

# SFBUPs Riktlinje *Ätstörningar*

---

## Svenska Föreningen för Barn- och Ungdomspsykiatri

2024

sfbup

### **Arbetsgrupp:**

#### **Line Nordgren**

*Leg psykolog, doktorand*

*Barn och Ungdomspsykiatriska kliniken i Linköping, Region Östergötland*

*Institutionen för beteendevetenskap och lärande, Linköpings Universitet*

#### **André Lange**

*Överläkare, doktorand*

*Ätstörningsmottagningen Halmstad*

*Barn- och ungdomspsykiatri, Lunds universitet*

#### **Ulf Wallin**

*Överläkare, med dr, leg psykoterapeut, forsknings- och utvecklingsledare*

*Kompetenscentrum Ätstörningar Lund*

#### **Elisabet Wentz**

*Universitetssjukhusöverläkare, professor i psykiatri med inriktning mot anorexia nervosa*

*Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet*

*Ätstörningsmottagning Högsbo, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg*

## Innehåll

Syfte .....	4
Klinisk bild.....	5
Utredning och bedömning.....	10
Screening.....	10
Steg I utredning.....	10
Steg II utredning .....	19
Steg III utredning.....	20
Utredning Anorexia Nervosa .....	21
Steg I utredning.....	21
Utredning Atypisk Anorexia Nervosa.....	22
Utredning ARFID.....	23
Steg I utredning.....	23
Utredning Bulimia Nervosa samt Bulimia Nervosa med låg frekvens och/eller begränsad varaktighet.....	24
Steg I utredning.....	24
Utredning Hetsättningsstörning samt Hetsättningsstörning med låg frekvens och/eller begränsad varaktighet.....	26
Steg I utredning.....	26
Generella behandlingsprinciper.....	27
Steg I .....	27
Steg II .....	35
Steg III.....	36
Behandling Anorexia Nervosa samt Atypisk Anorexia Nervosa.....	38
Psykopedagogisk och psykoterapeutisk behandling.....	38
Steg I .....	38
Steg II .....	40
Behandling ARFID .....	44

Psykopedagogisk och psykoterapeutisk behandling.....	44
Steg I .....	44
Behandling Bulimia Nervosa samt Bulimia Nervosa med låg frekvens och/eller begränsad varaktighet.....	46
Psykopedagogisk och psykoterapeutisk behandling.....	46
Steg I .....	46
Steg II .....	47
Behandling Hetsättningsstörning samt Hetsättningsstörning med låg frekvens och/eller begränsad varaktighet.....	47
Psykopedagogisk och psykoterapeutisk behandling.....	47
Steg I .....	47
Steg II .....	47
Faktorer som kräver särskilda överväganden vid planering av ätstörningsbehandling.....	48
Farmakologisk behandling av ätstörning .....	52
Kvalitetsindikatorer .....	54
Referenser.....	55
Diagnos- och KVÅ-koder .....	56
Bilaga 1: BMI-ålderstabell .....	57
Bilaga 2: Ålderstabell blodtryck.....	58
Bilaga 3: Ålderstabell puls .....	59

# Syfte

Kliniska riktlinjer för utredning och behandling av *ätstörningar* har utarbetats på uppdrag av Svenska föreningen för barn och ungdomspsykiatri (SFBUP). De syftar till att ge klinisk vägledning och fördjupad kunskap för behandlande personal inom BUP. Riktlinjerna avser barn och ungdomar i åldersgruppen 6–17 år, men kan utifrån en individuell bedömning även vara aktuella för unga vuxna.

Riktlinjerna syftar särskilt till:

1. Att motverka underdiagnostik genom att alla som söker hjälp för psykisk ohälsa på BUP screenas för kärnsymtom på ätstörning vid bedömningssamtal och under pågående BUP-kontakt. Screening ska involvera vikt och längd för att fånga upp tillväxthämning eller viktpåverkan. Vikt och längd ska noteras i tillväxtkurvan och utvärderas i förhållande till förväntad tillväxt. I screening ska även frågor om avvikande ätbeteende, kroppsuppfattning och kroppsmisnöje ingå.
2. Att säkra en bred diagnostik och utredning för alla patienter med ätstörning. Detta ska ske genom ställningstagande till både psykiatrisk och somatisk differentialdiagnostik och samsjuklighet.
3. Att alla barn och ungdomar med ätstörning i första hand ska erbjudas evidensbaserad behandling för att undvika onödigt långa sjukdomsförlopp.
4. Att uppföljning genomförs löpande och att aktiv behandling erbjuds till dess att behandlingsmålen uppnås (remission), detta för att förhindra återinsjuknande. Kontinuerlig uppföljning och fortsatt behandling ska ske till dess att patientens normala tillväxt återupptagits och att ett normaliserat ätbeteende stabiliserats över tid.

Riktlinjerna är indelade i nivåer för stegvis vård.

- **Steg I** är basnivån och ska erbjudas till alla patienter då konsensus (good clinical practice) eller vetenskapligt stöd är starkt.
- **Steg II** kan erbjudas många patienter när utredning eller behandling enligt basnivån visat sig otillräcklig. Dessa insatser kan ha svagare vetenskapligt stöd.
- **Steg III** kan erbjudas till enstaka patienter när insatser enligt steg I+II visat sig otillräckliga. Vetenskapligt stöd är ofta extrapolerat från vuxna eller bara tillämpligt för en mindre subgrupp.

Observera att de stegvisa nivåerna inte nödvändigtvis indikerar i vilken ordning insatser ska genomföras. Beroende på bedömningen av patientens tillstånd och behov kan det i vissa fall vara aktuellt att starta direkt på steg II eller III. Det finns också rekommendationer som på grund av evidensläget hittas under steg II eller III men som, i de fall interventionen blir aktuell, ska genomföras i ett tidigt behandlingsskede.

## Läsanvisningar

Denna riktlinje inkluderar rekommendationer för flera olika ätstörningsdiagnoser. Detta dokument är uppbyggt på en transdiagnostisk bas som innebär att både utrednings- och behandlingskapitlet startar med ett gemensamt diagnosöverskridande avsnitt innehållandes rekommendationer som gäller oavsett diagnos. Ett fåtal diagnosspecifika rekommendationer tas därefter upp i separata avsnitt. De gemensamma avsnitten ska således läsas oavsett vilken ätstörningsdiagnos läsaren önskar fördjupa sig kring.

Rekommendationerna under respektive avsnitt är numrerade. Numreringen ska inte tolkas som någon form av prioriteringsordning, inte heller står numreringen för att vissa insatser är viktigare än andra. Samtliga rekommendationer inom respektive fas ska ses som likvärdigt prioriterade.

# Klinisk bild

Allt fler söker vård för ätstörningar. Aktuella skandinaviska studier visar att cirka 18–20% av befolkningen drabbas av en ätstörning under sin livstid. Av dessa söker endast en femtedel hjälp av sjukvården. Det finns flera typer av ätstörningar som skiljer sig åt utifrån vilka symtom och beteenden som är mest framträdande. Gemensamt för alla typer av ätstörningar är att den drabbade har ett problematiskt förhållningssätt och beteende kring mat och ätande. Många, men inte alla, med ätstörning har också negativa tankar och känslor relaterade till kropp och vikt.

En mindre del av de som drabbas av ätstörning är underviktiga och påverkade av svält. Det vanligaste är dock att den som lider av en ätstörning har en normalvikt eller övervikt. En vanlig missuppfattning är att man kan se på en individs kropp om den lider av en ätstörning eller inte, detta stämmer inte. Det är alltid viktigt att ta ätstörningssymtom på allvar oavsett individens kroppsform eller kroppsvikt, och att komma ihåg att ätstörningsproblematik framförallt centrerar kring ångest, svåra känslor och svåra tankar. Det ska dock påtalas att det medicinska allvaret ökar vid svälttillstånd. Nedan följer först en sammanfattande beskrivning av anorexia nervosa, den mest välkända ätstörningen, och den diagnos där det finns mest stöd av forskning gällande behandling för unga patienter. Därefter följer en kortare beskrivning av övriga ätstörningsdiagnoser.

## **Anorexia nervosa**

Anorexia nervosa är en mycket allvarlig sjukdom som drabbar minst 2 procent av den kvinnliga befolkningen. Ätstörningen är tio gånger vanligare hos flickor/kvinnor jämfört med pojkar/män. Centrala kliniska kännetecken är missnöje med kroppens form och vikt, restriktivt ätande, ångest vid måltid samt signifikant viktnedgång. Överdriven fysisk aktivitet är vanligt. Den vanligaste insjuknandeåldern är 13–17 år, men sjukdomen kan debutera både tidigare och senare. Tillståndet är ofta långvarigt, och hos minst en femtedel blir förloppet långdraget med återkommande episoder. Mortaliteten är hög, och överträffas bara av mortaliteten vid schizofreni och allvarligt substansbruk. Tidig viktuppgång i behandlingen ger en god prognos.

Anorexia nervosa har hög ärftlighet, och genetiska faktorer utgör 48–74% av bakomliggande orsaker. Ärftligheten betyder att man inte sällan möter föräldrar som också haft eller har en ätstörning, vilket kan vara hjälpsamt eftersom föräldern kan förstå sitt drabbade barn och ha god kunskap om att behandling kan vara till nytta. Å andra sidan kan föräldrar också kämpa med skuld över upplevelsen att ha bidragit till sitt barns sjukdom. Slutligen kan det finnas syskon som också har eller är på väg att utveckla en ätstörning.

I regel har den som insjuknar i anorexia nervosa haft ett normalt ätande tidigare under utvecklingen. Insjuknandet sker ofta gradvis över flera månader. Ibland kan en utlösande händelse identifieras. Den initiala fasen då vikten börjar gå ned kan upplevas som positiv, men ersätts i regel snabbt med trötthet, nedsatt ork, irritabilitet, störd sömn och frusenhet. Vid det här laget brukar föräldrar ha uppmärksammat viktnedgång och det är vanligt förekommande med konflikter vid måltiderna i hemmet. Det kan dock förekomma att föräldrar inte uppmärksammat förändringarna, och kontakten initieras då ofta genom skola, sjukvård eller en idrottsförening.

Före puberteten är en person mer känslig för svält än i tonåren, både avseende mentala och kroppsliga funktioner. Eftersom svälten kan göra tillståndet livshotande, framför allt genom påverkan på cirkulationen, behöver det vid bedömning finnas medicinsk kompetens till hands. Detta gäller även under första fasen av behandlingen, när man jobbar med att återställa vikten, eftersom barn har små marginaler mot att åter utveckla svältsymtom. Vanligtvis finns det uttalad påverkan på mentala funktioner när näringsintaget är lågt, exempelvis nedstämdhet, apati och tanketröghet, eller hög ångestnivå och i vissa fall psykosymtom (hallucinationer, vanföreställningar). Den drabbade uppfattas ofta som väldigt rigid. En del drabbade är hjälpsökande, men inte sällan är man ointresserad av eller motvillig till att få hjälp. Insikten om att ha en allvarlig sjukdom är ofta begränsad. Ålder har betydelse för barnets förmåga att uttrycka sig, och före puberteten har barnet begränsat språk för

kroppsuppfattning och ideal. Barnets beteende och information från vårdnadshavare är viktiga för bedömningen.

Endast 10 procent av alla med anorexia nervosa är pojkar. Pojkarna söker dessutom hjälp enbart hälften så ofta som flickorna. Pojkar uttrycker ofta att de både vill ha mycket muskler men samtidigt vill vara slanka, något som kan göra att man riskerar missa detta uttryck för störd kroppsuppfattning.

De flesta familjer vittnar om hög nivå av stress, oro och inte sällan hög konfliktnivå, till följd av ätstörningssjukdomen. Det är vanligt att föräldrar skuldbelägger sig själva. Syskonrelationerna har ofta blivit påverkade, med bråk eller oro för den drabbade. Det är viktigt att ha en förståelse för hur familjefunktionen är påverkad, eftersom föräldrarnas roll är central i en familjebaserad behandling. Redan vid den initiala bedömningen ska man skaffa en överblick över föräldrarnas hälsa och funktionsförmåga.

Det finns många myter och förutfattade meningar om hur anorexia nervosa yttrar sig. En klassisk bild är att det nästan enbart är högpresterande flickor som drabbas. Myterna saknar dock stöd i forskningen, som snarare visar att alla kan drabbas av anorexia nervosa. Tillhör man en minoritet som exempelvis LGBT (lesbian, gay, bisexual, transsexual), första eller andra generationens migranter eller om man har en funktionsvariation är däremot risken större att man inte söker hjälp för ätstörningen.

Vanliga komorbida psykiatriska tillstånd vid anorexia nervosa är depression, ångestsyndrom och tvångssyndrom. Så gott som alla lider av nedstämdhet under sjukdomstiden, och majoriteten uppfyller kriterierna för en depressionsdiagnos. I många fall är nedstämdheten en följd av svälttillståndet, men anorexia nervosa kan även debutera efter en depression. Förekomsten av autism är klart förhöjd. Samtidig autism eller tvångssyndrom kan innebära en sämre prognos.

Självordstankar är vanligt förekommande och det föreligger även en ökad risk för självmordshandlingar. Risken för självskadebeteende är kraftigt förhöjd. De flesta ångestsyndrom är överrepresenterade vid anorexia nervosa inklusive generaliserat ångestsyndrom, separationsångest, paniksyndrom och social fobi. Både ångest- och tvångssyndrom har i de flesta fall debuterat före ätstörningen, ofta redan i barndomen.

Tidigare erfarenhet av potentiellt traumatiserande händelser är vanligt vid alla ätstörningar, och posttraumatiskt stressyndrom förekommer hos en betydande andel patienter med anorexia nervosa. Hos vuxna med ätstörning är personlighetssyndrom vanligt, bland annat borderline personlighetssyndrom. Hos ungdomar med ätstörning, inklusive de som lider av anorexia nervosa, har en betydande andel patienter även ett aktivt självskadebeteende.

Utvecklingsrelaterade funktionsavvikelser såsom autism och adhd ökar risken för insjuknande i AN. Autism förekommer uppskattningsvis hos 15–20 procent av de som drabbas av AN. Autism är svårare att upptäcka hos flickor jämfört med pojkar. För flickor med autism krävs stor ansträngning och tankemöda för att klara av det sociala samspelet med andra tonåringar. De kan emellertid vara skickliga på att dölja de autistiska dragen för sin omgivning, så kallad kamouflering, varför föräldrar kan vara ganska omedvetna om symtomen. Föräldrar kan ofta negera de flesta autistiska drag som efterfrågas, medan tonåringen själv kan beskriva en annan bild där umgänge med jämnåriga kan vara förenat med stora svårigheter eller ointresse. Drabbas flickan av AN i tonåren, hamnar självklart allt fokus på att behandla ätstörningen, och de autistiska dragen kan komma att förbises.

Vid AN med hetsättning föreligger en sexfaldigt ökad risk för bakomliggande adhd. Överaktivitet ska inte ses som ett symptom sekundärt till AN. Man ska i stället undersöka om överaktivitet, impulsivitet och bristande uppmärksamhet har förekommit innan AN-insjuknandet. En lågviktig person som behandlas med centralstimulantia mot adhd kan på grund av biverkningar förlora aptiten och hamna i svält, vilket i sin tur ökar risken för att anorexia nervosa ska utvecklas.

80% av de som insjuknar i anorexia nervosa i tonåren blir fria från ätstörning, och tillfrisknandet brukar ta i genomsnitt fem år. Återinsjuknande är dock vanligt. En femtedel av de som har insjuknat får ett långdraget förlopp, ofta med återkommande episoder. Med det långdragna förloppet följer också hög samsjuklighet med psykiatriska besvär, främst depression och ångestsyndrom, samt somatiska komplikationer relaterade till svält, exempelvis osteoporos. Det föreligger en sex gånger förhöjd risk för förtidig död vid anorexia nervosa jämfört med normalpopulationen. En femtedel av mortaliteten utgörs av suicid, och resterande dödsorsaker är somatiska främst sekundära till svält, många gånger i kombination med ett alkoholbruksyndrom. Den förhöjda dödligheten förekommer främst hos vuxna individer.

### **Atypisk anorexia nervosa**

Atypisk anorexia nervosa liknar i allt väsentligt anorexia nervosa, med en vikt inom ett normalt BMI-intervall, trots en uttalad viktnedgång. Den drabbade personen kan vara i svår svält med allvarlig cirkulatorisk påverkan. Behandlingsprinciperna är som vid anorexia nervosa. Det kan vara en utmaning för patienten att återgå till frisk vikt, som är mindre tydligt definierad än vid anorexia nervosa och ibland uppfattas som övervikt. Diagnosen atypisk anorexia nervosa hör under paraplybegreppet Andra specificerade ätstörningar och födorelaterade syndrom; var god se nedan för ytterligare beskrivning.

### **Bulimia Nervosa**

Bulimia nervosa karaktäriseras av frekventa hetsätningsepisoder och efterföljande kompensationsbeteenden i syfte att hindra viktuppgång, varvat med restriktivt ätande. Hetsätning innebär att den drabbade tappar kontrollen över matintaget, och under en begränsad tid äter större mängder mat än vad som kan anses normalt i den aktuella kontexten. Det är vanligt att den mat som intas under en hetsätningsepisod är sådan art som den drabbade annars försöker undvika att äta, det vill säga maträtter eller livsmedel som personen betraktar som förbjuden. Det förekommer också att hetsätningar inkluderar mat som annars inte ses som ätlig, som till exempel otinad mat direkt från frysen eller okokt pasta.

Kräkning är en av de vanligaste formerna av kompensationsbeteende men även kompensation i form av till exempel fasta, träning eller bruk av laxermedel förekommer. Hetsätning och kräkning kan under hetsätningsepisoderna avlösa varandra under flera timmar, tills den drabbade blir helt utmattad.

Det förekommer kroppsmisnöje och en upptagenhet vid kroppsform och/eller kroppsbygge, på samma sätt som vid anorexia nervosa. De flesta patienter med bulimia nervosa har en vikt inom eller över normalspannet. Om kroppsvikten är låg, så är anorexia nervosa-diagnos tillämplig. Debutåldern är senare än för anorexia nervosa men patienterna har ofta haft symtom i många år innan man söker hjälp. Precis som vid anorexia nervosa är det fler flickor än pojkar som drabbas.

Många som drabbas av bulimia nervosa upplever starka skamkänslor kopplade till framför allt hetsätningsproblematiken men även kompensationsbeteenden såsom kräkning. Det är vanligt att hetsätningar sker i smyg, och den starka skammen kan hindra den drabbade från att söka hjälp eller från att ta eget initiativ till att berätta om svårigheterna.

En del drabbas av bulimia nervosa utan att ha haft någon annan typ av ätstörning innan, men det är också vanligt att individer som initialt haft symtom förenliga med anorexia nervosa över tid förändrar sin ätproblematik och då utvecklar bulimia nervosa.

Psykiatrisk samsjuklighet är mer regel än undantag vid bulimia nervosa. Majoriteten kommer att utveckla egentlig depression under sjukdomsperioden. Negativ emotionalitet, med nedstämdhet, negativ självbild och låg självkänsla, är personlighetsdrag, som är överrepresenterade i barndomen vid både anorexia nervosa och bulimia nervosa och utgör riskfaktorer för att utveckla dessa ätstörningar. De flesta med bulimia nervosa lider också av ett eller flera ångestsyndrom och hos flertalet har dessa syndrom funnits redan innan ätstörningen. De vanligaste ångestsyndromen är generaliserat ångestsyndrom (GAD) och social fobi. Precis som vid anorexia nervosa är förekomsten av posttraumatiskt stressyndrom hög hos personer som lider av bulimia nervosa.

Borderline personlighetssyndrom är det personlighetssyndrom som oftast förknippas med bulimia nervosa, men även osjälvständigt och ängsligt personlighetssyndrom förekommer. Bland alla ätstörningsdiagnoser är förekomsten av självskadebeteende högst hos individer med bulimia nervosa.

Vid bulimia nervosa är hög konsumtion av alkohol vanligare än bland ungdomar utan denna ätstörning. I vuxen ålder kommer var fjärde person med bulimia nervosa att uppfylla diagnosen alkoholbrukssyndrom. Det finns även en ökad risk att ungdomen med bulimia nervosa har ett drogbruk, och de vanligaste substanser som missbrukas är amfetamin, cannabis och bensodiazepiner.

Var femte person med bulimia nervosa i vuxen ålder har uppfyllt diagnosen adhd i barndomen. Vid adhd löper man en sex gånger ökad risk att utveckla bulimia nervosa. Adhd ökar risken för att personen inte ska känna av/uppmärksamma hungerkänslor. Detta kan i sin tur leda till att man inte äter regelbundet, hoppar över måltider och hetsäter i slutet av dagen, då hungerkänslorna blir alltför framträdande. Impulsivitet, som också är ett adhd-symtom, kan öka risken för hetsätning, kontrollförlust och självframkallade kräkningar. Många med adhd beskriver att deras koncentrationsförmåga fungerar som bäst i anslutning till hård träning; under träningspasset eller precis efter träningen. I sådana fall behöver inte den överdrivna träningen handla om ett bulimiskt olämpligt kompensatoriskt beteende.

Kroppsliga effekter av bulimia nervosa är framför allt kopplade till frekventa kräkningar, och sekundärt till dessa kan patienten ådra sig tandskador, uttorkning och elektrolytobalans.

### **Hetsätningsstörning**

Hetsätningsstörning inkluderades i diagnosmanualen DSM först i version 5, så sent som år 2013. Innan dess fanns den omnämnd i supplementet till DSM-IV. Detta innebär att det finns betydligt mindre evidens gällande både bedömning och behandling av denna problematik, jämfört med anorexia nervosa och även bulimia nervosa. Hetsätningsstörning har samma kliniska bild som bulimia nervosa avseende hetsätningar, men utan kompensatoriskt beteende, till exempel kräkningar. Kroppsvikten brukar vara ökande och kan leda till uttalad övervikt eller obesitas.

Till skillnad från anorexia nervosa verkar det vid hetsätningsstörning föreligga en jämnare könsfördelning. Nyare studier tyder på att hetsätningsstörning potentiellt kan vara den vanligaste ätstörningsdiagnosen bland tonåringar, med prevalenssiffror mellan 1–4% i denna åldersgrupp. Med tanke på att hetsätningsstörning är en mindre vanlig diagnos på enheter där patienter med ätstörning vårdas, tyder detta på ett potentiellt stort mörkertal där en stor andel personer med hetsätningsstörning aldrig kommer i kontakt med ätstörningsvård.

Hetsätningsstörning har kopplats till en rad negativa konsekvenser som ofta följer patienterna in i vuxenlivet. Kopplingen till obesitas innebär en långsiktigt ökad risk för en rad somatiska åkommor såsom diabetes typ II samt hjärt- och kärlsjukdomar. Hetsätningsstörning har även förknippats med ökad risk för exempelvis depression, ångesttillstånd, droganvändning, suicidalitet samt försämrat socialt fungerande. Den psykiatriska samsjukligheten vid hetsätningsstörning uppvisar både likheter och skillnader jämfört med bulimia nervosa. Samsjukligheten vid hetsätningsstörning domineras av affektiva störningar, främst egentlig depression, och ångeststörningar inklusive GAD och social fobi. Substansbruk är mindre vanligt vid hetsätningsstörning jämfört med bulimia nervosa. Kontrollförlust, eller på engelska loss of control eating (LOC), som ingår som en komponent i hetsätningsepisoder, är klart överrepresenterat hos barn med adhd. Risken att utveckla hetsätningsstörning är fyrfaldigt ökad hos personer med adhd.

### **Undvikande/restriktiv ätstörning**

Undvikande/restriktiv ätstörning (ARFID) är ett diagnostiskt paraplybegrepp där den gemensamma nämnaren är restriktivt ätande där ingen kroppsuppfattningsstörning föreligger. Pojkar drabbas i lika stor utsträckning som flickor, och debutåldern är lägre än för de övriga ätstörningarna. Undergrupper av ARFID utgörs av perceptuell känslighet för mat, bristande intresse att äta samt rädsla för negativa konsekvenser av ätande (exempelvis att sätta i halsen). Undergrupperna kan överlappa varandra.



Svälten kan bli uttalad och påverka såväl cirkulation, tillväxt samt hindra normal utveckling. På grund av kostens ensidighet kan svåra bristtillstånd uppstå. Även om undervikt verkar vara vanligast, kan även normalvikt och övervikt förekomma. Kunskapen om ARFID är ännu begränsad, vilket beror på att diagnosen lanserades 2013.

