

Ätstörningar - vårdprogram

Hitta i dokumentet

Syfte	1	Behandling extranivå – Barn/ungdomar	14
Genomförandeplan	2	Behandling basnivå – Vuxna	16
Klinisk bild	2	Behandling medelnivå – Vuxna	16
Definition	2	Behandling extranivå – Vuxna	18
Uppkomst, prevalens och incidens	3	Behandling vid samsjuklighet	19
Förlopp	4	Behandling vid svår och långvarig AN20	20
Psykiatrisk samsjuklighet	4	Samverkan	20
Somatisk differentialdiagnostik och samsjuklighet	4	Referenser	21
Vårdnivåer	5	Bilaga 1 - Stockholms "Prioritering för bedömning och behandling"	22
Ätstörningar inom primärvården	5	Bilaga 2 – utdrag från "Handläggningsöverenskommelse BUP – Närsjukvård"	22
Ätstörningar inom BUP och vuxenpsykiatri	5	Bilaga 3 – Utdrag från "Handläggningsöverenskommelse Vuxenpsykiatri – Närsjukvård"	23
Specialiserad ätstörningsmottagning ...	6	Bilaga 4 - Flödesschema för bedömning av patienter under 18 år	24
Bedömning	6	Bilaga 5 Flödesschema för bedömning patienter över 18 år	25
Basnivå bedömning – Barn/ungdomar ..	6	Bilaga 6 - Innehåll nybesök/bedömning ätstörningsmottagningen	26
Somatisk bedömning av patient med ätstörning	7	Bilaga 7 - Vårdplan barn/ungdom	27
Basnivå bedömning – Vuxna	8	Bilaga 8 - Vårdplan vuxen	28
Extranivå bedömning - Barn/ungdomar och vuxna	9	Uppdaterat från föregående version	28
Behandling	10		
Behandlingsprocessen	11		
Behandling basnivå – Barn och ungdomar	12		
Behandling medelnivå – Barn/ungdomar	13		

Syfte

Kliniska riktlinjer syftar till att säkra att det diagnostiska tänkandet är tillräckligt brett och noggrant samt att de behandlande insatserna är relevanta och evidensbaserade men även kostnadseffektiva och rimliga med hänsyn tagen till diagnos/problematik och resurser. Riktlinjerna kan inte alltid genomföras fullt ut initialt utan sätter då mål för utbildning och utvecklingsarbete.

Dessa riktlinjer syftar till att öka kunskapen om ätstörningar både på länets två specialiserade ätstörningsmottagningar och inom psykiatri i övrigt. Syftet är att säkerställa att alla patienter erbjuds en bred diagnostisk bedömning samt en evidensbaserad behandling då sådan finns.

Genomförandeplan

Den viktigaste delen i genomförandet ligger hos ansvarig överläkare och team. På BUP erbjuds årligen internutbildning om ätstörning för all nyanställd personal. För personal som

arbetar specifikt med ätstörningar erbjuds en gång per år fortbildningstillfällen via HÄNG (Hallands ätstörningsnätverksgrupp). Målet är att all personal som arbetar på länets två specialiserade ätstörningsmottagningar (Halmstad respektive Varberg) under sitt första år i verksamheten ska gå en veckas orienteringskurs om ätstörningar i Lund samt att alla anställda ska kunna erbjudas möjlighet att gå den 7,5-poängsutbildning som Karolinska Institutet håller om ätstörningar.

Klinisk bild

Definition

För termen ätstörning finns inte någon vedertagen definition. Två stora forskare på området, Fairburn och Walsh, ger följande definition:

"Med ätstörning avses en ihållande störning i ätbeteende eller viktkontrollerande beteende, som påtagligt försämrar fysisk hälsa eller psykosocialt fungerande. Störningen ska inte vara sekundär till någon känd allmänmedicinsk åkomma eller någon annan psykiatrisk störning."

Nedan följer en beskrivning av de ätstörningsdiagnoser enligt DSM-5 som ingår i ätstörningsmottagningarnas uppdrag i Halland.

Anorexia Nervosa (ICD-10 F50.0)

Anorexia Nervosa (AN) karaktäriseras av att personen har ett för litet energiintag i förhållande till behoven vilket medför en signifikant låg kroppsvikt, i relation till ålder, kön, tillväxtkurva och kroppslig hälsa. Hos personer med AN finns också en intensiv rädsla för att gå upp i vikt/bli tjock, eller ett beteende som motverkar viktökning trots en klar undervikt. AN karaktäriseras även av minst en av följande faktorer: a) en störd kroppsupplevelse gällande vikt eller form, b) självkänslan är överdrivet påverkad av kroppsvikt eller form, c) allvaret i den låga kroppsvikten förnekas. Diagnosen har två undergrupper där man specificerar om den kliniska bilden domineras av i huvudsak självsvält eller hetsätning/självrensning.

För att bedöma tillståndets svårighetsgrad utgår man för vuxna från body mass index (BMI) och för barn och ungdomar från BMI-percentilen. Svårighetsgraderingen kan, om det finns skäl till det, ökas för att återspegla förekomst av allvarliga kliniska symtom, graden av funktionsnedsättning samt behovet av medicinsk tillsyn.

Bulimia Nervosa (ICD-10 F 50.2)

Diagnosen Bulimia Nervosa (BN) karaktäriseras av att personen har upprepade episoder av hetsätning, det vill säga att man under en avgränsad tid äter en väsentligt större mängd mat än vad de flesta personer skulle äta under motsvarande tid och omständigheter. I hetsätningen finns även en upplevelse av kontrollförlust. Personen använder till följd av hetsätningen olämpliga kompensatoriska beteenden för att inte gå upp i vikt, exempelvis självframkallande kräkningar eller överdriven motion. För att ställa diagnosen krävs att både hetsätningen och de olämpliga kompensatoriska beteendena förekommer i genomsnitt minst en gång i veckan under 3 månader.

Det krävs för diagnos också att självkänslan är överdrivet påverkad av kroppsform och vikt. Svårighetsgraderingen utgår från frekvensen av olämpliga kompensatoriska beteenden. Svårighetsgraderingen kan, om det finns skäl till det, ökas för att återspegla förekomsten av andra symtom samt graden av funktionsnedsättning.

Andra specificerade ätstörningar eller födorelaterade syndrom (ICD-10 F 50.8)

Den här kategorin används när den kliniska bilden präglas av symtom på en ätstörning som orsakar ett betydande lidande för individen eller en försämrad funktion men där kriterierna för någon av de specificerade diagnoserna ovan inte är uppfyllda.

Här följer några exempel på när den här kategorin kan användas:

- Atypisk anorexia nervosa: Samtliga kriterier för AN är uppfyllda med undantag för att personens kroppsvikt ligger inom eller över normalintervallet trots signifikant viktnedgång.
- Bulimia nervosa (med låg frekvens och/eller begränsad varaktighet): Samtliga kriterier för BN är uppfyllda med undantag för att hetsätandet och de olämpliga kompensatoriska beteendena i genomsnitt inträffar mer sällan än en gång per vecka och/eller under kortare tidsperiod än 3 månader.
- Självrensning: Självrensning vid upprepade tillfällen i syfte att påverka kroppsvikt eller form (t.ex. självframkallade kräkningar; missbruk av laxermedel, diuretika eller andra läkemedel) men utan episoder av hetsätning.

Kriterierna enligt DSM-5 är vägledande i bedömningsarbetet av en ny patient. Det bör dock nämnas att alla patienter är unika och även då de har vissa symtom gemensamt kan de också vara mycket olika gällande faktorer som bakgrund, andra symtom och personlighet.

Uppkomst, prevalens och incidens

Tidpunkten för när ätstörningar debuterar varierar men vanligast är att den sker under de sena tonåren (16-19 år). Det är dock inte ovanligt att sjukdomen debuterar tidigare, ibland redan i 7-8 årsåldern. Det förekommer också att personer insjuknar senare i livet, ända upp i medelåldern. Vid debuten är ätstörningen ofta av restriktiv karaktär med självsvält.

Orsaken till ätstörningar bör betraktas ur ett multifaktoriellt perspektiv. Det finns många olika faktorer som samvarierar och bidrar till utvecklandet av en ätstörning. Predisponerande faktorer kan vara genetisk sårbarhet, personlighetsdrag och familjemönster. Utlösande faktorer är händelser i samband med sjukdomens debut, såsom bantning, trauma eller viktnedgång. Vidmakthållande faktorer är psykologiska processer som bidrar till att bibehålla ätstörningen.

Den största andelen som drabbas av ätstörning är kvinnor. Man uppskattar att cirka 10 % av de som drabbas är män. Ser man till den yngsta patientgruppen med ätstörning (med debut innan 13-14 års ålder) så bedöms dock hela 25 % utgöras av pojkar. I stor grad är den kliniska bilden för män och kvinnor med ätstörning i mångt och mycket lika varandra.

Det är troligt att det gällande ätstörningar finns ett stort mörkertal och att både incidens och prevalens av ätstörningar förmodligen är högre än tidigare uppskattat. Främst gäller kanske detta atypiska former av ätstörningar. Förekomsten av AN tycks ligga inom intervallet 0,5-1 % hos kvinnor i övre tonåren och ung vuxenålder. Prevalensen för BN är omkring 1-2 %.

Prevalenssiffrorna ovan kommer från studier där man utgått från diagnosmanualen DSM-4. I den nya utgåvan, DSM-5 som nu är i kliniskt bruk, har man förändrat flera diagnoskriterier för ätstörningsdiagnoserna. Exempelvis har man förändrat kriterierna för AN och BN så att fler patienter kan sorteras in under dessa diagnoser med syftet att minska den stora grupp med patienter som tidigare fick diagnosen; ätstörning utan närmare specifikation.

Nya prevalensstudier utifrån DSM-5:s kriterier kommer därför att ge annan prevalens, med förmodat högre andel av AN och BN.

Förlopp

Ätstörningar har inte sällan ett långdraget förlopp men majoriteten av patienterna tillfrisknar. Det förekommer återfall hos förbättrade patienter och ibland sker en övergång mellan olika ätstörningsdiagnoser. Ätstörningar är allvarliga tillstånd och vid AN finns en förhöjd mortalitetsrisk.

