

Anorexia nervosa och atypisk anorexia nervosa

Vårdnivå/samverkan/remiss

Vårdnivå

Bedömning/Utreddning

Steg I (bedömning)

Ska genomföras som första åtgärd för alla patienter med Anorexia Nervosa och Atypisk Anorexia Nervosa. Detta genomförs oftast inom BUPs öppenvårdsteam.

För patienter med snabbt och akut debutförlopp då direkttriagering sker till BUP Anorexienhet eller slutenvård genomförs steg 1 utredning inom dessa enheter.

Steg II (fördjupad bedömning)

I de fall där evidensbaserad behandling inte ger tillräcklig effekt, ska senast efter 3 månader en fördjupad utvärdering och bedömning initieras, för 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 så god tid som möjligt.

Denna fördjupade bedömning genomförs av den enhet som genomfört tidigare bedömning och behandling.

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.

Behandling

Steg I (initial behandling)

Ska genomföras som första åtgärd för alla patienter Anorexi och Atypisk Anorexi. Detta genomförs oftast inom BUPs öppenvårdssteam.

För patienter med snabbt och akut debutförlopp där direktriagering sker till BUP Anorexienhet eller slutenvård genomförs steg I behandling inom dessa enheter.

Steg II (intensifierad öppenvård med eller utan ätträning/dagvård)

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 för genomförs på BUP Anorexienhet (intensifierad öppenvård med eller utan ätträning/dagvård). Steg II bör oftast slutföras inom Anorexienheten.

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.

Steg IV (Nationell högspecialiserad vård (NHV) eller annan upphandlad vård)

Vård på NHV eller annan upphandlad vård kan ske när inklusionskriterier 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.

För rådgivning om patienter i behandling på Anorexienheten ringer vårdgivare/myndighetspersoner Anorexienheten direkt.

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

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 on demand för rådgivning i icke akuta situationer.
- BUP utfärda planerad remiss till barnmottagning/barnklinik för somatisk vårdering.
- BUP i akuta lägen ta kontakt med Barnklinikens jourlinje/utfärda akutremiss för konsultation eller bedömning på barnmedicinsk akutenhet.
- Rutin Sondmatning JURIS nr 115.
- Rutin LPT-patienter i behov av sluten medicinsk vård JURIS nr 255

BUP till VUP vid 18 årsdagen

Rutin Överföring vid 18 årsdagen JURIS nr 175.

Intern samverkan

BUP öppenvård BUP anorexienhet

- För råd och stöd i ärende som vårdas i BUP öppenvård kontaktar BUP öppenvården anorexienheten genom bokning i Anorexienhetens vårdtjänsttidbok med frågor och begäran om att bli uppringd.
- För råd och stöd i beslut om remittering (övertag eller parallella vårdåtagande) till Anorexienheten eller beslut om remittering till NHV. BUP öppenvården kontaktar genom bokning i Anorexienhetens vårdtjänsttidbok med frågor och förfrågan om möte digitalt eller på plats.
- Samverkan i pågående parallella vårdåtaganden. Regelbundna samverkansmöten med familj för uppdatering av vårdplan, minst var 3:e månad.

Anorexienhet till BUP öppenvård

- För råd och stöd i ärende som vårdas på anorexienheten kontaktar anorexienheten BUP öppenvård genom bokning i BUP öppenvårdens vårdtjänsttidbok med frågor och begäran om att bli uppringd.

- För råd och stöd i beslut om remittering (övertag eller parallella vårdåtagande) till BUP öppenvård. Anorexienheten kontaktar BUP öppenvården genom bokning i BUP öppenvårds vårdtjänsttidbok med frågor och förfrågan om möte digitalt eller på plats.
- Samverkan i pågående parallella vårdåtaganden. Regelbundna samverkansmöten med familj för uppdatering av vårdplan, minst var 3:e månad.

