

# Ätstörningar

Fastställd av Hälso- och sjukvårdsdirektören (HSD-A § 29-2014) giltigt till juli 2019

Utarbetad av koncernstab hälso- och sjukvård i samverkan med sektorsråden allmänmedicin, barn- och ungdomspsykiatri samt psykiatri.

## Syfte

Riktlinjen syftar till att personer med ätstörningar erbjuds adekvat diagnostik, behandling, uppföljning och att klargöra ansvarsfördelningen mellan olika vårdnivåer. Riktlinjen omfattar barn, ungdomar och vuxna.

## Nytt sedan föregående revidering

Nya diagnoser har tillkommit och kriterierna för övriga ätstörningar har ändrats utifrån DSM-5.

## Bakgrund

Ätstörningar har multifaktoriell bakgrund och debuterar oftast i puberteten. Ätstörningar kännetecknas av patologisk fixering vid mat, vikt och kroppsuppfattning. Självkänslan är överdrivet påverkad av kroppsvikt och form samt kan medföra allvarliga somatiska och psykiatriska komplikationer. Viktigt för god prognos är tidig upptäckt och behandling. I ICD-10-SE särskiljs följande diagnoskoder:

F50.0 Anorexia nervosa	F50.8 Hetsättningsstörning
F50.2 Bulimia nervosa	F50.89 Andra specificerade ätstörningar eller födorelaterade syndrom

**Anorexia nervosa (AN)** – enligt DSM-5 har krav om amenorré tagits bort och kriteriet undervikt ändrats till signifikant låg kroppsvikt. Patienten har en stark önskan att gå ner i vikt och intensiv rädsla för att gå upp i vikt, trots låg kroppsvikt (viktfobi) och klarar inte att upprätthålla normal kroppsvikt för sin ålder och längd. Patienten förnekar oftast allvaret i den låga kroppsvikten och kompensatoriskt beteende (överdriven träning, kräkningar, laxantia- och diuretikabruk) kan förekomma. Övriga somatiska symtom: menstruationsbortfall, generell avmagring, bradykardi, hypotension, ofta låg kroppstemperatur med kalla händer/fötter och perifer cyanos, torr och sprucken hud. Gravyt avmagrade patienter kan ha fin behåring (lanugobehåring) ansikte, nacke och rygg. Vid långdragen svält försämras den kardiovaskulära funktionen.

**Bulimia nervosa (BN)** – enligt DSM-5 är frekvensen av hetsätningar och kompensatoriska beteenden minst en gång per vecka under tre månader. Patienten med BN hetsäter i avgränsade tidsperioder (i en omfattning som överstiger det fysiologiska behovet) och upplever samtidigt en känsla av kontrollförlust. Kompensatoriska beteenden utvecklas för att undvika viktuppgång, till exempel framprovocerad kräkning, överdrivet motionerande eller missbruk av laxermedel. Somatiska komplikationer vid BN är i allmänhet kopplat till det kompensatoriska beteendet. Frekventa kräkningar och användning av laxermedel kan ge allvarliga effekter på hjärta och cirkulation. Personer med BN får ofta mag- och tarmproblem.

**Hetsättningsstörning** – är en ny diagnos i DSM-5 och definieras som återkommande episoder av hetsätning v.g. se BN. Hetsätningen medför ett påtagligt lidande och är inte förknippat med något kompensatoriskt beteende som vid BN. 15 – 30 % av personer som söker behandling för övervikt och fetma har också ätstörningsrelaterade problem, vanligen i form av hetsättningsstörning.

**Andra specificerade ätstörningar eller födorelaterade syndrom** – denna diagnoskategori används vid allvarliga problem med ätande och orsakar kliniskt signifikant lidande eller försämrad funktion socialt eller inom andra viktiga funktionsområden, men inte helt uppfyller diagnoskriterierna för de specificerade diagnoserna för AN, BN eller hetsättningsstörning.

## Differentialdiagnostik och samsjuklighet

Ett flertal somatiska tillstånd kan i sin debut ge symtom i form av ätproblem och viktminskning, t ex endokrina sjukdomar som hypo-/hypertyreos, diabetes mellitus, hypofys- och binjurebarksinsufficiens, glutenintolerans samt inflammatoriska tarmsjukdomar. Beakta att patienten, utöver en somatisk sjukdom också kan ha AN. Funktionell dysfagi (sväljfobi), missbruk, tvångssyndrom, autismspektrumstörning, depression med aptitförlust kan ge viktnedgång/förändrat ätbeteende utan att uppfylla kriterierna för ätstörning.

