# SVF Bulimia nervosa samt Bulimia nervosa med låg frekvens och/eller begränsad varaktighet - utkast

## Vårdnivå/samverkan/remiss

### Vårdnivå

#### Vårdnivå Bedömning /Utredning

**Steg I (bedömning)**

Ska genomföras som första åtgärd för alla patienter med misstänkt Bulemi. Detta genomförs inom BUPs öppenvårdsteam.

**Steg II (fördjupad bedömning)**

Om behandlingseffekten uteblir efter 3 månaders evidensbaserad behandling ska behandlingsinsatser utvärderas och en fördjupad bedömning ska initieras i syfte att utreda om det kan finnas oupptäckt samsjuklighet eller andra vidmakthållande faktorer som hindrar patient och familj från att tillgodogöra sig behandlingen. För att undvika onödigt långa sjukdomsförlopp ska utebliven behandlingseffekt uppmärksammas i god tid.

Denna fördjupade bedömning genomförs inom BUP öppenvård.

**Steg III (utredning)**

Om behandling och bedömning genomförts enligt steg I och II utan tillräcklig effekt bör ställningstagande göras kring om det finns behov av ytterligare utredning. Detta för att förstå om oupptäckt och obehandlad psykiatrisk och/eller somatisk samsjuklighet vidmakthåller patientens ätstörningsproblematik.

Ställningstagande till behov av utredning genomförs av det team/enhet som har patienten i behandling. Utredningen genomförs av team/personal med god kompetens av utredning av respektive tillstånd. Om remiss sändes till annat team/enhet för utredning ska remissen innehålla en sammanfattning av tidigare bedömningar/utredningar och behandlingar.

#### Vårdnivå Behandling

**Steg I (initial behandling)**

Ska genomföras som första åtgärd för alla patienter med Bulemi. Genomförs inom BUPs öppenvårdsteam.

**Steg II intensifierad öppenvård**

Steg II behandling genomförs vanligtvis efter att Steg I behandling inte gett avsedd effekt och steg II utredning är genomförd.

Steg II behandling kan även initieras som första behandling för svårt sjuka patienter där Steg I inte bedöms som patientsäkert första steg.

Behandling Steg II genomförs inom BUP öppenvård.

**Steg III (slutenvård)**

Slutenvårdsbehov för patienter med Bulinia Nervosa är ovanligt.

För patienter med svår ätstörning och försämring där man provat behandling enligt steg I och II i dessa riktlinjer utan tillräcklig effekt och tilltagande försämring med medicinska risker kan heldygnsvård aktualiseras. Heldygnsvård kan ske enligt HSL och LPT.

Steg III behandling kan även initieras som första behandling för svårt sjuka patienter i försämring och medicinsk påverkan där behandling Steg I och II utifrån tillståndets svårighetsgrad inte bedöms patientsäkra.

**Steg IV (nationell slutenvård)**

Remiss för vård på Nationell högspecialiserad vård (NHV) eller annan upphandlad vård skrivs av BUP när inklutionskriterier för vård på NHV är uppfyllda och klinikens samlade resurser och kompetens bedöms som otillräcklig.

#### Parallella vårdåtagande

Patienter med flera olika parallella sjukdomstillstånd (samsjuklighet) bör i de allra flesta fall få vård för dessa samtidigt. Oftast kräver det parallell vård inom samma eller mellan olika enheter men kan i vissa fall bedrivas som anpassad vård på den enhet patienten vårdas. Riktlinjer för när och hur detta sker är olika beroende på tillståndens art och grad samt var i vårdprocessen patienten befinner sig.

Riktlinjer finns beskrivet under varje tillstånd och under ”samverkan”.

## Samverkan

#### Vårdgrannar/myndigheter till BUP

Vid behov av råd och stöd kan läkare i icke akuta lägen ta kontakt med BUP specialist on demand för rådgivning.

Övriga vårdgrannar/myndigheter kontakter En väg in psykisk hälsa för rådgivning.

Vid behov av råd och stöd kan alla samverkanspartners i akuta lägen ta kontakt med BUP jourlinje via ”En väg in psykisk hälsa barn och unga”.

**BUH till BUP**
Vid behov av råd och stöd kan läkare i icke akuta lägen ta kontakt med BUP specialist on demand för rådgivning.

