

# Vårdprogram

## Ätstörningar

### Författare

Christine Danielsson aukt socionom/kurator  
Anette Karlsson leg arbetsterapeut

## Innehållsförteckning

Förord.....	2
Inledning.....	3
Ätstörningar.....	4
Allmän beskrivning.....	4
Historik.....	4
Anorexia nervosa.....	5
Bulimia nervosa.....	5
Diagnostiska system.....	5
Diagnoskriterier enligt ICD-10.....	6
Diagnoskriterier enligt DSM-IV.....	7
Teorier för uppkomst och behandling.....	9
Förekomst.....	10
Förlopp och prognos.....	11
Differentialdiagnostik och komorbiditet.....	11
Ätstörningsprocessen.....	12
Remissgång.....	13
Klinisk utredning och bedömning.....	14
Medicinska komplikationer.....	16
Behandling.....	17
Olika metoder och vårdnivåer inom ätstörningsprocessen:.....	17
Prevention.....	22
Samarbete/samverkan med andra.....	22
Kontaktpersoner, kontakttelefoner.....	23
Information till patienter och anhöriga.....	23
Vårdprogrammets process.....	24
Litteraturförteckning.....	25
Bilaga 1.....	26
Bilaga 2.....	27

## Förord

Vården inom Kronobergs län organiseras i vårdprocesser. Vårdprocessen för ätstörningar är huvudsakligen hemmahörande inom den specialiserade psykiatriska länssjukvården, för vuxna patienter inom Vuxenpsykiatriska kliniken och för barn och ungdomar inom Barn- och Ungdomspsykiatriska kliniken. Ett formaliserat samarbete finns mellan dessa båda kliniker för åldersgruppen 16-25 år.

Ett konkret samarbete finns också mellan psykiatrin och den somatiska sjukvården – Medicinkliniken och Barn- och Ungdomskliniken. Medicinkliniken har dessutom varit delaktiga vid framtagandet av de somatiska aspekterna av ätstörningsvården i föreliggande vårdprogram.

Arbetet med att utveckla vårdprocesserna är pågående. Den första skriftliga dokumentationen av ätstörningsprocessen för vuxna gjordes för cirka två år sedan efter ett kompetensutvecklingsarbete inom ramen för ett EU-projekt, Mål 3.

Utformandet av vårdprogram har som syfte att dokumentera vården och dess innehåll. Ett vårdprogram ska bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet. Där kunskap saknas skall detta uppmärksammas och följas upp. Med fungerande vårdprogram ökar förhoppningsvis patientsäkerheten samtidigt som möjligheten till öppenhet och delaktighet för alla inblandade parter i vården blir större.

Vårdprogrammets innehåll och utformning har faktagranskats av specialistläkare vid Vuxenpsykiatriska kliniken, samt medarbetare inom Vårdprocessen för ätstörningar och Medicinkliniken. Vårdprogrammet utgör en grund och vägledning för fortsatt utvecklingsarbete för Vårdprocessen ätstörningar.

Växjö augusti 2006

Processansvarig

Birgitta Gunnarsson  
Vårdprocessen för ätstörningar

Verksamhetschef

Ferenc Ary  
Vuxenpsykiatriska kliniken

## Inledning

Ätstörningar enligt detta vårdprogram definieras utifrån diagnossystemet ICD-10 (International classification of mental and behavioural disorders: Diagnostic criteria for research) och beskrivs även enligt DSM-IV (Diagnostic and statistical manual of mental disorders fourth edition). Vårdprogrammet är delvis åldersövergripande då ett formaliserat samarbete föreligger mellan Vuxenpsykiatriska kliniken, Barn- och ungdomspsykiatriska kliniken, Barn- och ungdomsmedicinska kliniken samt Medicinkliniken för vuxna. Samverkansrutiner är i ett uppbyggnadsskede och kommer att ytterligare förstärkas framledes. Detta vårdprogram kommer i första hand att spegla ätstörningsverksamheten inom Vuxenpsykiatriska kliniken i Växjö.

Utgångspunkten för vård och behandling inom sjukvården är att den ska vila på en grund av vetenskap och beprövad erfarenhet. Under år 2005 utkom de första kliniska riktlinjerna för patientgruppen med ätstörningar, "ÄTSTÖRNINGAR - kliniska riktlinjer för utredning och behandling" av Svenska Psykiatriska Föreningen och Gothia. År 2002 utgavs "Ätstörningar. Bakgrund och aktuella behandlingsmetoder" av David Clinton och Claes Norring (red), vilken utgör ett mycket värdefullt bidrag till dokumentationen av aktuell forskning och vetenskap kring ätstörningsproblematik. De kliniska riktlinjerna tillsammans med Clintons och Norrings bok utgör vårdprogrammets viktigaste referenser.

Vårdprogrammet redogör främst för diagnoserna; Anorexia Nervosa (AN), Bulimia Nervosa (BN) och Ätstörning UNS (utan närmare specifikation). Efter en inledande del om bakgrund, fakta kring diagnosgrupperna och teorier om uppkomst, redovisas riktlinjer för den praktiska ätstörningsvården inom länet.

# Ätstörningar

## **Allmän beskrivning**

Uppmärksamheten kring ätstörningar har fått ett växande utrymme under senare år. Inte minst genom att kända massmediala personer har drabbats och beskrivit sin situation och sjukdom. Detta kanske har bidragit till att ge denna, inte sällan allvarliga sjukdom, "ett ansikte". Ofta sätts också ätstörningar in i ett samhällsperspektiv. Vi har idag en kultur som i hög grad präglas av kroppsfixering och smalhetsideal vilket sammankopplas med framgång och moralisk styrka. Unga människor som ännu inte funnit sin identitet och befinner sig i en särskilt känslig utvecklingsperiod i livet blir lätt offer och måltavlor för dessa budskap, ibland med katastrofala följder. Konsekvenserna för patienten, familj och nätverk kan bli omfattande vid ätstörning. Sjukdomen kan i värsta fall bli lika mycket hela familjens som individens. Det allmänna hälsotillståndet försämras och ofta också ekonomin. Sjukvården ställs inför stora utmaningar när det gäller denna patientgrupp, eftersom ätstörningar är vanliga och allvarliga tillstånd, både ur psykiatrisk och somatisk synpunkt och som kräver en samlad kompetens både från den psykiatriska vården såväl som från den somatiska för att kunna möta den drabbade och dennes familjs behov.

Stark rädsla för att gå upp i vikt, så kallad viktfoxi, försök att begränsa ätandet och viktens betydelse för reglering av självkänslan är ätstörningens centrala kännetecken.

Sjukdomsdefinitioner och diagnostiska kriterier för olika typer av ätstörningar har skiftat under de senaste årtiondena. Detta beror till stor del på förbättrade kunskaper men kan också vara en spegling av hur patienterna relaterar sina besvär. En svårighet kan vara att skilja ut vad som förenar i de olika ätstörningsdiagnoserna och vad som är de viktigaste skillnaderna och hur detta skall matchas i behandling. Helt klart är dock att patienter med ätstörningar utgör en mycket heterogen grupp.

Själva termen ätstörning är inte klart definierad. Ofta ges dock följande citat från två auktoriteter på området; "Med ätstörning avses en ihållande störning i ätbeteende eller viktkontrollerande beteende, som påtagligt försämrar fysisk hälsa eller psykosocialt fungerande. Störningen skall inte vara sekundär till någon känd allmän medicinsk åkomma, till exempel hypotalamus tumör, eller någon annan psykiatrisk störning, som till exempel ångestsyndrom" (Fairburn & Walsh 2002 se Clinton & Norring 2002, s. 27). Enligt denna definition klassificeras inte obesitas som ätstörning eftersom det är ett välkänt medicinskt tillstånd. De överviktiga personer som ändå anses ha ätstörning har det utifrån att de uppvisar störningar av den typ som definierar ätstörning och inte på att de i första hand enbart är överviktiga.

## **Historik**

Mat och ätande har en lång kulturell och psykologisk historia, men det är endast de senaste 100-150 åren som är någorlunda väldokumenterade. För att få en uppfattning av vad som hände före mitten av 1800-talet, får man förlita sig på enstaka och sporadiskt förekommande medicinska fallbeskrivningar, samt biografiska beskrivningar av udda och uppmärksammade personer (Clinton & Norring 2002, s. 19).

## **Anorexia nervosa**

AN betyder ordagrant nervös aptitlöshet. Beteckningen AN är egentligen inadekvat, då den stora majoriteten av patienterna är långt ifrån aptitlösa. Istället bekämpar de, mer eller mindre framgångsrikt, sin hunger och sina impulser att äta.

Den första kända medicinska beskrivningen av det vi idag kallar AN gjordes av den engelske hovläkaren Richard Morton redan år 1694. Trots att Morton beskrev tydligt att han ansåg att tillståndet var en form av psykisk störning dröjde det drygt 150 år innan nästa betydelsefulla psykiatriska bidrag till utvecklingen av begreppet dök upp. År 1859 beskrev den amerikanske psykiatern William Stout Chipley flera fall av frivillig självsvalt hos unga välbärgade kvinnor. Chipley menade att vägran att äta hade en psykopatologisk grund. AN fick sitt nuvarande namn 1873, då Charles Laségue publicerade en uppsats i Paris med namnet "De l'Anorexie Hystérique". Samma år presenterade Sir William Gull egna fall under titeln Anorexia nervosa. Därmed hade tillståndet beskrivits på ett sådant sätt att vi kan känna igen det (Clinton & Norring 2002, s.19-20; Östergötlands vårdprogram 2004, s. 7).