BUP anorexienhet/BUP öppenvård till BUP planerad slutenvård.

Rutin Remiss planerad slutenvård JURIS nr 302.

Utskrivning från Slutenvård till BUP öppenvård/anorexienheten öppenvård

Rutin Remiss interninternremiss JURIS nr 170.

Utskrivning från slutenvård till anorexienhetens dagvård

Då utskrivning från avdelningen ska ske ska senast ett dygn innan planerad utskrivning kontaktman/sjuksköterska på avdelningen ta kontakt via telefon med sjuksköterska dagvården för att boka kortare avstämningsmöte mellan enheternas personal, för planering av vård efter utskrivning.

Samverkan utökad dagvård helgdagar 08:00 -17:00

- Sker på avd 61 under anorexienhetens vårdåtagande.
- Utökad dagvård kan alltid bara påbörjas och fullföljas i mån av plats efter medicinsk prioritering.
- Aldrig akut indikation, aldrig LPT
- Alltid enbart på indikation ättränning för restriktiv ätstörning. Om andra akuta frågeställningar föreligger ska patienten bedömas på sedvanligt sätt i jourlinjen.
- Då patient på dagvården bedöms behöva utökad dagvård helgdag, ska sjuksköterska/kontaktperson Anorexienheten senast ett dygn innan planerad utökad dagvård ta kontakt via telefon med ansvarig sjuksköterska avdelningen för att boka kortare avstämningsmöte mellan enheternas läkare för prioritering och medicinskt beslut av utökad dagvård. Slutenvårdens områdeschef konsulteras avseende om nödvändig personalresurs finns tillgänglig för insatsen. Vid mötet fattas beslut om upplägg och vårdinnehåll.
- Anorexienheten ansvarar för och utfärdar vårdplanen för dagarna med utökad dagvård.
- Helgdagarnas bakjour ska alltid i början på sitt arbetspass informeras av ansvarig sjuksköterska om att patient vistas på avdelningen för utökad dagvård. Samt även om medicinska frågor eller nutritionsbeslut behöver värderas under helgdagarna.

Remiss**Egenremisser**

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

Remiss från vårdgrannar, skola och myndigheter

Skickas 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.

Internintern remiss

Efter att behandlingsförsök Steg I provats utan önskad effekt och utredning Steg II är genomförd på BUP-mottagningen kan patient remitteras till Anorexienheten.

För patienter med snabbt och akut debutförlopp där vård på BUP mottagningen inte bedöms som patientsäker och behandling steg II behöver initieras kan interninternremiss sändas från BUP mottagningen till Anorexienheten när som helst i vårdförloppet. Rutin Remiss interninternremiss JURIS nr 170.

Remiss för vård på Nationell högspecialiserad vård (NHV)

Eller annan upphandlad vård skrivs av BUP. Remissen skrivs oftast av Anorexienheten men kan i fall där patienten vägrar kontakt med Anorexienheten eller anorexienhetens samlade resurser och kompetens bedöms som otillräckliga, skrivas av den enhet som har det medicinska ansvaret för patienten. Remissen sändas till Västra götalandregionen/Sahlgrenska universitetssjukhuset. Remissmall och inklusionskriterier finns på NHVs hemsida.

Om hälsotillståndet Anorexia Nervosa**Epidemiologi**

Anorexia nervosa är en mycket allvarlig sjukdom som drabbar minst 2 procent av den kvinnliga befolkningen. Ätstörningen är tio gånger vanligare hos flickor/kvinnor jämfört med pojkar/män.

Alla kan drabbas av anorexia nervosa. Tillhör man en minoritet som exempelvis HBTQI+, första eller andra generationens migranter eller om man har en funktionsnedsättning är risken större att man inte söker hjälp för ätstörningen.