Psykiatrisk samsjuklighet

Patienter med ätstörningar uppfyller ofta kriterier för andra psykiatriska diagnoser. Av de vuxna patienterna har cirka 65 % någon annan psykiatrisk diagnos, främst handlar det om ångest och depression men även om missbruk, bipolär sjukdom och personlighetssyndrom. Den allra vanligaste samsjukligheten är depression. I studier har man funnit att mellan 20 till 98 % av ätstörningspatienter har en samtidig depressionssjukdom. Mellan 7 och 65 % av ätstörningspatienter har någon form av ångestsyndrom eller tvångssyndrom.

Personlighetssyndrom är mer vanligt förekommande hos personer med ätstörningar jämfört med den allmänna befolkningen. Även här skiljer sig siffrorna åt mellan olika studier. Hos personer med restriktiva ätstörningar av anorektisk karaktär har man funnit ett samband med tvångsmässig och undvikande personlighetssyndrom. Hos personer med bulimisk ätstörningsproblematik verkar det finnas ett samband med personlighetssyndrom i kluster B med drag av impulsivitet, framförallt borderline personlighetssyndrom. Hos personer med ADHD och autism tycks ätstörningar vara mer vanligt förekommande. Hos barn och ungdomar verkar samsjukligheten ligga på cirka 40 %, de vanligaste tillstånden är ångest- och depressionstillstånd.

Utifrån forskning vet man också att suicidrisken kan vara hög i ätstörningsgruppen. Suicidaliteten uppstår inte alltid i samband med samtidig depression utan har även kunnat kopplas till andra faktorer såsom missbruk och svårigheter med impuls kontroll. Psykiatrisk samsjuklighet kan få implikationer för och/eller försvåra ätstörningsproblematiken och behandlingsprocessen. Därför är det av stor vikt att i bedömningsfasen kartlägga patientens problematik noggrant samt ha ett differentialdiagnostiskt perspektiv med sig i behandlingsarbetet.

Somatisk differentialdiagnostik och samsjuklighet

Den somatiska bedömningen ska kartlägga om det finns någon somatisk sjukdom som kan ge svält. Denna sjukdom kan ibland förklara svälten men kan också finnas samtidigt som ätstörningen. För exempel på sjukdomar som kan orsaka svält var god se bild nedan. Ätstörning förekommer oftare hos ungdomar med diabetes än hos icke-diabetiker i samma åldersgrupp. Hos diabetiker med ätstörningar är det vanligt med både dålig kontroll av blodsocker och ökad risk för diabeteskomplikationer. Dessa patienter kan vara svårbehandlade och kräver många gånger ett nära samarbete mellan somatisk vård och ätstörningsvård.

Kroppsliga sjukdomar som kan ge svält**Diabetes mellitus****Thyreotoxikos****Hypofysinsufficiens****Addissons sjukdom****Cellaki****Morbus crohn****Ulcerös colit****Tumörsjukdomar****Allvarliga infektioner****Vårdnivåer****Ätstörningar inom primärvården**

Primärvården ska kunna diagnostisera misstänkta ätstörningsproblem, ge stöd och lågintensiv behandling framförallt till vuxna patienter och patienter med kronisk ätstörningsproblematik. Primärvården ska kunna erbjuda stöd och behandling till patienter med hetsättningsstörning och patienter med andra lindrigare former av ätstörningsproblematik samt till patienter med en god funktionsförmåga.

Ätstörningar inom BUP och vuxenpsykiatri

Alla patienter från cirka 12 års ålder bör vid bedömningssamtal inom BUP eller vuxenpsykiatri screenas med frågor om

- Viktnedgång och/eller stark rädsla att bli tjock.
- Förekomst av hetsätning och olämpligt kompensatoriskt beteende (ex kräkningar) för att påverka vikt.

Primära ätstörningar av den svårighetsgraden att de inte kan skötas inom primärvården ska normalt skötas via specialiserad ätstörningsmottagning. Hos patienter med ätstörning där annan psykiatrisk problematik är huvudproblemet kan behandlingen initieras på BUP eller inom vuxenpsykiatri. Den aktuella behandlingen inom psykiatri ska då kompletteras med:

- Regelbundna somatiska kontroller (puls, blodtryck, längd och vikt)
- Råd, stöd och psykopedagogiska interventioner kring måltidsordning, portionsstorlek, vad som händer i kroppen vid svält och kompensatoriskt beteende.

Om tillståndet försämras eller vid osäkerhet i bedömning av ätstörning på BUP eller i vuxenpsykiatri bör man kontakta ätstörningsmottagningen. Detta för konsultation om det finns skäl för remiss eller om rådgivning per telefon är tillräckligt. Det är oftast bäst att hela behandlingsansvaret ligger på samma enhet. Ibland kan patientens övriga psykiatriska problematik göra att behandlingen bör fortgå inom BUP eller allmänpsykiatri med stöd och konsultation från ätstörningsmottagningen. Ibland är patientens depressions- och ångestproblematik en direkt konsekvens av svält och behandlingen bör då övertas av ätstörningsmottagningen.

Vid ätstörning som huvuddiagnos men samsjuklighet med ångestsyndrom eller depression så bör dessa kunna behandlas på Ätstörningsmottagningen. Bedömning och uppföljning av dessa tillstånd ska då ske enligt klinikernas riktlinjer för respektive tillstånd.

Vid samsjuklighet med ADHD, autism, psykosjukdom, bipolär sjukdom, OCD, PTSD, personlighetssyndrom eller liknande sjukdomstillstånd kan behandlingen behöva ske uppdelat mellan Ätstörningsmottagningen och BUP eller vuxenpsykiatri. Detta förutsätter en direktkontakt mellan ansvarig överläkare på de bägge mottagningarna. Behandlingsansvaret ligger kvar helt och odelat på den enhet som senast haft detta ansvar fram till dess att bedömning på annan enhet genomförts och det finns en tydlig överenskommelse kring vem som agerar som ansvarig vårdgivare.

Specialiserad ätstörningsmottagning

Här behandlas majoriteten av patienter med ätstörning. Både inför bedömning och behandling ska en prioritering göras. För riktlinjer avseende prioriteringsarbetet v.g. se bilaga 1. Då en patient inte bedöms fylla kriterier för en ätstörningsdiagnos som ingår i ätstörningsmottagningens uppdrag hänvisas denne vid behov till annan vårdinstans. För information om uppdrag och vårdnivå var god se HÖK (handläggningsöverenskommelse) mellan BUP respektive vuxenpsykiatri och närsjukvård. För innehåll i HÖK var god se bilaga 2 och 3.

Behandlingsinsatser på basnivå ska erbjudas alla patienter medan behandling på medel och extranivå kan bedömas vara indicerat vid ätstörning av högre svårighetsgrad, vid ätstörning med samsjuklighet, vid låg funktionsförmåga eller vid bristfälligt behandlingssvar av insatser på basnivå. Då nya behandlingsinsatser övervägs bör man göra detta i samband med en utvärdering av aktuell vårdplan och upprättande av ny vårdplan.

Bedömning

I mötet med patienten är det av största vikt att inge hopp, trygghet, visa respekt och ha förståelse för den enskilda individens situation. Patienten ska känna sig delaktig i planeringen av sin vård och fritt kunna uttrycka sin åsikt. Även anhörigas perspektiv ska vägas in. Bedömning avseende misstänkt ätstörningsproblematik är tvärprofessionell och inriktas mot tre huvudgrupper av symtom:

1. Medicinskt tillstånd
2. Ätbeteende och psykologiska symtom relaterade till ätstörningen
3. Övriga psykiatriska symtom som inte är primärt relaterade till ätstörningen.

Andra viktiga delar att undersöka i bedömningen är patientens funktionsnivå, familjeförhållanden, patientens motivation och patientens och de närståendes förväntningar på behandling.

Basnivå bedömning – Barn/ungdomar

För patienter under 18 år ingår följande delar i bedömningsfasen:

- Nybesök
- Somatisk bedömning
- Blodprovstagning
- Föräldrasamtal
- Stepwise-bedömning
- Återkoppling

I de allra flesta fall görs denna bedömning vid ett och samma tillfälle. Var god se bilaga 4 för flödesschema över bedömningsfasen. I bedömningsfasen av barn och ungdomar måste alltid vårdnadshavare delta.

Nybesök

Under nybesöket är det viktigt att få en bild av det medicinska tillståndet hos patienten samt få information om ätbeteende och psykiatriska symtom. Utöver informationsinhämtandet är det också av största vikt att skapa en god kontakt med barnet och familjen där de känner sig väl bemötta och omhändertagna.

I samtalet behöver man kartlägga ätstörningens debut, förlopp och huvudsymtom, samt få en detaljerad bild av patientens ätande (exempelvis undvikande av födoämnen, hur och när patienten äter, upplevd kontrollförlust, hetsätningar) och förekomst av kompensatoriskt beteende.

Det är även väsentligt att kartlägga övriga psykiatriska symtom hos patienten, både de som kan kopplas till ätstörningen (exempelvis nedstämdhet eller irritabilitet till följd av svält) och de som inte är direkt kopplade till ätstörningen (psykiatrisk samsjuklighet). Man ska alltid fråga om symtom på depression och ångest då dessa är vanliga komorbida tillstånd. Det är också av största vikt att undersöka självskadebeteende, suicidtankar och göra en suicidriskbedömning. För innehåll var god se BUP riktlinje suicidriskbedömning respektive vuxenpsykiatriens vårdriktlinje suicidprevention. Utöver frågor kring måendet och sjukdomen behöver man också få en bild av patientens fungerande i vardagen.

Under nybesöket är det således avgörande att inhämta information kring en rad områden, i bilaga 6 finns en förteckning över de VAS-sökord man bör täcka av i nybesöket.

I den somatiska utredningen ingår att kartlägga om det finns någon somatisk sjukdom. Man bör undersöka viktminskningens hastighet och storlek, nutritionsstatus och menstruationsanamnes hos flickor/kvinnor. Hos barn och ungdomar behöver man få en noggrann anamnes kring längdtillväxt och tidigare utveckling (lämpligen genom genomgång av tillväxtkurva). Man bör också undersöka förekomst av symtom på svält som frusenhet, trötthet, yrsel, sömnsvårigheter, förstoppning, buksmärter, amenorré, försämrad koncentrationsförmåga, huvudvärk, håravfall och nedsatt kraft.