Under 1900-talet har forskare och kliniker som till exempel Hilde Bruch (1960- och 1970-talen), Arthur Crisp samt Gerald Russel (1970- och 1980-talen) givit betydelsefulla bidrag till utvecklingen av synen på AN.

## **Bulimia nervosa**

BN betyder ordagrant nervös omättlighet. I slutet av 1700-talet kan man hitta BN i systematiska medicinska klassifikationer. Från första hälften av 1900-talet finns det beskrivningar av hetsätning och kräkning hos kvinnor med normal vikt, de saknar dock upplevelsen av rädsla för viktuppgång och fetma. Det var först på 1970-talet som det kom kliniska beskrivningar av patienter med vad som snart kom att kallas BN. 1979 blev tillståndet fullt uppmärksammat och diagnostiskt väletablerat, då Gerald Russel beskrev och namngav syndromet BN. 1980 inkluderades BN i den psykiatriska klassifikationen (Clinton & Norring 2002, s. 21-22; Östergötlands vårdprogram 2004, s. 7).

## **Diagnostiska system**

När det skall fastställas om en person har ätstörning i psykiatrisk mening används två diagnostiska system. Psykiatri i Växjö använder i första hand ICD-10, det andra diagnossystemet är DSM-IV. DSM-IV-systemet används vid registrering i kvalitetsregistret RIKSÄT som Landstinget Kronoberg deltar i.

AN och BN utgör de starkaste uttrycken för ett stort förhållande till mat och den egna kroppen. En mycket stark rädsla för att gå upp i vikt och bli tjock i kombination med stora ansträngningar att begränsa matintaget eller göra sig av med den mat som ätits är tydliga kännetecken. Den som lider av bulimi förlorar ibland kontrollen över maten och vräker i sig stora mängder för att därefter kompensera med till exempel kräkning. Ätstörning UNS kännetecknas av liknande beteende men uppfyller inte alla kriterier för AN eller BN. Även här kan dock svårigheterna vara omfattande och svåra.

Nedan redovisas diagnoskriterierna enligt ovan nämnda diagnossystem.

Diagnos	DSM-IV	ICD-10
Anorexia nervosa	307.1	F50.0
Bulimia nervosa	307.51	F50.2
Ätstörning UNS	307.50	F50.9
Atypisk anorexia nervosa		F50.1
Atypisk bulimia nervosa		F50.3
Överdrivet ätande sammanhängande med andra psyk störn		F50.4
Kräkningar sammanhängande med andra psyk störn		F50.5
Andra specificerade störningar		F50.8

## Diagnoskriterier enligt ICD-10

### F.50 Ätstörningar

Perturbationes edendi

Ätbeteendestörning

*Utesluter:*

Anorexi UNS (R63.0)

Matvägran hos spädbarn och barn (F98.2)

Polyfagi (R63.2)

Svårigheter med misskötsel av födointag (R63.3)

### F50.0 Anorexia nervosa

*En störning som karakteriseras av avsiktlig viktnedgång, framkallad och vidmakthållen av patienten själv. Störningen uppträder oftast hos tonårsflickor och yngre vuxna kvinnor men även tonårspojkar och yngre vuxna män kan drabbas, liksom barn strax före puberteten och kvinnor fram till menopaus. Störningen är kopplad till en specifik psykopatologi, där förändrad kroppsuppfattning dominerar. Rädslan för fetma och övervikt blir en övervärdig idé och patienten strävar efter låg kroppsvikt. Undernäring av varierande svårighetsgrad förekommer ofta, med sekundära endokrina och metaboliska rubbningar samt störda kroppsfunktioner. Symptomen innefattar inskränkt diet, excessiv fysisk aktivitet, självframkallande kräkningar och användning av avmagringsmedel, laxermedel och diuretika.*

*Utesluter:*

Aptitförlust (R63.0)

Psykogen aptitförlust (F50.8)

### F50.1 Atypisk anorexia nervosa

*Störningar som uppfyller några av kriterierna för anorexia nervosa men där den samlade bilden inte helt uppfyller vad som krävs för diagnos enligt F50.0. Exempelvis kan något av huvudsymptomen, såsom amenorré eller stark rädsla för fetma, saknas trots kraftig viktnedgång och viktreducerande beteende. Denna diagnos skall inte ställas vid närvaro av en fysisk sjukdom som medför viktörlust.*

### **F50.2 Bulimia nervosa**

*Syndromet karakteriseras av återkommande hetsätningsepisoder samt överdriven upptagenhet med viktkontroll som leder till mönster av hetsätning som följs av kräkning eller bruk av laxantia. Denna störning delar många psykologiska faktorer med anorexia nervosa, bl a med överdriven oro för kroppens utseende och vikt. Upprepade kräkningar medför ofta elektrolytrubbningar och fysiska komplikationer. Det finns ofta, dock ej alltid, en anamnes på någon episod med anorexia nervosa månader eller år tidigare.*

Bulimi UNS

Hyperorexia nervosa

### **F50.3 Atypisk bulimia nervosa**

*Här klassificeras ätstörningar som uppfyller några av kriterierna för bulimia nervosa men där den kliniska bilden inte ger fog för diagnosen. Exempelvis kan det förekomma episoder med hetsätning och överförbrukning av laxermedel utan signifikant viktförlust eller kan den typiska överdrivna oron för figuren och vikten saknas.*

### **F50.4 Överdrivet ätande sammanhängande med andra psykiska störningar**

*Överdrivet ätande till följd av belastande faktorer i omgivningen, såsom närståendes död, olycka eller barnafödande.*

Överdrivet ätande av psykogena orsaker

*Utesluter:*

Fetma (E66.-)

### **F50.5 Kräkningar sammanhängande med andra psykiska störningar**

*Upprepade kräkningar som förekommer vid dissociativa tillstånd (F44.-) och hypokondri (F45.2) och som inte helt kan förklaras med somatiska tillstånd. Denna subkategori kan även användas för dubbelkodning tillsammans med 021.- (ihållande kräkningar under graviditeten) när emotionella faktorer är den främsta orsaken till återkommande illamående och kräkning under graviditeten.*

Psykogena kräkningar

### **F50.8 Andra specificerade ätstörningar**

Picasyndrom hos vuxna

Psykogen aptitförlust

*Utesluter:*

Picasyndrom hos spädbarn och barn (F98.3)

### **F50.9 Ätstörning, ospecificerad**

## **Diagnoskriterier enligt DSM-IV**

### **307.1 Anorexia nervosa F50.0**

- A. Vägrar hålla kroppsvikten på eller över nedre normalgränsen för sin ålder och längd (till exempel viktnedgång som leder till att kroppsvikten är mindre än 85 % av den förväntade, ökar inte i vikt trots att kroppen fortfarande växer, vilket leder till att kroppsvikten är mindre än 85 % av den förväntade).

- B. Personen har en intensiv rädsla för att gå upp i vikt eller bli tjock, trots att han eller hon är underviktig.
- C. Störd kroppsupplevelse avseende vikt eller form, självkänslan överdrivet påverkad av kroppsvikt eller form, eller förnekar allvaret i den låga kroppsvikten.
- D. Amenorré hos menstruerande kvinnor, det vill säga minst tre på varandra följande menstruationer uteblir (en kvinnas menstruation anses ha upphört om hon endast menstruerar till följd av hormonbehandling, t ex med östrogen).

*Specificera typ:*

**Med enbart självsvält:** under den aktuella episoden av anorexia nervosa har personen inte regelmässigt hetsätit eller ägnat sig åt självrensande åtgärder (det vill säga självframkallande kräkningar eller missbruk av laxermedel, diuretika eller lavemang).

**Med hetsätning/självrensning:** under den aktuella episoden av anorexia nervosa har personen regelmässigt hetsätit eller ägnat sig åt självrensande åtgärder (det vill säga självframkallande kräkningar eller missbruk av laxermedel, diuretika eller lavemang).

### 307.51 Bulimia nervosa F50.2

A. Återkommande episoder av hetsätning. En sådan episod kännetecknas av 1) och 2):

1) personen äter under en avgränsad tid (till exempel inom två timmar) en väsentligt större mängd mat än vad de flesta personer skulle äta under motsvarande tid och omständigheter

2) personen tycker sig ha förlorat kontrollen över ätandet under episoden (till exempel en känsla av att inte kunna sluta äta eller kontrollera vad eller hur mycket man äter)

- A. Återkommande olämpligt kompensatoriskt beteende för att inte gå upp i vikt, till exempel självframkallande kräkningar eller missbruk av laxermedel, lavemang, diuretika eller andra läkemedel, fasta eller överdriven motion.
- B. Både hetsätande och det olämpliga kompensatoriska beteendet förekommer i genomsnitt minst två gånger i veckan under tre månader.
- C. Självkänslan överdrivet påverkad av kroppsform och vikt.
- D. Störningen förekommer inte enbart under episoder av anorexia nervosa.