Eftersom ARFID är ett paraplybegrepp, behövs en bred syn på samsjuklighet. Det är vanligt med gastrointestinala besvär, som bör utredas eftersom de ibland kan förklara tillväxthämning, samt ibland även förklarar aversion mot viss mat eller mot ätande. Då ensidigt och otillräckligt matintag kan ha varat länge, behöver man vara uppmärksam på eventuella bristtillstånd, exempelvis järn, zink eller D-vitamin. Ängslighet kan samvariera med ARFID, exempelvis vid en kräk- eller sväljfobi. Utvecklingsrelaterade funktionsavvikelser som intellektuell funktionsnedsättning, autism och ADHD förekommer sannolikt i förhöjd omfattning vid ARFID och är viktiga att identifiera för optimal behandlingsplanering.

### **Övriga ätstörningar**

Andra specificerade ätstörningar och födorelaterade syndrom (OSFED; Other Specified Feeding and Eating Disorders) innebär att inte alla kriterier för en specificerad ätstörning är fullt uppfyllda. Det kan till exempel vara en anorektisk problembild men där viktnedgången inte varit signifikant (atypisk anorexia nervosa) eller atypiska varianter av bulimia nervosa och hetsättningsstörning. I kategorin OSFED ingår även diagnoserna Självrensning och Nattätande. Självrensningsdiagnos är tillämpligt när den drabbade ägnar sig åt upprepat självrensningsbeteende (som kräkning eller användning av laxermedel) efter normala eller små mängder mat, men där det varken finns en hetsättningsproblematik eller undervikt.

Vid en allvarlig ätstörningsproblematik, där diagnoskriterierna inte är uppfyllda för någon av de andra ätstörningsdiagnoserna, används diagnosen Ospecifierade ätstörningar (UFED; Unspecified Feeding or Eating Disorders).

Andelen individer med ätstörning som diagnosticeras med en OSFED-diagnos eller UFED har minskat efter de förändringar som gjordes i DSM-5. Det är dock fortsatt så att dessa diagnoskategorier samlar en betydande andel av alla individer som drabbas av en ätstörning.

### **Heldygnsvård och tvångsvård**

Heldygnsvården utgör en viktig men komplicerad del av vårdkedjan. Inom BUPs heldygnsvård har det skett en ökning av antalet vårdtillfällen. Ätstörning är den vanligaste diagnosen för den vård som sker enligt LPT (lagen om psykiatrisk tvångsvård), och det är även här som den största ökningen har skett, 46% under perioden 2017–2021. Det är enbart flickor som står för ökningen, och tre fjärdedelar av alla tvångsvårdstillfällen utgörs av denna grupp. 2021 skedde knappt hälften av alla vårdtillfällen för ätstörning med stöd av LPT, vilket kan jämföras med heldygnsvård för depression där motsvarande andel var en tiondel.

Heldygnsvård bedöms ofta som nödvändig och livräddande. Samtidigt saknas i stor utsträckning systematisk utvärdering av effekter och risker av heldygnsvård och tvångsvård vid ätstörning. Tvångsåtgärder kan ge upphov till traumatisering av patienten, i synnerhet om de upprepas. Patientbeskrivningar av heldygnsvård i kvalitativa uppföljningar av behandling varierar från positiv, till hemsk men meningsfull, till enbart hemsk och meningslös. Därför behövs eftertanke vid planerandet och genomförandet av heldygnsvård, i synnerhet om den sker som tvångsvård. "Barnets-bästa perspektiv" måste alltid beaktas, genom nära konsultation med den unga personen och de närstående.

# Utredning och bedömning

Utredningskapitlet startar med generella rekommendationer som gäller för alla typer av ätstörningsdiagnoser. Längre fram följer sedan avsnitt för respektive ätstörningsdiagnos där ytterligare diagnosspecifika rekommendationer hittas.

## Screening

*1. Alla barn och ungdomar som söker vård för psykisk ohälsa på BUP ska screenas för kärnsymtom på ätstörning vid bedömningssamtal och under pågående BUP-kontakt. (Rekommendation)*

Alla barn och ungdomar som söker hjälp för psykisk ohälsa på BUP screenas för symtom på ätstörning såsom avvikande ätbeteende, kroppsuppfattning och kroppsmisnöje. Screening ska involvera vikt och längd för att fånga upp tillväxthämning eller viktpåverkan. Vikt och längd ska noteras i tillväxtkurvan och utvärderas i förhållande till förväntad tillväxt med hjälp av vikt- och längdkurva samt BMI-kurva.

Självskattningsskalor kan användas som stöd i screeningen, men bör alltid kompletteras med klinisk intervju. Det är förhållandevis vanligt att patienter med ätstörning underrapporterar symtom när självskattningsformulär används.

## Steg I utredning

*1. Anamnestisk information ska samlas in vid misstanke om ätstörning. (Rekommendation)*

Vid misstanke om ätstörning ska noggrann anamnestisk information samlas in. Syftet med detta är att skapa en bred bild av patientens aktuella symtom samt hur och när symtomen utvecklats. Den anamnestiska intervjun ska även beröra patientens generella psykiatriska och somatiska mående. Informationen ska samlas in under samtal med både patienten själv och patientens vårdnadshavare.

Följande punkter bör beröras under anamnesen:

- Be om en generell beskrivning av patientens personlighet och känslomässiga fungerande.
- Hur ser patientens aktuella ätstörningssymtom ut? Har ätstörningssymtomen varit likadana över tid eller har de förändrats eller fluktuerat?  
Ställ raka frågor för att undersöka vilka ätstörningsbeteenden som förekommer. Det är vanligt att patienter skäms över sina beteenden och kommer kanske därför inte berätta om allt självmant. Fråga särskilt kring restriktivitet, hetsätning, kräkningar och användning av laxermedel.
- När och hur debuterade symtomen? Undersök både när patientens beteende förändrades och när tankemässiga symtom uppkom. Finns det någon känd utlösande faktor som exempelvis bantningsförsök, somatisk sjukdom som påverkade ätandet eller annan psykiatrisk problematik som påverkade aptit eller ätande?
- Finns det aktuell eller tidigare psykiatrisk sjuklighet? Fråga särskilt efter symtom på traumatisering, ångestsyndrom, depression, självskada, suicidalitet, neuropsykiatri, missbruk och tvång.
- Finns det hereditet för ätstörning eller annan psykiatrisk problematik?
- Kartlägg aktuell och tidigare förekomst av somatiska sjukdomar som exempelvis tyreoidesjukdomar, celiaki, diabetes, mag- och tarmproblematik och allergier.
- Hur har patientens ätande sett ut under uppväxten? Hur har patientens matpreferenser sett ut? Har det förekommit uppfödningssvårigheter? Inhämta en noggrann kostanamnes.
- Berör även familjens matvanor för att få information kring gemensamma måltidsrutiner. Äter familjen måltider tillsammans eller var för sig? Föreligger det någon form av gemensam specialkost såsom vegetarisk eller vegansk kost? Förekommer bantning eller ett stort fokus på mat, kropp och hälsa hos vårdnadshavarna?
- Var särskilt noga med att kartlägga eventuella svältsymtom, såsom frusenhet, yrsel, svimningar och apati. Denna information bör efterfrågas vid första besöket för att kunna kopplas till fynd vid somatisk undersökning och bedömningen kring om ett hotfullt svälttillstånd föreligger.

- Hur ser patientens situation ut socialt och i skolan? Fråga särskilt kring vänner, eventuell förekomst av mobbning och patientens egna prestationskrav.
- Hur mycket fysisk aktivitet utövar patienten? Berör både vardaglig fysisk aktivitet såsom transportsträckor, deltagande i sport samt träning såsom löpning, promenader, gymträning och liknande. Lägg särskilt fokus på att undersöka träningens funktion och fånga upp tecken på att den fysiska aktiviteten kan vara tvångsmässig eller om den i hög utsträckning används för att reglera patientens mående.

## *2. Somatisk undersökning och provtagning ska genomföras med alla patienter där det föreligger misstanke om ätstörning. (Rekommendation)*

Somatisk undersökning ska genomföras skyndsamt vid misstanke om ätstörning. Det är viktigt att i ett så tidigt skede som möjligt skapa en bild av aktuell somatisk status och därefter kunna bedöma om det föreligger behov av akuta insatser eller ej. Aktuell vikt och längd ska läggas in på vikt- och längdkurvan samt BMI-kurvan. Begär gärna ut tillväxtkurvor från barnhälsovård och skola vilket kan användas som underlag i bedömningen. Det är viktigt att ha med en förälder vid undersökningen som, förutom att skapa trygghet, kan informera om vilka förändringar som skett i kroppen.

Den somatiska undersökningen utgör ett bra tillfälle för att observera patienten och inhämta information om motorik och aktivitetsnivå. Patientens kognitiva förmåga kan till viss del undersökas genom uppmärksamhet kring patientens koncentrationsförmåga, uppmärksamhetsförmåga, eventuella tecken på svarslatens och patientens generella förmåga att delta i samtal.

Undersökningen bör göras av läkare med vana att undersöka svälttillstånd hos barn. Vid osäkerhet eller oklara fynd bör barnläkare konsulteras.

### **Undersökning av somatisk status ska inkludera: (faktaruta)**

- Längd och vikt samt beräkning av BMI och Expected Body Weight
- Kartläggning av allmäntillstånd vilket inkluderar kontroll av kroppstemperatur samt bedömning av hull, muskulatur och hållning
- Undersökning av mun och svalg, specifikt slemhinnor, tandstatus och körtlar.
- Lyssna på hjärta samt kontrollera blodtryck och puls
- Lyssna på lungor
- Palpation av buk
- Undersökning av hudkostym vilket inkluderar exempelvis hudtemperatur, hudgenomblödning och förekomst av sår

### **(Slut faktaruta)**

I samband med undersökningen är det också viktigt att fråga om det finns tecken på:

- Yrsel eller svimning
- Frusenhet
- Trötthet
- Sömnsvårigheter
- Menstruationsstatus i relevanta fall
- Förstoppning eller diarré, uppblåsthet
- Illamående
- Blödande tandkött
- Huvudvärk
- Håravfall
- Nedsatt ork
- Muskelsvaghet

Nedan följer en mer detaljerad genomgång av den somatiska undersökningens moment och stöd i tolkning av eventuella fynd.

## Allmäntillstånd

Hur ser hullet och muskulaturen ut?

Vanligtvis ses mest och tidigaste svältförändringar i överkropp, axlar, skuldror. Hållning kan vara hopsjunkna om rygg och bålmuskulatur atrofierat. Vid uttalad muskelatrofi kan man se vingskapula, dvs skulderbladen vinklas ut från bröstkorgen, fingrar kan skjutas in under skulderbladen.

Har barnet en åldersadekvat kroppsmognad?

Perifera ödem indikerar hjärtsvikt eller hypoalbuminemi. Den viktigaste platsen att undersöka är underbenen/anklarna, där det är enklast att se vätska som samlats i vävnaden. Ränder efter strumporna kan vara ett tecken på begynnande ödembildning.

Pitting-ödem innebär att det bildas en kvarstående grop om man trycker på benet med ett finger i fem sekunder. Normalt ska vävnaden vara helt elastisk och fjädra tillbaka.

Fråga också vilka förändringar föräldern har noterat (förälder ska närvara vid undersökningen).

## Vikt och längd

Vikt bör tas i underkläder för att säkerställa att inte tyngden från kläder eller skor ger ett felaktigt värde. Vid kontroll av längd är det viktigt att be patienten att sträcka på sig ordentligt. Hållningen kan ha blivit dålig om ryggmuskulaturen blivit tunn.

Expected Body Weight (EBW) beräknas som förhållandet mellan aktuellt BMI och förväntat BMI för ålder och kön, och anges i procent enligt följande: aktuell BMI dividerat med förväntat BMI för ålder och kön multiplicerat med 100. [Var god se bilaga 1 för BMI-ålderstabell.](#)

En del patienter kan på grund av sin sjukdomsbild försöka manipulera sin vikt inför kontroller. Detta kan till exempel handla om att patienter lägger tunga saker i fickor eller överdrivet intag av vätska innan kontrollen. Vid misstanke om vätskeintag kan man upprepa viktkontrollen efter toalettbesök.

## Kroppstemperatur

Om mätning av kroppstemperatur visar lågt värde - kontrollera några gånger till, exempelvis i andra örat, för att undvika felvärde.

Värde under 36,5 grader är patologiskt och värde under 35,5 innebär allvarlig hypotermi.

## Hudkostym

Hudtemperatur, hudgenomblödning och hudens färg ska undersökas.

Hudtemperaturen ska undersökas på händer och fötter. Perifer kyla förekommer ofta vid svält. Undersök och notera hur högt kylan går, exempelvis fingrar, handrygg, distansen nedom eller ovan handleden. För att undersöka kapillär återfyllnadstid, kläm på nagel eller handrygg och notera hur lång tid innan hudfärgen återställs. Värden över 2 sekunder är patologiskt. Notera eventuell missfärgning, vid nedsatt genomblödning och kyla blir huden ofta marmorerad med nyanser av blått, lila eller rött. Torr hud är vanligt. Undersök särskilt händer och fötter.

Förhöjda turgor ses vid vätskebrist. Turgor undersöks genom att nypa exempelvis mitt på underarmen, och då ta ett grepp på cirka 5 cm mellan tumme och pekfinger. Normalt ska huden vara elastisk och direkt fjädra tillbaka när greppet släpps. Ett kvarstående hudveck räknas som onormalt.

Lanugobehåring kan ses vid svält och är ett av kroppens sätt att spara värme. Behåringen brukar tidigast visa sig över kotpelaren i övre ryggen samt över skuldrorna och armarna. Den är grå och fjunig. Lokaliseringen gör att patienten ofta inte lagt märke till den i tidiga stadier.

Förekomst av sår ska noteras. Notera om det förekommer tecken på sår till följd av icke-suicidalt självskadabeteende samt om det förekommer sår på händerna. Såriga/svullna knogar kan ses vid kräkning framkallad genom att stoppa fingrarna i halsen (kallas även Russells´ tecken). Notera även

om det förekommer förändringar eller utslag i huden eller naglar eller som kan bero på bristtillstånd. Hos barn, undersök sekundära könskaraktäristika. Begynnande pubertet?

### **Mun och svalg**

Undersök om slemhinnorna är fuktade. Torra slemhinnor i munnen är ett allvarligt dehydreringstecken. Finns det svullnad, beläggningar, rodnad eller blod på svalgvägg och tonsiller som antyder infektion och kan göra det svårt eller smärtsamt att äta? Uppmärksamma även eventuell ketondoft i andedräkt.

Inspektera också tandstatus. Kräkningar och förändrade mat och dietvanor kan ge skador på emalj och gynna karies.

Spottkörtlar ska inspekteras och palperas. Spottkörtlarna kan svullna dels som reaktion mot svält, dels om det förekommer kräkningar. Enklarest att se och palpera är parotiskörtlarna, som sträcker sig från örsnibben och fram längs med övre tandraden. Den är hård, knölig, öm och kan ibland även rodnad vid påverkan. Svullnaden kan leda till ett hamsterliknande ansiktsuttryck, vilket ofta kontrasterar mot kroppens magerhet.

Tyreoidea ska inspekteras och palperas. Finns det någon generell svullnad kring halsen? Finns det synliga knölar? Be patienten att svälja, då rör sig körteln upp och ned. Vid palpation, notera eventuell ömhet och knölar. Upprepa sväljning med fingrarna mjukt vilande över körteln, för att fånga eventuella knölar. Anmärkningar kan tyda på bland annat hypertyreos.

### **Hjärta**

Blodtryck och puls undersöks genom auskultation samt pulspalpation. Notera eventuella arrytmitendenser och blåsljud.

Blodtryck samt puls registreras i liggande samt i stående ställning.

I liggande ställning ska eventuell förekomst av bradykardi eller takykardi utredas. Bradykardi är en vanlig anpassning till svält och takykardi kan antyda intorkning eller hjärtsvikt. Notera även eventuell förekomst av hypotoni.

Vid uppresning ska normalt blodtrycket höjas 15–20 mm Hg. Utebliven höjning eller blodtrycksfall indikerar svältpåverkan. Pulsen ska normalt öka 10–20 slag/min vid uppresning. Ökning med mer än 50% indikerar risk för hjärtsvikt. Var uppmärksam på den kliniska bilden, då postural orthostatic tachycardia syndrome (POTS) verkar förekomma frekvent vid AN.

Observera att faktorerna är dynamiska, interagerar samt är åldersberoende. Var god se [bilaga 2 för ålderstabell blodtryck](#) och [bilaga 3 för ålderstabell puls](#).

Det är viktigt att ta hänsyn till allmäntillståndet. Notera om patienten vinglar, fråga om upplevd yrsel vid uppresningen. Om avvikande värden, upprepa mätningen.

Vid osäkerhet gällande tolkningen, kontakta erfaren psykiater eller barnläkare.

### **Lungor**

Ska auskulteras. Är andningsljuden normala och lika på båda sidor? Finns det biljud? Så kallade basala rassel kan indikera hjärtsvikt. Alla onormala fynd ska noteras, och frågan är om de kan peka på sjukdomsprocess som leder till viktneidgång.

### **Buk**

Ömhet i buk kan indikera inflammatorisk tarmsjukdom. Organförstoring kan indikera exempelvis leversjukdom. Resistenser ska inte förekomma normalt, och kan bero på förstoppning. Svullen mage (så kallad grodmage) ses vid uttalad hypoalbuminemi vid grav svält.

### **Blodprover**

Här följer en redogörelse för vilka blodprover som ska tas för alla patienter med ätstörning samt stöd i

tolkning av eventuella fynd. Observera dock att proverna ofta kan vara helt normala trots mycket låg vikt och allvarlig svält, genom att det skett en gradvis fysiologisk anpassning.

- **Blodstatus**  
Unga personer förväntas ligga högre i Hb än bara precis över nedre referensintervallet. Ett högt värde kan indikera vätskebrist. Vita blodkroppar är ofta i lägre intervallet, eller sub normalt, som en svältanpassning.
- **Leverstatus**  
Svälten kan i sig ge en lättare förhöjning av ASAT och ALAT. Vid förhöjning ska nya prover kontrolleras (ses då ökning eller normalisering?) och vid behov utredning initieras, i samråd barnläkare.
- **Elektrolytstatus inklusive magnesium och fosfat**  
Uttalad och långvarig svält kan tömma kroppens depåer på mineraler. Kräkningar kan ge hypokalemi, som kan ge upphov till hjärtrytmrubbningar. Man ska reagera på alla låga kaliumvärden. Kalium under 3.0 är farligt, och under 2.5 livshotande. Lågt fosfat indikerar refeedingsyndrom som är ett akut och potentiellt livshotande tillstånd. Om det finns flera mineralbrister samtidigt ökar detta riskerna, liksom om patientens allmäntillstånd är påverkat samt hög grad av viktneidgång.
- **Kreatinin**  
Test av njurfunktionen. Förhöjt värde kan indikera njursjukdom, eller hög träningsgrad som ger ökad muskelnedbrytning, eller vätskebrist. Lågt värde kan ses om muskelmassan är mycket lågt.
- **Albumin**  
Lågt värde kan indikera svår svält samt leversjukdom.
- **Fasteblodglukos**  
Vid svår svält kan man se låga blodsockervärden. Höga värden ska inge misstanke om diabetes.
- **Tyroideastatus**  
TSH förväntas vara normalt, även vid svält. T3 och T4 blir ofta låga som resultat av fysiologisk anpassning till svälten. Ett lågt TSH kan hypertyreos som kan viktminskning. Då förväntas T3 och T4 vara förhöjda.
- **Syra-basstatus**  
Kan kontrolleras om kräkning misstänks, vilket kan ge basöverskott. Syra-bas-balansen korrigeras dock väldigt snabbt om patienten avhåller sig från kräkning. Därför bör provtagning ske oannonserat.
- **Vitamin B12**  
Kan enkelt testas. Är oftast normalt vid anorexia nervosa. Lågt värde indikerar malabsorptionsåkomma. Högt värde ses vid leverinflammation.
- **Vitamin D**  
Riskerar att bli lågt pga svält, i synnerhet om svälten varat länge. Brist kan ge eller förvärra depressiva symtom.

### Urinprover

- Glukos
- Ketoner

Kontrolleras med urinsticka. Glukos ska ej förekomma i urinen, utan indikerar diabetes.

### EKG

EKG ska alltid kontrolleras om hjärtsvikt misstänks, om det finns hereditet för plötslig hjärtdöd, vid puls under 50, samt om patienten haft svimningar eller yrsel vid ansträngning.

Fråga efter tecken på arrytmi, eller tecken på att hjärtat har belastningstecken. Tänk på att kommunicera väl med den mottagning som utför undersökningen, och specificera vad som efterfrågas

(exempelvis "Patient med uttalad bradykardi, puls 44/min, under gårdagen svimmat. Föreligger tecken till arytmi eller hjärtsvikt? Finns det behov av monitorering och stabilisering på barnklinik?").

I undantagsfall blir det aktuellt med inläggning på barnklinik när ett akut EKG begärs.

Det händer dock att beskedet om att EKG ej visar allvarlig patologi uppfattas som att patienten inte har en allvarlig svält (eller ens en ätstörning), vilket kan bli ett bekymmer.

#### **Faktaruta: Definition av uttalad svält**

- EBW <85%  
Måttet BMI < -2 standardavvikelse kan också användas men ger sämre precision för långa och korta individer.
- Snabb viktne­d­gång, exempelvis 5% av ursprunglig vikt senaste 4 veckorna
- Temp <36° C, frusenhet, perifer kyla, kapillär återfyllnadstid >3 sekunder.
- Bradykardi (observera att gräns för bradykardi ökar med sjunkande ålder, exempelvis är en puls på 60/min hos 10-åring en uttalad bradykardi).
- Patologisk pulsreaktion vid ortostatiskt blodtryckstest:
  - Lågt blodtryck, som sjunker vid uppresning
  - Låg puls i liggande, där puls ligger kvar, stiger mer än 30% vid uppresning, eller i värsta fall sjunker
  - Kombinationen av fallande tryck och stigande/sjunkande puls är särskilt oroande

Vid uttalad svält ska barnkardiolog alltid konsulteras, samt EKG kontrolleras.

*(Slut faktaruta)*

#### **Uteslut somatisk komorbiditet**

Det är avgörande att i ett tidigt skede undersöka om det finns tecken på oupptäckt somatisk komorbiditet. För patienter med restriktiv problematik ska man särskilt undersöka om det finns tecken på fysisk sjukdom som kan ge viktminskning och/eller aptitförlust.

Nedan följer några exempel på potentiella fynd från den somatiska undersökningen som kan föranleda misstanke om fysisk sjukdom:

- Rastlöshet, darrighet, hjärklappning, svettningar, aptitstegring och sömnstörning är klassiska tecken på överfunktion av sköldkörteln (hypertyreos)
- Näringsbrist, buksmärtor, diarré, gaser och förstoppning är vanliga besvär vid celiaki
- Buksmärtor, blod i avföring, trängningar till avföring och feber kan uppstå till följd av inflammatorisk tarmsjukdom
- Aceton­doftande andedräkt (ketoacidosis), ökad törst, frekvent urinering, illamående, stark trötthet och dimsyn kan vara tecken på diabetes.

#### *3. Förväntad normalvikt bör bedömas för samtliga patienter med restriktiv ätstörning samt för patienter med andra typer av ätstörningar där det finns tecken på stagnerad viktutveckling eller viktne­d­gång. (Rekommendation)*

Bedömning av förväntad normalvikt kan vara hjälpsamt i ätstörningsbehandling hos samtliga patienter med en restriktiv problembild. Det kan också vara relevant att bedöma förväntad normalvikt för patienter med andra typer av ätstörningar, särskilt om det finns tecken på stagnerad viktutveckling, stagnerad tillväxt eller viktne­d­gång.

Förväntad normalvikt bör bedömas individuellt för varje patient och för unga patienter ska bedömningen ses som en färskvara, detta då förväntad normalvikt kommer att förändras med stigande ålder för patienter som ej vuxit färdigt.

Bedömningen av förväntad normalvikt kan göras på flera sätt, men oavsett metod är det lämpligt att begära ut kurvor från barnhälsovård och skola som underlag. För vissa patienter kan det även finnas journalförd vikt och längd i sjukvårdsjournalen. Om tillräckligt många mätpunkter finns noterade bidrar dessa med viktig information om patientens vikt- och längdhistorik. Uträkning av EBW% rekommenderas i första hand. Vänligen se faktaruta för definition.

