

ARFID

Vårdsnivå samverkan/remiss

Vårdsnivå

Vårdsnivå bedömning/utredning

Steg 1 (bedömning)

Ska genomföras som första åtgärd för alla patienter med ARFID. 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.

Vårdsnivå Behandling

Steg I (initial behandling)

Ska genomföras som första åtgärd för alla patienter med ARFID. Detta genomförs oftast inom BUPs öppenvårdssteam.

För patienter med snabbt och akut debutförlopp där direkttriagering 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 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 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 barnkliniken 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 barnkliniken jourlinje/utfärda akutremiss för konsultation eller bedömning på barnmedicinsk akutenhet.
- Rutin Sondmatning JURIS nr 115.
- Rutin LPT-patient 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

Se Rutin Remiss planerad slutenvård nr JURIS 302

Utskrivning från Slutenvård till BUP öppenvård/anorexienheten öppenvård

Se 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 8-17

1. Sker på avd 61 under Anorexienhetens vårdåtagande.
2. Utökad dagvård kan alltid bara påbörjas och fullföljas i mån av plats efter medicinsk prioritering.
3. Aldrig akut indikation, aldrig LPT
4. Alltid enbart på indikation ättränning för restriktiv ätstörning. Om andra akuta frågeställningar föreligger ska patienten bedömas på sedvanligt sätt i jourlinjen.
5. 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.
6. Anorexienheten ansvarar för och utfärdar vårdplanen för dagarna med utökad dagvård.
7. 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. Se 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**Undvikande/restriktiv ätstörning**

Undvikande/restriktiv ätstörning (ARFID) är ett diagnostiskt paraplybegrepp där den gemensamma nämnaren är restriktivt ätande där ingen kroppsuppfattningsstörning föreligger. Pojkar drabbas i lika stor utsträckning som flickor, och debutåldern är lägre än för de övriga ätstörningarna.

Undergrupper av ARFID utgörs av sensorisk känslighet för mat, bristande intresse att äta samt rädsla för negativa konsekvenser av ätande (exempelvis att sätta i halsen eller kräkas). Undergrupperna kan överlappa varandra.

Hereditet är vanligt vid ARFID, och det är vanligt att det vid anamnestagning framkommer att första- eller andragradssläktingar har eller har haft liknande besvär.

Svälten kan bli uttalad och påverka såväl cirkulation, tillväxt samt hindra normal utveckling. På grund av kostens ensidighet kan svåra bristtillstånd uppstå. Även om undervikt verkar vara vanligast, kan även normalvikt och övervikt förekomma. Kunskapen om ARFID är ännu begränsad, då diagnosen är ny (2013).

Eftersom ARFID är ett paraplybegrepp, behövs en bred psykiatrisk och somatisk differentialdiagnostisk bedömning och värdering av psykiatrisk och somatisk samsjuklighet/följdtillstånd:

- Det är vanligt med gastrointestinala besvär, som bör utredas eftersom de ibland kan förklara tillväxthämning, samt ibland även förklarar aversion mot viss mat eller mot ätande.
- Långvarigt ensidigt och otillräckligt matintag kan ha lett till bristtillstånd, exempelvis järn, zink eller D-vitamin.
- Ängslighet kan samvariera med ARFID, exempelvis vid en kräk- eller sväljfobi.
- Utvecklingsrelaterade funktionsavvikelser och perceptionsavvikelser som intellektuell funktionsnedsättning, autism och ADHD förekommer sannolikt i förhöjd omfattning vid ARFID och är viktiga att identifiera för optimal behandlingsplanering.

Utredning

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

Steg I bedömning

Vid ARFID ska den generella anamnestagningen kompletteras med diagnosspecifika undersökningar.

Anamnes

- Tvärprofessionell bedömning
- Skattningsformulär PARDI-AR-Q: Självrapportering 14+
- Debutålder. Patienter med ARFID har ofta en tidigare sjukdomsdebut än övriga restriktiva ätstörningssymtom
- Utvecklingsanamnes kring tidig uppfödning (amning, övergången mellan flytande till fast föda, sväljsvårigheter eller sensorisk över- eller underkänslighet, ointresse för att äta) då det vid perceptionsstörningar ofta har funnits en känslighet kring mat sedan tidig ålder.
- Generella motorisk så väl som oralmotorisk utveckling bör beröras
- Kognitiva utveckling och en generell beskrivning av barnets fungerande samt inverkan på psykosocial funktion (autism)
- Hereditet bör efterfrågas
- Kroppsuppfattning: Vid ARFID ska det inte föreligga någon störning av kroppsuppfattningen dvs i hur man upplever den egna vikten eller kroppen, tex kroppsmisnöje, fobisk rädsla för att öka i vikt eller en orealistisk uppfattning om den egna kroppsstorleken. Denna gränsdragning kan vara svår hos yngre personer, då det kräver viss abstraktionsförmåga, förståelse av tidsperspektiv och konsekvenser samt förmåga att identifiera

och benämna egna känslouttryck – kapaciteter som utvecklas gradvis under uppväxten.