Hos 65 procent av vuxna och 40 procent av barn och ungdomar med ätstörningar återfinns andra psykiatriska diagnoser, framförallt depression och ångesttillstånd men även tvångssyndrom och neuropsykiatriska tillstånd. Hos vuxna patienter förekommer också personlighetsstörningar, missbruk och bipolär sjukdom.

## Tandvård och oral hälsa

Frekventa kräkningar kan orsaka omfattande tand- och tandköttsskador och för att förebygga dessa bör patienter med ätstörningsproblematik remitteras till tandläkare.

## Särskilda överväganden vid diagnostik av barn och ungdomar

Hos barn bör hänsyn tas till ålder och utvecklingsnivå. Beakta att barn inte alltid uppvisar klassiska symtom som viktfoxi och störd kroppsuppfattning. Därför är det svårare att diagnostisera barn med ätstörningar. BMI-gränser för normalvikt förändras i takt med ålder och biologisk mognad. Det är mer tillförlitligt att utgå från barnets viktkurvor. Barn och ungdomar som fortfarande växer riskerar att få irreversibla skador av långdragen svält i högre omfattning än vuxna. Detta gäller i synnerhet längdtillväxt och bentäthet.

## Särskilda överväganden vid diagnostik av gravida

Gravida med ätstörningar bör remitteras till specialiserad ätstörningsvård och skötas i samråd med MVC. Den kraftigt ökade risken för postpartumdepression bör beaktas.

## Särskilda överväganden vid diagnostik vid diabetes mellitus

Personer med diabetes och ätstörningar bör remitteras till specialiserad ätstörningsvård och skötas i samråd med diabetesvård.

## Behandling

Den kliniska utredningen ska omfatta bedömning av somatiskt tillstånd, psykopatologi, psykologiska faktorer och social situation, se bilaga 1.

Behandling av ätstörningar är mångfacetterad och omfattar såväl somatiska som psykiatriska insatser. Det är viktigt att upptäcka och behandla ätstörningar i ett tidigt skede, samt bedöma eventuell samsjuklighet. Ätstörningar ska behandlas inom specialiserad ätstörningsvård i samarbete med övrig psykiatri och somatik. Utredning och behandling kan försvåras eftersom patienter med ätstörning ofta är ambivalenta och omotiverade att avbryta svält och öka i vikt. Det är viktigt att motivationsarbete pågår under hela behandlingsperioden. Om patienten är ung är det inledningsvis av stor vikt att samarbeta med vårdnadshavare och ge dem stöd att förmå barnet att öka matintaget för att uppnå och upprätthålla hälsosam vikt.

Merparten av patienter med ätstörning behandlas inom differentierad öppenvård. Ofta finns behov av konkret stöd i form av ätträning i till exempel dagvård, eller i hemmet tillsammans med närstående. Helydgvård kan vara aktuellt för patienter med allvarliga somatiska komplikationer samt för patienter med långvarig ätstörning som inte förbättras vid behandling i öppenvård. Allvarlig psykiatrisk samsjuklighet eller psykosocial krissituation i familjen kan också leda till behov av helydgvård. Om patienten motsätter sig vård kan det bli nödvändigt med vård enligt LPT.

Ätstörningsbehandling innefattar:

- stöd till patient/närstående att bryta svält eller fasta, normalisera ätbeteende samt bryta beteende med hetsätning, självframkallade kräkningar, laxering och överdrivet motionerande
- psykopedagogiska insatser till patient och närstående
- somatisk uppföljning och vid behov substitution
- ångesthantering
- psykoterapeutisk behandling; individuellt, i familj och i grupp
- farmakologisk behandling vid behov
- specifika behandlingsmetoder av fysioterapeut, dietist och arbetsterapeut

Valet av evidensbaserad behandling styrs framför allt av patientens symtom, svårighetsgrad och ålder. Även om kontrollerade behandlingsstudier på området är få finns vetenskapligt stöd för familjebaserad behandling av unga med AN. Vetenskapligt stöd finns också för kognitiv beteendeterapi (KBT) och interpersonell terapi (IPT) individuellt eller i grupp för patienter i övre tonåren och äldre med BN och hetsätningssymtom. Vuxna patienter med BN bör erbjudas farmakologisk behandling med fluoxetin 60 mg dagligen i kombination med KBT. Behandling avslutas efter bedömning när ätstörningstillståndet är i partiell eller full remission.