För barn och yngre tonåringar som fortfarande växer är det särskilt viktigt att bedöma tillväxt och att skapa en tydlig bild av hur uttalad tillväxthämningen är.

Det är ej lämpligt att endast utgå från fasta BMI-gränser såsom lägsta normal-BMI eller liknande. Risken med en sådan metod är att tillfrisknande från ätstörningen kraftigt försvåras eller hindras då det finns en överhängande risk för att patienten egentligen är i behov av ytterligare viktåterhämtning för att möjliggöra ett normalt fungerande.

Vid bedömning av förväntad normalvikt är det även viktigt att inhämta information om faktorer som påverkar vikt- och längdutvecklingen, såsom ålder för pubertet (för flickor menstruationsdebut). Ålder för insjuknande i ätstörning samt eventuella andra faktorer som påverkat matintaget under uppväxten ska också tas i beaktande.

Bedömning av somatisk status ska alltid komplettera ovanstående information när aktuell vikt i förhållande till aktuell normalvikt bedöms. I många fall kan bedömningen av förväntad normalvikt behöva justeras om den somatiska statusen visar att det fortsatt föreligger symtom på undervikt (såsom exempelvis fortsatt amenorré hos flickor, kvarstående yrsel, kvarstående cirkulationspåverkan eller liknande) trots att patienten har återhämtat till den bedömda normalvikten. Det är således nödvändigt att löpande informera patient och vårdnadshavare om att uppskattning av förväntad vikt är komplext och att bedömningen kan komma att förändras under behandlingens gång.

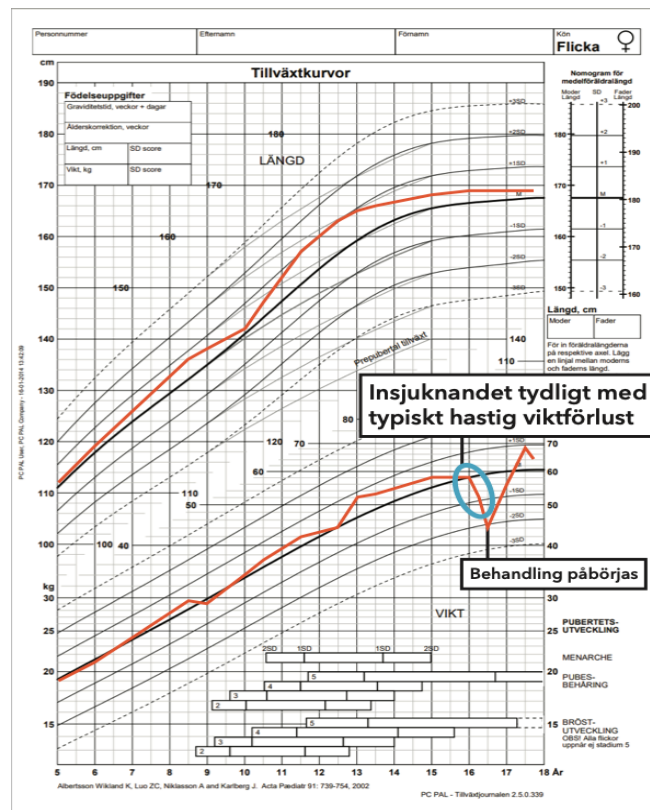
Det primära i behandlingens aktuella läge är att undersöka om viktåterhämtning behöver ske och att omedelbart etablera en adekvat viktåterhämtningstakt. Här ska en takt på ca 0,5 kg per vecka ses som minimigräns. Om man väljer att förmedla en beräknad normalvikt till patienten bör man göra det med försiktighet och med en tydlighet om att den beräknade normalvikten kan behöva justeras uppåt eller nedåt i ett senare skede.

I kommande del visas exempel på hur man kan använda tillväxtkurva och BMI-kurva i bedömningen. Tillväxtkurvorna visar exempelförlopp och har skapats för pedagogiskt syfte till denna riktlinje.

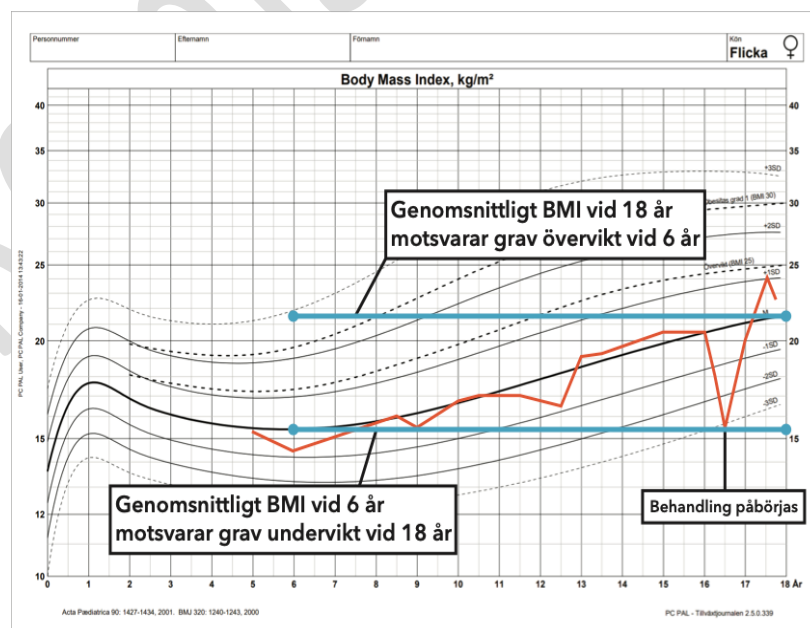


## Exempel på användande av tillväxtkurva vid bedömning

I tillväxtkurvan nedan ses en tydlig debut vid 16 års ålder av anorexia nervosa med hastig viktnedgång från ursprunglig normal vikt och längd. Detta utgör en "typisk" längd-viktkurva vid anorexia nervosa-insjuknande, hos patient med tidigare helt normal tillväxt.



BMI-kurvan för samma patient (se nedan) visar att BMI-index sjunkit med 3 standardavvikelser vid insjuknandet, och visar på nyttan av att betrakta både vikt- och längdkurvan samt BMI-kurvan.



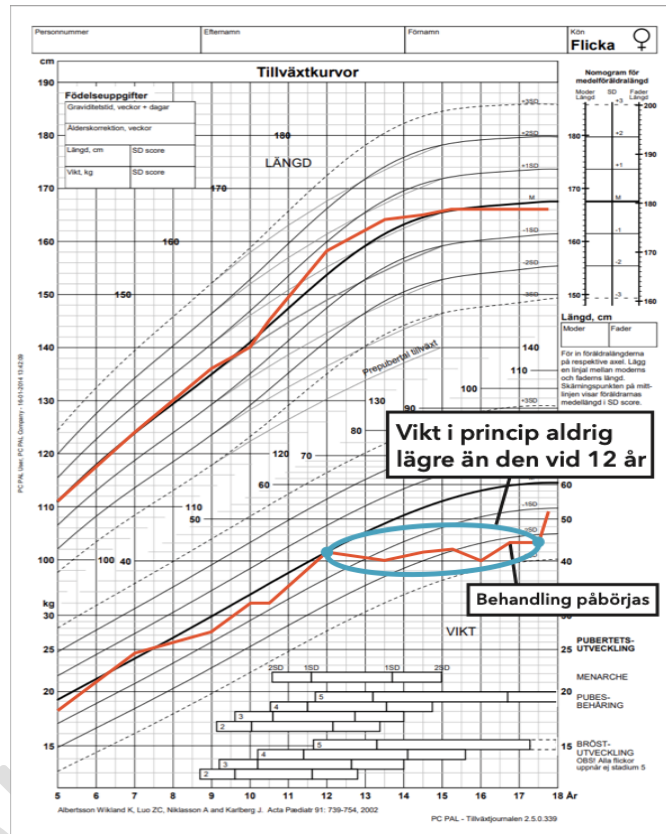
Såväl vikt- och längdkurva som BMI-kurva bör studeras; informationen från den ena kurvan kan inte ersätta informationen från den andra. Om patienten fått en hämmad längdtillväxt, kan det resultera i ett högre BMI, än vad som hade varit fallet om patienten vuxit som förväntat.

Notera även att det som vid 6 års ålder är ett genomsnittligt BMI (BMI lite över 15) motsvarar grav svält vid 18 år. Genomsnittligt BMI vid 18 år, BMI drygt 21, motsvarar fetma hos en sexåring.

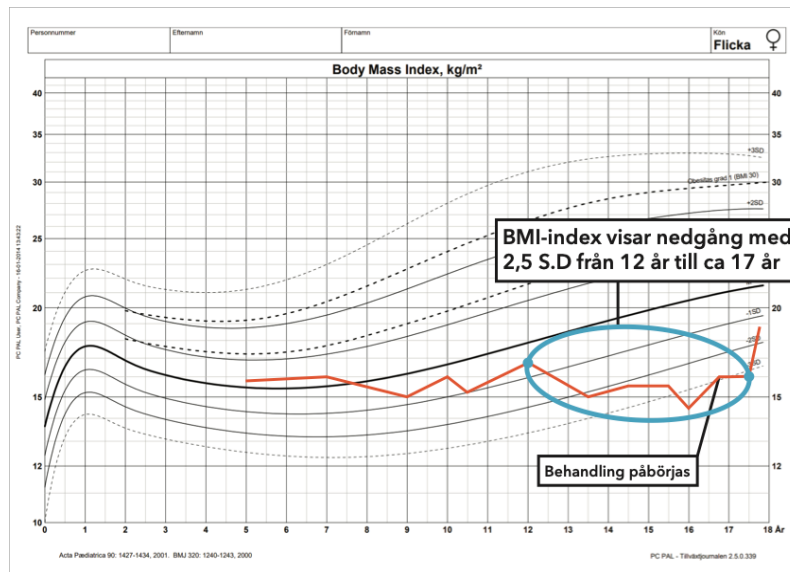
Det rekommenderas även att lägga in bägge föräldrarnas längd i tillväxtkurvan, då denna information ger, statistiskt sett, en ganska god skattning av barnets förväntade slutlängd. Det är också bra att fråga när respektive förälder hade sin tillväxtpurt, vilket samvarierar med pubertetsdebut.

### Exempel på långsamt insjuknande i anorexia nervosa

Tillväxtkurvan nedan visar exempel på patient som började få symtom på restriktiv ätstörning vid 12 år, men ej sökte vård förrän vid 17,5 år. Notera att vikten i princip aldrig gått ned under perioden 12 till 17 år, men däremot planat av.



På bilden nedan ses nyttan av BMI-kurvan särskilt tydligt. När man söker vård är BMI-index drygt minus 2,5 standardavvikelser (EBW% cirka 75%), trots att vikten ej gått ned, men viktökningen planat av. Såväl vikt- och längdkurva som BMI-kurva bör studeras; informationen från den ena kurvan kan inte ersätta informationen från den andra. Om patienten fått en hämrad längdtillväxt, kan det resultera i ett högre BMI, än vad som hade varit fallet om patienten vuxit som förväntat.



## Steg II utredning

### 1. Överväg vidare utredning vid fortsatt negativ trend eller utebliven effekt (Rekommendation).

För att undvika onödigt långa sjukdomsförlopp ska utebliven behandlingseffekt uppmärksammas i god tid och en fördjupad bedömning ska initieras i syfte att utreda om det kan finnas oupptäckt samsjuklighet eller andra vidmakthållandefaktorer som hindrar patient och familj från att tillgodogöra sig behandlingen.

Om den initiala behandlingseffekten uteblir efter 3 månaders behandling ska aktuella behandlingsinsatser utvärderas. Utvärderingen bör inkludera val av behandling och översyn av vårdintensitet och vårdnivå. En fördjupad bedömning som inkluderar såväl psykiatrisk som medicinsk utredning bör initieras och resultatet av denna bedömning ska vägleda fortsatt behandlingsplanering.

Det är ej lämpligt att fortsätta med samma behandlingsupplägg trots utebliven behandlingseffekt. För patienter med restriktiv problematik och undervikt ska fördjupad utredning övervägas om det föreligger utebliven viktuppgång eller fortsatt viktneidgång.

Bedömningen ska även inkludera patientens och familjens förutsättningar att tillgodogöra sig erbjuden behandling samt vidmakthållandefaktorer som hindrar behandlingseffekt. I detta ingår att bedöma vårdnadshavarnas förmåga och förutsättningar att stötta patienten till tillfrisknande. Övriga vidmakthållandefaktorer att beakta inkluderar patientens skolsituation (till exempel mobbning, inlärningssvårigheter), vänner och socialt nätverk, fritidsaktiviteter samt att kartlägga och medvetandegöra eventuella svårigheter kopplade till användning av sociala medier.

I de fall somatisk samsjuklighet föreligger ska man bedöma om och på vilket sätt detta kan påverka ätstörningsproblematiken. Det är ofta lämpligt att fördjupa samarbetet med aktuell medicinsk enhet.

### Barnmedicinsk utredning vid uteblivna behandlingsresultat (faktaruta)

- Föreligger det någon malabsorbtionssjukdom eller inflammatorisk tarmsjukdom?
- Födoämnesintoleranser?
- Observera att tidigare gjorda utredningar kan behöva göras om, eftersom vissa tillstånd utvecklas långsamt.

### Barnpsykiatrisk utredning vid uteblivna behandlingsresultat (faktaruta)

När evidensbaserad behandling bedrivits enligt steg I, men behandlingseffekt uteblivit, ska den psykiatriska diagnostiseringen fördjupas och specificeras. Då det är vanligt att tidigare oupptäckt psykiatrisk samsjuklighet hindrar patienter från att tillgodogöra sig behandling är det viktigt att vara

frikostig med barnpsykiatrisk utredning och bedömning. Syftet med detta är att kartlägga patientens funktionsnivå och fungerande samt utreda vilka anpassningar eller justeringar som kan krävas för att patienten ska få bättre förutsättningar i behandlingsarbetet.

I detta ingår att screena för:

- ADHD och autistiska drag enligt riktlinjer
- Symptom på ångest, tvångsmässighet och depression kartläggs noggrant. Specifika diagnoser såsom ångestsyndrom (separationsångest, generaliserat ångestsyndrom, social fobi, paniksyndrom och specifika fobier), tvångssyndrom, och egentlig depression ska fastställas eller uteslutas.
- Förekomst av eventuell kognitiv funktionsnedsättning
- Emotionell instabilitet och relationella svårigheter, särskilt när det även föreligger självskaðebeteende och/eller suicidalitet
- Traumatisering
- Missbruk ska beaktas, särskilt av aptitnedsättande substanser (exempelvis centralstimulantia).

Information kring symptom och fungerande ska samlas in både från patienten själv och vårdnadshavare.

Det är viktigt att utreda om symptom på annan psykiatrisk samsjuklighet bedöms vara primär eller en sekundär effekt av ätstörningsproblematiken. Således ska bedömningen inkludera kartläggning av symptomdebut i förhållande till insjuknande i ätstörning och hur symtombilden förändras eller kvarstår i relation till ätstörningssymtomens fluktuation över tid.

### **Bedömning av barnets sociala miljö (faktaruta)**

Evidensbaserade ätstörningsbehandlingar för barn och ungdomar bygger alltid på vårdnadshavarnas delaktighet. Vid utebliven behandlingseffekt ska även vårdnadshavarnas förutsättningar och förmåga att erbjuda patienten nödvändigt konkret och känslomässigt stöd ingå i den fördjupade bedömningen. I de fall vårdnadshavare ej bedöms ha tillräckliga förutsättningar för att stötta barnet eller ungdomen till tillfrisknande ska behandlingsplaneringen anpassas så att vårdnadshavarna erhåller extra stöd. I dessa fall ska även socialtjänsten kontaktas skyndsamt för att möjliggöra eventuellt utökad samhällsstöd till familjen.

Följande familjefaktorer är särskilt viktiga att beakta:

- Finns det psykisk eller somatisk ohälsa hos vårdnadshavarna?
- Förekommer det missbruk hos vårdnadshavarna?
- Finns det kognitiva svårigheter hos vårdnadshavarna?
- Mående och fungerande hos eventuella syskon?

Vid omfattande svårigheter i familjesystemet och i fall där vårdnadshavarnas svårigheter att stötta barnet eller ungdomen till det nödvändiga förändringsarbetet ej räcker till, trots familjeinriktade behandlingsinsatser, är det av största vikt att socialtjänst kopplas in för en bedömning kring familjens möjligheter till stöd.

## **Steg III utredning**

*1. Stagnerat eller uteblivet tillfrisknande trots tidigare bedömning och behandling enligt riktlinjer kan indikera behov av bred barnpsykiatrisk och/eller somatisk utredning. (Rekommendation)*

Om behandling och bedömning genomförts enligt steg I och II utan tillräcklig effekt bör ställningstagande göras kring om det finns behov av ytterligare utredning. Detta för att utesluta annan allvarlig problematik och för att upptäckt och därmed obehandlad psykiatrisk eller somatisk samsjuklighet kan vidmakthålla patientens ätstörningsproblematik. I detta läge är det generellt relevant att genomföra en bred barnpsykiatrisk utredning för att kartlägga patientens fungerande och behov, även om screening enligt steg II i denna riktlinje ej indikerat att annan problematik föreligger. I den

breda barnpsykiatriska utredningen bör patientens kognitiva funktioner och generell funktionsnivå noggrant kartläggas.

Barnpsykiatriska utredningar bör genomföras enligt riktlinjer för respektive tillstånd, [var god se länk](#). Differentialdiagnostiken kan dock vara påtagligt utmanande vid undervikt. Detta beror på att de ätstörningsrelaterade svältsymtomen ofta leder till sekundära kognitiva och emotionella svårigheter som kan misstas för annan problematik. Utvecklingsanamnes och en noggrann kartläggning av hur patientens olika symtom eller svårigheter har uppkommit och fluktuerat i relation till insjuknande i ätstörning är således den viktigaste faktorn vid bedömning av utredningsbehov.

Det är generellt att föredra att avvakta med barnpsykiatrisk utredning tills dess att patienten har stabiliserats i sin ätstörning på eller nära normal vikt. Om undervikt kvarstår länge trots att behandling och bedömning genomförts enligt riktlinjer är det dock nödvändigt att genomföra utredning vid misstanke om oupptäckt samsjuklighet. I dessa fall ska patientens undervikt ses som en osäkerhetsfaktor vid resultatsammanställning och det kan också vara relevant att upprepa hela eller delar av utredningen i ett senare skede när undervikt inte längre föreligger. Det är således ej acceptabelt att neka barnpsykiatrisk utredning med hänvisning till svälttillstånd eller undervikt för patienter där det finns misstanke om att oupptäckt samsjuklighet hindrar patientens möjligheter till att tillgodogöra sig behandlingen. Detta kan till exempel gälla vid misstanke om autism eller annan psykiatrisk problematik.

## Utredning Anorexia Nervosa

Nedan beskrivs utredningsrekommendationer specifika för anorexia nervosa. De diagnosspecifika rekommendationerna kompletterar de generella rekommendationer som beskrivits i det generella utredningskapitlet ovan, [se från sida 10](#).

Faktaruta: Kriterier för anorexia nervosa enligt DSM-5 (publiceras med tillstånd av förlaget Pilgrim Press)

*Här får vi färdiga filer från Pilgrim press att klistra rakt in i vårt dokument. Tänk på att inte onödigt upprepa symptom härifrån i "klinisk bild".*

- B. Symtomen orsakar kliniskt signifikant lidande eller
- B. Episoden kan inte tillskrivas
- D. etc
- D. etc

### Steg I utredning

*1. Vid anorexia nervosa ska den generella anamnestagningen kompletteras med diagnosspecifika undersökningar. (Rekommendation)*

Vid anorexia nervosa kan det förekomma en rad olika ätstörningsbeteenden. För att utreda om det för den aktuella patienten rör sig om anorexia nervosa av restriktiv typ eller anorexia nervosa med hetsätning och/eller självrensning ska noggrann information samlas in kring vilka ätstörda beteenden patienten ägnar sig åt i dagsläget samt hur det har sett ut tidigare.

Många patienter med anorexia nervosa beskriver kontrollförlust i samband med ätande, särskilt om de äter saker som de egentligen inte vill äta eller som de inte har planerat att äta. Det är viktigt att undersöka mängden mat som intas i samband med denna upplevelse av kontrollförlust, för att utreda om det rör sig om så kallade objektiva hetsätningsepisoder eller så kallade subjektiva hetsätningsepisoder. I de fall patienten beskriver objektiva hetsätningsepisoder kan

behandlingsplaneringen inkludera interventioner eller psykopedagogik från behandling riktad mot bulimia nervosa.

Förekomst av frekventa kräkningar är oroväckande vid anorexia nervosa, då detta snabbt kan orsaka somatiska risker. Det är således lämpligt att undersöka förekomsten av kräkningar regelbundet, särskilt som det kan förändras över tid vilka beteenden som ingår i problembilden. Detta gäller även beteenden såsom användning av laxermedel eller tvångsmässig/överdriven fysisk aktivitet. Noggrann kartläggning av fysisk aktivitet är av största vikt när svältpåverkan föreligger.

Majoriteten av patienter med anorexia nervosa lider av någon form av viktfoxi. Påverkad kroppsuppfattning och kroppsmisnöje ingår i diagnoskriterierna för anorexia nervosa, men detta kan uttryckas på olika sätt. En majoritet uttrycker uttalad önskan om att gå ner i vikt eller rädsla för att öka i vikt, likaså är det vanligt med tydligt påverkad kroppsuppfattning där patienten beskriver en upplevelse av att kroppen är betydligt större än den egentligen är. Det förekommer dock att patienter uttrycker insikt om att den aktuella vikten är för låg och en förståelse för att viktåterhämtning är nödvändigt. I dessa fall är den kliniska bedömningen avgörande för att kunna ta ställning till om diagnoskriteriet uppfylls eller ej. Kroppsmisnöje och problematisk kroppsuppfattning kan bedömas föreligga om patienten betar sig på ett sätt som hindrar viktåterhämtning eller bedöms ha svårt att förstå allvaret i situationen. Exempel på detta är patienter som uttrycker önskemål om att öka i vikt men som undviker att göra förändringar i ätandet som kan möjliggöra viktåterhämtning. Andra exempel är patienter som har svårt att ta in ett allvarligt svälttillstånd föreligger, eller patienter som helhetsmässigt har en realistisk kroppsuppfattning men där synen på specifika kroppsdelar avviker.

Ätandet vid anorexia nervosa är ofta präglad av en önskan om att äta energisnåla livsmedel. Kaloriräkning är vanligt men behöver inte föreligga. Vilka livsmedel eller maträtter som undviks överensstämmer ofta med den rådande samhällsnormen kring vad som anses vara ett hälsosamt ätande. Dieter är vanligt, likaså finns en överrepresentation i denna grupp avseende vegetariskt eller veganskt ätande.

Det är vanligt att patienter med anorexia nervosa äter små portioner med långa måltidsuppehåll. Ätbeteendet inkluderar för många en väldigt långsam äthastighet, användning av små tallriker och bestick, och det är också vanligt att maten delas i små bitar och att olika livsmedel hålls uppdelade på tallriken. En del patienter med anorexia nervosa kan äta på ett relativt normalt sätt tillsammans med andra människor, men kompenserar för matintaget innan eller efter dessa måltider.

## Utredning Atypisk Anorexia Nervosa

Atypisk anorexia nervosa delar många likheter med anorexia nervosa och kan vara lika svårt att behandla. Den primära skillnaden mellan diagnoserna är graden av undervikt, då det vid atypisk anorexia nervosa ska ha funnits en viktnedgång men där den aktuella vikten ej är lägre än lägsta normalvikt. Att vikten kvarstår inom BMI-mässigt normala ramar kan innebära en extra utmaning i behandlingsarbetet, särskilt i fall där den aktuella vikten är sådan att det från patientens perspektiv finns en logisk grund i rädslan för viktökning eller önskan om viktnedgång.

Rekommendationerna för utredning vid atypisk anorexia nervosa är i stort samma som vid anorexia nervosa, således se föregående avsnitt för rekommendationer kring handläggning. Det är särskilt viktigt att bedöma förekomst av svältsymtom även med dessa patienter, då ett allvarligt svälttillstånd kan föreligga även om aktuell vikt är inom normalspannet.

Många patienter med atypisk anorexia nervosa har på kort tid gått ned väldigt mycket i vikt, detta ska särskilt uppmärksammas och föranleda en noggrann somatisk undersökning i enlighet med rekommendationer för anorexia nervosa. Generellt styrs allvarlighetsgraden gällande det somatiska tillståndet av hur stor och/eller snabb viktnedgången varit.

