

Hetsättningsstörning

Vårdnivå/samverkan/remiss

Vårdnivå

Vårdnivå Bedömning/utredning

Steg I (bedömning)

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

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 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 hetsättningsstörning. Genomförs inom BUPs öppenvård.

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)

Slutenvård för patienter med bara hetsätningstörning är mycket sällan indicerat. Däremot kan slutenvård vara aktuellt vid samsjuklighet framför allt vid depression med suicidrisk.

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.

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, barn- och unga psykisk hälsa..

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, barn- och unga psykisk hälsa.

BUP till BUM

Vid medicinska komplikationer eller somatiska risktillstånd vid ätstörning kan BUP kontakta barnkliniken specialist on demand för rådgivning i icke akuta situationer.

BUP öppenvård till BUP planerad slutenvård.

Se rutin Remiss planerad slutenvård JURIS nr 302.

Utskrivning från Slutenvård till BUP öppenvård

Se rutin Remiss – interninternremiss JURIS nr 170.

BUP till BUP vid 18 årsdagen

Se rutin Överföring vid 18 årsdagen JURIS nr 175.

Remiss**Egenremisser**

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

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.

Remiss från BUP till BUM

Vid medicinska komplikationer eller somatiska risktillstånd vid ätstörning kan BUP utfärda planerad remiss till barnmottagning för somatisk värdering och vård för övervikt/obesitas.

Om hälsotillståndet

För Diagnoskriterier se DSM V 307.51

Hetsättningsstörning inkluderades i diagnosmanualen DSM först i version 5 (2013) Det finns betydligt mindre evidens gällande både bedömning och behandling av denna problematik, jämfört med anorexia nervosa och bulimia nervosa.

Hetsättningsstörning har samma kliniska bild som bulimia nervosa avseende hetsätningar, men utan kompensatoriskt beteende, till exempel kräkningar. Kroppsvikten brukar vara ökande och kan leda till uttalad övervikt eller obesitas.

Det verkar vid hetsättningsstörning föreligga en jämn könsfördelning.

Nyare studier tyder på att hetsättningsstörning potentiellt kan vara den vanligaste ätstörningsdiagnosen bland tonåringar, med prevalenssiffror mellan 1–4% i denna åldersgrupp. Med tanke på att hetsättningsstörning är en mindre vanlig diagnos på

enheter där patienter med ätstörning vårdas, tyder detta på ett potentiellt stort mörkertal där en stor andel personer med hetsätningsstörning aldrig kommer i kontakt med ätstörningsvård.

Hetsätningsstörning har kopplats till en rad negativa konsekvenser som ofta följer patienterna in i vuxenlivet. Kopplingen till obesitas innebär en långsiktigt ökad risk för en rad somatiska åkommor såsom diabetes typ II samt hjärt- och kärlsjukdomar.

Hetsätningsstörning har även förknippats med ökad risk för exempelvis depression, ångesttillstånd, droganvändning, suicidalitet samt försämrat socialt fungerande.

Den psykiatriska samsjukligheten vid hetsätningsstörning uppvisar både likheter och skillnader jämfört med bulimia nervosa. Samsjukligheten vid hetsätningsstörning domineras av affektiva störningar (egentlig depression), ångeststörningar (GAD och social fobi). Skadligt bruk av alkohol och droger är mindre vanligt vid hetsätningsstörning jämfört med bulimia nervosa. Kontrollförlust, eller på engelska loss of control eating (LOC), som ingår som en komponent i hetsätningsepisoder, är klart överrepresenterat hos barn med adhd. Risken att utveckla hetsätningsstörning är fyrfaldigt ökad hos personer med adhd.

Bedömning/utredning

Nedan beskrivs utredningsrekommendationer specifika för Hetsätningstörning. De diagnosspecifika rekommendationerna kompletterar de generella rekommendationer som beskrivits i vårdprogram generella principer utredning och behandling ätstörningar.

Steg I bedömning

Vid hetsätningsstörning ska den generella anamnesupptagningen kompletteras med diagnosspecifika undersökningar.

