

Riktlinje

- Behandlingsinsatser på ätstörningsenheten

Innehåll

Inledning.....	5
Diagnoser och sjukdomsbild	7
ICD10 – diagnoskoder.....	7
Anorexia nervosa F50.0.....	7
Bulimia nervosa F50.2.....	8
Hetsättningsstörning F50.8.....	8
Utredning och bedömning –anorexia nervosa	9
Psykiatrisk bedömning:.....	9
Beteende, handlande:.....	9
Kognitioner och emotioner:.....	9
Somatisk bedömning:.....	9
Utredning och bedömning – bulimia nervosa	11
Psykiatrisk bedömning:.....	11
Somatisk bedömning:	11
Utredning och bedömning - hetsättningsstörning.....	12
Behandling av vuxna med anorexia nervosa.....	13
Centrala behandlingsinsatser vid anorexia nervosa hos vuxna:	13
Centrala behandlingsprinciper vid svår långvarig anorexia nervosa:.....	13
Behandlingsprinciper vid bulimia nervosa	14
Behandling av patienter med hetsättningsstörning	14
Akut bedömning av patienter med ätstörningar.....	15
Måltider och kontroller för patienter med ätstörning i heldygnsvård.....	17
Patienter i akut svält (gravt avmagrade patienter):	17
Behandlingsprinciper vid måltider i heldygnsvård, anorexia nervosa:	17
Medicinska kontroller vid heldygnsbehandlingar av ätstörningar:	17
Matschema (start) ”miniprogram”.....	18
Matschema 1800 kcal.....	19
Mellanmålsalternativ	20
Matschema 3000 kcal.....	21
Tabell för beräkning av mängd ersättning för inte uppäten mat.....	22
Riktlinjer gällande sondnäring	23
Val av sondnäring:.....	23
En liten guide för val av sondnäring om inte dietist finns tillgänglig:	23

Olika sätt att ge sondnäring:.....	23
Gravitationsmatning	23
Matning med sondmatningsaggregat kan ske med hjälp av gravitationskraften genom att sondnäringen hängs på droppställning och droppar ner enligt en reglerad dropphastighet.....	23
Uppstart:.....	23
Upptrappning:.....	24
Vårdöverenskommelse för slutenvård	27
Fysisk aktivitet för patienter med en ätstörning i heldygnsvård	28
Vårdintygsbedömning av patienter med allvarlig anorexi.....	29
Lider av en allvarlig psykisk störning.....	29
Har ett oundgängligt behov av sluten psykiatrisk vård	29
Samsjuklighet.....	31
Samsjuklighet vid anorexia nervosa.....	31
Depression:	31
Ångesttillstånd	31
Neuropsykiatriska tillstånd	31
Missbruk:	31
Personlighetsstörningar:.....	31
Diabetes mellitus:.....	31
Samsjuklighet vid bulimia nervosa.....	31
Depression:	31
Ångestsyndrom och tvångssyndrom:.....	32
Adhd.....	32
Missbruk	32
Ätstörningsenheten Karlskrona	33
Kontakt	33
Om oss	33
Söka vård	33
Konsultativa insatser.....	33
Vägen in till ätstörningsenheten.....	34
Remiss/bevakning till ätstörningsenheten bör innehålla.....	34
Prioritering av patienter	34
Väntelista	34
Information om dagvården ätstörningsenheten	35
Om oss	35

Dagvården	35
Vad bör en remiss/bevakning till ätstörningsenhetens dagvård innehålla	35
Vilka patienter bör inte remitteras till dagvården.....	36
Vad händer när man kommer till oss?	36
Bedömningsamtalet.....	36
Inskrivning och behandlingsstart.....	36
Behandlingens struktur och innehåll.....	36
Mål, fokus och struktur.....	36
Innehåll	36
Vad händer när man skrivs ut från dagvården?.....	37

Inledning

Förord

Ett stort tack till hela teamet på ätstörningsenheten för goda råd, synpunkter och korrekturen.

Karlskrona 10 januari 2020

Nike Novak Vaca
Överläkare

Silke Meyer
Överläkare

Inledning

Riktlinje – Behandlingsinsatser på ätstörningsenheten avser ungdomar från 16 år och vuxna personer.

Dokumentet innehåller en kortfattad information om ätstörningar som baseras på ”ätstörningar kliniska riktlinjer för utredning och behandling” av svensk psykiatri, nr 16, svenska psykiatriska föreningen och gothia fortbildning, 2015 ¹.

Ursprunget till dessa var att få ett ökat fokus på kvalitetsfrågor samt en strävan mot en jämlik vård i hela landet. Ätstörningar är ett vanligt förekommande tillstånd, framför allt bland yngre vuxna, som kan medföra allvarliga somatiska och psykiatriska komplikationer som suicidalitet.

Upphovet till ”riktlinje – Behandlingsinsatser på ätstörningsenheten” är att förbättra vården för patienter med ätstörningar i Blekinge. De vänder sig till kliniskt verksamma yrkesutövare inom psykiatrin men även andra kliniker och vårdgrenar.

Målsättningen är att ovan riktlinjer tillämpas aktivt av alla de som i sin dagliga gärning kommer i kontakt med personer som drabbats av ätstörningssjukdomar så att denna patientgrupp får ett bra omhändertagande och högre vårdkvalité med ett optimalt resursnyttjande.

”Riktlinje – Behandlingsinsatser på ätstörningsenheten” och ”ätstörningar kliniska riktlinjer för utredning och behandling” ersätter Blekinges tidigare ”vårdprogram – behandlingsriktlinjer för ätstörningar”, 2012.