Det ingår också en noggrann somatisk bedömning. Var god se bild nedan för innehåll i denna bedömning.

Somatisk bedömning av patient med ätstörning

Cirkulation, inkompensation	Perifer/central cyanos (läppcyanos, kalla/bleka händer/fötter), ankelödem, kapillär återfyllnad
Temperatur	Central (öra) och perifer
Längd	
Vikt	Bedömning av tillväxtkurva
BMI	Åldersnormerad BMI-kurva
Hjärt- och lungauskultation	
Puls	
Blodtryck	Liggande och stående
Pubertetsstadie	
Hud	Lanugobehåring (ansikte, rygg, nacke), tunt hår, hudturgor, skavsår handrygg och rygg (situps), trasiga nagelband, torr hud
Muskulatur	Reducering av muskelmassa

Buk	
Hals	Lymfkörtlar, spottkörtlar, sköldkörtel
Mun/svalg	Tandstatus, frätskador, tandköttsinflammation, faryngit, sår i mungipor
EKG	Bör övervägas vid grav svält, hastig viktnedgång, låg puls.

Blodprovstagnning ingår som en del i bedömningen, för vanliga laboratoriefynd var god se s 7.

Föräldrasamtal

Föräldrasamtalet är ett bra tillfälle för föräldrar att lämna information när inte barnet/ungdomen är närvarande. Då det inledningsvis, särskilt för barn och ungdomar, kan finnas en låg grad av insikt i ätstörningssjukdomen (och således en underrapportering av problem eller symtom) är det bra att få föräldrarnas bild av barnets ätbeteende, mående och fungerande i övrigt. Det kan också vara ett bra tillfälle att fråga föräldrarna om speciella livshändelser och eventuella stressfaktorer i barnets liv som kan hänga ihop med ätstörningen. Föräldrasamtalet innebär en möjlighet för behandlare att ge information till föräldrarna, svara på frågor och redan här ge de första interventionerna i behandlingsarbetet.

Stepwise-bedömning

Stepwise är en databas som specialiserade ätstörningsmottagningar rapporterar till. Stepwise innehåller att antal bedömningsmetoder i form av halvstrukturerade intervjuer, kliniska skattningar samt självskattningsformulär. Registrering i Stepwise innebär också en samtidig registrering i det nationella kvalitetsregistret för ätstörningar Riksät.

Återkoppling

Återkoppling sker direkt till patient och vårdnadshavare efter de genomförda bedömningsmomenten. Viktigt här är också att ge de första interventionerna i behandlingsarbetet då förändringsarbetet bör påbörjas så snabbt som möjligt, exempelvis i form av råd kring mathållning och fysisk aktivitet. Här görs även en plan för nästa steg i behandlingen.

Basnivå bedömning – Vuxna

För vuxna patienter ingår följande delar i bedömningsfasen:

- Nybesök med läkare
- Somatisk bedömning
- Blodprovstagnning
- Stepwise-bedömning
- Måltidsbedömning
- Återkoppling

Var god se bilaga 5 för flödesschema över bedömningsfasen.

Nybesök med läkare

Nybesöket och den somatiska bedömningen för de vuxna patienterna är utformat på liknande sätt och med samma syfte som för barn och ungdomar, för innehåll var god se text ovan eller bilaga 6 för förteckning av VAS-sökord för nybesöket. Blodprovstagnning är en viktig del av bedömningen men man ska vara medveten om att laboratorieprover sällan är påverkade förrän sent i sjukdomsförloppet. Hos vuxna patienter med hemmaboende och

minderåriga barn är det viktigt att uppmärksamma barnets situation, var god se rutin [Minderåriga barn - Barn som anhöriga till patienter inom psykiatri](#).

Laboratoriefynd vid ätstörning

Anemi**Leukopeni****Trombocytopeni****Granulocytopeni****Hypoglykemi****B12-brist****Folsyrebrist****Låga magnesium- och zinkvärden****Elektrolytrubbningar****Tyroideapåverkan****Leverpåverkan****Sänkta värden på LH och FSH****Hypokalcemi****Metabolisk alkalos**

Stepwise-bedömning

Även vuxna patienter erbjuds att delta i Stepwise, för innehåll var god se text ovan under Basnivå bedömning- Barn/ungdomar.

Måltidsbedömning

På alla vuxna patienter görs en måltidsbedömning. Här äter man en lunch tillsammans och patienten får instruktionen att denne ska äta som denne gör hemma. Under måltiden samtalas kring patientens förhållningssätt till mat, portionsstorlekar, rutiner och struktur kring måltiderna. Man får då en bild av hur patienten äter, hur lång tid det tar att äta och vad patienten väljer att äta av det som serveras. Bedömning görs också av eventuell ångest som uppstår i samband med måltid och hur patienten förhåller sig till den.

Återkoppling

För de vuxna patienterna genomförs bedömningsfasen inom ett par veckor och efter avslutad bedömning görs en återkoppling till patienten. Här ges förslag på behandling och ofta upprättas en vårdplan i samband med återkoppling.

Hos somatiskt dåliga patienter och/eller där patienten äter ytterst lite bör man redan under bedömningssamtalen ge förslag på och motivera till förändringar i kost, fysisk aktivitet och kompensatoriskt beteende.

Extrativå bedömning - Barn/ungdomar och vuxna

Fysioterapeutisk bedömning av barn/ungdomar

Barn och ungdomar med ätstörning erbjuds en bedömning hos fysioterapeut som ett av de första inslagen i behandlingen. Den fysioterapeutiska bedömningen syftar till att

- Kartlägga och identifiera patientens upplevelse av kroppsbilden och kroppen som bärare av och uttrycksmedel för känslor och affekter.
- Identifiera patientens kroppsliga ideal.
- Bedöma patientens förmåga till kroppslig närvaro.

- Bedöma var patienten befinner sig i sin kroppsliga och psykiska utvecklingsprocess

Bedömningen sker med hjälp av:

- Klinisk intervju.
- Olika självskattningsformulär kring kroppsupplevelse.
- BID-CA (Test for Body Image Distorsion in Children and Adolescents). Detta test görs med hjälp av hopprep som patienten genom att forma det till en ring använder för att försöka uppskatta omfånget på neutrala föremål och på olika egna kroppsdelar. Detta mäts och jämförs sedan med de objektiva kroppsmaßen.

Denna bedömning genomförs vid ett tillfälle och återkopplas direkt till både patienten och föräldrarna.

Fysioterapeutisk bedömning av vuxna

För syfte och innehåll var god se text ovan om fysioterapeutisk bedömning av barn och ungdomar.

För vuxna patienter används ibland också Resursorienterad kroppsundersökning (ROK). Denna undersökning som utgår ifrån ett helhetsperspektiv mellan kropp och själ, där syftet är att bedöma patientens förmåga till känslomässig omställning och flexibilitet i kroppen, till exempel via ändrad muskelspänningsnivå och ändrat andningsmönster.

Fördjupad psykiatrisk och psykologisk bedömning

För en del patienter, såväl barn som vuxna, kan det finnas behov av en fördjupad psykiatrisk och psykologisk bedömning. Detta kan dels handla om att kartlägga psykiatrisk samsjuklighet såsom tvång, autistiska drag eller ADHD. Det kan också handla om att utreda kognitiva resurser och svårigheter samt personlighetsproblematik. För patienter med komplexa symtom och svårigheter inom flera områden görs en första bedömning på ätstörningsmottagningen. Bedömningen kan ibland resultera i remittering vidare till BUP eller vuxenpsykiatri för en fullskalig utredning.

Behandling

Evidensläget för behandling av ätstörningar är fortfarande svagt då det är svårt att utföra randomiserade kontrollerade studier på patientgruppen. Gällande behandling för barn och ungdomar med AN är det familjebehandling som har starkast stöd i forskning. Resultat av metaanalyser har visat att mellan 60-90 % av de som fått familjeterapi var friska vid uppföljning som gjordes mellan 6 månader till 6 år efter behandlingsavslut. Resultaten av familjeterapi var bättre jämfört med både individuella terapier och slutenvård. Den modell som främst är utvärderad och har starkast evidens är utvecklad vid Maudsley sjukhuset i London och kallas Eating Disorder Focused Family Therapy. För patienter under 18 med BN finns inte så mycket forskning och ingen behandlingsmetod har visat sig överlägsen någon annan.

För vuxna patienter med AN har ingen specifik terapimetod visat sig överlägsen någon annan. Specialiserad stödjande klinisk behandling (SSCM) är en behandlingsmodell som dock uppvisat goda behandlingsresultat för personer med AN, både jämfört med kognitiv beteendeterapi (KBT) och interpersonell psykoterapi (IPT) på kort och längre sikt. Denna behandlingsmodell utarbetades från början som kontrollbehandling till KBT och IPT i studier. Det pågår också forskning kring mer familjeinriktad behandling för vuxna patienter med AN. Sett till forskningsläget kring behandlingsmetoder vid ätstörning är KBT generellt mer utvärderat i RCT- studier jämfört med psykodynamiska behandlingsmodeller. För BN är KBT

den behandlingsmetod som visat sig vara mest effektiv; Christoffer Fairburns KBT-behandlingsmanual för BN har visat sig vara effektiv för att behandla kärnsymtomen. Även IPT har utvärderats i studier, ofta som kontrollbehandling till KBT. Även IPT har visat goda resultat vid BN, och vid långtidsuppföljningar är resultaten jämförbara med KBT.

Dagvård och heldygnsvård

Det finns mycket lite forskning gjord på effekten av behandling i heldygnsvård och dagvård. I en RCT-studie kunde man inte konstatera någon signifikant skillnad i gruppen som fått heldygnsvård jämfört med gruppen som fått specialiserad ätstörningsbehandling vid uppföljning efter ett och två år. Man konstaterade att heldygnsvård sällan leder till någon påtaglig och bestående förbättring även om det kan vara nödvändigt för att rädda liv i akuta skeden. Det råder ingen konsensus för när dagvårdsbehandling och heldygnsvård ska erbjudas och det saknas också vedertagna beslutsstöd för vilka patienter dessa behandlingsformer ska erbjudas. Vanliga kriterier man brukar ta hänsyn till är den kliniska bedömningen, somatisk påverkan, vikt, snabb viktnedgång, svårighet i symtombild och utebliven förbättring trots specialiserade öppenvårdsinsatser.