- Beteendet ska inte huvudsakligen hänga samman med brist på föda eller vara kulturellt sanktionerat, såsom vid religiös fasta.
- Trauma: Efterfråga traumatisering, inklusive frågor om obehagliga erfarenheter i måltidssituationer då vissa patienter med ARFID har varit med om obehagliga eller potentiellt traumatiska händelser som orsakat rädslor kopplat till ätande.

Medicinsk anamnes och bedömning

Vid misstanke om ARFID ska den somatiska bedömningen, utöver det som framgår i de generella rekommendationerna, kompletteras med diagnosspecifika undersökningar enl nedan.

- Inhämtande av noggrann somatisk anamnes via familjen och somatiska journaler
- Har det funnit påverkat ätbeteende och bristande energiintag, som leder till ett eller flera av följande:
 - Signifikant viktnedgång eller utebliven förväntad viktuppgång hos barn och ungdomar som fortfarande växer
 - Signifikant näringsbrist
 - Behov av sondnäring eller näringstillskott för att bibehålla kroppsvikten

Somatiskt status

- Vid undersökning av mun och svalg, notera tecken på sensorisk överkänslighet.
- Vid undersökning av buken, notera eventuell ömhet, resistenser eller svullenhet.
- Vid undersökning av hudkostymen, notera särskilt tecken på bristtillstånd.

Provtagning

- Vitamin B12 samt D-vitamin
- Urinprover: glukos; ketoner
- Vid behov, utvidgat thyroideastatus
- Vid låg vikt och buksymtom: gliadinantikroppar (celiaki)
- Vid buksmärtor/diarré: Avföringsprov (calprotectin och parasiter)

Refeeding syndrom

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 syndrome.

Steg II fördjupad bedömning

Enligt steg II utredning vårdprogram generella principer ätstörning

Steg III utredning

Enligt steg III utredning vårdprogram generella principer utredning ätstörning

Behandling**Steg I (initial behandling)**

Nedan beskrivs behandlingsrekommendationer specifika för ARFID. De diagnosspecifika rekommendationerna kompletterar de generella rekommendationer som beskrivits i vårdprogram generella principer behandling ätstörning.

Det finns två svårighetsgrader:

1. De som är i en uttalad svält och/eller har påverkad längdtillväxt.

De rekommenderas i den första fasen ett behandlingsupplägg som vid anorexia nervosa. Det är av avgörande betydelse att man kan komma ur svälten så fort som möjligt för att få en bättre möjlighet till tillfrisknande. De som har en sensorisk känslighet (medfödd), rekommenderas i andra fasen en mer lågintensiv behandling med fokus på att stegvis klara av att öka vad man klarar av att äta.

2. De som inte har någon svältpåverkan.

Psykopedagogiska insatser

Utöver allmän psykopedagogik om ätstörning ska patienter och vårdnadshavare erhålla psykopedagogik särskilt anpassad för ARFID utöver relevanta psykopedagogiska insatser som beskrivs i vårdprogram generella principer behandling ätstörning och vårdprogram Anorexia Nervosa behandling, utöver detta ska även särskilt anpassade insatser erbjudas enligt nedan.

Patienter med ARFID upplever ofta själv att de har begränsningar i sitt ätande och kanske framför allt i sin sociala situation, vilket medför att behandlingen i större utsträckning än vid Anorexia Nervosa initialt kan läggas upp i samarbete med patienten.

Patienter vars ätproblem handlar om matens sensoriska egenskaper har troligen denna typ av svårigheter medfödda och kan komma att behöva anpassa kosten till sina svårigheter under stor del av livet. Problemen kring maten har ofta funnits sedan småbarnsåren, vilket innebär att föräldrarna under lång tid har försökt hjälpa sitt barn, därmed är det viktigt att först lyssna på vad föräldrarna har för erfarenheter.

Föräldra- och familjebehandling

Interventioner riktade mot patientens vårdnadshavare ska erbjudas vid ARFID, oavsett orsaken bakom svårigheterna. Dessa ska innefatta färdighetsträning och

hur föräldrarna kan hjälpa sitt barn med ångesthantering. Gemensamma familjeinterventioner riktade mot hantering av måltidssituationerna och familjesamspel kan också vara hjälpsamma.

Vid eventuell hereditet, om någon av föräldrarna känner igen sig i diagnosen, kan denna kunskap och erfarenhet användas som en del i behandlingen.

