Vårdprogram Ätstörning för barn och vuxna. VO Habilitering- och Barnpsykiatri

Innehåll

1. Syfte och omfattning 2
2. Målgrupp 2
2.1. Prevalens och orsaker 3
3. Somatik 4
4. Förutsättningar - nivåstrukturerad vård 4
4.1. Egenvård 5
4.2. Barn 5
4.2.1. Första linjen barn 6
4.2.2. Specialistpsykiatri barn 6
4.3. Vuxna 7
4.3.1. Primärvård Vuxna 7
4.4. Specialistpsykiatri vuxna 8
5. Vårdbegäran 8
6. Bedömning och utredning 9
6.1. Patientlagen 9
6.2. Barn 10
6.3. Vuxna 10
6.3.1. Fördjupad bedömning och utredning för barn och vuxna. 11
7. Vårdplan 12
8. SIP och Fast vårdkontakt 12
9. Behandling 12
9.1. Digital vård 13
9.2. Psykopedagogisk behandling (PPB) 14
9.3. Omvårdnad 14
9.4. Nutritionsbehandling 15
9.5. Family-Based Treatment, FBT, Region Gävleborg 15
9.6. Kognitiv beteende terapi (KBT) 16
9.6.1. Cognitive Behavioral Therapy-Enhanced (CBT-E) 17
9.6.2. Schematerapi 18
9.7. Interpersonell psykoterapi (IPT) 18
9.8. Kreativa terapiformer 18
9.9. Fysioterapeutisk behandling 18
9.10. Läkemedel 19
9.11. Intensiv öppenvård 20
9.12. Heldygnsvård 20
10. Identifierade utvecklingsfrågor 21
11. Kvalitetssäkring och uppföljning 21
12. Dokumentinformation 22
13. Referenser och bilagor 23

Kopians giltighet garanteras endast utskriftsdatumet

1. Syfte och omfattning

Syftet är att ge vägledning i hur vården ska utformas för personer med ätstörning, både för barn och vuxna inom Region Gävleborg. Detta vårdprogram gäller för all hälso- och sjukvårdspersonal inom Länsenheten för Ätstörningar Länsäts hemsida samt dess remittenter och vårdgrannar. Riktlinjerna baseras på bästa tillgängliga evidens och beprövad erfarenhet. Vårdprogrammet ska följas för den absoluta majoriteten av patienterna. Undantag kan göras utifrån omsorgsfulla bedömningar. Detta ska då noggrant dokumenteras och motiveras i journalen.

2. Målgrupp

Vårdprogrammet omfattar barn och vuxna som enligt bilaga 1 uppfyller kriterierna för ätstörning. Klassificeringssystemet ICD-10 och det amerikanska systemet DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition) skiljer sig något åt. DSM-5 används för att erbjuda stöd i den psykiatriska diagnostiska processen genom bruket av bestämda kriterier. Koderna enlig ICD-10-SE är WHO:s internationella statistiska klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem och används vid dokumentering i Elvis och Melior.

De diagnoser som är aktuella i detta vårdprogram är enligt ICD-10-SE; F 50.0 Anorexia nervosa (AN), F 50.1 Atypisk anorexia nervosa, F 50.2 Bulimia nervosa (BN), F 50.3 Atypisk bulimia nervosa, F50.8 Andra specificerade ätstörningar och F50.9 Ätstörning, ospecificerad. För detaljerad definition av Länsäts målgrupp och information om kriterier, se bilaga 1.

Det är viktigt att så tidigt i vårdprocessen som möjligt för patientens säkerhet, utesluta potentiellt behandlingsbara somatiska orsaker till problematiken (t.ex. endokrint, onkologiskt eller neurologiskt orsakade symtom). Vissa somatiska tillstånd och sjukdomar ska särskilt finnas i åtanke vid differentialdiagnostiska överväganden och kräver specifik behandling. Se bilaga 2.

Behandling vid ätstörningsenheten erbjuds vid klinisk gräns för barn (Children´s Global Assessment Scale C-GAS 53 eller lägre). För vuxna görs en bedömning utifrån lidande och/eller försämrad funktion socialt, i arbete eller andra viktiga funktionsområden. Förutom kriterierna beskrivna i DSM-5 bör hänsyn tas till att debut av AN hos förpubertala barn skiljer ut sig på följande punkter:

- Uppfattar mera sällan allvarlighetsgraden i sin sjukdom.
- Uppvisar oftare ospecifika somatiska symtom.
- Har inte lika ofta en formulerad rädsla för viktökning eller för att bli tjock.
- En högre andel pojkar.
- Sällan kräkningar eller laxermedelsmissbruk.
- Har oftare gått ner i vikt snabbt och är mer medicinskt påverkade.

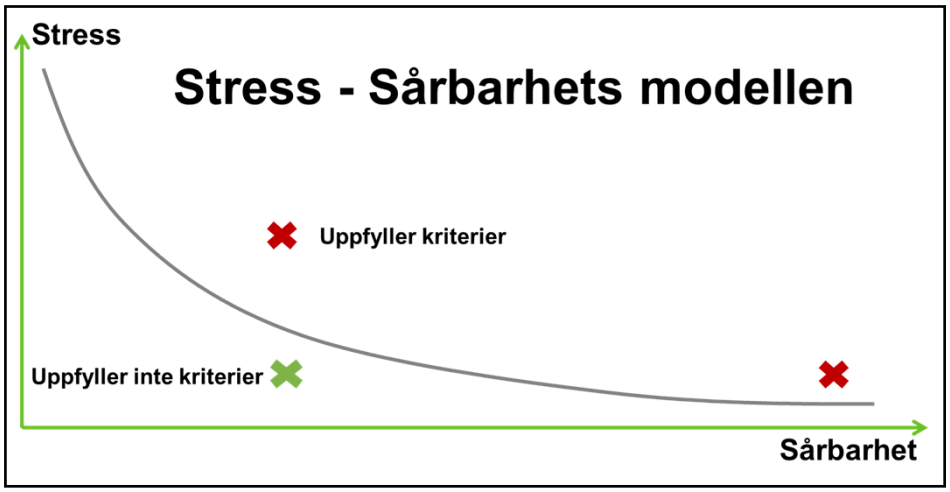
Patienter med BN har ofta svårt att berätta om sin hetsätning och kompensatoriska beteende. Nedan ges exempel på parametrar vid ätstörning som påvisar risk för försvårande sjukdomsförlopp.

Dessa behöver särskilt beaktas:

- Barn under 13 år med ätstörning eller misstänkt ätstörning (AN och BN).
- Barn och ungdomar under 16 år med:
  AN och låg vikt utan somatisk påverkan.
  AN och låg vikt eller snabb viktminskning.
  Allvarlig AN och somatiska komplikationer.
  Allvarlig somatisk eller psykiatrisk samsjuklighet.
- Ungdomar över 16 år och vuxna patienter med AN med påtaglig undervikt samt försämring senaste månaderna med somatiska komplikationer.
- BN med somatiska komplikationer.

2.1. Prevalens och orsaker

I Sverige räknar man att cirka 200 000 individer någon gång under livet drabbas av ätstörningar. Ätstörningar innebär ett mångårigt lidande för såväl den som drabbas som för anhöriga och är också potentiellt livshotande. Det finns påtaglig risk för andra medicinska komplikationer och för suicid. Det har visat sig att ätstörningar drabbar oberoende av kön, etnicitet, kroppsform, sexuell orientering eller socioekonomisk bakgrund. Både biologiska, psykologiska och miljömässiga faktorer samspelar, det vill säga ätstörningar ses som multifaktoriella. Komplexiteten gör att olika individer uppvisar olika behov och behöver mötas utifrån sin specifika problematik. Vid hög sårbarhet behövs mindre stress för att utveckla symtom och tvärtom. Se figur 1.

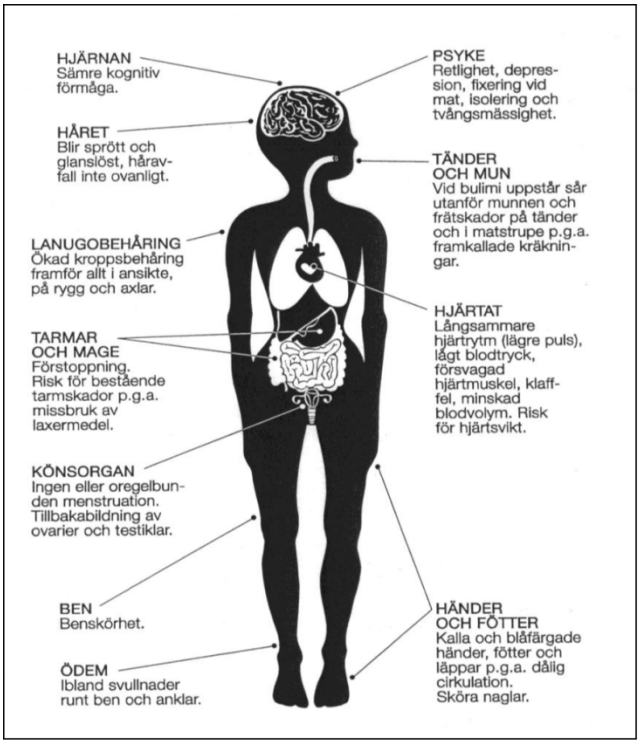


Figur 1: Stress-Sårbarhetsmodellen

Prevalensen för kvinnor i övre tonåren och yngre vuxenåldern som har anorexia nervosa (AN) beräknas enligt internationella studier ligga mellan 0,5 – 1 procent. Motsvarande för bulimia nervosa (BN) beräknas ligga mellan 1 – 2 procent. Ungefär 2 procent av befolkningen beräknas ha hetsätningsstörning. För män ligger incidensen på cirka en tiondel av kvinnornas. Hos cirka 10 – 12 % av patienter med ätstörningssjukdom blir tillståndet kroniskt.

3. Somatik

Ätstörningar tillhör gruppen psykiatriska diagnoser, men påverkar kroppen i allra högsta grad, framförallt vid allvarlig svält som kan ge livshotande kroppsliga tillstånd. Kräkningar och laxering vid bulimi kan också ge allvarlig kroppslig påverkan men oftast inte av livshotande karaktär. De flesta somatiska komplikationer har god prognos om patienten normaliserar sitt ätande och sin vikt inom några år.



Figur 2. Typiska kroppsliga symtom vid ätstörning AN
Illustratör: Jeanette Bornmarker Fixa

Typiska kroppsliga symtom vid ätstörning av anorektisk typ kan vara undervikt, menstruationsbortfall, sänkt ämnesomsättning, låg puls, lågt blodtryck, sänkt kroppstemperatur, håravfall, frusenhet, torr och sprucken hud, ökad behåring och muskelsvaghet. Många patienter med anorexi har mag-/tarmsymtom. Vid låg vikt och vid längre tids svält så sker via hypotalamus i hjärnan en kraftig hämning av hypofysens utsöndring av hormoner som styr äggstockarna. Äggstockarnas utsöndring av kvinnligt könshormon (östrogen) minskar då. Låga nivåer av östrogen innebär bland annat en risk för sköra slemhinnor och låg benmassa. När det gäller ätstörning av bulimisk art kan det dessutom förekomma rubbningar i salt- och vätskebalansen, svullna spottkörtlar, tandskador och mag- eller tarmkomplikationer. För ytterligare detaljerad information se Vårdprogram Ätstörningar Stockholm.