Vid behov av råd och stöd kan BUHs vårdpersonal i akuta lägen ta kontakt med BUP jourlinje via ”En väg in psykisk hälsa barn och unga”.

**BUP till BUM**
Vid medicinska komplikationer eller somatiska risktillstånd vid ätstörning kan

- BUP kontakta Barnklinikens specialist om demand för rådgivning i icke akuta situationer.
- BUP i akuta lägen ta kontakt med Barnklinikens jourlinje för konsultation eller bedömning på barnmedicinsk akutenhet.
- Rutin LPT vård på somatisk klinik (länk, rutin nummer)

**BUP öppenvård till BUP planerad slutenvård**
Se Rutin JURIS/samverkan länk nr

**Utskrivning från Slutenvård till BUP öppenvård**
Se Rutin JURIS/samverkan länk nr

**BUP till VUP vid 18 årsdagen**
Se rutin överföring till VUP vid 18 årsdagen (länk, rutin nr)

## Remiss

**Egenremisser**
Akuta och icke akuta egenremisser tas emot av ”En väg in psykisk hälsa barn och unga”.

**Remiss från vårdgrannar, skola och myndigheter**
Sänds till primär- och specialistvård till En väg in barn och unga psykisk hälsa. Remissen följer sedvanlig remissmall men ska utöver detta alltid, om möjligt, innehålla tillväxtkurva.

Remissen triageras, beroende på tillståndets allvarlighetsgrad av till geografisk mottagning för barn- och ungdomshälsan eller BUP för första bedömning och insats (för gränssnitt vg se FAKTA).

**Remiss från BUP till BUM**

- BUP kan utfärda planerad remiss till barnmottagning för somatisk värdering och vård för övervikt/obesitas.
- Vid medicinska komplikationer eller somatiska risktillstånd vid ätstörning kan BUP ta kontakt med Barnklinikens jourlinje/utfärda akutremiss för konsultation eller bedömning på barnmedicinsk akutenhet.
- Rutin LPT vård på somatisk klinik (länk, rutin nummer)

**Remiss för vård på Nationell högspecialiserad vård (NHV)**
NHV eller annan upphandlad vård skrivs av BUP. Remissen skrivs av ansvarig läkare BUP öppenvård. Remissen sändas till Västra götalandsregionen/Sahlgrenska universitetssjukhuset. Remissmall och inklusionskriterier finns på NHVs hemsida.

## Om hälsotillståndet

Debutåldern är oftast i tonåren men patienterna har ofta haft symtom i många år innan man söker hjälp. Det är fler flickor än pojkar som drabbas. En del drabbas av bulimia nervosa utan att ha haft någon annan typ av ätstörning innan, men det är också vanligt att individer som initialt haft symtom förenliga med anorexia nervosa över tid förändrar sin ätproblematik och då utvecklar bulimia nervosa.

Bulimia nervosa karaktäriseras av frekventa hetsätningsepisoder och efterföljande kompensationsbeteenden i syfte att hindra viktuppgång. Hetsätning och kräkning kan under hetsätningsepisoderna avlösa varandra under flera timmar, tills den drabbade blir helt utmattad.

Hetsätning: Innebär att den drabbade tappar kontrollen över matintaget, och under en begränsad tid äter större mängder mat än vad som kan anses normalt i den aktuella kontexten. Det är vanligt att den mat som intas under en hetsätningsepisod är sådan art som den drabbade annars försöker undvika att äta, det vill säga maträtter eller livsmedel som personen betraktar som förbjuden. Det förekommer också att hetsätningar inkluderar mat som annars inte ses som ätlig, som till exempel otinad mat direkt från frysen eller okokt pasta.

Kompensatoriska beteenden: Kräkning är en av de vanligaste formerna av kompensationsbeteende men även kompensation i form av till exempel fasta, träning eller bruk av laxermedel förekommer.

Kroppsmissnöje: Det förekommer kroppsmissnöje och en upptagenhet vid kroppsform och/eller kroppsbild, på samma sätt som vid anorexia nervosa.

Vikt: De flesta patienter med bulimia nervosa har en vikt inom eller över normalspannet. Om kroppsvikten är låg, behöver differentialdiagnostisk bedömning gentemot Anorexia Nervosa genomföras.