Psykoterapeutisk behandling

Då patienter med ARFID är en heterogen grupp där orsaken till svårigheterna varierar är det svårt att ange specifika behandlingsinsatser för hela patientgruppen. En noggrann bedömning av problematiken och drivkraften bakom denna ska ligga till grund för planerade behandlingsinsatser.

Nedan följer rekommendationer som kan erbjudas beroende på vilken typ av symptom som presenteras och vad orsaken bakom symtomen bedöms vara. Observera att evidensläget för behandling vid ARFID är begränsat i dagsläget vilket bidrar till att det är svårt att rekommendera en enskild behandlingsmetod framför andra.

Patienter med ARFID och deras vårdnadshavare ska alltid erbjudas individanpassad psykologisk behandling som inkluderar psykoedukation och interventioner som syftar till att lära ut ångesthanteringsstrategier. Behandlingen ska vara tvärprofessionell.

Samsjuklighet är vanligt framför allt ångest, depression och magtarmsjukdom. Dessa ska behandlas parallellt med ätstörningen så snart svälttillståndet är hävt. ARFID kan vara en del i en autismspektrumstörning då behöver behandlingen autismanpassas.

Vilka psykologiska interventioner som ska erbjudas ytterligare beror på aktuell symtombild:

- Vid ARFID där svårigheterna med ätande bedöms vara fobirelaterade, såsom med bakomliggande kräkfobi eller rädsla för att sätta i halsen, bör psykologisk behandling som inkluderar anpassade exponeringsinterventioner (tränas att äta) erbjudas, närstående bör inkluderas i behandlingen. Behandling bör ske enligt riktlinjer för ångestsyndrom dvs KBT-AR (anpassad för ARFID) om patientens förmåga och ålder möjliggör detta.
- Vid ARFID där svårigheterna handlar om matens sensorik kan systematisk desensibilisering kan erbjudas. Försiktiga exponeringsinterventioner där nya livsmedel introduceras kan vara hjälpsamt. Denna typ av exponering, där patienten successivt övar på svåra livsmedel, ska dock användas med försiktighet och kanske främst för patienter som själva uttrycker motivation och önskemål om att bredda sin livsmedelsrepertoar då det föreligger en stor risk för aversiva upplevelser hos patienten. Behandlingsintensiteten bör vara betydligt lägre än vid motsvarande behandlingsarbete vid annan ätstörningsproblematik och kräver således

mer tid för att inte bli forcerat. ARFID Intervention Monitoring Sheet – Parent/carer (AIMS-P v1.2)

- Vid ARFID där svårigheterna handlar om ointresse för mat kan insatser för ökad struktur samt inläring av nya vanor och rutiner för ett regelbundet ätande användas. Problemlösning tillsammans med patient och förälder kan vara ett sätt för att hitta hur patienten kan nå ett regelbundet ätande, inklusive tillskott vid behov. Måltidsordning (bra mat för en dag) ger vägledning för mängd och innehåll i kosten.

Oavsett insats och orsak till denna tar behandling för ARFID tid och kräver tålamod.

Nutritionsbehandling med dietist

Hög kompetens kring nutrition är av stor vikt när patienter med ARFID behandlas, särskilt i de fall det selektiva ätandet handlar om sensoriska svårigheter. Målet med nutritionsbehandlingen är att etablera ett ätande som så långt det är möjligt ger kroppen all näring den behöver. Dietistkompetens är här värdefullt för att kunna rekommendera lämpliga livsmedel baserat på vilken mat barnet klarar av att äta. För dessa barn kommer matintaget förmodligen alltid vara något ensidigt, men familjerna ska stöttas kring hur de kan optimera barnets näringsintag trots bristande variation.

Medicinska interventioner

Vid svälttillstånd, se regim som vid Anorexia nervosa.

Bristtillstånd kan förekomma vid ARFID oavsett viktstatus och det finns risk för tillväxthämning. Medicinska interventioner som innefattar kontroll av vikt och tillväxt ska genomföras regelbundet för alla patienter med ARFID. Eventuella bristtillstånd och övriga fysiska konsekvenser orsakade av det begränsade matintaget ska övervakas och behandlas. Om bristsjukdomar föreligger bör ett samarbete med barnklinik/barnmottagning upprättas.

Läkemedelsbehandling se relaterat Farmakologisk behandling av ätstörning.

Boostersession

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

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)

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 8-17) 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

**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

Refeeding syndrome

Försäkringsmedicin/intyg

Se vårdprogram generella principer utredning, behandling ätstörning

Patientmedverkan och kommunikation

Se vårdprogram generella principer utredning, behandling ätstörning