4. Förutsättningar - nivåstrukturerad vård

Vården för personer med ätstörning inom Region Gävleborg är nivåstrukturerad. Mindre resurskrävande insatser ska ges där detta är verksamt och på så vis uppnå lägsta effektiva omhändertagande nivå. Enligt nationella riktlinjer ska vårdlinjen följa principen om stegvis vård.

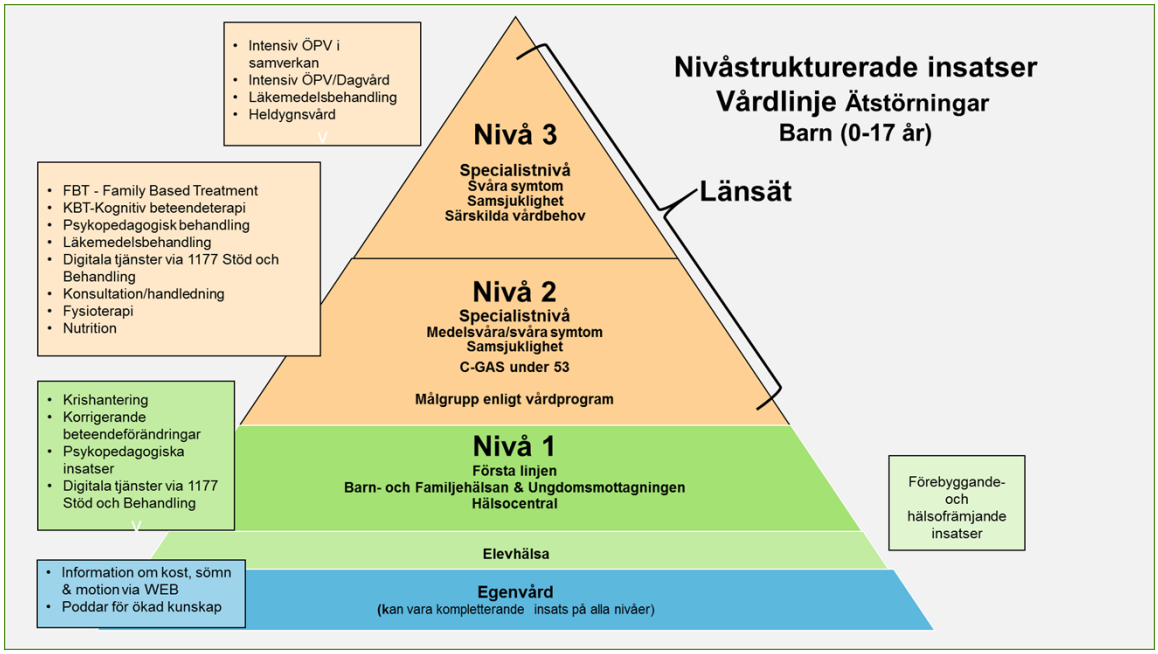
Cirka 10 procent av unga kvinnor rapporterar symtom på ätstörningar utan att nödvändigtvis uppfylla kriterierna för en ätstörningsidagnos. Det är viktigt att då inte i onödan psykiatrisera symtomen. Tidig upptäckt och insatt behandling är en av de viktigaste faktorerna för god prognos. Se Checklista tidiga tecken.

4.1. Egenvård

Egenvård är de åtgärder som den enskilde eller vårdnadshavaren själv kan vidta i syfte att påverka måendet positivt och är en grundläggande salutogen faktor. Individens förmåga till egenvård och självhjälp kan stärkas av lättillgänglig kunskap och information. Via Vårdguiden 1177 och Hälsa och livsstil - 1177 Vårdguiden kan man få bra information men även råd om sömnrutiner, kosthållning och struktur i vardagen. Via Länsäts hemsida kan man få lyssna på Poddar och se länkar till ökad kunskap och via Patientföreningen Frisk & Fri finns mycket stöd och information att få. Detta kan vara en kompletterande insats på alla nivåer.

4.2. Barn

I Arbets- och ansvarsfördelning för barn och ungdomars psykiska hälsa inom/mellan kommuner och Region Gävleborg beskrivs det gemensamma ansvaret för barn/ungdomar 0-17 år med psykisk ohälsa och deras vårdnadshavare. Detta konkretiseras i Samverkansrutin VO Familjehälsa och VO HABBUP. Principen för stegvis vård gäller. Se figur 3 nedan.

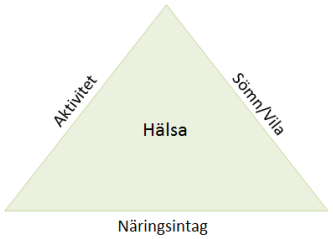


Figur 3. Nivåstrukturerade insatser för barn vid ätstörning.

Vårdlinjen startar alltså med de insatser som når många för att bli alltmer specialiserad för en specifik behövande grupp.
De primärkommunala aktörerna som har till uppgift att främja barns hälsa är mycket viktiga, t.ex. Socialtjänst och Elevhälsa.
Elevhälsan erbjuder förebyggande och hälsofrämjande insatser inom skolans ram. Grunden till god hälsa är att i den nära vardagliga miljön stötta barnet att få bra vanor gällande sömn, näringsintag och aktivitet.

4.2.1. Första linjen barn

Vid lindriga till lättare medelsvåra ätstörningsproblem erbjuds bedömning, psykoedukation och behandling inom första linjen. Att tidigt bryta destruktiva vanor och/eller tankemönster kan helt stoppa sjukdomsutvecklingen. Vid lindriga ätstörningar kan stödjande samtal hos Barn- och familjehälsan/ Ungdomsmottagningen vara tillräckligt. Trauma och kriser kan påverka ens ätbeteende och behandling/krishantering kan ge aptiten tillbaka. Psykopedagogiska insatser vid ätstörningsbehandling kan handla om allt från att ge patienten en realistisk bild av hur kroppens metabolism fungerar till att diskutera skeva kroppsideal i populärmedierna. Att kartlägga och tillsammans med patienten se vilka korrigerande beteendeförändringar som kan vara det första och viktiga steget, kan vara nog så god behandling.



Figur 4: De tre grundläggande parametrarna som påverkar vår hälsa

Att stegvis göra små förändringar i rätt riktning är rekommenderad behandling och utgår från att få balans i de tre komponenterna för god hälsa figur 4 ovan. Att normalisera ätandet i form av regelbundet och tillräckligt ätande är alltid första steget för att bli fri från en ätstörning och erhålla en normal vikt.

4.2.2. Specialistpsykiatri barn

Insatser på specialistnivå d v s nivå 2 och 3 i figur 3 erbjuds inom Länsenheten för ätstörningar.

Nivå 2: Vid medelsvår till svåra symtom med ett tydligt lidande, och/eller funktionsnedsättning, långvarig problematik (>6 mån), samsjuklighet eller omfattande debuterade symtom erbjuds patienten specialistvård. Se kapitel 9. Vid det första besöket görs ställningstagande till vårdnivå och fastställande av diagnos. Kvalitetsregistret Riksäts rekommendationer och kriterier är normerande. Utifrån behov erbjuds evidensbaserad behandling. Behandlingen individanpassas. Denna bedömning ligger sedan till grund för den fortsatta handläggningen. Den diagnostiska processen fortskrider sedan under hela vårdtiden och fördjupas vid behov.

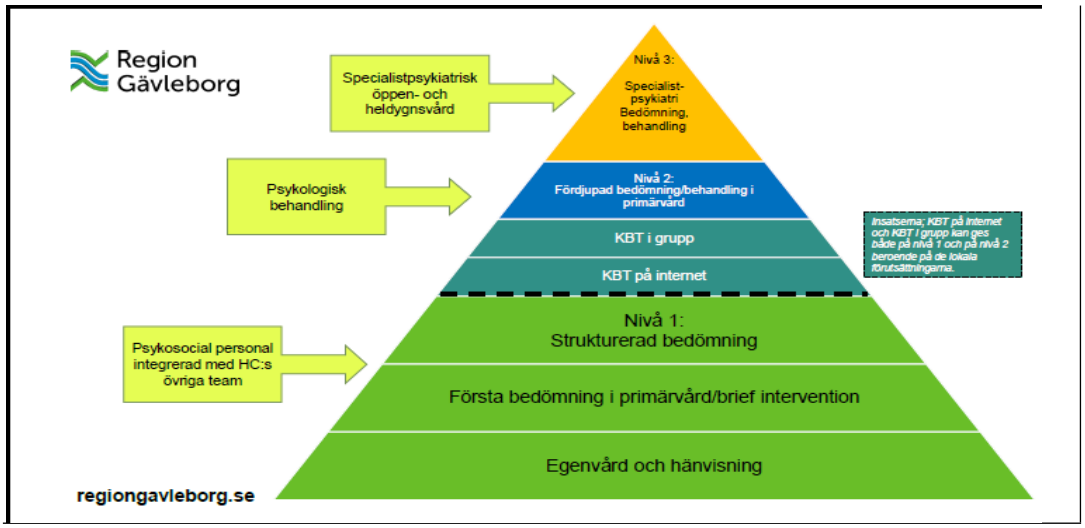
Nivå 3: Vid svåra symtom ofta med samsjuklighet och särskilda vårdbehov, t.ex. långvarig mycket låg vikt och/eller oförmåga att tillgodogöra sig föda till följd av ätstörningen, suicidintentioner eller annat som påverkar sjukdomsförloppet negativt, erbjuds intensiv öppenvård (ÖPV). Se kapitel 9.1.3 . När öppenvårdens resurser inte räcker till erbjuds heldygnsvård. Se kapitel 9.1.4

4.3. Vuxna

Ett vårdlinjearbete har genomförts utifrån vetenskaplig grund för att främja samverkan mellan primärvården och vuxenpsykiatrin med patientflödet i fokus. Syftet är att förbättra omhändertagande inom psykisk ohälsa och implementera vårdlinjer och beslutstöd för stegvis vård. Se Samverkan primärvård och vuxenpsykiatri - Vårdlinje och beslutstöd. Figur 5 nedan är framtagen av Vuxenpsykiatri och Primärvård i samverkan.

4.3.1. Primärvård Vuxna

Det är avgörande att ätstörningspatienter har tillgång till samma nära vård som övriga patienter med psykisk ohälsa för god vård inom regionen. På så vis skapas jämlik och lättillgänglig vård. Vårdprocessen på varje nivå konkretiseras i samverkansarbetet. Där beskrivs vad som ska erbjudas och vad som ska ingå i de olika momenten; bedömning och behandling för att uppnå en standardiserad vård.