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

Psykiatrisk samsjuklighet

- Majoriteten utvecklar egentlig depression under sjukdomsperioden.

- Negativ emotionalitet, med nedstämdhet, negativ självbild och låg självkänsla, är personlighetsdrag, som är överrepresenterade i barndomen och utgör riskfaktorer för att utveckla bulimia nervosa.
- Många med bulimia nervosa har också ångestsyndrom och hos flertalet har detta funnits redan innan ätstörningen. De vanligaste ångestsyndromen är generaliserat ångestsyndrom (GAD) och social fobi.
- Förekomsten av posttraumatiskt stressyndrom hög hos personer som lider av bulimia nervosa.
- Emotionellt instabilt personlighetssyndrom är det personlighetssyndrom som oftast förknippas med bulimia nervosa, men även osjälvständigt och ängsligt personlighetssyndrom förekommer.
- Bland alla ätstörningsdiagnoser är förekomsten av självskadebeteende högst hos individer med bulimia nervosa.
- Vid bulimia nervosa är hög konsumtion av alkohol vanligare än bland ungdomar utan denna ätstörning. I vuxen ålder kommer var fjärde person med bulimia nervosa att uppfylla diagnosen alkoholbrukssyndrom. Det finns även en ökad risk att ungdomen med bulimia nervosa har ett skadligt bruk av droger, och de vanligaste substanser som missbrukas är amfetamin, cannabis och bensodiazepiner.
- Var femte person med bulimia nervosa i vuxen ålder har uppfyllt diagnosen ADHD i barndomen. Vid ADHD löper man en sex gånger ökad risk att utveckla bulimia nervosa. ADHD ökar risken för att personen inte ska känna av/uppmärksamma hungerkänslor. Detta kan i sin tur leda till att man inte äter regelbundet, hoppar över måltider och hetsäter i slutet av dagen, då hungerkänslorna blir alltför framträdande. Impulsivitet, som också är ett ADHD-symtom, kan öka risken för hetsätning, kontrollförlust och självframkallade kräkningar.

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

## Bedömning/utredning

Nedan beskrivs utredningsrekommendationer specifika för bulimia nervosa. De diagnosspecifika rekommendationerna kompletterar de generella rekommendationer som beskrivits i SVF Generella principer utredning och behandling ätstörningar.

### Steg I utredning

Vid bulimia nervosa ska den generella anamnestagningen kompletteras med diagnosspecifika undersökningar.

#### Anamnes

Samla in information kring både aktuella och historiska beteenden. Då det är vanligt att patienter med ätstörning över tid skiftar symtombild kan det för vissa

patienter vara så att den bulimiska problematiken utvecklats efter en tids anorektisk problembild.

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

Värdera karaktär och intensitet av hetsätningsepisoder. Hetsätning är ofta kopplad till starka känslor av skam och misslyckande vilket kan hindra patienten från att våga berätta om sina svårigheter fullt ut. Hetsätningsepisoderna ska förekomma i genomsnitt minst en gång i veckan under 3 månaders tid för diagnosen bulimia nervosa. Om hetsätningsepisoder förekommer mer sällan, eller om problematiken funnits under kortare tid än 3 månader kan diagnos bulimia nervosa med låg frekvens och/eller begränsad varaktighet vara mer passande.

För bulimidiagnos ska objektiva hetsätningsepioder förekomma. Det är viktigt att i detalj skapa en bild av vilken typ av mat som intas under hetsätningsepisoderna och hur stora mängder mat som intas.

Objektiva hetsätningsepisoder

- Kontrollförlust föreligger
- Mängden mat som intas är betydligt större än vad som kan anses normalt i den aktuella situationen
- Hetsätningarna pågår intensivt under en begränsad tidsperiod, som till exempel två timmar
- Sker inte i kontext där det är brukligt för de flesta att äta mer än vanligt (ex julbord)

Subjektiva hetsätningsepisoder

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

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

Värdera kompensatoriska beteenden: Vid bulimia nervosa ska det förekomma någon form av regelbundet kompensationsbeteende. Kräkningar är en vanlig kompensationsmetod, men det kan även handla om användning av laxermedel i kompensatoriskt syfte, träning eller fasta. Det är viktigt att noga kartlägga om kräkningar förekommer och i hur stor utsträckning. Frekventa kräkningar kan

snabbt orsaka somatiska risksituationer, och ger också mer långvariga problem som till exempel tandskador.