Läkemedelsbehandling

Vid BN har antidepressiv medicinering (fluoxetin 60 mg) bra stöd och kan vara ett komplement till samtalsterapeutisk behandling.

Ingen farmakologisk behandling har i studier visat effekt på själva anorexin. I en del studier har man sett effekt på anorektisk ångest och anorektiska tvångstankar av behandling med atypiska neuroleptika i lågdos, mest studerat är olanzapin i dosen 2,5-5 mg. Neuroleptika ska användas i undantagsfall. När normalvikt närmar sig kan den allvarliga metabola biverkningsbilden med olanzapin snabbt bli aktuell. Klinikens rutin för uppföljning av behandling med neuroleptika ska följas. Utsättning ska övervägas när patienten närmar sig normalvikt.

Fysioterapeutisk behandling

Stödet för fysioterapeutisk behandling vid ätstörningar är i nuläget svagt. Det finns dock en bred klinisk erfarenhet av denna typ av behandling; att arbeta med kroppen på olika sätt är ofta ett betydande inslag i ätstörningsbehandlingen.

Evidens i forskning och klinisk praxis

I behandlingsarbetet med ätstörningar gäller som behandlare och team att vara flexibel och kreativ. Då det är ett arbete som ofta kräver en stor insats och kan ta tid, behandlingsinsatsernas inriktning kan behöva ändras ett flertal gånger. Det är också vanligt att flera behandlingsinsatser kombineras, till exempel kan en patient gå i dagvård samtidigt som denne har en pågående psykoterapeutisk kontakt eller samtidig kroppskännedomsbehandling. Dessa kliniska riktlinjer är tänkta att vara en utgångspunkt i arbetet men i den kliniska verkligheten kan det ändå se annorlunda ut då man behöver beakta varje enskild patients unika behov.

Behandlingsprocessen

Behandlingen startar egentligen redan vid första besöket där det ges både psykopedagogik om ätstörning och råd kring matrutiner. Det är viktigt att få till en raketstart i förändringsarbetet, framförallt för barn och ungdomar. Det gäller att mobilisera familjen direkt till förändringar rörande maten då tiden i svält behöver minimeras för att inte riskera barnets fysiska, psykiska och sociala utveckling. Tidigt insatt behandling är prognostiskt gynnsamt.

För patienter under 18 är det nödvändigt att familjen är en del i både bedömning och behandling. Även för vuxna patienter ses det som önskvärt att anhöriga är delaktiga i behandlingen.

Vårdplan

I inledningen av behandlingen ska alltid en vårdplan upprättas tillsammans med behandlare (varav en utgör den fasta vårdkontakten) var god se bilaga 7 och 8. I vårdplanen sätts mål för behandlingen: Vad är det familjen/individens behöver hjälp med? Både patientens (och föräldrarnas) mål ska stå i vårdplanen. Målen ska vara så konkreta som möjligt för att kunna utvärderas. Det är den fasta vårdkontakten och ansvarig läkare som har ansvar för att vårdplanen utvärderas regelbundet. I vårdplanen ska det tydligt framgå vilka åtgärder som behöver vidtas och vilka insatser som patienten/familjen behöver för att arbeta mot målen. Vårdplanen ska vara skriftlig och alltid ges i kopia till patient och närstående.

Primära mål vid all ätstörningsbehandling är initialt att bryta svält, få till stånd ett normaliserat ätande och att normalisera vikten. Det är också viktigt att minska olämpligt kompensatoriskt beteende i form av kräkningar, laxering, användande av vätskedrivande läkemedel eller överdriven träning. I arbetet mot dessa mål uppnås somatisk stabilisering.

Det primära i behandlingen handlar om att förändra konkreta beteenden. Längre in i behandlingen behöver man arbeta med att förändra attityder kring kropp och vikt samt minska upptagenhet kring mat, vikt och kropp. Man kan också behöva hjälpa patienten att hitta strategier för att reglera och stå ut med svåra känslor, arbeta med självbild och svårigheter i relationer. Dessa är ofta bidragande faktorer till ätstörningen. Fokus i behandlingen ligger också på att arbeta för förbättrad livskvalitet och funktionsförmåga.

Behandling basnivå – Barn och ungdomar

Familjebehandling

För barn och ungdomar oavsett ätstörningsdiagnos påbörjas behandlingen med familjesamtal med huvudfokus på mat. Detta ska erbjudas alla familjer. Arbetet här utgår från Maudsley modellen, en familjebehandling som från början utarbetades för tonåringar med AN. Denna behandlingsmodell består av tre faser vilka beskrivs nedan.

Fas 1

I den första fasen fokuseras arbetet initialt på att barnet med hjälp av föräldrarna ska börja äta normalt igen och normalisera sin vikt. Föräldrarna har här en mycket viktig roll då en stor del av behandlingen sker i hemmet. Föräldrarna behöver initialt stöttas i att ta kontroll över barnets ätbeteende och fysisk aktivitet för att få till stånd viktuppgång. Fokus ligger på att minska eventuella skuld-känslor hos föräldrarna och förmedla empati för deras situation. Terapeuten ska skapa en stark allians mellan föräldrarna och få dem att se sin roll som en viktig resurs i arbetet med att hjälpa sitt barn. Som terapeut är man expert på ätstörningar men har inte givna svar på hur lösningen ser ut för den enskilda familjen. I arbetet kan terapeuten ge exempel på strategier som fungerat i andra familjer.

I första fasen är en behandlingsintervention att äta en måltid tillsammans med familjen. Detta för att ge behandlaren en möjlighet att observera familjens samspel i måltidssituationen. Före varje familjesamtal ska patienten vägas och vid behov tas även fullständig somatisk status. Detta är en pedagogisk intervention för att förstå hur kroppen påverkas av svält. Resultatet av vikten används som feedback i familjesamtalet för att utvärdera hur arbetet med maten har fungerat under veckan. I detta arbete är det mycket viktigt att få till en raketstart i

förändringsarbetet och få en snabb viktuppgång. Fokus i fas ett behöver ligga på beteendeförändringar kopplat till målet att normalisera vikten.

Terapeutens roll är att vara varm och stödjande samtidigt som man behöver uttrycka sin oro över barnets hälsa och symtom på svält till följd av ätstörningen. Terapeuten har också en viktig uppgift i att få patienten och föräldrarna att se ätstörningen som en sjukdom som drabbat barnet eller ungdomen, och inte som självvalt. Fokus i behandlingen ligger på här och nu. I arbetet kan terapeuten behöva hjälpa föräldrarna att inte skuldbelägga barnet.

Fas 2

Den andra fasen handlar i huvudsak om att barnet/ungdomen ska återta eget ansvar över måltider och fysisk aktivitet för att återgå till ett normalt liv. Föräldrar uppmuntras här att våga ge barnet mer eget ansvar och bli mer självständig. I denna fas fortsätter man följa vikten regelbundet för att ge försäkringen om att barnet klarar av att ta mer ansvar gällande maten. Här ingår också att arbeta med hur barnet/ungdomen ska kunna äta i sociala sammanhang.

Fas 3

Fas tre utgörs av en kortare avslutningsfas där fokus ligger på att hjälpa barnet/tonåringen att komma vidare i livet och utvecklas på ett åldersadekvat sätt. Att gå från fullständigt beroende av föräldrar till ett mer självständigt liv med tonvikt på andra relationer.

I familjearbetet ingår ofta stödjande samtal till föräldrar.

Sammanfattning - I familjesamtalen är följande viktigt att fokusera på:

- Skapa behandlingsallians, få till ett samarbete med familjen och inge hopp.
- Undvika skuldbeläggande.
- Undervisning kring vad en ätstörning innebär; föräldrar och barn behöver få en förståelse för allvaret i situationen.
- Psykoedukation kring vad som händer i kroppen vid svält med fokus på långsiktiga konsekvenser.
- Stöd till föräldrar att hantera starka känslor, både hos sig själva och hos barnet.
- Stöd i att hantera konflikter.
- Strategier för att hantera oro och ångest.
- Fokus på samarbete med och mellan föräldrar.
- Minska krav på barnet i andra sammanhang.

Familjedagvård

Ska erbjudas alla familjer i inledningen av behandlingen och ses som en grundläggande behandlingsinsats som alla bör få. Familjedagvård är en behandlingsinsats där man som familj kommer under 3 dagar till mottagningen. Här ingår att äta måltider tillsammans med närvaro av personal. Det ingår även utbildningspass kring ätstörning, mat/kropp och känslor som oro samt kroppskännedom. Både barnet/ungdomen och föräldrarna har också möjlighet att diskutera kring olika teman tillsammans med andra familjer i liknande situation.

Nutritionsbehandling/näringsdryck

Alla individer med ätstörningsdiagnos har problem med sitt födointag. Basen i all ätstörningsvård är därför att stötta patienten till ett normaliserat och allsidigt ätande fördelat på sex måltider per dag. Stöd i måltidsplanering och användandet av matdagbok är ofta viktiga delar i behandlingen.

Det kan ibland vara svårt för patienten att öka portionsstorleken i den omfattning som krävs för viktuppgång och tillägg av näringsdryck kan då bli aktuellt. Riktlinjer för ordination av näringsdryck är hos vuxna patienter:

- - BMI <18 tre näringsdrycker dagligen.
- - BMI 18-19 två näringsdrycker dagligen.
- - Upp till BMI 20 en näringsdryck per dag.
-

Dessa riktlinjer kan behöva individanpassas.

Vid grav undervikt (BMI<16 hos vuxna dvs. ca -4 sd) kan också Calogen 30 ml ordineras tre gånger dagligen att intas med dagens tre huvudmål.

Behandling medelnivå – Barn/ungdomar

Intensifierad familjebehandling

För en del familjer krävs en mer intensiv behandling med mer frekvent måltidsstöd och samtalsstöd för att undvika inläggning i heldygnsvård och som ett led vid utslussning från heldygnsvård. Detta är en resurs som vi ser saknas i det nuvarande behandlingsutbudet och skulle behöva utvecklas. Detta är dock svårt med ätstörningsmottagningarna i Hallands nuvarande resurser.