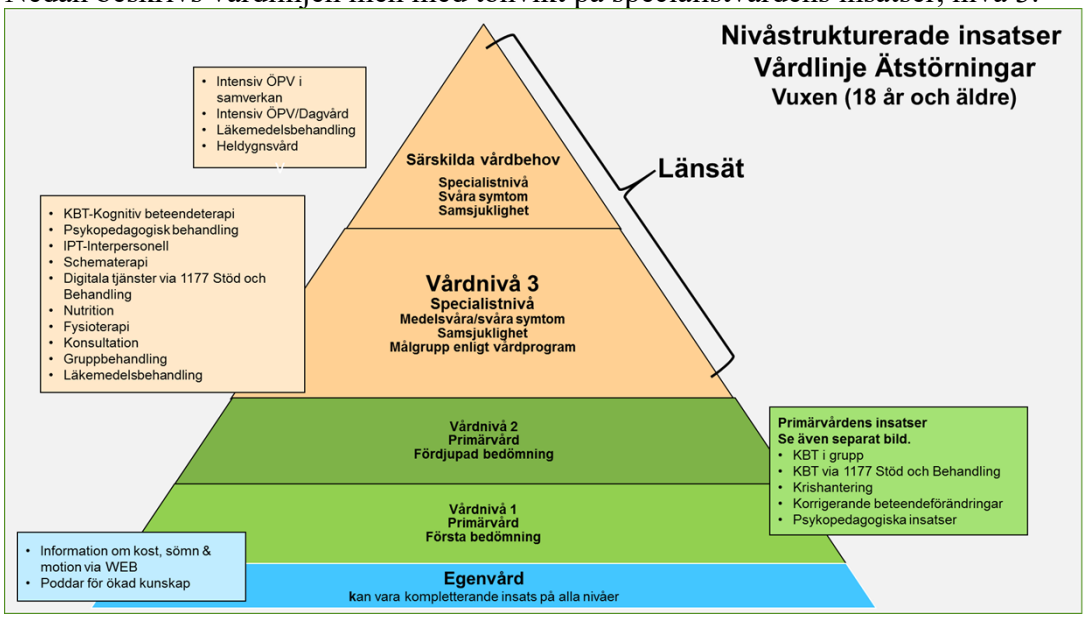
Figur 5: Schematisk modell för stegvis vård för primärvård och specialistvård vuxenpsykiatri.

Denna schematiska modell har tagits fram av primärvård och vuxenpsykiatri gemensamt och håller på att konkretiseras inom regionen i ett pågående projekt Stegvis vård.

Fem vårdnivåer har beslutats att ersätta dagens vårdstruktur. Vårdnivåerna är Digitala vårdmöten, Vårdrum med digital utrustning, Hälsocentral, Närsjukhus och Specialiserad sjukhusvård.

4.4. Specialistpsykiatri vuxna

Nedan beskrivs vårdlinjen men med tonvikt på specialistvårdens insatser, nivå 3.



Figur 6. Nivåstrukturerade insatser för vuxna vid ätstörningar.

Nivå 3: Specialistvård erbjuds vid medelsvåra till svåra symtom med ett tydligt lidande, och/eller funktionsnedsättning, långvarig problematik (>6 mån), samsjuklighet eller omfattande debuterade symtom. Se kapitel 2. Kvalitetsregistret Riksäts rekommendationer och kriterier är normerande. De patienter som kommer direkt utan kontakt med primärvården måste få tillgång till somatisk basbedömning i primärvården. Utifrån behov erbjuds evidensbaserad behandling. Behandlingen individanpassas.
Vid svåra symtom ofta med samsjuklighet och särskilda vårdbehov t.ex. långvarig mycket låg vikt och/eller oförmåga att tillgodogöra sig föda till följd av ätstörningen, suicidintentioner eller annat som påverkar sjukdomsförloppet negativt, erbjuds intensiv ÖPV. Se kapitel 9.1.3 . När öppenvårdens resurser inte räcker till erbjuds heldynsvård. Se kapitel 9.1.4.

5. Vårdbegäran

Vårdbegäran görs via e-tjänst, telefon eller genom remiss. Vid remiss ska det säkras att den är i skriven i samförstånd med den vårdsökande och att den innehåller adekvat underlag för att göra en bedömning av vårdbehov. För barn ska BUP:s standardiserade remissmall användas.
All egen vårdbegäran gällande barn ska ske via ett telefonnummer och genom telefonintervju med bedömningsinstrumentet Brief Child and Family Phone Interview (BCFPI), se rutin. Den sammanfattande bedömningen dokumenteras i journal. På detta sätt ska patientflödet säkerställas (triageras), så att vården genomförs på rätt nivå från början.

I hanteringen av ansvar- och arbetsfördelning för vuxna mellan Primärvården och specialistnivå används rutinen Samverkan Primärvård och VUP. För att säkerställa fullgott innehåll - följ rutin Remittering anvisningar VUP

För att tillgängligheten till vård ska vara så god som möjligt, ska remiss som bedöms ofullständig, eller ställd till fel vårdnivå, snarast skickas tillbaka med skriftlig motivering. Vid remissvar för barn används brevmall ”Remissvar BUH BUP” i Melior.
Om det framkommer tydliga tecken på snabbt insjuknande och stor risk för gravt patologiskt förlopp ska den vårdsökande snarast kallas till ett första bedömningsbesök. Om bedömning av vårdnivå och ställningstagande till diagnos skett inom vårdepisoden på BUP eller VUP kallas den vårdsökande direkt till behandlingsstart där screening för ätstörning sker.

6. Bedömning och utredning

Syftet med första besöket är säkerställande av vårdnivå och fastställande av diagnos och utifrån detta vårdplanera tillsammans med patienten (Se rutin vid första besök). Första besöket, ska ske inom 30 dagar för barn och ungdomar under 18 år och för vuxna inom 60 dagar analogt med övrig vuxenpsykiatri, från det att remissen skrevs. Vid det första besöket (F) ska bedömning göras om problematiken kräver vård på specialistnivå och om det finns behov av insatser eller fördjupad utredning.

Genom validerade instrument såsom strukturerat intervjuverktyg och skattningsskalor säkerställs kvaliteten på bedömning av vårdnivå och hälsotillstånd. Relevant information ska vägas samman och användas som underlag för vårdplanering tillsammans med patient och i förekommande fall med vårdnadshavare. Om behov av ytterligare kompetens framkommer ska läkare konsulteras. Vid hög eller svårbedömd suicidrisk, ska läkare alltid kontaktas för helhetsbedömning.

6.1. Patientlagen

All vård ska genomföras i överensstämmelse med Patientlagen. Vid vårdkontakt ska patienten få medicinsk bedömning och utifrån denna information om sitt hälsotillstånd (diagnos), de metoder som finns för undersökning, vård och behandling av detta, det förväntade behandlingsförloppet och möjligheten att välja behandlingsalternativ. Det är också lagstadgat att patienten ska informeras om vårdgaranti och vid vilken tidpunkt det bedöms att behandlingen kan startas, även vilka metoder som rekommenderas och kan erbjudas och vad det innebär i praktiken skall göras begripligt. Bemötandet ska stärka patientens ställning samt främja patientens självbestämmande och delaktighet. Hänvisa patient och i förekommande fall vårdnadshavare till 1177 Information patientlagen där det på lättbegriplig svenska och även flera andra språk, finns samlad information om vad patientlagen säger.

6.2. Barn

Den vårdbehövande kallas tillsammans med båda vårdnadshavarna till bedömning. Vid gemensam vårdnad gäller att kallelse går till folkbokföringsadress och att vårdnadshavare informerar varandra. Barnets inställning ska tillmätas betydelse utifrån aktuell ålder och mognad. En första diagnostik och bedömning görs genom följande:

1. Med utgångspunkt från vårdbegärans triageringsresultat (Se Rutin Beslutstöd BCFPI) eller aktuellt remissinnehåll, genomförs diagnostisk intervju M.I.N.I.-KID. Se Formulär MINI-KID Plexus Bokhyllan.

2. Strukturerad ätstörningsbedömning som säkerställer att följande områden har kartlagts:
   a. Ätbeteende och kognitiva symtom
   b. Medicinskt tillstånd
   c. Mätvärden
   d. Övrigt

   Följ bilaga 3 för frågestöd.

3. Säkerställ den preliminära funktionsnivåskattning Childrens global assessment scale(C-GAS) d v s skatta den lägsta nivå som beskriver fungerandet på ett hypotetiskt kontinuum av hälsa/sjukdom. Skattningsstöd C-GAS.

4. Riskbedömning enligt Vårdprogram Suicidprevention och Checklista Suicidprevention.

5. Om bedömaren uppmärksammar eller misstänker att barnet eller den unge far illa ska orosanmälan till Socialtjänsten göras enligt rutin Anmälan om barn som misstänks fara illa - Region Gävleborg och Anmälan Socialtjänst.

De olika parametrarna sammanvägs till en diagnos enligt ICD-10 som på bästa sätt beskriver hälsotillståndet och utifrån detta görs en vårdplan tillsammans med patient och vårdnadshavare.

6.3. Vuxna

För att garantera god bedömningskvalitet för vuxna används följande metoder:

1. Säkerställa att strukturerad diagnostisk intervju M.I.N.I. gjorts på basnivå Kunskapsstöd diagnostik M.I.N.I till basnivå och utgå från detta resultat i den fortsatta processen. Om inte det är gjort ska intervjun genomföras för att få fram specifika diagnoskriterier enligt ICD-10.SE. Följ instruktionerna och använd följande formulär se länk M.I.N.I.7.0 swe-SE.

2. För att ytterligare säkerställa diagnosunderlaget används genomgång av kriterierna enligt DSM-5. Patienten kan själv fylla i DSM-5 Självskattning av aktuella symtom Formulär och instruktioner finns på DSM-5 självskattning Instruktioner och på så vis göras delaktig i bedömningsprocessen.

3. Strukturerad ätstörningsbedömning som säkerställer att följande områden har kartlagts:
   a. Ätbeteende och kognitiva symtom
   b. Medicinskt tillstånd
   c. Mätvärden
   d. Övrigt

   Följ bilaga 3 för adekvat frågestöd.

4. Heteroanamnes, d v s fördjupad kartläggning av anamnes med anhörig, görs utifrån överenskommelse med patient.

5. Stöd och hjälp för utredning och diagnostik för vuxna Vårdprogram för diagnostik och utredning inom Vuxenpsykiatri.

6. Riskbedömning enligt Vårdprogram Suicidprevention och Checklista Suicidprevention och Vård av suicidnära patient Vuxenpsykiatri.

De olika parametrarna sammanvägts till en diagnos enligt ICD-10 som på bästa sätt beskriver hälsotillståndet och utifrån detta görs en vårdplan tillsammans med patient.

6.3.1. Fördjupad bedömning och utredning för barn och vuxna.

Första bedömningen ligger sedan till grund för den fortsatta handläggningen. Den diagnostiska processen ska dock fortskrida under hela vårdtiden och fördjupas vid behov. För ytterligare screening kan diagnosspecifika skattningsformulär användas. Om planerat vårdutfall inte uppnås ska fördjupad utredning och differentialdiagnostiska ställningstagande göras.