*Specificera typ:*

**Med självrensning:** under den aktuella episoden av bulimia nervosa har personen regelmässigt ägnat sig åt självframkallande kräkningar eller missbruk av laxermedel, diuretika eller lavemang.

**Utan självrensning:** under den aktuella episoden av bulimia nervosa har personen använt andra olämpliga kompensatoriska beteenden som fasta eller överdriven motion, men har inte regelmässigt ägnat sig åt självframkallande kräkningar eller missbruk av laxermedel, diuretika eller lavemang.

### 307.50 Ätstörning UNS F 50.9

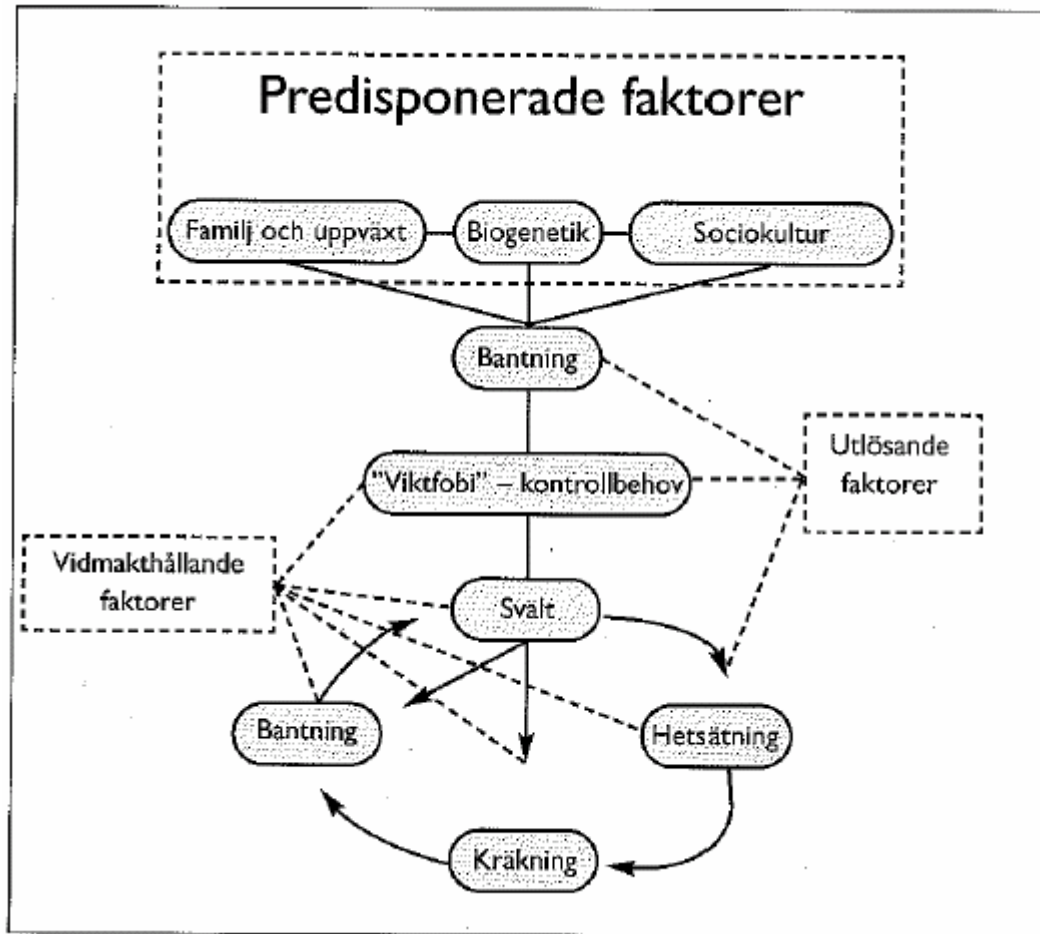
Denna kategori används vid ätstörningar som inte uppfyller kriterierna för någon av de specifika ätstörningarna, till exempel följande:

1. För kvinnor, alla kriterier för anorexia nervosa är uppfyllda förutom att menstruationen är regelbunden.
2. Alla kriterier för anorexia nervosa är uppfyllda förutom att personens vikt ligger inom normalintervall trots en betydande viktnedgång.
3. Alla kriterier för bulimia nervosa är uppfyllda förutom att hetsätandet förekommer mindre än två gånger i veckan eller under en kortare period än tre månader.
4. En normalviktig person som regelmässigt använder olämpligt kompensatoriskt beteende efter att ha ätit endast små mängder mat (till exempel självframkallande kräkning efter att ha ätit två småkakor).
5. En person som vid upprepade tillfällen tuggar och spottar ut, men inte sväljer ned, stora mängder mat.
6. Hetsätningsstörning: Personen har återkommande episoder av hetsätning, men uppvisar inget av de olämpliga kompensatoriska beteenden som annars karaktäriserar bulimia nervosa (föreslagna forskningskriterier finns i den amerikanska DSM-IV Manual s. 703-761).

### ***Teorier för uppkomst och behandling***

Vad som orsakar ätstörning är ofullständigt kända. Flertalet forskare och kliniker är idag överens om att orsakssambanden är komplicerade och mångfasetterade. En rad faktorer har visat sig ha samband med utvecklingen mot en ätstörning, såsom sociokulturella, gruppfaktorer, familjefaktorer, biologiska och genetiska faktorer, individuella faktorer och stress/trauma. Dessa faktorer samverkar med predisponerande, utlösande och vidmakthållande faktorer (fig. 1). Predisponerande faktorer utgörs av faktorer som skapar en sårbarhet för utvecklingen av ätstörning till exempel den tidiga personlighetsutvecklingen, familjemönster, det genetiska arvet och kulturella värderingar. Dessa faktorer kan vid olika tidpunkter samspela med utlösande faktorer som kan vara till exempel bantning, mobbning, separationer. Vidmakthållande faktorer är ofta psykologiska, men även biologiska processer som bidrar till att bibehålla ätstörningen till exempel bantning, kräkning samt psykiska försvarsmekanismer.

Figur 1. Multifaktoriellt synsätt (Svenska Psykiatriska Föreningen och Gothia 2005, s.22)



## Förekomst

När det gäller läran om ätstörningars utbredning finns det problem avseende definition av fall, den låga prevalensen i befolkningen samt en tydlig tendens hos de drabbade att undvika professionell hjälp inom sjukvårdssystemet. Antalet nya fall (incidensen) av AN enligt DSM-IV-kriterierna hos unga kvinnor förefaller ligga inom intervallet 10-40 nya fall/100 000 kvinnor/år. Andelen sjuka vid en viss tidpunkt (prevalensen) av AN hos unga kvinnor förefaller ligga inom intervallet 0,2-0,4 procent. Incidensen av BN är oklar och varierande mellan 5 och 65 nya fall/100 000 kvinnor/år. Prevalensen torde vara omkring 1-2 procent. Studier av ätstörning UNS är mer svårbedömda då kriterierna för en sådan diagnos delvis inte är definierade i diagnossystemen. Mycket talar för att ätstörning UNS är åtminstone tre till fyra gånger så vanligt som AN och BN. Siffrorna är dock osäkra, då gränsdragningen mot det normala är oklar. Hetsätningsstörning, där personen hetsäter men inte kompenserar genom att på olika sätt göra sig av med maten, finns med som en provisorisk diagnos inom gruppen ätstörningar UNS i DSM-systemet. Två procent av befolkningen uppfyller kriterierna för hetsätningsstörning. Bland män är hetsätningsstörning vanligare än andra ätstörningar. Nästan hälften av dem som har en hetsätningsstörning är män (Clinton & Norring 2002, s. 48; Östergötlands vårdprogram 2004, s. 12).

## **Förlopp och prognos**

AN börjar ofta med en önskan om att gå ner i vikt, att leva "sunt". Det kan innebära att godis, fett och annat som anses onyttigt utesluts ur kosten. Detta sker inte sällan i samband med någon stressande livshändelse. Utvecklingen fortsätter med ytterligare restriktioner för vad som är tillåtet att äta, till exempel är det vanligt att personen övergår till vegetarisk kost. Efterhand som tiden går blir personen allt mer fixerad vid maten, vikt, kroppen etcetera. Överdrivet motionerande hör ofta till symptom bilden. Måltiderna blir förknippade med stark ångest och viktfoxi och självkänslan blir starkt kopplad till hur man lyckas kontrollera sina måltider och vikt. Att avstå från mat trots hunger stärker självkänslan och tvärtom. Efterhand utvecklas symptom bilden så att personen blir allt mer självupptagen, tvångsmässig och socialt isolerad. Sömnsvårigheter, ångest, koncentrationssvårigheter och depression är vanliga symptom. Den låga vikten leder också till olika fysiska symptom till exempel trötthet, frusenhet, torr och sprucken hud. Menstruationen försvinner oftast ganska tidigt i sjukdomsförloppet. Förnekande som försvar är vanligt. En försvårande omständighet är om en person med AN kombinerar svält med kräkning.

AN debuterar ofta i de tidiga tonåren men kan debutera ännu tidigare och även senare i livet. Ätstörningar i allmänhet uppvisar mycket varierande förlopp och är därmed svåra att förutsäga. När det gäller AN uppskattas att ungefär 10-20 % får ett livslångt förlopp (Fairburn & Harrison 2003 se Svenska Psykiatriska Föreningen och Gothia 2005, s. 23).

