patienter behandlade inom Barn-och ungdomspsykiatrin (BUP) i norra Sverige, visade att 85% hade tillfrisknat (Nilsson & Hägglöf, 2005). Enligt Steinhausen (2002) hade 20 % av patienter med anorexia nervosa ett mer kroniskt förlopp.

Det är känt från olika studier (Becker et al., 2010; Gulliksen et al., 2015) att inte alla personer med ätstörningsproblem söker sig till behandling. Att mörkertalet är stort bekräftas genom en tämligen ny studie från Schweiz (Mohler-Kuo et al., 2017).

Det är också svårt att få exakta siffror på omfattningen av behandling, då det finns många olika aktörer och olika sätt att föra statistik.

Under 2020 inkom 92 nya remisser till Freja ätstörningsmottagning. Vidare behandlades 108 unika patienter med ätstörningsdiagnos. Av dessa behövde 5 patienter heldygnsvård med sammanlagt 313 vårddygn. I Skellefteå (vuxenpsykiatri) under samma år, behandlades 61 unika patienter med ätstörningsdiagnos i öppenvård (59 kvinnor och 2 män). Heldygnsvården i Skellefteå vårdade under 2020 sju (7) unika patienter med sammanlagt 296 vårddygn vid 8 vårdtillfällen, detta innefattade patienter både från Skellefteå och Södra Lappland.

Vid Barn och ungdomspsykiatri Västerbotten, Specialiserad ätstörningsbehandling för unga (SÄBU) behandlades under 2020 totalt 196 unika patienter, varav 142 från Umeå, 3 från Södra Lappland och 41 från Skellefteå. Inom Barn och ungdomspsykiatrins (BUPs) heldygnsvård vårdades under 2020, 11 patienter med ätstörningsdiagnos vid totalt 12 vårdtillfällen, sammanlagt 253 vårddygn med en medelvårdtid på 21 dygn och en genomsnittlig ålder av 14,3 år.

Sammantagna antalet vårddygn med huvuddiagnos ätstörning under 2020 utgjordes för vuxenpsykiatrin 609 vårddygn, vilket var en minskning från 2012 då totala antal dagar var 777. För BUP 2020 var antalet vårddygn 253 att jämföra med 2012 då det var 444. Totalt antal vårddygn i länet 2020 (vuxenpsykiatrin [609] och BUP [253] tillsammans) resulterade i 862 vårddygn. Detta att jämföra med 2012 då det sammantagna antalet vårddygn i länet var 1221, således en minskning med 359 vårddygn. Vad minskningen beror på är svårt att ge ett enhetligt svar på, det kan vara en slump eller så är minskningen påverkat av coronapandemin. En förhoppning är att behandlingen har förbättrats, vilket då medfört att konsumtionen av heldygnsvård minskat.

BESKRIVNING AV BEFINTLIG VÅRD

Primärvård

Primärvården ska upptäcka, diagnosticera, ge stöd, arbeta med motivation och vid behov remittera till specialiserad ätstörningsvård. Inom primärvården kan man även utföra provtagningar samt somatiska kontroller och undersökningar. De psykosociala teamen om finns på Hälsocentraler i länet har flera olika professioner anslutna, som kan ta stöd av Dietisterna inom primärvården för näringsberäkning som ett första skede vid den specifika diagnosen utifrån de nordiska näringsrekommendationerna (NNR, 2012). Mellan första linjens vård och specialistvård finns dokument där gränssnittet klargörs. Detta dokument gick för vuxenpsykiatrin ut januari-21 och i skrivande stund finns inget nytt dokument klart. För BUP och första linjens vård finns ett samarbetsdokument från 2015.

Elevhälsan

I och med skollagen (2010:800) samlades skolhälsovården, den särskilda elevvården och de specialpedagogiska insatserna i en samlad elevhälsa (Skolverket, 2016). Elevhälsan finns i hela länet och ska svara för elevernas psykiska, fysiska och sociala hälsa.

Inom elevhälsan arbetar skolläkare, skolsköterska, psykolog, kurator, studie- och yrkesvägledare, specialpedagoger och speciallärare. Dessa har en viktig uppgift i att upptäcka ätstörningar samt motivera till att söka vård (Specialpedagogiska skolmyndigheten [SPSM], 2021; Skolverket, 2016).

Se bilaga 1. ”Riktlinjer för en första bedömning av en misstänkt ätstörning utanför psykiatrin angående barn, ungdomar och vuxna” (Region Västerbottens interna webbplats [LINDA], sök ätstörning bilagor).

Ungdomsmottagning/Ungdomshälsa

Ungdomsmottagningar och/eller Ungdomshälsor finns i Umeå, Lycksele, Storuman, Vilhelmina, Skellefteå och Vännäs. Arbetssätt och resurser skiljer sig något mellan orterna (Ungdomshälsan och ungdomsmottagningen - 1177 Vårdguiden). Förutom de fysiska mottagningarna på respektive ort finns även en digital mottagning, Ungdomsmottagning i Västerbotten, där ungdomar från hela regionen själva kan boka tid och logga in med mobilt bank-id.

Ungdomsmottagningen ska verka för fysisk, psykisk och sexuell hälsa. Ungdomshälsan har samma uppdrag, men ska dessutom arbeta med tidiga insatser, förebyggande och i samverkan. Målsättningen är hög tillgänglighet. Verksamheten ska utgå från ungdomarnas situation och initiativ och med respekt för deras vuxenhet i utveckling. Ungdomsmottagning och Ungdomshälsa är en del av första linjens vård. För att hålla målet med hög tillgänglighet arbetar Ungdomshälsa och Ungdomsmottagning behandlande och stödjande med kortare kontakter där ungdomar har lindriga, okomplicerade ätstörningar till i vissa fall måttlig problematik. Patienter med diagnoserna anorexia nervosa, bulimia nervosa samt annan ätstörningsdiagnos som bedöms vara allvarlig remitteras till specialistnivå. Ungdomar under 18 år remitteras till BUP. Ungdomar från 18 år hänvisas eller remitteras till vuxenpsykiatrin.
Ibland krävs motivationsarbete under en period för att ungdomarna ska ta emot behandling från specialistenheter.

Studenthälsa/Umeå

Vid studenthälsan (www.umu.se/student/vi-hjalper-dig/studenthalsan/) träffar man relativt ofta studenter som tidigare har haft diagnosen ätstörning och också fått behandling för den. Studenter kommer ofta till studenthälsan för att de i samband med annan belastning exempelvis studiestress, nytt boende, relationsproblematik anar eller är rädda för att falla tillbaka i negativa mönster.

Eftersom studenterna kommer från hela världen ser det olika ut gällande tidigare stöd/behandling. Allmänt stöd ges av studenthälsan utifrån uppdraget, vilket är förebyggande hälsoarbete, det vill säga ej behandling. Om studenten uppvisar eller berättar om symtom på ätstörning hänvisas den till Freja ätstörningsmottagning. I de allra flesta fall behålls kontakten till dess återkoppling skett. I vissa fall, om symtomen känns vaga alternativt att studenten inte vill kontakta Freja ätstörningsmottagning, kan studenten hänvisas till hälsocentral.

Barn- och ungdomspsykiatri Västerbotten (BUP)

Vid BUP finns "Specialiserad ätstörningsbehandling för barn och unga (SÄBU)", som är en länsövergripande verksamhet inom BUP Västerbotten för behandling av patienter med ätstörningar. BUP har öppenvårdsmottagningar i Umeå, Lycksele och Skellefteå. I Umeå kan dessutom utökade öppenvårdsinsatser samt heldygnsvård erbjudas.

Behandlingen följer internationella och nationella riktlinjer för utredning och behandling av barn och ungdomar med ätstörning samt lokala vårdprogram. Det internetbaserade nationella kvalitetsregistret RIKSÄT samt olika bedömnings och kvalitetsuppföljningsinstrument används vid samtliga enheter.

Öppenvård

Inom länskliniken finns ett specialiserat team för behandling av patienter med ätstörning. Teamet har en bred sammansättning av olika yrkeskategorier: dietist, kuratorer, läkare, psykologer, fysioterapeut och sjuksköterskor, varav samtliga har vidareutbildning i psykoterapi eller gedigen erfarenhet av arbete med ätstörningsbehandling. På varje mottagning får patienter med misstänkt ätstörning och dennes föräldrar under bedömningsfas träffa personal från ätstörningsteamet.

I SÄBU görs en bedömning som består av flera delar: Intervju med föräldrar och barn/ungdom, medicinsk bedömning av läkare och provtagning på vårdcentral samt kostregistrering och beräkning av dietist. Bedömningsfasen pågår vanligtvis under två till fyra mottagningsbesök och avslutas med ett återgivningssamtal där ett eventuellt behandlingsupplägg med tillhörande vårdplan redovisas. Familj och behandlare ska vara överens om mål och engagemang i behandlingen.

Utgångspunkten för behandlingen är familjeterapi då forskning och erfarenhet visat goda resultat för denna metod. Familjeterapin kompletteras med individuella tillägg utifrån de behov som föreligger och tillgängliga resurser.

Behandlingsprinciperna utgår från fasbehandling där första fasen handlar om att häva svälten och normalisera ätandet. Första fasens arbete och att införa sex måltider per dag görs i regel i samarbete med föräldrar. Ett matprogram/matschema används som kan anpassas individuellt med hjälp av dietist. Fas två handlar om att klara det vardagliga livet och att hitta

tillbaka till sådant som fungerat bra tidigare, inom familjen, skolan eller bland kamrater. Det kan också handla om att hitta nya sätt att förhålla sig. Fas tre handlar om att barnet eller tonåringen får hjälp att återta sin självständighet och sitt ansvar på ett åldersadekvat sätt.

Behandlingstidens längd kan variera utifrån patientens tillstånd och de förbättringar som inträder. Besöken glesas ut när patienten mår bättre. Uppföljning görs i normalfallet i ungefär sex månader efter avslutad behandling.

På samtliga mottagningar kan tillägg i form av individuella samtal, föräldrastöd, föräldrautbildning STÄRKA (www.atstoring.se), medicinering, psykiatrisk fysioterapi samt samarbete med inblandade aktörer runt familjen erbjudas. Inom öppenvården i Umeå finns dessutom ytterligare behandlingar som kan erbjudas patienter och deras familjer från hela länet, som färdighetsträningsgrupp och multifamiljeterapi. Utbudet varierar utifrån behov och resurser.

Heldygnsvård

I Umeå finns en barn- och ungdomspsykiatrisk akutavdelning som behandlar barn och ungdomar med olika typer av problematik. När det gäller patienter med ätstörningar kan avdelningen erbjuda renutrition av patienter i svåra svälttillstånd eller annan ätträning. Behandlingen bedrivs utifrån ett speciellt måltidsprogram. Både föräldrar och patienter som blir inlagda på avdelningen får muntlig och skriftlig information om vården. Det förekommer att patienter vårdas utifrån lagen om psykiatrisk tvångsvård, LPT. Ibland används sondmatning i livräddande syfte utifrån ett speciellt program. Man strävar efter korta behandlingsperioder vid slutenvårdsavdelningen och att patienterna ska återgå till öppenvårdsbehandling, så snart det somatiska tillståndet stabiliserats.

Vuxenpsykiatri i Västerbotten

Skellefteå

Vid psykiatriska kliniken i Skellefteå finns en specialiserad enhet för denna patientgrupp, Ätstörningsverksamheten (ÄTV). Personalgruppen består av en specialistsjuksköterska/koordinator, en socionom/sjukgymnast samt en mentalskötare, (total 260 %). Till verksamheten finns en överläkare knuten.

Remiss eller egenanmälan går via Jour- och Bedömningsenheten (JoB) för översyn och registrering. Därefter skickas ärendet oftast direkt till ÄTV som kallar patient för bedömning. Målsättningen är att erbjuda tid för första bedömning inom två veckor hos samordnare och överläkare. Vid bedömningssamtalet klargörs allmän sjukdomshistoria, ätstörningsuppkomst, noggrann mat/träningsanamnes tas, somatisk status utförs av läkare samt motivation till förändring klargörs. Om komplett labbstatus inte tagits innan bedömningssamtalet får patient med sig labbremisser. Under bedömningssamtalet får patienten formulera sina önskemål och behov om hjälp. Vidare ges kort information om behandlingsupplägg.

Behandlingen baseras på kognitiv beteendeterapi (KBT) och kan kompletteras med pedagogiska måltider. Om behov av dietist uppkommer finns denna kompetens inom primärvården. Vid behov av heldygnsvård sker detta på klinikens allvårdsavdelning. Efter avslutad behandlingsfas startar vidmakthållandefas där besöken glesas. Då kontakten avslutas har patienten möjlighet till några boostersessioner vid bakslag.

Enheten arbetar med kvalitetssäkring och deltar i det nationella kvalitetsregistret Riksät.

Södra Lappland

Vuxenpsykiatriska kliniken i Södra Lappland är uppdelad i tre mottagningar som finns i Vilhelmina, Storuman och Lycksele. Ätstörningsvården är inte organiserad i särskilda team, utan enskilda behandlare har utvecklat sin kompetens inom området. Vuxenpsykiatrin inom Södra Lappland upptäcker, diagnostiserar och behandlar ätstörningar.

Ingen särskild remiss krävs för ätstörningar men en tydlig beskrivning ska göras av patientens problematik. Vid överföring av patient från BUP till Vuxenpsykiatrin görs om möjligt en gemensam träff med patient, eventuellt anhörig samt behandlare från BUP och vuxenpsykiatrin.

När patienten kommer till kliniken görs först en bedömning av patientens problematik och patienten tilldelas en kontaktperson. Kontaktpersonen gör sedan en individuell vårdplan för patienten där alla behandlingsinterventioner finns beskrivna. Om behov av sluten vård behövs så får patienten denna vård i Skellefteå. Vid livshotande tillstånd och då LPT är nödvändigt vårdas patienten inom heldygnsvården i Skellefteå.

Umeå

Inom den allmänpsykiatriska kliniken vid Norrlands universitetssjukhus finns en specialiserad enhet för patienter med ätstörningar, Freja ätstörningsmottagning. Enheten behandlar patienter över 18 år, som uppfyller kriterierna för en ätstörningsdiagnos. Enheten arbetar med kvalitetssäkring och deltar i nationella kvalitetsregistret Riksät.

Verksamheten bedrivs som öppenvårdsbehandling. Till enheten kan man söka själv via Egen vårdbegäran eller komma via remiss. I teamet ingår 2 sjuksköterskor, psykolog, socionom, dietist och läkare. Teamet har ett nära samarbete med arbetsterapeut och fysioterapeut.

Alla patienter bedöms och de patienter som uppfyller kriterierna för en ätstörningsdiagnos erbjuds behandling vid enheten. I samband med behandlingsstarten genomförs en somatisk bedömning. Patienter med barn samt unga nyinsjuknade patienter prioriteras. Därutöver görs ytterligare prioriteringar med utgångspunkt från symptomens svårighetsgrad.

Patienten tilldelas en behandlare och i samförstånd upprättas en vårdplan. Fokus i vårdplanen är att behandla ätstörningssymtomen och skapa en möjlighet att förstå och behandla bakomliggande faktorer. I vårdplanen kan kompletterande insatser ingå som psykiatrisk fysioterapi, psykiatrisk arbetsterapi, dietistkontakt, och måltidsbehandling. Patienter som har kontaktansvarig på annan enhet kan erbjudas riktad behandlingsinsats. Vi erbjuder också konsultationstid för behandlare vid andra enheter.

Barnmedicin och invärtesmedicin

När patienten har svåra somatiska komplikationer som kräver medicinsk övervakning sker vården ofta på barnmedicin för de patienter som är under 18 år och på medicinkliniken för dem som är över 18 år. Exempel på sådana tillstånd är allvarligt låg vikt, låg puls, lågt kaliumvärde, lågt blodtryck eller tecken på refeeding syndrom. När behov av intensivvård föreligger vårdas patienten på IVA. Ansvaret kan då utifrån lokala överenskommelser delas mellan psykiatrins läkare och narkosläkarna.

Nationellt Högspecialiserad Vård (NHV)

Den 1 juli 2018 ändrades §7 i hälso- och sjukvårdslagen och därmed infördes nationell högspecialiserad vård. Socialstyrelsen fick uppdraget att nivåstrukturera vården och skapa högspecialiserad vård på nationell nivå för vissa diagnoser. Syftet var att öka vårdkvalitén och säkerheten för patienten. En ökad samordning av specialiserade sjukvårdsinsatser borde dessutom öka förutsättningarna för en jämlik vård i hela landet och att de befintliga vårdresurserna effektivera skulle kunna nyttjas. För patientgruppen svårbehandlade ätstörningar har Socialstyrelsen 2020-12-01 tagit beslut om nationellt högspecialiserad vård (NHV). Denna vård ska bedrivas vid fem enheter för vuxna och vid tre enheter för barn- och ungdomar <18 år. I skrivande stund har dokumentet med förfrågan till regionerna om vem/vilka som skulle vara intresserade av att bedriva denna vård gått ut (Socialstyrelsen, 2020).

DIAGNOSER SAMT SJUKDOMSBILD

I DSM-5 (APA, 2014) är kriterierna för de vanligaste ätstörningsdiagnoserna något förändrade. Man har försökt att minska UNS gruppen genom att sänka trösklarna för diagnoserna, vilket gör att fler kan tänkas få diagnoserna anorexia nervosa och bulimia nervosa. En förändring är också att man behåller den initialt satta diagnosen genom hela sjukdomsförloppet och när kriterierna inte längre är uppfyllda skriver man till exempel anorexia nervosa i partiell eller fullständig remission. Hetsätningsstörning har i DSM-5 blivit egen diagnos. Under diagnosen atypiska eller med låg frekvens och/eller varaktighet finns Atypisk Anorexia Nervosa och för bulimia nervosa (med låg frekvens och/eller begränsad varaktighet), hetsätningsstörning (med låg frekvens och/eller begränsad varaktighet) samt självrensning och nattligt ätande. Nya ätstörningsdiagnoser är också undvikande/restriktiv ätstörning som till en del utgår från den tidigare diagnosen ”uppfödningsstörningar”, som tidigare endast användes på barn upp till sex års ålder, men som nu omfattar även tonåringar och vuxna. Ospecificerad ätstörning eller födorelaterat syndrom används när patienten har ett kliniskt signifikant lidande, eller är mycket påverkad av ätstörningen utan att uppfylla diagnoskriterierna. Diagnosen kan även användas vid otillräcklig information. Pica och idisslande finns numera under rubriken ätstörningar och födorelaterade syndrom. Dessa tillstånd kommer dock ej att beskrivas i detta vårdprogram.