I första hand via läkarbedömning med följande innehåll:

- Ställningstagande till differentialdiagnostik och remiss för vidare somatisk/psykiatrisk handläggning.
- Ställningstagande till provtagning.
- Ställningstagande till medicinering.
- Fördjupad vårdplanering med patient.

I andra hand via Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (Kiddie-SADS) och/eller Structured Clinical Interview for Mental Disorders (SCID-II).

Vid misstanke om neuropsykiatrisk problematik gäller VO HAB/BUP:s utredningsrutin och för vuxna Vårdprogram för diagnostik och utredning inom Vuxenpsykiatri.

7. Vårdplan

Vårdplanen (KVÅ AU120) är i enlighet med Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) en skriftlig överenskommelse mellan vårdsökande, vårdnadshavare (för barn under 18 år) och vårdgivare. Planen omfattar prioritering, målsättning, insatser, ansvariga och uppföljning. Upprättandet av vårdplan gäller all hälso- och sjukvårdspersonal med självständigt behandlingsansvar inom enheten och samtliga insatser som ges inom verksamheten. För vuxna se Checklista vårdplan Vuxenpsykiatri.

8. SIP och Fast vårdkontakt

Parallella insatser från BUH/BUP/VUP/VUH kan ibland vara nödvändiga och även det mest effektiva tillvägagångssättet och därmed spara vårdresurser och lidande. Vid svår ätstörning i kombination med funktionsnedsättning, självskadebeteende, medelsvår eller svår suicidrisk, missbruk och allvarliga ångest- och depressionssymtom ska vårdplanen synkroniseras så att alla inblandade vårdenheter är överens om vem som gör vad. Det uppstår på detta sätt ett situationsanpassat team från berörda enheter som ger gemensamma insatser för den enskilde patienten. Vid behov av samordning mellan aktörer för att integrera insatser, tydliggöra ansvarsfördelningen och sätta gemensamma mål för patientens bästa ska samordnad individuell plan (SIP) användas se rutin Samordnad Individuell Plan samt hantering i Lifecare.

En fast vårdkontakt ska erbjudas (om det behövs eller om patienten själv begär det) när flera kompetenser, vårdnivåer, vårdgivare är involverade och behöver samordnas. Se för mer detaljerad information; Regionens rutin Fast vårdkontakt och Fast vårdkontakt lokal rutin.

När patient fyller 18 år och har fortsatt behov av specialistvård gäller Övergång vid 18 år från BUP till VUP.

9. Behandling

Tidig upptäckt, snabb bedömning och insatt behandling är en av de viktigaste faktorerna för god prognos och tillfrisknande. Detta är emellertid inte alltid så lätt då patienter kan vara påtagligt ambivalenta och omotiverade till förändring. Att bygga en förtroendefull relation med patienten är grunden för behandlingen, men även att förmedla hopp, och sätta gränser när utvecklingen går åt fel håll. Behandlingen bör skräddarsys för varje patient. Ofta behöver flera olika behandlingsinsatser samverka parallellt med flera enheter inblandade eller sekventiellt utifrån den enskildes behov.

Patienten kan behöva psykoterapeutisk behandling och omvårdnad, somatisk/farmakologisk behandling och nutritionsbehandling. Se figur 7.



Figur 7: Schematisk bild på de olika komponenterna vid ätstörningsbehandling.

För yngre barn med AN är familjeterapi den behandling som har bäst vetenskapligt stöd. Framförallt den formen som syftar till att återställa och stärka föräldraauktoriteten. Psykoterapeutisk behandling individuellt eller i grupp lämpar sig för patienter från övre tonåren och uppåt. Behandling med Kognitiv beteende terapi (KBT) och interpersonell terapi (IPT) har bäst stöd i evidens. Utgångsläget är att yngre barn alltid behandlas tillsammans med sina föräldrar. För äldre tonåringar gäller i mycket samma behandlingsprinciper som för vuxna. Det som gör att man tillfrisknar från en ätstörning är att ungdomen återvinner sin normalvikt. Snabb viktåterhämtning är en gynnsam faktor. För varje individ som påbörjar behandling vid Länsät används kvalitetsregistret Riksät. Detta för att säkerställa diagnostik och för att möjliggöra en systematisk uppföljning av ätstörningsvården. Kunskapscentrum för ätstörningar KÄTS rekommenderar Structured Eating Disorder Interview (SEDI) SEDI Formulär för utskrift.pdf även Eating Disorder Examination -Questionnaire (EDE-Q) och Clinical Impairment Assessment (CIA) kan användas för screening. På så vis följs behandlingens utfall upp. Alla behandlingar ska ske i samråd med läkare och vid behov läkarbedömning.

Ungefär 30 % av vuxna ätstörningspatienter har en samsjuklighet med personlighetsrelaterad grundproblematik/ personlighetsstörningar. Många patienter klarar inte av den sedvanliga behandlingen. Det finns beprövad erfarenhet av att icke-verbala behandlingsformer kan vara till god nytta. Nedan beskrivs de behandlingar som erbjuds vid Länsenheten för ätstörningar.

9.1. Digital vård

Den digitala vården är under uppbyggnad och för ätstörningsenhetens målgrupp innebär det vinster att kunna erhålla detta utökade utbud. Utbudet beskrivs nedan:

a. Guidad självhjälp via internet, som oftast bygger på KBTprinciper kan ge ett gott stöd för vad man som patient ska göra.

b. Behandlingen kan när det är lämpligt administreras via videosamtal. I dagsläget via Cisco Jabber Video for TelePresence eller Skype. Patientens samtycke ska inhämtas om kommunikationen sker via Skype. Bokningsbara rum, med möjlighet till internetbaserade samtal i realtid i patientens närhet, ska upplåtas så att Länsäts uppföljande samtal kan ske nära och tryggt i patientens hemmiljö.

c. Behandling via stöd och behandling via vårdguidens e-tjänster. Via plattformen 1177 Stöd och behandling (SoB) 1177 Stöd och behandling kommer manualbaserade och internetbaserade KBT- behandlingar administreras och psykopedagogiskt material distribueras. Detta kan ske via bilder, poddar och filmer, men även som chat. Mer information finns på Digital vård och Rutin internetbaserad vård och behandling.

d. Olika appar har utvecklats som ett stöd och kommunikationsalternativ i behandling. Det är viktigt att patientsäkerheten säkerställs och att vara lyhörd för patienternas behov.

9.2. Psykopedagogisk behandling (PPB)

All ätstörningsbehandling utgår från olika former av kunskapsöverföring. I många fall går detta att göra i gruppform eller via e-tjänster. Behovsprövade riktade gruppinterventioner bör erbjudas på alla vårdnivåer. Pedagogiska inslag är viktiga då det handlar om hur kroppen fungerar och hur hantera den mat som tillförs. Ett inslag kan vara pedagogiska måltider.

Som ett komplement till pågående specialistbehandling i öppenvård erbjuds Länsenhetens målgrupp en återkommande intensiv utbildningsvecka i grupp, vanligen 1-2 gånger per termin för vuxna patienter, se bilaga 4.
Patienter vid Länsenheten för ätstörningar kommer utifrån behov att erbjudas en gruppbaserad insats av psykopedagogiska insatser i syfte att bland annat påbörja ett regelbundet och tillräckligt ätande.

VO HAB/BUP har ett stort utbud av psykopedagogiska grupper som kan vara ett komplement till ordinarie behandling. Se hemsida för utbildningsutbud.

9.3. Omvårdnad

God allians och förhållningsätt som bygger på informationsteori och inlärningsprinciper är grundläggande vid all ätstörningsbehandling. Basal omvårdnad är den sammanhållande komponenten i behandlingen. Se bilaga 5 för ytterligare kunskapsstöd.

Vikt och vägning

Att väga är en viktig del i ätstörningsbehandlingen. Vid undervikt bör förväntad viktuppgång ligga på 500 – 1000 gram per vecka. Se även Vårdprogram Ätstörningar Stockholm.

9.4. Nutritionsbehandling

Alla patienter med ätstörning, oavsett specifik diagnos, har problem med sitt matintag och har behov av kostrådgivning eller nutritionsbehandling. Kostrådgivningen kan ske både enskilt och i grupp och ska baseras på Nordiska näringsrekommendationer 2012 (NNR)

Generella råd som kan ges vid ätstörning:

- Regelbunden måltidsordning med frukost, lunch, middag, två mellanmål samt ett kvällsmål.
- Uppläggning av maten enligt tallriksmodellen.
- Sträva efter ett allsidigt och varierat ätande.
- Att låta patienten föra Matdagbok/Självregisteringar kan vara ett bra stöd för att analysera sambandet mellan ätande, känslomässiga reaktioner och kompensatoriska beteenden.

Dietistens roll inom det multidisciplinära teamarbetet är att bidra med specifika nutritionsinsatser. Utifrån professionen ska stöd och handledning ges till patienter och närstående individuellt och i grupp. Alla patienter ska vid behov få individuellt anpassad nutritionsbehandling utifrån ålder, kön och aktivitet. Optimal nutritionsstatus är avgörande för att uppnå och behålla en hälsosam vikt samt säkerställa att växande barn- och ungdomar får en normal tillväxt. Informationsmaterial om kost och näringsbehov som är anpassade för patienter med ätstörningar är också en viktig del i nutritionsbehandling. Den information om kost och näring som ges på enheten, muntlig som skriftlig, ska vara enhetlig och förväntas följa referensvärden som finns i NNR.

Refeedingsyndrom: Ju lägre patientens vikt är desto högre är risken för refeedingsyndrom. Symtom på refeedingsyndrom är förhöjt blodtryck, ödem och krampanfall. Utan behandling kan tillståndet leda till koma och död. Genom att starta renutrieringen försiktigt, med förslagsvis 20 kcal per kroppsvikt och dygn för att sedan öka med 200 kcal var tredje dag, kan man undvika att fosfatdepåerna hastigt töms. I övrigt se även Rutin Ätstörningsproblematik Heldygnsvård .

9.5. Family-Based Treatment, FBT, Region Gävleborg

Det är viktigt att se föräldrarna som en resurs och inte som ett hinder. Föräldrarna har inte sällan tappat sin föräldraauktoritet då barnet har tagit över kontrollen av köket och matsituationen. För att lyckas i behandlingen blir det därför lika nödvändigt att stötta och hjälpa föräldrarna som att stötta och hjälpa den anorektiska patienten. Oftast sker detta familjevis men även enskilda samtal förekommer. Barn och yngre tonåringar bör initialt inte själva ta ansvar för maten. Om barnet inte är motiverat till behandling så måste motivationen och ansvaret att hjälpa barnet finnas hos föräldrarna.

Bakgrund
FBT (Family-Based Treatment/Familjebaserad behandling) är den behandlingsmetod som i dagsläget har bäst behandlingsresultat utifrån vetenskapliga rön vid tidig AN debut. Det finns ett begränsat forskningsutbud vad gäller FBT för ungdomar med BN men preliminära resultat är lovande.