¹ <http://www.svenskpsykiatri.se/wp-content/uploads/2018/10/Pdf-ätstörningar-kliniska-riktlinjer.pdf>

Diagnoser och sjukdomsbild

ICD10 – diagnoskoder

F50.0 Anorexia nervosa

Specificera form: Med självsvalt
Med hetsätning/självrening

F50.2 Bulimia nervosa

F50.8 Hetsätningsstörning

F50.8 Andra specificerade ätstörningar eller födorelaterade syndrom

- Atypisk anorexia nervosa
- Bulimi med låg frekvens och/eller begränsad varaktighet,
- Hetsätningsstörning med låg frekvens och/eller begränsad varaktighet
- Självrening
- Nattätningssyndrom

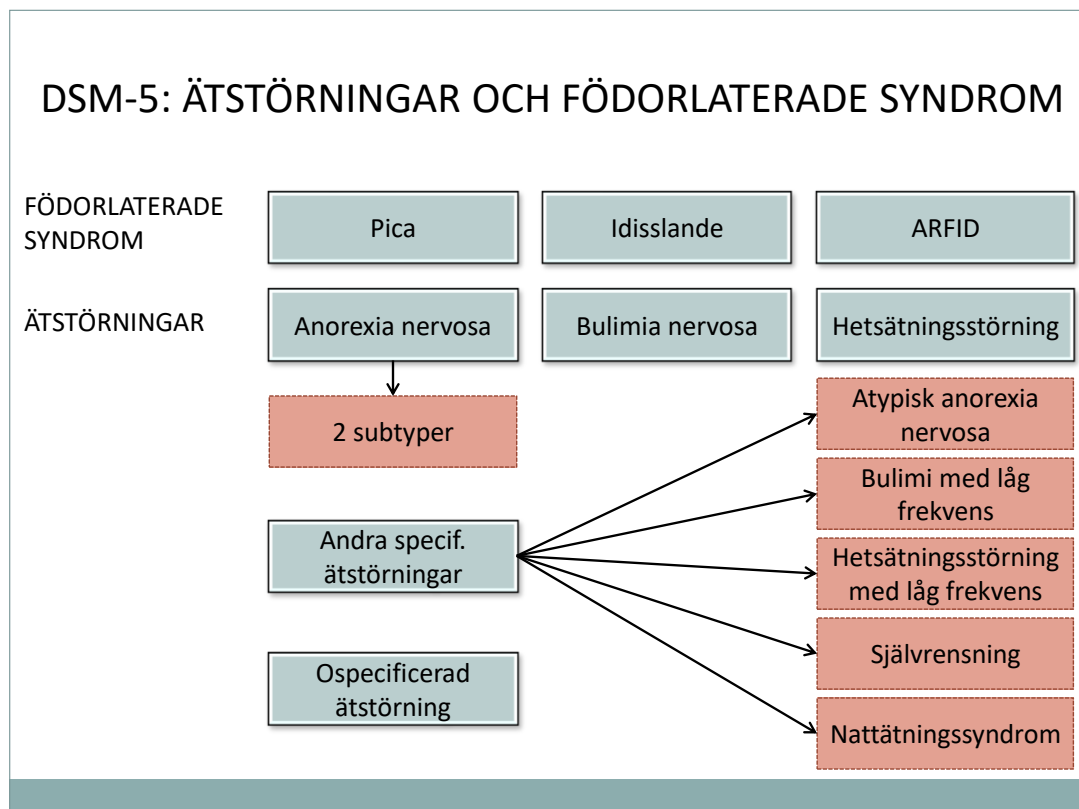
F50.9 Ätstörning, ospecificerad

F98.3 Pica hos barn

F50.8 Pica hos vuxna

F98.2 Idisslande

F50.8 Undvikande/restriktiv ätstörning



Anorexia nervosa F50.0

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, som för barn och ungdomar, understiger den lägsta normalt förväntade kroppsvikten.

- B. **Intensiv rädsla för att gå upp i vikt, bli tjock** eller har 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, form eller förnekar ihärdigt allvaret i den låga kroppsvikten.

Bulimia nervosa F50.2

- A. **Upprepade episoder av hetsätning.** En sådan episod kännetecknas av både kriterium (1) och (2):
 - 1. Personen äter under en avgränsande tid (till exempel 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 (till exempel 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, till exempel självframkallade kräkningar, missbruk av laxermedel, diuretika eller andra läkemedel, fasta eller överdriven motion.
- C. Både hetsätningen och de olämpliga kompensatoriska beteendena förekommer 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.

Hetsätningsstörning F50.8

- A. **Upprepade episoder av hetsätning.**
- B. Under hetsätningsepisoderna föreligger **minst tre av följande**:
 - 1. Äter mycket fortare än normalt.
 - 2. Äter så mycket att det uppstår en obehaglig mättnadskänsla.
 - 3. Äter stora mängder mat utan att känna sig fysiskt hungrig.
 - 4. Äter i ensamhet på grund av skamkänslor för att äta så mycket.
 - 5. Äcklas över sig själv, känner sig deprimerad eller har starka skuldskänslor efteråt.
- C. Hetsätningen medför ett påtagligt **lidande**.
- D. Hetsätningen förekommer i genomsnitt **minst en gång i veckan under 3 månader**.
- E. Hetsätningen är inte förknippad med upprepade olämpliga kompensatoriska beteenden som vid bulimia nervosa och förekommer inte enbart i anslutning till bulimia nervosa eller anorexia nervosa.

Utredning och bedömning –anorexia nervosa

Psykiatrisk bedömning:

Beteende, handlande:

- matanamnes
- kräkningar
- träning/fysisk aktivitet (överdriven träning, träning i smyg, rastlöshet)
- socialt beteende utanför matsituationen (social isolering, förlust av intresse)
- sömn

Kognitioner och emotioner:

Specifik psykopatologi

- viktfoxi, extrem upptagenhet av vikt och kroppsform
- förvrängd kroppsuppfattning
- självkänslan är överdrivet påverkad av kroppsform och vikt
- extrem upptagenhet av tankar kring mat
- avsaknad av oro för den egna undervikten

Generell psykopatologi

- depressivitet
- suicidalitet
- ångest och tvång
- impulsivitet och svårighet att kontrollera känslor
- bristfälliga sociala/interpersonella relationer
- kognitiva dysfunktioner

Somatisk bedömning:

Symtom på svält:

- frusenhet
- trötthet
- yrsel
- sömnsvårigheter
- förstoppning, diarré
- illamående
- buksmärtor
- amenorré
- blödande tandkött
- nedsatt minnes- koncentrationsförmåga
- huvudvärk
- håravfall
- nedsatt kraft

Vanliga somatiska undersökningsfynd vid anorexia nervosa:

- avmagring
- bradykardi
- hypotension
- hypotermi
- kalla händer och fötter
- torr och sprucken hud, infekterade sår
- perifer cyanos
- tunt och sprött hår, håravfall
- lanugobehåring
- perifera ödem
- försenad längdtillväxt
- försenad pubertetsutveckling
- tand- och tandköttskador

Laboratoriefynd vid anorexia nervosa:

- anemi
- leukopeni
- trombocytopeni
- granulocytopeni
- hypoglykemi
- B12-brist
- Folsyrebrist
- låga magnesium- och zinkvärden
- elektrolytrubbningar
- EKG-förändringar (ST-sänkningar, avflackad T-våg, förlängt QT-intervall)
- tyroideapåverkan (sänkta T3- och T4-värden)
- leverpåverkan (förhöjda värden av ASAT och ALAT)
- sänkta värden på LH och FSH (vid amenorré)
- osteopeni/osteoporos.

Utredning och bedömning – bulimia nervosa

Psykiatrisk bedömning:

1. Beteende, handlande:

- matanamnes
- kräkningar
- träning/fysisk aktivitet
- andra kompensatoriska beteenden
- socialt beteende utanför matsituationen

2. Kognitioner och emotioner:

Specifik psykopatologi

- upplevelse av kontrollförlust i samband med hetsätningarna
- skamkänsla
- viktfobi/tjockkänsla
- fixering kring kroppens vikt och form
- tvångstankar kring mat

Generell psykopatologi

- depressivitet
- ångest och tvång

Somatisk bedömning:

Exempel på allmänna symtom vid bulimia nervosa:

- huvudvärk
- trötthet
- nedstämdhet
- buksmärtor
- förstoppning
- bröstsmärtor (esofagit)

Vanliga undersökningsfynd vid bulimia nervosa:

- mensrubbingar
- munvinkelragader
- sår på handryggen
- faryngit
- esofagit
- erosionsskador på tänderna
- karies
- svullna spottkörtlar

Fynd vid laboratorieutredning av bulimia nervosa

- förhöjt S-amylas
- hypokalemi
- hypokloremi
- hypokalcemi
- hyponatremi
- metabolisk alkalos

Utredning och bedömning - hetsätningsstörning

När man gör en intervju för att bedöma om det rör sig om hetsätning bör man fråga noggrant om själva hetsätningarna och patientens upplevelser. Viktiga frågor om patienten:

- Äter patienten mycket fortare än normalt?
- Äter patienten så mycket att det uppstår en obehaglig mättnadskänsla?
- Äter patienten stora mängder mat utan att känna sig fysiskt hungrig?
- Äter patienten i ensamhet på grund av skamkänslor för att äta så mycket?
- Äcklas patienten över sig själv, känner sig deprimerad eller har starka skuldkänslor efteråt?

Behandling av vuxna med anorexia nervosa

De övergripande stegen i behandlingen är:

1. Skapa **behandlingsallians** (viktigt att behandlaren har en icke-dömande, inkluderande och empatisk hållning).
2. Uppnå **medicinsk stabilisering** och motverka de kognitiva effekterna av svält genom att häva svälten.
3. Strukturerad **psykologisk behandling**.

Centrala behandlingsinsatser vid anorexia nervosa hos vuxna:

Dialog med patienten.

- De flesta ska behandlas i öppenvård.
- Konkret stöd för att bryta svälten och normalisera ätbeteendet.
- Korrigera medicinska komplikationer.
- Inläggning är indicerat för dem med hög risk för livshotande medicinska komplikationer.
- Regelbundna medicinska kontroller med viktkontroller.
- Näringsdryck.
- Sondnäring ges endast i slutenvård (undvik intravenös nutrition).
- Individuell psykologisk behandling.
- Specialiserad stödjande klinisk behandling.
- Farmakologisk behandling (Olanzapin 2,5–5,0 mg).
- Kroppsinriktad behandling.
- Samsjuklighet- farmakologisk behandling när svälten är hävd.

Centrala behandlingsprinciper vid svår långvarig anorexia nervosa:

- Stöd och uppmuntran. Bygg upp en förtroendefull kontakt och trygghet som kan möjliggöra ett förändringsarbete när patienten är mogen för det.
- Fokusera på stödjande funktioner, relationer och livskvalitet.
- Stöd till familj och anhöriga.
- Se tillsammans med patienten över de behandlingar patienten tidigare erhållit.
- Sätt upp möjliga mål tillsammans med patienten.
- Behandlingsintensiteten ska anpassas till allvaret i sjukdomstillståndet.
- Hjälp patienten att känna igen tecken på somatiska risksituationer som kan uppstå.
- Medicinering.
- Regelbundna somatiska kontroller.
- Regelbunden och tät kontakt med tandläkare med specialkunskap inom området.
- Förtydliga somatiska/laboratoriekriterier som inte får understigas för att inte inläggning ska bli aktuell.
- Stöd till kontakt med Försäkringskassan eller kommunen.

Behandlingsprinciper vid bulimia nervosa

- Konkret stöd för att normalisera ätbeteendet och bryta hetsätning och kräkning.
- Självhjälpsprogram med behandlarstöd.
- Kognitiv beteendeterapi (KBT).
- Interpersonell psykoterapi (IPT).
- Ungdomar ska i första hand erbjudas familjebehandling. KBT anpassad till deras ålder och med föräldraengagemang är ett alternativ.
- Fluoxetin 60 mg kan komplettera ovanstående behandlingsinsatser.
- Kroppsinriktad behandling.
- Korrigera medicinska komplikationer (hypokalemi).
- Behandla samsjuklighet (till exempel missbruk, depression).
- Remiss till tandläkare för förebyggande terapi och åtgärdande av tandskador.