Utökat föräldrastöd i hemmet

Barn med en ätstörning kan periodvis vara i behov av att en förälder finns hemma för att stötta vid måltider, för att få till stånd ett normaliserat ätande och en normal vikt. En anledning till att föräldrar kan behöva vara hemma på del- eller heltid är också att kunna stötta barnet att undvika fysisk överaktivitet och andra kompensatoriska beteenden. För barn upp till 16 år finns möjlighet att med läkarintyg (blankett FK 7447) få tillfällig föräldrapenning. Föräldrar till svårt sjuka barn, som inte fyllt 18 år kan få ett obegränsat antal dagar med tillfällig föräldrapenning. För att få detta krävs ett särskilt läkarutlåtande (blankett FK 7436). Föräldrar till barn under 16 år har också möjlighet till att använda VAB för att kunna delta i behandling.

Psykoterapeutisk behandling för ungdomar

Då en person är i svält och har en alltför låg vikt är det inte meningsfullt med individuella psykoterapeutiska samtal. För alltför unga personer finns inte heller mycket stöd för att individuella samtal ska erbjudas som ett första led i behandlingsarbetet. Däremot kan detta komma in i ett senare skede. Innan man påbörjar en individuell terapi med en ungdom görs en inventering av motivation till att gå i samtal, behov och mognadsnivå. För äldre tonåringar kan individuell terapi utgöra en viktig del av behandlingen. För innehåll och inriktning på dessa samtal, var god se under behandlingsavsnittet för vuxna patienter då det inte skiljer sig väsentligt åt.

Fysioterapeutisk behandling

För barn och ungdomar kan kroppskännedomsbehandling vara ett komplement till övrig ätstörningsbehandling. För innehåll i kroppskännedomsbehandling, var god se behandlingsavsnittet för vuxna.

Behandling extranivå – Barn/ungdomar

Heldygnsvård

För barn och ungdomar som på grund av sin ätstörning är i behov av heldygnsvård så bedrivs den på BUP avdelning 25.

Inläggning i heldygnsvård är framförallt indicerat om patienten har en överhängande risk för allvarliga medicinska komplikationer till följd av sin ätstörning. För sammanfattning av indikationer att beakta var god se faktaruta nedan. Inläggning i heldygnsvård kan också bli aktuellt vid svår samsjuklighet och då man trots intensiva öppenvårdsinsatser inte lyckats bryta ett allvarligt svälttillstånd. Ett annat inläggningsskäl kan vara att familjen är helt slutkörd till följd av barnets ätstörning. Det är viktigt att komma ihåg att det är den samlade kliniska bilden som ska vägas in och inte enskilda värden. Barn under 15 år kan läggas in och kvarhållas i slutenvård med föräldrars medgivande utan tvångsvård. Blir det nödvändigt med tvångsåtgärder (tvångssondning, tvångsmedicinering eller bältesläggning) behöver dock patienten vara under LPT-vård.

Patienter som uppfyller nedanstående indikationer för inläggning i heldygnsvård och som inte bedöms kunna hålla fast över tid vid en nödvändig vårdplan bör bedömas avseende vård enligt LPT. Rekvisiten för vård enligt LPT är då den allvarliga störningen, behovet av heldygnsvård samt att patienten inte har förmåga till grundat ställningstagande. Heldygnsvård innebär alltid etiska svårigheter. Målet är att patienten känner sig delaktig, blir bemött med respekt och har möjlighet att kunna uttrycka sin åsikt.

Indikationer för heldygnsvård

Allvarlig svält och viktnedgång; BMI<14 hos vuxna samt snabb och uttalad viktnedgång hos barn

Total mat och dryckesvägran

Puls <40 eller >120, pulsstegring i stående >20slag/min

Blodtryck <90/60 i liggande, blodtrycksfall i stående >10 mm Hg

Kroppstemperatur<35,5

Allvarlig elektrolytrubbning

Förlängd QT-tid

Tecken på uttorkning

Allvarliga ödem

Påverkat allmäntillstånd (ex svimmat, muskelsvaghet, hjärklappning etc)

Patienter med ett allvarligt svälttillstånd och uttalad somatisk påverkan kan ibland behöva inleda sin slutenvårdsbehandling på barnklinik eller medicinklinik.

Ett allvarligt men ovanligt tillstånd, refeedingsyndrom, kan uppkomma om en patient i allvarlig svält snabbt ökar sitt energiintag. Riskerna är störst vid intravenös nutrition och detta bör undvikas. Man har sett en ökad risk för tillståndet vid ett mycket lågt BMI (< 12) och man bör då öka näringstillförseln långsamt och följa somatiskt status samt elektrolytstatus (inklusive fosfat och magnesium) regelbundet under de första 1-2 veckorna. Symtom att vara observant på är hypofosfatemi, hypertoni, arytmier, perifera ödem, muskelsvaghet, kramper och koma. Dessa patienter **ska** övervakas och behandlas på medicinklinik.

Inläggning i heldygnsvård bör i möjligaste mån göras som en planerad inläggning. När behandling i heldygnsvård är nödvändigt bör behandlingstiden om möjligt, vara kort och tidsbegränsad och planering för fortsatt behandling i öppenvård göras skyndsamt. Vid en planerad inskrivning bör då behandlare från öppenvården delta för att tillsammans med patient och familj kunna beskriva den vård och behandling som getts i öppenvård samt vilka svårigheter som föranleder behov av heldygnsvård. En annan viktig roll för öppenvårdens

behandlare blir att kunna svara på frågor kring eventuell samverkan under vårdtiden och den planerade öppenvårdsbehandlingen efter vårdtiden på avdelning 25. I samband med inskrivningen upprättas en vårdplan. Det primära målet är ofta att bryta svält. Mål för viktökning är ofta 0,5-1 kg per vecka vid undervikt. Patient ska följa avdelningens rutiner med sex måltider per dag. Vid grav svält kan portionsstorleken behöva anpassas de första dygnet. Alla måltider äts inledningsvis med personal, som lägger upp maten när patienten inte närvarar.

Föräldrar kan behöva stöd och avlastning. Snarast möjligt deltar de i behandlingen genom att först vara med och observera matrutinerna på avdelningen. Nästa steg är att förälder lägger upp mat med stöd av personal men patient är som tidigare inte närvarande just i detta moment. Förälder är sedan aktiv och tar ansvar vid måltiden. När detta fungerar så är det dags för dagpermission med en måltid och ett fika hemma. Om patient inte äter upp en måltid ersätts denna med sondvälling enligt avdelningens rutiner för barn och med näringsdryck enligt avdelningens rutiner för vuxna. Vägrar patienten att dricka den ges den via sond. Sondning som tvångsåtgärd kräver LPT-vård. Vid otillräcklig viktuppgång kan näringsdryck bli aktuellt. Efter varje huvudmål 60 minuters vila och efter mellanmål 30 minuters vila. Fysisk aktivitet behöver ofta begränsas och restriktioner kring promenader, utevistelse, permissioner etc ska finnas dokumenterat i patientens vårdplan.

Behandling basnivå – Vuxna

Specialiserad stödjande klinisk behandling

Det som erbjuds i första hand för vuxna patienter för att uppnå de primära målen är det som kallas specialiserad stödjande klinisk behandling, även kallad Specialist Supportive Clinical Management (SSCM). Denna behandling har framförallt stöd för personer med AN och restriktiv typ av ätstörning i forskning men klinisk erfarenhet visar att detta behandlingsupplägg fungerar bra även vid andra ätstörningsdiagnoser. Behandlingen är indelad i tre olika faser vilka beskrivs nedan.

Fas 1

I den inledande fasen är målet att tillsammans med patienten identifiera symtom och fastställa mål för viktökning och normaliserat ätande. Det gäller här att noggrant gå igenom patientens alla symtom och tillsammans förstå hur dessa hänger ihop med ätstörningen. Att ha fokus på symtom är en central del av behandlingen.

Fas 2

I fas två som utgör behandlingsfasen ingår en rad viktiga psykoedukativa behandlingsinterventioner. Patienten får här mycket information och råd om exempelvis: sin diagnos, kost, ämnesomsättning, effekter av svält, vägning, hetsätning och självresning, och motion. Denna information är baserad på vetenskap och beprövad erfarenhet, och ges även till anhöriga. Viktiga redskap i behandlingsarbetet är användandet av matdagbok och måltidsplanering. Regelbunden vägning och somatiska kontroller ingår. Fokus under behandlingen ligger på att ge stöd och uppmuntran för att uppnå målen med att få ett normaliserat ätande och viktuppgång. Det är under behandlingsarbetet viktigt med kontinuerlig uppföljning av hur målen uppfylls och hur symtomen utvecklas.

Fas 3

Den sista fasen innehåller diskussion om avslutning av behandlingen, inklusive planer för framtiden som på lämpligt sätt markerar slutet på den terapeutiska relationen. Metoden, som den utvecklats och forskats på, består av 20 sessioner med viss flexibilitet under minst 20 veckor. Detta ser i verkligheten olika ut beroende på patient och hur behandlingen faller ut. För vuxna personer med BN som kommer i ett första behandlingsförsök så erbjuds oftast på basnivå samma behandling som för personer med AN, dvs SSCM. För patienter med BN har både KBT och IPT (se beskrivning under medelnivå) stöd i forskning och kan ibland efter bedömning komma in redan på basnivå i behandlingen. Även behandling med SSRI-preparat (Fluoxetin) kan på basnivå erbjudas som ett komplement till ovanstående behandling för personer med BN.

Nutritionsbehandling/näringsdryck

För vuxna patienter med ätstörning gäller samma riktlinjer som för barn och ungdomar. Var god se text under stycket för barn och ungdomar.

Behandling medelnivå – Vuxna

Måltidsstöd/träning

Måltidsstöd på mottagningen vid ett begränsat antal tillfällen kan utgöra ett komplement i behandlingen för att hjälpa patienten att träna och få stöd i den konkreta måltidssituationen.

Dagvård för vuxna

Dagvårdsbehandling finns som ett av behandlingsalternativ för patienter över 18 år (efter bedömning i undantagsfall för patienter från 16 års ålder). Vardagarna tillbringas på dagvården och övrig tid hemma, längden på dagarna varierar. Patienten bör klara av att äta vissa måltider på egen hand innan behandling påbörjas samt ha ett BMI över 16.