Genomförande
Patient och vårdnadshavare får information om behandlingsmodell FBT. Därefter tar vårdnadshavare ställning till behandling. Om vårdnadshavare tackar ja till behandling görs en vårdplan och ärendet tas upp på nästkommande behandlingskonferens där ett team utses. Familjen får ett team bestående av en sjuksköterska och en socionom eller psykolog som fasta vårdkontakter. I teamet ingår även läkare, dietist och fysioterapeut. Det har visat sig att tidiga och kraftfulla insatser förbättrar behandlingsresultatet. Rekommendationen är därför oftast att barnet inledningsvis är hemma och avstår från all fysisk träning.

En viktig faktor för ett framgångsrikt behandlingsresultat är att båda föräldrarna, och/eller andra vuxna, som äter måltider tillsammans med barnet, deltar i behandlingen och är med vid besöken på enheten. I de fall extra stöd kring måltiderna är nödvändigt finns även möjlighet till dagvård på enheten, där barnet intar måltider tillsammans med föräldrar och behandlare.

Grundläggande principer
- Svält övertrumfar all annan problematik, som till exempel depression och ångest. Svält åtgärdas alltid först.
- Ingen vikt läggs vid orsakerna till sjukdomen. Fokus på vad som behöver göras, här och nu.
- Familjen är en resurs för att hjälpa ungdomen-inget skuldbeläggande vare sig på föräldrarna eller på ungdomen.
- Ätstörning är en allvarlig sjukdom och svår sjukdom, så svår att det nästan är omöjligt att besegra den på egen hand. De allra flesta föräldrar har förmågan att ta ansvar för viktåterhämtning och tillfrisknande på ett framgångsrikt sätt.
- Syskonen har en stödjande roll men de har inget ansvar.
- FBT är en teambehandling, nära samarbete mellan behandlande team, läkare och dietist.
- Externalisera sjukdomen- att skilja på sjukdomen och patienten. Det är ätstörningen som gör att ungdomen beter sig som den gör. Ungdomen är inte sjukdomen.
- Beteendeförändring är en verksam intervention när det gäller att minska ätstörningstankar.

Behandlingen genomförs i tre faser se bilaga 6.

9.6. Kognitiv beteende terapi (KBT)

Vid KBT används ett strukturerat upplägg och ett undersökande samarbete mellan terapeuten och klienten. Klienten informeras om arbetssättet, sedan kartläggs vad som utlöser problemen och vad som gör att de kvarstår.

Konceptualiseringen eller beteendeanalysen utmynnar i en behandlingsplan som provas och utvärderas under behandlingens gång. Hemuppgifter är en viktig del av behandlingen, där nya förhållningssätt testas och följs upp.

9.6.1. Cognitive Behavioral Therapy-Enhanced (CBT-E)

En anpassning av KBT har gjorts för ätstörningar i form av Cognitive Behavioral Therapy-Enhanced (CBT-E). I normalfallet räcker 20 sessioner för BN men i svårare fall som AN kan ytterligare 20 sessioner behöva läggas till. CBT-E är indelad i fyra faser. Initialt genomförs ett samtal för att engagera och motivera till förändring. I samtalet ingår att bedöma arten och svårighetsgraden av den närvarande psykopatologin; skapa en formulering av processer som upprätthåller ätproblemet, oftast i form av en kognitiv-beteendeinriktad modell över vidmakthållande av ätstörningar; förklara innehållet i behandlingen; etablera självregistreringar i realtid; betona vikten av hemuppgifter; summera sessionen och förbereda för nästa möte. De fyra faserna beskrivs nedan:

a) **Fas 1.** Denna fas består av sju sessioner. Fokus ligger på att normalisera matvanor, psykoedukation och visa på strategier som hjälper patienten att förstå sitt beteende. I session 1 är det väsentliga att hjälpa patienten till ökat engagemang och att ta sig an ätstörningen. Här återfinns också initierande av vägning som en del i behandlingen; uppföljning av självregistreringar och introduktion av den kognitiva-beteendeinriktade modellen. Här ingår psykoedukation och etablerande av ett regelbundet ätande i form av frukost, lunch och middag med mellanliggande mellanmål och ett kvällsmål. Sessionerna 2-7 sker tätare med två gånger per vecka i början för att öka verkningsgraden.

b) **Fas 2.** Denna fas består av sessionerna 8 och 9 vilka sker veckovis. Här ligger fokus på en noggrann bedömning av patientens framsteg men också eventuella hinder. Om det inte finns en tydlig symtomreduktion i form av att t.ex. hetsätningsbeteendet har upphört eller kraftigt reducerat, så ska analysen ses över och hinder för framsteg identifieras. I denna fas tar patient och terapeut också ställning till om den vidgade varianten av behandlingen ska införas. Den vidgade varianten tar även hänsyn till andra vidmakthållande variabler än de som utgör själva kärnan i ätstörningar. Det kan handla om klinisk perfektionism, mycket låg självkänsla, signifikanta svårigheter med emotioner och emotionsreglering samt interpersonella svårigheter. Den vidgade varianten ska inte införas lättvindigt utan kräver noggrann analys då det kräver mer av såväl patient som terapeut. Sessionerna behöver förlängas med cirka 15 minuter. Om patienten visar på goda framsteg vid den andra sessionen i denna fas blir nästa steg, fas 3.

c) **Fas 3.** Fas 3 innehåller åtta sessioner (10-17) som sker veckovis. Fokus ligger på patientens antagaganden, vidmakthållanden av problem och försvårande av förändring.

Även att sluta med all form av bantning och hjälpa patienten till att förbättra sina färdigheter i allmän och interpersonell problemlösning är viktiga komponenter. Fokus ligger också på att få ett annat förhållningssätt till sin kropp och utveckla en så kallad metakognitiv medvetenhet om ätstörningen. Patienten praktiserar nu sina färdigheter parallellt.

d) **Fas 4.** Här går behandlingen in i en avslutningsfas med tre sessioner (18-20) som sker varannan vecka. Patienten ska integrera behandlingen och förbereda sig att förhindra återfall, kunna hantera eventuella bakslag på egen hand efter avslutad behandling, men även ha en vidmakthållandeplan på saker som patienten ska prioritera och ha som rutin.

Se bilaga 8 för sammanfattning av målen och strategierna i CBT-E.

9.6.2. Schematerapi

Schematerapi är en form av KBT som används framförallt vid djupare personlighets- och relationsproblematik. Det är en innovativ terapiform som utvecklats för att behandla långdragna och komplicerade psykiska lidanden och problem. Den integrerar influenser från bland annat KBT, anknytningsteori och gestaltterapi till en sammanhållen behandlingsmodell. I schematerapin får patienten hjälp att kartlägga, förstå och bryta beteendemönster och livssammanhang och utmana sina dysfunktionella scheman**.**

9.7. Interpersonell psykoterapi (IPT)

IPT är en manualbaserad tidsbegränsad terapi som fokuserar på de interpersonella problem som kan ha gett upphov till patientens ätstörning. Behandlingen består av 16 sessioner och håller sig till här och nu fokus. Behandlingen går ut på att hjälpa patienten att skapa förändring i relationer som underhåller ätstörningen eller hindrar förändring av densamma.

9.8. Kreativa terapiformer

Det finns en beprövad erfarenhet att olika kreativa behandlingsformer kan vara till god nytta för att hjälpa patienten i en tillfrisknandeprocess. Metoderna kan lämpa sig både för patienter som är mycket verbala (teoretiserande) och för patienter som har svårt att verbalisera sina känslor och tankar. Med hjälp av konstterapier (bland annat estetiska tekniker, psykodrama) försöker man främja personlig utveckling och självinsikt hos patienter. Psykodrama är en behandlingsform som innebär att istället för att tala om en händelse så återskapas den i rummet i form av tydliga roller.

9.9. Fysioterapeutisk behandling

Vårdsökande med ätstörningar har oftast ett stort fokus på kropp, vikt och utseende. Många tränar intensivt och tvångsmässigt med syfte att förändra vikt och figur. Vid undervikt är det ofta nödvändigt att helt avstå från fysisk träning under en period, för att kroppen ska återhämta sig.
Mycket tid och energi läggs på att klämma och känna på kroppen och spegla sig.

Genom kroppsinriktad behandling kan patientens kroppsuppfattning verklighetsanpassas. Behandlingen utgår från patientens behov och ges både individuellt och i grupp. För att uppnå en ökad kroppskännedom används avspänning, massage och Basal Kroppskännedom (BK). Se Institutet för kroppskännedom för ytterligare information.

Behandlingen består av en individuell kombination av följande komponenter:

- Basal kroppskännedom (BK): medveten närvaro i vila och rörelse, återskapa balansen i kroppen, frigöra andningen.
- Anpassad fysisk träning Stresshantering. Ångest/oro hantering
- Medicinsk yoga, Avspänningstekniker
- Info om anatomi och fysiologi
- Figurskattning. Omfångsskattning
- Ritövningar
- Behandling/bedömning av smärta/skador

9.10. Läkemedel

Farmakologisk behandling av ätstörningar, medicinering som enskild behandlingsinsats har litet vetenskapligt stöd. Detta gäller främst för barn och unga med ätstörningar. Psykofarmaka har inte visat någon tydlig effekt på kärnsymtomen vid Anorexia Nervosa, mer forskning behövs (The American Association of Colleges of Pharmacy, AACP). Beprövad klinisk erfarenhet visar däremot att psykofarmaka kan vara effektiva som komplettering vid svår och långvarig AN samt vid psykiatrisk samsjuklighet.

Några små studier har visat att låga doser av atypiska antipsykotiska läkemedel (olanzapin, risperidon och quetiapine) kan ha positiv effekt på viktåterhämtningen och tankarna associerade med maten. Noggrann klinisk bedömning och övervägande av för- och nackdelar, regelbunden uppföljning var tredje månad av effekten och biverkningarna, inklusive provtagning är viktigt. Medicinen ska sättas ut så fort behovet inte kvarstår.

Vid komorbiditet med depression, ångest eller tvångssyndrom kan det bli aktuellt med medicinering med SSRI (Selective serotonin reuptake inhibitor), där Fluoxetin rekommenderas som förstahands preparat. Man måste ta hänsyn till att SSRI preparat icke är effektiva om patienten är i svält. Om ångesten är så förhöjd i samband med måltiderna att ångestlindring behövs, kan utifrån noggrann bedömning och från fall till fall, Lergigan och Atarax användas för kortvarig ångestreduktion med god effekt.

Fluoxetin är godkänd hos FDA (United States Food and Drug Administration) för behandling av vuxna med BN. Hos ungdomar med BN har medicinen också visat sig vara effektiv, dock har KBT visat sig mer effektiv. Fluoxetin rekommenderas till patienter som inte har fullständig effekt av KBT. Dosen är högre än vid depression.

Förstoppning kan vara aktuell för behandling med läkemedel som Movicol. För ytterligare detaljerad information om läkemedel var god se FASS.

9.11. Intensiv öppenvård

Vid svåra symtom ofta med samsjuklighet och särskilda vårdbehov, t.ex. långvarig mycket låg vikt och/eller oförmåga att tillgodogöra sig matintag till följd av ätstörningen eller annat som påverkar sjukdomsförloppet negativt, kan intensiv öppenvård erbjudas. Vårdkontakten intensifieras och kan ges mer frekvent för att vända förloppet. För mer precist innehåll för vuxna se bilaga 4. Kontakt via Skype kan möjliggöra att patienten praktiskt kan ha en tätare kontakt med behandlaren. Utifrån patientens behov kan dagvård erbjudas. Det kan innebära t ex intensiv matträning i därför anpassad miljö. Långväga patienter har möjlighet till boende på patienthotell.