Kliniska kännetecken

Missnöje med kroppens form och vikt, restriktivt ätande, ångest vid måltid samt signifikant viktnedgång. Olika kompensatoriska beteenden, tex överdriven fysisk aktivitet och kräkningar efter måltid är vanligt. Den drabbade kan uppfattas som rigid. Pojkar kan uttrycka att de både vill ha mycket muskler men samtidigt vill vara slanka, något som kan göra att man riskerar missa detta uttryck för störd kroppsuppfattning.

När näringsintag och/eller vikt är låg finns det oftast påverkan på

- Psykiskt status som exempelvis nedstämdhet, apati och tanketröghet, hög ångestnivå och anorektiska felkognitioner ibland gränsande till vanföreställningar.
- Somatiska status som exempelvis puls, blodtryck, temperatur perifer kyla och svullnad.

Själv mordstankar är vanligt förekommande och det föreligger även en ökad risk för självmordshandlingar. Risken för självskadebeteende är förhöjd.

En del drabbade är hjälpsökande, men inte sällan är man ointresserad av eller motvillig till att få hjälp. Ålder har betydelse för barnets förmåga att uttrycka sig. Insikten om att ha en allvarlig sjukdom är ofta begränsad.

Anorexia nervosa har hög ärftlighet.

Sjukdomsförlopp

I regel har den som insjuknar i anorexia nervosa haft ett normalt ätande tidigare under utvecklingen. Den vanligaste insjuknandeåldern är 13–17 år, men sjukdomen kan debutera både tidigare och senare. Insjuknandet sker ofta gradvis över flera månader eller ibland längre. Ibland kan en utlösande händelse identifieras.

Den initiala fasen då vikten börjar gå ned kan upplevas som positiv, men ersätts i regel snabbt med trötthet, irritabilitet, frusenhet, störd sömn och konflikter vid måltiderna eller vid begränsning av kompensatoriska beteenden.

Anorexisymptomen uppmärksammas oftast först av föräldrar eller exempelvis av skola, sjukvård eller idrottsförening.

Före puberteten är en person mer känslig för svält än i tonåren, både avseende mentala och kroppsliga funktioner.

De flesta familjer vittnar om hög nivå av stress, oro och inte sällan hög konfliktnivå, till följd av ätstörningssjukdomen. Ofta är alla personer och relationer i familjen påverkade i olika grad och på olika sätt.

Det är viktigt att ha en förståelse för hur familjefunktionen är påverkad, eftersom föräldrarnas roll är central i en familjebehandling. Redan vid den initiala bedömningen ska man skaffa en överblick över föräldrarnas hälsa och funktionsförmåga.

Prognos

Tillståndet är ofta långvarigt. Tidig viktuppgång i behandlingen ger en god prognos. Samtidig autism eller tvångssyndrom kan innebära en sämre prognos.

80% av de som insjuknar i anorexia nervosa i tonåren blir fria från ätstörning, och tillfrisknandet brukar ta i genomsnitt tre - fem år. Återinsjuknande är dock vanligt.

En femtedel av de som har insjuknat får ett långdraget förlopp, ofta med återkommande episoder. Med det långdragna förloppet följer också hög

samsjuklighet med psykiatriska besvär, främst depression och ångestsyndrom, samt somatiska komplikationer relaterade till svält, exempelvis osteoporos. Mortaliteten är hög, det föreligger en sex gånger förhöjd risk för förtidig död vid anorexia nervosa jämfört med normalpopulationen. En femtedel av mortaliteten utgörs av suicid, och resterande dödsorsaker är somatiska främst sekundära till svält, många gånger i kombination med ett beroendesyndrom. Den förhöjda dödligheten förekommer främst hos vuxna individer.

Samsjuklighet

Vanlig samsjuklighet vid anorexia nervosa:

Depression Så gott som alla lider av nedstämdhet under sjukdomstiden, och majoriteten uppfyller kriterierna för en depressionsdiagnos dock är nedstämdheten i många fall en följd av svälttillståndet och inte ett egentligt depressivt tillstånd. Anorexia nervosa kan även debutera efter en depression.