# Utredning ARFID

Nedan beskrivs utredningsrekommendationer specifika för ARFID. De diagnosspecifika rekommendationerna kompletterar de generella rekommendationer som beskrivits i det generella utredningskapitlet ovan, [se från sida 10](#).

## **Faktaruta: Kriterier för Diagnosområdet enligt DSM-5 (publiceras med tillstånd av förlaget Pilgrim Press)**

*Här får vi färdiga filer från pilgrim press att klistra rakt in i vårt dokument. Tänk på att inte onödigt upprepa symptom härifrån i "klinisk bild".*

- D. Symtomen orsakar kliniskt signifikant lidande eller
- D. Episoden kan inte tillskrivas
- F. etc
- F. etc

## **Steg I utredning**

*1. Vid ARFID ska den generella anamnestagningen kompletteras med diagnosspecifika undersökningar. (Rekommendation)*

Utvecklingsanamnes inklusive frågor om tidiga uppfödningssvårigheter ska inhämtas vid misstanke om ARFID. Patienter med ARFID har ofta en tidigare sjukdomsdebut än övriga restriktiva ätstörningssymtom, och vid fall där svårigheterna främst handlar om matens sensoriska egenskaper har det generellt funnits en känslighet kring mat sedan tidig ålder. Det är viktigt att samla in information kring den tidiga uppfödningen, exempelvis frågor kring eventuell amning, hur övergången mellan flytande till fast föda fungerade och om det har förekommit sväljsvårigheter eller sensorisk över- eller underkänslighet. Även den generella motoriska och kognitiva utvecklingen bör beröras.

Till skillnad från till exempel anorexia nervosa drabbas pojkar lika ofta som flickor. Hereditet är vanligt vid ARFID, och det är vanligt att det vid anamnestagning framkommer att första- eller andragradssläktingar har eller har haft liknande besvär.

Vid ARFID ska det inte föreligga någon störning av kroppsuppfattningen. Detta kan dock vara svårbedömt, särskilt i fall där egentligen anorexia nervosa föreligger, men patienten uttrycker sina kroppsuppfattningssvårigheter på ett mer diffust sätt. Se gärna texten om att bedöma störd kroppsuppfattning vid anorexia nervosa [på sida 22](#) som stöd. Vidare kan bedömning av fysioterapeut vara hjälpsamt, om sådan finns tillgänglig. Det är dock viktigt att inte diagnossättning fördröjs i väntan på fysioterapeutbedömning, om vårdköer förekommer.

En subgrupp av patienter med ARFID har varit med om obehagliga eller potentiellt traumatiska händelser som orsakat rädslor kopplat till ätande. Det kan till exempel gälla rädsla för att sätta i halsen eller kräkfobi. Ställ alltid frågor kring traumatisering, inklusive frågor om obehagliga erfarenheter i måltidssituationer, vid misstanke om ARFID.

Somatisk samsjuklighet och tidigare sjukdomar bör uteslutas innan ARFID-diagnos ställs för att säkerställa att det inte föreligger somatiska tillstånd som kan förklara ättsvårigheter eller tillväxthämning. Detta kan till exempel vara tyroideasjukdomar eller celiaki. Det är viktigt att undersöka om den bristfälliga kosten orsakat näringsbrister. När en patient med misstänkt ARFID bedöms inom barn- och ungdomspsykiatri är det således avgörande att ta reda på vilka

undersökningar som redan är genomförda och vilka man eventuellt behöver komplettera med för att få en god helhetsbild.

Anamnestagningen ska även inkludera en generell beskrivning av barnets fungerande. Det är vanligt att barn med ARFID har drag av ängslighet och perfektionism. Det är även vanligt med envishet, social tillbakadragenhet samt en snäv beteenderepertoar.

*2. Vid misstanke om ARFID ska den somatiska bedömningen, utöver det som framgår i de generella rekommendationerna, kompletteras med diagnosspecifika undersökningar. (Rekommendation).*

Somatisk undersökning ska genomföras i enlighet med rekommendationer i det generella utredningskapitlet, [se sida 10](#). Vid misstanke om ARFID ska följande tillägg göras:

- Vid undersökning av mun och svalg, notera vid undersökningen om det finns tecken på sensorisk överkänslighet. Det kan exempelvis handla om att patienten har lätt att klöka.
- Vid undersökning av buken, ge noga akt på eventuell ömhet, resistenser eller svullenhet eftersom det är vanligare med gastrointestinala besvär vid undvikande/restriktiv ätstörning än vid anorexia nervosa.
- Vid undersökning av hudkostymen, notera särskilt tecken på bristtillstånd såsom anemi, zinkbrist, nagelförändringar.

Provtagningar ska ske i enlighet med de generella rekommendationerna, men med följande tillägg:

- Vid låg vikt och buksymtom: gliadinantikroppar (celiaki)
- Vitamin B12 samt D-vitamin
- Urinprover: glukos; ketoner
- Avföringsprov (vid buksmärta/diarré): calprotectin

## Utredning Bulimia Nervosa samt Bulimia Nervosa med låg frekvens och/eller begränsad varaktighet

Nedan beskrivs utredningsrekommendationer specifika för bulimia nervosa. De diagnosspecifika rekommendationerna kompletterar de generella rekommendationer som beskrivits i det generella utredningskapitlet ovan, [se från sida 10](#).

**Faktaruta: Kriterier för Diagnosområdet enligt DSM-5 (publiceras med tillstånd av förlaget Pilgrim Press)**

*Här får vi färdiga filer från pilgrim press att klistra rakt in i vårt dokument. Tänk på att inte onödigt upprepa symptom härifrån i ”klinisk bild”.*

- F. Symtomen orsakar kliniskt signifikant lidande eller
- F. Episoden kan inte tillskrivas
- H. etc
- H. etc

### Steg I utredning

*1. Vid bulimia nervosa ska den generella anamnestagningen kompletteras med diagnosspecifika undersökningar. (Rekommendation)*

Vid bulimia nervosa kan det, precis som vid övriga ätstörningsdiagnoser, förekomma en rad olika ätstörningsbeteenden. Det är viktigt att samla in information kring både aktuella och historiska beteenden. Då det är vanligt att patienter med ätstörning över tid skiftar symtombild kan det för vissa patienter vara så att den bulimiska problematiken utvecklats efter en tids anorektisk problembild.



Många patienter med bulimia nervosa uttrycker liknande svårigheter med kroppsmisnöje och kroppsuppfattning som patienter med anorexia nervosa. Viktfohi är vanligt, och många med bulimia nervosa har en önskan om att kunna äta mer restriktivt och att påverka sin vikt och/eller kroppsform.

Hetsätningsepisoder ska förekomma i genomsnitt minst en gång i veckan under 3 månaders tid för att diagnosen bulimia nervosa ska vara aktuell. Om hetsätningsepisoder förekommer mer sällan, eller om problematiken funnits under kortare tid än 3 månader kan diagnos *bulimia nervosa med låg frekvens och/eller begränsad varaktighet* vara mer passande. Vid misstanke om en bulimisk problembild ska detaljerad information om hetsätningsepisoderna inhämtas. Det är viktigt att i detalj skapa en bild av vilken typ av mat som intas under hetsätningsepisoderna, hur stora mängder mat som intas, samt hur situationen generellt ser ut. För att det ska vara aktuellt med en bulimidiagnos ska så kallade objektiva hetsätningsepisoder förekomma.

### **Att bedöma hetsätningsepisoder (faktaruta)**

#### Objektiva hetsätningsepisoder

- Kontrollförlust föreligger
- Mängden mat som intas är betydligt större än vad som kan anses normalt i den aktuella situationen
- Hetsätningarna pågår intensivt under en begränsad tidsperiod, som till exempel två timmar
- Det är viktigt att ta hänsyn till den aktuella kontexten, då det till exempel faller inom normala ramar att äta mer mat än vanligt vid julbord jämfört med en vardaglig måltid

#### Subjektiva hetsätningsepisoder

- Kontrollförlust föreligger
- Mängden mat som intas under episoden är inom eller under normala ramar
- Kan till exempel handla om patienter som äter mer eller annan mat än vad hen egentligen vill

#### *(Slut faktaruta)*

Småätande kan ej klassificeras som hetsätning, dels då det vanligen ej föreligger kontrollförlust, dels att ätandet ofta är lågintensivt och kan vara utspritt över en betydligt längre tidsperiod.

Hetsätningssproblematiken är ofta kopplad till starka känslor av skam och misslyckande. För en del patienter med bulimia nervosa kan önskan om att sluta hetsäta vara den primära drivkraften när patienten söker vård, men detta kompliceras ibland av att skamkänslorna kan hindra patienten från att våga berätta om sina svårigheter fullt ut.

Vid bulimia nervosa ska det förekomma någon form av regelbundet kompensationsbeteende. Kräkningar är en vanlig kompensationsmetod, men det kan även handla om användning av laxermedel i kompensatoriskt syfte, träning eller fasta. Precis som vid anorexia nervosa med självrensning är det viktigt att noga kartlägga om kräkningar förekommer och i hur stor utsträckning. Frekventa kräkningar kan snabbt orsaka somatiska risksituationer, och ger också mer långvariga problem som till exempel tandskador.

Det är vanligt att ätandet vid bulimia nervosa är oregelbundet med ett restriktivt ätande delar av dagen som sedan övergår i hetsätning. Detta leder till en negativ cykel med fortsatt bantningsförsök eller kompensationsförsök som är direkt relaterade till senare kontrollförlust på grund av hunger eller sug efter ökat näringsintag. Många som lider av bulimia nervosa har strikta regler kring vilka livsmedel de tillåter sig att äta vid de vanliga måltiderna och vilka livsmedel som är tabubelagda eller förbjudna. Många gånger är det mat som personer annars inte tillåter sig att äta som intas under hetsätningsepisoderna. Förbud kring specifika livsmedel vidmakthåller ofta hetsätningssproblematiken, då förbudet tenderar att leda till ökat sug efter just denna typ av mat.

Stora svårigheter med impuls kontroll ingår generellt i symtombilden vid bulimia nervosa. Detta gör att det ofta även förekommer andra typer av psykiska problem som delar svårigheterna att hantera impulsivitet, såsom adhd, självskadebeteende eller emotionellt instabilt personlighetssyndrom. Det är också vanligt att ångestsyndrom, depression eller tvångsproblematik framkommer vid anamnestagningen, likaså alkohol- och substansbruk.

## Utredning Hetsättningsstörning samt Hetsättningsstörning med låg frekvens och/eller begränsad varaktighet

Nedan beskrivs utredningsrekommendationer specifika för hetsättningsstörning. De diagnosspecifika rekommendationerna kompletterar de generella rekommendationer som beskrivits i det generella utredningskapitlet ovan, [se från sida 10](#).

### **Faktaruta: Kriterier för Diagnosområdet enligt DSM-5 (publiceras med tillstånd av förlaget Pilgrim Press)**

*Här får vi färdiga filer från pilgrim press att klistra rakt in i vårt dokument. Tänk på att inte onödigt upprepa symptom härifrån i "klinisk bild".*

H. Symtomen orsakar kliniskt signifikant lidande eller

H. Episoden kan inte tillskrivas

J. etc

J. etc

### **Steg I utredning**

*1. Vid hetsättningsstörning ska den generella anamnestagningen kompletteras med diagnosspecifika undersökningar. (Rekommendation)*

Vid hetsättningsstörning ska det föreliggande hetsättningsepisoder minst en gång i veckan under minst 3 månaders tid. Om hetsätning förekommer mer sällan eller om problematiken har förekommit under en kortare tidsperiod, kan diagnos *hetsättningsstörning med låg frekvens och/eller begränsad varaktighet* vara passande. Precis som vid bulimia nervosa ska det föreliggande så kallade objektiva hetsättningsepisoder. Se faktaruta [på sida 25](#) för information om skillnaden mellan objektiva och subjektiva hetsättningsepisoder.

För patienter med hetsättningsstörning är det viktigt att anamnesen noga kartlägger hur länge hetsättningsproblematiken förekommit och hur den sett ut över tid. En del patienters hetsättningsproblematik har utvecklats till följd av bristfälligt eller oregelbundet ätande, där kontrollförlusten precis som vid bulimia nervosa kan ha drivits av att kroppen inte fått tillräcklig och regelbunden näring. Det är också vanligt att hetsättningsproblematiken har startat som en form av tröstätande eller känslöätande.

Precis som vid bulimia nervosa är det vanligt att patienter med hetsättningsstörning har svårigheter med impuls kontroll. Det är således vanligt med tidigare eller befintlig samsjuklighet som kan inkludera till exempel adhd. Vid hetsättningsstörning är det även vanligt med depression och ångestsyndrom.

# Generella behandlingsprinciper

Behandlingskapitlet startar med generella rekommendationer som gäller vid alla typer av ätstörningsdiagnoser. Längre fram följer sedan avsnitt för respektive ätstörningsdiagnos där ytterligare diagnosspecifika rekommendationer hittas.

Behandlingsinsatser vid ätstörning syftar till att minska symtom och att stärka patientens och familjens tillgång till gynnsamma färdigheter.

## Steg I

### *1. Ätstörningsbehandling ska bedrivas utifrån evidens och beprövad erfarenhet inom multiprofessionella team. (Rekommendation)*

Alla patienter med ätstörning ska erbjudas behandling utifrån evidens och beprövad erfarenhet. Då ätstörning är en komplex problematik krävs bred kompetens hos personalen kring varje patient. Ätstörningsbehandling bör således bedrivas inom multiprofessionella team med möjlighet att ta ett helhetsgrepp om ätstörningen.

Det multiprofessionella teamets gemensamma kompetens ska inkludera: medicinsk kunskap, psykologisk kunskap, kunskap om näringslära, och psykoterapeutiska färdigheter med särskild betoning på familjeterapi och kognitiv beteendeterapi (specifikt KBT-E). Det är också viktigt att det inom teamet finns kompetens för att bedöma och beskriva sådana svårigheter inom familjer som kan föranleda orosanmälan till socialtjänst.

Ätstörningens komplexitet, särskilt i svårare fall, kan väcka känslor av frustration hos behandlare. Det är vanligt att patienter uttrycker bristande motivation till att genomföra viktiga förändringar alternativt uppvisar bristande sjukdomsinsikt och därmed också bristande förståelse för behandlingsupplägget. Detta ska ses som en del av sjukdomsbilden och behandlare behöver vara uppmärksamma på de känslor och reaktioner som sådana symtom kan framkalla.

Frustration hos behandlare kan leda till inslag av straff och belöning i behandlingsupplägget. Det kan till exempel gälla hot om att heldygnsvård blir aktuellt om patienten ej genomför förändringar inom ramarna för öppenvårdsbehandling, eller hot om exempelvis sondmatning om patienten ej vill äta i heldygnsvård. Ett annat exempel är hot om indragna privilegier eller att permissioner och dylikt används som belöning om patienten genomfört önskade förändringar. Sådana inslag av straff och belöning kan orsaka problem i kommande behandlingsfaser och rekommenderas ej. Man ska emellertid vara medveten om att en patient i svår svält har ett mycket konkret tänkande, och det är därför svårt att få patienten att inse sjukdomens allvarlighetsgrad. Det kan då behövas att man exemplifierar på ett konkret sätt tänkbara konsekvenser av svälten, utan att det formuleras som hot.

Betänk att patientens behandling ska utformas efter dennes aktuella förutsättningar och behov. Arbete med att stärka patientens motivation och sjukdomsinsikt kan med fördel genomföras på andra sätt, exempelvis genom kartläggning av patientens långsiktiga mål och samtal kring vilka konkreta förändringar som behöver ske för att målen ska kunna uppfyllas.

Risken för återfall i ätstörning är stor, även efter en framgångsrik behandling. Risken är som störst under det första året efter avslutad behandling. Behandlande enhet bör ha beredskap för att kunna erbjuda kompletterande samtal, så kallade boostersessioner. Det rör sig inte om en ny behandling utan några enstaka samtal för att återknyta till det som varit verksamt i den tidigare behandlingen.

### *2. Vikten av en sammanhållen vårdkedja. (Rekommendation)*

Patienter med ätstörning är ofta i behov av olika behandlingsinsatser under sin sjukdomstid. Beroende på hur ätstörningsvården är organiserad på den aktuella vårdenheten kan detta innebära att patienten erhåller vård från flera olika behandlare, team eller mottagningar.

En sammanhållen vårdkedja är av största vikt för att nå ett framgångsrikt behandlingsutfall. Det är av största vikt att inblandade team eller mottagningar samverkar och planerar gemensamt för att glapp mellan olika behandlingsformer där patienten står utan stöd ska kunna undvikas. Digitala lösningar kan med fördel användas för att förenkla samverkan och deltagande på gemensamma möten. Ett gemensamt helhetsgrepp i behandlingen mellan olika insatser gynnar ett positivt behandlingsutfall.

För att ge patienten goda förutsättningar i behandlingsarbetet är det gynnsamt om den vård som ges från olika vårdgivare harmonierar så långt det är möjligt. Behandlare som är involverade i patientens vård bör kommunicera med varandra och vid behov diskutera fram en gemensam linje. Man bör så långt det är möjligt undvika att patienten erhåller motstridiga råd eller direktiv. I de fall skillnader mellan olika behandlingsinterventioner, råd eller direktiv är nödvändiga är det av största vikt att lägga tid på att förklara anledningen för patient och vårdnadshavare samt hur de ska ta sig an de aktuella råden eller direktiven.

### *2. En vårdplan som upprättas i gemensam överenskommelse med patient och vårdnadshavare bör utgöra grunden för all behandling. (Rekommendation)*

En vårdplan ska upprättas inför behandlingsstart och löpande utvärderas under behandlingens gång. Vårdplanen ska upprättas och utvärderas i samråd med patient och vårdnadshavare utifrån en gemensam inventering av aktuella problemområden. När vårdplanen formuleras ska patient och vårdnadshavare erhålla information om tillgängliga behandlingsalternativ inklusive tydlig information om behandlingens förväntade effekt och grad av vetenskapligt stöd.

Ett viktigt mål med den gemensamt upprättade vårdplanen är att skapa förutsättningar för ett högt engagemang i behandlingsarbetet från vårdnadshavarna och, om möjligt, patienten.

En bedömning av familjens förutsättningar ska ligga till grund för behandlingsplaneringen. Vårdnadshavarnas förmåga att ge konkret och känslomässigt stöd ska inkluderas i behandlingen och vid svårigheter bör detta beröras inom ramarna för behandlingsinsatserna.

### *3. Samtliga patienter med ätstörning ska erbjudas psykologisk behandling. (Rekommendation)*

Samtliga barn och ungdomar med ätstörning ska erbjudas psykologisk behandling, i första hand familjebehandling eller individuell psykologisk behandling med föräldrainvolvering.

Rekommendationen gäller oavsett typ av ätstörningsdiagnos och viktstatus, det är således olämpligt att neka patienter tillgång till psykologisk behandling med hänvisning till undervikt eller svältpåverkan. Inte heller är det lämpligt att sätta upp villkor såsom att psykologisk behandling erbjuds först efter att viktåterhämtning initierats. För patienter i svälttillstånd ska interventionerna anpassas så att patienten klarar att tillgodogöra sig behandlingen trots den kognitiva påverkan som svälttillståndet vanligen medför.

Psykologisk behandling vid ätstörning handlar primärt om att utveckla patienters och vårdnadshavares färdigheter i syfte att kunna genomföra nödvändiga beteendeförändringar, såsom att införa ett normaliserat ätande och avstå från kompensationsbeteenden. Med andra ord ska den psykologiska behandlingen hjälpa patient och familj med *hur* de ska klara av att genomföra viktiga beteendeförändringar. Psykologisk behandling ska inkludera ångesthantering och känslohantering, samt interventioner för att öka patientens sjukdomsinsikt och motivation till förändring. Kartläggning av vidmakthållandefaktorer är en annan viktig behandlingsintervention.

### **Psykologisk behandling ska inkludera stöd för att hantera destruktiva impulser**

Alla patienter med ätstörning, samt deras vårdnadshavare, erhålla stöd och insatser som hjälper dem att hantera impulser om ätstörda beteenden. Det är viktigt att patient och familj får information om vilka förändringar som behöver ske för att möjliggöra tillfrisknande, men det är minst lika viktigt att de också får stöd kring hur de ska klara av att genomföra förändringarna och hur de kan utmana sina rädslor och hantera de svåra känslor som förändringarna medför.

Impulsivitet och tendenser att hantera svåra tankar och känslor genom impulsiva destruktiva beteenden föreligger hos många patienter med ätstörning. Patienter med dessa svårigheter är i stort behov av stöd i att utveckla adaptiva färdigheter som ökar förmågan till impuls kontroll och framför allt ger en ökad repertoar av alternativa regleringsstrategier. Detta arbete sker fördelaktigt i nära samarbete med patientens vårdnadshavare, eftersom patienten är i behov av stöd i de vardagliga situationerna när hen ska öva på att använda sig av sina nyutvecklade regleringsstrategier.

I situationer då det finns en risk för att patienten ska falla in i impulsiva ätstörda beteenden kan krisstrategier med fördel användas. Användning av krisstrategier är en form av funktionell distraktion eller undvikande, som hjälper genom att patientens uppmärksamhet riktas bort från impulser eller tankar om att utföra ätstörda beteenden. Det finns många olika krisstrategier att välja mellan, och patienten bör uppmanas att prova flera olika strategier och skapa en egen lista med de strategier som patienten själv upplever fungerar bäst. Gemensamt för alla krisstrategier är att de på något sätt orsakar starka och intensiva sinnesupplevelser (såsom genom smak, lukt eller känsel), så pass starkt att den upptar hela patientens uppmärksamhet för en kort stund och på så vis hjälper patienten att bryta eller skapa distans till påträngande tankar eller impulser om att utföra någon form av ätstört beteende.

Det är viktigt att påtala att krisstrategier inte syftar till att ta bort ångest eller svåra tankar. Syftet med att använda sig av krisstrategier är att lyckas fördriva tid utan att agera på de svårhanterliga och påträngande känslor, tankar eller impulser. På så sätt skapas distans och utrymme för att impulsen ska hinna gå över. Krisstrategier är en kortsiktig lösning på väldigt starka och svårhanterliga känslor, tankar och impulser. För långsiktigt tillfrisknande behöver arbete ske med mer långsiktigt gynnsamma regleringsstrategier.

#### **Tips på krisstrategier (faktaruta):**

- Hålla i isbitar
- Spola kallvatten på händerna eller handlederna
- Skölja ansiktet i kallvatten
- Duscha i kallt eller varmt vatten
- Bita i en chilifrukt
- Smaka på wasabi
- Lyssna på hög musik
- Räkna alla saker i omgivningen som är i en viss färg
- Bit i en citron

*(slut faktaruta)*

Det brukar även vara gynnsamt att lära ut olika former av stoppstrategier, det vill säga strategier som hjälper patienten att stoppa sig själv från att agera på ätstörda impulser. I vissa situationer kan även mildare former av avledande distraktion vara hjälpsamt, såsom att fokusera på någon form av pussel, mobilspel, målarbok, kreativa aktiviteter eller liknande.

För ytterligare inspiration kring vilka krisstrategier som patienten kan testa, se gärna behandlingslitteratur som handlar om att avstå från självskadebeteende. Ytterligare inspiration kan även hämtas från appen Färdighetslistan som föreningen SHEDO har utvecklat.

#### **Psykologiska interventioner för en ökad förståelse kring hetsätning eller överätning**

Hetsätning och överätning kan förekomma vid samtliga ätstörningsdiagnoser. Patienter som hetsäter eller överäter, och dennes vårdnadshavare, är i behov av insatser som bidrar till en ökad förståelse kring vanliga bakomliggande faktorer. Det är också av stor vikt att en kartläggning genomförs för att förstå vilka faktorer som vidmakthåller hetsätningsbeteendet hos den aktuella individen, denna kartläggning ska ligga till grund för planerade behandlingsinsatser.