Behandling av patienter med hetsätningstörning

- Normalisering av ätbeteendet, som en grund för att minska hetsätandet.
- Psykopedagogiska interventioner, till exempel information om sjukdomen, matens funktion, kroppens reaktioner och betydelsen av regelbundet energiintag.
- Stöd kring förändring av matvanor, användning av matdagböcker.
- KBT-inriktad behandling individuellt eller i grupp.
- Fluoxetin i dosen 60 mg dagligen.
- Överviktens specifika problem och samsjuklighet måste

Akut bedömning av patienter med ätstörningar

Patienter som söker akutvård på grund av ätstörningar behöver **en psykiatrisk bedömning** och en **djupgående anamnes** angående:

- matintag (detaljerad och med mängduppgifter)
- hetsätningar
- fysisk aktivitet
- kompensatoriska beteenden - metoder för viktkontroll (kräkningar, motion, laxering, missbruk)
- psykologisk funktion av ovanstående

Man behöver lägga mer vikt även på den **somatiska anamnesen**:

- viktminskningens/-förändringens hastighet och storlek
- nutritionsstatus
- menstruationsanamnes hos kvinnor
- tidigare längd- och viktutveckling
- symptom på svält (frusenhet, trötthet, yrsel, buksmärter, magbesvär, huvudvärk, håravfall, nedsatt kraft, nedsatt koncentration och arbetsminne etcetera)

Somatisk undersökning vid ätstörningar ska omfatta:

- puls och blodtryck, både liggande och stående
- kroppstemperatur
- längd och vikt
- perifer cyanos, perifera pulsar, kapillär återfyllnad och temperatur händer/fötter
- allmän inspektion (sår efter överträning, munvinkelragader, bitmärken på knogar)
- kort neurologisk status (nystagmus = Vit B1 brist, nedsatt kraft)

Laboratorieundersökningar vid ätstörningar bör omfatta (PSY-ÄTSTÖRNING):

- blodstatus (Hb, EVF, MCHC, LPK, TPK)
- elektrolyter (Na, Ca, K, Mg, Fosfat)
- P-glukos
- leverstatus (ASAT, ALAT, ALP)
- kreatinin, S-Albumin
- tyroideastatus (TSH, T3, T4)
- CRP
- järn, ferritin, folat, kobalamin

Livshotande svält är indikation för akut inläggning i heldygnsvård!

Följande kriterier kan hjälpa till att identifiera livshotande svält:

- allvarlig svält och viktnedgång (till exempel BMI < 14 hos vuxna eller minskning av > 25% av tidigare vikt)
- snabb och uttalad viktnedgång hos barn (till exempel 0,5 till 1 kg per vecka)

i kombination med:

- total mat- och dryckesvägran
- låg puls < 40 s/min, eller takykardi > 120 eller pulsstegring i stående > 20 s/min
- blodtryck < 90/60 i liggande
- blodtrycksfall i stående > 10 mmHg
- låg kroppstemperatur < 35,5°C
- elektrolyter i behandlingskrävande obalans
- förlängd QT-tid
- tecken på uttorkning
- allvarliga ödem
- påverkat allmäntillstånd (svimning, muskelsvaghet, hjärklappning, tryck över bröstet etcetera)

Vid bedömning av det medicinska allvaret är inte de enskilda värdena som avgör utan **den samlade kliniska bilden**.

Patienter som uppfyller ovanstående och som inte är samarbetsvilliga bör bedömas avseende vård med stöd av LPT.

Allvarlig psykiatrisk samsjuklighet är naturligtvis också indikation för inläggning, till exempel suicidalitet, svår depression, uttalat självskadebeteende etcetera.

När patienten läggs in ska om/när det är möjligt en vårdöverenskommelse göras. Denna görs mellan patienten, dennes behandlare samt avdelningspersonal. Vårdöverenskommelsen berör bland annat planerade samtal, matschema, fysisk aktivitet etcetera.

Måltider och kontroller för patienter med ätstörning i heldygnsvård

Patienter i akut svält (gravt avmagrade patienter):

Parenteral nutrition ska undvikas då det ökar risken för refeeding syndrome.

- Har patienten svält sig eller ätit mindre än 900 kcal/dag, så startar man med minischema (cirka 900 kcal/dag), 20–30 kcal/kg kroppsvikt/dygn i 3 dagar.
- Öka därefter 200–300 kcal var 3:e dag (man kan fördubbla minischemat 3 huvudmåltider en var 3:e dag). Följ blodstatus och elektrolytstatus inklusive fosfat och magnesium varje till varannan dag de första 1-2 veckorna.
Dag 1-3: 900 kcal/dag
Dag 4-6: 1200 kcal/dag
Dag 7-9: 1500 kcal/dag
Dag 10-12: 1800 kcal/dag
- Öka sedan ytterligare i energintag, antingen genom att lägga till näringsdryck eller genom att byta matschema (2400 kcal/dag, 3000 kcal/dag). Hur snabbt det ska ske, beror på patientens kroppsliga tillstånd.
- Det är vanligt att patienterna går ner lite i vikt under den första veckan, så målet på viktuppgång 0,5 till 1 kg/vecka får gälla från andra veckan av inläggningen.
- För att uppnå viktuppgångsmålet behöver patienterna ofta 3000 kcal/dag.

Behandlingsprinciper vid måltider i heldygnsvård, anorexia nervosa:

- Normala måltider från första dagen, specialkost enbart vid allergier eller överenskommen önskekost.
- Mängd anpassas efter förutsättningar och förlopp (var god se ovan).
- Måltidsstöd: det ska alltid finnas personal som ser hur patienten äter. Vid behov sitter personal direkt bredvid patient eller att man äter i ett separat rum.
- Begränsad tid för måltid (till exempel 30 minuter för huvudmål).
- Vila efter huvudmåltider (frukost, lunch och middag) 1 timme, om det behöver övervakas får bedömas av läkare eller ätstörningsterapeut.
- Toalettbesök innan måltid, inga toalettbesök 30 min efter måltid.
- Om patienten inte klarar av att äta upp maten: ersätt med näringsdryck eller sätt sond.