Dagvårdsprogrammet erbjuder struktur runt måltider och möjlighet till en intensiv behandling med stöd för att genomföra förändringar.

I dagvården ingår samtal med behandlare, samtal i grupp, matlagning, bakning, måltidsplanering, skapande verksamhet och avslappning samt kroppskännedom. Somatiska kontroller genomförs regelbundet. Det 12 veckor långa programmet innehåller olika teman i undervisande syfte. Föreläsningar ges bl. a. kring kropp och mat, känslohantering, självkänsla och självbild, ätstörningar och återfallsprevention. Patienten arbetar med skriftliga och muntliga övningar kopplat till tema. Utvärderingen av behandlingen sker veckovis tillsammans med kontaktperson i dagvården. Patienten får träna på att planera sina måltider för ett tillräckligt och regelbundet ätande och pröva strategier för att hantera kompensationer eller hetsätning. Behandlare äter tillsammans med patienten i dagvården för att vägleda mot ett normalt ätbeteende och tillräckliga portionsstorlekar. Om viktuppgång eftersträvas läggs näringsdrycker till måltiderna.

Vid bristande motivation finns möjlighet till en timeout, detsamma gäller om inte överenskommelserna kring behandlingen följs. Efter avslutad dagvårdsbehandling finns möjlighet att komma tillbaka på en eller ett par påfyllnadsveckor.

Läkemedelsbehandling vid BN

För BN har antidepressiv medicinering (fluoxetin 60 mg) bra stöd i befintlig evidens och kan vara ett komplement till SSCM och psykoterapeutisk behandling.

Psykoterapeutisk behandling

Psykoterapeutiska samtal bör inte erbjudas till patienter i svält men kan däremot komma in som steg två i behandlingen. För patienter med bulimisk problematik är detta ett förstahandsval, framför allt med metodinriktningarna nedan.

Kognitiv beteende terapi (KBT)

I KBT arbetar man med tekniker baserade på inlärningsteori. Utifrån detta synsätt tänker man att människans beteende till stor del är inlärt och är styrt utifrån dess konsekvenser. Den kognitiva delen i KBT utgår från kognitiv teori där man menar att det är människans tankar som är basen för hennes känslor och beteenden. Det är inte händelser i sig som skapar problem för människor utan snarare på det sätt som vi tolkar och tänker kring det som händer. Generellt kan sägas att KBT vid ätstörningar är en symtomorienterad behandling utvecklad av Christofer Fairburn som i första hand handlar om att normalisera ätandet. De mål man sätter upp handlar primärt om förändra faktiska beteenden; symtom. I KBT är behandlingen uppdelad i tydliga faser, i första fasen är huvudmålet att patienten ska börja äta regelbundet, detta går före allt annat. Här ligger fokus på att förstå vilken funktion de ätstörda beteendena har i patientens liv och utifrån detta försöka hitta alternativa sätt att agera på. I fas två ligger fokus på kognitioner; målet är att korrigera negativa tankar och de förvrängda attityder personen har om vikt, utseende och om sig själv som person. Fas tre fokuserar på framtiden och vidmakthållande av de förändringar som åstadkommits. I behandlingen kan självklart andra problem även adresseras.

Interpersonell psykoterapi (IPT)

Då även IPT har visat på goda resultat hos ätstörningspatienter med bulimisk problematik är det en behandlingsform som mottagningarna bör kunna erbjuda. I nuläget saknas tyvärr denna kompetens. Kort om IPT: IPT är en strukturerad form av korttidsterapi med fokus på interpersonella problem som kan ha gett upphov till patientens ätstörning. Behandlingen inriktas på nuvarande interpersonella problem, sambandet mellan självbild, relationsmönster och aktuella psykiatriska symtom. Primära indikationer för IPT är BN och depression. IPT en korttidsbehandling på 3-4 månader med fast antal sessioner på 12-16. Behandlingen delas in i tre faser; initial-, terapeutisk- och avslutningsfas. Terapeuten är aktiv och även patienten uppmuntras att vara aktiv och ställa frågor om terapin samt om samspelet med terapeuten i rummet. IPT kan även bedrivas som en icke tidsbegränsad psykoterapi.

Behandling extranivå – Vuxna

Läkemedelsbehandling

Det saknas evidens för läkemedelsbehandling vid AN. Antidepressiva läkemedel används ofta för att behandla samtida depressiva tillstånd och ångestsyndrom. Det finns dock en del forskning som ger stöd för sämre effekt av läkemedelsbehandling vid svält. Hos svårt sjuka patienter med anorexi är klinisk praxis att överväga låg dos av atypiskt neuroleptikum (olanzapin 2,5-5 mg eller risperidon 1-2 mg dagligen). En nyligen publicerad review-artikel (Int J Eat Disord 2013; 46:332-339) ger dock begränsat stöd för denna behandling. Vid svår ångest i måltidssituation som omöjliggör ätande kan man undantagsvis behandla med 10 mg alimemazin eller 25 mg hydroxizin kortvarigt.

Heldygnsvård

För vuxna patienter som är i behov av inläggning i heldygnsvård sker denna på vuxenpsykiatrisk avdelning i Halmstad eller Varberg. För indikationer för inläggning i heldygnsvård och tvångsvård var god se under motsvarande kapitel för barn och ungdomar.

Inläggning i heldygnsvård bör i så stor utsträckning som möjligt göras planerad med tydligt uppsatta mål. I samband med inskrivning ska en vårdplan upprättas. Mål för viktuppgång ska sättas om undervikt föreligger (i normalfallet 0,5-1 kg/vecka), en plan för somatiska kontroller och vikt ska upprättas, rutiner kring vad som gäller vid måltider ska vara tydliga (antal måltider per dag, vem lägger upp, ska personal sitta med vid måltid, hur lång tid får måltiden ta, åtgärd vid ej uppäten måltid, eventuell ordination på näringsdryck och Calogen, rutin för toalettbesök efter måltid). Det ska också finnas en tydlig plan när det gäller vila efter måltid och tillåten rörelse (alternativt rörelserestriktioner) samt en plan för tillsynsnivå.

Fysioterapeutisk behandling

Denna behandlingsform erbjuds vanligen en bit in i behandlingsprocessen när det somatiska tillståndet är stabilare. Behandlingen sker huvudsakligen med hjälp av kroppskännedomövningar i kombination med insiktsbetonade samtal. Information och undervisning är också viktiga inslag i behandlingen. Vanliga mål med den fysioterapeutiska behandlingen är:

- En realistisk kroppsuppfattning vad gäller kroppens storlek, form och proportioner.
- En ökad kroppslig acceptans.
- En ökad förmåga att identifiera, särskilja och hantera kroppsliga signaler och affekter.
- En god förmåga till kroppslig närvaro.
- Ett normaliserat förhållande till fysisk aktivitet.
- En god förmåga till kroppslig omställning/flexibilitet.
- En förbättrad förmåga att verbalisera sina kroppsliga upplevelser och ge uttryck för sina känslor och behov.

Psykodynamisk psykoterapi

Att erbjuda psykodynamisk psykoterapi kan vara indicerat när ätstörningssymtomen är under kontroll och patientens kognitiva och känslomässiga förmåga har ökat. Psykodynamisk terapi ses inte som ett förstahandsalternativ för patienter med BN men kan vara ett alternativ för patienter med långvarig AN. Psykodynamisk psykoterapi är inte lätt att beskriva med några meningar då det är ett paraplybegrepp med olika inriktningar. Några faktorer som generellt karaktäriserar psykodynamisk psykoterapi är dock följande:

- Terapeuten understryker patientens känslor för att hjälpa henne/honom att uppleva dem mera djupt.
- Terapeuten tolkar omedvetna känslor och tankar hos patienten, som då kommer till insikt.
- Terapeuten kan tydliggöra vilka försvarsmekanismer som patienten använder sig av.
- Terapeuten har fokus på att få patienten uppmärksam på känslor som är oacceptabla för honom/henne.
- Behandlingsalliansen är i fokus, det vill säga relationen mellan patient och terapeut.

Behandling vid samsjuklighet

Då den psykiatriska samsjukligheten är hög hos patienter med ätstörningar behöver man beakta detta i behandlingen av själva ätstörningen. Detta kan kräva speciella avväganden i behandlingen, både gällande inriktning och också intensitet. Samsjuklighetens svårighetsgrad styr om behandlingen i huvudsak kan skötas av ätstörningsmottagningen eller om det behövs samarbete med BUP eller vuxenpsykiatri. En del patienter har flera olika behandlingsinsatser pågående varför samverkan här blir nödvändig.

Depression och ångest

Depression och ångesttillstånd bör behandlas integrerat i ätstörningsbehandlingen. Svåra depressioner och tvångssyndrom kan dock behöva andra specialiserade behandlingsinsatser parallellt. En del av både ångest- och depressionssymtomen kan vara sammanhängande med svälten och förbättras således automatiskt när patienten normaliserar ätande och vikt. Ätstörningsbehandlingen kan behöva anpassas vid samtidig depression eller ångestproblematik. Här kan farmakologisk behandling bli aktuellt men den har ofta sämre effekt vid uttalad svält.

ADHD

En samtidig ADHD-problematik är viktig att uppmärksamma hos patienter med ätstörningar. Svårigheterna med impulskontroll kan försvåra både ätstörningsproblematiken och behandlingen. Forskning har visat att farmakologisk behandling (centralstimulantia) av ADHD har haft viss effekt på bulimisk problematik. Kontraindikation för behandling med centralstimulantia är låg vikt. Behandlingen bör anpassas till de svårigheter som ADHD-problematiken innebär, en sådan anpassning kan vara att ha kortare sessioner. Mycket upprepningar och påminnelser behövs, instruktioner ges med fördel både muntligt och skriftligt. Det är viktigt att sätta upp små delmål för att bibehålla motivationen hos patienten och det är bra att ge tydlig feedback.