Tre vanliga bakomliggande faktorer vid hetsätning eller överätning

- Kroppslig hunger på grund av bristfälligt eller oregelbundet näringsintag vid de vanliga måltiderna
- Känsloregeringssvårigheter
- Vanemässiga beteenden kopplade till specifika situationer eller kontexter

Hetsätningssug eller överätningssug drivs vanligen primärt av en kroppslig hunger på grund av bristfälligt eller oregelbundet näringsintag. Många patienter med hetsätningssug fastnar i tankar om att de ätit så mycket mat under hetsätningsepisoderna att de under övriga måltider begränsar sitt matintag, gällande exempelvis antal måltider, portionsstorlek, eller energiintag. Detta leder till en ond cirkel där kroppens behov av tillräcklig och regelbunden näring ej uppfylls, oavsett hur stor energimängd som intas under hetsätningsepisoderna. För patienter som hetsäter eller överäter är det således avgörande att ett regelbundet och tillräckligt näringsintag etableras. Utifrån detta är således nutritionsbehandlingen, och behandlingsinsatser riktade mot att etablera ett normaliserat ätbeteende, minst lika viktigt som för patienter med en primärt restriktiv problematik. Näringsberäknade matscheman, [enligt sida 32](#), är ofta en hjälpsam insats för dessa patienter. God följsamhet till nutritionsbehandlingen över tid kan ofta minimera hetsätningssugens frekvens och ger patienten goda förutsättningar för att helt sluta med beteendet.

Den andra faktorn som i många fall driver hetsätningssug är svårigheter med känsloregering, eller maladaptiva försök att reglera känslor med hjälp av ätande. Detta innebär att många patienter med hetsätningssug är i behov av psykopedagogiska insatser om känslor och hjälp att utveckla långsiktigt hållbara känsloregeringsstrategier. I den tidiga behandlingsfasen är det ofta hjälpsamt att lära ut olika former av stoppstrategier, dvs strategier som hjälper patienten att stoppa sig själv från att agera på ett automatiserat sätt vid starka impulser. Krisstrategier enligt ovan kan vara ett av flera hjälpmedel i detta arbete.

En del patienter med hetsätningssug, framför allt de som haft sådana svårigheter under lång tid, engagerar sig i hetsätning på ett vanemässigt sätt i specifika situationer eller kontexter. Detta kan till exempel handla om att de vanemässigt börjar äta om de går till köket nattetid, eller att de vanemässigt planerar in hetsätningsepisoder så fort de blir ensamma hemma. En noggrann kartläggning och hjälp med problemlösning kan möjliggöra gynnsamma förändringar, så länge övriga faktorer såsom ett regelbundet och tillräckligt näringsintag samt sunda regleringsstrategier har införts.

### **Avslappningsövningar hjälper många patienter**

Många patienter med ätstörning är hjälpta av olika former av avslappningsövningar i syfte att sänka den generella stressnivån. Rekommendera gärna att patienten genomför avslappningsövningar dagligen, en bra utgångspunkt kan vara två gånger dagligen exempelvis förlagt på morgonen innan uppstigning från sängen och på kvällen innan patienten ska sova. Avslappningsövning på kvällen kan för många patienter även medföra bättre sömnkvalitet.

Det finns många typer av avslappningsövningar och patienten bör uppmanas att testa olika varianter. Ni kan med fördel genomföra avslappningsövningar gemensamt under behandlingssessionerna. Det kan vara ett bra tillfälle för patienten att med stöd prova olika varianter av avslappning. Exempel på lämpliga metoder att testa är djupandning, progressiv avslappning och enklare medveten närvaro. En fördel med metoder som till exempel progressiv avslappning är att övningen också kan bidra till förbättrad förmåga att märka hur det känns i olika delar av kroppen. Denna färdighet kan vara till stor nytta i behandling som syftar till ökad känsloregeringsförmåga.

Tänk på att avslappning är en färdighet som kräver övning. Det är därför viktigt att tydliggöra för patienten att det är normalt att ha svårt med avslappning initialt, men att förmågan kommer att öka ju mer patienten övar.

### **Interventioner i syfte att öka patientens sjukdomsinsikt och motivation till förändring**

Svårigheter med att se allvaret i sin sjukdomssituation är väldigt vanligt hos patienter med ätstörning. Likaså är det vanligt att patienter beskriver låg motivation till förändring eller framför allt stor rädsla

för förändring. Dessa områden behöver ofta finnas med i den psykologiska behandlingen för att möjliggöra god behandlingseffekt.

I arbetet med att öka patientens motivation till förändring är det generellt gynnsamt att först kartlägga vilka vidmakthållandefaktorer som hindrar patienten från att tillfriskna. Det är ofta gynnsamt att ta ett funktionellt perspektiv på sjukdomen - vilken funktion fyller ätstörningen i patientens liv? En annan ofta avgörande aspekt är kartläggning av vilka konsekvenser som ätstörningen medför. Genom att tydliggöra vilka kortsiktiga och långsiktiga konsekvenser fortsatt ätstörning ger är det ofta möjligt för patienten att hitta motivation till förändring. Detta arbete kan dock vara svårare för unga jämfört med vuxna patienter, detta då unga patienter av naturliga skäl har en begränsad upplevelse av hur deras framtida vuxenliv kan tänkas påverkas av fortsatt ätstörning.

Många patienter beskriver en ovilja att släppa ätstörningen, men vid en djupare kartläggning kan denna ovilja ofta omformuleras till en rädsla snarare än en ovilja. Vad denna rädsla handlar om varierar mellan patienter. Det är också vanligt att kartläggningen visar att ätstörningen fyller någon form av känsloreglerande funktion, och att det finns färdighetsbrister som innebär att patienten inte har förmåga att hantera svåra känslotillstånd på annat sätt än med långsiktigt destruktiva beteenden. I dessa fall är det ofta avgörande att färdighetsträning adderas till behandlingsplaneringen.

### **Bredare fokus i den psykologiska behandlingen bör förekomma först efter stabilisering**

Psykologiska interventioner med ett bredare fokus, som till exempel kartläggning av faktorer som legat bakom insjuknande eller liknande, bör inkluderas först när patientens tillstånd stabiliserats och man ser en initial behandlingseffekt av arbetet med att normalisera ätande och avstå kompensationsbeteende. I den initiala behandlingsfasen ska fokus ligga på interventioner som hjälper patienten och familjen att så snabbt som möjligt göra beteendeförändringar kopplade till normaliserat ätande och att avstå kompensationsbeteenden.

#### *4. Akuta svälttillstånd ska hävas skyndsamt med hjälp av anpassade interventioner. (Rekommendation)*

Akuta svälttillstånd ska hävas skyndsamt för samtliga patienter med ätstörning. Detta innebär att arbete med konkreta beteendeförändringar som leder till ökat näringsintag och viktåterhämtning ska prioriteras.

Patienter i svälttillstånd är i behov av att psykopedagogiska och psykoterapeutiska interventioner anpassas, då svälttillståndet avsevärt påverkar patientens kognitiva funktioner och förutsättningar att ta till sig mer komplexa resonemang. Både patient och dess vårdnadshavare ska få ta del av information om hur kropp och psyke påverkas av svälten. Det psykopedagogiska och psykoterapeutiska behandlingsarbetet ska hjälpa patienten, men framför allt vårdnadshavare, att ta till sig situationens allvar.

#### *5. Somatiskt tillstånd ska övervakas regelbundet för samtliga patienter med ätstörning som utifrån aktuell symtombild är i riskzon för somatisk påverkan. (Rekommendation)*

Somatiskt tillstånd ska övervakas regelbundet för alla patienter med ätstörning som utifrån aktuell symtombild är i riskzon för akut somatisk påverkan. Detta gäller särskilt patienter med anorexia nervosa, atypisk anorexia nervosa som snabbt gått ned mycket i vikt, och patienter med bulimia nervosa som frekvent engagerar sig i riskfyllda kompensationsbeteenden såsom kräkning. Det är i regel lämpligt att somatisk undersökning och bedömning sker en gång i veckan, men lämpligt intervall mellan undersökningstillfällen avgörs framför allt av aktuell somatisk status. Bedömning av eventuella förändringar kring patientens somatiska tillstånd är även viktigt för att utvärdera behandlingseffekten.

Det är generellt gynnsamt att boka besök för somatisk undersökning i samband med terapissessioner. Somatisk undersökning och bedömning kan utföras av läkare eller sjuksköterska. Om undersökning sker hos sjuksköterska ska läkare konsulteras vid behov, och vid tecken på somatisk svikt bör patienten bokas till läkare för ytterligare undersökning.

Vid den somatiska undersökningen ska kontroll av puls och blodtryck alltid ingå. Kontroll av kroppstemperatur ska ske vid misstanke om försämring, det vill säga vid ökad frekvens av riskfyllda beteenden, eventuell viktnedgång och försämrat ätande. Det ska finnas beredskap att kontrollera elektrolyter vid misstanke om kräkningar, övervätskning eller otillräckligt matintag. Det kan vara bra med oannonserade kontroller, för att undvika att patienter kortvarigt upphör med kompensatoriska beteenden just inför provtagningstillfället.

För ytterligare beskrivning av somatisk undersökning och bedömning inklusive information om blodprover, urinprover och EKG, var god [se sida 11](#) och framåt.

#### *6. Vikt ska kontrolleras en gång i veckan för underviktiga patienter och det är av största betydelse att viktåterhämtning omedelbart påbörjas. (Rekommendation)*

Vikt ska kontrolleras en gång i veckan för patienter med undervikt. Vägning bör ske i underkläder.

Efter varje viktkontroll ska vikt, längd och BMI föras in i tillväxtkurvan/BMI-kurvan och utvärderas i förhållande till patientens individuella normalvikt. Det är generellt gynnsamt att arbeta med tillväxtkurvan som ett pedagogiskt hjälpmedel i behandling tillsammans med patient och vårdnadshavare. Som stöd i det terapeutiska arbetet kan tillväxtkurvan med fördel kompletteras med aktuella värden från den somatiska undersökningen, det vill säga puls, blodtryck och kroppstemperatur.

Våg bör kalibreras regelbundet för att minimera risken för felmarginaler vid vägning. Patienter ska stöttas till att avhålla sig från vägning i hemmet.

Vid restriktiv ätstörningsproblematik såsom anorexia nervosa och ARFID som inkluderar viktnedgång är det av största betydelse att viktåterhämtning omedelbart påbörjas. Detta skapar goda förutsättningar för ett gynnsamt behandlingsutfall.

Förväntad genomsnittlig viktåterhämtningstakt bör i genomsnitt vara 0,5 - 1 kg per vecka. Vid utebliven viktåterhämtning eller fortsatt viktnedgång efter 4 veckors behandlingstid ska detta tolkas som ett tydligt tecken på terapivikt och kräver omedelbar bedömning samt åtgärd.

#### *7. Evidensbaserad nutritionsbehandling ska ligga till grund för all ätstörningsbehandling. (Rekommendation)*

Evidensbaserad nutritionsbehandling utgör grunden i all behandling av ätstörning. Patienter och vårdnadshavare ska erhålla pedagogiskt formulerade kostråd som baseras på nordiska näringsrekommendationer (NNR; [var god se länk](#)) och en individuell bedömning av patientens energibehov. Målet är att stötta patienten och familjen till att införa ett ätande som ger kroppen regelbunden och tillräcklig näring. Detta skapar goda förutsättningar för att kroppen ska kunna återhämta sig från den påfrestning som en ätstörning innebär, för att normala hunger- och mättnadskänslor ska kunna etableras, för att patientens kroppsvikt ska kunna stabiliseras på en, för individen, normal nivå, och vid behov för att kunna minimera och på sikt helt avbryta förekomsten av hetsätningar.

Matscheman baserade på en bedömning av patientens energibehov kan vara ett pedagogiskt stöd för föräldrar i införandet av ett normaliserat ätande. Vid användning av matscheman ska familjen erhålla god och regelbunden information om hur dessa ska användas. Utvärdering bör ske löpande för att säkerställa att rekommenderat matschema fungerar i praktiken och vid behov görs en förnyad bedömning av energibehov. En sådan förnyad bedömning kan bli aktuellt exempelvis om förväntad viktåterhämtning uteblir och man har säkerställt att det ej finns andra faktorer som kan vara orsaken, såsom rörelsemängd eller ett ensidigt livsmedelsval. Det kan också bli aktuellt om svårhanterligt hetsätningssug eller stark hunger mellan måltiderna fortsätter föreligga även efter att ett normaliserat och regelbundet ätande har införts, särskilt i de fall det ej bedöms föreligga andra psykologiska aspekter som bättre kan förklara fortsatt förekomst av hetsätningssug.



En noggrann kostanamnes ska ligga till grund för arbetet med att införa ett normaliserat ätande. Det är generellt gynnsamt att utgå från de måltider eller måltidsdelar som fungerar bäst för den enskilda familjen och därefter ge råd om lämpliga förändringar framåt.

Patienten och vårdnadshavarna ska erhålla information om vad ett regelbundet och normaliserat ätande innebär och om de särskilda näringsbehov som föreligger vid återhämtning från en ätstörning. I samband med psykoedukation om normaliserat ätande ska patienten och föräldrar erhålla grundläggande information om basalmetabolism och kroppens behov av energi och om det är aktuellt även psykopedagogiska insatser för att få en ökad förståelse för hur oregelbundet och otillräckligt ätande leder till svårhanterligt hetsätningssug. Vid introduktion av matschema behöver betonas att matmängden kan behöva anpassas, vilket även kan innebära en ökning av portionsstorlekarna.

### **Kort om normaliserat ätande (faktaruta)**

- 5–6 måltider per dag varav tre huvudmål (frukost, lunch och middag) och två till tre mellanmål.
- Måltiderna ska spridas ut regelbundet under den vakna tiden, ofta är det lämpligt att äta ungefär var tredje timma.
- Normalstora portionsstorlekar anpassade efter patientens energibehov.
- Viktigt att det finns en variation mellan olika livsmedel och maträtter för att säkerställa att kroppen får i sig all näring som behövs. I början av behandlingen är det okej att patienten startar med ett fåtal livsmedel eller maträtter som känns trygga, men det är viktigt att så snart som möjligt bredda näringsintaget och även inkludera sådan mat som patienten tycker är svårare. Anpassningar kan dock behöva göras vid samtidig autism, där hänsyn kan behöva tas till selektivt ätande som funnits sedan innan ätstörningsdebut.
- I början när man ska införa ett normaliserat ätande kan det vara svårt att vara så flexibel kring måltiderna som friska personer är. Det är ofta hjälpsamt för patienter med ätstörning att äta på fasta tider oavsett om det är en skoldag eller en helgdag.
- Det tar tid för kroppen att hitta tillbaka till normala hunger- och mättnadskänslor, genom att äta normalstora portioner på ungefär samma tider varje dag ökar man chansen för att kroppen så snart som möjligt ska komma igång med normala hunger- och mättnadssignaler.
- Det är svårt att veta hur kroppen kommer svara när patienten börjar äta normalt igen. Om ämnesomsättningen blivit påverkad under sjukdomstiden kan det hända att patienten tillfälligt ökar i vikt över sin normalvikt. Detta är normalt och bör inte föranleda ändringar i matschema. Så småningom stabiliserar sig vikten till en normal vikt givet att patienten fortsätter med ett normalt ätande.
- Patient och familj bör uppmanas att, när de basala matrutinerna stabiliserats, införa godsaker såsom godis, snacks och fikabröd i normalstora portioner som en del i att normalisera patientens ätande.

*(Slut faktaruta)*

### **Metoder för att säkerställa viktåterhämtning hos underviktiga patienter**

Viktåterhämtning ska säkerställas för underviktiga patienter. Rutiner för detta varierar över landet och det finns varken evidens eller klinisk konsensus som möjliggör rekommendation av någon metod före andra. Lokala eller regionala rutiner bör finnas och dessa ska tydliggöra förstahandsval för att säkerställa viktåterhämtning, rutiner för eventuella justeringar av näringsintaget när patienten når normalvikt, samt direktiv kring hantering i de fall förstahandsval för att säkerställa viktåterhämtning ej ger önskvärt resultat.

Exempel på metoder som används för att åstadkomma viktåterhämtning är med hjälp av nutritionsmässigt kompletta näringsdrycker, med hjälp av energipulver, eller med hjälp av ökat matintag.

*8. Planera behandlingsinsatserna med hänsyn till samsjuklighet. Tänk på att förekomst av samsjuklighet kan innebära behov av parallella behandlingar. (Rekommendation)*

Vid förekomst av psykiatrisk eller somatisk samsjuklighet eller nedsatta kognitiva funktioner är det av största vikt att planera behandling på ett sätt som säkerställer att patienten har goda förutsättningar för att tillgodogöra sig behandlingen. Behandling ska således planeras med hänsyn till aktuell samsjuklighet för att undvika utebliven behandlingseffekt och ett långdraget sjukdomsförlopp.

En individuell bedömning ska vägleda beslut om ätstörningsbehandlingen behöver anpassas och på vilket sätt. Så snart patientens tillstånd är tillräckligt stabiliserat bör en bedömning göras huruvida patientens andra psykiatriska svårigheter kräver särskilda behandlingsinsatser eller om dessa interventioner bedöms kunna inkorporeras i ätstörningsbehandlingen. I de fall man bedömer att annan behandlingsinsats bör inledas är det generellt gynnsamt med parallella behandlingar i nära samverkan.

*9. Psykopedagogik ska finnas med som ett återkommande inslag under hela behandlingstiden (rekommendation)*  
Psykopedagogik ska ingå som ett återkommande inslag i all ätstörningsbehandling. Det ska således ej ske endast vid ett eller ett fåtal tillfällen. Vidare ska psykopedagogiken repeteras över tid så att patient och vårdnadshavare får många chanser på sig att ta in och förstå informationen. Tid ska också läggas på att försäkra sig om att patient och vårdnadshavare förstår hur behandlingen är upplagd och vad det innebär för deras individuella situation. Behandlaren bör försäkra sig om detta fortlöpande.

### **Psykopedagogik (faktaruta)**

Utbildning om diagnosområdet för barnet samt föräldrar/familj ökar förståelse, leder till minskad kritik, ökar stöd, minskar stress och ger rimligt hopp.

Den bör omfatta

- Information om den aktuella ätstörningsdiagnosen och dess uttryck
- Ätstörningens påverkan på kroppen, hjärnan, kognition, psyke
- Näringslära inklusive portionsstorlek och antalet måltider per dag
- Hur vårdnadshavare kan stötta patienten på bästa sätt innan, under och efter måltider
- Hur förändras kroppen vid viktuppgång och förbereda på att psykiska symtom påverkas/tilltar
- Förväntningar gällande behandlingsförlopp och förväntad behandlingsinsats
- Hur ätstörningen påverkar familjesystemet
- Anhörigas förhållningssätt

*(slut faktaruta)*

### *10. Övergång från barn- till vuxenpsykiatri ska ske strukturerat med samarbete i god tid. (Rekommendation)*

Det finns idag en stor variation över landet gällande vid vilken ålder patienter övergår från BUP till vuxenpsykiatri. Strukturerade rutiner för patienters övergång från BUP till vuxenpsykiatri ska finnas för att säkerställa att patienters ätstörningsvård ej påverkas negativt. Överlämning vid 18 års ålder innebär generellt en ökad sårbarhet jämfört med om överlämning sker under ung vuxen ålder.

Övergången från BUP till vuxenpsykiatri kan innebära avgörande förändringar på en mängd områden. Då ätstörningsvården inom BUP bör ha bedrivits med tyngdpunkt på familjebehandling alternativt tät föräldrainvolvering kan detta innebära en stor förändring då det inom vuxenpsykiatri generellt är mindre vanligt med sådana insatser. Betänk dock att behovet av tät föräldrainvolvering generellt är fortsatt stort även efter patientens 18-års dag eller efter överlämning till vuxenpsykiatri.

Samverkan ska etableras i god tid före övergången. Överlämnande BUP ska säkerställa att viktig information om patienten och patientens ätstörningsbehandling når övertagande vuxenpsykiatrisk enhet. BUP bör fortsätta med aktiv behandling tills den nya behandlingen startats upp.

För patienter som har förbättrats när överlämning till vuxenpsykiatri närmar sig kan det ibland väcka tankar på att avsluta behandling istället för remiss för fortsatt ätstörningsvård inom vuxenpsykiatri. Detta bör endast ske efter en noggrann bedömning av patientens tillstånd i relation till remissionskriterier. Avslut bör endast ske i de fall patienten bedöms vara i full remission. Vid partiell remission bör patienten remitteras för fortsatt behandling.

### *11. Behandling bör fortgå åtminstone tills patienten bedöms vara i full remission. (Rekommendation)*

Åtstörningsbehandling bör åtminstone pågå tills patienten bedöms vara i full remission. Det har på senare år utkristalerats en konsensus för remissionskriterier som allt fler forskargrupper och kliniker tenderar att följa. Enligt denna remissionsdefinition ska inget kriterium för någon åtstörningsdiagnos vara uppfyllt. Dessutom krävs:

1. Normaliserad vikt (kan conceptualiseras som 85–120% EBW hos barn under 18 år)
2. Inga kvarvarande störda ätbeteenden (avsaknad av till exempel hetsätning och självrensning)
3. Inga kvarvarande kognitiva symtom av åtstörningskaraktär

Remissionen ska ha förelegat i minst tre månader. Det innebär således att behandling och uppföljning bör fortgå i minst tre månader efter att patienten inte längre uppfyller några diagnoskriterier. Det kan finnas goda skäl att fortsätta följa patienten, om än något glesare, över längre tid än tre månader. Detta då patienten under det första året efter tillfrisknandet löper en ökad risk för återfall.

## **Steg II**

### *1. Anpassad eller annan familjeterapeutisk behandling kan erbjudas patienter och familjer som bedöms ha andra behov eller behandling enligt steg 1 ej gett önskad effekt. (Rekommendation)*

Anpassning av behandlingen kan ske på flera olika sätt. Det kan gälla förändring av behandlingsintensitet, former eller formatet för behandlingen, anpassningar av FBT, tillägg av behandlingsinslag från andra psykoterapeutiska metoder, eller byte till annan familjeterapeutisk metod. En bedömning av patientens och familjens förutsättningar och aktuell situation ska vägleda val av anpassning. Likaså är det relevant att väga in vilken kompetens som finns på den aktuella enheten.

#### **Intensifierad eller anpassad familjebehandling**

Pågående familjebehandling kan vid bristande behandlingseffekt intensifieras genom tätare besök. Detta kan vara aktuellt i de fall man bedömer att behandlingsinsatsen i sig passar familjen men där det finns ett behov av tätare och mer intensivt stöd.

Behandlingen kan också anpassas genom ett ökat fokus på måltidsstöd och genom att interventionen familjemåltid läggs till.

#### **Inslag från eller byte till annan terapeutisk metod**

Familjebaserad behandling (FBT) kan vid behov kompletteras med inslag från andra evidensbaserade terapeutiska metoder om det bedöms gynnsamt för behandlingsutfallet. Det kan exempelvis bli aktuellt vid konstaterad samsjuklighet där evidensbaserade interventioner för annat psykiatriskt tillstånd inkorporeras för att erbjuda en mer helhetsanpassad behandling.

Om det bedöms lämpligt utifrån patientens eller familjens situation och FBT ej har lett till tillräcklig behandlingseffekt kan annan familjeterapeutisk behandlingsmetod väljas. Val av behandlingsmetod styrs av familjens förutsättningar och vilken kompetens som finns tillgänglig på den aktuella vårdenheten.

#### **Ökat fokus på föräldrasamtal**

Behandlingsformatet kan även anpassas genom att förändra i vilken utsträckning barnet respektive vårdnadshavarna deltar i familjebehandlingen. I vissa fall kan det vara relevant att behandlingen lägger större tyngdpunkt på föräldrasamtal där barnet inte deltar fullt ut i familjeterapin. I dessa fall ska barnet fortsätta gå på somatiska kontroller inklusive viktkontroller och i samband med dessa erbjudas kortare enskilda samtal kring mående och situationen.

#### **Multifamiljeterapi som tillägg till sedvanlig familjebehandling**

Multifamiljeterapi kan med fördel erbjudas som tillägg i ett tidigt skede av behandlingen i syfte att påskynda viktåterhämtning. Observera att multifamiljeterapi ej ska ersätta annan behandling utan bedrivs som tillägg till evidensbaserad familjebehandling. Behandlingen går ut på att samla 5–7

familjer som är i samma situation som genom att dela erfarenheter med varandra i konkreta praktiska övningar och samtal ges en upplevelse som stärker dem i att kunna gå mot ätstörningen.

## *2. Individuell psykoterapi bör erbjudas till patienter där det ej bedöms gynnsamt eller lämpligt att erbjuda familjeterapi (Rekommendation)*

I de fall familjbaserad terapi ej bedöms vara en gynnsam eller möjlig behandlingsinsats bör patienter i tonåren erbjudas individuell terapi, i första hand ätstörningsanpassad kognitiv beteendeterapi (KBT-E). För patienter där emotionell instabilitet eller bristande impuls kontroll bedöms vara en stor del av problematiken kan det även vara gynnsamt att inkorporera interventioner från dialektisk beteendeterapi eller andra typer av emotionsregleringsinterventioner.