Medicinska kontroller vid heldygnsbehandlingar av ätstörningar:

Första dagarna dagliga kontroller som när tillståndet förbättras minskas i frekvens.

- blodtryck
- puls
- kroppstemperatur
- ödemtendens
- fråga efter parestesier eller muskelsvaghet

Intagningsprover:

- Labb: blodstatus, Albumin, Na, K, Ca, P (Fosfat), Mg, Krea, ASAT, ALAT, amylas, P-glukos, tiamin, S-FE, TIBC, ferritin, kobolamin, folat, CRP.
- EKG

- suicidbedömning

Fortsatta kontroller:

- Elstatus med Albumin, Na, K, Ca, P (Fosfat), Mg varje dag i 4 dagar, sedan varannan dag i en vecka.
- **OBS!** Hypofosfatemi efter 2-3 dagars näringstillförsel är ett allvarligt tecken på hotande refeeding syndrome.
- Uppföljning av patologiska fynd från intagningsprover i lämpligt intervall.

Viktkontroller:

- Minst 2 gånger per vecka, vägning på morgonen i underkläder (trosor + bh) innan frukost
- Oftare vägning vid ödemtendens

Samarbete:

Kontakta ätstörningsenheten och patientens ordinarie behandlare för hjälp med vidare behandlingsplanering.

Matschema (start) "miniprogram"

Frukost: 2 dl yoghurt, 2 msk flingor, 1 kopp kaffe/te

Mellanmål: 1 frukt

Lunch: 1 potatis alternativt 1 dl ris/pasta, 1 dl gryta/1 bit fisk, kött etc., 1 glas dryck

Mellanmål: 1 frukt

Middag: 1 potatis alternativt 1 dl ris/pasta, 1 dl gryta/ 1 bit fisk, kött etc., 1 glas dryck

Kvällsmål: 1 smörgås med smör och pålägg, 1 glas dryck

Drick vatten mellan måltiderna (1 liter vatten/dygn).

Matschema 1800 kcal

Frukost:

Alternativ 1:

2 dl yoghurt/fil (2–3 %)

1 dl flingor/3 msk müsli (egen mix av nötter, frukt, russin, frön går också jättebra)

1 smörgås/knäckebröd med smör + 1 skiva/1 msk pålägg

Tillsätt något av följande: 1 frukt/1 glas juice/mellanmjölk

Alternativ 2:

1,5 dl havregrynsgröt med 1,5 dl mellanmjölk

1 msk honung/sylt (det går bra att använda en banan i gröten istället för sylt)

1 smörgås/knäckebröd med smör + 1 skiva/1 msk pålägg

1 frukt/1 glas juice/mellanmjölk

Alternativ 3:

2 skivor bröd med smör och pålägg på varje

1 frukt/1 glas juice/mellanmjölk

Alternativ 4:

Äggröra/omelett på 2 ägg

1 smörgås/knäckebröd med smör + pålägg

1 glas mjölk/juice (2 dl)

Kan tillsättas: 1 kopp kaffe eller te

Mellanmål:

1 frukt

Lunch:

2 äggstora potatisar/2 dl potatismos, 2 dl kokt ris/fullkornsrís/råris/couscous/bulgur, 2,5 dl färdigkokt pasta (vit/fullkorn/fiber). 2,5 dl Lasagne. Rotfrukter: en halv morot, en halv palsternacka, en halv rödlök, 1 potatis.

1,5 dl gryta/gratäng, 1,5 dl köttfärssås/pastasås, 1,5 bit fisk, 2 köttfärsbiffar, 6 köttbullar, 1 kycklingfilé, 130 gram kött. Kallskuret: 3 skivor rostbiff eller 4 skivor kyckling.

0,5 dl sås

Valfri dryck

Sallad och grönsaker

(Om soppa serveras: 3 dl soppa + 1 smörgås/2 knäckebröd med smör och pålägg).

Mellanmål:

1 smörgås/2 knäckebröd eller 2 skorpor m smör och pålägg + en frukt

1 kopp kaffe eller té

Middag:

Som lunchen

Kvällsmål:

Som mellanmål

Drick vatten mellan måltiderna (1 l vatten/dygn)

Mellanmålsalternativ

Alternativ 1: Smoothie på ½ banan, 2 dl yoghurt, 1 dl bär

Alternativ 2: 1 dl risgrynsgröt/mannagrynsgröt + 1 dl mjölk + 2 msk sylt/0,5 dl bär

Alternativ 3: Grönskasdipp (exempel: 2 morötter, 1/3 stor gurka + 1,5 dl gräddfil och dippsmak)

Alternativ 4: Äggröra/omelett på 2 ägg eller 2 kokta ägg

Alternativ 5: 0,5 dl nötter och 0,5 dl russin/torkad frukt

Alternativ 6: 1 kopp varm choklad/välling

Alternativ 7: 1,5 dl havregrynsgröt med 1,5 dl mellanmjölk

Alternativ 8: 2-3 digestivekex eller liknande kex med smör och pålägg

Alternativ 9: 1,5 dl yoghurt/fil med 1 dl flingor/3 msk müsli

Alternativ 10: En halv avokado + 1 glas mjölk

Alternativ 11: Fruksallad med 1 dl yoghurt + frön

Alternativ 12: 1 smörgås/2 knäckebröd med smör och pålägg

Matschema 3000 kcal

Frukost

Alternativ 1:

2 mjuka smörgåsar
(1 tsk Bregott och 1 skiva/1 msk pålägg på varje)
2 dl mjölk (1,5 %)

Alternativ 2:

1 port havregrynsgröt (1dl havregryn) med 2–3 msk äppelmos eller 1 rivet äpple/banan
1,5 dl mjölk (1,5 %)
1 smörgås (1tsk Bregott och 1 skiva/1 msk pålägg)

Alternativ 3:

2 dl filmjölk (3 %) /Yoghurt (2–3 %)
1,5 dl flingor/3 msk müsli
2–3 msk sylt eller 1 frukt
1 mjuk smörgås/knäckebröd (1tsk Bregott och 1 skiva/1 msk pålägg)

Mellanmål:

1 smörgås/knäckebröd (1 tsk Bregott och 1 skiva/1 msk pålägg) alternativt 2–3 skorpor med sesampasta
1 näringsdryck

Lunch:

3 dl kokt pasta eller 2 dl ris eller 3 normalstora potatisar
100–150 g kött eller fisk eller 2 dl pastasås
0,75 dl sås
1 smörgås med 1 tsk Bregott
Grönsaker
2 dl mjölk

Mellanmål:

1 mjuk smörgås (1 tsk Bregott och 1 skiva/1 msk pålägg)
1 näringsdryck

Middag:

som vid lunchen eller 3 dl matsoppa med 2 mjuka smörgåsar (2 tsk Bregott och 2 skivor/msk pålägg)

Kvällsmål:

1 mjuk smörgås (1 tsk Bregott och 1 skiva/1 msk pålägg)
1 näringsdryck

Ät sammanlagt 3 frukter per dag
Drick cirka 1,5 liter vatten per dag

Tabell för beräkning av mängd ersättning för inte uppäten mat

Patient som står på **minischema**:

Frukost, lunch, middag		Mellanmål	
Andel lämnad mat	Mängd näringsdryck	Andel lämnad mat	Mängd näringsdryck
1–25 %	0,5 dl	1–25 %	0,25 dl
25–50 %	1 dl	25–50 %	0,5 dl
50–75 %	1,5 dl	50–75 %	0,75 dl
75–100 %	2 dl	75–100 %	1 dl

Patient som står på **vanligt matschema**:

Frukost, lunch, middag		Mellanmål	
Andel lämnad mat	Mängd näringsdryck	Andel lämnad mat	Mängd näringsdryck
1–25 %	1 dl	1–25 %	0,5 dl
25–50 %	2 dl	25–50 %	1 dl
50–75 %	3 dl	50–75 %	1,5 dl
75–100 %	4 dl	75–100 %	2 dl

Lämpliga näringsdrycker:

- Fortimel energy (Multi Fibre)
- Fortimel energy kompakt
- Fresubin energy (fibre)
- Resource komplett näring 1,5
- Fortini smoothie
- Alla dessa har mycket låg laktoshalt och kan ges till patienter med laktosintolerans
- **Mjölkfria:** Provide Xtra Drink

Riktlinjer gällande sondnäring

Val av sondnäring:

Typ av sondnäring väljs utifrån patientens tillstånd, diagnos, vätske- samt energi- och näringsbehov. För att täcka vätskebehovet tillförs dessutom vätska. Läs mer om bedömning av behov i Vårdhandbokens texter om nutrition; <https://www.vardhandboken.se/vard-och-behandling/nutrition/>
Sondnäringar måste innehålla alla nödvändiga näringsämnen i rätt proportion och vara så tunnflytande att de kan passera genom en tunn sond.

En liten guide för val av sondnäring om inte dietist finns tillgänglig:

I de allra flesta fall kan uppstart ske med följande sort av sondnäring:

- Nutrison eller Fresubin original.

Om patienten är allergisk mot komjölkprotein eller är vegetarian/vegan ska följande sondnäring användas:

- Fresubin Soya Fibre

Olika sätt att ge sondnäring:

Gravitationsmatning

Matning med sondmatningsaggregat kan ske med hjälp av gravitationskraften genom att sondnäringen hängs på droppställning och droppar ner enligt en reglerad dropphastighet.

Matning med sondmatningspump

Vid enteral nutrition används vanligen sondmatningspump för att säkerställa att sondnäringen matas enligt ordination med avseende hastighet och volym. Med en långsam kontinuerlig tillförsel vid uppstart minskar risken för illamående, kräkningar och diarréer.

Bolusmatning

Det innebär att matningen sker med hjälp av sondspruta under cirka 20-30 minuter och att mängden vanligtvis motsvarar en måltid. Om patienten har svårigheter med att tillförseln tar för lång tid kan 100-150ml sondmat ges med sondspruta under 10-15 minuter, tänk på att ge maten i små doser ungerfär som klunkar vid intag av dryck för att undvika obehag.

Uppstart:

Upptrappning bör ske enligt fastställt schema som vanligen ordineras av dietist. I tabellen ges några exempel på hastighet och tillförsel i milliliter (ml), det är dock svårt att ge generella rekommendationer om upptrappning då bedömning måste utgå från den enskilda patienten. Börja på den lägre angivna hastigheten

varje dag om det är osäkert vad patienten klarar av. Det är bättre med en för låg hastighet i uppstartsskedet och sedan öka än att starta för snabbt och sedan behöva sänka då det kan skapa obehag för patienten.

För patienter med långvarig svält (>7 dygn), med uttalad metabol stress eller som haft längre tarmvila under parenteral nutrition, bör upptrappning ske långsamt. Initialt kan det vara motiverat med en mycket låg tillförsel med hastighet exempelvis 15-20 ml/tim.

Vid problem med uppstarten, se texten om gastrointestinala symtom under <https://www.vardhandboken.se/vard-och-behandling/nutrition/nutrition-enteral/komplikationer/>. Se även <https://www.vardhandboken.se/vard-och-behandling/nutrition/nutrition-parenteral/komplikationer/>. I vårdhandboken.

Uppstart kan ske med eller utan dietistkonsultation, men dietist bör konsulteras snarast för att bedömma om specialanpassad sondmat behövs samt att hastighet och mängd är anpassat utifrån individens behov.

Sondnäring beställs från centralköket och kosttillägg från materialdepån.