Gynnsamma prognostiska tecken vid AN är låg ålder vid insjuknande och kort sjukdomstid vid behandlingsstart. Ogynnsamma tecken är stor viktförlust, lång sjukdomsduration och samtidig förekomst av bulimiska symptom (Steinhausen 2002 se Svenska Psykiatriska Föreningen och Gothia 2005, s.24). Enligt klinisk erfarenhet utgör störda familjerelationer, hög ålder vid insjuknande, långa slutenvårdsperioder samt personlighetsdrag präglade av ångslan och osäkerhet mindre gynnsamma tecken för prognosen.

BN kännetecknas också av fixering vid mat, vikt och utseende. Rädslan för att gå upp i vikt styr också deras liv och självkänsla. Till skillnad från anorektikern som har full kontroll över matintaget brister emellanåt kontrollen över maten för en person med BN vilket ofta innebär att personen på kort tid vräker i sig stora mängder mat. Ofta handlar det om "förbjuden" mat. Hetsätningen är spänningsreducerande och leder ofta till mycket starka känslor av misslyckande vilket lätt leder vidare till att hamna i en "ond cirkel" av hetsätning och kräkning. Känslor av ångest, skam och äckel är vanliga. Hetsätning kan leda till ekonomiska problem. En bulimiker som kräks mycket kan utveckla tandskador. Frekventa kräkningar och bruk av laxermedel kan ge allvarliga effekter på hjärta och cirkulation. Många patienter som utvecklat BN har haft tidigare erfarenheter av AN.

Ytterligare forskning behövs vad gäller förlopp, utfall och prognos vid ätstörningar. Rent allmänt kan dock sägas att erfarenheten visar att behandling oftast hjälper, att inget fall är hopplöst och att även efter många års sjukdom är det möjligt att bli bättre. Vården behöver utveckla kunskapen kring *hur* olika behandlingsmetoder hjälper, *på vilket sätt* de olika metoderna fungerar och kanske framförallt *vilken metod som passar bäst för respektive patient*.

## **Differentialdiagnostik och komorbiditet**

Vid ätstörningar är det vanligt med både somatisk och psykiatrisk samsjuklighet. Det finns somatiska tillstånd som i sin debut kan ge ätproblem/viktförändringar och därför ofta

förväxlas med anorexi. Därför är det viktigt att undersökning och utredning av ätstörningar börjar med läkarundersökning. De vanligaste differentialdiagnoserna är endokrina sjukdomar (till exempel hypertyreos, diabetes), tarmsjukdomar, tumörsjukdomar och långvariga infektioner. Diabetes mellitus kan både förekomma som differentialdiagnos och som samsjuklighet. Därför är det viktigt att alltid kontrollera blodsocker hos en patient med ätstörningssymptom (Svenska Psykiatriska Föreningen och Gothia 2005, s. 16).

När ätstörningen väl är diagnostiserad skall förekomst av eventuell psykiatrisk samsjuklighet och differentialdiagnos bedömas (Svenska Psykiatriska Föreningen och Gothia 2005, s. 17). I många fall kan de psykiska komplikationerna förklaras av svälttillståndet respektive känslomässiga reaktioner på upplevelsen av förlorad kontroll över ätandet och försvinner när ätandet normaliserats. I andra fall kan det normaliserade ätandet leda till ökad depressivitet och ångest (Östergötlands vårdprogram 2004, s. 13).

De vanligaste samtidiga psykiatriska tillstånden är depression, personlighetsstörning, tvångssyndrom och missbruk (Svenska Psykiatriska Föreningen och Gothia 2005, s. 17). 50-70 % av ätstörningspatienterna uppfyller diagnoskriterierna för depression/dystymi. Depressionen skall behandlas med de riktlinjer som gäller vid depression, samtidigt som man också behandlar ätstörningen. Ca 25 % av patienterna med AN lider samtidigt av tvång. Tvång är också vanligt vid BN. Bland patienter med BN uppfyller ca 30-37 % diagnoskriterierna för missbruk. Personlighetsstörningar finns hos 42-75 % av patienter med ätstörningar. Sexuella övergrepp har rapporterats hos 20-50 % av patienter med ätstörning och anses vanligare vid BN än AN (Östergötlands vårdprogram 2004, s. 14). Har patienten ett svältbeteende eller en hög frekvens av hetsätning och kräkning är det viktigt att behandla detta i första hand. Om patienten har en annan diagnos, finns samarbete med övriga vårdprocesser inom Vuxenpsykiatriska kliniken, som efter behov kan ge konsultation/handledning och behandlingsinsatser.

## **Ätstörningsprocessen**

Med vårdprocess avses det förfarande eller tillvägagångssätt som vårdgivaren tillämpar vid undersökning, vård och behandling av den vårdsökande patienten. I ett brukarperspektiv skall utgångspunkten vara patientens egen delaktighet i vårdprocessen, det vill säga hela den kedja av bemötande, insatser och resultat som han/hon möter i sin interaktion med vården, oavsett om denna stannar vid första instans eller om den följer en hel kedja av olika vårdgivare.

Inom ätstörningsprocessen erbjuds både öppen och sluten vård. Oavsett var vården ges inom processen eftersträvas samarbete mellan personal och vårdenheter för att tillförsäkra den enskilde patienten kontinuitet och god vårdkvalitet.

Gemensam resurs för alla processerna är Vuxenpsykiatriska kliniken Akut- och remissenhet där ätstörningspatienter erhåller en första bedömning av psykiatrisjuksköterska och läkare.

På Allmänpsykiatriska mottagningen på Centrallasarettet finns ett tvärprofessionellt ätstörningsteam bestående av arbetsterapeut, dietist, kurator, läkare, psykiatrisjuksköterska, psykolog, sekreterare, sjukgymnast och skötare. Då teamet träffas för remiss- och behandlingskonferens deltar även personal från Bokalyckans behandlingscenter och personal från avdelning 53, slutenvård, på Sigfridsområdet. All personal som arbetar med ätstörningsproblematik har fortbildning, handledning och utvecklingsdagar gemensamt.

Poliklinisk behandling bedrivs i första hand på Allmänpsykiatriska mottagningen men förekommer också som dagvård på Bokalyckans behandlingscenter samt som uppföljning/eftervård på avdelning 53.

På vårdavdelning 53, Vuxenpsykiatriska kliniken, finns tillgång till vårdplatser för heldygnsvård.

På Bokalyckans behandlingscenter kan patienter med ätstörning arbeta mer intensivt med sin ätproblematik under kortare eller längre tid som dagpatient eller på heldygnsvård.

## **Remissgång**

Hur kontaktas psykiatrin för en patient med ätstörningsproblematik?

### **1. Telefonrådgivning**

Måndagar kl. 13–14 har vårdprocessen telefonrådgivning, tfn växel 0470-58 80 00. Syftet är att kunna ge allmän rådgivning kring ätstörningsproblematik och upplysningar om vårdresurser. Det går bra att ringa anonymt. Inga egenremisser handläggs vid telefonrådgivning.

### **2. Remiss från annan vårdgivare eller myndighet skickas till:**

Vuxenpsykiatriska kliniken Växjö  
Akut- och remissenheten  
Box 1223  
351 12 Växjö  
Tfn 0470-58 62 72, 58 63 24

Tidsbeställning och rådgivning av psykiatrijuksköterska  
Helgfria vardagar kl. 9–11  
Tfn 0470-58 71 00

### **3. Egenremiss**

Patienten söker själv. Kontaktar då Akut- och remissenhetens tidsbeställning/rådgivning. Ett anmälningsformulär och informationsbroschyr skickas hem till patienten.

Ett första besök görs på Akut- och remissenheten där patienten får en läkarbedömning för fastställande av psykiatrisk diagnos och somatiskt status. Därefter skickas vid behov remissen vidare till Ätstörningssektionen på Psykiatriska mottagningen, Centrallasarettet för fortsatt handläggning.

- A. Patienter som kommer från Medicinkliniken och är medicinskt bedömda går direkt till Ätstörningssektionen för fortsatt bedömning och behandling. Det görs enbart registrering av patienten på Akut- och remissenheten.
- B. Patienter överförs från Barn- och Ungdomspsykiatriska kliniken efter kontakt och vårdplanering med Vuxenpsykiatrin. Fortsatt bedömning och handläggning sker direkt i Ätstörningssektionen. Patienten registreras på Akut- och remissenheten.

När patienten fått sin inledande bedömning på Akut- och remissenheten och behov föreligger om fortsatt utredning och behandling för ätstörning skickas remissen till sektionen för ätstörningar på Psykiatriska mottagningen, Centrallasarettet. Där registreras remissen och en läkare som är remissmottagare gör en risk- och prioriteringsbedömning. Vid ätstörningssektionens remiss- och behandlingskonferens tar teamet ställning till vilken befattningshavare som kallar patienten till fördjupad utredning och bedömning.

Om en patient som redan är i psykiatrisk behandling inom någon av de andra vårdprocesserna blir i behov av vård inom ätstörningsprocessen, tar vederbörande behandlare kontakt med ätstörningsteamet och redogör för patientens behov och därefter tas ställning till eventuell insats.