Autism

Hos personer med autism är det vanligt med olika typer av ätproblem, som ofta har funnits med under hela livet. Detta, såväl som svårigheter med rigiditet och tvångsmässighet, kan få implikationer för både ätstörningsproblematiken och för ätstörningsbehandlingen. Utifrån dessa svårigheter behöver behandlingen vara pedagogiskt inriktad med konkret information om mat, ätande och om hur kroppen fungerar. Förändringar behöver introduceras gradvis. Mål för behandlingen kan behöva anpassas utifrån den funktionsnedsättning som diagnosen innebär.

Personlighetssyndrom

Det är viktigt att identifiera personlighetssyndrom hos ätstörningspatienter. Detta då behandlingsinsatser riktat mot enbart ätstörningsproblematiken riskerar att misslyckas. För personer med borderline personlighetssyndrom och självskadande beteende med samtidig ätstörning har behandlingsmodellerna DBT och MBT visat sig fungera väl även för ätstörningsproblematiken. För denna typ av behandling krävs specialiserade team som finns inom BUP och vuxenpsykiatri. Gällande dessa patienter blir således samverkan med andra instanser avgörande.

Missbruk

Hos ätstörningspatienter är det också angeläget att uppmärksamma eventuell missbruksproblematik. All ätstörningsbehandling hos patienter med missbruk kräver parallell behandling för missbruket. För dagvårdsbehandling krävs 3 månaders dokumenterad drogfrihet.

Behandling vid svår och långvarig AN

Det finns en del vuxna patienter som varit allvarligt sjuka under många år. De har träffat många behandlare och har ofta gjort flera behandlingsförsök med olika inriktningar. Här är det inte längre realistiskt att ha "bot" som mål, det vill säga en normaliserad vikt och ett normaliserat ätande som håller över tid. Dessa patienter kan behöva lågintensiva

behandlingsinsatser med målsättning att förbättra livskvaliteten och funktionsförmågan i vardagen. Centrala teman i behandlingen blir här:

- Stöd och uppmuntran till patienten.
- Realistiska mål med behandlingen.
- Regelbundna somatiska kontroller, vetskap om gränsvärden för när inläggning ska aktualiseras.
- Fokus på relationer och livskvalitet.
- Lära sig känna igen kroppsliga symtom som kan tala för akut försämring.
- Stöd till familj och anhöriga.
- Undersöka stödbehov i hemmet eller utanför hemmet för att kunna initiera kommunala hjälpinsatser.

Samverkan

En betydelsefull del av mottagningarnas arbete handlar om samverkan med andra aktörer. Detta sker dels genom regelbundna möten med skolhälsovård och ungdomsmottagningar för att informera om hur man upptäcker ätstörningsproblematik, vad vi kan erbjuda för hjälp och hur man kan remitteras hit. För barn och ungdomar krävs ofta ett samarbete med skola för anpassning av skolgång och eventuell stöttning i matsituation som skolan kan erbjuda.

Då patienten har kontakt med andra vårdinstanser, både inom psykiatri och somatisk vård, behövs ofta gemensamma möten för samordning av vården och behandlingen. Det är viktigt för patienten att tydliggöra ansvarsfördelning och roller.

Referenser

- Blinder, B. J., Cumella, E. J., & Sanathara, V. A. (2006). Psychiatric comorbidities of female inpatients with eating disorders. *Psychosomatic Medicine*, 68(3), 454-462.
- B. Philips & R. Holmqvist (red.) *Vad är verksamt i psykoterapi?*. Stockholm: Liber AB.
- Bulik, C. M. (2014). The challenges of treating anorexia nervosa. *The Lancet*, 383(9912), 105-106.
- Carr, A. (2014). The evidence base for family therapy and systemic interventions for child-focused problems. *Journal of Family Therapy*, 36(2), 107-157.
- Cassin, S. E., & von Ranson, K. M. (2005). Personality and eating disorders: a decade in review. *Clinical psychology review*, 25(7), 895-916.
- D. Clinton & C. Norring (red.), *Ätstörningar – Bakgrund och aktuella behandlingsmetoder*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Eisler, I. (2005). The empirical and theoretical base of family therapy and multiple family day therapy for adolescent anorexia nervosa. *Journal of Family Therapy*, 27(2), 104-131.
- Gowers, S. G., Clark, A., Roberts, C., Griffiths, A., Edwards, V., Bryan, C., ... & Barrett, B. (2007). Clinical effectiveness of treatments for anorexia nervosa in adolescents. *The British Journal of Psychiatry*, 191(5), 427-435.
- Grilo, C. M. (2002). Recent research of relationships among eating disorders and personality disorders. *Current Psychiatry Reports*, 4(1), 18-24.
- Grilo, C. M., & Mitchell, J. E. (Eds.). (2011). *The treatment of eating disorders: A clinical handbook*. Guilford Press.
- Gowers, S. G., Clark, A., Roberts, C., Griffiths, A., Edwards, V., Bryan, C., ... & Barrett, B. (2007). Clinical effectiveness of treatments for anorexia nervosa in adolescents. *The British Journal of Psychiatry*, 191(5), 427-435.
- Keski-Rahkonen, A., Raevuori, A., & Hoek, H. W. (2008). Epidemiology of eating disorders: an update. *Annual review of eating disorders. Part, 2*, 58-68.
- Poulsen, S., Lunn, S., Daniel, S., Folke, S., Mathiesen, B., Katznelson, H., & Fairburn, C. (2014). A randomized controlled trial of psychoanalytic psychotherapy or cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 171, 109-116.
- Smink, F. R., van Hoeken, D., & Hoek, H. W. (2012). Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. *Current psychiatry reports*, 14(4), 406-414.
- Striegel-Moore, R. H., Franko, D. L., Ach, E. L., Wonderlich, S., Mitchell, J. E., Zwaan, M. D., & Steiger, H. (2006). Epidemiology of eating disorders: an update. *Annual Review of Eating Disorders: Part 2*, 65-80.

Stockholms läns landsting. (2009). *Regionalt Vårdprogram Ätstörningar*. Stockholm: Stockholms läns landsting.

Svenska Psykiatriska Föreningen (2015). *Ätstörningar kliniska riktlinjer för utredning och behandling* (16). Stockholm: Gothia utbildning AB.

Treasure, J., & Russell, G. (2011). The case for early intervention in anorexia nervosa: theoretical exploration of maintaining factors. *The British Journal of Psychiatry*, 199(1), 5-7.

Bilaga 1 - Stockholms "Prioritering för bedömning och behandling"

Nedan följer Stockholms läns landstings riktlinjer för prioriteringar och dessa kan med fördel användas som vägledning:

Prioriteringsgrupp 1; behöver få snabb tillgång till vård

- Barn och ungdomar under 16 år med anorexi och låg vikt eller snabb viktnedgång i förhållande till normal viktökning.
- Barn och ungdomar under 16 år med allvarlig anorexi med somatiska komplikationer.
- Barn och ungdomar under 16 år med ätstörningar och allvarliga krisreaktioner.
- Ungdomar över 16 år och vuxna patienter med anorexi med påtaglig undervikt samt försämring senaste månaderna med somatiska komplikationer.

Prioriteringsgrupp 2; bör få vård inom relativt kort tid

- Barn och ungdomar under 16 år med bulimi med somatiska komplikationer.
- Ungdomar över 16 år och vuxna patienter med bulimi med somatiska komplikationer.
- Ungdomar över 16 år och vuxna med ätstörningar med risk för komplikationer.

Prioriteringsgrupp 3; väntetid är inte en lika kritisk framgångsfaktor

- Patienter oavsett ålder med bulimi utan somatiska komplikationer.
- Vuxna patienter med långvariga ätstörningar eller måttliga ätstörningssymtom.

Bilaga 2 – utdrag från "Handläggningsöverenskommelse BUP – Närsjukvård"

Ätstörning

Ätstörningar debuterar ofta i tonåren. Prognostiskt är det av stor vikt att upptäcka och behandla ätstörningar i ett tidigt skede. Remissväg är direkt till ätstörningsenheterna i Halmstad respektive Varberg (se kontaktvägar). Lathund för vad en remiss ska innehålla finns på ätstörningsmottagningens hemsida.

Närsjukvården

- Uppmärksamma och diagnostisera ätstörningar
- Behandla lindriga ätstörningar UNS hos i övrigt välfungerande patienter utan samsjuklighet
- Behandla hetsättningsproblematik i avsaknad av kompensatoriskt beteende (kräkning, laxering eller överdrivet motionerande)
- Lindrigare ätstörning, utan snabbt viktras med allmänpåverkan, med vikt inom normalområdet.

BUP och ätstörningsmottagningarna

- Anorexia nervosa, bulimi, anorektisk ätstörning med undervikt eller snabbt viktras med allmänpåverkan
- Ätstörning UNS med låg funktionsnivå, annan kronisk somatisk sjukdom som t.ex. diabetes, inflammatorisk tarmsjukdom eller psykiatrisk samsjuklighet såsom depression eller tvång.

Bilaga 3 – Utdrag från ”Handläggningsöverenskommelse Vuxenpsykiatri – Närsjukvård”

Ätstörning

Ätstörningar debuterar ofta i tonåren. Prognostiskt är det av stor vikt att upptäcka och behandla ätstörningar i ett tidigt skede. Remissväg är direkt till ätstörningsenheterna i Halmstad respektive Varberg. Lathund för vad en remiss ska innehålla finns på ätstörningsmottagningens hemsida.

Ett enkelt screeninginstrument (fem frågor) för förekomst av ätstörning finns på kunskapscentrum för ätstörnings hemsida <http://www.atstorning.se/patient-anhorig-3/7375-2/>
Här finns också information om man vill läsa mer.