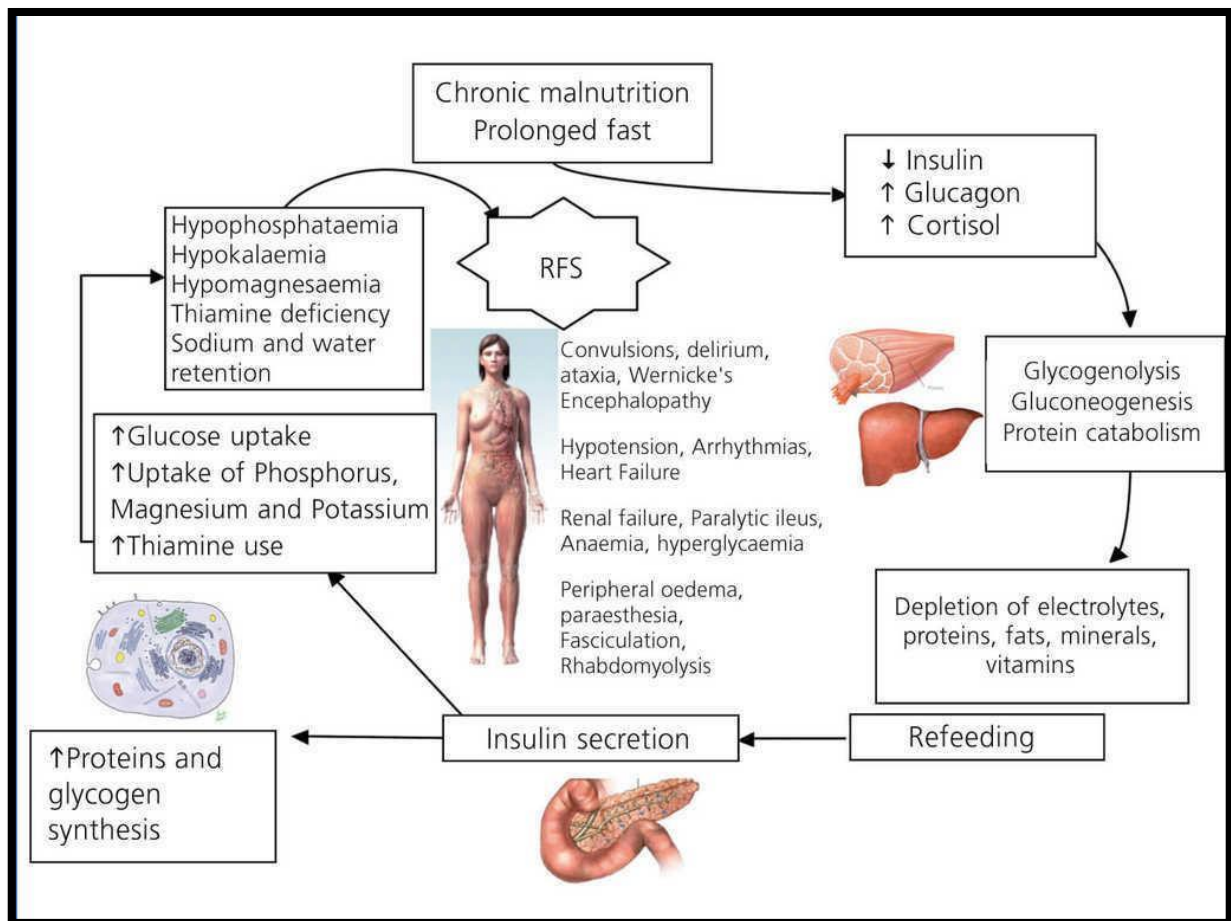
Sondläge i ventrikeln, nasogastrisk sond schema för tillförsel och hastighet:

Dag 1: 25–50 ml/timme	Totalt 250–500 ml
Dag 2: 50-75ml/timme	Totalt 500–1000 ml
Dag 3: 100–200 ml/timme	Totalt 750–1500 ml

Upptrappning:

Det är individuellt hur stor mängd sondnäring och hur snabb tillförsel som tolereras. Det är därför viktigt med individuellt anpassad ordination, som ska dokumenteras och följas upp kontinuerligt. Risk för refeeding bör övervägas, se metabol överbelastning (refeeding syndrome). Upptrappningsschemat baseras på hur länge patienten haft en låg näringstillförsel/intag eller varit svältande. Det kan vara motiverat att komplettera enteral nutrition med parenteral nutrition under upptrappning för att täcka energi- och näringsbehovet. Upptrappningsprogram ordineras av den patientansvariga läkaren, ofta i samarbete med dietist eller sjuksköterska med specifik kompetens i enteral nutrition.

Refeeding syndrome



1. Ökad risk vid BMI under 12.
2. Ökad risk de första två veckorna vid återuppfödning.
3. Parenteral nutrition ökar risken och ska undvikas.

Symtomen är:

- feber
- snabbt ökande vikt – vätskeretention – perifera ödem
- förhöjt blodtryck
- takykardi
- högre andningsfrekvens
- rytmrubbningar på hjärtat – arytmier
- hjärtinkompensation
- parestesier
- muskelsvaghet
- krampanfall
- koma

Hypofosfatemi efter 2–3 dagars näringstillförsel är ett allvarligt tecken på hotande refeeding syndrome. Tillståndet kan leda till plötslig död.

**Patienten ska övervakas och behandlas på medicinklinik vid symtom på refeeding syndrome
(kontakta IVA för övertag av patienten!)**

Förebygga och behandla refeeding syndrome:

- Näringstillförseln bör startas med 20–30 kcal/kg kroppsvikt/dygn hos gravt avmagrade patienter, öka därefter 200–300 kcal var 3:e dag.
- Följ blodstatus och elektrolytstatus inklusive fosfat och magnesium varje till varannan dag de första 1–2 veckorna.
- Peroral supplerering ska alltid ges vid s-fosfat lägre än 0,65 mmol/l (Fosfat APL oral lösning 60 mg/ml, 30-60 mg/kg kroppsvikt/dygn fördelat på 3-4 gånger per dygn). Om s-fosfat är lägre än 0,32 mmol/l bör man tillföra fosfat intravenöst (på medicinklinik).
- Vid lågt magnesiumvärde ges tablett Emgesan 250 mg 1x2/dygn.
- Vid tiaminbrist ges tablett Beviplex forte 1x3/dygn.
- Vid lågt s-kalium ges tablett Kaleorid.
- Överväg också att stanna upp eller backa ett steg i nutritionsschemat.