Anorexia nervosa

Anorexia nervosa (AN) börjar oftast med en önskan om att leva ett ”sundare” liv. Detta försöker personen skapa genom att utesluta godis, fett och annat som anses onyttigt samt ökad träning. Dessa beteenden leder efter hand till viktnedgång och fortsätter allt som oftast med en viljemässig bantning. En vanlig debutålder för AN är 13–15 år. Tillståndet börjar oftast smygande med minskande portioner och försök att vanligtvis utesluta produkter som innehåller fett och kolhydrater. Det är vanligt att personen övergår till vegetarisk- eller vegankost under sjukdomsförloppet. Allt eftersom dessa beteende fortsätter ökar tankarna på mat, vikt, kroppsutseende och hur man ska kunna kompensera för de måltider som intagits. I takt med sjunkande vikt, förvärras kropps- och viktfixering. Till symtombilden hör ofta tvångsmässigt/överdriven fysisk aktivitet. Efter en tids sjukdom präglas ofta måltiderna av stark ångest samt skräck för att gå upp i vikt. Detta gör att självkänslan kopplas till hur väl individen lyckas kontrollera sitt ätande och sin vikt. Om personen kan avstå från mat trots betydande hunger, känner sig denne nöjd med sig själv. Ofta blir personen alltmer självupptagen, tvångsmässig och socialt isolerad allt eftersom sjukdomen pågår. Den drabbade blir lättirriterad om något stör de tvångsmässiga rutinerna. Måltiderna kan bli obehagliga och känsloladdade, med aggressiva utbrott och anklagelser, varför relationer till andra påverkas negativt. Försök att undvika gemensamma måltider i familjen eller i skolan är vanligt och som skäl för detta kan uttalanden som ”man redan ätit” sägas. Däremot uppehåller sig personen gärna i köket och detta ofta för att övervaka matlagningen så att inga ”förbjudna” produkter används. Sömnsvårigheter, ångest, koncentrationssvårigheter och depression är vanliga psykiska symtom som medföljer AN. Den låga vikten leder också till somatiska symtom som trötthet, frusenhet, perifer cyanos, torr- och sprucken hud. Menstruationen försvinner ofta relativt tidigt i sjukdomsförloppet. En del personer förnekar sitt sjukdomstillstånd, de uppger att de mår bra trots ett synbart dåligt fysiskt tillstånd, vilket försvårar motivationen till förändring och fördröjer behandling.

Bulimia nervosa

Vid bulimia nervosa (BN) finns, liksom vid anorexia nervosa (AN), en patologisk fixering vid mat, vikt och kroppsutseende. Debuten är vanligen vid 17–18 års åder, vilket ofta är något senare än vid AN. Rädslan för att gå upp i vikt styr livet och självkänslan men i stället för att ha total kontroll över matintaget, så brister kontrollen med jämna mellanrum hos personer med BN. Personen vräker då i sig stora mängder mat på kort tid. Oftast är det sådan mat som man annars försöker undvika. Hetsätningen fungerar spänningsreducerande, men upplevs nästan alltid som ett misslyckande. Efter hetsätningen uppstår därför ofta en intensiv ångest, vilket gör att man omedelbart måste göra sig av med maten. Det vanligaste sättet är att provocera fram kräkning, men användning av laxermedel kan också förekomma. Intensiv och tvångsmässig fysisk aktivitet hör också ofta till symtombilden. Hetsätningsepisoden kan följas av någon eller några dagar med normalt ätande eller restriktivt ätande. En del patienter hetsäter och kräks emellertid dagligen eller flera gånger dagligen tills de är helt utmattade.

En person med BN upplever oftast ett stort misslyckande över att inte kunna ta kontroll över maten. Känslor av äckel, skam, ångest och maktlöshet är vanliga, vilket kan leda till hemlighetsmakeri och social isolering. Självbilden är negativ och det är vanligt med samtidig förekomst av depression. Självdestruktivitet och missbruk är vanligt. Hetsätningen kan också leda till ekonomiska svårigheter pga. ökade matkostnader. Kroppsliga symtom blir sällan lika svårartade som vid AN eftersom patienten i allmänhet förblir normalviktig. Frekventa kräkningar och användning av laxermedel kan dock ge allvarliga effekter på hjärta, cirkulation och elektrolyter. Långvariga kräkningar kan också medföra omfattande frätskador på tänderna. Bulimiska patienter får ofta långdragna mag- och tarmproblem.

Hetsätningsstörning

Hetsätningsstörning innebär att personen återkommande äter stora mängder mat på kort tid. Det förekommer dock inget kompensatoriskt beteende i den omfattning som vid BN. Hetsätningen är en avgränsad episod då stora mängder mat intas. Ofta brukar man prata om två timmar. Dock är en hetsätningsepisod hos en person med hetsätningsstörning ofta i mindre omfång än hos en person med bulimia nervosa. Personens tankar är uppfyllda av mat, vikt och figurbekymmer. Dessa personer mår också ofta psykiskt dåligt, med känslor av misslyckande, äckel, skam och nedstämdhet.

En person med hetsätningsstörning äter ofta fort utan att känna efter vad som äts. Vanligast är att hetsätningen består av mat som är kolhydrat- och fettrik. Det betyder att dessa personer med tiden ofta får en betydande övervikt, med sekundära komplikationer som högt blodtryck och diabetes. Men det finns även normalviktiga personer med hetsätningsstörning. Patienter med hetsätningsstörning är ofta äldre och har därmed varit sjuka längre tid än patienter med andra ätstörningar. Personer med hetsätningsstörning bör vid behov få möjlighet att kontrollera metabola förändringar.

Andra specificerade ätstörningar eller födorelaterade syndrom

Om en person har symtom, men inte uppfyller alla kriterier för ett tillstånd finns olika UNS diagnoser. För fullständiga diagnoskriterier se DSM IV (APA, 1995) och DSM-5 (APA, 2014), ICD-10 eller kliniska riktlinjer (Wallin et al., 2015).

KLINISK BEDÖMNING OCH UTREDNING

Ätstörningar är allvarliga sjukdomar med livshotande fysiska- och psykologiska komplikationer. I den kliniska utredningen måste därför en sammantagen bedömning av det medicinska tillståndet, psykopatologi, psykologiska faktorer och den sociala situationen göras. Bedömningen förstärks lämpligen med hjälp av strukturerade intervjuer och självsvarsformulär. Dessa bedömningar är även till god hjälp för att avgöra om det föreligger samsjuklighet. Vid bedömningen bör man försöka få en uppfattning om patientens motivation till förändring och förväntningar på behandling. Familjen har en stor roll och deras förväntningar och beredskap för förändring är avgörande framför allt för unga patienter.

Vid bedömningssamtalen är det viktigt att tänka på hur man bemöter patienten. Vid bedömning av en yngre patient är det nödvändigt att även intervjua föräldrar och för vuxna patienter ta gärna in information av någon anhörig om patienten så tillåter. Detta är speciellt viktigt när det gäller anorexia nervosa. För mer ingående information om diagnostik och utredning/bedömning se kliniska riktlinjer (Wallin et al., 2015; bilagorna 1 och 2 [LINDA], Region Västerbottens interna hemsida, sök ätstörning bilagor).

Klinisk bedömning och utredning på olika vårdnivåer i Västerbotten

Den kliniska bedömningen av patienter med misstänkt ätstörning sker på olika vårdnivåer i Västerbotten. Det finns därför bilagor till det här vårdprogrammet, som stöd för vårdinrättningar både för egen handläggning/utredning/behandling och vid stöd vid skrivande av remiss (Region Västerbottens interna hemsida [LINDA], sök ätstörning bilagor).

Första linjen

Tidig upptäckt är viktigt för en framgångsrik behandling. Ätstörning hos barn och ungdomar uppmärksammas oftast först inom elevhälsan. Tidiga varningstecken hos på ätstörning:

- Oförklarlig viktnedgång/viktstagnation och/eller utebliven längdtillväxt.
- Sekundär amenorré utan uppenbar medicinsk orsak.
- Uttalat kroppsmissnöje.
- Överdriven tvångsmässig fysisk aktivitet.
- Upptagenhet med att gå ned i vikt trots att personen är smal.
- Förlust av intresse för det som ligger utanför mat och kropp.
- Drar sig undan kompisar.

Generellt kan sägas att elevhälsans, ungdomshälsans och ungdomsmottagningens uppdrag när det gäller personer med misstänkt ätstörning, är att upptäcka ätstörningen och i lindriga fall ge råd om kost och motion till patienten (när det är barn och ungdomar tillsammans med deras föräldrar). Om det inte ger gott resultat trots upprepade träffar (inom en månad för unga) eller om ätstörningen är av allvarlig art redan från början, ska patienten remitteras till Barn- och ungdomspsykiatri (upp till 18 år) eller till vuxenpsykiatrins mottagningar (från 18 år och uppåt), (bilaga 1 och 2).

Primärvårdens uppdrag när det gäller patienter med misstänkt ätstörning i alla åldrar är att utesluta annan somatisk orsak till vikt-, mat- och ätproblem än ätstörning och i lindriga fall behandla ätstörningen med kost- och motionsråd. Om det inte ger gott resultat (vid

upprepade träffar inom högst en månad när det gäller barn och ungdomar) eller om ätstörningen är av allvarlig art remittera till Barn- och ungdomspsykiatri Västerbotten (mottagningar finns i Umeå, Lycksele och Skellefteå) eller Psykiatriska kliniken i Umeå, Skellefteå respektive Södra Lappland (bilagorna 1 och 2 [LINDA], Region Västerbottens interna hemsida, sök ätstörning bilagor).

Barn och ungdomspsykiatri (BUP)

Huvuddelen av ätstörningsbedömning och behandling handläggs inom specialiserad ätstörningsbehandling för unga (SÄBU). Den övriga specialiserade barn- och ungdomspsykiatrin har som uppdrag att upptäcka ätstörningar hos patienter som söker av annan orsak eller hos patienter som har pågående behandling på BUP av annat skäl än ätstörning. Ibland får personal utanför SÄBU även göra akuta bedömningar av patienter med misstänkt eller känd ätstörning om (SÄBU) inte har möjlighet att ta emot akut, se bilaga 2.

SÄBU, har som uppdrag att göra ingående bedömning av alla patienter där man misstänker en måttlig eller allvarlig ätstörning. Bedömningsfasen ska påbörjas inom två veckor för samtliga patienter och om man misstänker ett akut tillstånd ska bedömningen ske redan samma dag eller dagen därpå. Bedömningsfasen innehåller ett första besök då patienten och dennes vårdnadshavare träffar personal från SÄBU och man tar upp anamnes och gör en somatisk kontroll för att försäkra sig om att patientens blodcirkulation inte sviktar. Vid följande besök gör läkare en medicinsk bedömning med medicinsk anamnesupptagning, somatisk och psykiatrisk undersökning och provtagning, och vid ytterligare ett besök görs ingående diagnostisk bedömning med hjälp av självskattningsformulär och parallellt görs ofta en separat föräldraintervju där man fokuserar på vilka resurser som finns i familjen och hur behovet av stöd ser ut.

Vid återgivningen av bedömningsresultatet till patienten och dennes vårdnadshavare har behandlarna med sig ett förslag på en vårdplan som man bearbetar och fattar ett gemensamt beslut om, ifall behandling vid SÄBU blir aktuell.

Vuxenpsykiatri

Umeå

Till Freja ätstörningsmottagning kan man söka själv genom att ringa på enhetens telefontid, där en Egen vårdbegäran upprättas vid misstänkt ätstörning. Patienten kan också komma på remiss. Patienten kallas till ett bedömningssamtal som genomförs av en erfaren behandlare. Bedömningen diskuteras vid enhetens behandlingskonferens och de patienter som får en ätstörningsdiagnos erbjuds behandling. I samband med behandlingsstarten genomförs en somatisk bedömning. Patienter med barn samt unga nyinsjuknade patienter prioriteras. Därutöver görs ytterligare prioriteringar med utgångspunkt från symptomens svårighetsgrad.

Skellefteå

När en person med beskrivna symtom som skulle kunna vara ätstörning söker/remitteras till psykiatriska kliniken i Skellefteå, aktualiseras hen på Ätstörningsverksamheten (ÄTV). Patienten erbjuds bedömningstid hos enhetens ansvariga överläkare samt ätstörningskoordinator. Vid bedömningssamtalet görs en noggrann anamnes avseende problematikens uppkomst och utveckling, övrig somatisk och psykiatrisk sjuklighet klargörs, en noggrann mat- och träningsanamnes görs samt kartläggning av eventuella andra

kompensatoriska strategier. Patientens motivation och dennes egna tankar om vårdbehovet diskuteras likaså. Information om tillgängliga behandlingsalternativ ges relaterat till patientens egna önskemål. På behandlingskonferensen (varje vecka) tas bedömningen upp och behandlare utses. Behandlingen utformas individuellt, men är i enlighet med nationella riktlinjer samt evidens.

Södra Lappland

I Södra Lappland bedöms och utreds patienter med ätstörning på allmänpsykiatrisk mottagning i enlighet med nationella riktlinjer för utredning och behandling.

BEHANDLING

Anorexia Nervosa

Behandlingen av patienter med anorexia nervosa bör så långt som möjligt ske i öppenvård både utifrån kliniska-och hälsoekonomiska anledningar (Gowers et al., 2007). Hänsyn behöver tas till patientens hela tillstånd när man väljer behandlingsinriktning. Vid svåra svälttillstånd och/eller vid allvarlig samsjuklighet kan det vara aktuellt med behandling i heldygnsvård.

Barn och ungdomar bör diagnostiseras och komma i behandling så snabbt som möjligt. Tidigt insatt behandling är prognostiskt gynnsamt (Treasure & Russell, 2011) men är också viktigt för att viktförlust och somatisk försämring kan gå mycket snabbt hos yngre personer.

Se faktaruta för centrala behandlingsinsatserna vid anorexia nervosa:

Faktaruta 1

Centrala behandlingsinsatser vid anorexia nervosa:

- Tidigt insatt behandling.
- Behandling i öppenvård.
- Konkret stöd för att bryta svälten och normalisera ät-beteendet.
- Viktkontroller, som endast bör ske på mottagning och inte i hemmet.
- Korrigering av medicinska komplikationer.
- Näringsdryck ges vid otillräckligt näringsintag.
- Vid matvägran: ges sondnäring (undvik intravenös nutrition). Sondnäring mot patientens vilja kan endast ges vid vård enligt LPT.
- Familjebehandling med interventioner riktade direkt mot ätstörningen vid behandling av yngre patienter.
- Individuell psykologisk behandling i öppenvård för vuxna.
- Farmakologisk behandling har ingen effekt på anorexia nervosa.
- Olanzapin i låg dos (2,5 mg - 5,0 mg) kan ha effekt på ångestnivån och den tvångsmässiga viktfixeringen hos en del svårt sjuka patienter.
- Samsjuklighet (till exempel depression eller tvångssyndrom) kan behandlas med farmakologisk behandling om den kvarstår när svälten är hävd.

Det viktigaste första steget i behandlingen är att bryta svälten och börja tillse att patienten börjar äta normalt. Det kan ibland behövas konkret stöd i matsituationen för att uppnå detta. För yngre patienter genomförs detta med familjens medverkan.

I början av behandlingen kan det finnas ökat behov av tät kontakt för stöd, uppföljning och medicinska kontroller och eventuell korrigering av allvarliga somatiska komplikationer (t.ex. låga kalium- och fosfatvärden). Om det finns möjligheter till konkret måltidsstöd med personal

kan detta utgöra ett gott stöd och en pedagogisk möjlighet för patienten att lära sig hur en normalstor måltid ser ut. Personen får då också hjälp att äta inom rimliga tidsramar (cirka 30 minuter).

Så länge personen befinner sig i ett svälttillstånd är det nödvändigt att prata om mat, vikt och kroppsliga symtom. Det hindrar inte nödvändigheten av terapeutiskt stöd som bör vara orienterat till ”här-och-nu-situationen”.

Behandlingen bör se olika ut i olika faser av sjukdomen, främst beroende på viktuppgång och ålder. Det behövs en individuell anpassning för att patienten ska uppnå friskhet. När det gäller anorexia nervosa hos barn och ungdomar rekommenderas familjeinriktad behandling och för vuxna patienter rekommenderas KBT baserad behandling.

Farmakologisk behandling har ingen effekt på själva anorexisjukdomen, men samsjuklighet som depression och tvångssyndrom kan behandlas med läkemedel. Vid långdragna svälttillstånd kan man ibland behöva substituera med järn, zink, magnesium, kalk, B12 och/eller folsyra. Kräkningar kan ge uttalad hypokalemi som behöver åtgärdas med tillskott av kalium. Vid långvarigt menstruationsbortfall (mer än 1år) ökar risken för osteoporos. Inget tyder på att substitution med östrogen har effekt. Däremot kan viktuppgång och näringstillförsel reducera risken för osteoporos speciellt om patienten fortfarande är ung, under ca 25 år, innan slutmineraliseringen av skelettet.

Evidens gällande behandling vid anorexia nervosa

Evidensläget är som beskrivits i tidigare vårdprogram fortfarande svagt men de tidigare rekommendationerna för behandling av anorexia nervosa kvarstår och rekommendationerna har blivit tydligare och säkrare (APA, 2012; Hay et al., 2014; Watson & Bulik, 2013; Resmark et al., 2019). Framför allt har det kommit större och mer välgjorda studier av familjeterapi för den yngre patienten (Lock., 2011; Couturier et al., 2020). En anledning till det svaga evidensläget är att det är svårt att göra randomiserade kontrollerade studier inom området (Bulik, 2014). I de engelska rekommendationerna NICE är 50 av 51 rekommendationer grad C, den starkaste rekommendationen att barn och ungdomar ska ges familjeterapi som riktas mot ätstörningen har Grad B (NICE, 2017; APA, 1995, 2012; Herpertz, 2011). Graderingen går från A till C, där A är den bästa graden av evidens.

Ingen speciell psykologisk behandling för vuxna är överlägsen, men en stor del patienter blir bättre av olika typer av specialiserad psykologisk behandling (Kass et al., 2013). Stödjande klinisk behandling, Specialist Supportive Clinical Management (SSCM) som tidigare hette Non-Specific Supportive Clinical Management är en behandlingsmodell som utvecklades för att vara en standardiserad jämförelse med sedvanlig behandling (sk Treatment As Usual, TAU) i olika randomiserade kontrollerade studier av psykologiska behandlingsmetoder vid anorexia nervosa. I olika studier (Schmidt et al., 2015) har SSCM visat sig bättre eller jämförbar med KBT och interpersonell terapi (IPT). En ny RCT studie som jämfört CBT-E (specialiserad KBT mot ätstörning) och TAU fann att CBT-E hade signifikant bättre behandlingsutfall än TAU (sedvanlig behandling) och färre sessioner behövdes. Efter 80 veckor sedan behandlingsavslut, hade gruppen som fått TAU förbättrat utfallet och skillnaden mellan CBT-E och TAU var då inte längre signifikant (de Jong et al., 2019).

Ingen farmakologisk behandling har visat sig ha effekt på anorexia nervosa sjukdomen. En studie har visat att återfall kunde minskas med fluoxetine, men detta resultat har inte kunnat replikeras (Brown & Keel, 2012). Olanzapin (Zyprexa) i låg dos (2,5 mg-5,0 mg) kan ha effekt

på ångestnivån och den tvångsmässiga viktfixeringen hos en del svårt sjuka patienter (Aigner et al., 2011). Värdet av detta är dock begränsat när patienten är i svält (Hay & Claudino, 2012). Även risperidon (Risperdal) är undersökt i en studie, men där har man inte kunnat visa samma effekt som för Olanzapin (Hagman et al., 2011). Olanzapin är dock huvudsakligen studerat inom heldygnsvård för vuxna och där visat bättre resultat (Brown & Keel, 2012). Olanzapin behöver studeras mera i öppenvård, vilket också pågår. En studie av Jensen och Mejlhede (2018) beskriver några patientfall med positiva utfall på både vikt och kroppsuppfattning av behandling med Olanzapin.