### ***Klinisk utredning och bedömning***

Vid det första besöket hos läkare på Akut- och remissenheten bedöms patientens psykiatriska och somatiska tillstånd. Vid detta besök är det särskilt viktigt att fokusera på patientens anamnes och somatiska tillstånd.

#### **Somatisk undersökning**

- Vikt, längd och BMI (Body Mass Index: vikt i kg/längd i meter i kvadrat)
- Puls och blodtryck
- Amenorré
- Osteoporos
- Håravfall, lanugobehåring
- Buk
- Spottkörtlar
- Tandstatus
- Muskler: Kan exempelvis patienten resa sig från nigsittande?
- Hud: perifer kyla, turgor, förlust av underhudsfett, ödem, rivmärken, ärr på knogar, tecken på självdestruktivitet
- EKG

#### ***Laboratorieprover***

S-Protein, S-albumin, S-Calcium, S-Fosfat, S-Natrium, S-Kalium, S-Kreatinin, S-Bilirubin, S-ALP, S-GT, S-ASAT, S-ALAT, fS-Järn/TIBC, B-Glukos, B-Hb, B-LPK, B-TPK, Blodstatus, S-Kobalamin, S-TSH, S-T4, fritt, S-Magnesium, B-SR, S-Zink, U-Sediment

Det är viktigt att tänka på att avvikande laboratorieprover oftast inte ger utslag förrän sent i sjukdomsförloppet och att den kliniska bilden därför är betydelsefull vid bedömningen.

När Akut- och remissenheten har bedömt att behov föreligger av fortsatt utredning och behandling för ätstörning skickas remiss till sektionen för ätstörningar på Allmänpsykiatriska mottagningen, CLV. Ätstörningssektionen har remiss- och behandlingskonferens en gång/vecka (onsdag kl 10.00-12.00) Då deltar personal från Allmänpsykiatriska mottagningen, avdelning 53 samt Bokalyckans behandlingscenter. Vid remiss- och behandlingskonferensen handläggs och bedöms inkomna remisser.

## **Riskgrupper**

Det finns en ökad frekvens av ätstörningar bland personer som lider av diabetes eller mag-tarmsjukdomar och andra medicinska sjukdomstillstånd där dietföreskrifter ingår. En ökad frekvens av ätstörningar finns också bland personer som utövar idrott där det finns estetiska krav eller där kroppsvikten har betydelse för utövningen av idrottsprestationen.

## **Riskbeteende**

- Person som under lång tid svälter sig eller äter mycket ensidigt och samtidigt utövar aktiv idrott i kompensations syfte (för att vidmakthålla svälten eller som ångesthantering).
- Person som hetsäter och kräker dagligen.
- Person som utöver ätstörningen har ett annat självdestruktivt eller självskadande beteende.
- Person som överdrivet använder diuretika eller laxermedel.
- Person som på grund av sin ätstörning får ekonomiska eller andra sociala problem (snattar, alla pengar går åt till att köpa mat).
- Personer som utöver ätstörningen har ett annat missbruk, till exempel alkohol.

## **Prioritering**

- Person som har lågt BMI (< 14). Normalt BMI för vuxna är 19-25.
- Person som uttalar suicid eller bedöms suicidbenägna (självmondsbenägna).
- Person med annat självskadande eller självdestruktivt beteende.
- Person som har andra medicinska komplikationer av sin ätstörning till exempel lågt kalium om personen kräker mycket, har ödem eller hjärtpåverkan.
- Person som haft snabb viktninskning de senaste månaderna med risk för undernäring (senaste månaden >5 %, senaste 6 månaderna > 10 %).
- Person med annan medicinsk diagnos utöver ätstörningen (till exempel diabetes eller tarmsjukdom).
- Stor påfrestning och belastning i familjen/nätverket på grund av patientens svårigheter.
- Låg insjuknandeålder.

Vid remiss- och behandlingskonferensen utses behandlare som kallar patienten för fortsatt utredning och bedömning. I den kliniska utredningen och bedömningen bör såväl medicinska (Akut- och remissenheten) som psykologiska och sociala aspekter bedömas. Bedömningen genomförs vid de tre-fyra första besöken. Ätstörningssektionen har utarbetat en checklista som hjälp vid bedömning av ätstörning:

- Somatisk och psykiatrisk bedömning.
- Bedömning av prioritering av riskbeteende.
- Bedömning av depression/suicidbedömning.
- Blodprover enligt mall.
- Bedömning av samsjuklighet.
- Frågor kring symptom (ätbeteende, kroppsuppfattning), självbild och relationer.
- Annan viktig information utöver vanlig bedömning (bakgrund, aktuell situation samt tankar om framtid, motivation till förändring).
- Aktuellt BMI
- GAF-skattning.
- Självskattningsformulär EDI-2 (ätstörningssymptom).
- Bedömningsunderlag – som patienten fyller i.

- Fråga om deltagande i RIKSÄT, nationellt kvalitetsregister – lämna broschyr.
- Ge information om vilka olika behandlingsalternativ som finns.
- Behandlaren redovisar sin bedömning och tillsammans med patienten görs en behandlingsplan upp.
- Erbjuder anhöriginformation eller annan familjeintervention.
- Ge information om möjlighet till deltagande i anhörigutbildning.

## **Medicinska komplikationer**

Ätstörningssjukdomar kan ge medicinska komplikationer. Det kan dels vara på grund av svälten, men också hetsätning och kräkning, med risk för allvarlig påverkan på alla kroppens organ, framförallt hjärta och cirkulation. Beakta att det alltid är den kliniska bilden som ska ligga till grund för bedömningen, inte enbart BMI och laboratorieprover. Laboratorieprover ger ofta inte utslag förrän sent i sjukdomsförloppet.

Typiska tecken vid avmagring är insjunkna kinder, smala extremiteter, insjunken mage och bröstorg samt sparsamt med underhudsfett. Hudtemperaturen är nedsatt, huden är torr och fjällig, ofta guldfärgad. Ibland syns en fin behåring (lanugohår) på nacke, armar och ben. Öronspottkörtlarna kan vara förstörda och ibland finns ödemtendens. EKG med lång QT-tid (mer än 430 nm) och låga värden kalium, zink och magnesium utgör stor risk för oregelbunden hjärtrytm med risk för plötslig hjärtdöd. Puls och blodtryck är låga och muskelkraften nedsatt. Personen har ofta mag- tarmsymtom med förstoppning, uppkördhet och magvärk.

Om personen under lång tid varit i svälttillstånd samt haft förlust av menstruation finns en ökad risk för kvarstående benskörhet. Bentäthetsmottagningen i Ljungby är länsövergripande och kan efter remiss utföra densitometri, som kan användas för utredning såväl som ett led i uppföljningsarbetet.

Vid hög frekvens av kräkning finns risk för lågt kalium som medför ökad risk för hjärtpåverkan och cirkulationsrubbingar. Buksmärtor, ökad gasbildning och uppkördhet i tarmarna är ofta förekommande och problemen kan kvarstå lång tid efter patientens tillfrisknande. Om personen kräker mycket ser man emaljskador på tänderna och ibland sår och inflammation i tandköttet.

Vid behov erbjuder Gastromottagningen vid Medicinkliniken somatisk undersökning inom en vecka. Önskvärt är att remiss skickas och att behandlare inom den psykiatriska vården följer med till undersökningen. För patienter med allvarliga komplikationer kan det bli aktuellt med inläggning på Avdelning 5, Medicinkliniken.

## **Fynd vid somatisk utredning av anorexia nervosa**

- Anemi
- B12 brist
- Folsyrebrist
- Granulocytopeni
- Hypoglykemi
- Leukopeni
- Låga magnesium- och zinkvärden
- Elektrolytrubbningar

- EKG-förändringar (förlängd QT/QTc-tid)
- Tyroideapåverkan (sänkta T3- och T4-värden)
- Leverpåverkan (förhöjda värden av ASAT och ALAT)
- Osteoporos
- Låg salivsekretion.

#### **Fynd vid somatisk utredning av bulimia nervosa**

- Förhöjd S-amylas
- Hypokalemi
- Hypokloremi
- Hyperkalcemi
- Metabolisk alkalos
- Låg salivsekretion.

### **Behandling**

Att bygga en förtroendefull behandlingsrelation till patienten utgör en viktig grund till det förändringsarbete som patienten behöver påbörja med sig själv. Att våga börja ändra på invanda mönster kräver mycket mod och uthållighet. Patienten kan ofta ge uttryck för stor ambivalens och behandlaren behöver därför vara utrustad med mycket tålamod och god förmåga att motivera patienten till förändring.

Behandlingsfasen kan gestalta sig på olika sätt beroende på individen och dess behov. En behandlingsplanering görs i samråd med patienten och följs upp kontinuerligt under behandlingens gång. Behandlingen kan vara begränsad både till tid och till innehåll eller löpa under längre tid med olika enskilda eller parallella insatser. De olika behandlingsformer som kommer att beskrivas finns anpassade till aktuella behov och är därmed inte alltid tillgängliga vid ett och samma tillfälle.