Utvecklingsrelaterade funktionsavvikelser såsom autism och ADHD ökar risken för insjuknande i anorexia nervosa. Autism förekommer uppskattningsvis hos 15–20 procent av de som drabbas av anorexia nervosa. En lågviktig person som behandlas med centralstimulantia mot ADHD kan på grund av biverkningar förlora aptiten och hamna i svält, vilket i sin tur ökar risken för att anorexia nervosa ska utvecklas.

Ångestsyndrom och tvångssyndrom är överrepresenterade. Både ångest- och tvångssyndrom har i de flesta fall debuterat före ätstörningen, ofta redan i barndomen.

Traumatiserande händelser är vanligt vid alla ätstörningar och posttraumatiskt stressyndrom förekommer hos patienter med anorexia nervosa.

Hos vuxna med ätstörning är personlighetssyndrom vanligt, bland annat emotionell instabil personlighetsstörning. Hos ungdomar med ätstörning, inklusive de som lider av anorexia nervosa, kan patienter även ha känsloregleringssvårigheter och ett aktivt självskaumbeteende.

Atypisk anorexia nervosa

Atypisk anorexia nervosa liknar i allt väsentligt anorexia nervosa, med en vikt inom ett normalt BMI-intervall, trots en uttalad viktnedgång. Den drabbade personen kan vara i svår svält med allvarlig cirkulatorisk påverkan. Utrednings- och behandlingsprinciperna är som vid anorexia nervosa.

Bedömning/utredning

Steg I bedömning Anorexia Nervosa

Nedan beskrivs utredningsrekommendationer specifika för anorexia nervosa. De diagnosspecifika rekommendationerna kompletterar de generella rekommendationer som beskrivits i det vårdprogram generella principer utredning/behandling Ätstörning.

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

Anamnes

Värdera

- Om det för den aktuella patienten rör sig om anorexia nervosa av enbart restriktiv typ eller anorexia nervosa med hetsätning och/eller självrensning.
- Om situationer med kontrollförlust i samband med ätande är objektiva hetsätningsepisoder (upplevs av alla som för mycket mat) eller subjektiva hetsätningsepisoder (upplevs bara av patienten som för mycket mat).
- I detalj förekomsten och frekvens av rensningsbeteenden såsom kräkningar laxermedel eller tvångsmässig/överdriven fysisk aktivitet. Noggrann kartläggning av fysisk aktivitet är av största vikt när svältpåverkan föreligger.
- Utryck för viktfoxi vilket kan uttryckas på olika sätt. En majoritet men inte alla uttrycker uttalad önskan om att gå ner i vikt eller rädsla för att öka i vikt
- Utryck för påverkad kroppsuppfattning och kroppsmisnöje där patienten beskriver en upplevelse av att kroppen är annorlunda eller större än den egentligen är.

Det förekommer dock att patienter uttrycker insikt om att den aktuella vikten är för låg och en förståelse för att viktåterhämtning är nödvändigt. Viktfoxi och påverkad kroppsuppfattning kan ändå bedömas föreligga om patienten beter sig på ett sätt som hindrar viktåterhämtning eller bedöms ha svårt att förstå allvaret i situationen. Exempelvis patienter som uttrycker önskemål om att öka i vikt men inte gör förändringar som möjliggör viktåterhämtning, patienter som har svårt att ta in att ett allvarligt svälttillstånd föreligger, eller patienter som helhetsmässigt har en realistisk kroppsuppfattning men där synen på specifika kroppsdelar avviker.