Barn och ungdomar bör diagnostiseras och behandlas så snabbt som möjligt. Tidig diagnos är prognostiskt gynnsamt. Viktförlust och somatisk försämring kan gå mycket snabbt hos yngre personer. Barn och ungdomar ska alltid behandlas tillsammans med sina föräldrar. Den metod som har bäst stöd är familjeterapi enligt den sk ”Maudsley modellen.” (se avsnittet familjeterapi). Behandlingen syftar till att stötta föräldrarna att återta sin föräldraroll och sitt självförtroende i föräldraskapet. Därmed blir samarbetet med föräldrarna centralt i behandlingen. När barn och föräldrar har fått information om ätstörningen och om svårigheter och risker vid fortsatt viktnedgång, beslutar man tillsammans med föräldrarna om matinnehåll, mängder och matordning samt viktökningstakt. Föräldrarna kan också få ett gott stöd av att få träffa en dietist för råd och stöd av näringsinnehåll och förslag på matlistor. När viktökningen är tillfredställande och symtomen i övrigt har minskat, kan ansvaret gradvis återlämnas till barnet. Familjeterapi visar sig fortsatt ha starkare stöd vid behandling av barn och ungdomar än multifamiljeterapi (MTF) och KBT (Couturier et al., 2020). MFT använts som ett tillägg till ordinarie behandling (Carr, 2014; Couturier et al., 2020). En studie från Umeå har undersökt hur MFT påverkat patientens somatiska och psykologiska hälsa. Resultatet visade på förbättring i somatiska värden, minskade ätstörningssymtom samt förbättrat egenupplevt psykiskt mående avseende emotionella symtom (Nilsson, 2018).

Heldygnsvård

Behandling i heldygnsvård kan bli nödvändig framför allt vid grav undernäring och vid risk för allvarliga medicinska komplikationer. Även allvarlig psykiatrisk samsjuklighet som depression med suicidrisk kan kräva heldygnsvård. Se bilagorna 2, 3 och 4 (Region Västerbottens interna sida [LINDA], sök ätstörning bilagor) för indikationer för heldygnsvård samt provtagning och handläggning. Behandling i heldygnsvård medför ofta ångest och ambivalens över att behöva avstå kontroll. Det är därför bra att träffa patienten före inläggningen och gå igenom behandlingsrutiner. Ta också reda på hur mycket patienten har klarat av att äta själv och informera om vilket stöd patienten kommer att få. Under den första tiden på avdelningen bör man vara noga med de medicinska kontrollerna, både för att säkert veta hur allvarligt sjuk patienten är och för att vara säker på att det inte finns en risk för refeeding syndrom när patienten börjar få adekvat näring i sig. I bilaga 3 och 4 (Region Västerbottens interna sida [LINDA], sök ätstörning bilagor) redovisas de initiala och fortsatta medicinska kontroller som behöver göras samt omvårdnadsåtgärder.

Refeeding syndrome är en allvarlig komplikation som kan drabba kraftigt avmagrade patienter vid start av renutriering. Alkoholmissbruk ökar risken ytterligare. Det har sin grund i att en svältande kropp använder ketoner och fria fettsyror som energikälla, vilket ändras när näring börjar tillföras, vilket då gör glucos till den primära energikällan. Insulinnivåerna ökar, kalium, magnesium och fosfat samt vätska flyttas in i cellerna och brist av nämnda elektrolyter uppkommer extracellulärt- med konsekvens låga värden på proverna. Symtom på refeeding

är snabb viktuppgång till följd av att man samlar på sig vätska, muskelsvaghet, andningsinsufficiens, hjärtsvikt, lågt blodtryck och hjärtarytmirisken ökar till följd av låga kaliumvärden. Viktigt att snabbt korrigera elektrolyterna och tillföra Tiamin (vitamin B6), men viktigast att vara medveten om risken och starta renutritionen försiktigt (Ukkola, 2007; Kohn et al., 2011). Om näringstillförseln ökar alltför snabbt riskerar patienten att utveckla hjärtsvikt, ödem och koma. Näringstillförseln bör därför startas med 20–30 kcal/kg kroppsvikt/dygn hos gravt avmagrade patienter. Öka därefter 200–300 kcal var 3:e dag. Följ blodstatus och elektrolytstatus inklusive fosfat och magnesium varje -varannan dag de första 1–2 veckorna. Vid lågt s-fosfat ges substitution peroralt eller intravenöst (Wallin et al., 2015). Överväg också att stanna upp eller backa ett steg i nutritionsschemat. Om man följer rekommenderade riktlinjer kan komplikationerna reduceras till ett minimum enligt en uppföljning på 65 patienter (Hofer et al., 2014). För mycket lågviktiga patienter kan en normalkost på ca 2000 kcal vara otillräckligt för effektiv viktuppgång. Om viktuppgång uteblir eller med tiden avstannar kan normalkosten kompletteras med näringsdrycker. Om patienten har stora svårigheter att äta eller ta näringsdryck kan det bli nödvändigt med sondnäring under en kortare tid. Man bör vara ytterst försiktig med intravenös nutrition p.g.a. risken att överbelasta hjärta och cirkulation.

Wernickes Encefalopati (WE) är ett sällsynt tillstånd med uttalad konfusion, som kan förekomma vid malnutrition och anorexia nervosa, speciellt vid snabb viktförlust. Tillståndet kan leda till irreversibla hjärnskador eller i värsta fallet död (Oudman et al., 2018).

Under vårdtiden har den anorektiska patienten ofta svårt att hantera sin ångest över att gå upp i vikt och sin rädsla för att tappa kontrollen. Det är vanligt att patienten hanterar detta genom att t ex. dricka vatten före vägning, gömma mat, motionera på rummet eller kräkas. Det är viktigt att personalen är medveten om dessa mekanismer och inte reagerar med irritation och ökad kontroll, vilket lätt upplevs som bestraffning. Man bör i stället klargöra behandlingskontraktet och patientens eget ansvarstagande samt öka det stöd som patienten kan behöva för att klara sin ångest. Fysisk träning bör inte tillåtas när patienten är underviktig, däremot kan en daglig promenad eller lättare fysisk aktivitet tillsammans med personal vara indicerad för att belasta skelettet. Rekommendation är att göra en helhetsbedömning och utifrån det fysiska tillståndet avgöra vad som är tillämpligt. Vid extrem låg vikt rekommenderas sängläge.

Psykoterapeutisk behandling av patienter med anorexia nervosa bör inte påbörjas förrän den akuta svältsituationen är under kontroll.

Tvångsvård

Vid enstaka tillfällen kan det bli nödvändigt att använda tvångsvård enligt LPT (lagen om psykiatrisk tvångsvård; SFS 1991:1128). Det gäller framför allt patienter med anorexia nervosa som är gravt undernärda och där det föreligger medicinsk fara. Om patienten behöver vårdas på intensivvårdsavdelning (IVA) eller medicinkliniken kan ansvarar psykiatrin för tvångsvården. Det är givetvis oerhört viktigt i det fortsatta arbetet med tvångsvårdade patienter att så snart som möjligt skapa en god arbetsallians och motivera patienten till frivillig vård. Trots att patienten motsätter sig vård och att vården sker mot patientens vilja finns stöd för att behandlingsutfall kan bli acceptabla (Atti et al., 2020).

Bulimia nervosa

Patienter med bulimia nervosa behandlas huvudsakligen i öppenvård. Psykoterapeutisk behandling rekommenderas som primär behandlingsinsats. I första hand tidsbegränsad psykoterapi individuellt med fokus på både beteendeförändringar och personlighetsutveckling. Om patienten har mycket frekventa kräkningar och hetsätningar samt vid misstanke om självmordstankar och självdestruktivitet kan det vara indicerat med behandling i slutenvård. Det första steget i den generella behandlingen av bulimi skall inriktas mot normalisering av matintaget och att bryta kompensatoriska beteenden (kräkningar, laxermedelsmissbruk, överdrivet motionerande etc). Patienterna kan uppmuntras att använda sig av självhjälpsböcker.

Patienten ska särskilt informeras om att förändrade ätbeteendet är en nödvändig förutsättning för att behandlingen skall bli framgångsrik. I det initiala skedet av behandlingen är det därför lämpligt med psykopedagogiska interventioner till exempel information om sjukdomen, matens funktion, kroppens reaktioner och betydelsen av energiintag för de psykiska funktionerna. Patienter med bulimia nervosa behöver ofta extra stöd kring förändring av ätbeteendet. Att systematiskt registrera matbeteenden-känslor-tankar och situationer kopplade därtill, är funktionellt för förståelse och utökad motivation till beteendeförändring. Att registrera medför att fokus riktas mot beteenden och struktur och kan därmed utgöra underlag för planering av vården och delmål i behandlingen.

Patienter med frekventa kräkningar ska, liksom alla ätstörningspatienter, rekommenderas uppsöka tandläkare alt. remitteras till tandläkare för att förebygga karies och erosionsskador.

En del patienter har ett gott stöd av antidepressiv medicinering, som ett komplement i behandlingen för att lindra ångest, depression och tvångssymtom. Antidepressiva mediciner (ex. Fluoxetin) kan hjälpa till att reducera frekvensen av hetsätning och kräkning. Man bör vara observant på att utebliven behandlingseffekt kan bero på att patienten kräks upp medicinen innan den har hunnit resorberas.

I faktaruta 2 listas de övergripande behandlingsprinciperna vid bulimia nervosa.

Faktaruta 2

Behandlingsprinciper vid bulimia nervosa:

- Ett evidensbaserat självhjälpsprogram kan vara första insatsen.
- Evidensbaserad internetbehandling har utvecklats på en del håll i landet, och är ett behandlingsalternativt som kommer att få en större betydelse.
- Kognitiv beteendeterapi (KBT) bör erbjudas vuxna individuellt eller i grupp, alternativt interpersonell psykoterapi (IPT).
- Ungdomar skall i första hand erbjudas familjebehandling enligt den modell som visat sig framgångsrik. KBT anpassad till deras ålder och med föräldrarnas engagemang, kan vara ett alternativ.
- Farmakologisk behandling med Fluoxetin upp till 60 mg kan komplettera ovanstående behandlingsinsatser.
- Konkret stöd för att normalisera ätbeteendet och bryta hetsätning och kräkning.
- Använd matdagböcker och självhjälpsmanualer.
- Korrigera medicinska komplikationer (hypokalemi).
- Behandla samsjuklighet (t.ex. missbruk, depression).
- Remiss till tandläkare för förebyggande terapi och åtgärdande av tandskador.

Evidens gällande behandling vid bulimia nervosa

Kognitiv beteendeterapi (KBT) är den mest utvärderade och den effektivaste behandlingsmetoden (Hay et al., 2009). KBT-baserad behandlarstödd självhjälp kan hjälpa vissa grupper av patienter (Wilson & Zandberg, 2012). En metaanalys av RCT studier i Storbritannien kom fram till att individuell KBT följt av KBT självhjälp hade bäst effekt för att nå remission (Slade et al., 2018). Interpersonell terapi (IPT) och KBT har ungefär liknande resultat ett år efter behandlingsstart, men vid mätningar direkt efter behandlingsavslut har KBT bättre resultat än IPT (Kass et al., 2013). Ett visst stöd finns för familjeterapi till yngre patienter (Couturier, 2013; Couturier et al., 2020).

Antidepressiv medicin (framför allt SSRI-preparatet Fluoxetin) har visat sig ha effekt på hetsätning, kräkning och stämningsläge, men är inte lika effektiv som KBT och rekommenderas därför inte som enda behandlingsform (Aigner et al., 2011). I studier har det visat sig att Fluoxetin har en specifik effekt på sjukdomen bulimi, som inte enbart hänger ihop med förbättrat stämningsläge. Kombinationen KBT och antidepressiv medicin har i en studie inte visat på bättre effekt än enbart KBT (Aigner et al., 2011).

Hetsätningsstörning

Även behandling av personer med hetsätningsstörning bör främst ske i öppenvård. Vid hetsätningsstörning förekommer ofta grav övervikt och då måste överviktens specifika problem och samsjuklighet beaktas. Basen i all behandling av hetsätningsstörning utgörs av normalisering av ätbeteendet som en grund för att minska hetsätandet. Alla patienter som normaliserar sitt ätbeteende går dock inte automatiskt ner i vikt. För detta kan speciella

matscheman behövas, där hänsyn tas till behovet av en regelbunden måltidsordning som inte triggar hetsätningen och minskar kaloriintaget. I det initiala skedet av behandlingen används huvudsakligen psykopedagogiska interventioner till exempel information om sjukdomen, matens funktion, kroppens reaktioner och betydelsen av energiintag för de psykiska funktionerna.

Patienter med hetsätningsstörning behöver ofta stöd kring förändring av ätbeteendet. Att systematiskt registrera matbeteenden-känslor-tankar och situationer kopplade därtill, är funktionellt för förståelse och utökad motivation till beteendeförändring. Att registrera medför att fokus riktas mot beteenden och struktur och kan därmed utgöra underlag för planering av vården och delmål i behandlingen.

Vid övervikt bör patienten genomgå en läkarundersökning för överviktsrelaterade problem, såsom högt blodtryck, blodsocker och lipider. Även psykiatrisk samsjuklighet bör beaktas i behandlingen. Behandlingen sker lämpligast med KBT inriktad behandling individuellt eller i grupp. Självhjälps böcker kan också vara till bra hjälp. KBT samt IPT via internet/email samt IPT finns under utveckling. Medicinering kan vara ett tillägg till behandling vid psykiatrisk samsjuklighet.

Evidens gällande behandling vid hetsätningsstörning

Vid hetsätningsstörning har både KBT och IPT effekt, där KBT har snabbare effekt än IPT men att IPT och KBT vid 1 års uppföljning påvisar liknande utfall (Hilbert et al., 2012; SBU, 2016).

Exempel på andra evidensbaserade eller kliniskt välbeprövade behandlingsinsatser vid ätstörningar

Psykopedagogisk behandling

Syftet med psykopedagogiken är att ge information om ätstörningar som är baserad på vetenskap och beprövad erfarenhet till patienter, anhöriga och allmänhet. Informationen kan förmedlas exklusivt eller som en del i ett behandlingsprogram och kan ges till såväl till individer, familjer eller grupper av individer. Psykopedagogiskt arbete förutsätter goda kunskaper inom alla relevanta ätstörningsområdet såsom; sociokulturella, somatiska, psykiska, närings-och behandlingsmässiga aspekter. Följande moment bör ingå för att psykopedagogiken skall förmedla viktig kunskap och vara effektiv:

1. Sociokulturens påverkan på individen sett ur ett samhälls-, grupp-, och familjeperspektiv.
2. Bakgrund och beskrivning av ätstörningsproblematiken ur ett multifaktoriellt perspektiv.
3. Effekter av bantning, svält, kräkning, och övriga kompensationsbeteenden.
4. Hälsosamt ätande och motion.
5. Kognitiva och beteendemässiga strategier i behandling.
6. Förebyggande arbete.

Specialiserad stödjande kliniskt omhändertagande (Specialist Supportive Clinical Management-SSCM) är idag den bäst standardiserade stödjande behandlingen som bygger på

psykopedagogiska principer (McIntosh et al., 2006; Schmidt et al., 2015). Detta är grundläggande och bör finnas med i alla behandlingar.

Kost- och nutritionsbehandling

Nutritionsbehandling är en viktig del av behandlingen vid ätstörning. Den kognitiva förmågan och det psykiska måendet påverkas negativt av svält. För att patienten ska tillgodogöra sig terapeutisk behandling genom samtal, krävs att patienten har tillräckligt god nutritionsstatus. Behandlingens mål är att häva svält, minimera kompensatoriskt beteende, undanröja fysiska symtom till följd av ensidigt ätande, samt i längden uppnå och bibehålla en frisk vikt och god nutritionsstatus. Alla som arbetar med ätstörningar behöver ha tillräcklig kompetens för att kunna ge grundläggande kostråd samt kunna utföra nutritionsbehandling på grundläggande nivå. De Nordiska Näringsrekommendationerna (NNR, 2012) ska ligga till grund för nutritionsbehandlingen (nya näringsrekommendationer kommer år 2022).

Behandling

Generella kostråd som kan ges vid ätstörning

- Regelbunden måltidsordning med frukost, lunch, middag samt två mellanmål och ett kvällsmål
- Uppläggning av maten enligt tallriksmodellen
- Sträva efter ett allsidigt ätande från alla grupper i matcirkeln
- Kostrådgivning är inte individanpassad och kan ske både enskilt och i grupp.

Vid behov av mer specialiserad nutritionsbehandling utförs det av, eller i samarbete med, legitimerad dietist. Dietister som behandlar patienter med ätstörning ska utgå från de riktlinjer som har utarbetats av referensgruppen för dietister inom psykiatri, vilka ingår i Dietisternas Riksförbund, DRF (DRF, 2007). Dietisten bör sträva efter att arbeta enligt Nutrition Care Process (NCP), samt dokumentera sitt arbete i enlighet med Nutrition Care Process Terminology (NCPT). Nutritionsbehandlingen grundas på en bedömning som inleds med en noggrann anamnes eller kartläggning av energi- och näringsintag, ätmönster, livsmedelsval, portionsstorlekar, eventuella bortval av livsmedel/livsmedelsgrupper, eventuell hetsätning, eventuellt kompensatoriskt beteende samt fysisk aktivitetsnivå. En individuell bedömning av patientens energi- och näringsbehov ska alltid ligga till grund för behandlingen.

Arbetsredskap vid bedömning och behandling

Matdagbok: Matdagboken kan användas som redskap vid både bedömning och behandling. Matdagboken ger en bild av patientens ätbeteende och måltidsmönster. Den ger även en uppskattning av patientens energi- och näringsintag om mängder/portionsstorlekar anges. Om patienten skriver ned tankar, känslor och beteende i anslutning till ätandet kan behandlare få en bild av patientens föreställningar och upplevelser kring mat. Matdagboken kan användas som ett pedagogiskt redskap för att prata kring mat och ätande.

Kostregistrering: För en mer noggrann bedömning av energi- och näringsintag är det värdefull om patienten gör en skattad kostregistrering. Allt patienten äter och dricker under 3–4 dagar skrivs ned. En av dagarna ska vara en helgdag. Kostregistreringen näringsberäknas av dietist.

Matprogram/matschema: För att få till en bra måltidsordning, allsidighet i kosten och lämpliga portionsstorlekar kan ett matprogram vara till hjälp. En individuell bedömning av energibehov ska föregå val av matprogram. Det är viktigt att inte låsa sig vid att mäta och väga maten även om det kan vara till hjälp i början. Gäller det barn är det lämpligt att vårdnadshavare ansvarar för portionsstorlekar till en början.

Andra redskap: Matbilder kan vara ett pedagogiskt sätt att visa portionsstorlekar, måltidssammansättning mm. Exempel på bilder: Tallriksmodellen (Livsmedelsverket), Matcirkeln (Livsmedelsverket), Kostateljén (Gunilla Järnblad), ÄtBra.se (Helén Sahlstrand).