9.12. Heldygnsvård

Behandling i heldygnsvård/slutenvård kan bli nödvändig vid grav undervikt eller vid snabb viktminskning. Har patienten dessutom elektrolyter i obalans eller totalt vägrar att äta och dricka ökar indikationen för inläggning. För vuxna patienter i behov av psykiatrisk heldygnsvård erbjuds detta på avd. 27 Gävle sjukhus eller avd. 10 Hudiksvalls sjukhus.

För barn gäller att heldygnsvård ges i första hand vid barnmedicinsk avdelning 107 B, Gävle sjukhus. Vid psykiatrisk samsjuklighet/självskadebeteende/ risk för suicidalitet ges heldygnsvård vid avd. 25 Gävle sjukhus. Se även Slutenvård i samverkan BUP och VUP.

För beskrivning av heldygnsvårdens vårdflöde och basutbud, se rutinerna Rutin Ätstörningsproblematik Heldygnsvård, Rutin heldygnsvård och Slutenvård inläggning**.** För vuxna gäller Rutin Heldygnsvårdens vårdflöde och basutbud. Se även bilaga 7.

Vid enstaka tillfällen kan det bli nödvändigt att använda tvångsvård enligt LPT- Lagen om psykiatrisk tvångsvård; SFS 1991:1128 . Det gäller framför allt patienter med anorexia nervosa som är gravt undernärda och där det föreligger medicinsk fara. Tvångsvård kan endast tillämpas om patienten motsätter sig frivillig vård. Tvångsvård är framför allt aktuellt om patienten vägrar att inta föda och man tvingas att ge sondnäring. Viktigt att sondmatningen ändå sker i största möjliga samförstånd med patient och vårdnadshavare. Se även Ventrikelsond och sondmatning för mer praktiskt stöd.
Det är alltså mycket viktigt att också med dessa patienter så snart som möjligt skapa en god arbetsallians och motivera patienten till frivillig vård.

När den reguljära öppen-och slutenvårdens möjligheter att hjälpa patienten är uttömda kan köpt vård övervägas. För barn gäller Rutin köpt vård och Konsultationsgruppen rutin och för vuxna d v s VUP:s patienter gäller rutin Köpt vård VUP.

10. Identifierade utvecklingsfrågor

Under arbetet med detta vårdprogram har det framkommit vissa frågor/områden som bör vara föremål för fortsatt förbättringsarbete.

1. Fortsatt och intensifierad samverkan Primärvård och Specialistnivå runt vuxna patienter med ätstörningar. Detta för att säkerställa att de erhåller insatser i samklang med beslutad vårdlinje och beslutstöd för stegvis vård.

2. Behov av att konkretisera samverkansformer och parallella insatser vid samsjuklighet på ett standardiserat sätt.

3. Specialistvårdens mobila team bör utveckla samverkan med Länsät där behandlarna kan erbjuda konsultativa insatser för de mobila teamen i syfte att förhindra inläggning i slutenvård och underlätta vid utskrivning till hemmiljön.

4. I dagsläget får barn och unga under 18 år som är i behov av heldygnsvård ofta flytta till annan vårdenhet mitt under behandling. Den vårdbehövande behöver tillförsäkras vård som ges utifrån kontinuitet och närhetsprincip. En översyn bör därför göras för att synkronisera och revidera rutiner och överenskommelser så att ett evidensbaserat basutbud vid heldygnsvård för unga patienter med ätstörning kan ges. Rutiner och riktlinjer bör vara samstämmiga och stödja trygg och säker vård. Den ska vara tydligt strukturerad och hålla över tid utifrån patientens behov, oavsett ålder och geografisk hemort. I Rutin Ätstörningsproblematik Heldygnsvård beskrivs en heltäckande god vård som kan vara utgångspunkt för förbättringsarbetet.

5. Identifiera behov och utveckla olika gruppbaserade behandlingar.

11. Kvalitetssäkring och uppföljning

Länsenheten för ätstörningar medverkar och använder sig av det nationella kvalitetsregistret Riksät som är en lättillgänglig och välfungerande basmodul för kvalitetssäkring på ätstörningsområdet. Huvudsakligt syfte är att utgöra en grund för systematisk uppföljning av ätstörningsvården, dess metoder och resultat samt patienttillfredsställelse. Det är frivilligt att medverka i för patienterna. Mer i detalj innebär det att dokumentera:

- Kliniskt väsentlig information för att kunna beskriva och subgruppera patienterna
- Kliniskt viktiga nyckeltal, till exempel vänte- och behandlingstider
- Typ av behandlingsinsatser, för att bland annat kunna fastställa efterlevnad av kliniska riktlinjer
- Utfall av behandlingen, såväl behandlar- som patientskattat
- Patienternas upplevelser av och tillfredsställelse med behandlingen

Informationen i registret ska vara ett underlag för kvalitetssäkring, kliniskt förbättringsarbete och verksamhetsstyrning. Den ska också göra det möjligt att longitudinellt följa den svenska ätstörningsvården.
Det gäller sådant som förändringar i behandlingsincidens, case mix, typ och omfattning av behandlingsinsatser, behandlingsutfall och behandlingstillfredsställelse.

12. Dokumentinformation

På uppdrag av verksamhetschef Kristina Lingman VO HAB/BUP har Per Lindberg Leg. Psykoterapeut/Vårdenhets chef och Elisabeth Präntare Leg. Psykoterapeut/Vårdutvecklare författat detta vårdprogram. Medarbetarna vid Länsät har bidragit med sin kunskap och erfarenhet.

Under framtagande av dokumentet har remissförfarande genomförts 2018-07-18 till 2018-08-31. Följande personer har deltagit:

Elin Rosengren	Verksamhetschef VO VUP
Maarit Wirkkala	Medicinsk rådgivare, Överläkare
Börje Svensson	Chefsläkare Primärvård
Monica Lundqvist	Överläkare VUP
Elisabet Mickelsson	Processledare Ledningsstöd Region Gävleborg
Desislava Ivanova-Genova	Specialistläkare Barnpsykiatri
Bob Persson	VEC BUP Bollnäs
Björn Augustsson	VEC BUP Södertull
Malin Westeråker	Leg. Psykolog och Teamledare BUP Södertull
Helena Sothell	Teamledare BUP Södertull
Lena Lundahl	VEC BUP Gula villan
Stefan Nybom	VEC BUP Hudiksvall
Amber Cook	Kurator BUP Hudiksvall
Jessica Vilhelmsson	VEC BUH Hälsingland
Agneta Danielsen	VEC BUH Gästrikland
Marlene Huoman	Kvalitetssamordnare
Jennifer Wellin	Vårdutvecklare VO Familjehälsan
Renata Kostrzewska	Leg. Psykolog Länsät
Carmen Patrascu	Leg. Psykolog Länsät
Helena Thorberg	Socionom Länsät
Ann-Sofie Nordenmark	Leg. Sjuksköterska Länsät
Pia Krantz	Medicinsk sekreterare Länsät
Thomas Norberg	Socionom Länsät
Ingrid Olsson	Socionom Länsät
Monica Sjödin	Leg. sjuksköterska Länsät
Emma Wennerberg	Socionom Länsät
Britt-Marie Isberg	Skötare Länsät
Marie-Louise Eklund	Sjukgymnast Länsät
Maria Eriksson	Dietistenheten
Vårdenhetschefer	Primärvård

13. Referenser och bilagor

Dokument	Plats
Patientlag SFS 2014:821	WEBB
Hälso och sjukvårdslag SFS 2017:30	WEBB
LPT- Lagen om psykiatrisk tvångsvård; SFS 1991:1128	WEBB
Vårdprogram Suicidprevention	Platina ID nr 09-179 748
Checklista suicidriskbedömning	Platina
Socialtjänstanmälan VO HAB/BUP	Platina ID nr 09-266 06
Bokhyllan	Plexus
Anmälan om misstanke om barn far illa Blankett	Platina ID nr 09-983 72
Heldygnsvården vårdflöde och basutbud VUP	Platina ID nr 09-74697
Drogscreening	Platina ID nr 09-969 50
Rutin internetbaserad vård och behandling	Platina ID nr 09-299 557
Sömnhygien	Platina ID nr 09-250 994
Vårdprogram Ätstörningar Stockholm	WEBB
Övergång vid 18 år från BUP till VUP	Platina ID nr 09-344 79
Slutenvård inläggning	Platina ID nr 09-390 98
Samverkan Primärvård och VUP	Platina ID nr 09-110 960
Remittering anvisningar VUP	Platina ID nr 09-546 74
Kunskapscentrum för Ätstörningar KÄTS	WEBB
Nationellt kliniskt kunskapsstöd	WEBB

Referenser

Clinton, D. & Norring, C. (2002). *Ätstörningar: bakgrund och aktuella behandlingsmetoder.* Stockholm: Natur & Kultur.

Fairburn, C. (red.) (2008). *Cognitive behavior therapy and eating disorders.* New York: Guilford Press.

Lock, J. & Le Grange, D. (2013). *Treatment manual for anorexia nervosa. Second edition. A Family-based approach.* New York: Guilford Press.

Van Der Ster, G. (2009). *Mattillåtet: praktisk vägledning för dig som har en ätstörning.* Linköping: Randi förlag.

Wallin, U., Af Sandeberg, A.-M., Nilsson, K. och Linne, Y. (2015). Ätstörningar - kliniska riktlinjer för utredning och behandling. *Svensk psykiatri nr 16. Svenska psykiatriska föreningen och Gothia fortbildning.*

Öst, L.-G. (red.). (2006, 2013). *KBT inom psykiatrin. Andra reviderade och utökade utgåvan.* Stockholm: Författarna och Natur & Kultur.