## Uppföljning

Patienten ska följas kontinuerligt under ätstörningsbehandlingen. Risk för återfall är störst inom 12 månader efter avslutad behandling och patienten bör därför erbjudas uppföljning under denna period.

## Vårdprocess – vårdnivå

### Primärvårdsnivå:

- Upptäcka patienter i riskzonen
- Anamnes (viktfoxi, självkänsla, kroppsuppfattning, matvanor, kräkningar, laxermedel, menstruation, tvångsmässigt motionerade, relationer, faktorer som kan tyda på hetsättningsstörning hos patienter med övervikt/fetma)
- Utföra och bedöma basalt somatiskt- och psykiatriskt status inkl. basal provtagning: Hb, Glukos, Na, K, Kreatinin, Albumin, PO<sub>4</sub>, ALAT, TSH, T4 samt urinsticka (ketoner, glukos, protein)
- BT/puls (vid bradykardi <45, eller takykardi >90- ta EKG (konsultation vid behov)
- Motivera till behandling och lågintensiv behandling kan ges för patienter med lindriga och okomplicerade ätstörningar utan medicinska komplikationer. Vid utebliven effekt konsultation med specialistenhet.

Inget krav på remiss, men remiss kan underlätta vid prioritering. Prioriteringsgrupperna<sup>1</sup> är följande:

### Prioriteringsgrupp 1 - behöver snabb tillgång till intensiva behandlingsinsatser

- <13 år med ätstörning eller misstänkt ätstörning
- <16 år med anorexi och låg vikt eller snabb viktminskning i förhållande till normal viktkurva, eller allvarlig anorexi med somatiska komplikationer eller ätstörningar och allvarliga krisreaktioner
- >16 år med anorexi och påtaglig undervikt eller anorexi med försämring senaste månaderna med somatiska komplikationer

### Prioriteringsgrupp 2 - bör få vård inom relativt kort tid

- <16 år med bulimi med somatiska komplikationer
- >16 år med bulimi med somatiska komplikationer och ätstörningar med risk för komplikationer

### Prioriteringsgrupp 3 - väntetiden är inte en lika kritisk faktor

- Patienter, oavsett ålder med bulimi utan somatiska komplikationer
- Vuxna patienter med mångåriga ätstörningar eller måttliga ätstörningssymtom

### Remiss till specialiserad ätstörningsvård:

- puls <45, eller takykardi >90, kan behöva akut medicinsk bedömning
- låg vikt – för barn upp till 17-års ålder, utgå från längd- och viktkurva från BVC och skola
- snabb viktnedgång (>5 % på tre månader) oavsett BMI
- hetsätning med kompensatoriska beteenden
- somatisk/psykiatrisk samsjuklighet med behov av specialistinsats
- remiss ska innehålla beskrivning av aktuell ätstörning (se under anamnes ovan), längd, vikt, viktutveckling före insjuknande, ev. psykiatrisk samsjuklighet, somatisk status/påverkan

**Specialiserad ätstörningsvård** - Majoriteten av patienter med ätstörningar, även de med måttliga somatiska komplikationer, behandlas inom öppen specialiserad ätstörningsvård. Vid annan allvarlig psykiatrisk huvuddiagnos behandlas patienten inom barn- och ungdomspsykiatri eller allmänpsykiatri med stöd och konsultation från specialiserad ätstörningsvård. Patienter i svår svält och/eller med omfattande kompensatoriska beteenden behandlas inom ätstörningsspecialiserad heldygnsvård (HDV). Här kan även patienter med allvarlig ätstörning behandlas som inte förbättrats vid behandling i öppenvård. En regiongemensam avdelning för patienter med ätstörningar i åldern 16-25 år finns på Sahlgrenska Universitets-sjukhuset. Vid allvarliga somatiska komplikationer kan vård inom olika somatiska specialiteter vara nödvändig. Valfrihet i vården omfattar all öppen vård för primärvård och länssjukvård inklusive högspecialiserad vård. Patienten kan dock inte kräva vårdgaranti i annat landsting, förutom i Region Halland och för viss vård i landstinget Värmland, vilka VGR har samverkansavtal med. För HDV krävs alltid en betalningsförbindelse, som utfärdas innan planerad åtgärd, dock bör patienten beprövat gängse behandlingsinsatser inom VGR.