Näringsdrycker: Näringsdrycker/kosttillägg är komplement till vanlig mat och ska inte ersätta måltider. För den underviktiga patienten som äter acceptabla mängder mat, men inte ökar i vikt, kan näringsdryck under en period vara gynnsamt för att åstadkomma viktökning och förbättra näringsintaget.

Sondnäring: För patienter med mycket dålig somatisk och/eller nutritionell status kan det bli aktuellt med näringstillförsel via sond. Det är läkare som ansvarar för behandling med sondnäring. Sondnäring ska alltid trappas upp försiktigt till adekvat mängd för att undvika komplikationer. Extra uppmärksam behöver vårdpersonalen vara på refeeding syndrome hos patienter som haft ett mycket lågt energiintag, minskat snabbt i vikt och/eller har ett lågt BMI. Dietist kan konsulteras för beräkning av energi- och näringsbehov samt val av sondnäring.

För barn och ungdomar under 16 år kan näringsdryck, sondnäring och andra livsmedel för särskilda näringsändamål (FSMP) förskrivas av läkare med barnspecialistkompetens eller legitimerad dietist med delegering. För patienter äldre än 16 år förskrivs FSMP av dietist och en egenavgift tas ut från förskrivande vårdenhet.

Familjeterapi

Den mest använda familjeterapiinriktning och den som har bäst empiriskt stöd är den sk ”Maudsley modellen” för den unga nyinsjuknade patienten som utvecklades vid Maudsley sjukhuset i London (Lock & Le Grange, 2013; Hurst et al., 2012; Couturier et al., 2020). Behandlingen utgår ifrån att ätstörningen har kontroll över patienten och att hon/han därför fungerar på en mycket yngre nivå än sin aktuella ålder och behöver stöd och hjälp från sina föräldrar. Föräldrarna måste ta kontroll över ätandet och terapeutens roll i inledningen är att fokusera på att patienten normaliserar sitt ätande och återfår en normal vikt. Behandlingen består av tre faser:

1. Bryta svälten, behandlingen fokuserar på mat och viktuppgång. Återta föräldramandat. Hitta det som fungerar i familjen, hitta tillbaka till det som fungerade innan anorexin kom och hitta nya lösningar.
2. Det andra steget tar vid när svälten inte är det dominerande problemet och fokus kan riktas mot patientens hela situation. Behandlingen måste här i ännu högre grad individualiseras. Konsolidering av ett normaliserat ätande ska göras och identifiera hinder för att kunna gå vidare till det vanliga livet som till exempel komorbiditet.
3. Det tredje steget är en framtidsorienterad avslutningsfas där barnet/ungdomen återerövrar sin autonomi som sjukdomen tagit från henne/honom. Det innebär att hantera vanliga tonårsfrågor som till exempel autonomi och relationen till föräldrarna samt arbeta med strategier för att förebygga återfall.

Utifrån att familjeterapi har en god effekt vid anorexia nervosa har en speciell form av familjeterapi i grupp utvecklats, kallad multifamiljeterapi. Det är en vidareutveckling av familjeterapi med fokus på att hjälpa familjer att hjälpa varandra. Det är ett psykoterapeutiskt arbete som går ut på att familjerna skapar ett stödjande nätverk, där erfarenhet och kompetens utvecklas i ett naturligt sammanhang. Metoden har utvecklats i England och Tyskland och används sedan 2005 i Sverige.

Guidad självhjälp via internet eller litteratur

Syftet med självhjälpsprogram är att individer på egen hand, steg för steg, skall få kunskap och information om hur de skall gå till väga för att bryta med sin svält och/eller hetsätning. Självhjälpsprogram kan också användas inom primärvården eller inom specialistverksamheterna med syftet att reducera symtomen och öka behandlingseffektiviteten. Självhjälpsprogram kan också användas som ett tillägg till alla former av psykoterapi (Wilson & Zandberg, 2012). Vidare finns flertalet självhjälpsböcker, förslag finns samlat på Frisk och Fris hemsida (www.friskfri.se).

Kognitiv beteendeterapi (KBT)

Vid bulimia nervosa är kognitiv beteendeterapi den mest effektiva behandlingen. För patienter med anorexia nervosa förefaller KBT vara jämförbar med andra psykologiska behandlingar. En studie av de Jong med flera (2019) har jämfört ätstörningsspecificerad KBT mot TAU och funnit att KBT är effektivare än TAU vid uppföljning efter 20 veckor men efter 80 veckor är skillnaden mellan KBT och TAU inte längre signifikant.

Kognitiv beteendeterapi är en manualbaserad tidsbegränsad terapi som fokuserar på att kartlägga patientens tankar, attityder och antaganden angående mat, vikt och smalhetsideal. Terapin håller sig till här och nu situationer och fokuserar på faktorer som underhåller patientens problem. I behandlingen får patienten pröva att träna nya tankesätt och beteenden både under terapin och mellan terapierna genom hemuppgifter. Den kognitiva beteendeterapin är manualiserad (Fairburn, 2008) och bygger på modifiering av vidmakthållande faktorer där fokus på att vilja vara smal, har en central roll pga. sociokulturella normer. Detta ökar risken för rigid bantning som i sin tur påverkar individen både fysiskt och psykiskt, vilket ökar risken för hetsätning. Hetsätningen leder i sin tur till stark ångest som på kort sikt reduceras genom till exempel kräkning, laxering eller överdrivet tränande. Den redan låga självkänslan blir ännu lägre av ständiga misslyckandet med kontroll av vikt, figur och ätande. Behandlingen är indelad i tre faser: 1) beteendestrategier för att bryta bantnings, hetsätnings och kompensationsbeteendena, 2) kognitiva strategier för att bearbeta dysfunktionella attityder och förställningar omkring, kropp, vikt, mat och ätande, 3) stärka positiva förändringar och fokusera på att förebygga återfall (Fairburn, 2008).

Interpersonell psykoterapi (IPT)

IPT är en strukturerad form av psykoterapi som fokuserar på hur problem i mänskliga relationer medverkar till psykologisk stress, och tvärtom; hur psykologiska problem påverkar våra relationer till andra. Terapin kan ge hjälp att bearbeta kriser, till exempel ständiga gräl, ny fas i livet eller svår sorg. Metoden utarbetades i början av 80-talet för behandling av depression. Sedan dess har den anpassats även till andra diagnoser, till exempel bulimia nervosa, och ångesttillstånd. IPT skiljer sig ifrån andra former av behandling genom att

huvudsakligen fokusera på relationsproblem (Frank & Levenson, 2011; Kass et al., 2013; SBU, 2016).

Psykodynamisk psykoterapi

Psykodynamisk psykoterapi kan vara indicerad när ätstörningssymtomen är under kontroll och patientens kognitiva och känslomässiga förmåga har ökat och kan vara ett alternativ vid långvarig anorexia nervosa (Zipfel et al., 2014; Skårderud, 2007). Målet för behandlingen är att öka patientens självkännedom, modifiera patologiska försvarsmönster och förbättra patientens relationer.

En praktiskbaserad studie utförd vid en mottagning i Canada (Nowoweiski et al., 2020) har studerat korttidsdynamisk terapi (ISTDP) vid ätstörning och om terapin kan bidra till att sjukvårdskostnaderna minskade. De patienterna som var med i studien var 27 och av dessa diagnosticerades 11,1 % med anorexia nervosa, 22,2% med bulimia nervosa och övriga 66,7 % med ospecificerad ätstörning. I den studerade gruppen fanns förhållandevis stor komorbiditet med andra psykiatriska tillstånd. Resultatet av studien kunde påvisa mindre kostnad för läkare- och sjukhusvård samt minskat psykiskt lidande hos personer med ätstörning.

Gruppsykoterapi

Gruppterapi används som benämning när psykoterapi bedrivs i grupp. Multi-Family Therapy (MFT) är en behandlingsmetod som ges inom ramen för barn och ungdomspsykiatrin (BUP) riktat till familjer med barn drabbade av ätstörning. Metoden arbetar både med familjen individuellt och i grupp tillsammans med andra familjer då ett betydande antal patienter inte svarar tillräckligt bra på en-familjsterapi (Rienecke, 2017). Metodens teoretiska ram härrör från KBT med inslag av strukturell och konstruktivistisk systemterapi. Ät-hantering, viktökning, förtydligande av familjemedlemmars roller och uppgifter, kommunikation och individuell utveckling är mål som MFT har (Eisler et al., 2016). I en studie på 24 familjer utförd i Umeå (Dennhag et al., 2019) fann författarna att patienternas symtombild förbättrades och föräldrarnas belastning minskades efter behandling med MFT.

Kroppsinriktad behandling

Kroppsinriktad behandling utförs på några av Region Västerbottens behandlingsenheter där de kliniska erfarenheterna för fysioterapeutisk behandling är goda, även om evidensen begränsad ex. för Basal Kroppskännedom (Wallin et al., 2015). I takt med den digitala utvecklingen har Virtual Reality (VR) används i behandlingen av flera olika former av psykisk ohälsa. VR ger behandlaren möjligheten att exponera patienter för miljöer eller situationer som kan vara svårtillgängliga att närma sig i praktiken för patienten. För ätstörningspatienter i behandling för kroppsuppfattningsstörning har VR testats. SBU gjorde 2021 en sammanställning av 6 då funna studier i ämnet (SBU, 2021). Efter kvalitetsgranskning av dessa artiklar bedömdes risken för bias för stor, varför inget resultat presenterades. Vidare studier i ämnet behövs således.

SÄRSKILDA FRÅGESTÄLLNINGAR

Behandling av somatiska komplikationer

Kortvuxenhet och pubertetsutveckling

Vid debut av anorexia nervosa, före puberteten finns det risk för irreversibel kortvuxenhet om inte energiintaget och vikten snabbt normaliseras innan tillväxtzonerna slutit sig, varför snabbt insatt och kraftfull behandling är nödvändig. De hormonella rubbningar som blir följden av svår svält kan resultera i försenad/dålig utvecklad pubertet, bidra till dålig uppbyggnad av skelettet som på sikt kan medföra infertilitet hos både kvinnor och män i vuxen ålder.

Mag- och tarmbesvär

Besvär med mage och tarmar i form av gasbildning, förstoppning, diarréer, buksmärtor och uppkördhet är vanligt vid alla former av ätstörning och kan kvarstå även efter tillfrisknandet. Gastroesofagal reflux är vanligt hos patienter som kräkts. Viktigaste behandlingen är att patienten äter regelbundet och allsidigt. Ibland kan det behövas tarmreglerande medel till exempel i form av Inolaxol eller Laktulos. Patienter som tagit laxermedel regelbundet och i hög dos kan behöva utsättningsschema under lång tid, rikligt med vätsketillförsel och byte till ett mildare tarmreglerande medel.

Bristsymtom

Det händer att patienter som länge varit i svält eller ätit mycket ensidigt, drabbas av olika bristsymtom. Snabb återgång till normalt kostintag och normal vikt är av största betydelse, men ibland kan det bli nödvändigt med substitutionsbehandling. Järnbristanemi kan man behöva behandla med järntabletter. Brist på B12 och/eller folsyra kan uppstå pga. bristande eller ensidigt intag. För detta finns utöver normalisering av matintaget läkemedel att sätta in. Patienter som regelbundet och ofta kräks kan behöva substitueras med kaliumtabletter dagligen så länge de kräks. OBS! Mycket frekvent provtagning rekommenderas!

Tandvård och oral hälsa

Patienter med ätstörningar drabbas ofta av omfattande orala symtom och sjukdomar. Besvären som uppstår är båda av estetisk och funktionell karaktär. Vid tidig kontakt med tandvården kan behandlingen inriktas mot att begränsa uppkomsten av skador, som annars snabbt blir irreversibla. Många patienter med ätstörningar är tandvårdsrädda och ibland finns ej ork och motivation för munvård. Det är därför viktigt att de tas om hand av tandvårdspersonal med kännedom om problemet och särskilda kunskaper om bemötande och omhändertagande.

Tandskadorna består ofta av utbredda frätskador/erosioner på emaljytorna, framför allt på framtändernas baksidor. Vid långdragna sjukdomstillstånd blir skadorna mer generella. Tandborstning direkt efter kräkning ökar problemet med frätskador. Patienter med nedsatt nutritionstillstånd och uttorkning får ofta även en nedsatt funktion på salivkörtlarna. Muntorrhet i kombination med kräkningar bidrar till att risken för kariesutveckling ökar, både vid anorexi och bulimi. Intag av sura drycker och frukt är en annan bidragande orsak till frätskador/erosionsskador. Dessa patienter beskriver dessutom ofta problem med ilningar i

tänderna och kan även få sårіga och ömma slemhinnor. Tandskadorna kan leda till behov av omfattande och dyrbara behandlingar och tandvårdskostnaderna kan bli ett stort problem för patienter med ätstörningar. Detta understryker ytterligare vikten av tidig kontakt med tandläkare samt vikten av kontaktvägar mellan tandvård och sjukvård eftersom tandvårdspersonal kan vara de första som upptäcker att en person med frekventa kräkningar. En ny patient inom ätstörningsvården bör intervjuas om sina kontakter med tandvården, och om regelbunden kontakt saknas eller inte fungerar kan sjukvårdspersonalen remittera till följande enheter:

Umeå:

Tandläkarhögskolan, avd för Cariologi för patient över 19 år.

Tandläkarhögskolan, avd för Pedodonti för patient under 19 år.

Skellefteå:

Folktandvården City, Skellefteå.

Lycksele:

Folktandvården Stenbergska.

Sjukvårdens personal kan i väntan på kallelse till tandvården instruera patienter som har frekventa kräkningar att inte borsta tänderna direkt efter kräkning, utan i stället skölja munnen med vatten eller fluorlösning 0,2%. Dessutom bör frekvent intag av sura drycker som cola och fruktjuicer undvikas. En god munhygien i normal omfattning med tandborstning två gånger per dag med fluortandkräm samt rengöring mellan tänderna med till exempel tandtråd rekommenderas. Om patienten inte klarar detta är kontakt med tandvården nödvändig för erhålla förebyggande insatser, om munhygien inte fungerar bör detta också noteras i remissen till tandvården. På grund av muntorrhet och påfrestningen som magsyran har på munslemhinnor så rekommenderas att dessa patienter avstår från användning av starka munsköljningsvätskor som till exempel Klorhexidin och Listerine.

För en person med genomgången behandling för anorexia nervosa eller bulimia nervosa som bedöms frisk finns möjlighet att få rehabilitering av bettet om det föreligger omfattande frätskador/erosionsskador på tänderna. Patienten betalar då besöksavgift som följer avgifterna för sjukvårdande behandling i öppenvård. Behandlingsplan och ansökan om tandvårdsstöd görs av ansvarig tandläkare till ”Tandvårdsstöd, Beställarenheten” i Västerbotten. Som underlag till ansökan behövs läkarintyg som bekräftar diagnosen och att patienten betraktas som medicinskt rehabiliterad. Det finns även möjlighet till ”Särskilt tandvårdsbidrag” för förebyggande tandvårdsåtgärder inom det statliga tandvårdsstödet, om det föreligger risk för försämrad tandhälsa. Diagnosen anorexia nervosa eller bulimia nervosa ska då styrkas med ett läkarintyg och frätskador/erosionsskador på tänderna ska ha dokumenterats i tandvårdens patientjournal (Socialstyrelsens föreskrifter SOSFS 2012:16 (M).

Graviditet och ätstörning

Kvinnor med ätstörning har ibland nedsatt fertilitet och söker ibland gynekologisk vård på grund av infertilitet. Osäkerhet kring fertiliteten eller försämrad effekt av peroralt preventivmedel på grund av tex kräkningar kan också medföra oplanerade graviditeter (Micali, et al., 2014a). En graviditet kan både medföra ökade och minskade ätstörningssymptom (Knoph, et al. 2013). En ätstörning under graviditet medför ökad risk hos blivande modern för svåra graviditetskräkningar, anemi, ångest- och depressionssymptom både under graviditeten och efteråt, prematur födsel och kejsarsnitt (Cardwell, 2013). För barnet är det bland annat ökad risk för tillväxthämning, låg födelsevikt och litet huvudomfång för tiden (Solmi, 2013). Ökad risk av uppfödningssvårigheter, utvecklingsförseningar samt psykiatriska symtom kan ses under barndom och tidig adolescens (Micali et al., 2014b; Micali et al., 2014c). Störst risk att barnet tar skada är om modern är i en pågående aktiv ätstörning. Trots beskrivna svårigheter förlöper de allra flesta graviditeter helt normalt (Cardwell, 2013).

Vid BMI <18,5 eller tidigare känd anorexi/ätstörning kan i Region Västerbotten läkarbesök på MVC eller specialist-MVC (beroende på ort i länet har man olika rutiner) erbjudas avseende behov av bedömning/planering av graviditet. Barnmorska konsulterar läkare innan. Det är vanligt att göra tillväxtkontroll/er med hjälp av ultraljud. Man kan också planera in kontroller hos barnmorska på mödravården lite tätare vid behov av extra stöd.

För att upptäcka tidigare okända ätstörningar kan screeningformulär användas t ex SCOFF (www.atstorning.se). Inom svenska ätstörningssällskapet (SEDS) finns en intressegrupp för graviditet och ätstörningar, GRÄS (www.seds.nu).

Förhållningssätt vid långvariga (>10 år) ätstörningar

Personer som haft en ätstörning under lång tid har ofta träffat många olika behandlare och gjort flera försök i olika behandlingar under sin sjukdomsperiod. Att ätstörningen är svår att behandla efter lång tid kan ha olika orsaker. Den senaste i raden av behandlare har ofta ambitionen att ”bota”. Patienten själv har ofta inte samma målsättning. Dessa patienter skall inte avvisas från behandlingsinrättningarna utan skall erbjudas en lågintensiv behandling med en inriktning på livskvalitéförbättringar.

På Stockholms Centrum för ätstörningar påbörjades ett projekt våren 2014 (Eira) för att möta dessa patienters behov av ätstörningsvård. I Västerbotten finns patienter med långvarig ätstörningsproblematik. Området kan ses som ett framtida utvecklingsarbete.

HBTQ

Folkhälsomyndighetens rapporter om HBTQ-personers hälsa pekar inte specifikt ut ätstörning men förekomsten av psykisk ohälsa generellt, är högre än i befolkningen i stort. Ca en tredjedel av transpersoner bejakar problematiskt förhållande till mat och ätande (Folkhälsomyndigheten, 2015) och 21% av transpersoner i en svensk intervjustudie var diagnostiserade med ätstörning (Folkhälsomyndigheten, 2020). En litteraturstudie från 2020 visar att det är vanligare för HBTQ-personer att drabbas av ätstörning (Parker & Harriger, 2020). Analyser från en stor amerikansk ätstörningsenhet påvisade att 17% av patienterna identifierade sig som HBTQ-personer. Dessa individer uppvisade även initialt svårare allvarlighetsgrad med högre EDE-Q poäng och hade oftare olika trauman som övergrepp och

mobbing i sin bakgrund jämfört med cis-personer med ätstörning (Mensinger et al., 2020). Folkhälsomyndighetens rapporterar att homo- och bisexuella personer utsattes för hot om våld, likväl som för direkt våld i tre gånger så stor omfattning som heterosexuella (Folkhälsomyndigheten, 2014). En femtedel av transpersoner har erfarenhet av fysiskt våld, hälften av kränkningar, ca en tredjedel av psykologiskt våld och 30% av sexuellt våld (Folkhälsomyndigheten, 2015).