Vid hetsätningsstörning ska det föreligga hetsätningsepisoder minst en gång i veckan under minst 3 månaders tid. Om hetsätning förekommer mer sällan eller om problematiken har förekommit under en kortare tidsperiod, kan diagnos hetsätningsstörning med låg frekvens och/eller begränsad varaktighet vara passande.

Vid hetsätningsstörning ska objektiva hetsätningsepisoder 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

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.

Värdera hur hetsätningstörningen uppkommit och vilka faktorer som utlöst och vidmakthåller beteendet. En del patienters hetsätningsproblematik har utvecklats till följd av bristfälligt eller oregelbundet ätande, där kontrollförlusten drivs av att kroppen inte fått tillräcklig och regelbunden näring. Det är också vanligt att hetsätningssymptomen har startat som en form av tröstätande eller känslöätande.

Värdera särskilt samsjuklighet inom dessa områden

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

Medicinsk värdering – genomförs initialt av BUP läkare. Vid behov remiss till somatik/tandvård.

- Vikt/BMI
- Värdering av medicinska komplikationer av övervikt/fetma.
- Värdering om oro finns för tandstatus

Steg II (fördjupad bedömning)

Se Steg II bedömning/utredning vårdprogram generella principer för utredning och behandling ätstörning.

Steg III (utredning)

Se Steg III bedömning/utredning vårdprogram generella principer för utredning och behandling ätstörning.

Behandling

Nedan beskrivs behandlingsrekommendationer specifika för Hetsätningstörning. De diagnosspecifika rekommendationerna kompletterar de generella rekommendationer som beskrivits i vårdprogram generella principer utredning och behandling ätstörningar.

Steg I

Psykologisk behandling

Alla barn och ungdomar med hetsätningstörning ska erbjudas strukturerad evidensbaserad psykologisk behandling eller psykoterapi.

- För tonåringar med hetsätningstörning rekommenderas i första hand KBT-E med föräldrainvolvering, dock är evidensläget svagare för denna patientgrupp jämfört med exempelvis anorexia nervosa eller bulimia nervosa. 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 hetsätningstörning.

- Etablering av normaliserat ätande ska ligga till grund för behandlingen. Var god 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.
- Patienter med hetsätningstörning har generellt särskild nytta av att få psykopedagogiska insatser kring impulsivitet, inklusive tips på strategier för att avstå impulsiva beteenden.
- Det är också viktigt att alla patienter med hetsätningstörning erhåller noggrann psykopedagogik kring hetsätning och hjälp att förstå vad som driver hetsätningens beteendet hos just denna individ.

Medicinsk behandling

- Värdering/behandling av medicinska komplikationer och följdtilstånd av obesitas/övervikt.
- Beräkning av målvikt/friskvikt se vårdprogram generella principer utredning/behandling ätstörning steg 1 behandling.
- Vid övervikt/obesitas ställningstagande till remiss till barnmottagning (Viktiga barn) för behandling av detta.
- Vid medicinska komplikationer av övervikt/fetma remiss till vårdcentral/barnmottagning.
- Vid oro för tandstatus, remiss till tandläkare.

- Nutritionsbehandling och behandlingsinsatser riktade mot att etablera ett normaliserat ätbeteende, är minst lika viktigt som för patienter med en primärt restriktiv problematik. Matschewan är ofta en hjälpsam insats för dessa patienter se relaterat Bra mat för en dag. God följsamhet till nutritionsbehandlingen över tid kan ofta minimera hetsättningsfrekvensen och ger patienten goda förutsättningar för att kunna sluta med beteendet.

Läkemedelsbehandling

Se relaterat Farmakologisk behandling ätstörning.

Steg II

Intensifierade behandlingsinsatser kan övervägas.

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

För patienter med hetsättningsstörning som erhållit KBT-E utan önskvärt resultat bör andra psykologiska behandlingsmetoder övervägas. Baserat på evidensläget för vuxna med hetsättningsstörning kan exempelvis interpersonell terapi (IPT) erbjudas.

För ungdomar >15 år erbjud ätstörningsanpassad KBT i grupp eller manualbaserat självhjälpprogram (KBT) med behandlarstöd.

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 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