### **Olika metoder och vårdnivåer inom ätstörningsprocessen:**

#### **Psykopedagogiska insatser och självhjälsmanualer**

Psykopedagogiska insatser är viktiga behandlingsinslag för många av patienterna. Här ingår information om hur kroppen fungerar, vikten av att äta regelbundet, varierat, tillräckligt mycket och järnrikt samt tugga maten ordentligt (van der Ster 2005, s. 45). Patienten kan också behöva hjälp med att planera sina måltider och utveckla strategier för att hantera sin hetsätning. En ändamålsenlig bok i detta sammanhang är "Mattillåtet. Praktisk vägledning för dig som har en ätstörning", skriven av dietist Gisela van der Ster. Denna bok är också användbar som självhjälsmanual och innehåller dessutom mycket fakta som är skrivet på ett informativt och lättillgängligt sätt. Andra självhjälsmanualer är "Sluta svälta" och "Sluta hetsäta" av Heléne Glant samt "Att övervinna hetsätning" av Christopher Fairburn.

#### **Nutritionsbehandling**

##### *Anorexia nervosa*

Syftet med nutritionsbehandling är att normalisera vikt och matvanor, att på nytt lära sig känna igen hunger/mättnadskänslor och återställa eventuella biologiska och psykologiska komplikationer till följd av ofta långvarigt felaktigt näringsintag. En hälsosam målvikt är den

vikt då ägglossning och menstruation kommer igång. BMI står för Body Mass Index, kroppsmasseindex, och är ett mått på förhållandet mellan vikt och längd,  $BMI = \text{kg/m}^2$ . För vuxna brukar ett BMI på över 25 räknas som övervikt och ett BMI på över 30 som fetma. En vuxen kvinna bör ha ett BMI på mellan 19 och 24. Det är dock viktigt att komma ihåg att BMI är ett grovt mått.

En lämplig viktökning vid AN är ca 0,5 -1 kg per vecka och ett hjälpmedel kan vara att föra viktkurva tillsammans med patienten (se bilaga 1). En allt för snabb viktökning kan leda till belastning på hjärta och cirkulation, vilket kan öka risken för hjärtarytmier, hjärtsvikt, kramper och koma. En alltför snabb viktökning kan också få till följd att patientens ångestnivå stiger för mycket och att det därmed innebär risk att motivationen minskar och samarbetsviljan avtar.

Ett energiintag på 30-40 kcal/kg kroppsvikt och dag är en lämplig början på en nutritionsbehandling. För en del patienter kan det behöva höjas till 70-100 kcal/kg kroppsvikt och dag under viktuppgångsfasen. Målsättningen bör vara att lära patienten äta normala måltider. Energibehovet därutöver bör ges i form av näringsdrycker. Ett sekundärt syfte med näringsdrycker är att fylla på förråden av vitaminer och mineraler. Näringsintaget under vidmakthållandefasen bör ligga på 40-60 kcal/kg och dag. Det finns uppgifter om att viktnormaliserade AN patienter ofta behöver 200-400 kcal mer än kontroller matchade efter kön, ålder, vikt och längd (Östergötlands vårdprogram 2004, s. 25).

Nutritionsbehandling bedrivs både i öppen och slutna vård. På Bokalyckans behandlingscenter kan patienten få ingående hjälp med att normalisera sitt måltidsmönster och födointag. Här arbetar man i huvudsak med patienter som är motiverade till förändring. På avdelning 53 vårdas patienter med särskilt svår ätstörningsproblematik. Avdelningen har utarbetat ett eget vårdprogram för sina inläggande patienter. Vid risk för somatiska komplikationer samarbetar mottagningen, vårdavdelningen och Bokalyckans behandlingscenter med Medicinkliniken.

Dietistens kunskaper vad gäller kost och näringslära är särskilt viktig vid nutritionsbehandling.

### *Bulimia nervosa*

Många patienter med BN är normalviktiga och nutritionsbehandling för dem syftar därför inte till viktuppgång. Däremot behöver BN patienter oftast hjälp med att normalisera sitt måltidsmönster, få ett mer avslappnat förhållningssätt till mat och måltider samt undvika restriktivt ätande och lära sig acceptera sin "setpoint", det vill säga naturliga vikt. Patienterna har ofta tappat ett sunt måltidsmönster och hamnat i en negativ spiral av restriktivt ätande och kompensatoriska beteenden (kräkningar, laxermedelsmissbruk, överdrivet motionerande) varvat med överätning och hetsätning. Psykopedagogiska interventioner blir ofta fruktbara liksom tidsbegränsad psykoterapi. Patienten bör uppmuntras att ta del av självhjälpböcker och att föra matdagbok (se bilaga 2).

### **Pedagogiska hjälpmedel**

Att föra matdagbok är ett bra hjälpmedel både under utredningsfasen men också att använda som en behandlingsmetod i sig.

Till hjälp för information kring vad som anses vara en normal måltid finns utarbetat informationsmaterial. Användbara broschyrer är till exempel "Matmallen" (Livsmedelsverket 1997) och "Bra mat för alla" (Apoteksbolaget 1997).

### **Sjukgymnastisk behandling**

I den sjukgymnastiska behandlingen riktas fokus på kroppsuppfattning, kroppskontroll och förmåga att tolka kroppens signaler. Behandlingen kan genomföras individuellt eller i grupp. Genom rörelseövningar och kroppsupplevelser medvetandegörs sambandet mellan kropp, tanke och känsla och människans egna resurser aktiveras i arbetet att uppnå hälsa. Exempel på metoder är: Basal Kroppskännedom, avspännings- och andningstekniker, NADA-akupunktur (öronakupunktur), beröringsmetoder som taktil stimulering och pedagogiska insatser med tonvikt på att förmedla kunskaper om kroppen och dess reaktioner.

### **Psykoterapeutisk behandling**

Olika psykoterapeutiska teorier och metoder används inom ätstörningsprocessen. De vanligaste metoderna är; psykodynamiskt orienterad terapi, skapande aktiviteter, kognitiv beteendeterapi, kognitiv psykoterapi, familjearbete, nätverksarbete och dialektisk beteendeterapi.

Flera av terapiformerna kan bedrivas enskilt eller i grupp.

Det finns idag en rörelse inom det generella psykoterapeutiska fältet mot en integrering av olika psykoterapeutiska metoder. Detta märks i vår process där flera medarbetare arbetar med "helhetsperspektivet" både vad gäller att kunna arbeta med flera metoder och att samverka med andra i det enskilda ärendet vid behov för att uppnå bästa möjliga resultat.

### **Farmakologisk behandling**

#### *Anorexia nervosa*

Läkemedelsbehandling har inte visat sig kunna påverka kärnsymptomen vid AN i den akuta fasen. Den initiala behandlingen ska fokusera på att häva svälten. Däremot finns indikationer på att så kallade SSRI-preparat, antidepressiv medicinering, kan förhindra återfall hos patienter som uppnått normalvikt (Clinton & Norring 2002, s.123). Vid mycket låg vikt kan effekten av psykofarmaka vara nedsatt varför viss viktökning kan behövas innan man använder farmaka vid behandling av kormobida tillstånd.

#### *Bulimia nervosa*

En del patienter med BN har gott stöd av antidepressiv medicinering, som ett komplement till annan behandling. Det kan ge lindring vid ångest, depression och tvångssymptom och det kan hjälpa till att reducera frekvensen av kräkning och hetsätning. Doseringen vid bulimi är ofta högre än vid behandling av depressiva tillstånd. Rekommenderad dos är till exempel för Fluoxetin 60 mg dagligen (Svenska Psykiatriska Föreningen och Gothia 2005, s. 44).

### **Psykiatrisk öppenvård av långtidssjuka**

Tyvärr går det inte att bota alla patienter med ätstörning. Ett antal patienter behöver stöd och hjälp under mycket lång tid för att bli friskare. Vården för denna grupp syftar främst till lindring av besvären och hjälp med att höja livskvalitén. Här utgör Socialpsykiatriska enheten och deras resurser en viktig del i vårdprocessen.

## **Psykiatrisk slutenvård**

Psykiatrisk slutenvård kan ges både på avdelning 53 och Bokalyckans behandlingscenter. Till avdelning 53 kommer de svårast sjuka patienterna. Syftet med vården på avdelning 53 kan vara:

- att häva svälten och motivera för en viktuppgång hos kraftigt avmagrade personer
- att motivera för att avbryta hetsätning, kräkning och/eller laxermissbruk med medicinska risker eller komplikationer
- att påbörja en utveckling mot ett normalt ätbeteende
- att uppmärksamma och behandla eventuell samsjuklighet, t.ex. allvarlig depression, annat självskadande beteende, suicidrisk och missbruk
- att avlasta familjen/nätverket

För patienter som är svårt sjuka och som helt saknar sjukdomsinsikt samt inte är samarbetsvilliga bör LPT-vård övervägas.

På Bokalyckans behandlingscenter erbjuds både heldygnsvård och dagvård. Ett 12-veckorsprogram och ett 4-veckorsprogram kan erbjudas till patienter med ätstörning. Behandlingen inriktas kraftfullt mot att normalisera ätandet i kombination med en strukturerad individuellt anpassad behandling. Man arbetar utifrån en kognitiv beteendeterapeutisk och jagstärkande metod.

## **Dagvård**

Dagvård erbjuds på Bokalyckans behandlingscenter. Dagvård i form av gruppverksamhet på Psykiatriska mottagningen erbjuds när behov finns till exempel av måltidsstöd.