Kulturella aspekter som skönhetsideal inom de olika HBTQ-grupperna tros bidra till risken att utveckla ätstörning (Parker & Harriger, 2020). För transpersoner kan ätstörning till exempel bottna i rädsla att en oönskad pubertet ska fortskrida eller att oönskade former förstärks (Folkhälsomyndigheten, 2020). Bland HBTQ-personer visar vissa studier på att det är något vanligare med bulimi och anorexi med självrensning jämfört med hos cis-personer (Parker & Harriger, 2020).

Minoritetsstress tros vara en av orsakerna till att psykisk ohälsa generellt är vanligare bland HBTQ-personer (Folkhälsomyndigheten 2020; Parker & Harriger, 2020; Mensinger et al., 2020; Kunskapsguide, 2019). Det kan bland annat innebära att man som HBTQ-person ständigt behöver förklara sig, att komma ut, att mötas av oförståelse, kommentarer och missförstånd (Kunskapsguiden, 2019). När detta sker inom vården kan det bli svårare att ta till sig behandling (Folkhälsomyndigheten, 2020). Därför är det viktigt att vårdgivare har HBTQ-kompetens, vilket erbjuds för personal inom Region Västerbotten.

ETISKA FRÅGESTÄLLNINGAR

Vården ska genomsyras av en humanistisk människosyn som innebär att alla människor är unika och har lika värde, att människan är aktivt skapande och tar ansvar för sina handlingar. Sjukvårdens professionella kommer i mötet med patienter och anhöriga att uppleva mer eller mindre utmanande situationer. Ett etiskt dilemma kan uppstå i en situation där det är svårt att avgöra vad som är rätt och gott. Ett flertal och svåra etiska utmaningar finns i ätstörningsvården. Varje gång behandlaren står inför en patient står denne också inför ett viktigt val. Patienten kan vara i kris och ha en allvarlig ätstörningsproblematik där hen är beroende av behandlarens kunskap och hjälp. I denna situation blir maktbalansen skev, vilket behandlaren ska vara medveten om. Professionella ska förhålla sig så att människans liv, självbestämmande och integritet respekteras och att människan ska ges möjlighet att utvecklas på ett allsidigt sätt. I ätstörningsvården ställs behandlaren inför en komplex problematik som berör och engagerar.

Att vårda någon mot dennes vilja utmanar givetvis de etiska ställningstagandena. När är det dags för LPT? Är ätstörningen en allvarlig psykisk störning? När blir den det? En hjälp i dessa situationer är att bedöma graden av kognitiv påverkan av svält- som en indikator på allvaret i situationen. Fynden vid somatisk status, helhetsbedömningen, är ofta till god hjälp, även om kroppen vid långvarig svält anpassar sig och kompenserar så att patienten kan ha normala prover trots en mycket låg vikt.

Den 1 januari 2015 trädde Patientlagen i kraft. Det är en ny lag som bygger på regeringens proposition 2013/14:106. Syftet med Patientlagen är att stärka patienternas ställning, värna den enskilde patientens integritet samt att främja patientens självbestämmande och deltagande i vården. Ett exempel på en förändring som Patientlagen medför är att informationsplikten gentemot patienten utvidgas och förtydligas. I lagen klargörs också att huvudregeln är att hälso-och sjukvård inte får ges utan patientens samtycke.

KVALITETSARBETE

De nationella kvalitetsregistren är goda källor till information om åtgärder och utfall i vården. Det är viktigt för såväl patienter och anhöriga som beslutsfattare och utförare av vården att veta om den vård som erbjuds är av god kvalitet.

Riksät

Det nationella kvalitetsregistret för ätstörningsbehandling, Riksät är det äldsta psykiatriska kvalitetsregistret. Syftet med Riksät är dels att utgöra en grund för kliniskt förbättringsarbete och verksamhetsstyrning, dels att systematisk följa upp vården, dess metoder och resultat. Registreringen påbörjades redan 1999 och sker sedan 2003 online. Ett par år senare togs det regionala kvalitetssäkringsverktyget Stepwise i bruk vid Kunskapscentrum för ätstörningar i Stockholm. Stepwise är ett utvidgat onlinesystem, inklusive bedömningsstöd i form av semistrukturerade diagnostiska intervjuer och självskattningar, som är byggt med Riksät som ”kärna” (systemen delar teknisk plattform).

I skrivandes stund (2021) är både Stepwise och Riksäts framtid oviss. Praktiskt fungerar registren som vanligt. Över en längre tid har ett arbete med att bygga upp en ny modernare hemsida funnits, men detta arbete har lagts ner.

SAMMANFATTANDE REKOMMENDATIONER ENLIGT SVENSKA NATIONELLA KLINISKA RIKTLINJER FÖR UTREDNING OCH BEHANDLING

Källa: Tabellen är tidigare publicerad i boken Ätstörningar-kliniska riktlinjer för utredning och behandling, Svenska Psykiatriska Föreningen, Svensk Psykiatri nr 16, utgiven på Gothia Fortbildning, 2015. Tabellen publicerad med tillstånd av förlaget.

Utredning	Inriktas i huvudsak mot tre huvudgrupper av symtom: 1. Medicinskt tillstånd, bedöma svältpåverkan och effekter av kompensatoriska beteenden som kräkningar. 2. Ätbeteenden och psykologiska symptom som är relaterade till ätstörningen (specifik psykopatologi) 3. Övriga psykiatriska symptom som inte är specifika för ätstörning men som ofta förekommer samtidigt hos patienter med ätstörning (generell psykopatologi).
Bemötande	Patientenen har ofta en ambivalens och rädsla för förändring som kräver ett ständigt pågående motivationsarbete. En förtroendefull relation, som bygger på kompetens och förståelse från behandlarna, är själva grunden för ett förändringsarbete.
Behandling av anorexia nervosa	1. Engagera patienten och om möjligt familj och anhöriga i en behandlingsallians. För den unga patienten skall familjens aktiva medverkan säkerställas. 2. Medicinsk stabilisering och motverka de kognitiva effekterna av svält genom att häva svälten. 3. Strukturerad psykologisk behandling. Farmakologisk behandling har inte effekt på själva anorexisjukdomen. Värdet av farmakologisk behandling är begränsad när patienten är i svält.
Heldygnsvård vid anorexia nervosa	Behandling i heldygnsvård kan bli nödvändigt vid grav undernäring. Patienter med anorexia nervosa bör helst behandlas på en vårdenhet som kan erbjuda kvalificerad renutriering med noggrann medicinsk övervakning (särskilt under renutrieringens första dagar) i kombination med psykosociala interventioner.

Behandling av vuxna med anorexia nervosa	Det viktigaste första steget i behandlingen är att bryta svälten och börja äta normalt. Specialiserad stödjande klinisk behandling (Specialist Supportive Clinical Management) är idag den bäst utvärderade standardiserade stödjande behandlingen. Medicinsk stabilisering inom öppenvård kan ofta vara tillräckligt. Följ patienten med regelbundna somatiska kontroller. Psykoterapeutisk behandling av patienter med anorexia nervosa bör inte påbörjas förrän den akuta svältsituationen är under kontroll.
Behandling av barn och ungdomar med anorexia nervosa	Barn och ungdomar med anorexia nervosa bör komma i behandling så snabbt som möjligt. Tidigt insatt behandling är prognostiskt gynnsamt. Medicinsk stabilisering har högre angelägenhetsgrad ju yngre patienten är. Familjeterapi är utgångspunkten i öppenvårdsbehandling. Det är viktigt att föräldrarna har ett aktivt ansvar i att hjälpa sitt barn att våga äta.
Behandling av svår och långvarig anorexia nervosa	Lågintensiv behandling med fokus på bättre livskvalitet och förbättrad adaptiv funktion. Restaurering av vikten är inte ett primärt fokus även om en förbättrad nutrition är av stor betydelse.
Behandling av bulimia nervosa	Ett evidensbaserat självhjälpsprogram kan vara första insatsen. Kognitiv beteendeterapi (KBT) bör erbjudas som första hands behandling, alternativt interpersonell psykoterapi (IPT). Ungdomar skall i första hand erbjudas familjebehandling, KBT anpassad till deras ålder med föräldraengagemang, kan vara ett alternativ. Farmakologisk behandling med Fluoxetin 60 mg kan komplettera ovanstående behandlingsinsatser.
Behandling av hetsätningsstörning	Som vid bulimia nervosa är KBT förstahandsbehandling. Medicinering kan vara ett tillägg till behandling för patienter med psykiatrisk samsjuklighet, Fluoxetin i dosen 60 mg dagligen.
Samsjuklighet	Samsjukligheten vid ätstörningar är hög, främst avseende depression och ångesttillstånd. Dessa tillstånd kan hänga ihop med ätstörningen, men ofta är det egna tillstånd som behöver specifik behandling. Ätstörningssymtom och symtom på näraliggande tillstånd kan vara likartade och är ofta svåra att separera ut.

	Samsjuklighet som depression och tvångssyndrom kan behandlas med farmaka när inte svälten dominerar.

KONTAKTUPPGIFTER

Vuxenpsykiatri

Umeå: 090-785 65 00

Skellefteå: 090-785 93 94

Södra Lappland (Lycksele lasarett): 090-785 93 19

Barn- och ungdomspsykiatri Västerbotten

090-785 93 93 och därefter knappval.

Kontaktcenter barn och unga psykisk hälsa Västerbotten, ring 1177 där man får ett knappval för att komma till Kontaktcenter.

Anhörigförening och frivilligorganisationer

Frisk & Fri - Riksföreningen mot ätstörningar, Inedalsgatan 5, 112 33 Stockholm,

08-20 72 14 info@friskfri.se, www.friskfri.se

Lokalavdelning i Umeå, e-post: umea@friskfri.se

Telefon 020-20 80 18

Länkar

www.atstorning.se

www.kvalitetsregister.se

www.livsmedelsverket.se/globalassets/publikationsdatabas/andra-sprak/nordic-nutrition-recommendations-2012.pdf?AspxAutoDetectCookieSupport=1

www.friskfri.se

www.neds.nu

www.psykiatriregister.se

www.regionvasterbotten.se

www.sbu.se/sv/publikationer/SBU-utvarderar/behandling-av-hetsatningsstorning/

www.sbu.se/sv/publikationer/sbus-upplysningstjanst/behandling-av-atstorningar-med-virtual-reality-teknik/?pub=49954

www.seds.nu

www.skelleftea.se/ungdomshalsan

www.skolverket.se/publikationsserier/stodmaterial/2016/vagledning-for-elevhalsan

www.spsm.se/stod/elevsidor/vem-kan-hjalpa-mig/elevhalsan/

https://stepwise.kunskapscentrum.com/somsed/rixat

Ungdomshälsan och ungdomsmottagningen - 1177 Vårdguiden

www.umo.se/hitta-mottagning/kontaktkort/Ungdomshalsan-Umea/

Vårdprogram för ätstörningar i Västerbotten 2010–2012 (https://docplayer.se/671345-Vardprogram-for-atstorningar-i-vasterbotten-2010-2012.html)

Övriga dokument/internetsidor

Folkhälsomyndigheten (2014). *Utvecklingen av hälsan och hälsans bestämningsfaktorer bland homo- och bisexuella personer.* Folkhälsomyndigheten. https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/sexuell-halsa-hivprevention/hbt/kunskapsstod-och-uppfoljning-hbt Uppdaterat 2021-01-27

Folkhälsomyndigheten (2015). *Hälsan och hälsans bestämningsfaktorer för transpersoner*. Folkhälsomyndigheten. https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/c5ebbb0ce9aa4068aec8a5eb5e02bafc/halsan-halsans-bestamningsfaktorer-transpersoner.pdf

Folkhälsomyndigheten (2020). *Psykisk ohälsa, suicidalitet och självskada bland unga transpersoner*. https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/p/psykisk-ohalsa-suicidalitet-och-sjalvskada-bland-unga-transpersoner/?pub=75747 *Uppdaterad 2020-06-18*

Lagen om psykiatrisk tvångsvård SFS 1991:11 28

Patient lagen proposition 2013/14:106

Socialstyrelsens föreskrifter om särskilt tandvårdsbidrag SOSFS 2012:16 (M).

Socialstyrelsen (2020). Genomlysning av vårdområdet svårbehandlade ätstörningar som nationell högspecialiserad vård (Dnr: 13056/2019). https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/dokument-webb/ovrigt/svarbehandlade-atstorningar-remissversion.pdf

Socialstyrelsen. Kunskapsguiden. Att bryta mot normer (2019). https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/arbetsmetoder-och-perspektiv/hbtq/att-bryta-mot-normer/ Hämtat 2021-03-24

Socialstyrelsen (2019). Kunskapsläget om vård av ätstörningar. https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2019-11-6439.pdf

REFERENSLISTA

Aigner, M., Treasure, T., Kaye, W., & Kasper, S., (2011). World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP). Guidelines for the Pharmacological Treatment of Eating Disorders. World J Biol Psychiatry, 12, 400–443.

Atti, A. R., Mastellari, T., Speciani, M., Panariello, F., & De Ronchi, D. (2020). Compulsory treatment in eating disorders: a systematic review and meta-analysis. Eat and Weight disord, DOI: 10.1007/s40519-020-01031-1

APA Practice guidelines, (2012). Yager, J. Devlin, M.J., Halmi, K.A., Herzog, D.B., Mitchell, J.E., Powers, P., & Zerbe, K.J. Guideline watch. Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders, 3rd edition.

APA, 1995, DSM-IV

APA, 2014, DSM-5

Becker, A., Arrindell, A.H., Perloe, A., Fay, K., & Striegel-Moore, R.H. (2010). A Qualitative Study of Perceived Social Barriers to Care for Eating Disorders: Perspectives from Ethnically Diverse Health Care Consumers. International Journal of Eating Disorders, 43, 633–647.

Brown, T.A., & Keel, P.K. (2012). Current and Emerging Directions in the Treatment of Eating Disorders. Subst Abuse, 6, 33–61.

Bulik, C. M. (2014). The challenges of treating anorexia nervosa. Lancet, 383, 105–106.

Cardwell, M.S. (2013). Eating Disorders During Pregnancy. Obstet Gynecol Surv, 68, 312–323.

Carr, A. (2014). The evidence base for family therapy and systemic interventions for child-focused problems. Journal of Family Therapy, 36, 107-157.

Clinton, D., & Norring, C. (2009). *Diagnostik och bedömning*. Stockholm: Natur & Kultur.

Couturier, J., Kimber. M., & Szatmari, P. (2013). Efficacy of family-based treatment for adolescents with a eating disorders; a systematic review and meta-analysis. International Journal of Eating disorders, 46, 3–11.

Couturier, J. et al., (2020). Canadian practice guidelines for the treatment of children and adolescents with eating disorders. Journal of Eating disorders, 8, 4, 1–80.

De Jong, M., Spinhoven, P., Korrelboom, K., Deen, M., van der Meer, I., Danner, U. N., van der Schuur, S., Schoorl, M. & Hoek, H. W. (2019). Effectiveness of enhanced cognitive behavior therapy for eating disorders: A randomized controlled trial. Int J Eat Disord, 53, 717–727.

Dennhag, I., Henje, E., & Nilsson, K. (2019). Parental caregiver burden and recovery of adolescent anorexia nervosa after multi-family therapy. Eating Disorders, 1–15. https://doi.org/10.1080/10640266.2019.1678980

DRF (Dietisters Riks Förbund) Referensgrupp för ätstörningar. Nutritionsbehandling vid ätstörningar. Riktlinjer för dietister, DRF 2007, http://www.drf.nu

Eisler, I., Simic, M., & Blessit, E., & Dodge, L.; team. (2016). Maudsley service manual for child and adolescent eating disorders. London: Child and Adolescent Eating Disorders Service, London: England, South London and Maudsley NHS Foundation Trust

Eriksson, Cecelia (2007). Nutritionsbehandling vid ätstörningar - riktlinjer för dietister. Stockholm: Dietisternas riksförbund.

Fairburn, C. (Ed). (2008). Cognitive behaviour therapy and eating disorders. New York, Guilford Press.

Frank, E., & Levenson, J. C. (2011). Interpersonal Psychotherapy. Washington, DC: American Psychological Association.

Gowers, S. G., Clark, A., Roberts, C., Griffiths, A., Edwards, V., Bryan, C., Smethurst N, Byford, S., & Barrett, B. (2007). Clinical effectiveness of treatments for anorexia nervosa in adolescents: randomized controlled trial. Br J of Psychiatry, 191, 427–435.

Gulliksen, K. S., Nordbö, R.H.S., Espeset, E.M.S., Skårderud, F., & Holte, A. (2015). The Process of Help-Seeking in Anorexia Nervosa: Patients´ Perspective of first Contact with Health Services. Eating Disorders, 23, 206–222.

Hay, P.P.J., Bacaltchuk, J., Stefano, S., & Kashyap, P. (2009). Psychological treatments for bulimia nervosa and binging (Review). The Cochrane Library, Issue 4.

Hay, P.J., & Claudino, A.M. (2012). Clinical psychopharmacology of eating disorders: A research update. International Journal of Neuropsychopharmacology, 15, 209–222.

Hay, P., Chinn, D., Forbes, D., Madden, S., Newton, R., Sugenor, L., Touyz, S., & Ward W. (2014). Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of eating disorders. Aust N Z J Psychiatry, 48, 977–1008.

Hagman, J., Gralla, J., Sigel, E., Ellert, S., Dodge, M., Gardner, R., O'Lonergan, T., Frank, G., & Wambold,t M.Z. (2011). A double-blind, placebo-controlled study of risperidone for the treatment of adolescents and young adults with anorexia nervosa: a pilot study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 50, 915–24.

Herpertz, S., Hagenah, U., Vocks, S., Wietersheim, von J., Cuntz, U., & Zeeck, A. (2011). The Diagnosis and Treatment of Eating Disorders. Deutsches Ärzteblatt Int, 108, 678–85.

Hilbert, A., Bishop, M., Stein, R., Tanofsky-Kraff, M., Swenson, A., Welch, R., & Wilfley, D. (2012). Long-term efficacy of psychological treatments for binge eating disorder. The British Journal of Psychiatry, 200, 232–237.

Hofer, M., Pozzi, A., Joray, M., Ott, R., Hähni, F., Leuenberger, M., Känel von R., & Stanga, Z. (2014). Nutrition, 30, 524–530.

Hurst, K., Read, S., & Wallis, A. (2012). Anorexia Nervosa in Adolescence and Maudsley-Based Treatment. Journal of Counseling & Development, 90, 339–245.

ICD 10, International Statistical Classification of Diseases, WHO, 10th revision (2010).

Jensen, V.S & Mejlhede, A (2018). Anorexia Nervosa: Treatment with Olanzapine. British Journal of Psychiatry, 177, 1, 87. DOI: https://doi.org/10.1192/bjp.177.1.87

Kass, A.E., Kolko, R.P., & Wilfley, D.E. (2013). Psychological treatments for eating disorders. Curr Opin Psychiatry, 2013, 26, 549–555.