- Graden av selektivt och restriktivt ätandet exempelvis önskan om att äta energisnåla livsmedel. Kaloriräkning. I samband med insjuknande övergång till dieter av olika slag eller vegetariskt/veganskt kost. Ibland kan patienter med anorexia nervosa äta på ett relativt normalt sätt tillsammans med andra människor, men kompenserar för detta innan eller efter dessa måltider.
- Avvikande ätbeteenden såsom små portioner med långa måltidsuppehåll, långsam äthastighet, användning av små tallrikar och bestick, och att maten delas i små bitar och att olika livsmedel hålls uppdelade eller smetas ut på tallriken.

Status

Psykiatriskt status och somatiskt status inkl EKG och labprover i enlighet med vårdprogram generella principer utredning/behandling Ätstörning.

Refeeding syndrome

För patienter i svår svält och minimalt näringsintag kan måltidsordningen behöva anpassas till en initialt lägre nivå (25-50%) för att undvika refeeding syndrom. Gradvis ökning till 100% sker sedan oftast inom en vecka med regelbunden provtagning/kontroller av s-fosfat. Dessa ordinationer görs av läkare. Överväg om patienten kan behöva övergå till steg II eller steg III behandling. Se relaterat Refeeding syndrom:

Steg I bedömning Atypisk Anorexia Nervosa

Den primära skillnaden mellan diagnoserna Anorexia Nervosa och Atypisk Anorexia Nervosa är graden av undervikt, då det vid atypisk anorexia nervosa ska ha funnits en viktnedgång men där den aktuella vikten ej är lägre än lägsta normalvikt.

Rekommendationerna för utredning vid atypisk anorexia nervosa är samma som vid anorexia nervosa.

Många patienter med atypisk anorexia nervosa har på kort tid gått ned väldigt mycket i vikt, detta ska särskilt uppmärksammas och föranleda en noggrann somatisk undersökning i enlighet med rekommendationer för anorexia nervosa. Generellt styrs allvarlighetsgraden gällande det somatiska tillståndet av hur stor och/eller snabb viktnedgången varit. Det är särskilt viktigt att bedöma förekomst av svältsymtom även med dessa patienter, då ett allvarligt svälttillstånd kan föreligga även om aktuell vikt är inom normalspannet.

Steg II fördjupad bedömning vid utebliven behandlingseffekt

Se vårdprogram generella principer utredning/behandling Ätstörning.

Steg III utredning

Se vårdprogram generella principer utredning/behandling Ätstörning.

Behandling

Steg I (initial behandling)

Nedan beskrivs behandlingsrekommendationer specifika för anorexia nervosa. De diagnosspecifika rekommendationerna kompletterar de generella rekommendationer som beskrivits i vårdprogram generella principer utredning/behandling Ätstörning.

Psykopedagogisk behandling

Utöver allmän psykopedagogik om ätstörning ska patienter och vårdnadshavare erhålla psykopedagogik särskilt anpassad för anorexia nervosa.

Intensitet och tyngdpunkt i samtalen avvägs beroende på familjens situation och förutsättningar. Patienten och vårdnadshavarna ska erhålla konkreta råd om normaliserat ätande. Med hjälp av denna information ska vårdnadshavarna kunna stötta patienten till att införa ett regelbundet och varierat ätande där kroppen får tillräckligt med näring.

Psykopedagogik under den initiala fasen vid Anorexia Nervosa

Tydligt och sakligt informera om:

- Grundläggande kunskap om ångest (ångestkurvan) och dess uttryck
- Hur svält påverkar kroppens organ, kognitiv funktion och psykiska symtom.
- Sjukdomens risker och faror baserat på patientens aktuella situation. Patienten och vårdnadshavare ska informeras om patientens aktuella somatiska hälsa och betona aktuella risker utifrån vad den somatiska undersökningen visar.
- att en tidig vändning av situationen ökar chanserna till ett snabbt tillfrisknande och att det är möjligt att bli helt frisk från sjukdomen.
- att anorexia nervosa kan utvecklas till ett livshotande tillstånd om det nödvändiga förändringsarbetet inte kommer igång.