Ätstörningsbehandling ska alltid ske med föräldrainvolvering, men en bedömning kan göras i hur stor utsträckning och på vilket sätt vårdnadshavarna ska involveras. Detta kan gälla till exempel äldre tonåringar där man bedömer det som gynnsamt att stärka tonåringens förmåga till åldersadekvat eget ansvar och självständighet, eller fall där familjebehandling av någon anledning inte anses lämpligt eller genomförbart.

Patientens vårdnadshavare bör alltid vara delaktiga och informerade om behandlingens progression och innehåll. Gemensamma samtal bör genomföras regelbundet där kommunikation och stöd i hemmet diskuteras.

## *3. Intensifierad öppenvårdsbehandling med ätträning bör erbjudas patienter och familjer som är i behov av konkret måltidsstöd för att kunna vända situationen (Rekommendation)*

För patienter och familjer som är i behov av konkret måltidsstöd för att kunna vända situationen bör intensifierad öppenvårdsbehandling med måltidsstöd erbjudas. Intensifierad öppenvård med ätträning kan bedrivas genom exempelvis dagvård, familjedagvård, mellanvård, hembesök eller mobilt team.

Ätträning eller måltidsstöd är en central intervention i all ätstörningsbehandling, särskilt i familjbaserad behandling. För patienter och familjer i behov av konkret stöd bör dessa insatser ske med hög intensitet där patienten och/eller familjen stötts vid många måltider per vecka. Ätträningen/måltidsstödet kan ske i olika kontexter som till exempel på mottagningen, i hemmet eller i skola.

Ätträning eller måltidsstöd innebär att patienten och familjen erhåller konkret stöd gällande att lägga upp normala portioner, genomföra normaliserade måltider och att avstå från eventuella kompensationsbeteenden. Det kan i många fall vara gynnsamt om behandlaren äter pedagogiska måltider tillsammans med patient och/eller familj och på så sätt även fungerar som en sund rollmodell i måltidssituationen.

Intensifierad öppenvårdsbehandling med ätträning bör erbjudas vid försämring och när man har identifierat att familjen har stora svårigheter att genomföra måltiderna i hemmet. Denna typ av insats kan även användas för att minska behovet av senare heldygnsvård. Intensiv öppenvård med ätträning kan också vara gynnsamt efter en avslutad heldygnsvård för att erbjuda familjerna en successiv övergång till lägre vårdintensitet.

Denna typ av behandlingsinsats kan ske med olika grad av föräldrainvolvering. En bedömning bör göras och grad av föräldrainvolvering kan anpassas utifrån patientens ålder och individuella förutsättningar.

## **Steg III**

### *1. Helydgnsvård kan bli aktuellt för patienter som trots intensifierade öppenvårdsinsatser ej kunnat vända situationen, samt ska alltid aktualiseras för patienter i akut somatisk svikt. (Rekommendation)*

#### Helydgnsvård för patienter som ej kunnat vända situationen med intensiv öppenvård

För patienter där man provat behandling i öppenvård inklusive intensifierad öppenvård (enligt steg I och II i dessa riktlinjer) utan tillräcklig effekt bör helydgnsvård aktualiseras. Inläggning i

heldygnsvård bör så långt det är möjligt ske genom planerade inläggningar innan patientens tillstånd hinner bli så allvarligt att en akut inläggning blir nödvändig. Det är således ej lämpligt att avvakta med eller undanhålla heldygnsvård med motivationen att medicinska indikationer för akut inläggning ej är uppfyllda. Betänk att tidiga insatser generellt möjliggör en kortare vårdtid och därmed ett kortare avbrott från barnets eller ungdomens vardagliga sammanhang.

#### **Indikationer för planerad inläggning när andra insatser ej räcker till (faktaruta)**

- Viktnedgång eller utebliven viktåterhämtning
- Ökad frekvens av ätstörda beteenden eller generell försämring av ätstörningspatologi
- Sviktande förutsättningar för vårdnadshavarna att stötta patienten till det nödvändiga förändringsarbetet
- Bristande förmåga för familjen att tillgodogöra sig behandling i öppenvård och därmed behov av utökad omvårdnad och stöd

Observera att inte alla indikationskriterier behöver vara uppfyllda för att det ska vara aktuellt att planera för planerad inläggning.

Innan utskrivning ska patienten och familjen ha fått träna på att hantera måltider i hemmet/utanför avdelningen och uppvisat förmåga att hantera dessa situationer på ett adekvat sätt. Denna träning sker i regel genom väl planerade och successivt ökande permissioner. Efter utskrivning krävs en fortsatt intensiv behandling för att klara övergången från heldygnsvård till öppenvård. Detta kan med fördel ske genom att man initialt planerar in flera öppenvårdsbesök per vecka.

En sammanhållen vårdkedja är av största vikt för att patienten och familjen ska få goda förutsättningar efter avslutad heldygnsvård.

#### **Heldygnsvård vid akut somatisk svikt**

Patienter i akut somatisk svikt ska omedelbart aktualiseras för heldygnsvård i syfte att häva den nedåtgående trenden. Nedan ses medicinska indikationer för akut inläggning.

Observera dock att det för barn och ungdomar, jämfört med vuxna, är svårare att ange exakta värden för när akut somatisk svikt riskerar att föreligga. Det är avgörande att den behandlare som genomför bedömningen har kompetens för att bedöma svält hos unga personer. Enskilda värden ska ej vara avgörande utan en helhetsbedömning bör göras av patientens sammanvägda tillstånd.

#### **Medicinska indikationer för akut inläggning (faktaruta)**

- Låg kroppsvikt motsvarande BMI -3 SD.
- Total mat- dryckesvägran.
- Snabb viktnedgång där ett riktvärde kan vara förlust av >10% av kroppsvikten på en månad eller >20% av kroppsvikten på tre månader (med hänsyn till ålder och patientens tillväxtkurva).
- Uttalad bradykardi eller takykardi. Observera vikten av en åldersberoende bedömning och att detta är svårare att bedöma hos barn och ungdomar jämfört med vuxna.
- Uttalad hypotoni.
- Kroppstemperatur under 35,5 grader.
- Allvarliga elektrolytrubbningar.
- EKG-förändringar såsom förlängd QT-tid, rytmrubbning eller tecken på hjärtsvikt. Observera att barnkardiolog bör bedöma eller ansvara för bedömning.
- Tecken på uttorkning.
- Allvarliga ödem.
- Påverkat allmäntillstånd såsom exempelvis svimning, muskelsvaghet, hjärtklappning, tryck över bröstet.

*(Slut faktaruta)*

Vid samtidiga allvarliga somatiska sjukdomar såsom diabetes är det av största vikt att bedömningen sker i samverkan med ansvarig somatisk mottagning. Allvarlig somatisk samsjuklighet kombinerat med svältpåverkan kan innebära behov av akut inläggning tidigare än ovanstående punkter indikerar.

Vid en uttalad somatisk påverkan med fara för livet och patienten vägrar inläggning är tvångsvård indicerad. Tvångsåtgärder i form av sondnäring kan då bli aktuellt. Det är viktigt att komma ihåg att sondmatning som tvångsåtgärd rör sig om en akut medicinsk åtgärd, ordinerar vid varje tillfälle och ingår inte i det psykiatriska behandlingsutbudet.

### **Inläggning på medicinklinik**

Vid akuta livshotande tillstånd som kräver intensiv medicinsk övervakning, tät provtagning och beräkning eller ordination av exempelvis elektrolytkorrigerings kan inläggning på medicinklinik vara aktuellt. Sådan inläggning kan initieras antingen direkt via patientens öppenvård eller från BUP-avdelning om patienten redan är aktuell i heldygnsvård.

Exempel på tillstånd som motiverar bedömning av eller inläggning på medicinklinik är refeeding syndrom (se punkt under anorexia nervosa [på sida 40](#) för ytterligare information), hotande hjärtsvikt eller hypoglykemier (lågt blodsocker).

## **Behandling Anorexia Nervosa samt Atypisk Anorexia Nervosa**

Nedan beskrivs behandlingsrekommendationer specifika för anorexia nervosa. De diagnosspecifika rekommendationerna kompletterar de generella rekommendationer som beskrivits i det generella behandlingsskapitlet ovan. Det är således viktigt att alltid läsa det generella behandlingsskapitlet först, [se sida 27](#) och framåt.

### **Psykopedagogisk och psykoterapeutisk behandling**

#### **Steg I**

*1. Strukturerad evidensbaserad psykologisk behandling eller psykoterapi ska erbjudas alla med anorexia nervosa (Rekommendation)*

Alla barn och ungdomar med anorexia nervosa ska erbjudas strukturad evidensbaserad behandling eller psykoterapi. Familjebaserad behandling (FBT) bör utifrån rådande evidensläge vara förstahandsval. För inläsning, se boken *Familjebehandling vid ätstörning* av Ulf Wallin, Petter Næsje, Raymond Valdes och Karin Wallin.

#### **FBT genomförs i tre faser: (faktaruta)**

Fas 1 är en intensiv fas med fokus på att bryta svälttillståndet. I denna fas koncentreras behandlingen kring att hjälpa föräldrarna att förmå sitt barn att klara av att äta normala måltider och gå upp i vikt. Vid uttalad svält kan det vara lämpligt att båda föräldrarna är sjukskrivna enligt vård av allvarligt sjuka barn, som gäller upp till 18 års ålder och obegränsat antal dagar. Patienten skall då vara sjukskriven från skolan. Under första fasen kommer familjen till behandlingssamtal en gång i veckan.

Fas 2 brukar betecknas som en relationsorienterad fas och tar vid när svälten inte längre är det dominerande problemet. Här kan fokus riktas mot patientens och familjens hela situation. Behandlingen måste i hög grad individualiseras, samtidigt som man konsoliderar ett normaliserat ätande. Målsättning är att möjliggöra en ökad självständighet och individuation hos patienten, vilket i sin tur möjliggör en åldersadekvat psykosocial utveckling. I denna fas träffar man oftast familjen för behandlingssamtal varannan vecka.

Fas 3 är en avslutnings- och framtidsorienterad fas inriktad på att hjälpa familjen att komma tillbaka till ett vanligt liv utan ätstörning. De avslutande sessionerna har fokus på att hjälpa familj och patient

att tidigt identifiera tecken på att ätstörning verkar komma tillbaka och rusta dem med verktyg för att förhindra återinsjuknande, så kallad återfallsprevention.

*(Slut faktaruta)*

## *2. Utöver allmän psykopedagogik om ätstörning ska patienter och vårdnadshavare erhålla psykopedagogik särskilt anpassad för anorexia nervosa. (rekommendation)*

Samtliga patienter med anorexia nervosa och deras vårdnadshavare ska erhålla regelbunden allmän psykopedagogik om ätstörningar enligt tidigare rekommendation ([se sida 34](#)). Utöver den allmänna psykopedagogiken ska även patient och vårdnadshavare erhålla särskilt anpassad psykopedagogik. Det är lämpligt att fokus skiftar beroende på vilken behandlingsfas patienten befinner sig i.

### **Psykopedagogik under den initiala fasen vid Anorexia Nervosa (faktaruta)**

- Tydligt och sakligt informera om sjukdomens risker och faror baserat på patientens aktuella situation. Patienten och vårdnadshavare ska informeras om patientens aktuella somatiska hälsa och betona aktuella risker utifrån vad den somatiska undersökningen visar.
- Tydligt och sakligt informera om att en tidig vändning av situationen ökar chanserna till ett snabbt tillfrisknande och att det är möjligt att bli helt frisk från sjukdomen. Patienten och vårdnadshavarna ska även informeras om att anorexia nervosa kan utvecklas till ett livshotande tillstånd om det nödvändiga förändringsarbetet inte kommer igång. Intensitet och tyngdpunkt i samtalet avvägs beroende på familjens situation och förutsättningar.
- Patienten och vårdnadshavarna ska förmedlas medicinsk trygghet. Den medicinska bedömningen är vägledande i behandlingsplaneringen.
- Patienten och vårdnadshavarna ska erhålla konkreta råd om normaliserat ätande. Med hjälp av denna information ska vårdnadshavarna kunna stötta patienten till att införa ett regelbundet och varierat ätande där kroppen får tillräckligt med näring.
- Informera om hur svält påverkar kroppens organ, kognitiv funktion och psykiska symtom.

### **Psykopedagogik under den andra fasen vid Anorexia Nervosa (faktaruta)**

- När man lyckas vända viktnedgång, ska man informera om hur kroppen förändras av viktuppgången.
- Viktökningen syns initialt mest i ansikte och på centrala delar av kroppen, till exempel buken.
- För flickor kan viktökningen förknippas med de delar av kroppen som är mest laddade; ansikte, bröst, rumpa, mage och lår.
- Informera om att kroppen successivt kommer att omfördela viktökningen, så att den kommer att bli jämnt fördelad över hela kroppen.
- Under viktuppgång bör man rekommendera att barnet undviker tigha kläder som till exempel smiter åt runt låren eller sitter hårt åt i midjan, för att barnet bättre ska kunna hantera att vikten håller på att normaliseras.

*(Slut faktaruta)*

## *3. Behandling av psykiatrisk samsjuklighet vid anorexia nervosa. (Rekommendation)*

För patienter med anorexia nervosa i uttalad svält ska ätstörningsbehandling prioriteras framför andra insatser tills svälten är hävd. Var god [se sida 15](#) för definition av uttalad svält.

Det är den kliniska bedömningen som avgör när det uttalade svälttillståndet kan anses vara hävt, men generellt ska den somatiska statusen vara tydligt förbättrad jämfört med de faktorer som anges som definition på uttalad svält. Utöver den somatiska undersökningen ger även patientens beteende och funktionsförmåga i rummet en god indikation, här bör särskilt saker som förmåga till närvaro i rummet, kontaktförmåga och minne vägas in i bedömningen.

Innan det blir aktuellt att påbörja behandling för komorbida psykiatriska tillstånd är det generellt en god idé att patient och familj har kommit en bit på vägen i behandlingsarbetet gällande måltider i

hemmet. Som stöd i denna bedömning är det lämpligt att luta sig mot faserna i FBT, där patient och familj bör vara på väg mot den andra behandlingsfasen innan annat behandlingsarbete kan prioriteras upp.

Observera att det inte finns skäl att ha fasta gränser avseende vikt eller BMI för att påbörja psykologiskt eller psykoterapeutiskt behandlingsarbete vid samsjuklighet. Detta då enbart BMI eller vikt är ett alltför trubbigt mått att luta sig mot för att avgöra om en patient är i tillräckligt bra skick för att kunna bredda eller skifta fokus i behandlingsarbetet.

Undantag från denna rekommendation gäller vid hög suicidrisk, vilket alltid ska prioriteras i första hand.

För information om farmakologisk behandling av psykiatrisk samsjuklighet vid anorexia nervosa, var god se farmakologiavsnittet [på sida 52](#) och framåt.

#### *4. Sjukskrivning från skolan och föräldrapenning från Försäkringskassan. (Rekommendation)*

Då det är avgörande att en patient med anorexia nervosa initialt i behandlingen får till en snabb viktuppgång för att ha en god chans att tillfriskna är det ofta viktigt att patienten är sjukskriven från skolan. Detta gäller framförallt vid uttalad svält då de medicinska riskerna är större. När patienten har förbättrats är det viktigt att rätt snart låta patienten gå tillbaka till skolan. Det är ofta en plats där patienten har ett mer naturligt liv och ett sammanhang som kan hjälpa till att normalisera livet. Det är oftast bra att patienten återgår lite i taget, börja exempelvis med halva dagar och att fortsätta äta lunch hemma med sina föräldrar. Det kan vara ett stort steg att börja heltid i skolan direkt efter att varit hemma en period, skollunchen är ofta den svåraste och mest utmanande måltidssituationen. Det är helt avgörande att patienten inte sjukskrivs för att vara ensam hemma, det måste ske med en samtidig sjukskrivning av en eller båda vårdnadshavarna.

Vid uppstarten av behandlingen av anorexia nervosa behövs oftast en initial period då både föräldrar och patient är sjukskrivna för att i hemmet helt fokusera på att hjälpa patienten att gå upp i vikt. Även om man bör försöka begränsa den tid som familjen blir avstängd från mer normala aktiviteter, så kan det ibland behövas en längre tid. Den föräldrapenning som skall tillämpas är den som skall vara för "allvarligt sjukt barn" (blankett FK7436). Enligt 13 kap. 30 och 31 §§ socialförsäkringsbalken har föräldrar till ett allvarligt sjukt barn som inte har fyllt 18 år rätt till tillfällig föräldrapenning under ett obegränsat antal dagar när de behöver avstå från förvärvsarbete för vård av barnet. Inom barnpsykiatri rör det sig om två tillstånd då man kan använda denna föräldrapenning, nämligen ätstörningar och självskadebeteende/suicidrisk. Detta ger oss möjlighet att i behandlingen kunna se till att två vårdnadshavare kan vara hemma samtidigt, vilket ofta är helt avgörande för att kunna gå emot anorexin.

## **Steg II**

### *1. Alternativa psykologiska behandlingsinterventioner ska övervägas för patienter där behandling enligt steg I ej lett till önskvärda resultat. (Rekommendation)*

För patienter med anorexia nervosa som erhållit FBT utan önskvärt resultat bör andra psykologiska behandlingsmetoder övervägas. Detta gäller även för tonåringar där man bedömer att det ej finns förutsättningar för att erbjuda FBT. För tonåringar kan då KBT-E med föräldrainvolvering övervägas som andrahandsalternativ.

### *2. Refeeding syndrom (Rekommendation)*

Refeeding syndrom är ett potentiellt livshotande tillstånd där svälten innebär ett katabolt tillstånd där kroppens depåer av fett, glykogen, protein och viktiga intracellulära mineraler gradvis töms. När patienten börjar få i sig mat igen och övergår i en anabol fas leder det till risk för en akut störning av ett flertal cellfunktioner.

De allvarligaste störningarna är koma, kramper, hjärtsvikt, hjärtstillestånd och hjärtrytmrubbningar med dödlig utgång. Tillståndet innebär bland annat att musklerna får svårt att arbeta, vilket för hjärtats del kan leda till hjärtsvikt.



Risken för refeeding syndrom ökar när man vid uttalad undervikt direkt, eller alltför snabbt, tillför vad som kan anses vara normala mängder mat.

### **Definition och riskfaktorer (faktaruta)**

Refeedingsyndrom kännetecknas av lågt serum-fosfat, samt lågt kalium och magnesium.

Kliniska tecken:

- Stark trötthet
- Illamående
- Muskulär svaghet
- Hjärtsvikt
- Ankelödem
- Förvirring.

Riskfaktorer:

- Svält
- Diabetes
- Obesitas med stor och snabb viktninskning
- Malabsorptionssjukdom (exempelvis celiaki)
- Hög stress
- Vissa läkemedel (exempelvis vätskedrivande)
- EBW% <75%
- Viktninskning med 15% av kroppsvikten eller mer under de senaste 6 månader
- Ej ätit under de senaste 5 dagar
- Missbruk.

### **Detektion och prevention (faktaruta)**

#### Detektion

Prover:

- Serum-fosfat
- Magnesium
- Kalium
- Natrium

Undersökning:

- Blodtryck
- Puls liggande och stående.  
Bradykardi? Hypotension? Patologisk reaktion med stor pulsstegring alternativt pulssänkning vid uppresning? Blodtrycksfall vid uppresning?  
Kombinationer är mer allvarliga än enskilda fynd
- Ankelödem?
- Lyssna på lungor (basalt ödem?)

#### Prevention

1. Identifiera patienter som löper risk att utveckla refeeding-syndrom
2. För patienter med ökad risk, ska matmängden ökas successivt och under god kontroll

### **Handläggning (faktaruta)**

Om elektrolytrubbning föreligger inklusive lågt fosfat ska barnläkare konsulteras. Om refeedingsyndrom föreligger, ska primär handläggning ske vid barnklinik. När patient återförs till BUP ska fortsatt handlägningsplan upprättas i samråd med barnläkare.

Om hotande refeedingsyndrom (en eller flera riskfaktorer men ej lågt s-fosfat eller elektrolytrubbningar) kan handläggning ske inom BUP enligt följande:

#### Om patient har heldygnsvård:

- Halv portion i 2–4 dagar (vilket bör motsvara 20 kcal per kg kroppsvikt), därefter hel portion.
- Dagligen provtagning av fosfat, kalium, magnesium, kalcium.
- Kontroll av puls, blodtryck samt undersöka om förekomst av ödem, två gånger dagligen, i sju dagar.
- Om elektrolytrubbning uppstår, och/eller kliniska tecken på hotande hjärtsvikt (såsom patologisk puls och blodtrycksreaktion, bröstsmärta, andnöd, ankelödem, stark trötthet), kontaktas omgående barnmedicinsk jour för beslut om fortsatt handläggning.
- Om handläggningen fortsätter inom BUP behöver det finnas en tydlig plan för hur fortsatta kontroller ska tas. Om intravenös tillförsel (av exempelvis elektrolyter) är nödvändig ska vården ges på barnmedicinsk klinik.

#### Om patienten har öppenvård:

- Fulla matportioner kan ges
- Kontrollera serum-fosfat, kalium, magnesium och kalcium efter 2–3 dagar
- Patient ska söka akut vård om stark trötthet, andnöd, bröstsmärta, ankelödem, illamående.
- Kardiolog ska konsulteras, EKG kontrolleras.
- Om patienten får en ny period med viktnedgång, upprepas ovanstående provtagning och kontroller.

#### *3. Vid total mat- och dryckesvägran under heldygnsvård kan sondmatning bli aktuellt. (Rekommendation)*

Sondmatning kan bli nödvändigt under vissa förutsättningar, och det handlar framför allt om att häva somatiskt hotfulla lägen. Sondmatning är en kraftigt integritetskränkande åtgärd och såväl de medicinska som juridiska aspekterna måste beaktas.

#### **Överväg sondning vid följande situationer: (faktaruta)**

- Vid livshotande svält (ex vis EBW% <70% eller - 3 SD på BMI-index), eller omedelbar fara för patienten pga. försämring av somatiskt status
- Om patienten inte klarar att äta överhuvudtaget
- Om patienten inte klarar av att äta och dricka tillräckligt för att stabilisera och förbättra det somatiska hälsotillståndet
- Patienten har stora svårigheter att äta och dricka, samt har tydlig påverkan av allmäntillståndet (ex vis bradykardi, patologisk puls/blodtrycksreaktion) och/eller derangerade biokemiska markörer (ex vis hypokalemi)

#### **Följande juridiska rekvisit måste vara uppfyllda för att sonda med stöd av LPT (lagen om psykiatrisk tvångsvård) (faktaruta)**

[https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-19911128-om-psykiatrisk-tvangsvard\\_sfs-1991-1128/](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-19911128-om-psykiatrisk-tvangsvard_sfs-1991-1128/)

1. Patienten måste vårdas enligt LPT.
2. Det måste finnas en vårdplan, framtagen i samråd med patienten, som visar hur behandlingen är tänkt att ske utan tvångsåtgärder, samt vad syftet med vården är (ex vis “klara att äta normala portioner, viktuppgång 1 kg/vecka”).
3. Man måste alltid vid LPT-vård göra allt som går för att minimera eventuella tvångsåtgärder. Patienten ska alltid erbjudas vanlig mat, samt adekvat stöd, vid måltid. Om patienten inte klarar av att äta, bör man erbjuda patienten att dricka sondnäring alternativt näringsdryck istället för vanlig mat. Om det inte heller fungerar, bedöms behovet av sondmatning enligt kriterier ovan.
4. Om patienten därvid bedöms vara i behov av att ges sondmatning, kan två nivåer av tvång bli aktuella:

(slut faktaruta)

### **Sondmatning utan motstånd eller med behov av fasthållning av patient (sällanhändelse)**

Om patienten bedöms behöva sondmatning samt inte motsätter sig sondmatningen, kan sondmatning ske med stöd av LPT §17 ("samråd med patient har skett"). Om sondmatning bedöms nödvändig men patienten gör motstånd så att hen behöver fasthållas, så kan sondmatning utföras med stöd av LPT §17 samt LPT §2 ("samråd" samt att "tvångsåtgärden står i rimlig proportion till syftet med tvångsvården"). Beslut fattas av chefsöverläkaren eller av specialistläkare med delegation av chöf. Uppföljningssamtal ska alltid erbjudas efter tvångsåtgärd.