Kohn, M.R., Madden, S., & Clarke, S. D. (2011). Refeeding in anorexia nervosa: Increased safety and efficiency through understanding the pathophysiology of protein calorie malnutrition. Current opinion i Pediatrics, 23, 390–394.

Knoph, C., Von Holle, A., Zerwas, S., Torgersen, L., Tambs, K., Stoltenberg, C., Bulik, C.M., & Reichborn-Kjennerud, T. (2013). Course and Predictors of Maternal Eating Disorders in the Postpartum Period. International Journal of Eating Disorders, 46, 355–368.

Lock, J. (2011). Evaluation of family treatment models for eating disorders. Current Opinions in Psychiatry, 24, 2742–79.

Lock, J. & Le Grange, D. (2013). Treatment Manual for Anorexia Nervosa: A Family Based Approach (2nd edn) New York: Guilford.

McIntosh, V., Jordan, J., Luty, S.E., Carter, F.A., McKenzie, J.M., Bulik, C.M., & Joyce P.R. (2006). Specialist supportive clinical management for anorexia nervosa. International Journal of Eating Disorders, 39, 625–32.

Mensinger, J.L., Granche, J.L., Cox, S.A., & Henretty, J.R. (2020). Sexual and gender minority individuals report higher rates of abuse and more severe eating disorder symptoms than cisgender heterosexual individuals at admission to eating disorder treatment. Int J Eat Disord. 53, 541–554. https://doi-org.proxy.ub.umu.se/10.1002/eat.23257

Micali, N., dos-Santos-Silva, I., De Stavola, B., Steenweg-de Graaf, J., Jaddoe, V., Hofman, A., Verhulst, F.C., Steeger, E., & Tiemeier, H. (2014a). Fertility treatment, twin births, and unplanned pregnancies in women with eating disorders: findings from a population-based birth cohort. British Journal of Gynecology, 121, 408–416.

Micali, N., Stahl, D., Treasure, J., & Simonoff, E. (2014b). Childhood psychopathology in children of women with eating disorders: understanding risk mechanisms. J Child Psychol Psychiatry, 55, 124–34.

Micali, N., De Stavola, B., Ploubidis, G.B., Simonoff, E., & Treasure J. (2014c). The Effects of Maternal Eating Disorders on Offspring Childhood and Early Adolescent Psychiatric Disorders. Int J Eat Disord, 47, 385–93.

Mohler-Kuo, M., Schnyder, U., Dermota, P., Wei, W., & Milos, G. (2017). The prevalence, correlates, and help-seeking of eating disorders in Switzerland. Psychol Med, 46, 2749–58.

Murray, S. B., Nagata, J. M., Griffiths, S., Calzo, J. P., Brown, T. A., Mitchison, D., Blashill, A. J., & Mond, J. M. (2017). The Enigma of male eating disorders: A critical review and synthesis. Clin Psychol Rev, 57, 1–11.

National Institute for Health and Clinical Exellence NICE, 2004; 2011; 2017.

NCP, Nutrition Care Process.
http://www.eatrightpro.org/resources/practice/nutrition-care-process
http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002822304016670

NCPT-Nutrition Care Process Terminology. http://www.drf.nu/gratis-for-medlemmar/

NNR, Nordiska näringsrekommendationer, 2012.
http://www.livsmedelsverket.se/globalassets/matvanor-halsa-miljo/naringsrekommendationer/nordiska-naringsrekommendationer-2012-svenska.pdf

Nilsson, K. (2018). Multifamiljeterapi för ungdomar med anorexia nervosa: En pilotstudie av ätstörningssymtom och mående efter ett års tilläggsbehandling. https://www.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2%3A1253477&dswid=-9934

Nilsson, K., & Hägglöf, B. (2005). Long-term follow-up of adolescent on anorexia nervosa in Northern Sweden. European Eating Disorders Review, 13, 89–100.

Nowoweiski, D., Abbass, A., Town, J., Keshan, S., & Kiesly, S. (2020). An observational study of the treatment and cost effectiveness of intensive short-term dynamic psychotherapy on a cohort of eating disorder patients. Psychiatry Behav Sci, 3, 1, 1030.

Oudman, E., Wijnia, J. W., Oey, M. J., van Dam, M. J., & Postma, A. (2018). Preventing Wernicke´s encephalophaty in arorexia nervosa: A systematic review. Psychiatry Clin Neuroschi, 72, 10, 774–779

Parker, L.L. & Harriger, J.A. (2020). Eating disorders and disordered eating behaviors in the LGBT population: a review of the literature. J Eat Disord, 8**,** 51. https://doi.org/10.1186/s40337-020-00327-y

Resmark, G., Herpertz, S., Herpertz-Dahlmann, B., & Zeeck, A. (2019). Treatment of Anorexia Nervosa-New Evidence-Based Guidelines. J Clin Med, 8, 2, 153. doi: 10.3390/jcm8020153.

Rienecke, R. D. (2017). Family-based treatment of eating disorders in adolescents: Current insights. Adolescent Health, Medicine and Therapeutics, 8, 69–79. doi:10.2147/AHMT.S115775

Schmidt, U., Magill, N., Renwick et. al., (2015). The Maudsley Outpatient Study of Treatments for Anorexia Nervosa and Related Conditions (MOSAIC): Comparison of the Maudsley Model of Anorexia Nervosa Treatment for Adults (MANTRA) With Specialist Supportive Clinical Management (SSCM) in Outpatients With Broadly Defined Anorexia Nervosa: A Randomized Controlled Trial. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 83, 796–807.

Skårderud, F. (2007). Eating One´s Words: Part III. Mentalisation-Based Psychotherapy for Anorexia Nervosa- an Outline for a Treatment and Training Manual. European Eating Disorders Review, 15, 323–339.

Slade, E., Keeney, E., Mavranezouli, I. et al., (2018). Treatment for bulimia nervosa: A network meta-analysis. Psychological medicine, 48, 16, 2629–2636.

Smink, F.R., van Hoeken, D., & Hoek, H.W. (2012). Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. Curr Psychiatry Rep, 14, 406–414.

Solmi, F., Sallis, H., Stahl, D., Treasure, J. & Michali, N (2014). Low birth weight in the offspring of women with anorexia nervosa. Epidemiol Rev. 36, 49–56.

Steinhausen, H-C. (2002). The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. American Journal of Psychiatry, 159, 1284–1293.

Treasure, J., & Russell, G. (2011). The case for early intervention in anorexia nervosa: theoretical exploration of maintaining factors. Brit J Psychiatry, 199, 5–7.

Ukkola O. (2007). Refeeding syndrome. Duodecim, 7, 807–811.

Wallin, U., af Sandeberg, A. M., Nilsson, K., & Linne, Y. (2015). Ätstörningar kliniska riktlinjer för utredning och behandling, Svenska Psykiatriska Föreningen, Svensk Psykiatri nr 16, Gothia Fortbildning, 2015.

Watson, H.J., & Bulik, C.M. (2013). Update on the treatment of anorexia nervosa: review of clinical trials, practice guidelines and emerging interventions. Psychological Medicine, 43, 2477–2500.

Wilson, T. & Zandberg, L. (2012). Cognitive–behavioral guided self-help for eating disorders: Effectiveness and scalability. Clin Psychol Rev, 32, 343–357.

Vårdprogram för ätstörningar i Västerbotten 2010–2012, Solkraft tryckeri, Skellefteå 2011. ISBN:978-91-979386-0-0

Zipfel, S., Wild, B. Gross, G., Friederich, H-C., Teufel, M., Schellberg, D., Giel, K.E., de Zwaan, M., Dinke,l A., Herpertz, S., Burgmer, M., Löwe, B., Tagay, S., von Wietersheim, J., Zeeck, A., Schade-Brittinger, C., Schauenburg, H., & Herzog, W. (2014). Focal psychodynamic therapy, cognitive behaviour therapy, and optimised treatment as usual in outpatients with anorexia nervosa (ANTOP study): randomised controlled trial. Lancet, 383, 127–137.

region västerbotten

VÅRDPROGRAM FÖR ÄTSTÖRNINGAR I VÄSTERBOTTEN

BILAGA 1. RIKTLINJER FÖR EN FÖRSTA BEDÖMNING AV MISSTÄNKT ÄTSTÖRNING UTANFÖR PSYKIATRIN ANGÅENDE BARN, UNGDOMAR OCH VUXNA

REVIDERAD 2021-06-07 (GILTIG TILL 2023-12-31)

Redaktionsgrupp: Eva Lind, Johan Stenlund, Marja Ojala och Anna-Sara Sorsén

Bakgrund

Barn, ungdomar och vuxna som har en begynnande eller manifest ätstörning söker sig ofta till första linjens vård för att få råd och hjälp med sin problematik. Ibland är det i stället föräldrar, andra anhöriga, lärare eller kamrater till den drabbade som hör av sig och är oroliga. För att snabbt få hjälp på rätt nivå är det viktigt att man tar signalerna på största allvar. När man misstänker att en person har en ätstörning behöver man ta reda på hur allvarlig ätstörningen är, hur stort personens behov av vård är och hur bråttom det är. Detta görs genom att ställa riktade frågor till personen själv och/eller anhöriga (naturligt för minderåriga), göra en kroppsundersökning och ta prover och vid behov EKG.

Under pågående revidering av bilagorna finns inte något aktuellt fördelningsdokument, detta är under bearbetning.

Diagnoser

Inom den specialiserade ätstörningsvården ställs psykiatriska diagnoser enligt diagnoskriterier som finns uppställda i DSM och ICD-10 systemen. Vuxenpsykiatrin i Västerbotten använder kriterierna i ICD-10 och DSM-4/DSM-5 för att diagnosticera ätstörningar och detsamma gäller för Barn och ungdomspsykiatrin (BUP). Patienter som uppfyller diagnoskriterierna ingår i målgruppen för den specialiserade vården, vilket även en del patienter med allvarlig ätstörning som ej uppfyller kriterierna helt och hållet kan göra. Detta är speciellt vanligt hos barn och ungdomar. De vanligaste ätstörningsdiagnoserna inom den specialiserade vården är Anorexia nervosa (AN), Bulimia nervosa (BN) eller hetsätningsstörning samt ”andra specificerade ätstörningar eller födorelaterade syndrom” (enligt DSM-5) eller Ätstörning ospecifik (enligt ICD-10).

I gruppen ätstörningar och födorelaterade syndrom enligt DSM-5 ingår även Pica, Idisslande och Undvikande/Restriktiv ätstörning. Pica handlar om att vid upprepade tillfällen äta oätliga eller skadliga ämnen. Det kan vara en form av självskadebeteende, som kan förekomma hos både barn och vuxna, ofta i kombination med andra psykiatriska tillstånd t ex autism. Idisslande innebär upprepade uppstötningar av mat som antingen tuggas och sväljs igen eller spottas ut. Idisslande kan förekomma hos både barn och vuxna, ibland i kombination med

någon form av utvecklingsrelaterad funktionsavvikelse. Undvikande/restriktiv ätstörning, enligt DSM-5 är en diagnos som nu gäller för alla åldrar, då de symtom som beskrivs i diagnosen ofta kan kvarstå upp i tonår och vuxenliv. Den har delvis utgått från diagnosen ”uppfödningssvårigheter hos spädbarn eller småbarn”, en diagnos som enligt DSM IV skulle ha debuterat före 6 års ålder. Problemen som innefattas i diagnosen gäller både för den som generellt äter för lite, men inte har en anorektisk föreställningsvärld och de som äter selektivt och undviker viss sorts mat. Det handlar inte om rädsla för att äta fet mat eller rädsla för att gå upp i vikt utan det är andra förklaringar till det selektiva ätandet.

Pica, Idisslande samt undvikande/restriktiv ätstörning kommer ej att behandlas ytterligare i denna bilaga. För mer information hänvisas till Wallin med flera (2015).

Utredning och bedömning av misstänkt ätstörning

Somatisk utredning

Kroppsundersökning

Patienter med ätstörning (eller misstänkt ätstörning) undersöks av läkare enligt nedanstående:

- Allmäntillstånd: Till synes normalviktig? Avmagrad? Överviktig? Muskulatur? Lanugobehåring? Torr hud? Uttorkningstecken? Spår av självskadehandlingar? Tecken på kräkning, skador handrygg?
- Längd:
- Vikt: I underkläder
- Temp: Temp <35,5–36,0?
- Mun och svalg: Munvinkelragader? Tandskador av kräkningar?
- Hjärta: Regelbunden rytm? Blåsljud?
- Lungor: Normala andningsljud?
- Buk: Differentialdiagnostik. Tecken till förstoppning?
- Puls: Regelbunden? Normal hjärtfrekvens? Låg/Hög?
- Blodtryck: Lågt?
- Perifer cirkulation: Kalla händer och/eller fötter? Perifer cyanos? Ödem?
- Neurologiskt: Differentialdiagnostik.

Provtagning

(Nedanstående är ett förslag på vilka prover som kan vara lämpliga)

Blodstatus med diff

- Natrium, kalium, kalcium, fosfat, klorid, albumin, magnesium
- Kreatinin, Urea
- ASAT, ALAT, ALP, GT, amylas, bilirubin**,**
- P-glukos
- Homocystein, B12, folat
- Ferritin, Fe/transferin
- Zink
- TSH, T4
- CRP
- U-sticka (glukos, protein)

EKG

Vid blåsljud, samt om hjärtat slår oregelbundet och/eller hjärtfrekvensen är <50/min tas EKG.

Differentialdiagnostik angående somatiska tillstånd

Det finns andra kroppsliga sjukdomstillstånd som också kan ge problem med vikt och/eller ätande, vilket är viktigt att komma ihåg vid undersökning och provtagning. Tillstånden kan också förekomma samtidigt med ätstörningen. Nedan följer exempel på sådana tillstånd, listan är ej helt fullständig:

- hypertyreos
- diabetes mellitus
- binjurebarksinsufficiens
- hypofysinsufficiens
- inflammatorisk tarmsjukdom
- celiaki
- hjärntumör eller annan tumörsjukdom
- allvarlig infektionssjukdom
- gastroesofagal reflux
- gynekologisk problematik ex ovarialcysta som kan ge utspänning av buken

Ätstörningsutredning/bedömning

Följande frågor är exempel på hur man kan fråga för att förstå mera om ätstörningen och ska ses som hjälp vid bedömningen. Anledningen till att frågorna är detaljerade är att detta brukar underlätta för att få specifika svar; tex att man verkligen får reda på mängden mat och inte svar som, ” jag har ätit mycket”, eftersom vad som är mycket eller lite kan vara väldigt olika. Likaså när det gäller träning etc är det viktigt att verkligen få reda på omfattningen. Tanken är inte att man måste följa frågorna i detalj utan att man använder det man behöver utifrån den aktuella situationen och själv lägger till det som saknas.

Kostanamnes

- Vad äter du/hen en vanlig dag i detalj:
- Frukost: Antal mackor? Smör på? Pålägg? Koka gröt enligt förpackningen? Äter upp? Mängd fil? Flingor? Dricka? Hur mycket?
- Förmiddagsfika: Vad? Hur mycket? Dryck? Hur mycket?
- Lunch: Antal potatisar? Mängd makaroner? Sås? Hur många köttbullar? Sallad? Smörgåsar? Hur många? Med smör och pålägg? Dryck? Hur mycket?
- Eftermiddagsfika: Fortsätt genom dagens alla måltider i detalj som ovan.
- Middag: Fortsätt genom dagens alla måltider i detalj som ovan.
- Kvällsfika: Fortsätt genom dagens alla måltider i detalj som ovan.
- Är det något du undviker att äta (ex fett, sås, kolhydrater)? Varför?
- Har du ändrat på dina matvanor? Hur?
- Händer det att du ibland förlorar kontrollen och äter mycket mer än du hade tänkt? Vad? Hur mycket? När? Hur ofta?
- Händer det att du kräks efter att du ätit?
- Brukar du säga att du har ätit fast du inte har det?

Träning

- Tränar du? Vad? Promenader?
- Hur ofta tränar du? Mer än förr?
- Vilket syfte fyller träningen?

Kompensatoriskt beteende

- Händer det att du kräks efter att du ätit? Hur ofta?
- Har du använt någon medicin eller annan drog för att gå ner i vikt? Vilka? (Laxermedel? Levaxin? Urindrivande? Beställt via internet? "Lånat" av någon?)

Vikt

- Hur mycket har du vägt som mest? När?
- Vad har din lägsta vikt varit? När?
- Vet du hur mycket du väger nu?
- Vad var det som gjorde att du började gå upp/ner i vikt? Bantning?
- Vad tänker du om din kropp?

Allmäntillstånd

- Hur mår du rent kroppsligt?
- Frusen? Trött? Hjärtklappning? Svimning?
- Haft mens någon gång? Regelbunden? Försvunnit helt? Sen när? P-piller?

Psykiatriskt status

En psykiatrisk bedömning bör göras, där följande områden kartläggs:

- Orientering: tid, rum, situation och person
- Kontakt: formell och emotionell
- Kommunikation: svarslatens, verbal, svarar adekvat
- Motorik: lugn, stilla, orolig, tics, hämmad, tvångsbeteenden: tankar och/eller handlingar?
- Ögonkontakt: undvikande, normal, stirrande
- Kognitiv förmåga, håller patient en ”röd tråd”, koncentrationsförmåga
- Stämningsläget: neutral, sänkt, förhöjt, ledsen
- Ångest: synbar, oro, irritabel
- Självmordstankar, handlingar eller om det finns självmordsplaner
- Psykostecken: vanföreställning, hallucinationer

Differentialdiagnostik angående psykiatriska tillstånd

Psykiatriska diagnoser/tillstånd kan vara både differentialdiagnoser och samtidigt förekommande vid ätstörning. Nedan följer exempel på sådana tillstånd, listan är ej helt fullständig:

- depression
- generaliserad ångest och panikångest
- social fobi och kräkfobi

- tvångssyndrom
- neuropsykiatriska tillstånd som ADHD och autismspektrumstörning
- bipolär sjukdom
- personlighetsstörning
- missbruk

Psykosocial situation

Det är betydelsefullt att ställa frågor kring patientens situation vad gäller familj, skola, arbete etc både för att få en uppfattning av hur allvarligt ätstörningen påverkat situationen. Detta för att få en uppfattning av vilken hjälp och vilket stöd som finns runt patienten inför en behandling.

Sammanfattande bedömning

När ovanstående är genomfört görs en sammanfattande bedömning. Verkar patienten ha en ätstörning? Preliminärdiagnos? Hur allvarligt bedöms situationen:

1. Mindre allvarligt och borde gå att handlägga inom primärvård?
2. Allvarligt men inte akut och behöver remitteras till specialiserad ätstörningsvård?
3. Akut?

Hänvisning och remittering

Vart ska man remittera?

Specialiserad ätstörningsvård för barn och ungdomar under 18 år bedrivs vid Barn- och ungdomspsykiatriska länsklinikens tre mottagningar; i Lycksele, Skellefteå och Umeå (Specialiserad ätstörningsbehandling för unga i Västerbotten, SÄBU). Remissmall till BUP, som ska användas vid remittering finns på vårdpraxis.