## Uppföljning

Uppföljning sker av Kunskapsstöd för psykisk hälsa i samverkan med enheten Regional vårdanalys och återkopplas till sektorsråden genom följande indikatorer för ätstörningsspecialiserad vård och primärvård:

- Andel patienter som blivit av med anorektisk undervikt från kvalitetsregistret Riksät.
- Följa vårdutnyttjande av heldygnsvård/köpt vård och utvärdera hur kostnad för valfrihetsvård vid ätstörning påverkats av den utökade öppenvården i VGR.
- Andel F50-diagnoser inom primärvård.

## Innehållsansvarig

[Sektorsråden](#) allmänmedicin, barn- och ungdomspsykiatri samt psykiatri.

---

<sup>1</sup> Källa: Svenska Psykiatriska Föreningens kliniska riktlinjer *Ätstörningar*, och prioriteringsgrupperna 1-3 ovan avser patienter som ska behandlas inom barn- och ungdomspsykiatri respektive vuxenpsykiatri.

## **BILAGA 1: Diagnostik, klinisk fördjupad utredning och bedömning**

Vid det första läkarbesöket ska patientens somatiska och psykiatriska tillstånd bedömas, oavsett ålder och oavsett var i vårdkedjan patienten söker först.

### **Anamnes – faktorer att beakta**

Utöver sedvanlig anamnes görs en djupintervju med patienten angående viktfoxi, självkänsla, kroppsuppfattning, matvanor, eventuella självrensningssymtom (kräkningar, laxermedel), menstruation, tvångsmässigt motionerade och relationer. Faktorer att beakta vid anamnesupptagning: orientering, utseende, kontakt, uppträdande, stämningsläge, ångest, sömn, tvångsfenomen, tankeförlopp – innehåll, vanföreställningar, hallucinationer, sjukdomsinsikt/hjälpsökande och suicidalitet.

### **Somatisk undersökning - faktorer att beakta**

- Vikt/längd/BMI: Viktutveckling viktigare än enstaka BMI. Ångest inför en undersökning medför ibland att patienterna ibland dricker flera liter vatten.
- Puls/blodtryck: Måttlig bradykardi med puls 45-60 är vanligt som sekundär effekt av nedsatt ämnesomsättningen vid svält. Svår bradykardi med puls <45, eller takykardi med puls >90 är varningstecken för hotande cirkulationssvikt, och kan kräva akut medicinsk övervakning och behandling
- Temp: AN-patienters kroppstemperatur ligger ofta kring 36°C eller lägre. En temperatur på 37°C kan då vara tecken på infektion. Svält kan via benmärgsdepression hämma LPK-stegring vid infektion. Var frikostig med mikrobiologiska odlingar. Vid vag symtombild och LPK < 2,0, kontakta gärna infektionsläkare.
- Mage/tarm: buksmärtor, gasbildning och förstoppning är vanliga symtom.
- Muskelatrofi och muskelsvaghet ses vid långvarig svält.
- Hud: Ödem kan uppstå på fötter, underben och även i ansiktet kring ögonen speciellt vid kräkningar. Torr och sprucken hud, och eksemliknande förändringar kan ses på handryggen, framförallt på de tre längsta fingrarna som oftast används för att initiera kräkning. Leta efter självskador.
- Mun och svalg - Sväljskador kan uppstå vid inducerad kräkning.
- Syn: Vid AN kan lågt fettintag på lång sikt leda till brist på fettlösliga vitaminer, inklusive vitamin A - vilket ger försämrat mörkerseende

### **Vid riktad misstanke**

- Transglutaminas antikroppar, Amylas, Ferritin och blodindices vid anemi, eventuellt F-Hb.

### **Vid långvarig sjukdom (>1år)**

- PTH, S-25OH vitamin D, vitamin A+E

Ofta är flertalet laborationer initialt normala trots viktnedgång. Patologiska laboratoriefynd ses ofta inte förrän sent i sjukdomsutvecklingen. Observera att lågt albumin direkt ger lägre S-Ca, S-Mg och S-Zn. Vid svält med muskelatrofi sjunker kreatinin, varför ett värde under referensintervallet kan förväntas. Normalt/högt kreatinin och liten muskelmassa ses vid dehydrering eller nedsatt njurfunktion

*Elektrolyttrubbningar (kan vara normala trots brist, vid misstanke mät Na, K, Cl, Mg i dygnsmängd urin).*

Hypokalemi kan snabbt förvärras vid frekventa kräkningar och kan kräva akut internmedicinsk bedömning.

### **Övrigt**

- Vid puls <45 eller >90, bör EKG tas, kan visa (*ST-sänkning, avflackad T-våg, förlängt QT-intervall*)
- Bentäthetsmätning (DXA) – kan övervägas för patienter med AN pga ökad frakturrisik.