Psykopedagogik under den andra fasen vid Anorexia Nervosa

När viktnedgång är vänd, ska information ges om hur kroppen förändras av viktuppgången:

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

Psykopedagogik vid Atypisk Anorexi

Följer i stort behandling för Anorexia Nervosa. Kan vara mer pedagogiskt utmanande då patienten inte är i undervikt och kan ha en mer rimlig/adekvat rädsla för övervikt.

Psykologisk behandling

Strukturerad evidensbaserad psykologisk behandling eller psykoterapi ska erbjudas alla med anorexia nervosa.

Starkast evidens för barn och ungdomar med Anorexia nervosa och Atypisk anorexia Nervosa har FBT – Familjebaserad terapi och för ungdomar över 13 år även KBT – Kognitiv beteende terapi. Dessa terapier kan genomföras parallellt men KBT bör inte genomföras som första eller enda behandling.

Vid uppfylld diagnos Anorexia Nervosa eller Atypisk Anorexia Nervosa bör behandlingen startas direkt efter bedömningen, helst inom en vecka, med tanke på att tillståndet snabbt kan förvärras.

Vid uttalad svält ska värdering göras om direkt ingång i behandling Steg II eller Steg III.

Familjebaserad behandling (FBT)

Familjebaserad behandling (FBT) bör utifrån rådande evidensläge vara förstahandsval.

FBT genomförs i tre faser:

- Fas 1 är en intensiv fas med fokus på att bryta svälttillståndet. I denna fas koncentreras behandlingen kring att hjälpa föräldrarna att förmå sitt barn att klara av att äta normala måltider och påbörja viktåterhämtning. Mycket av terapeutens arbete går ut på att stödja föräldrarna i att hantera sin egen oro för att ge en trygg ram för patienten att orka genomföra beteendeförändringar.
Under första fasen kommer familjen till behandlingssamtal oftast en gång i veckan.
- Fas 2 brukar betecknas som en relationsorienterad fas och tar vid när svälten inte längre är det dominerande problemet. Här kan fokus riktas mot patientens och familjens hela situation och individualterapeutiska behandlingar kan introduceras. Under denna fas kan behandlingen behöva anpassas beroende på eventuell samsjuklighet. Den stora utmaningen under andra fasen är att patienten ska komma tillbaka till sitt vanliga sociala liv med umgänge kring mat tillsammans med familj och vänner. Patienten behöver även stöd i att i lagom takt komma tillbaka till skola och andra aktiviteter, vilket i sin tur möjliggör en åldersadekvat psykosocial utveckling.
I denna fas träffar man oftast familjen för behandlingssamtal varannan vecka.
- Fas 3 är en avslutnings- och framtidsorienterad fas inriktad på att hjälpa patienten att bryta med sin anorektiska identitet och komma igång fullt ut med ett vanligt liv. Denna fas innebär att hjälpa patienten att återta sin autonomi och kontroll över sitt liv. De avslutande sessionerna har fokus på att hjälpa familj och patient att identifiera triggers till insjuknande i ätstörning och tidiga tecken på återfall i anorektiska symptom samt rusta dem med verktyg för att förhindra återinsjuknande, så kallad återfallsprevention.

Ätstörningsanpassad KBT

Ätstörningsanpassad KBT kan erbjudas ungdomar 13-17 år, om det är lämpligt utifrån mognad och familjesituation.

Kortfattat kan ätstörningsanpassad KBT delas in i sex steg. Detta görs parallellt med familjeterapeutiska insatser för att bryta svälten.

Steg 1 Sedvanlig psykoedukation kring ångest och specifikt kring ätstörningar. Psykiska och fysiska konsekvenser av svält.

Steg 2 Fortsatt kartläggning av patientens ätproblem. Presentation av möjliga mekanismer för ätproblem.

Steg 3 Hjälpa patienten att fatta beslut om att gå mot friskhet. Arbeta med mål och delmål.