Nedan följer allmänna riktlinjer vid behandling av ätstörningar enligt de kliniska riktlinjerna (Svenska Psykiatriska Föreningen och Gothia 2005) och i kombination med hur vården praktiskt utformats inom Vårdprocessen Ätstörningar i Växjö.

### **Allmänna riktlinjer vid behandling av anorexia nervosa:**

- Patienter med AN skall alltid bedömas och undersökas av läkare i samband med första besöket.
- Majoriteten av patienter med AN skall behandlas i öppen vård.
- Patienter som nyligen insjuknat i AN skall behandlas med hög prioritet och tidigt insatt behandling.
- Första åtgärden är att häva svälten och minska det destruktiva beteendet såsom t.ex. kräkning, laxering eller motion och påbörja att normalisera ätandet.
- Påbörja ett motivationsarbete till förändring och bygga upp en behandlingsrelation till patienten som vilar på tillit och trygghet.
- Erbjud stöd till anhöriga och nätverk.
- Familjeterapi är särskilt viktigt att erbjuda de yngsta patienterna.
- Komorbiditet (till exempel depression eller tvångssyndrom) ska behandlas.
- Om somatiska komplikationer tillstöter finns ett samarbete etablerat med Gastromottagningen, Medicinkliniken, som i subakuta och akuta ärenden kan kontaktas för konsultation eller eventuell inläggning på Medicinklinik avd 5.

### **Riktlinjer vid behandling av anorexia nervosa i öppen vård:**

- Patienten skall ges konkret stöd för att bryta svälten och normalisera ätbeteendet, till exempel genom matdagböcker, matgrupper och dietiststöd.

- Medicinska komplikationer (hypokalemi) skall korrigeras.
- Näringsdryck skall ges vid otillräckligt näringsintag.
- Riktlinjer för viktuppgång i öppenvård: 0,5 kg/vecka = näringsintag på 2500-3000 kcal/dag.
- Arbeta med hela patientens livssituation. Behandlingen individualiseras, det vill säga utgår från patientens behov och motivation och beslutas i samråd med patienten. Olika terapeutiska insatser kan förekomma efter varandra eller parallellt.
- Arbeta med vidmakthållande behandlingsstrategier och återfallsprevention.

#### **Riktlinjer vid behandling av anorexia nervosa i slutenvård:**

- Patientens somatiska tillstånd skall övervakas kontinuerligt.
- Medicinska komplikationer (hypokalemi, hypofosfatemi) skall korrigeras.
- Normala måltider med måltidsstöd skall upprättas.
- Vid matvägran ges sondnäring (intravenös nutrition ska undvikas).
- Vid risk för refeedingsyndrom skall näringsintaget reduceras de första 2 veckorna.
- Om patienten är över 16 år och har BMI under 13 skall rullstol ordinerats, är BMI under 12 skall sängläge ordinerats.
- Riktlinjer för viktuppgång är 0,5-1kg/vecka = näringsintag ca 3000 kcal/dag.

#### **Allmänna riktlinjer vid behandling av bulimia nervosa:**

- Patienter med BN träffar läkare vid första besöket på Akut- och remissenheten.
- Patienten skall ges konkret stöd för att normalisera ätbeteendet och bryta beteende med hetsätning och kräkningar, till exempel genom användning av matdagbok.
- Patienten skall uppmuntras att använda självhjälpmanualer.
- Medicinska komplikationer (hypokalemi) skall korrigeras.
- Individualterapi rekommenderas. Inledningsvis KBT eller kognitiv terapi, i ett senare skede även dynamisk terapi med fokus på att förbättra självkänsla och relationer.
- Vid behov ska patienten remitteras till tandläkare för kontroll av tandstatus.
- Farmakologisk behandling med till exempel Fluoxetin ges vid behov.
- Komorbiditet, till exempel depression skall behandlas.
- Arbeta med vidmakthållande behandlingsstrategier och återfallsprevention.

#### **Behandling vid ätstörning utan närmare specifikation:**

Ungefär 30-60 % av de patienter som söker hjälp för ätstörning uppfyller varken kriterierna för AN eller BN utan får diagnosen ätstörning utan närmare specifikation, ätstörning UNS. Behandlingen av dessa patienter bör följa ovanstående riktlinjer beroende på vilken undergrupp patienten tillhör.

Hetsätning utan kompensatoriskt beteende leder ofta med tiden till betydande övervikt med risk för utvecklande av diabetes och hypertoni. Behandlingen bör därför inriktas både på själva ätstörningssymptomet och på viktreduktion.

#### **Utvärdering av behandling – kvalitetsutveckling**

Våra kunskaper om den ätstörningsvård som bedrivs i landet och resultaten av behandlingarna är otillräckliga. Kronobergs län har valt att ingå i kvalitetsregisteret RIKSÄT vars ambition är att dokumentera så stor del som möjligt av den ätstörningsvård som finns i landet att utvärdera densamma samt visa på effekter och utvecklingsmöjligheter. Varje ny patient tillfrågas om medgivande till registrering i RIKSÄT.

## **Prevention**

Kunskapen om möjligheter att förebygga ätstörningar är begränsad. Den forskning som finns har inte kunnat visa att primärprevention är effektiv. Folkhälsoinstitutet har i skriften ”Ett liv av vikt – fem år senare” (1999) fastslagit att:

- Det är viktigt att i förebyggande arbete generellt verka för att stärka ungdomars självkänsla, självförtroende och förmåga att fatta egna beslut om livsstil och förhållningssätt.
- Tidig upptäckt och tidig behandling är centrala i ett sekundärpreventivt arbete för möjligheterna att ”stämna i bäcken” och vända en påbörjad negativ utveckling med förhållandevis små insatser.
- Information bör riktas till föräldrar och personalgrupper som möter barn och ungdomar inom barnomsorg, skola, ungdomsmottagningar etcetera.
- Information om ätstörningar bör inte riktas till barn och ungdomar själva. Den information som riktas till dessa grupper bör fokusera på den friska kroppens funktioner och behov. Information om vad kroppen behöver i form av mat och näring bör ges i en positiv kontext med fokus på det friska (Folkhälsoinstitutet 1999, s. 59).

I Folkhälsoinstitutets rapport ”Prevention av ätstörningar. Kunskapsläget idag” redovisas en mängd aktuell forskning kring prevention, sjukdomsbild, förekomst, behandling med mera (Statens Folkhälsoinstitut, R 2004:40).

## **Samarbete/samverkan med andra**

God behandling av ätstörningar samt preventivt arbete ställer krav på omfattande intern och extern samverkan. Därför har ätstörningsprocessen ett väl utbyggt kontaktnät inom den egna organisationen men också med andra instanser och vårdgivare.

I sin rapport *Psykisk ohälsa och psykiatrisk vård i Kronobergs län* poängterar Processgruppen Psykisk ohälsa, POH, vikten av samverkan mellan vuxen- och barnpsykiatri och att se till individens behov snarare än 18- års gränsen. Sedan några år tillbaka finns ett formaliserat samarbete mellan Vuxenpsykiatriska kliniken och Barn- och Ungdomspsykiatriska kliniken kring åldersgruppen 16-25 år. Denna samverkan syftar främst till gemensam vårdutveckling för åldersgruppen 16-25 år, bevakning av relevanta forskningsresultat, anhörigutbildning/stöd, handledning och samverkan mot skolhälsovården.

Samverkan mellan Vårdprocessen Ätstörningar och Medicinkliniken har påbörjats, såväl när det gäller utarbetande av somatiska riktlinjer för personer med ätstörningar som i konkreta patientärenden.

En nära samverkanspartner är länets skolhälsovård. Ett hjälpmedel vid tidig diagnos av ätstörningar är Östergötlands läns landstings särskilda vårdprogram riktat mot skolhälsovården.

Stödföreningen Fjärilen är en patient- och anhörigförening som ätstörningsprocessen samverkar med vid anhörigcirklar, vissa föreläsningar med mera.

Vid behov kan remisser skickas till Bentäthetsmottagningen i Ljungby för utredning kring om en patient med ätstörning kan ha utvecklat benskörhet.

## Kontaktpersoner, kontakttelefoner

Processansvarig för Vårdprocessen Ätstörningar är Birgitta Gunnarsson, tfn 0470-58 80 00.

- Telefonrådgivning för råd och stöd, måndagar kl. 13-14, tfn 0470-58 80 00
- För tidsbeställning och egenremiss, sjuksköterska på Akut- och Remissenheten, tfn 0470-58 71 00
- Psykiatrins akutmottagning/jourtelefon, tfn 0470-58 61 00
- Ätstörningsverksamheten på allmänpsykiatriska mottagningen, sekreterare tfn 0470-58 71 40
- Barn- och Ungdomspsykiatriska kliniken, sekreterare tfn 0470-58 61 11, 58 61 20
- Telefonnummer till Medicinkliniken:
  - a) Medicinsk akutmottagning, receptionen tfn 0470-58 73 91
  - b) Gastromottagningen, tfn 0470-58 78 83
  - c) Medicinkliniken avd 5, sektionsledare, tfn 0470-58 80 05
- Telefonnummer till Barnkliniken:
  - a) Akutmottagningen, tfn 0470-58 83 00
  - b) Avdelningen, Barnkliniken, tfn 0470-58 84 35
- Bentäthetsmottagningen i Ljungby:  
Adress: Bentäthetsmottagningen  
Ljungby Lasarett  
341 82 Ljungby  
Tfn 0372-58 50 44

## Information till patienter och anhöriga

### Stödföreningen Fjärilen

Telefontid måndagar kl. 19-21, tfn 070-262 65 00.