### **Sondmatning under bältesläggning (får endast användas i yttersta nödfall)**

Om patienten bedöms behöva sondmatning samt löper omedelbar fara med risk för allvarlig skada eller död, får sondning ske med hjälp av bältesläggning. Det måste vara uppenbart att andra och mer skonsamma åtgärder är otillräckliga. Om dessa rekvisit är uppfyllda är LPT §19a tillämplig för sondmatning under bältesläggning. Bältesläggning för sondmatning ska användas synnerligen restriktivt, som en allra yttersta åtgärd i ett nödläge. Man måste kunna visa att man uttömt alla alternativ till mer skonsam intervention. Brist på resurser är inte en godtagbar anledning till att använda bältesläggning.

### **Läkarbeslut vid varje sondningstillfälle**

Ordinationen av en sondmatning ska alltid baseras på en aktuell riskbedömning, för varje enskilt tillfälle som bedöms kräva sondmatning. De överväganden som görs ska redovisas. Det måste finnas en vårdplan som visar att sondmatningen hänger ihop med syftet av patientens vård. Eftersom det övergripande syfte med tvångsvård är att den ska ske med så lite tvång som möjligt och avslutas så snart det är möjligt, är det viktigt att visa hur man praktiskt tänker gå tillväga för att minimera antalet tvångsåtgärder. Man kan inte i förväg ordinera en sondmatning.

### **Risker med sondmatning (faktaruta)**

- Sond i luftstrupen.  
Om sonden hamnar i luftstrupen istället för matstrupen, riskerar sondnäringen att hamna i lungorna. Detta är mycket farligt. Personal behöver vara förtrogen med ingreppet. Ju mer motstånd patienten gör desto större är risken för felplacerad sond.
- Traumatisering.  
Det förekommer att patienter som utsätts för upprepade sondningar under fasthållning och bältesläggning utvecklar post-traumatiskt stressyndrom. Närstående och personal riskerar också att ta skada.
- Sondberoende.  
Trots att sondningen kan upplevas som mycket obehaglig och patienten gör motstånd, kan det bli svårt att upphöra med åtgärden. Ibland utvecklar sig ett sådant beroende snabbt. Genom att tydligt informera patient och närstående om att sondmatning är en nödfallsåtgärd som måste upphöra så snart det går, samt att alltid erbjuda vanlig mat vid varje måltid, samt att göra strukturerade, planerade försök att utesluta sondmatning, minimeras risken att utveckla sondberoende.
- Refeeding-syndrom.  
Vid sondmatning riskerar man att utlösa refeedingsyndrom genom att patienten kan få en betydligt högre intag av framför allt kolhydrater och vätska än vad som skulle blivit fallet vid vanligt ätande. Vid sondmatning ska därför alltid göras en riskvärdering utifrån risk för refeeding-syndrom (se rubrik), samt allmäntillstånd, puls och blodtryck samt vid behov även upprepade kontroller av elektrolyter, fosfat och magnesium, göras - särskilt vid upprepade sondningar. Observera att man höjer risken för refeedingssyndrom och andra svältbetingade risker även genom att ge för liten dos av sondnäring, eftersom svälten då vidmakthålls.

### **När ska man INTE sondmata: (faktaruta)**

- Som en bestraffning eller konsekvens av att man inte ätit
- Vid normalt eller nära normalt BMI får sondmatning ALDRIG ske med bältesläggning
- Som ersättning för familjebaserade interventioner, inklusive stöd vid måltiden
- Om patienten efterfrågar sondning istället för att äta mat

(slut faktaruta)

Observera att parenteral näringstillförsel, det vill säga att vätska och näring ges intravenöst, ej ska förekomma på grund av risk för metabol överbelastning.

## **Behandling ARFID**

Nedan beskrivs behandlingsrekommendationer specifika för ARFID. De diagnosspecifika rekommendationerna kompletterar de generella rekommendationer som beskrivits i det generella behandlingsskapitlet ovan. Det är således viktigt att alltid läsa det generella behandlingsskapitlet först, [se sida 27](#).

Eftersom det vid ARFID ännu inte finns några klara riktlinjer för behandling är det endast möjligt att ge några övergripande rekommendationer utifrån klinisk erfarenhet. Det kan vara meningsfullt att dela upp utifrån svårighetsgrad:

1. De som är i en uttalad svält och/eller har påverkad längdtillväxt
2. De som inte har någon svältpåverkan.

Den förstnämnda gruppen består av dem som i första hand kommer till specialistpsykiatri och där rekommenderas i den första fasen ett behandlingssupplägg som vid anorexia nervosa. Precis som vid anorexia nervosa är det av avgörande betydelse att man kan komma ur svälten så fort som möjligt för att få en bättre möjlighet till tillfrisknande. De som har en sensorisk känslighet som troligen är medfödd, och som kan ta lång tid att komma till rätta med kommer att behöva en behandling i den andra fasen som är mer lågintensiv med fokus på att stegvis klara av att öka vad man klarar av att äta.

### **Psykopedagogisk och psykoterapeutisk behandling**

#### **Steg I**

*1. Utöver allmän psykopedagogik om ätstörning ska patienter och vårdnadshavare erhålla psykopedagogik särskilt anpassad för ARFID. (rekommendation)*

Alla patienter och vårdnadshavare ska erhålla relevanta psykopedagogiska insatser som beskrivs i det generella behandlingsskapitlet. För patienter diagnostiserade med ARFID är flera rekommendationer som tas upp i avsnittet Anorexia nervosa relevanta ([se sida 38](#) och framåt), utöver detta ska även särskilt anpassade insatser erbjudas.

#### **Psykopedagogik särskilt anpassad vid ARFID (faktaruta)**

- Patienter med ARFID upplever ofta själv att de har begränsningar i sitt ätande och kanske framförallt i sin sociala situation, vilket medför att behandlingen i större utsträckning än vid AN initialt kan läggas upp i samarbete med patienten.
- Patienter vars ätproblem handlar om matens sensoriska egenskaper har troligen denna typ av svårigheter medfödda och kan komma att behöva anpassa kosten till sina svårigheter under stor del av livet.
- Problemen kring maten har ofta funnits sedan småbarnsåren, vilket innebär att föräldrarna under lång tid har försökt hjälpa sitt barn, därmed är det viktigt att först lyssna på vad föräldrarna har för erfarenheter.

## *2. Specifika behandlingsinsatser vid ARFID. (rekommendation)*

Då patienter med ARFID är en heterogen grupp där orsaken till svårigheterna varierar är det svårt att ange specifika behandlingsinsatser för hela patientgruppen. En noggrann bedömning av problematiken ska ligga till grund för planerade behandlingsinsatser. Nedan följer dock rekommendationer som kan erbjudas beroende på vilken typ av symptom som presenteras och vad orsaken bakom symtomen bedöms vara. Observera att evidensläget för behandling vid ARFID är klart begränsat i dagsläget vilket också bidrar till att det är svårt att rekommendera en enskild behandlingsmetod framför andra.

### **Psykologisk behandling**

Patienter med ARFID och deras vårdnadshavare ska alltid erbjudas psykologisk behandling som inkluderar psykoedukation och interventioner som syftar till att lära ut ångesthanteringsstrategier. Vilka psykologiska interventioner som ska erbjudas ytterligare beror på aktuell symtombild.

Vid ARFID där svårigheterna med ätande bedöms vara fobirelaterade, såsom med bakomliggande kräkfobi eller rädsla för att sätta i halsen, bör psykologisk behandling som inkluderar anpassade exponeringsinterventioner erbjudas. Behandling bör ske enligt riktlinjer för ångestsyndrom. Systematisk desensibilisering kan erbjudas till patienter där ätsvårigheterna handlar om matens sensorik. Försiktiga exponeringsinterventioner där nya livsmedel introduceras kan vara hjälpsamt. Denna typ av exponering, där patienten successivt övar på svåra livsmedel, ska dock användas med försiktighet och kanske främst för patienter som själva uttrycker motivation och önskemål om att bredda sin livsmedelsrepertoar. Interventionerna bör ske med försiktighet och extra tålamod då det föreligger en stor risk för aversiva upplevelser hos patienten. Behandlingsintensiteten bör vara betydligt lägre än vid motsvarande behandlingsarbete vid annan ätstörningsproblematik och kräver således mer tid för att inte bli forcerat.

### **Föräldra- och familjeinterventioner**

Interventioner riktade mot patientens vårdnadshavare ska erbjudas. Dessa ska innefatta färdighetsträning och hur föräldrarna kan hjälpa sitt barn med ångesthantering. Gemensamma familjeinterventioner riktade mot hantering av måltidssituationerna och familjesamspel kan också vara hjälpsamma.

### **Nutritionsbehandling med dietist**

Hög kompetens kring nutrition är av stor vikt när patienter med ARFID behandlas, särskilt i de fall det selektiva ätandet handlar om sensoriska svårigheter. Målet med nutritionsbehandlingen är att etablera ett ätande som så långt det är möjligt ger kroppen all näring den behöver. Dietistkompetens är här värdefullt för att kunna rekommendera lämpliga livsmedel baserat på vilken mat barnet klarar av att äta. För dessa barn kommer matintaget förmodligen alltid vara något ensidigt, men familjerna ska stötts kring hur de kan optimera barnets näringsintag trots bristande variation.

Kosttillägg ska förskrivas i syfte att komplettera bristfälligt näringsintag samt om behov av viktåterhämtning föreligger. Sondnäring kan bli aktuell, var god se information i kapitlet om anorexia nervosa [på sida 42](#) för mer information. Refeeding kan förekomma, var god [se sida 40](#).

### **Medicinska interventioner**

Bristtillstånd kan förekomma vid ARFID oavsett viktstatus och det finns en överhängande risk för tillväxthämning. Medicinska interventioner som innefattar kontroll av vikt och tillväxt ska genomföras regelbundet för alla patienter med ARFID. Eventuella bristtillstånd och övriga fysiska konsekvenser orsakade av det begränsade matintaget ska övervakas och hanteras omgående.

Om bristsjukdomar föreligger bör ett samarbete med barnklinik upprättas med syfte att skapa trygghet och stabilitet i vårdkontaktarna.

# Behandling Bulimia Nervosa samt Bulimia Nervosa med låg frekvens och/eller begränsad varaktighet

Nedan beskrivs behandlingsrekommendationer specifika för bulimia nervosa. De diagnosspecifika rekommendationerna kompletterar de generella rekommendationer som beskrivits i det generella behandlingsskapitlet ovan. Det är således viktigt att alltid läsa det generella behandlingsskapitlet först, [se sida 27](#).

## Psykopedagogisk och psykoterapeutisk behandling

### Steg I

*1. Strukturerad evidensbaserad psykologisk behandling eller psykoterapi ska erbjudas alla patienter med bulimia nervosa. (Rekommendation)*

Alla barn och ungdomar med bulimia nervosa ska erbjudas strukturerad evidensbaserad psykologisk behandling eller psykoterapi. KBT-E med föräldrainvolvering och familjebaserad behandling kan erbjudas som förstahandsalternativ.

*2. Utöver allmän psykopedagogik om ätstörning ska patienter och vårdnadshavare erhålla psykopedagogik särskilt anpassad för bulimia nervosa. (Rekommendation)*

Allmän psykopedagogik vid ätstörning hittas [på sida 34](#). Patienter med bulimia nervosa har generellt särskild nytta av att få psykopedagogiska insatser kring impulsivitet, inklusive tips på strategier för att avstå impulsiva beteenden. Det är också viktigt att alla patienter med bulimia nervosa erhåller noggrann psykopedagogik kring hetsätning och hjälp att förstå vad som driver hetsätningens beteendet hos just denna individ. Var god [se sida 29](#).

För patienter med bulimia nervosa är det viktigt att patienter och deras familjer stöttas till att förstå hur hetsätningens problematiken primärt drivs av bristfälligt eller oregelbundet ätande eller bantningsförsök. Det är vanligt att patienter med bulimia nervosa har en bild av att de får i sig så stora mängder näring under hetsätningsepisoderna att de inte behöver äta normalstora portioner vid efterföljande måltider. Denna uppfattning är ofta vidmakthållande. Etablering av normaliserat ätande enligt rekommendationer i det generella avsnittet [på sida 32](#) är nödvändigt för att nå behandlingsframgång.

Då det vid bulimia nervosa alltid förekommer någon form av kompensationsbeteende är det nödvändigt med noggrann kartläggning och psykopedagogik kring hur denna typ av beteenden vidmakthåller hela problembilden. Kompensationsbeteenden påverkar även i regel patientens kropp negativt och kan leda till somatiska komplikationer. Patienten och familjen ska erhålla tydlig psykopedagogik kring hur olika former av kompensationsbeteenden påverkar kroppen, kortsiktigt och långsiktigt. Om kräkningar förekommer är det viktigt att särskilt betona faran med detta beteende.

*3. Kontroll av kroppsvikt vid bulimia nervosa. (Rekommendation)*

En klinisk bedömning ska ligga till grund för beslut kring om patienter med bulimia nervosa ska vägas regelbundet i vården eller ej. Flera faktorer ska beaktas i denna bedömning. Patienter med bulimia nervosa som har gått ned i vikt bör vägas regelbundet för att säkerställa att den negativa viktrenden stoppas och att vikten åter normaliseras. För patienter med bulimia nervosa som bedöms vara på eller över normalvikt är det i regel gynnsamt att arbeta med vägning i behandling, särskilt ur ett psykologiskt perspektiv. Vägning sker i dessa fall som en behandlingsintervention, där syftet med interventionen är att patienten ska klara av att veta sin aktuella vikt utan att detta resulterar i ökade negativa tankar, känslor eller destruktiva beteenden.

Patienter med bulimia nervosa ska även stöttas i att avhålla sig från vägning i hemmet.

## Steg II

*1. Alternativa psykologiska behandlingsinterventioner ska övervägas för patienter där behandling enligt steg I ej lett till önskvärda resultat. (Rekommendation)*

För patienter med bulimia nervosa som erhållit KBT-E eller FBT utan önskvärt resultat bör andra psykologiska behandlingsmetoder övervägas. I dessa fall kan exempelvis interpersonell terapi (IPT) erbjudas.

# Behandling Hetsättningsstörning samt Hetsättningsstörning med låg frekvens och/eller begränsad varaktighet

Nedan beskrivs behandlingsrekommendationer specifika för hetsättningsstörning. De diagnosspecifika rekommendationerna kompletterar de generella rekommendationer som beskrivits i det generella behandlingskapitlet ovan. Det är således viktigt att alltid läsa det generella behandlingskapitlet först, [se sida 27](#).

## Psykopedagogisk och psykoterapeutisk behandling

### Steg I

*1. Strukturerad evidensbaserad psykologisk behandling eller psykoterapi ska erbjudas alla med hetsättningsstörning. (Rekommendation)*

Alla barn och ungdomar med hetsättningsstörning ska erbjudas strukturerad evidensbaserad psykologisk behandling eller psykoterapi. För tonåringar med hetsättningsstörning rekommenderas i första hand KBT-E med föräldrainvolvering, dock är evidensläget svagare för denna patientgrupp jämfört med exempelvis anorexia nervosa eller bulimia nervosa. Föräldrainvolveringen kan ske på olika sätt, en bedömning av patientens aktuella situation bör ligga till grund för hur patientens vårdnadshavare involveras i behandlingen.

*2. Utöver allmän psykopedagogik om ätstörning ska patienter och vårdnadshavare erhålla psykopedagogik särskilt anpassad för hetsättningsstörning. (Rekommendation)*

Allmän psykopedagogik vid ätstörning hittas [på sida 34](#). Patienter med hetsättningsstörning har generellt särskild nytta av att få psykopedagogiska insatser kring impulsivitet, inklusive tips på strategier för att avstå impulsiva beteenden. Det är också viktigt att alla patienter med hetsättningsstörning erhåller noggrann psykopedagogik kring hetsätning och hjälp att förstå vad som driver hetsättningsbeteendet hos just denna individ. Var god [se sida 29](#).

Precis som vid övriga ätstörningsdiagnoser ska etablering av normaliserat ätande enligt rekommendationer i det generella avsnittet [på sida 32](#) ligga till grund för behandlingen. Det är nödvändigt att säkerställa att det inte är ett bristfälligt eller oregelbundet ätande som driver hetsättningsproblematiken. För många patienter kan det även vara meningsfullt att på något sätt inkludera känsloregleringsinterventioner i behandlingen.

## Steg II

*1. Alternativa psykologiska behandlingsinterventioner ska övervägas för patienter där behandling enligt steg I ej lett till önskvärda resultat. (Rekommendation)*

För patienter med hetsättningsstörning som erhållit KBT-E utan önskvärt resultat bör andra psykologiska behandlingsmetoder övervägas. Baserat på evidensläget för vuxna med hetsättningsstörning kan exempelvis interpersonell terapi (IPT) erbjudas.

# Faktorer som kräver särskilda överväganden vid planering av ätstörningsbehandling

*1. Vid psykiatrisk samsjuklighet som involverar emotionell instabilitet, suicidalitet eller självskadebeteende kan ätstörningsbehandling med fördel kombineras med andra mer omfattande psykoterapivarianter såsom anpassad DBT. (Rekommendation)*

Patienter med ätstörning och samtidigt svårigheter som involverar emotionell instabilitet, suicidalitet och/eller självskadebeteende har behov av att hela problembilden vägs in när behandling planeras och genomförs. Det finns en stor risk att patientens andra destruktiva beteenden ökar i allvarlighetsgrad eller frekvens om ätstörningsbehandling bedrivs utan att stöttning också ges kring patientens emotionella instabilitet, suicidalitet och/eller självskadebeteende.

Det är ofta lämpligt att kombinera ätstörningsbehandling med andra mer omfattande psykoterapeutiska evidensbaserade behandlingsmetoder genom exempelvis anpassad DBT. Om det bedöms lämpligare kan det också vara aktuellt att inkorporera behandlingsinterventioner från evidensbaserade behandlingar såsom DBT eller andra känsleregleringsfokuserade metoder i den sedvanliga familjeterapeutiska behandlingen.

Om patientens olika svårigheter behandlas inom flera olika vårdenheter är det av största vikt att säkerställa en tät samverkan så att patienten inte får motstridiga råd. Om svårigheterna behandlas i olika vårdkontakter är det generellt att föredra att behandlingarna pågår parallellt, detta för att säkerställa att progression på det ena området inte sker på bekostnad av försämring på annat område.

*2. Vid samtidig somatisk sjukdom. (Rekommendation)*

För patienter med ätstörning och samtidig somatisk sjukdom är det viktigt att samverka med aktuell somatisk mottagning. Detta gäller exempelvis för patienter med diabetes, celiaki eller inflammatoriska tarmsjukdomar. Genom samverkan säkerställs att alla involverade har god kännedom om patientens aktuella status och att inte ätstörningsbehandlingen påverkar patientens övriga somatiska tillstånd negativt.

Anpassningar av nutritionsbehandlingen kan krävas exempelvis för att säkerställa att diabetespatienters blodsockernivåer är stabila eller om patienter med inflammatorisk tarmsjukdom försämras och är i behov av någon form av skonkost för att häva ett skov.

För patienter med ätstörning och samtidig diabetes är det viktigt att vara observant att det kan föreligga en risk för att patienten justerar insulindosen i försök att påverka sin vikt. Särskilt anorexia nervosa i kombination med diabetes mellitus typ 1 innebär en kraftig risk för förtidig död. Samarbete med diabetesmottagning ska alltid upprättas.

Även vid somatiska tillstånd såsom smärtproblematik är det av stor vikt att behandlare inom ätstörningsvården samverkar med övriga involverade behandlare. I dessa fall handlar samverkan främst om att säkerställa att patienten inte får till sig motstridiga behandlingsrekommendationer. Behandlare inom ätstörningsvård och exempelvis smärtvård kan gemensamt hitta en väg framåt i behandling som fungerar väl för båda tillstånden.

*5. Behandling av ätstörning vid samtidig utvecklingsrelaterad funktionsavvikelse. (Rekommendation)*

Vid ätstörning och samtidig utvecklingsrelaterad funktionsavvikelse är det av största vikt att behandling planeras med hänsyn till patientens individuella svårigheter och förmåga. Behandling ska planeras så att patienten har goda förutsättningar att lyckas genomföra det nödvändiga förändringsarbetet, detta innebär att stöd och rekommenderade strategier kan behöva anpassas. I detta avsnitt följer rekommendationer gällande anpassningar vid samtidig adhd, autism och intellektuell funktionsnedsättning.



### **Behandling vid ätstörning och adhd**

Vid samtidig adhd behöver patienterna och deras familjer ofta extra stöd för att kunna upprätta och bibehålla gynnsamma vardagliga rutiner. Det är också viktigt att hjälpa patient och familj att hantera den rastlöshet som ofta förekommer, särskilt som det kan vara utmanande att särskilja mellan rastlöshet som symtom på adhd och rastlöshet till följd av höga ångestnivåer eller svältrelaterad överaktivitet.

Många patienter med ätstörning behöver hjälp med att öva på att vila, detta gäller även patienter med adhd som dessutom tidigare i livet kan ha rekommenderats aktivitet för att hantera sin rastlöshet. Patienten och vårdnadshavare ska erhålla psykopedagogiska insatser för att öka deras förståelse för att denna typ av symtom kan behöva hanteras på ett annat sätt än tidigare.

Patienter med samtidig adhd har i regel extra stora svårigheter med impuls kontroll, vilket kan göra det extra utmanande att avstå destruktiva impulsiva beteenden som exempelvis hetsätning, kräkning och fysisk aktivitet. Patienterna och deras familjer är således i behov av ytterligare stöd gällande att hantera impulsiva beteenden. Det är i regel gynnsamt att gemensamt utveckla regleringsstrategier som syftar till att stoppa impulsiva handlingar, inspiration till dessa strategier kan exempelvis hittas i behandlingsmaterial som används vid självskadebeteende.

Rekommendationer gällande farmakologisk behandling av adhd vid ätstörning finns [på sida 52](#).

### **Behandling vid ätstörning och autism**

Vilken typ av anpassningar som krävs vid samtidig autism varierar och en noggrann bedömning bör ligga till grund för behandlingsplaneringen. Särskild vikt ska läggas vid att anpassa samtliga insatser utifrån patientens individuella förmåga till kommunikation och samspel. Patienten kan ha lättare att ta till sig information som presenteras visuellt. Betänk också att det kan finnas behov av att anpassa utifrån känslighet för sinnesintryck, så att patienten har goda möjligheter att ta till sig behandlingen utan att fastna i att det exempelvis finns störande ljud eller liknande i behandlingsrummet.

Gällande nutritionsbehandlingen kan det finnas skäl att göra anpassningar gällande hur stor vikt man lägger vid varierat ätande samt exponering för "svåra" livsmedel. Det är i vissa fall relevant att ha en mer tillåtande hållning kring vilka livsmedel och maträtter patienten uppmanas att exponeras för, men dessa ställningstaganden ska alltid föregås av en noggrann bedömning baserad på anamnestic information kring patientens ätande i tidig ålder. Det är i regel lämpligt att göra anpassningar för livsmedel eller maträtter som sedan tidig ålder har undvikits på grund av matens sensoriska egenskaper. Mat som patienten ätit problemfritt innan ätstörningsdebut kan dock generellt inkluderas på sedvanligt sätt i behandlingen, även om patienten beskriver att svårigheterna i dagsläget kopplas till sensorik.

Det kan vara en svår balansgång gällande hur stora anpassningar som bör göras. För få anpassningar där man ej tar hänsyn till patientens autismrelaterade svårigheter ger sämre förutsättningar för att lyckas med behandlingsarbetet, samtidigt minskar chansen till tillfrisknande om för stora anpassningar görs för att man felaktigt antar att vissa matrelaterade svårigheter är relaterade till patientens autism. Måltider på fasta klockslag, som uppmuntras i ätstörningsbehandling, passar personer med autism väl, då man generellt mår bra av fasta rutiner.

Patienter med autism har ett konkret tänkande och nedsatt reflektionsförmåga, vilket innebär att det vid planering av psykoterapeutisk behandling behöver tas hänsyn till patientens kognitiva fungerande. Detta kan till exempel gälla vid val av terapimetod.

### **Behandling vid intellektuell funktionsnedsättning**

För patienter med ätstörning och samtidig intellektuell funktionsnedsättning är det viktigt att anpassa behandlingsinsatserna efter patientens kognitiva resurser. Information om patientens kognitiva förmågor och rekommendationer från utredande psykolog kan vara till stor hjälp. Alla behandlingsinsatser ska anpassas så att patienten har goda möjligheter att ta till sig information. Det är

av stor vikt att språket förenklas och att kommunikationen sker på ett lugnt, konkret och pedagogiskt sätt.