Steg 4 Dialog kring grundläggande strategier och förhållningssätt som möjliggör förändring.

Steg 5 Arbete med strategier för att motverka de identifierade mekanismer som upprätthåller patientens ätproblem.

Steg 6 Håll fast vid förändring som normaliserat ätande och viktnivå. Fasa ut behandlingen. Sammanfattning av framsteg, lärdomar och strategier. Skilj på bakslag och återfall. Uppdatera mål inför framtiden.

Att helt tillfriskna från en ätstörning, när det gäller tankar, attityder och beteenden tar tid vilket kan vara frustrerande för patienten när denne väl har bestämt sig. Terapeuten kan hjälpa patienten genom att förbereda denne på att förändringen kan komma att gå långsamt och innebära återfall. Att på nytt insjukna i ätstörning är vanligt, men det går att förebygga genom att vara medveten om problemen och riskerna.

Boostersession

Vid återfall i ätstörda symptom bör ett fåtal boostersessioner (1 – 5 kompletterande samtal) erbjudas av den enhet som bedrev behandlingen.

Medicinsk behandling Anorexia Nervosa

Patienten och vårdnadshavarna ska förmedlas medicinsk trygghet. Den medicinska bedömningen är vägledande i behandlingsplaneringen.

- Beräkning av målvikt/friskvikt se vårdprogram generella principer utredning/behandling ätstörning steg 1 behandling.
- Regelbundna medicinska/somatiska kontroller vilka avgör vårdnivå och ordinationer om mat och motion.
- För patienter med svår svält, specifikt värdering av risk för utvecklande av refeeding syndrom, se relaterat.
- Ställningstagande till läkemedelsbehandling (samsjuklighet, sömn), se relaterat Farmakologisk behandling av ätstörning.
- Ställningstagande till intyg för vård av barn:
 - Vid Anorexia Nervosa och atypisk anorexia nervosa kan i vissa fall, initialt och kortvarigt, intyg för vård av barn (8-12 eller 12-16

år) utfärdas för del av dag för att vårdnadshavare ska kunna vara stöd till patienten att vända viktnedgången

- Vid uttalad svält kan det vara lämpligt att en eller båda föräldrarna, beroende på tillståndets allvarlighetsgrad, erhåller intyg enligt vård av barn/vård av allvarligt sjukt barn. Patienten skall då vara sjukskriven från skolan.

Nutritionsbehandling

Se generella principer utredning och behandling ätstörning steg 1 behandling/nutritionsbehandling.

Näringstillskott i öppenvård används som tillägg till då måltidsordningen då denna ensamt inte räcker för viktåterhämtning till målvikt/friskvikt . för exempel på näringstillskott, se relaterat "Näringstillskott restriktiv ätstörning".

Behandling av psykiatrisk samsjuklighet vid anorexia nervosa

För patienter med anorexia nervosa i uttalad svält ska ätstörningsbehandling prioriteras framför andra insatser tills svälten är hävd. Undantag från denna rekommendation gäller vid hög suicidrisk, vilket alltid ska prioriteras samtidigt som svälten.

Den kliniska bedömningen avgör när det svälttillståndet är hävt:

- Generellt ska somatiskt status/vitala parameterar över tid (flera mätningar) vara stabila och normaliserade.
- Patienten ska vara i viktåterhämtning även om målvikt inte behöver vara uppnådd.
- Utöver de somatiska parametrarna ger även patientens beteende och funktionsförmåga (förmåga till närvaro i rummet, kontaktförmåga och minne) en god indikation och bör vägas in i bedömningen.

När svälttillståndet är hävt bör om samsjuklighet föreligger, värderas om behandling för dessa tillstånd kan påbörjas parallellt med behandlingen för ätstörningen. Regeln är att behandling för samsjuklighet bör startas parallellt med ätstörningsbehandlingen om inte tillståndet är lindrigt eller tydliga hinder föreligger. Värdering får då göras i vilken intensitet behandlingarna bedrivs för att patienten/familjen ska orka båda.