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

Värdera särskilt samsjuklighet inom dessa områden

- Egentlig depression.
- Ångestsyndrom framför allt generaliserat ångestsyndrom (GAD) och social fobi.
- Posttraumatiskt stressyndrom
- Emotionellt instabilt personlighetssyndrom/emotionell instabilitet men även osjälvständigt och ängslig personlighet.
- Självskadebeteende.
- Skadligt bruk av alkohol och droger.
- ADHD och svårigheter med impulskontroll

#### Medicinsk bedömning

- Värdering av vikt
- Värdera specifikt symptom/tecken på skador uppkomna av rensningsbeteenden
- Tandskador
- Skador på matstrupe
- Elektrolytrubbningar

### Steg II (fördjupad bedömning)

Se Steg III bedömning/utredning SVF Ätstörning, generella principer för utredning och behandling.

### Steg III (utredning)

Se Steg III bedömning/utredning SVF Ätstörning, generella principer för utredning och behandling.

## Behandling

Nedan beskrivs behandlingsrekommendationer specifika för Bulemia Nervosa. De diagnosspecifika rekommendationerna kompletterar de generella rekommendationer som beskrivits i SVF generella principer behandling ätstörning.

## Steg I

**Psykologisk behandling**
Alla barn och ungdomar med hetsätningsstörning ska erbjudas strukturerad evidensbaserad psykologisk behandling eller psykoterapi.

- För tonåringar med hetsätningsstörning rekommenderas i första hand KBT-E med föräldrainvolvering, Föräldrainvolveringen kan ske på olika sätt, en bedömning av patientens aktuella situation bör ligga till grund för hur patientens vårdnadshavare involveras i behandlingen.
- För många patienter kan det även vara meningsfullt att på något sätt inkludera känsloregleringsinterventioner i behandlingen.

**Psykopedagogisk behandling**
Utöver allmän psykopedagogik om ätstörning ska patienter och vårdnadshavare erhålla psykopedagogik särskilt anpassad för bulimia nervosa.

Psykologiska interventioner för en ökad förståelse kring vilka faktorer som vidmakthåller, och vilken funktion patientens hetsätningsbeteendet har.

- Etablering av normaliserat ätande ska ligga till grund för behandlingen. Vg se rekommendationer nutritionsbehandling och bilaga ”bra mat för en dag”. Det är nödvändigt att säkerställa att det inte är ett bristfälligt eller oregelbundet ätande som driver hetsätningsproblematiken.
- Kroppslig hunger på grund av bristfälligt eller oregelbundet näringsintag vid de vanliga måltiderna, eller bantningsförsök. Många patienter med hetsätningsproblematik fastnar i tankar om att de ätit så mycket mat under hetsätningsepisoderna att de under övriga måltider begränsar sitt matintag, gällande exempelvis antal måltider, portionsstorlek, eller energiintag. Detta leder till en ond cirkel där kroppens behov av tillräcklig och regelbunden näring ej uppfylls, oavsett hur stor energimängd som intas under hetsätningsepisoderna. För patienter som hetsäter eller överäter är det således avgörande att ett regelbundet och tillräckligt näringsintag etableras.
- Känsloregleringssvårigheter eller maladaptiva försök att reglera känslor med hjälp av ätande. Detta innebär att många patienter med hetsätningsproblematik är i behov av psykopedagogiska insatser om känslor och hjälp att utveckla långsiktigt hållbara känsloregleringsstrategier. I den tidiga behandlingsfasen är det ofta hjälpsamt att lära ut olika former av stoppstrategier, dvs strategier som hjälper patienten att stoppa sig själv från att agera på ett automatiserat sätt vid starka impulser. Krisstrategier kan vara ett av flera hjälpmedel i detta arbete.
- Vanemässiga beteenden. En del patienter med hetsätningsbeteende, framför allt de som haft sådana svårigheter under lång tid, engagerar sig i hetsätning på ett vanemässigt sätt i specifika situationer eller kontexter. Detta kan till exempel handla om att de vanemässigt börjar äta om de går

till köket nattetid, eller att de vanemässigt planerar in hetsätningsepisoder så fort de blir ensamma hemma. En noggrann kartläggning och hjälp med problemlösning kan möjliggöra gynnsamma förändringar, så länge övriga faktorer såsom ett regelbundet och tillräckligt näringsintag samt sunda regleringsstrategier har införts.
- Patienter med Bulimia Nervosa har generellt särskild nytta av att få psykopedagogiska insatser kring impulsivitet, inklusive tips på strategier för att avstå impulsiva beteenden.