#### *4. Ätstörningsbehandling vid samtidig beroendeproblematik. (Rekommendation)*

Ätstörning och samtidig beroendeproblematik kan innebära stora utmaningar gällande både bedömning och behandling. Det saknas idag evidensbaserade behandlingsrekommendationer för tonåringar som lider av både ätstörning och beroendeproblematik, därmed behöver behandlingsinterventioner planeras baserat på en noggrann bedömning kring den enskilda individens problematik.

Generellt kan det vara en god idé att planera för en integrerad behandling, snarare än att försöka behandla ett tillstånd i taget. Detta beror på att det vid båda tillstånden föreligger en väsentlig risk för återfall efter avslutad behandling. Om man vid den kliniska bedömningen misstänker gemensamma vidmakthållandefaktorer finns det även en väsentlig risk att man vid behandling av ett tillstånd i taget endast påverkar symtombilden tillfälligt, men att den gemensamma grundproblematiken kvarstår.

Vid beroendeproblematik ska alltid samarbete upprättas med beroendemottagning för ungdomar, såsom Mini-Maria eller Maria Ungdom.

#### *5. Behandling av ätstörning med elitidrottande tonåringar kan kräva särskilda anpassningar och överväganden. (Rekommendation)*

Trots att idrott och fysisk aktivitet generellt är kopplade till positiva hälsoeffekter, är ätstörningar vanliga hos idrottare och förekommer inom alla sporter samt alla kön. Extra vanligt är det dock bland kvinnor och i sporter med extra fokus på estetik, uthållighet, och i sporter med viktklasser. Bland tonåringar kan ätstörning och elitidrott bli särskilt utmanande om tonåringen går på idrottsgymnasium och bor på internat, där insynen kring exempelvis matvanor och träningsmängd kan vara bristande. Försök att öka prestationsförmågan inom sporten kan också leda till skadliga dieter eller viktnedgång.

På grund av den höga fysiska ansträngningen vid elitidrott krävs ett betydligt större näringsintag än hos andra tonåringar. När näringsintaget understiger förbränningen kan det som kallas relativ energibrist uppstå. Vid relativ energibrist ökar risken för både psykiska och fysiska negativa effekter, bland annat ökad skaderisk, risk för depression, och risk att utveckla benskörhet. Relativ energibrist kan förekomma även hos elitidrottare utan ätstörning, men ska alltid ses som en varningssignal och föranleda fördjupad bedömning.

Bedömning och behandling av ätstörning hos elitidrottande tonåringar kräver särskilda överväganden. Det kan vara utmanande att bedöma förekomst av överdriven eller tvångsmässig träning, eftersom denna grupp även i normalfallet ägnar sig åt fysisk aktivitet i betydligt högre omfattning än den övriga befolkningen. Att omfattande och intensiv träning är en normal del av vardagen för elitidrottande tonåringar gör att ätstörningsproblematik kan döljas och vara svårupptäckt, både för den drabbade själv och för omgivningen. Gällande träning är det därför avgörande att bedömningen kretsar kring rörelsens psykologiska funktion, snarare än mängd eller intensitet. Detsamma gäller vid bedömning av ätandet, där tvångsmässiga regler kring näringsintag kopplat till vikt och kroppsform kan vara svårupptäckta i detta sammanhang. Vid bedömningen kan det vara hjälpsamt att fokusera på faktorer såsom tonåringens förmåga att vid behov avstå träning när ökade vilobehov föreligger, och hur vila från träning påverkar tonåringens tankar, känslor och ångestnivå. Likaså är det viktigt att undersöka i vilken grad tankar kring kroppsform och vikt styr näringsintaget, samt på vilket sätt ätandet (eller tankar kring ätandet) påverkas vid vila från idrotten.

Ätstörningsbehandling vid elitidrott bör genomföras på samma sätt som för andra drabbade tonåringar, med tillägget att fler vuxna i patientens omgivning kan behöva inkluderas i behandlingen. Utöver vårdnadshavare är det viktigt att involvera patientens tränare och andra nyckelpersoner kopplade till patientens idrottsatsning. Om patienten går på idrottsgymnasium är det även extra viktigt att skolan involveras, särskilt i de fall patienten bor på internat och således inte har daglig tillgång till stöd från vårdnadshavare. En bedömning bör göras kring tonåringens förmåga att delta i behandling vid boende

på internat, i många fall kan det vara lämpligt att rekommendera att patienten flyttar tillbaka hem till vårdnadshavarna under behandlingstiden.

Patientens somatiska status ska vara vägledande i beslut kring om och i vilken omfattning patienten behöver avstå från idrott och fysisk aktivitet under sjukdomstiden. Även om patientens somatiska status kan tillåta fortsatt idrott, är det dessutom viktigt att ta hänsyn till hur sådan aktivitet riskerar att vidmakthålla patientens ätstörningsproblematik och därmed hindra tillfrisknande. Paus från idrottande rekommenderas generellt, minimum under en begränsad period för att möjliggöra en noggrann bedömning och för att säkerställa att den negativa trenden vänds så snabbt som möjligt.

Hos vuxna elitidrottande patienter med ätstörning är det vanligare med fortsatt idrottande, om än i begränsad omfattning, under ätstörningsbehandlingens gång så länge det bedöms somatiskt säkert och att det är möjligt för patienten att säkerställa ett tillräckligt näringsintag. Det finns skäl att vara mer restriktiv med fortsatt idrottande för tonåringar med ätstörning, framförallt då tonåringar utifrån sin naturligt begränsade mognadsgrad ej kan anses ha samma förutsättningar för att fatta den typen av beslut.

Behandling av ätstörning hos elitidrottande tonåringar bör särskilt fokusera på att stärka patientens förmåga att prioritera sin egen hälsa före idrottsprestationer. Ett annat viktigt fokus är att öka patientens reflektionsförmåga kring vilken funktion idrotten fyller i ätstörningsproblematiken och hur patienten i framtiden, om hen önskar, kan återgå till elitidrott på ett säkert sätt utan att vare sig riskera kvarstående ätstörningssymtom eller återinsjuknande efter tillfrisknande.

#### *6. Särskilda överväganden vid ätstörningsdebut efter, eller vid samtidig, övervikt eller obesitas. (Rekommendation)*

En betydande andel ätstörningspatienter har haft en överviktsproblematik innan ätstörningsdebut. I många av dessa fall har insjuknande i ätstörning skett vid försök till viktnedgång från övervikt eller obesitas. Överviktsproblematik kan även uppstå som en följd av ätstörning, framförallt där överätning och/eller hetsätning förekommer.

För patienter som tidigare haft en övervikt eller obesitas och under sjukdomstiden gått ned i vikt ska bedömning av svältsymtom och eventuella behov av viktåterhämtning ske enligt ordinarie rekommendationer. För patienter som inte bedöms vara i svält och som inte är behov av viktåterhämtning ska nutritionsbehandlingen bedrivas på samma sätt som för alla patienter, det vill säga genom att införa ett normaliserat och varierat ätande som uppfyller kroppens behov av tillräcklig och regelbunden näring. Betänk att patientens ämnesomsättning kan vara tillfälligt påverkat på grund av ätstörningssymtomen, och att detta kan medföra att det normaliserade ätandet initialt påverkar vikten. Detta bör ej föranleda oro eller förändringar i nutritionsbehandlingen. Om patienten och/eller familjen uttrycker oro kring att vikten förändras när ett normaliserat ätande etableras ska de erhålla lugnande besked och uppmaningar om att fortsätta följa behandlingsrekommendationerna. Betänk att de kostråd som ges inom ramarna för en ätstörningsbehandling syftar till att upprätta ett sunt och hållbart ätande, något som bör vara gynnsamt för de flesta människor oavsett viktstatus.

I de fall patienter med ätstörning har samtidig obesitas kan ett dilemma uppstå gällande vilka interventioner och förhållningssätt som anses nödvändiga för att hjälpa patienten tillfriskna från ätstörning, samtidigt som man vill minimera de långsiktiga somatiska risker som obesitas kan medföra. I många fall kommer tillfrisknande från ätstörning vara prioriterat då fortsatt ätstörning troligen riskerar att även vidmakthålla även obesitasproblematiken. Bantning eller andra typer av aktiva viktminskningsförsök ska undvikas under pågående ätstörning. Om behov av obesitasbehandling kvarstår efter tillfrisknande från ätstörningen bör en noggrann bedömning göras. Syftet med en sådan bedömning är att utreda om det föreligger risk för att aktiva viktminskningsförsök kan leda till återinsjuknande i ätstörning.

# Farmakologisk behandling av ätstörning

Läkemedel spelar en begränsad roll vid behandling av ätstörningar. Vid anorexia nervosa finns det ingen farmakologisk behandling med visad effekt på de centrala medicinska eller psykologiska ätstörningssymtomen. Vid uttalad svält bör försiktighet iakttas då svälten ofta blockerar effekten, men risken för biverkan kan kvarstå. Behandling med SSRI har inte någon effekt på anorexisjukdomen. Vid svält är kroppen så påverkad att effekten riskerar att utebli vid behandling av samsjuklighet som depression. Vid behandling med SSRI föreligger dessutom en ökad risk för hyponatremi. Det har blivit vanligt att använda neuroleptika, exempelvis olanzapin och liknande preparat, för att behandla ångesten vid anorexia nervosa. Evidensen är begränsad och det finns endast rapporter om att vissa patienter med stark ångest och kraftiga anorektiska tankar kan ha nytta av behandlingen.

När patienten inte är i svält kan man behandla samsjuklighet som depression och ångest enligt gällande riktlinjer för behandling av respektive diagnos.

Vid bulimia nervosa och hetsättningsstörning finns det evidens för vuxna att SSRI behandling kan vara till nytta, däremot är detta inte självklart för tonåringar. Om det är svårt att få till en psykologisk behandling som är evidensbaserad kan det vara indicerat att ge SSRI.

## Farmaka vid uttalad svält

Vid uttalad svält (se faktaruta [på sida 15](#) för definition) finns en risk för plötslig hjärtdöd. Hos en del patienter med restriktiv ätstörning och svält ses förlängd QT-tid men risken för hjärtdöd kopplas även till andra faktorer, exempelvis elektrolyttrubbning, hjärtsvikt och refeedingsyndrom.

## Val av farmaka vid uttalad svält: (faktaruta)

### Andra generationens neuroleptika

Kan bli aktuellt om ångesten vid måltid (och i vissa fall mellan måltider) är så hög att den hindrar framgångsrik viktåterhämtning. Hyperaktivitet och störd sömn är bästa prediktorer för effektivitet. Andra generationens neuroleptika ska inte sättas in innan man provat att behandla utan farmaka. Evidensläget är svagt men det finns klinisk erfarenhet av nytta med framför allt Olanzapin. Erfarenhetsmässigt och baserat på genomförda studier ger Olanzapin och övriga neuroleptika sällan tydlig aptitstegring under pågående svält, men viktuppgång och aptitstegring kan förekomma när vikten normaliserats. QT-förlängning förekommer med samtliga läkemedel i gruppen. QT-förlängning är mest uttalad med ziprasidon och risperidon, och lägre med quetiapin och olanzapin.

### SSRI

Ej effektiva vid låg vikt och svält, då nybildning av serotonin är kraftigt begränsat pga låga nivåer av tryptofan. Tillägg av tryptofan i behandling med SSRI har inte visat någon effekt. Klinisk erfarenhet talar för att använda SSRI när en depression tillstöter eller klart försämras i samband med en adekvat viktuppgång. QT-påverkan varierar mellan preparat. Fluoxetin och sertralin har mild QT-förlängning. Citalopram och escitalopram har relativt stor påverkan och bör användas med försiktighet. Flera SSRI-preparat kan orsaka hyponatremi, detta gäller särskilt Citalopram.

### Antihistaminerga anxiolytika

(Exempelvis alimemazin, hydroxizin, prometazin)

Saknar evidens samt förlänger QT-tid. Ska ej användas vid uttalad svält.

### Centralstimulantia:

Vid svårbehandlad ätstörning med uttalad svält och pågående medicinering av adhd bör centralstimulantia sättas ut. Återinsättning liksom nyinsättning av centralstimulantia kan övervägas i situationer där svåra adhd-symtom bedöms hindra patientens deltagande i behandlingen och när patientens kroppsvikt motsvarar minst 85 %EBW. Om centralstimulantia ordineras vid undervikt är det särskilt viktigt att patienten följs upp med täta viktkontroller för att säkerställa att viktutvecklingen ej påverkas negativt.

Farmakologisk behandling av adhd-symtom kan, efter viktåterhämtning, bidra till en ökad

behandlingsfölsamhet och ge patienten utökade möjligheter till att tillgodogöra sig behandlingsinterventionerna.

#### **Checklista vid insättning av farmaka vid uttalad svält: (faktaruta)**

- EKG ska alltid kontrolleras vid uttalad svält innan farmaka sätts in. Om det föreligger svikttecken ska barnkardiolog konsulteras (oavsett om farmaka sätts in eller ej).
- Samla in anamnestisk information kring om det föreligger ärftlighet för långt QT-syndrom (LQTS) hos första och andragradssläktingar, plötslig hjärtdöd eller annan arrytmisjukdom. Vid hereditet för LQTS bör kardiolog alltid konsulteras (syns ej alltid på EKG, genetisk utredning kan behövas).
- Vid hereditet för LQTS, plötslig hjärtdöd, eller om patient haft yrsel eller svimning: kontroll av EKG. Om patologiskt EKG, inklusive QT-förlängning: konsultation med kardiolog innan insättning av neuroleptika.
- Vid hjärtsviktstecken (perifera ödem, rassel basalt vid lungauskultation, vilo- eller ansträngningsdyspné, extrem trötthet, bröstsmärta): kontrollera EKG samt konsultera alltid barnkardiolog eller barnläkare innan farmaka sätts in.
- Vid elektrolytrubbning: kontrollera även fosfat och magnesium, samt EKG. Konsultera barnkardiolog. Elektrolytrubbning ska korrigeras före insättning av farmaka.
- Vid neuroleptikabehandling ska blodprover för metabol påverkan följas, enligt sedvanliga riktlinjer.
- Målet ska vara att neuroleptikabehandling blir relativt kort, och ska sättas ut senast när vikten normaliserats så att man ej riskerar en onödig viktökning eller andra negativa effekter av metabol påverkan. Denna information måste ges till patient och familj vid insättningen av medicinen.
- Dosering bör vara låg vid all farmaka när uttalad svält föreligger. Vid Olanzapin är startdos 2.5 mg, och kan ökas till 5 mg och vid svår ångest till 7.5 mg. Högre doser kräver särskilt övervägande både beträffande kardiell säkerhet samt skärpt metabol övervakning.

#### **Strategier vid depression vid uttalad svält (faktaruta)**

- Första steget är att häva svälten. Vanligen ses då effekt på depressionen. Om depressionen kvarstår eller till och med förvärras vid viktrestitution, kan SSRI-behandling övervägas.
- Vid svåra depressiva symtom (katatoni, psykosymtom, starka dödstankar och suicidtankar), kan viktrestitution vara svår eller omöjlig och riskerna påtagliga (exempelvis kan patienten vara så hämmad att den blir oförmögen att äta eller dricka). Då bör ECT övervägas. ECT är i ett sådant läge säkrare än farmakologisk behandling av depression, och ger snabb effekt.

# Kvalitetsindikatorer

*1. Följande parametrar bör kunna identifieras i journal och stöder vård enligt riktlinjer (rekommendation)*

## Utredning

- Somatisk undersökning vid första besök
- Diagnos baserad på aktuella kriterier och planering av behandlingsinsatser baserad på bred kartläggning av aktuella och historiska ätstörningssymtom samt generellt fungerande
- Aktuell vikt noterad i tillväxtkurva och BMI-kurva
- Bedömning av eventuell undervikt och tillväxthämning
- Bedömning gällande eventuell somatisk och psykiatrisk samsjuklighet i det initiala skedet, inklusive suicidalitet och självskada
- Barnpsykiatrisk utredning initierad vid utebliven behandlingseffekt

## Behandling

- Psykopedagogiska interventioner löpande under behandlingstiden
- Psykologisk behandling/psykoterapi med familjebehandling alternativt individualterapi med föräldrainvolvering som bas
- Multidisciplinärt team
- Vårdplan
- Häva svälttillstånd och påbörja viktåterhämtning snabbt
- Regelbunden dokumentation av vikt och somatisk status. Signifikant viktökning inom de fyra första behandlingsveckorna för underviktiga patienter
- Regelbunden utvärdering och dokumentation av somatiskt tillstånd
- Behandlingsupplägg utvärderas om fortsatt negativ trend alternativt utebliven behandlingseffekt efter 3 månaders behandling enligt riktlinjer
- Intensifiering av behandling om ej framgång efter 3 månader
- Behandlingsupplägg anpassat efter eventuell samsjuklighet
- Farmakologisk behandling utvärderad med hänsyn till säkerhetsfaktorer för patienter i svälttillstånd

# Referenser

- National Institute for Health and Care Excellence. (2020). *Eating Disorders: Recognition and Treatment (NICE Guideline NG69)*. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng69>
- Socialstyrelsen. (2024). *Nationella riktlinjer ätstörningar. Prioriteringsstöd till dig som beslutar om resurser i hälso- och sjukvården eller socialtjänsten. Version för synpunkter.* (Artikelnummer 2024-5-9039). <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2024-5-9039.pdf>
- The Royal College of Psychiatrists. (2022). *Medical Emergencies in Eating Disorders: Guidance on Recognition and Management*. <http://www.rcpsych.ac.uk/cr233>

## Litteraturtips

- Bourne, L., Bryant-Waugh, R., Cook, J., & Mandy, W. (2020). *Avoidant/restrictive food intake disorder: A systematic scoping review of the current literature*. *Psychiatry Research*. Jun;288:112961.doi: 10.1016/j.psychres.2020.112961.
- Clinton, D., & Isomaa, R. (2022). *Förstå och bemöta ätstörningar*. Studentlitteratur.
- Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. Guilford Press.
- Fairburn, C. G. (2017). *Att övervinna hetsätning: ett vetenskapligt utvärderat behandlingsprogram* (2nd ed.). Natur & Kultur.
- Ganci, M. (2020). *Familjebaserad behandling: handbok för föräldrar vars barn behandlas för anorexia nervosa*. Studentlitteratur.
- Ghaderi, A., & Parling, T. (2023). *Lev med din kropp: om acceptans och självkänsla* (2nd ed.). Natur & Kultur.
- Wallin, U., Næsje, P., Valdes, R., & Wallin, K. (2024). *Familjebehandling vid ätstörningar*. Studentlitteratur.

## Patient- och anhörigföreningar

Frisk & Fri - riksföreningen mot ätstörningar  
<https://www.friskfri.se/>

SHEDO  
<https://www.shedo.se/>

## Diagnos- och KVÅ-koder

Diagnosområde kod enl.	ICD-10
Anorexia nervosa	F50.0
Bulimia Nervosa	F50.2
Hetsättningsstörning	F50.8
Undvikande/Restriktiv ätstörning	F50.8
Atypisk anorexia nervosa	F50.1
Bulimia nervosa med låg frekvens och/eller begränsad varaktighet	F50.3
Hetsättningsstörning med låg frekvens och/eller begränsad varaktighet	F50.8
Självrensning	F50.8
Ospecificerad ätstörning eller födorelaterat syndrom	F50.9

Klassifikation av Vård Åtgärd enl. SoS	kod
Klinisk undersökning av psykiskt tillstånd	AU009
Vårdplan	AU120
Psykopedagogisk behandling	DU023
Strukturerad suicidriskbedömning	AU118
Systematisk psykologisk behandling, KBT	DU011
Annan specificerad familjeterapi	DU079
Ätträning	DU012
Viktmätning	AV112



# Bilaga 1: BMI-ålderstabell

## %EBW

(Percentage of Expected Body Weight)

Procentuellt medelvärde för BMI i förhållande till ålder.



### Beräkning av %EBW

**BMI = Vikt i kg/längd i meter<sup>2</sup>**

**%EBW = Patientens faktiska BMI/medelvärde av patientens normala BMI för ålder och kön X 100**

### Exempel

13,5 ÅR GAMMAL FLICKA

VIKT: 30,4 KG

LÅNGD: 150,3 CM

BMI:  $(30,4/1,503/1,503) = 13,5 \text{ KG/M}^2$

FÖRVÄNTAT BMI: 18,79 KG/M<sup>2</sup>

%EBW:  $(13,5/18,79 \times 100) = 71,6\%$

### Normalvärde för BMI i olika åldrar

Ålder	Flickor	Pojkar
År	BMI kg/m <sup>2</sup>	
6,00	15,40	15,64
6,50	15,44	15,60
7,00	15,49	15,67
7,25	15,55	15,70
7,50	15,60	15,75
7,75	15,67	15,80
8,00	15,74	15,83
8,25	15,82	15,90
8,50	15,91	15,95
8,75	16,01	16,00
9,00	16,11	16,12
9,25	16,22	16,21
9,50	16,34	16,30
9,75	16,46	16,40
10,00	16,58	16,52
10,25	16,71	16,60
10,50	16,85	16,71
10,75	16,99	16,84
11,00	17,14	17,00
11,25	17,28	17,11
11,50	17,42	17,21
11,75	17,58	17,39
12,00	17,76	17,57

Ålder	Flickor	Pojkar
12,25	17,92	17,74
12,50	18,08	17,88
12,75	18,25	18,05
13,00	18,42	18,20
13,25	18,50	18,32
13,50	18,79	18,45
13,75	18,95	18,64
14,00	19,09	18,89
14,25	19,27	19,03
14,50	19,45	19,22
14,75	19,60	19,41
15,00	19,76	19,61
15,25	19,93	19,78
15,50	20,08	20,01
15,75	20,24	20,19
16,00	20,40	20,35
16,25	20,53	20,48
16,50	20,70	20,77
16,75	20,80	20,89
17,00	20,98	21,09
17,25	21,10	21,22
17,50	21,20	21,41
17,75	21,40	21,65
18,00	21,50	21,83

## Bilaga 2: Ålderstabell blodtryck

### **BLODTRYCK NORMALVÄRDEN I VILA**



#### Blodtryck utifrån ålder

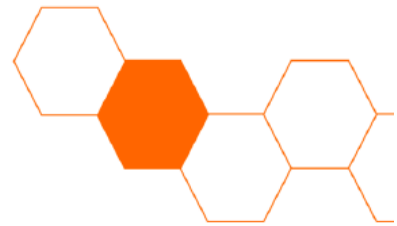
Ålder	Flickor		Pojkar	
	Systoliskt	Diastoliskt	Systoliskt	Diastoliskt
6,0	97,7	60,9	-	-
6,5	98,6	61,2	101,1	60,9
7,0	99,5	61,5	101,6	61,1
7,5	100,3	61,8	102,2	61,3
8,0	101,2	62,1	102,7	61,6
8,5	102,1	62,4	103,3	61,8
9,0	103,0	62,6	103,9	62,0
9,5	103,8	62,9	104,5	62,2
10,0	104,7	63,2	105,2	62,4
10,5	105,6	63,5	105,9	62,6
11,0	106,4	63,8	106,6	62,7
11,5	107,1	64,2	107,3	62,9
12,0	107,8	64,5	108,1	63,0
12,5	108,5	64,8	108,9	63,2
13,0	109,0	65,2	109,8	63,3
13,5	109,5	65,5	110,7	63,5
14,0	109,9	65,8	111,7	63,7
14,5	110,3	66,0	112,8	63,9
15,0	110,7	66,3	113,9	64,2
15,5	111,0	66,5	115,1	64,4

Krmar RT, Holtbäck U, Bergh A, et al. Oscillometric casual blood pressure normative standards for Swedish children using ABPM to exclude casual hypertension. Am J Hypertens. 2014;28(4):459-68.

Om patienten är kort eller lång för sin ålder, kan värdena variera mot det som gäller för åldern. Jämför då med värdena avseende längd och blodtryck på nästa sida.

## Bilaga 3: Ålderstabell puls

### **PULS** **NORMALVÄRDEN**



### Normal vilopuls utifrån ålder

Ålder	Lägst	Median	Högst
4 – 6	80	100	115
6 – 8	75	90	110
8 – 12	65	85	105
12 – 15	60	80	95
15 – 18	60	75	90

Fleming S, Thompson M, Stevens R, Heneghan C, Plüddemann A, Maconochie I, Tarassenko L, Mant D.  
Normal ranges of heart rate and respiratory rate in children from birth to 18 years of age: a systematic review of observational studies. Lancet 2011; 377: 1011–18