Närsjukvården

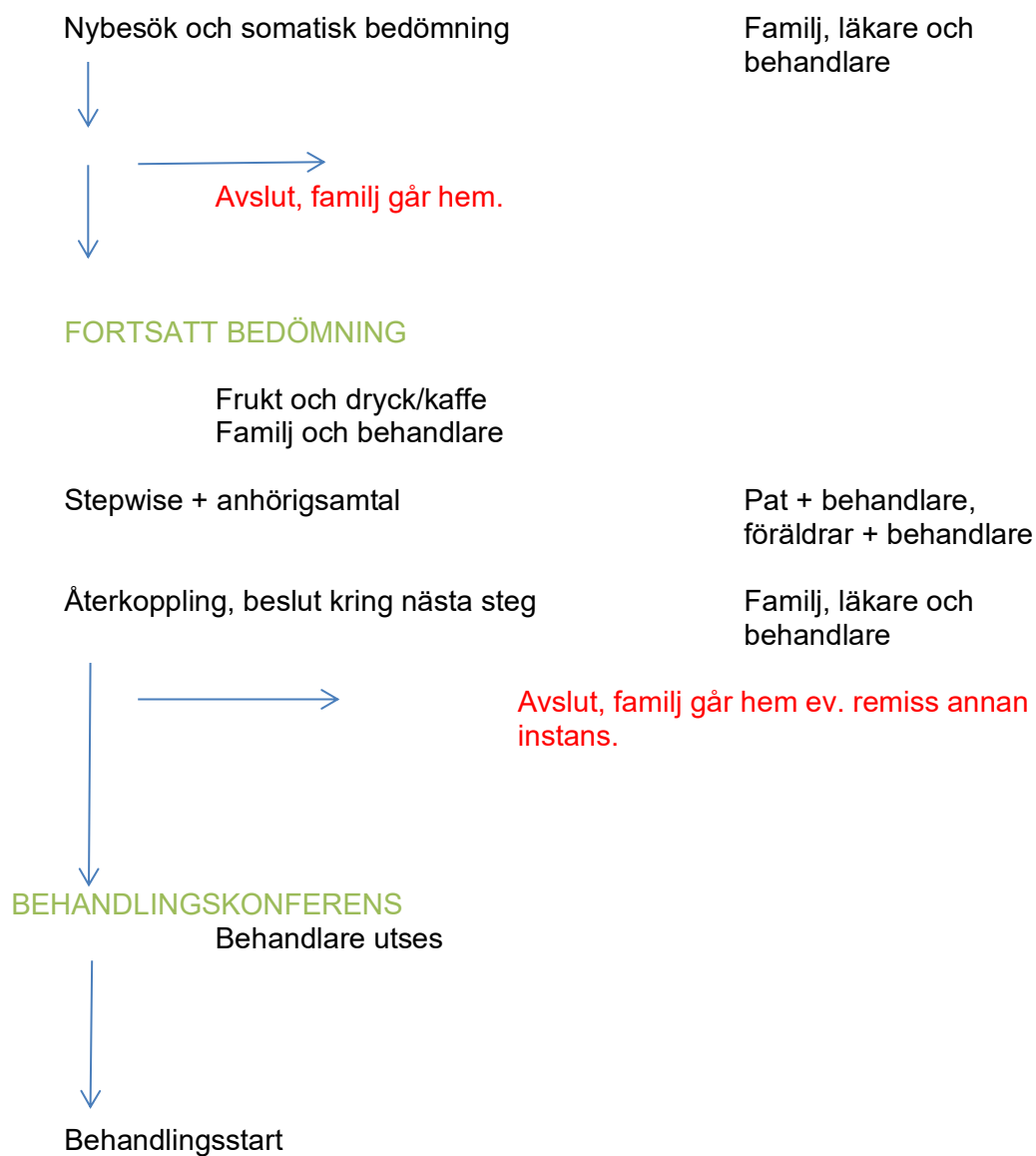
- Uppmärksamma och diagnostisera ätstörningar
- Behandla lindriga ätstörningar hos i övrigt välfungerande patienter utan samsjuklighet
- Behandla hetsättningsproblematik i avsaknad av kompensatoriskt beteende (kräkning, laxering eller överdrivet motionerande)
- Behandla lindrigare ätstörning, utan snabbt viktras med allmänpåverkan, med vikt inom normalområdet
- Somatiska kontroller hos patienter i avslutningsfas från ätstörningsmottagning och hos kroniska ätstörningspatienter som inte har pågående behandling på ätstörningsmottagning

Ätstörningsmottagningarna

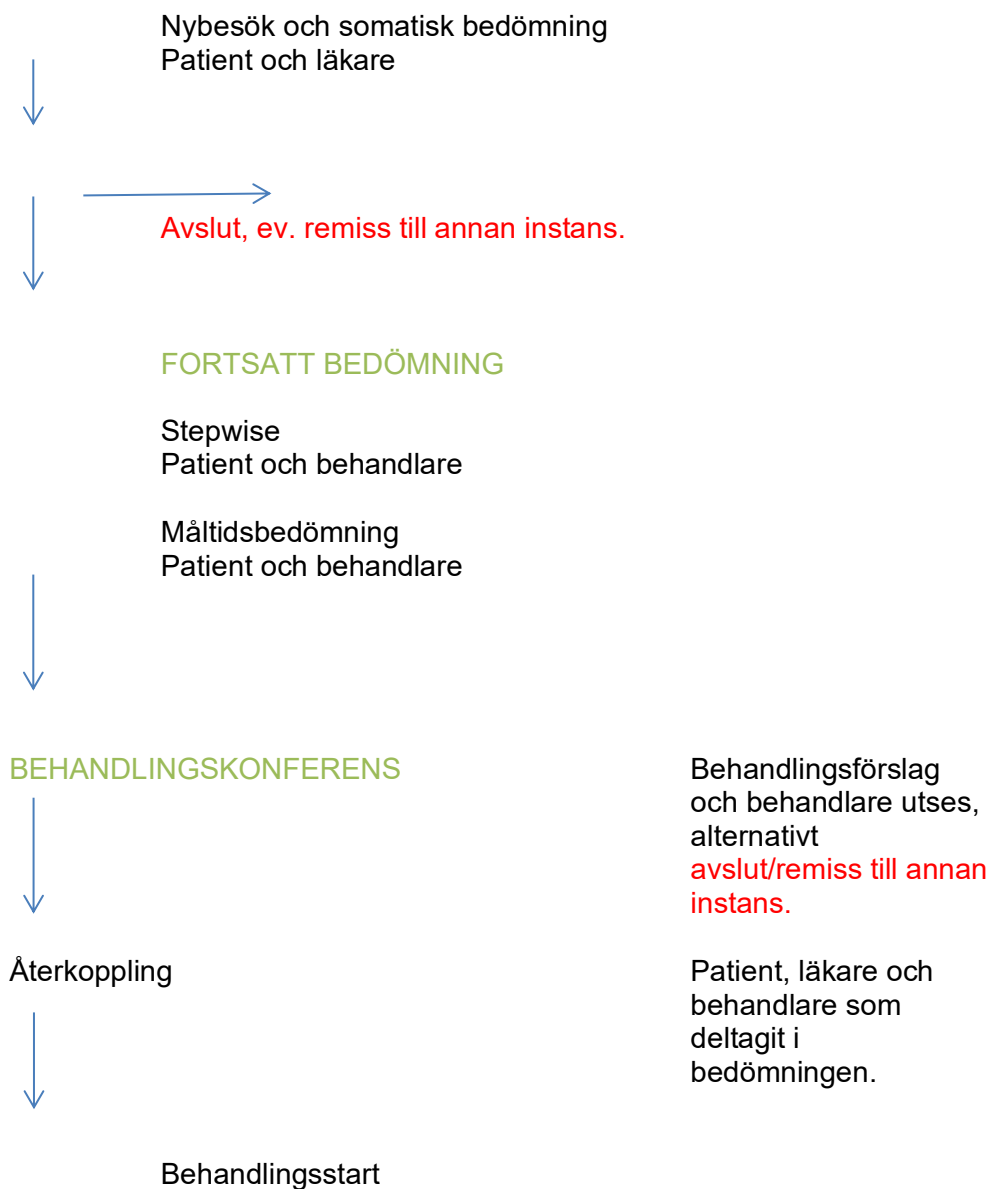
- Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, anorektisk ätstörning med undervikt eller snabbt viktras med allmänpåverkan
- Ätstörning med låg funktionsnivå, annan kronisk somatisk sjukdom som t.ex diabetes, inflammatorisk tarmsjukdom eller psykiatrisk samsjuklighet såsom depression eller tvång.

Handläggningsöverenskommelse mellan vuxenpsykiatri och närsjukvården är fastställd och gäller från 2015-11-01.

Bilaga 4 - Flödesschema för bedömning av patienter under 18 år



Bilaga 5 Flödesschema för bedömning patienter över 18 år



Bilaga 6 - Innehåll nybesök/bedömning ätstörningsmottagningen

DIAGNOS/KVÅ

ANAMNES

- Tidigare dokumentation
- Kontaktersak
- Närvarande
- Vårdnadshavare
- Samtycke
- Ärftlighet
- Graviditet
- Utveckling
- Levnadshistoria
- Socialt
- Samhällsstöd
- Hälso o sjukdomshistoria
- Psykiatrisk sjukhistoria
- Överkänslighet
- Aktuellt
- Läkemedel
- Kostvanor, nutrition
- Fysisk aktivitetsnivå
- Tobaksvanor
- Alkoholvanor
- Missbruk
- Sömn

STATUS

- Psykiskt status
- Suicidrisk
- Allmäntillstånd
- Somatiskt status
- Reproduktiva funktioner
- Puls, blodtryck
- Kroppslängd
- Kroppsvikt
- BMI
- Kroppstemperatur

BEDÖMNING

- GAF / C-GAS
- Bedömningsinstrument
- Bedömning
- Åtgärd

Bilaga 7 - Vårdplan barn/ungdom

Vårdplansansvarig:.....

Fast vårdkontakt:.....

Problemformulering:.....

.....

Resurs:.....

.....

Mål:.....

.....

.....

.....

.....

.....

Delmål:.....

.....

.....

.....

Åtgärder:

Tillväxtkurva/ Vikt.....

Matrutiner/Näringsdryck.....

Kompensatoriskt beteende.....

Samtal.....

Kroppskännedombedömning.....

Pedagogisk lunch.....

Familjedagvård.....

Utvärdering av vårdplan:.....

Bilaga 8 - Vårdplan vuxen

Vårdplansansvarig:.....

Fast vårdkontakt:.....

Problemformulering:.....

.....

Resurs:.....

.....

Mål:.....

.....

.....

.....

.....

.....

Delmål:.....

.....

.....

.....

Åtgärder:

Vikt.....

Matrutiner/Näringsdryck.....

Kompensatoriskt beteende.....

Samtal.....

Dagvård.....

Utvärdering av vårdplan:.....

Uppdaterat från föregående version

Granskad av huvudförfattare, mars 2018