Behandling steg II. Intensifierad öppenvård med eller utan ätträning/dagvård

Behandling steg II sker på Anorexienheten.

Efter internintern remiss till Anorexienheten görs en bedömning kring vilka behandlingsinsatser inom Anorexienheten som patienten bedöms vara i behov av.

Medicinsk behandling

Intensifierad behandling kan erbjudas i Anorexienhetens öppenvård. Behandlingen bygger på samma grunder som Behandling steg I, men med tätare besöksfrekvens och utökat teamarbete.

Intensifierad psykologisk/psykopedagogisk behandling i anorexienhetens öppenvård

Intensifierad behandling kan erbjudas i Anorexienhetens öppenvård. Behandlingen bygger på samma grunder som Behandling steg I, men med tätare besöksfrekvens och utökat teamarbete.

Behandling/omvårdnad i dagvård med ätträning

Anorexienhetens behandling i öppenvård kan kompletteras med behandling i dagvård med ätträning på Anorexienheten. Utöver detta ges under dagvårdsvistelsen

- Avledningsstöd
- Emotionellt stöd
- Beteendeaktivering
- Färdighetsträning
- Kroppskännedom (utförs av fysioterapeut)

Nutritionsbehandling

Se generella principer utredning och behandling ätstörning steg 1 behandling/nutritionsbehandling.

Närings tillskott i intensifierad öppenvård används som tillägg till då måltidsordningen då denna ensamt inte räcker för viktåterhämtning till målvikt/friskvikt . för exempel på närings tillskott se relaterat ”Närings tillskott restriktiv ätstörning”.

Näringsdryck i dagvård används istället för närings tillskott som tillägg till då måltidsordningen för att eftersträva snabb initial viktåterhämtning.

Förlängd dagvård

Vid initialt behov av ytterligare matstöd under eftermiddag/kväll kan patienten erbjudas förlängd dagvård kvällar 8-17. Förlängd dagvård sker på Anorexienheten och under Anorexienhetens vårdåtagande.

Utökad dagvård (helg och helgdagar 08:00 – 17:00) sker på avd 61 under Anorexienhetens vårdåtagande. Utökad dagvård kan endast påbörjas och fullföljas i mån av plats och aldrig på akut indikation eller under LPT.

Boostersession

Vid återfall i ätstörda symptom bör ett fåtal boostersessioner (kompletterande samtal) erbjudas av den enhet som bedrev behandlingen.

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.

Medicinsk behandling slutenvård

Intensifierad behandling kan erbjudas i slutenvården. Behandlingen bygger på samma grunder som Behandling steg I, men med utökad möjlighet till

- Utökad monitorering och medicinska kontroller dygnet runt.
- Vård enl LPT
- LPT beslut kring tvångsbehandling
- Utökad möjlighet till läkemedelsbehandling
- Näringsdryck i slutenvård kan användas som tillägg till måltidsordningen för att eftersträva snabb initial viktåterhämtning.

Psykopedagogisk psykologisk behandling slutenvård

Intensifierad psykopedagogisk behandling/omvårdnad

Intensifierad behandling kan erbjudas i slutenvård. Behandlingen bygger på samma grunder som Behandling steg I, men ges dygnet runt. Slutenvården innefattar ätträning alla måltider.

Utöver detta ges under slutenvårdsvistelsen:

- Avledningsstöd
- Emotionellt stöd
- Beteendeaktivering
- Färdighetsträning

Uppföljning

Se vårdprogram generella principer utredning, behandling ätstörning

Komplikationer

Se vårdprogram generella principer utredning, behandling ätstörning

Försäkringsmedicin/intyg

Se vårdprogram generella principer utredning, behandling ätstörning

Patientmedverkan och kommunikation

Se vårdprogram generella principer utredning, behandling ätstörning