Hemsida: [www.stodforeningenfjarilen.se](http://www.stodforeningenfjarilen.se)

E-post: [kontakt@stodforeningenfjarilen.se](mailto:kontakt@stodforeningenfjarilen.se)

### Anorexi/Bulimi-Kontakt

Grev Turegatan 54

114 38 Stockholm

Besöksadress: Skeppsbron 28

Tfn: 08-20 72 14

Hemsida: [www.abkontakt.se](http://www.abkontakt.se)

### Länkar:

Medivia AB – anorexi/bulimiinformation: [www.medivia.se/AN/index.html](http://www.medivia.se/AN/index.html)

Kunskapscentrum för ätstörningar (KÄTS): [www.kunskapscentrum.com](http://www.kunskapscentrum.com) alternativt [www.atstorning.se](http://www.atstorning.se)

KPV Centrum: [www.kpvcentrum.se](http://www.kpvcentrum.se)

Tillämpad näringslära, Centrum för folkhälsa, [www.halsomalet.se](http://www.halsomalet.se)

Sjukvårdsrådgivningen: [www.sjukvardsradgivningen.se](http://www.sjukvardsradgivningen.se)

Statens Folkhälsoinstitut: [www.fhi.se](http://www.fhi.se)

### **Litteraturtips till patienter och anhöriga:**

Clinton, D & Norring, C (red). Ätstörningar: Bakgrund och aktuella behandlingsmetoder. Natur & Kultur, 2002.

Davidsson, B. & Lillman Ringborg, C. Matkampen – om ätstörning i familjen. Gothia, 2001.

En närståendes handbok – En praktisk handbok för närstående till personer med ätstörningar, Anorexi/Bulimi Kontakt.

Glant, H. Sluta hetsäta. Natur & Kultur, 1993.

Glant, H. Sluta svälta. Natur & Kultur, 1998.

Information och råd till anhöriga vid Anorexia Nervosa, Ninni Hjalmer, Anorexi – Bulimienheten BUP, Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus, 416 85 Göteborg.

Ster, G. van der. Mattillåtet. Praktisk vägledning för dig som har en ätstörning. Forum, 2005.

Ster Wallin, G. van der & Lindskog, A-C. E. ÄT ALLT! Hellre nästan rätt än exakt fel. Alfabet, 2000.

### **Vårdprogrammets process**

Författare till föreliggande vårdprogram är auktoriserad socionom/kurator Christine Danielsson och leg. arbetsterapeut Anette Karlsson. Synpunkter under arbetets gång har inhämtats främst från processansvarig Birgitta Gunnarsson och från verksamhetsrepresentanter inom klinikens ätstörningsprocess. Vårdprogrammets slutliga utformning har godkänts av berörda chefer.

## Litteraturförteckning

Apoteksförlaget. Bra mat för alla, 4: e upplagan. Stockholm, Gothia, 1997.

Clinton, D. & Norring, C. (red.) Ätstörningar. Bakgrund och aktuella behandlingsmetoder. Stockholm, Natur och Kultur, 2002.

DSM-IV, Diagnostic and statistical manual of mental disorders fourth edition. Washington DC: American Psychiatric Association, 1994.

Fairburn, C. G. Att övervinna hetsätning: ett nytt vetenskapsbaserat behandlingsprogram. Stockholm, Cura, 2003.

Folkhälsoinstitutet. Ett liv av vikt – fem år senare. Jönköping, Tryckeri AB Småland Quebecor, 1999.

Glant, H. Sluta hetsäta. Stockholm, Natur & Kultur, 1993.

Glant, H. Sluta svälta. Stockholm, Natur & Kultur, 1998.

Landstinget Kronoberg. *Psykisk ohälsa och psykiatrisk vård i Kronobergs län*. Processgruppen Psykisk ohälsa, POH.

Landstinget i Östergötland. Tidig diagnos av ätstörningar. Hjälprea för skolhälsovård. Barn- och ungdomspsykiatri Östergötland, 2004.

Landstinget Östergötland. Vårdprogram för barn, ungdomar och vuxna med ätstörningar. Barn- och ungdomspsykiatri Östergötland, 2004.

Livsmedelsverket. Matmallen. Uppsala, 1997.

Socialstyrelsen. Klassifikation av sjukdomar och hälsoproblem 1997. Systematisk förteckning. Svensk version av International statistical classification of diseases and related health problems, tenth revision (ICD-10). Stockholm, 1996.

Statens Folkhälsoinstitut, Inga Swanberg, Prevention av ätstörningar. Kunskapsläget idag. Statens Folkhälsoinstitut R 2004:40.

Ster, G. van der. Mattillåtet. Praktisk vägledning för dig som har en ätstörning. Stockholm, Forum, 2005.

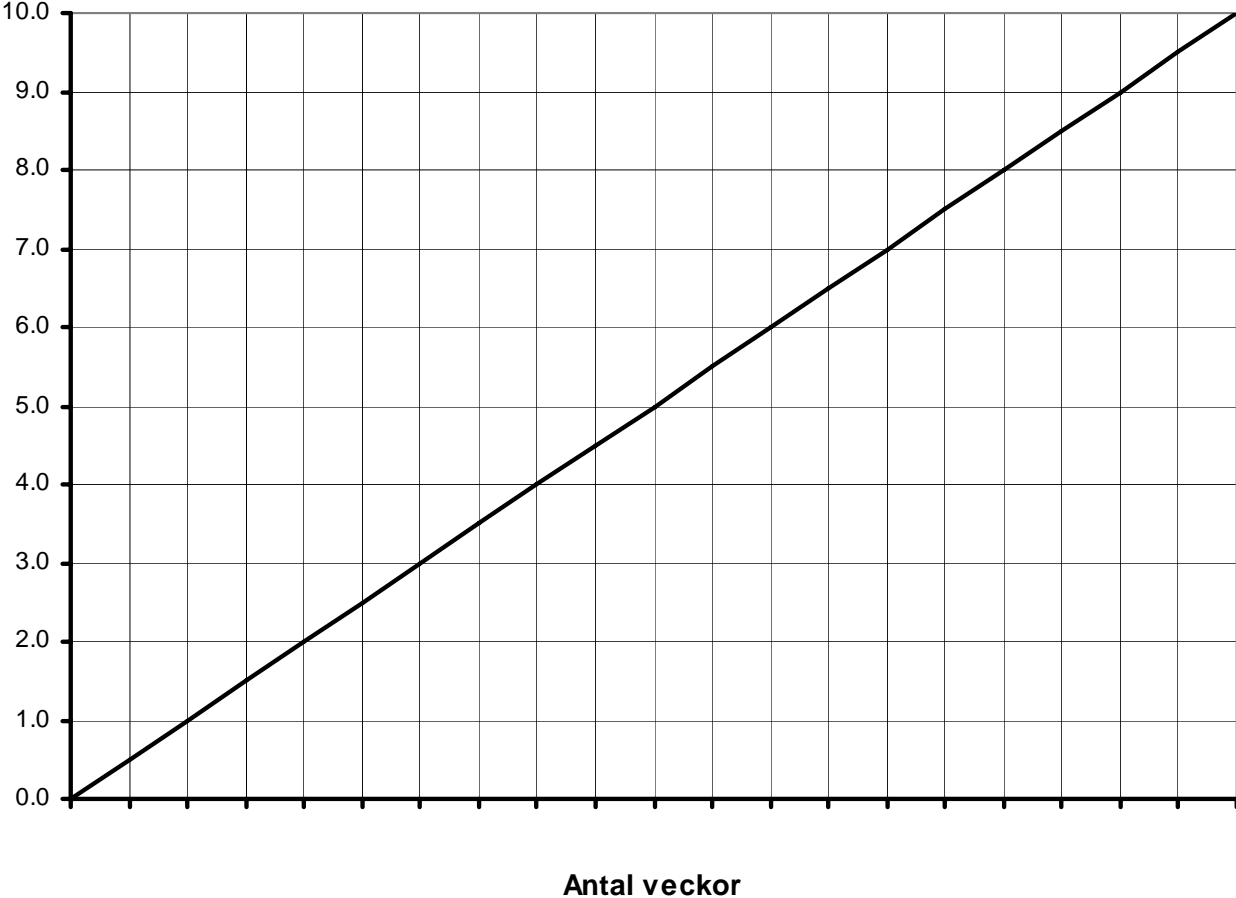
Svenska Psykiatriska Föreningen. SVENSK PSYKIATRI, Nr 8, ÄTSTÖRNINGAR – kliniska riktlinjer för utredning och behandling. Stockholm, Svenska Psykiatriska Föreningen och Gothia, 2005.

**Bilaga 1**

**Viktkurva**

**Diagram för viktökning**

Namn: ..... Född: .....



## Bilaga 2

### Matdagbok

Datum

Klockslag	Måltid	Tankar och känslor
	Frukost	
	Mellanmål	
	Lunch	
	Mellanmål	
	Middag	
	Kvällsmål	