Tabell 1: Diagnoser enligt ICD-10-SE och DSM-5 **Bilaga 1**

F 50.0 Anorexia nervosa	En störning som karakteriseras av avsiktlig viktnedgång, framkallad och vidmakthållen av patienten själv. Störningen uppträder oftast hos tonårsflickor och yngre vuxna kvinnor men även tonårspojkar och yngre vuxna män kan drabbas, liksom barn strax före puberteten och kvinnor fram till menopaus. Störningen är kopplad till en specifik psykopatologi, där förändrad kroppsuppfattning dominerar. Rädslan för fetma och övervikt blir en övervärdig idé och patienten strävar efter en låg kroppsvikt. Undernäring av varierande svårighetsgrad förekommer ofta, med sekundära endokrina och metaboliska rubbningar samt störda kroppsfunktioner.	**Anorexia nervosa**	A. Otillräckligt energiintag i förhållande till behoven vilket medför en signifikant låg kroppsvikt med beaktande av ålder, kön, tillväxtkurva och kroppslig hälsa. Med signifikant låg kroppsvikt avses en vikt som understiger lägsta normalnivå, eller, för barn och ungdomar, understiger den lägsta normalt förväntade kroppsvikten. B. Intensiv rädsla för att gå upp i vikt eller bli tjock, eller ett ihållande beteende som motverkar viktökning, trots att personen är klart underviktig. C. Störd kroppsupplevelse med avseende på vikt eller form, självkänslan överdrivet påverkad av kroppsvikt eller form, eller förnekar ihärdigt allvaret i den låga kroppsvikten. Specificera form: Med självsvält: Under de senaste 3 månaderna inga upprepade episoder med hetsätning eller självrensning (d v s självframkallande kräkningar eller missbruk av laxermedel, diuretika eller lavemang). Det avser en klinisk bild som utmärks av att viktminskning främst åstadkoms genom diet, fasta och/eller överdriven motion. Med hetsätning/självrensning: Under de senaste 3 mån upprepade episoder med hetsätning eller självrensning (d v s självframkallade kräkningar eller missbruk av laxermedel, diuretika eller lavemang).
F 50.1 Atypisk anorexia nervosa	Störningar som uppfyller några av kriterierna för anorexia nervosa men där den samlade kliniska bilden inte helt uppfyller vad som krävs för diagnos enligt F50.0. Exempelvis kan symtomen, såsom amenorré eller stark rädsla för fetma, saknas trots kraftig viktnedgång och viktreducerande beteende.	**Atypisk anorexia nervosa**	Samtliga kriterier för anorexia är uppfyllda med undantag för att personens kroppsvikt ligger inom eller över normalintervallet trots signifikant viktnedgång.

F 50.2 Bulimia nervosa	Syndromet karakteriseras av återkommande hetsätningsepisoder samt överdriven upptagenhet med viktkontroll som leder till ett mönster av hetsätning som följs av kräkning eller bruk av laxantia. Denna störning delar många psykologiska faktorer med anorexia nervosa, bl. a en överdriven oro för kroppens utseende och vikt. Upprepade kräkningar medför ofta elektrolytrubbningar och fysiska komplikationer. Det finns ofta, dock ej alltid, en anamnes på någon episod med anorexia nervosa månader eller år tidigare.	**Bulimia nervosa**	A. Upprepade episoder av hetsätning. En sådan episod kännetecknas av både kriterium (1) och (2): 1. Personen äter under en avgränsad tid (t ex inom 2 timmar) en väsentligt större mängd mat än vad de flesta personer skulle äta under motsvarande tid och omständigheter. 2. Personen tycker sig ha förlorat kontrollen över ätandet under episoden (t ex en känsla av att inte kunna sluta äta eller kontrollera vad eller hur mycket man äter). B. Upprepade olämpliga kompensatoriska beteenden för att inte gå upp i vikt, t ex självframkallade kräkningar; missbruk av laxermedel, diuretika eller andra läkemedel; fasta; eller överdriven motion. C. Både hetsätningen och de olämpliga kompensatoriska beteendena förkommer i genomsnitt minst en gång i veckan under 3 månader. D. Självkänslan är överdrivet påverkad av kroppsform och vikt. E. Symtomen förekommer inte enbart under episoder av anorexia nervosa.
F 50.3 Atypisk bulimia nervosa	Här klassificeras ätstörningar som uppfyller några av kriterierna för bulimia nervosa men där den kliniska bilden som helhet inte ger fog för diagnosen. Exempelvis episoder med hetsätning och överförbrukning av laxermedel utan signifikant viktförlust eller kan den typiska överdrivna oron för figuren och vikten saknas.	**Atypisk bulimia nervosa**	Samtliga kriterier för bulimia nervosa är uppfyllda med undantag för att hetsätandet och de olämpliga kompensatoriska beteendena i genomsnitt inträffar mer sällan än en gång per vecka och/eller under kortare tidsperiod än 3 månader.
F50.8 Andra specificerade ätstörningar	Psykogen aptitförlust	**Andra spec. ätstörningar**	Kan användas då klinikern väljer att beskriva de specifika skälen till att kriterierna för någon av de spec. ätstörningsdiagnoserna inte uppfylls.
F50.9 Ätstörning, ospecificerad		**Ospec. ätstörning**	Kliniska bilden präglas av symtom på en ätstörning och orsakar kliniskt signifikant lidande eller försämrad funktion socialt, arbete eller andra viktiga funktionsområden men kriterierna är inte helt uppfyllda för någon av de spec. diagnoserna.

Bilaga 2

Tillstånd och sjukdomar att ha i åtanke vid differentialdiagnostik

Det är viktigt att så tidigt i vårdprocessen som möjligt för patientens säkerhet, utesluta potentiellt behandlingsbara somatiska orsaker till problematiken (t.ex. endokrint, onkologiskt eller neurologiskt orsakade symtom). Nedanstående sjukdomar ska finnas i åtanke som somatiska differentialdiagnoser:

- Hypertyreos
- Diabetes mellitus
- Binjurebarksinsufficiens (Addison)
- Hypofysinsufficiens
- Inflammatorisk tarmsjukdom
- Celiaki
- Hjärntumör
- Allvarlig infektionssjukdom
- Gastro/esofagal reflux

Nedanstående tillstånd ska finnas i åtanke vid differentialdiagnostika övervägande och kräver specifik behandling:

- Somatiskt orsakad **dysfagi (sväljproblem).** Basutredning inom Primärvård för ställningstagande till vidare handläggning inom somatiken. Orsaker till tillståndet kan vara mycket olika och komplexa.
- **Kräkfobi eller Emetofobi** är en överdriven rädsla för att kräkas och räknas till fobiska tillstånd. De handhas inom primärvård om symtomen är lindriga till medelsvåra. Rekommenderad behandling är KBT. Svåra tillstånd/ångestsyndrom med samsjuklighet, stort lidande och/eller tydlig funktionspåverkan ska handhas av BUP och VUP.
- **Ortorexi** är ett begrepp som närmast kan betraktas som ett livsstilsfenomen. Det handlar om en person som är överdrivet fixerad vid att äta rätt och hälsosamt. Ortorexi är inget sjukdomsbegrepp och ingår inte i ätstörningsdiagnoserna.
- **Hetsätningsstörning** har likheter med Bulimia nervosa men vid hetsätningsstörning föreligger inte upprepade olämpliga kompensatoriska beteenden. Hetsätningsstörning handhas inom Primärvården.
- **Undvikande/restriktiv ätstörning s k ARFID** är en form av ätstörning med bristande intresse för mat eller för att äta mat. Individen uppvisar en ihållande oförmåga att i tillräckligt grad tillgodose kroppens behov av näringsämnen och energitillförsel. Inget talar för att det föreligger en störd kroppsuppfattning med avseende på vikt eller form. Diagnosen handhas inom Primärvården eller somatisk specialistvård.
- **Pica** personen har vid upprepade tillfällen under minst 1 månads tid ätit materia som saknar näringsinnehåll och är otjänlig som människoföda.
- **Idisslande** (under minst 1 månads tid stöts maten vid upprepade tillfällen upp. Sen kan barnet tugga om maten, svälja ned den igen eller spotta ut den.

Bilaga 3

1 Strukturerad ätstörningsbedömning

- **Ätbeteende och kognitiva symtom**
  - Matanamnes: Vad äter patienten? Var äter patienten? Med vem/vilka? Vem lagar/gör maten? Äter patienten fort eller långsamt? Hur äter patienten (petar, skär i småbitar, äter med sked, hetsäter)?
  - Hur känns det innan, under och efter måltid?
  - Vem/vilka kan hjälpa till? Hur vill patienten få hjälp t.ex. vid matsituationen och på vilket sätt?
  - Hur mycket äter patienten under en dag? Utesluter patienten något, t.ex. kolhydrater och/eller fett?
  - Speciell diet? Är patienten vegetarian eller vegan?
  - Hur mycket dricker patienten? Vad?
  - Fysisk aktivitet. Tränar patienten? Vad? Hur ofta och i vilket syfte?
  - Har patienten mycket tankar på sin vikt och/eller figur? Rädsla för viktuppgång?
  - Ångest i samband med måltid.
  - Kompensatoriska beteenden så som kräkningar, motion, fasta eller laxermedel?

Registreringshjälpmedel av ätbeteende såsom t.ex. Matdagbok och Matdagbok 1177 underlättar faktainsamlandet.

- **Medicinskt tillstånd,** där det primära är att bedöma svältpåverkan, men även effekter av hetsätningar och kompensatoriska beteenden som kräkningar.
  - Andra sjukdomar eller allergier.
  - Aktuell medicinering, vårderfarenhet, vilken HC patienten tillhör och om det finns familjeläkare.
  - Har patienten annan pågående behandling?
  - Senaste provtagning och hälsoundersökning? Annan sjukdom?
  - Sexualitet: Har patienten (om kvinna) regelbundna menstruationer, äter p-piller eller annat? Förhållande? Hur ser patienten på sin utveckling?
  - Frågor kring hud, hår, naglar, slemhinnor, munhåla, tänder, svalg, mage, förstoppning (hur sköter patienten magen), kissar/dygn, bröstsmärtor, yrsel, huvudvärk, illamående, finns svullna ben, trötthet, sömn, stickningar/domningar ben och tår, blåmärken samt frusenhet/cirkulation.

- **Mätvärden**
  - Vårdnadshavare till patient ombeds att ta med kopia av vikt och längdkurva till bedömningssamtalet.
  - Patientens vikt när problematiken startade.
  - Vikt. Hur snabb viktnedgång.

- Blodtryck, puls, och temp**.** Vid bedömning av pulsen ska man väga in att normal vilopuls är hög hos barn och högre ju yngre barnet är.
- Längd och noggrann anamnes kring längdtillväxt och tidigare utveckling.
- Längd på föräldrar.

- **Övrigt**
  - Hereditet.
  - Barnets tidigare utveckling, småbarnsåren och skolåldern.
  - Hur ser den sociala situationen ut? T.ex. familj, kamratrelationer, föreningsliv eller andra intressen?
  - Hur klarar patienten skola eller arbete?

Bilaga 4

Intensiv utbildningsvecka i grupp för vuxna.

Som ett komplement till pågående specialistbehandling i öppenvård erbjuds Länsenhetens målgrupp en återkommande **intensiv utbildningsvecka** i grupp, vanligen 1-2 gånger per termin.

Den är uppbyggd enligt följande:

Mål:

- Att ge deltagarna fördjupade kunskaper om ätstörningar, dess uttryck och orsaker.
- Hur sjukdomen yttrar sig kroppsligt och hur tankar, känslor och beteenden påverkas.
- Att inge hopp om att det går att bli frisk från sjukdomen.
- Att ge deltagarna kunskaper, redskap och motivation till förändring och därmed förhindra ytterligare försämring i sjukdomen samt bidra till ett tillfrisknande.

Utförande:

- Den intensiva utbildningsveckan sker i grupp med 6-7 deltagare. Den innefattar 5 heldagar under en och samma vecka.
- Programmet följer ett schema med olika föreläsningar och övningar.
- Gruppen äter måltider tillsammans under ledning av behandlare.