Specialiserad ätstörningsbehandling för vuxna från 18 år och uppåt bedrivs i Västerbotten vid Psykiatriska kliniken i Skellefteå, Ätstörningsverksamheten (ÄTV) och Södra Lappland samt vid Freja Ätstörningsmottagning i Umeå. Till Skellefteå remitteras patient till Psykiatriska klinikens Jour- och Bedömningsenhet (JoB) genom remiss, som med fördel kan skrivas genom att använda sökorden i bilaga 1 i detta dokuments sista sida. Till Umeå remitteras patient till Akut- och bedömningsmottagningen på Psykiatriska kliniken vid Norrlands universitetssjukhus. Till Lycksele remitteras patient till Psykiatriska mottagningen vid Lycksele Lasarett.

När ska man remittera?

Under följande omständigheter är det ofta bättre att behandling ges på specialistnivå eller särskild ätstörningsverksamhet:

Barn och ungdomar

Barn eller ungdomar som har en misstänkt ätstörning och som uppfyller något eller några av nedanstående kriterier, är i behov av att remitteras till specialiserad ätstörningsbehandling:

Kroppslig ohälsa eller risk för kroppslig ohälsa:

- som tex cirkulatorisk påverkan
- allvarligt låg vikt t ex avvikelse från barnets individuella längd och viktkurva (från BVC/elevhälsa)
- avstannad pubertetsutveckling
- snabb utveckling av symtom på kort tid
- Allvarliga psykiatriska tillstånd/samsjuklighet, påverkad funktionsnivå, avsaknad av motivation eller sjukdomsinsikt trots ett allvarligt tillstånd
- Om barnet eller den unga inte förbättras eller försämras trots insatser från primärvården
- Svagt vuxenstöd eller en ansträngd familjesituation som påverkas mycket av ätstörningen (ex konflikter vid matsituationer, gränssättningsproblematik vid överträning o s v)
- Tänkande som är mycket fokuserat kring mat, motion, recept, baka och bjuda andra men avstår själv och mönstret är svårt att bryta

Barnets/ungdomens BMI är inte avgörande för om remiss till BUP är aktuell eller inte. Naturligtvis ska kraftigt underviktiga barn/ungdomar remitteras för bedömning och eventuell behandling på specialistnivå, om en ätstörning kan förklara undervikten.

Vuxna

Det är alltid svårt att sätta ett exakt gränssnitt för vilken vårdnivå/instans en patient ska behandlas på, ring gärna och fråga om råd om du är tveksam hur du ska göra. Kontaktuppgifter finns i slutet av bilagan.

Här kommer några riktlinjer i syfte att klargöra vad som skulle kunna bedömas som en allvarlig ätstörning:

- Personer som på kort tid minskat mycket vikt
- Somatisk försämring med kognitiv påverkan, låg puls, lågt blodtryck och/eller påverkan på labbstatus
- Frekventa hetsätningar och kräkningar med medföljande elektrolytrubbningar

Remittering vid akuta situationer för barn, ungdomar och vuxna

När en person är kroppsligt påverkad av sin ätstörning är det viktigt att göra en kroppsundersökning för att ta reda på hur allvarligt det är. Blod- och urinprover kan vara normala trots behov av akut inläggning på sjukhus föreligga.

Indikationer för behandling i slutenvård vid anorexia nervosa eller annan ätstörningsdiagnos:

- Allvarligt låg vikt (obs bör bedömas olika hos män och kvinnor respektive barn)
- Puls <40/minut
- Mycket lågt blodtryck
- Temp <35,5 - 36,0
- Elektrolyter i obalans
- Total mat/dryck vägran
- Förlängd QT-tid
- Plötslig stor viktnedgång hos barn.
- Risk för att något av ovanstående symptom kommer att inträffa inom något dygn om svälten fortgår
- Kognitiv påverkan

Barn och ungdomar har mindre marginaler än vuxna och kan snabbt hamna i en allvarlig svält och uttorkningstillstånd. Därför ska barn och ungdomar som är allvarligt kroppsligt påverkade av sin ätstörning remitteras akut till BUP enligt sedvanliga rutiner.

Vuxna från 18 år med ett eller flera ovanstående allvarliga kroppsliga symtom remitteras i:

- Lycksele med omnejd till somatiska akutmottagningen vid Lycksele Lasarett.
- Skellefteå med omnejd till somatiska akutmottagningen vid Skellefteå Lasarett och/eller till Psykiatriska kliniken i Skellefteå Jour och Bedömningsenhet (JoB).
- Umeå med omnejd till somatiska akutmottagningen vid Norrlandsuniversitetssjukhus och/eller till Psykiatriska akutmottagningen (PSYA) vid Norrlandsuniversitetssjukhus.

Behandling utanför psykiatrin

Barn och ungdomar

Barn och ungdomar med ätstörning bör komma i behandling så snabbt som möjligt. Tidigt insatt behandling är prognostiskt gynnsamt. Extra viktigt är att följa den kroppsliga hälsan då barn generellt har mindre marginaler innan allvarliga tillstånd uppstår, därför har medicinsk stabilisering högre angelägenhetsgrad ju yngre patienten är. Undersök barnets vikt, puls, blodtryck och blodcirkulation vid varje besök (cirka en gång varje vecka från början).

Ta hjälp av vårdnadshavarna för att normalisera matstrukturen (5–6 måltider per dag), matintag (ät samma typ av mat som innan problemen började), portionsstorlek (lika mycket mat som innan problemen började, där vårdnadshavaren bestämmer om de inte är överens) samt att hantera psykiskt mående etc. Detta kan göras via familjesamtal, psyko-edukation och olika typer av föräldrastöd. Avvakta inte alltför länge innan remittering till specialistnivån om behandlingen inte ger önskat resultat. Fortsätt i så fall behandlingen tills patienten varit på ett första besök på BUP (vanligtvis inom två veckor från remissdatum).

Vuxna

Börja med att kartlägga vilka symtom och problem som finns. Föreslå sedan till patienten hur du tänker att du skulle kunna hjälpa hen om nu inte patienten själv har en tydlig egen idé. Om hen och du är överens påbörjas behandlingen genom att först normalisera matstrukturen. Oavsett vilka symtom (svält, hetsätning, kräkning eller enbart hetsätning) patienten har, bör matstrukturen vara normaliserad innan nästa steg tas. Regelbundet och tillräckligt ätande minskar ofta hetsätning och då brukar kräkningarna också gå ner i antal. Tillräckligt näringsintag behövs för att må bra, både kroppsligt och mentalt.

1. Mat-struktur betyder att äta regelbundet över dagen genom frukost, lunch, mellanmål, middag och kvällsmål. Ibland behövs även mellanmål på förmiddagen (mellan frukost och lunch).

2. Då strukturen är implementerad börjar arbetet med att justera portionsstorlekarna. Förändring görs vid varje session, som sedan patienten tränar på mellan sessionerna.

3. Rekommenderat är att patient registrerar på ett papper vad och hur det gått att äta och tar med sig dokumentet till nästa träff. Detta görs inte för att kontrollera patienten, utan för att se var problemen uppstår och utifrån detta kunna finna nya lösningar samt kontinuerligt se vilka symtom som ökar eller minskar.

4. Följ det psykiska måendet, som kan påverkas i båda riktningarna i samband med att maten förbättras. För en del patienter ökar ångesten initialt, medan för andra förbättras måendet ganska direkt. Sömnen brukar dock förbättras då näringsintaget normaliseras.

5. Följ den somatiska hälsan med vikt, puls, blodtryck, vanligtvis 1 g/v. När behandlingen går framåt kan dessa glesas.

6. Råd till behandlaren: Viktigt att validera patientens kamp och mående. Försök vara den som ger hopp men lova inte mer än du kan hålla. Ha så täta samtal som det går, helst varje vecka åtminstone initialt i behandlingen, då det kan vara svårt för patienten att hålla motivation uppe på egen hand. Hellre täta och korta samtal än långa och glesa. Går det att ringa eller via länk träffa patient är det bra, allt för att täta upp besöken i syfte att få tillstånd tidig

beteendeförändring. Om behov finns kontakta gärna specialistmottagning för konsult, kontaktuppgifter finns i slutet på detta dokument.

KONTAKTUPPGIFTER:

Barn- och ungdomspsykiatri

Kontaktcenter barn och unga psykisk hälsa Västerbotten: 1177 knappval 2

Vuxenpsykiatri

Umeå: 090–7856502 (Psykiatrisk akutmottagning/internt). Freja Ätstörningsmottagning 090–7850961.

Skellefteå: 090–7859394 (Jour- och Bedömningsenheten). Ätstörningsverksamheten 070–2683039

Södra Lappland: 090–7859319 (Psykiatrisk öppenvårdsmottagning, knappval tjänsteärende).

Referens

Wallin, U., af Sandeberg, A. M., Nilsson, K., & Linne, Y. (2015). Ätstörningar, Kliniska riktlinjer för utredning och behandling, Svenska psykiatriska föreningen, Svensk psykiatri, 16, Gothia Fortbildning, 2015.

Bilaga 1.1

Förslag på vad en remiss till ätstörningsvård bör innehålla

(Med ätstörning avses anorexia nervosa, bulimia nervosa, samt närliggande tillstånd)

<table>
<tr><td>Rem läkare

Rem. enhet
_____
Remiss till (namn och adress till vårdenheten)

Remissen mottagen (datum)</td><td>Personnummer
Namn
Adress
Tel
Vårdnadshavare
Namn
Adress
Tel
Remissdatum</td></tr>
<tr><td colspan="2">Preliminär diagnos</td></tr>
<tr><td colspan="2">Aktuella ätstörningssymtom (övergripande beskrivning)</td></tr>
<tr><td colspan="2">Matanamnes</td></tr>
<tr><td colspan="2">Beskrivning av ätstörningsutvecklingen</td></tr>
<tr><td colspan="2">När började första ätstörningssymtomen?</td></tr>
<tr><td>Aktuell vikt

Aktuell längd</td><td>Somatisk påverkan</td></tr>
<tr><td>Vikt före insjuknandet</td><td>
Längd och viktkurva bifogas
(önskvärt om det är barn eller tonåringar)</td></tr>
<tr><td colspan="2">Kort beskrivning av patientens sociala situation</td></tr>
<tr><td colspan="2">Psykisk status/psykiatriska symtom</td></tr>
</table>

region västerbotten

Vårdprogram för ätstörningar i Västerbotten

Bilaga 2. Utredning, provtagning och akut handläggning av patienter med ätstörning inom barn-, ungdoms- och vuxenpsykiatrin i Västerbotten

Reviderad 2021-06-07 (giltig till 2023-12-31)

Redaktionsgrupp: Eva Lind, Johan Stenlund, Marja Ojala och Anna-Sara Sorsén

Diagnostik av ätstörningar

Inom den specialiserade ätstörningsvården ställs psykiatriska diagnoser enligt diagnoskriterier som finns uppställda i DSM och ICD-10 systemen. Vuxenpsykiatrin och barn- och ungdomspsykiatrin i Västerbotten använder kriterierna i ICD-10 och DSM IV/DSM-5 för att diagnosticera ätstörningar.

Sammanfattningsvis har en person med Anorexia Nervosa (AN) gått ner mycket i vikt (eller går inte upp i vikt som de borde enligt sin tillväxtkurva), är rädd för att gå upp i vikt och bli tjock trots undervikten och har en störd kroppsuppfattning. Personer med Bulimia Nervosa (BN) är ofta normalviktiga, men kan vara både över- och underviktiga. Dessa personer äter regelbundet stora mängder mat och gör sig av med maten genom att till exempel kräkas i syfte att undvika viktuppgång. Personer med BN har precis som personer med AN en självkänsla som är starkt förknippad med kroppens form och vikt och försöker ofta hålla sig till att äta lite, men klarar inte av det och hamnar då i dessa återkommande hetsätningsepisoder. En person med hetsätningsstörning äter under en avgränsad tid stora mängder mat och upplever sig ha förlorat kontrollen över sitt ätande. Tillståndet är inte förknippat med olämpliga kompensatoriska beteenden.

Patienter som uppfyller diagnoskriterierna ingår i målgruppen för den specialiserade vården, vilket även en del patienter med allvarlig ätstörning som ej uppfyller kriterierna helt och hållet kan göra. Detta är speciellt vanligt hos barn och ungdomar, som då kan få en diagnos utifrån gruppen ”andra specificerade ätstörningar eller födorelaterade syndrom (enligt DSM-5) eller Ätstörning ospec (enligt ICD-10).

Anamnes och undersökningar

Anamnes, somatisk undersökning, bedömning av psykiatrisk status samt bedömning av ätstörningsproblematiken ska genomföras. SÄBU (Specialiserad ätstörningsbehandling för barn och unga) vid Barn- och ungdomspsykiatri och vuxenpsykiatrin i Västerbotten görs planerade bedömningar av patienter med misstänkta ätstörningar med start inom två veckor från remissdatum. I bedömningen ingår anamnesupptagning (med patienten och för unga

även dennes vårdnadshavare), strukturerad diagnostik, medicinsk bedömning av läkare (inklusive somatisk och psykiatrisk undersökning), värdering av anamnes, screeningar och strukturerad diagnostik samt provtagning.

Somatisk differentialdiagnostik och handläggning genomförs enligt nedan om det visar sig vara en mer allvarlig situation. Vid läkarundersökning i en akutsituation vid misstänkt ätstörning görs bedömningen enligt nedan.

Somatisk undersökning

Kroppsundersökning

En läkare ska undersöka alla patienter med ätstörningar vid nybesök eller inom första tre mottagningsbesöken om det bedöms rimligt att vänta så länge, samt vid akuta situationer till exempel patienter med misstänkta elektrolytrubbningar, svår svältpåverkan, total mat/dryck vägran och så vidare. Somatisk undersökning ska genomföras med patienten i endast underkläder.

Allmäntillstånd:	Till synes normalviktig? Avmagrad? Överviktig? Muskulatur? Lagunobehåring? Torr hud? Uttorkningstecken? Spår av självskadehandlingar? Tecken på kräkning, skador handrygg?
Längd:	
Vikt:	I underkläder
Temp:	Temp <35,5–36,0?
Mun och svalg:	Munvinkelragader? Tandskador av kräkningar?
Hjärta:	Regelbunden rytm? Blåsljud?
Lungor:	Normala andningsljud?
Buk:	Differentialdiagnostik. Tecken till förstoppning?
Puls:	Regelbunden? Normal hjärtfrekvens? Låg/Hög?
Blodtryck:	Lågt?
Perifer cirkulation:	Kalla händer och/eller fötter? Perifer cyanos? Ödem?

Provtagning av alla nya patienter samt vid inskrivning på slutenvårdsavdelning (Wallin et al. 2015)

- Blodstatus med diff
- Natrium, kalium, kalcium, fosfat, klorid, albumin, magnesium
- Kreatinin, Urea
- ASAT, ALAT, ALP, GT, amylas, bilirubin**,**
- P-glukos

- Homocystein, B12, folat
- Ferritin, Fe/transferin
- Zink
- TSH, T4
- CRP
- U-sticka (glukos, protein)

Utökad provtagning vid svält >1 år för vuxna

- Bentäthetsmätning rekommenderas vid amenorré> 1 år

EKG

Vid blåsljud, samt om hjärtat slår oregelbundet och/eller hjärtfrekvensen är <50/min tas EKG.

Differentialdiagnostik angående somatiska tillstånd

Det finns andra kroppsliga sjukdomstillstånd som också kan ge problem med vikt och/eller ätande vilket är viktigt att komma ihåg vid undersökning och provtagning. Tillstånden kan också förekomma samtidigt med ätstörningen. Nedan följer exempel på sådana tillstånd, listan är ej helt fullständig:

- hypertyreos
- diabetes mellitus
- binjurebarksinsufficiens
- hypofysinsufficiens
- inflammatorisk tarmsjukdom
- celiaki
- hjärntumör eller annan tumörsjukdom
- allvarlig infektionssjukdom
- gastroesofagal reflux
- gynekologisk problematik ex ovarialcysta som kan ge utspänning av buken

Ätstörningsutredning/bedömning

Följande frågor är exempel på hur man kan fråga för att förstå mera om ätstörningen och ska ses som hjälp vid bedömningen. Anledningen till att frågorna är detaljerade är att detta brukar underlätta för att få specifika svar; tex att man verkligen får reda på mängden mat och inte svar som, ” jag har ätit mycket”, eftersom vad som är mycket eller lite kan vara väldigt olika. Likaså när det gäller träning etc är det viktigt att verkligen få reda på omfattningen. Tanken är inte att man måste följa frågorna i detalj utan att man använder det man behöver utifrån den aktuella situationen och själv lägger till det som saknas.

Kostanamnes

- Vad äter du/hen en vanlig dag i detalj:
- Frukost: Antal mackor? Smör på? Pålägg? Koka gröt enligt förpackningen? Äter upp? Mängd fil? Flingor? Dricka? Hur mycket?
- Förmiddagsfika: Vad? Hur mycket? Dryck? Hur mycket?
- Lunch: Antal potatisar? Mängd makaroner? Sås? Hur många köttbullar? Sallad? Smörgåsar? Hur många? Med smör och pålägg? Dryck? Hur mycket?
- Eftermiddagsfika: Fortsätt genom dagens alla måltider i detalj som ovan.
- Middag: Fortsätt genom dagens alla måltider i detalj som ovan.
- Kvällsfika: Fortsätt genom dagens alla måltider i detalj som ovan.
- Är det något du undviker att äta (ex fett, sås, kolhydrater)? Varför?
- Har du ändrat på dina matvanor? Hur?
- Händer det att du ibland förlorar kontrollen och äter mycket mer än du hade tänkt? Vad? Hur mycket? När? Hur ofta?
- Händer det att du kräks efter att du ätit?
- Brukar du säga att du har ätit fast du inte har det?

Träning

- Tränar du? Vad? Promenader?
- Hur ofta tränar du? Mer än förr?
- Vilket syfte fyller träningen?

Kompensatoriskt beteende

- Händer det att du kräks efter att du ätit? Hur ofta?
- Har du använt någon medicin eller annan drog för att gå ner i vikt? Vilka? (Laxermedel? Levaxin? Urindrivande? Beställt via internet? "Lånat" av någon?)

Vikt

- Hur mycket har du vägt som mest? När?
- Vad har din lägsta vikt varit? När?
- Vet du hur mycket du väger nu?
- Vad var det som gjorde att du började gå upp/ner i vikt? Bantning?
- Vad tänker du om din kropp?

Allmäntillstånd

- Hur mår du rent kroppsligt?
- Frusen? Trött? Hjärtklappning? Svimning?
- Haft mens någon gång? Regelbunden? Försvunnit helt? Sen när? P-piller?