**Medicinsk behandling**
Kontroll av kroppsvikt vid bulimia nervosa.

En medicinsk bedömning ska ligga till grund för beslut om patienter med bulimia nervosa ska vägas regelbundet i vården eller ej.

- Patienter som har gått ned i vikt bör vägas regelbundet för att säkerställa att den negativa vikttrenden stoppas och att vikten åter normaliseras.
- Beräkning av målvikt/friskvikt vg se SVF generella principer utredning/behandling ätstörning steg 1 behandling
- Patienter i normalvikt eller över normalvikt är det i regel gynnsamt att arbeta med vägning i behandling, särskilt ur ett psykologiskt perspektiv. Vägning sker i dessa fall som en behandlingsintervention, där syftet med interventionen är att patienten ska klara av att veta sin aktuella vikt utan att detta resulterar i ökade negativa tankar, känslor eller destruktiva beteenden.
- Patienter med bulimia nervosa ska stöttas i att avhålla sig från vägning i hemmet.

## 2. Nutritionsbehandling

Nutritionsbehandlingen och behandlingsinsatser riktade mot att etablera ett normaliserat ätbeteende, är minst lika viktigt som för patienter med en primärt restriktiv problematik. Matscheman är ofta en hjälpsam insats för dessa patienter vg se bilaga. God följsamhet till nutritionsbehandlingen över tid kan ofta minimera hetsätningsfrekvensen och ger patienten goda förutsättningar för att kunna sluta med beteendet.

## 3. Värdering/behandling av medicinska komplikationer och följdtillstånd

- Värdera behov av kontroll av medicinskt status och blodprover.
- Remiss till tandvård
- Remiss till vårdcentral/barnmottagning vid ex reflux symptom

## 4. Information om medicinska komplikationer och följdtillstånd

Kompensationsbeteenden påverkar även i regel patientens kropp negativt och kan leda till somatiska komplikationer. Patienten och familjen ska erhålla tydlig psykopedagogik kring hur olika former av kompensationsbeteenden påverkar

kroppen, kortsiktigt och långsiktigt. Om kräkningar förekommer är det viktigt att särskilt betona faran med detta beteende.

Tandskador

Skador på matstrupe, magmun

Elektrolytrubbningar vi frekventa kräkningar.

### Steg II

#### Psykologisk behandling

Intensifierade behandlingsinsatser kan övervägas

Alternativa psykologiska behandlingsinterventioner ska övervägas för patienter där behandling enligt steg I ej lett till önskvärda resultat.

För patienter med hetsätningsstörning som erhållit KBT-E utan önskvärt resultat bör andra psykologiska behandlingsmetoder övervägas. Baserat på evidensläget för vuxna med hetsätningsstörning kan exempelvis interpersonell terapi (IPT >15år) eller (FBT 13-16 år)erbjudas.

### Steg III (slutenvård)

För patienter med svår ätstörning och försämring där man provat behandling enligt steg I och II i dessa riktlinjer utan tillräcklig effekt och tilltagande försämring med medicinska risker kan heldygnsvård aktualiseras. Heldygnsvård kan ske enligt HSL och LPT.

Steg III behandling kan även initieras som första behandling för svårt sjuka patienter i försämring och medicinsk påverkan där behandling Steg I och II utifrån tillståndets svårighetsgrad inte bedöms patientsäkra.

## Uppföljning

Se SVF generella principer utredning behandling ätstörning

## Komplikationer

Se SVF generella principer utredning behandling ätstörning

## Försäkringsmedicin/intyg

Se SVF generella principer utredning behandling ätstörning

## Patientmedverkan och kommunikation

Se SVF generella principer utredning behandling ätstörning