Kostnad:

- Patientavgiften gäller, 200 kr/dag. Frikort gäller. Måltiden ingår i patientavgiften. För den som arbetar finns möjlighet till förebyggande sjukskrivning denna vecka.
- Ett informationstillfälle erbjuds för anhöriga under veckan.

Bilaga 5

Kunskapsstöd – i kontakten

- Försök få patienten att våga uttrycka sig och sina funderingar.
- Tänk på att anpassa språket efter patientens förutsättningar.
- Mycket teoretisk information vid samma tillfälle kan vara svårt för patienten att ta till sig. Det är bra att situationsanpassa den kunskap man vill förmedla.
- Försök visa att du förstår patientens dilemma, där hon å ena sidan är trött på ätstörningens negativa effekter, å andra sidan kanske inte vet hur hon ska ta sig ur sin situation.
- Informera om hur man som behandlare tänkt arbeta för att hjälpa patienten förändra sitt ätbeteende. Berätta också vilka övriga behandlare patienten kan komma att träffa under behandlingen.
- Förmedla vikten av ömsesidig ärlighet t.ex. näringsinnehåll, matmängd, viktuppgång etc.
- Understryk patientens ansvar för att ta sig ur ätstörningen, där behandlaren får rollen som coach. Detta för att patienten inte ska fastna i ett regressivt motstånd mot förändringarna.
- Identifiera situationer med katastroftänkande och försök hjälpa patienten att formulera ett alternativt sätt att hantera dessa.
- Börja med att stegvis utmana svårigheter t ex äta ”förbjuden” mat, umgås/fika med kompisar, våga säga nej.
- Bekräfta det patienten lyckas med - ”många små steg blir ett stort”.
- Var öppen för att prata om patientens ambivalens vad gäller motivationen.
- Förstärk modet att våga pröva nya vägar.
- Titta på vad som fungerar i vårdplanen och förstärk det. Det är viktigt att förmedla hopp till patienten.
- Hjälp patienten att försöka hitta andra uttryckssätt att kommunicera i olika situationer än via maten. Diskutera vilka andra sätt man kan använda för att tala om att något inte är bra.
- Försök förmå patienten att hitta en mer sund och positiv kontroll genom att t.ex. pröva sådant som varit förbjudit och istället känna efter hur det känns och vad som händer i kroppen (för att motbevisa patientens farhågor).
- Informera om svältens påverkan på det egna omdömet och risken för att misstolka det andra säger eller gör.
- Försök på olika sätt hitta patientens egna motivationsfaktorer, till exempel att kunna återuppta tidigare intressen och den sociala samvaron med kamraterna. För att uppnå dessa mål behöver patienten arbeta med sina symtom och förstå matens betydelse.

Bilaga 6

Family-Based Treatment, FBT, Region Gävleborg

Behandlingens tre faser:

Fas 1

- Mobilisera föräldrarna att ta kontroll över viktåterhämtning.
- Bryta svält och åstadkomma ett tillräckligt och regelbundet ätande.
- Återhämta i vikt.

Målsättningen är att hjälpa föräldrarna att störa och avbryta ett överdrivet restriktivt ätande, överdriven motion och träning eller andra beteenden som leder till eller vidmakthåller låg vikt. Terapeutens uppgift är att hålla kvar fokus på viktåterhämtning och att hjälpa föräldrarna problemlösa utifrån vad som fungerar bäst i deras familj för att säkerställa viktåterhämtning. Behandlingen inleds med det vi kallar ett ”allvarlighetssamtal”. I samtalet understryks allvaret i sjukdomen. Avsikten är att väcka föräldrarnas oro så att de omgående tar sig an uppgiften att ta kontroll över mat och viktåterhämtning. Familjen får träffa dietist för nutritionsbedömning/rådgivning.

Tidigt i **Fas 1** inbjuds familjen till en familjemåltid. Avsikten är att ge teamet en uppfattning om föräldrarnas förmåga, familjedynamiken under måltiden samt diskutera särskilda svårigheter vid måltider. Det är också en möjlighet för föräldrarna att lyckas övertala sitt barn att äta mer än vad det vill. Här görs också en somatisk kontroll av läkare med blodprover och eventuellt EKG. Blodtryck, puls och vikt följs upp vid varje besök och stäms av mot ungdomens längd- och viktkurva. Föräldrarna erbjuds vård av barn, VAB, så att de har en rimlig chans att klara uppdraget.

Fas 2

Fas 2 inleds när ungdomen väger ungefär 90% av normalvikt och att ungdomen äter utan större krångel och svårigheter samt att föräldrarna är trygga i att hantera ätstörningssymtomen.

- Föräldrarna fortsätter att hantera ätstörningssymtomen tills ungdomen visar att han/hon har förmågan att äta tillräckligt och fortsätta öka i vikt på ett självständigt sätt.
- Återföra ansvaret för mat och viktkontroll till ungdomen.
- Utforska normal tonårsutveckling.

Vid behov kan ungdomen erbjudas mer kroppsinriktade behandlingsinsatser av fysioterapeut/sjukgymnast. Fortsatt vägning och glesare träffar.

Fas 3

Fas 3 inleds när föräldrar och behandlare är övertygade om att ätstörningssymtomen inte finns kvar längre (restriktivt ätande, överdrivet motionerande, kräkningar, fokus på viktnedgång m.m.) och inte längre är fokus i samtalen. Ungdomen kan dock ha kvar tankar men agerar inte längre på dem. Andra aspekter av livet är viktigare.

- Fokus på en åldersadekvat föräldra-barnrelation.
- Prata om och problemlösa kring vanliga tonårsproblem (nuvarande och framtida).
- Träffarna glesas och behandlingen avslutas.

Bilaga 7

Slutenvårdens vårdflöde och basutbud – Ätstörning/Anorexia, Vuxenpsykiatri

Slutenvårdens vårdflöde och basutbud – Bilaga Ätstörning/Anorexia – Särskilda insatser utifrån kontaktorsak som anpassas efter diagnostiken

Ätstörning/ Anorexia	**Bedömning:** Utöver S-diagnostik Bas vid slutenvård bör bedömningen även innefatta omfattande somatiskt status. S-M.I.N.I /M.I.N.I. för komorbiditet (läkare eller psykolog).
	Åtgärd: • Behandlingen av ätstörningar riktar in sig på regelbundet näringsintag. • Patienten bör få möjlighet att upptäcka att ett regelbundet kostintag inte ger en skenande viktuppgång utan istället ökar förbränningen. Ofta sker en initial viktnedgång som därefter följs av en sakta och fluktuerande viktuppgång. • Att väga och på ett pedagogiskt sätt synliggöra vikten i ett schema över viktuppgång (ej vikt) är ett sätt att visa detta faktum. • Informera patienten om innehållet i behandlingen, t ex: ▪ Hur man arbetar för att förändra ätbeteendet ▪ Schema – tid och plats samt vardagsrutiner ▪ Hur måltiderna går till samt vilka regler som gäller ▪ Regler för vila och rörelse • Mat- och vätskeregistrering ska utföras. • Vitalparametrar (puls, blodtryck, venprover) tas regelbundet. • Viktkontroll sker slumpmässigt 1-2 ggr/vecka. • Personal sitter med patienten som stöd vid måltider som bör ta max 20-30 min. • Om patienten reducerar normal portion kan näringsdryck användas som komplement. • Patienten kan erbjudas att äta före eller efter andra patienter med stöd av en personal så att denne inte kan gömma eller kasta mat. • Patienten vilar (bestämd tid) efter måltid och personal närvarar för stöd. • Stöd patienten i att våga uttrycka sina tankar, känslor och behov. • Förmedla vikten av ömsesidig ärlighet avseende näringsinnehåll, matmängd, viktuppgång etc. • Understryk patientens ansvar för att ta sig ur ätstörningen, där behandlaren får rollen som coach. Detta för att patienten inte ska fastna i ett regressivt motstånd mot förändringarna. • Titta på vad som fungerar hos patienten och förstärk det. Det är viktigt att förmedla hopp till patienten.

	• Hjälp patienten att hantera det anorektiska beteendet så hon/han inte skär maten i för små bitar, förstör maten med salt och kryddor, smusslar undan maten i servetten eller sprider ut den på tallriken. Påpeka när sådant sker, plocka undan kryddor och servetter om det är ett problem. • Toalettbesök bör göras före maten alternativt en timme efter för att undvika kräkning. • Vid önskemål om promenad bör patienten vara medicinskt stabil (kontroll av prover, blodtryck och puls över 50). Det ska alltid finnas ett läkarbeslut om patienten har lågt BMI. Bra om patienten går ut tillsammans med någon. Använd promenaden som en motivationsfaktor.

Bilaga 8.

Sammanfattning av mål och strategier i CBT-E. (Ghaderi i Öst, KBT inom psykiatrin).

Fas 1 (sessionerna 1-7)

- Etablera en sund terapeutisk relation.
- Förklara rationalen genom att utbilda patienten i KBT-modellen över vidmakthållande av BN.
- Hjälpa patienten att ersätta hetsätning med regelbundet ätande.
- Etablera regelbunden veckovis vägning.
- Utbilda patienten om reglering av kroppsvikt, negativa effekter av bantning, fysiska konsekvenser av hetsätning, självframkallad kräkning och missbruk av laxermedel.
- Hjälpa patienten att se funktionella samband.
- Minska frekvensen av överätning genom användning av alternativa beteenden som är inkompatibla med hetsätning.
- Minska förtegenheten och hjälpa patienten att ta stöd av vänner och släktingar.

Fas 2 (sessionerna 8-9)

- Analysera patientens framsteg och eventuella hinder för framsteg.
- Kartlägga behovet av fokus på andra vidmakthållande variabler.
- Förbättra analysen vid behov och bestämma vilka variabler man ska fokusera på i fortsättningen.

Fas 3 (sessionerna 10-17)
Utöver fortsatt arbete med komponenterna i fas 1 fokuserar terapeuten även på följande i fas 3:

- Reducera/eliminera alla former av bantning.
- Hjälpa patienten att få ett metakognitivt perspektiv på sitt problem genom att se hur han/hon hamnar i olika nästan automatiska sätt att betrakta sig själv och sin omgivning och reagera på olika stimuli.
- Minska bekymmer över vikt och figer genom att öka fokus på hela det spektrum som utgör en person samt befrämja acceptans. Detta förväntas även leda till förbättring av självkänslan.
- Vid behov arbeta med klinisk perfektionism, mycket låg självkänsla, känslointolerans och interpersonella problem.

Fas 4 (sessionerna 18-20)
Huvudmålet för fas 4 är att försäkra sig om att framgångarna vidmakthålls även i framtiden. Terapeuten ska:

- Hjälpa patienten att förstå skillnaden mellan bakslag och återfall.
- Förbereda patienten att utveckla en återfallspreventionsplan där högrisksituationer specificeras och detaljerade planer för hantering av bakslag diskuteras och skrivs i planen.
- Hjälpa patienten att också ha en vidmakthållandeplan (fokus på saker man ska prioritera och ha som rutin).
- Inge hopp och göra en noggrann summering av patientens framgångar.

Bilaga 9

Checklista Vårdprogram Ätstörning för barn och vuxna