Psykiatriskt status

En psykiatrisk bedömning bör göras, där följande områden kartläggs:

- Orientering: tid, rum, situation och person
- Kontakt: formell och emotionell
- Kommunikation: svarslatens, verbal, svarar adekvat
- Motorik: lugn, stilla, orolig, tics, hämmad, tvångsbeteenden: tankar och/eller handlingar?
- Ögonkontakt: undvikande, normal, stirrande
- Kognitiv förmåga, håller patient en ”röd tråd”, koncentrationsförmåga
- Stämningsläget: neutral, sänkt, förhöjt, ledsen
- Ångest: synbar, oro, irritabel
- Självmordstankar, handlingar eller om det finns självmordsplaner
- Psykostecken: vanföreställning, hallucinationer

Differentialdiagnostik vid psykiatriska tillstånd

Psykiatriska diagnoser/tillstånd kan vara både differentialdiagnoser och samtidigt förekommande vid ätstörning. Nedan följer exempel på sådana tillstånd, listan är ej helt fullständig:

- depression
- generaliserad ångest och panikångest
- social fobi och kräkfobi
- tvångssyndrom

- neuropsykiatriska tillstånd som ADHD och autismspektrumstörning
- bipolär sjukdom
- personlighetsstörning
- missbruk

Heldygnsvård

Indikationer för behandling inom barn och ungdomspsykiatrisk heldygnsvård

All vård av patienter <18 år med ätstörning sker i öppen vård av det specialiserade ätstörningsteamet (SÄBU). Det finns dock indikationer för kortvarig behandling inom heldygnsvård:

- Cirkulatorisk påverkan och/eller svårhävd svält och/eller svårighet att förhindra kompensatorisk beteende hos patient där öppenvårdsbehandling inte är tillräcklig, trots omfattande insatser i samarbete med socialtjänsten.
- Då vård måste ske enligt LPT. Eventuellt kan vården ske på barnmedicinsk avdelning även vid beslut om vård enligt LPT; var god se indikationer ovan.
- Vid psykiatrisk samsjuklighet som kräver slutenvård.
- Total mat/dryckesvägran

Indikationer för behandling inom barn- och ungdomsmedicinsk heldygnsvård

- Allvarligt låg vikt
- Puls <40/minut
- Temp <35,5 - 36,0
- Elektrolyter i obalans
- Förlängd QT-tid
- Plötslig stor viktnedgång
- Risk för att något av ovanstående symptom kommer att inträffa inom något dygn om svälten fortgår

Barn och ungdomar <18 år med ett eller flera av dessa allvarliga kroppsliga symtom remitteras akut till närmaste barn- och ungdomsklinik för behandling i heldygnsvård. Vården av patienten sker i samarbete mellan barn- och ungdomskliniken och SÄBU inom barn- och ungdomspsykiatriska kliniken på respektive ort.

Indikationer för behandling inom vuxen psykiatrisk heldygnsvård eller på IVA/medicinavdelning.

Behandling sker i första hand i öppen vård. Heldygnsvård bör endast användas i undantagsfall vid svåra svälttillstånd och framför allt bör långvarig inläggning undvikas. Heldygnsvården sker ofta i samarbete med de specialiserade ätstörningsteamen inom vuxenpsykiatrins öppenvård. Vid ställningstagande till heldygnsvård gör man alltid en individuell bedömning:

- Allvarligt låg vikt (obs bedöms olika för män, kvinnor respektive barn)
- Snabb och akut viktnedgång
- Total mat/dryck vägran
- Saknar sjukdomsinsikt. Samarbetar inte.
- Kan inte minska kompensatoriskt beteende och har påverkat allmäntillstånd
- Svagt nätverksstöd hos svältpåverkad patient
- Puls <40 slag/min
- Blodtryck <90/60
- Temperatur <35,5°
- Elektrolytrubbningar
- Tecken på uttorkning
- Allvarliga ödem
- Påverkat allmäntillstånd (svimmat, muskelsvaghet, hjärtklappning, tryck över bröstet, etc)

Tvångsvård (LPT)

Patienter med ätstörningar kan ibland behöva vård mot sin vilja. Tvångsvårdslagstiftningen (LPT) gäller som vid annan svår psykiatrisk problematik, alltså om patienten har en allvarlig psykisk störning, har ett oundgängligt behov av slutenvård och motsätter sig vården eller inte kan ge grundat samtycke kan han/hon vårdas mot sin vilja. Allvarliga somatiska symtom och hos barn/ungdom även risk för framtida men, kan vara grund för tvångsvård vid ätstörning.

Referens

Wallin, U., af Sandeberg, A. M., Nilsson, K., & Linne, Y. (2015). Ätstörningar, Kliniska riktlinjer för utredning och behandling, Svenska psykiatriska föreningen, Svensk psykiatri, 16, Gothia Fortbildning, 2015.

region västerbotten

Vårdprogram för ätstörningar i Västerbotten

Bilaga 3. Heldygnsvård för barn och ungdomar med ätstörning

Reviderad 2021-06-07 (giltig till 2023-12-31)

Redaktionsgrupp: Johan Stenlund och Anna-Sara Sorsén

Heldygnsvård föranleds oftast av patientens sviktande somatiska tillstånd, ibland även på grund av psykiatrisk samsjuklighet. Alla patienter som läggs in för vård av ätstörning bör ha en fast vårdkontakt i öppenvård, som samarbetar med personal inom heldygnsvård.

Denna bilaga erbjuder ett stöd för personal inom heldygnsvården för hur de ska göra om en patient med ätstörningsproblematik läggs in för vård. Det som står i detta dokument vilar på Ätstörningar, Kliniska riktlinjer för utredning och behandling (Wallin et al., 2015) och är rekommendationer till handläggning om ingen annan ordination ges, exempelvis av ansvarig läkare.

Heldygnsvård vid Barn och ungdomspsykiatri (BUP)

Indikationer

- Cirkulatorisk påverkan och/eller svårhävd svält och/eller omöjligt att förhindra kompensatorisk beteende hos patient där öppenvårdsbehandling av SÄBU (specialiserad ätstörningsbehandling för unga i Västerbotten) inte är tillräcklig.
- Då vård måste ske enligt LPT (Vården kan ske på barnmedicinsk avdelning även vid beslut om vård enligt LPT då så krävs).
- Vid psykiatrisk samsjuklighet som kräver slutenvård.
- Total mat/dryck vägran.

Inskrivning

Inskrivande läkare tar upp anamnes gör psykiatrisk och somatisk undersökning, ordinerar provtagning, eventuellt EKG och skriver de remisser som behöver skrivas direkt.

Provtagning

Följande prover tas morgonen efter inskrivning på BUP-avdelningen på fastande mage. Syftet med provtagningen är att fånga upp somatiska differentialdiagnoser och att se hur allvarligt påverkad patienten är av svält eller kräkningar.

- Blodstatus med diff
- Natrium, kalium, kalcium, fosfat, klorid, albumin, magnesium
- Kreatinin, Urea
- ASAT, ALAT, ALP, GT, amylas, bilirubin**,**
- P-glukos
- B12, folat och Homocystein
- Ferritin, Fe/transferin
- Zink
- TSH, T4
- CRP
- U-sticka (glukos, protein)

Om inskrivande läkare misstänker elektrolytrubbning bör Na, K, Ca, P, Cl, Mg, alb och krea kontrolleras direkt efter inskrivningen (vänta inte till morgonen efter inskrivning).

Om patienten varit i svår svält länge bör man följa kalium, fosfat och magnesium dagligen eller varannan dag för att i tid upptäcka tecken på refeeding syndrom.

Refeeding syndrom

Refeeding syndrom är ett extremt farligt tillstånd och ska tas på största allvar. Om detta syndrom uppstår ska patienten vårdas på barnmedicinsk klinik alternativt IVA. Tillståndet kan leda till plötslig död. En ökad risk finns om patienten är kraftigt avmagrad, då krävs det i början av vårdtiden daglig somatisk undersökning av patienten med kontroll av puls, blodtryck, perifer kyla, ödemtendenser samt upprepade provtagning. För att undvika refeeding bör återuppfödning ske försiktigt. Läs gärna rekommendationer i boken Ätstörningar, Kliniska riktlinjer för utredning och behandling sid 64.

Refeeding syndrom orsakas av att kroppen ställer om sig från att använda ketoner och fettsyror till att ha kolhydrater som energikälla; insulinnivåerna ökar och elektrolyter och vätska går in i cellerna med konsekvens låga nivåer av fosfat, magnesium och kalium. Detta ger muskelsvaghet, hjärtpåverkan och hypokalemin, som i sin tur ökad risken för arytmier.

- Ökad risk vid mycket låg vikt eller långvarig svält
- Ökad risk de första två veckorna vid återuppfödning/refeeding
- Parenteral nutrition ökar risken och skall undvikas
- Symtom: snabb viktuppgång till följd av vätskeretention. Förhöjt eller lågt blodtryck, hjärtinkompensation med perifera ödem, parestesier och muskelsvaghet, krampanfall och koma.
- Hypofosfatemi (lågt fosfat i blodet) efter 2 – 3 dagars näringstillförsel är ett allvarligt tecken på hotande refeeding syndrom.
- Tillståndet kan leda till plötslig död.

Nutritionsbehandling i heldygnsvård

- Vid svår svält**,** startas återuppfödning med ca 20–30 kcal/kilo kroppsvikt (Wallin et al., 2015, s.64). Öka sedan med ca: 200 kcal varannan dag till optimal nivå om blodtryck, Na, K, Ca, P, Mg är stabila. Rådgör annars med medicinklinik eller barn och ungdomsklinik.

Fortsatta medicinska kontroller vid heldygnsvård

Initialt gör dagliga kontroller av somatisk status: puls, blodtryck, kroppstemperatur, ödemtendens, cyanos och perifer värme/kyla.

- Vikt med patienten i underkläder tas före frukost 1–2 gånger per vecka.
- Inkomstprover se ovan.

EKG

Vid blåsljud, samt om hjärtat slår oregelbundet och/eller hjärtfrekvensen är <50/min tas EKG. Vid nytillkommet blåsljud eller andra allvarliga hjärtsymtom remitteras patienten till barnkliniken för bedömning och ställningstagande till behandling.

Heldygnsvård vid barn och ungdomsklinik (BUK)

Indikationer

- Puls <40/minut
- Temp <35,5 - 36,0
- Elektrolyter i obalans
- Förlängd QT-tid
- Plötslig stor viktnedgång
- Risk för att något av ovanstående symptom kommer att inträffa inom något dygn om svälten fortgår

Barn och ungdomar <18 år med ett eller flera av dessa allvarliga kroppsliga symtom remitteras akut till närmaste barn- och ungdomsklinik för behandling i slutenvård. Vården av patienten sker i samarbete mellan barn- och ungdomskliniken och SÄBU inom ungdomspsykiatriska kliniken, Västerbotten, på respektive ort.

Vårdplan

BUP avdelning

Vid inläggning på BUP:s avdelning görs en vårdplan tillsammans med patienten, föräldrar samt öppenvård med följande innehåll:

- Syfte med inläggningen/avdelningsvården
- Patientansvarig läkare, sköterska, fast vårdkontakt, kontaktperson på avd och öppenvårdskontakt.
- Planerade tidpunkter för möten mellan öppenvård och avdelningspersonal.
- Dag och tid för rond med BUP och anhöriga.
- Bedömning av patientens tillsynsbehov
- När vårdplanen skall utvärderas och vid behov revideras.
- Vilken avdelningspersonalens uppgift skall vara
- Vilket ansvar åligger patienten
- Planerad vårdtid - vad behöver uppnås för att patienten skall kunna övergå till BUP öppen eller slutenvård?
- Matutiner: normalisera, man äter alla måltider på förutbestämda tider
- Vila efter måltid
- Vägning - hur ofta ska det ske?
- Behöver patienten ventrikelsond eller parenteral nutrition? Om ja vilken mängd?
- Vad kan föräldrarna ta ansvar för – måltider? Vila? Tillåten aktivitetsgrad ex. rullstol vid utevistelse
- Toalettbesök med eller utan förälder? Dörren öppen?
- Förnyad provtagning?
- Kompletterande undersökningar

Vårdplan upprättas i klinikens journal, dagantеckningar förs in löpande.

Vårdplanen skall kopieras och lämnas till patient och anhöriga.

Vårdplan (*mall/sökord att användas till särskild vårdplan*)

Namn: .....

Patientansvarig läkare, sköterska etc: .....

BUP fast vårdkontakt: .....

Tid för rond/samverkan: .....

Syfte med inläggning: .....

.....

.....

Planerade åtgärder

☐ Provtagning När och vad: .....

☐ Undersökningar När och vilka: .....

Måltider Tider och vem ansvarar för matintag: .....

.....

Sondsättning/ sondmatning Måltidssondning/droppsondning, mängd och tider: .....

.....

Vila efter måltid Tid och plats + vem är med patienten: .....

.....

Toalettbesök Skall dörren vara öppen/sällskap?: .....

.....

Vägning Tidpunkt, klädsel?: .....

Rullstol .....

Övriga åtgärder .....

.....

Referens

Wallin, U., af Sandeberg, A. M., Nilsson, K., & Linne, Y. (2015). Ätstörningar, Kliniska riktlinjer för utredning och behandling, Svenska psykiatriska föreningen, Svensk psykiatri, 16, Gothia Fortbildning, 2015.

region västerbotten

Vårdprogram för ätstörningar i Västerbotten

Bilaga 4. Heldygnsvård för vuxna med ätstörning

Reviderad 2021-06-07 (giltig till 2023-12-31)

Redaktionsgrupp: Eva Lind och Marja Ojala

Inläggning för heldygnsvård föranleds oftast av att patientens somatiska hälsa sviktar och ibland även på grund av psykiatrisk samsjukligheten, vilket kan försvårar ätstörningsbehandlingen. Alla patienter som läggs in för heldygnsvård bör ha en fast vårdkontakt i öppenvård som samarbetar med personal i heldygnsvården.

Denna bilaga erbjuder ett stöd för personal inom heldygnsvården för hur de ska göra om en patient med ätstörningsproblematik läggs in för vård. Det som står i detta dokument vilar på Ätstörningar, Kliniska riktlinjer för utredning och behandling (Wallin et al., 2015) och är rekommendationer till handläggning om ingen annan ordination ges, exempelvis av ansvarig läkare.

<u>Vuxna med ätstörning som läggs in på psykiatrisk avdelning</u>

Vid inläggning på avdelning görs en vårdplan tillsammans med patienten, eventuellt anhöriga och öppenvård om så önskas. Vårdplanen upprättas i klinikens journal och en kopia lämnas till patienten och till anhöriga om patienten så accepterar.

Av vårdplanen skall framgå:

- Syfte med heldygnsvården
- Patientansvarig läkare, kontaktperson på avdelning och eventuell öppenvårdskontakt
- Kommande planerade möten (om det finns bokade)
- Bedömning av patientens tillsynsbehov
- Fördelning av ansvarsområden och uppgifter mellan heldygnsvårdens personal, läkare, öppenvårdens vårdkontakt samt patienten.
- Vem som ansvar för mat-och näringsrekommendation
- När vårdplanen skall utvärderas
- Hur matrutinerna ska vara, antal måltider/dag, tider och mängd
- Behövs måltidsstöd? Tidsgränser vid måltid?
- Vila efter maten? Hur länge? Vila med täcke?
- Skall sond användas och i så fall när och hur mycket?

- Öppen eller stängd dörr vid toalettbesök?
- Toabesök före måltid?
- Labprover, vilka och när ska de tas?
- Vägning, hur ofta, med vilka kläder, vilken tid, vem utför?
- Promenader, hur ofta och hur långa?
- Aktiviteter mellan måltiderna
- Ska rullstol användas
- Sängläge?
- Permissioner/frigångar
- Vårdtiden längd (om det går att bedöma)
- Hur ser familjesituationen ut? Kan patient få stöd av sin anhöriga?

<u>Medicinska kontroller vid heldygnsvård</u>

Initialt görs dagliga kontroller av somatisk status: puls, blodtryck, kroppstemperatur, ödemutveckling, cyanos och perifer värme/kyla.

- Vikt tas före frukost 1–2 gånger per vecka och patienten är klädd i underkläder
- Inkomstprover (se RoS, mall finns)
- Vid allvarlig svält finns risk för "refeedingsyndrom" och man bör följa Kalium, Fosfat och Magnesium dagligen (se s.3 i detta dokument för mer information)

<u>Blodprover som rekommenderas att tas helst inkomstdagen, senast dagen efter (mall finns i RoS):</u>

- Blodstatus med diff
- Natrium, kalium, kalcium, fosfat, klorid, albumin, magnesium
- Kreatinin, urea
- ASAT, ALAT, ALP, GT, amylas, bilirubin**,**
- P-glukos
- Homocystein, B12, folat
- Ferritin, Fe/transferin
- Zink
- TSH, T4
- CRP
- U-sticka (glukos, protein)

Nutritionsbehandling i heldygnsvård

Vid svår svält**,** startas åter uppfödning med ca: 20–30 kcal/kilo kroppsvikt. Öka sedan med ca: 200 kcal varannan dag till optimal nivå OM blodtryck, Na, K, Ca, P, Mg är stabilt (Wallin et al., 2015, s.64). Rådgör annars med medicinklinik eller barn och ungdomsklinik.

Refeeding syndrom

Refeeding syndrom är ett extremt farligt tillstånd och ska tas på största allvar.

När kroppen ska ställa om från att använda ketoner och fettsyror som energikälla till kolhydrater, ökar insulinnivåerna i kroppen. Detta gör att elektrolyter och vätska går in i cellerna med lågt fosfat, magnesium och kalium i blodet som följd, vilket påverkar organen.

Om refeeding syndrom uppstår ska patienten vårdas på medicinklinik alternativt IVA då tillståndet kan leda till plötslig död. En ökad risk för refeeding finns om patienten är kraftigt avmagrad, då krävs det i början av vårdtiden daglig somatisk undersökning av patienten med kontroll av puls, blodtryck, perifer kyla och ödem. För att undvika refeeding bör försiktighet med återuppfödning ske. Läs rekommendationer i boken Ätstörningar, Kliniska riktlinjer för utredning och behandling (Wallin et al., 2015, s.64).

Laboratorieprover kontrolleras dagligen (natrium, kalium, magnesium, fosfat).

- Ökad risk vid BMI <12
- Ökad risk de första två veckorna vid återuppfödning
- Parenteral nutrition (dropp) ökar risken och skall undvikas
- Symtomen är:
    - Förhöjt blodtryck
    - Rytmrubbningar på hjärtat
    - Hjärtinkompensation med perifera ödem som följd
    - Vikten kan öka snabbt (samlar vätska både i cellerna och i vävnaderna)
    - Parestesier (känsloförnimmelser i huden, ex värme, kyla, stickningar)
    - Muskelsvaghet
    - Krampanfall
    - Koma
    - Hypofosfatemi (lågt fosfat i blodet) om detta sker efter ca 2–3 dagars återuppfödning så kan det vara ett allvarligt tecken på hotande refeeding

Registrering *(detta används mest i öppenvårdsbehandling eller i samråd med öppenvårdspersonal)*

Fortsätt gärna på baksidan om du behöver!

Dag och klockslag	Mat och dryck	För mkt? X	Kr Lax Mot	Plats	Sammanhang Kommentarer Tankar och känslor
Frukost kl. Mellanmål fm kl. Lunch kl. Mellanmål kl. Middag kl. Kväll/natt kl.					

Referens

Wallin, U., af Sandeberg, A. M., Nilsson, K., & Linne, Y. (2015). Ätstörningar, Kliniska riktlinjer för utredning och behandling, Svenska psykiatriska föreningen, Svensk psykiatri, 16, Gothia Fortbildning, 2015.