Refeeding syndrome anses bero på den övergång som sker vid ökat näringsintag från svältinducerad glukoneogenes till kolhydratinducerad insulinfrisättning, vilken utlöser ett snabbt intracellulärt upptag av kalium, fosfat och magnesium för att metabolisera kolhydrater i cellerna.

Vid gravt katabola näringstillstånd ökar risken för refeeding syndrome på grund av minskad hjärtpacitet och elektrolytrubbningar (hypofosfatemi). Om näringstillförseln ökar alltför snabbt riskerar patienten att utveckla hjärtsvikt, ödem och koma.

Vårdöverenskommelse för slutenvård

Mellan avdelning □ 28 □ 21, behandlande mottagning: _____

och (lägg in patientdata här): _____

Problembeskrivning:

Mål:

- Bryta svält, hetsätning och kompensatoriskt beteende.
- Kunna äta normala måltider och normalisera vikten.
- Hitta alternativa sätt att hantera ångest, nedstämdhet och tvång.

Planering:

- Rutinkontroller som kroppslig undersökning, labbprover, EKG, vikt, blodtryck och pulsmätning vid inskrivning, därefter vid behov.
- Du ska hålla avdelningens mattider och äta enligt matschema som gäller för dig.
- Du har möjlighet att få stöd i matsituationen och hjälp att hantera ångest.
- Allt kompensatoriskt beteende är inte tillåtet.
- Dina möjligheter att röra dig fritt är begränsade, ju bättre din hälsa blir, desto mera ökar dina möjligheter.
- Din behandling är individuell och skiljer sig från andra patienter på avdelning.
- Vägning efter toalettbesök i underkläder, med ansvarig personal.
- Toalettbesök sker före måltid.

Mat intas på överenskommen tid.

- Inte uppäten mat ersätts med näringsdryck enligt tabell.
- Extra näringsstillskott ges i form av näringsdryck eller sondnäring enligt läkarens ordination.
- Du vilar efter måltider enligt ordination.
- Du sover med täcke eller filt och stängt fönster.

Permissioner kan beviljas vid behov men det ska finnas en fungerande planering för tillräckligt matintag och undvikande av kompensatoriska beteenden, därför behöver du ofta stöd av närstående vid dina första permissioner.

Utskrivning från vårdens sida sker när man ser att behandlingsupplägget inte är hjälpsamt för dig, till exempel vid total matvägran i några dygn, tydliga avvikelser från det ovan överenskomna eller tydlig viktnedgång under vårdtiden. Om utskrivningen befaras leda till livsfarligt tillstånd, måste bedömning om tvångsvård tillämpas.

Utvärderingsdatum: löpande varje vecka.

Underskrifter:

Fysisk aktivitet för patienter med en ätstörning i heldygnsvård

Dessa regler och riktlinjer ligger till grund för diskussion vid veckovis individuell vårdplanering.

BMI 12 eller lägre: Sängläge. Rullstol mellan säng och toalett.

BMI 12–13: Rullstol. Utevistelse 2 x 15 minuter/dag med personal. Sittande aktivitet på avdelningen.

BMI 14: Utevistelse 2 x 15 minuter med personal, utan rullstol. Permissioner några timmar och andra förmåner kan nu bli aktuellt med närstående som sällskap.

BMI 15: Utevistelse 2 x 30 minuter. Lugn fysisk aktivitet en kort stund med sällskap.

BMI 16: Eget ansvar för fysisk aktivitet så länge vikten bibehålls/ökas. Nattpensioner kan bli aktuella och planeras i veckoplaneringen.

BMI över 17: Permissioner och egna utevistelser görs upp i samråd med vårdpersonal under veckoplaneringen.

Dessa riktlinjer skall anpassas och beslutas individuellt, rutinmässigt vid veckoplaneringsmötet. Undantag kan finnas av medicinska eller psykiatriska skäl.

Observera: Män tål undervikt sämre än kvinnor och bör därför bedömas i relation till närmast lägre BMI. Klinisk bild bör värderas noga.

Vårdintygsbedömning av patienter med allvarlig anorexi

För att tvångsvård enligt LPT ska bli aktuell måste följande villkor vara uppfyllda:

Lider av en allvarlig psykisk störning

Ätstörning klassificeras i allmänhet inte som en allvarlig psykisk störning. Om du dock påvisar tankestörningar, vanföreställningar, starkt tvångsmässigt beteende och/eller en hög risk för dödlighet på grund av patientens ätstörda beteende ska tvångslagstiftningen användas och tillståndet likställas med en allvarlig psykisk störning.

Typiska symtom vid grav anorexi:

Tankestörningar: patienten är långsam och har svarslatens, koncentrationsstörningar, tankar kring mat och motion finns där hela tiden och andra tankar har ingen plats längre. Patienterna uppfattar att allt som sägs hänger samman med deras kroppsform, att de är tjocka.

Hallucinationer: vissa patienter har ätstörningstankar i form av rösthallucinationer- imperativa röster som uppmanar de att inte äta, äta mindre eller träna mera.

Vanföreställningar: patienterna har många förvrängda uppfattningar om mat och sin kropp, till exempel:

- De är upptagna av att känna sig smala, slanka och lätta.
- Rädslan för viktuppgång har orimliga mått: till exempel genom att äta en glass skulle patienten gå upp flera kilo i vikt.
- Patienterna kan ha starka kroppsliga vanföreställningar, om de ska rita/beskriva sin kropp så beskriver de fettvalkar, stor mage och rumpa. Oftast är magen och framsidan av kroppen mest förvrängd av detta.
- Patienterna har upplevelsen att de mår bättre och blir friskare genom att svälta sig eller träna hårt.

Det finns en smygande övergång från feluppfattningar till vanföreställningar. De har definitivt vanföreställningskaraktär när patienterna nekar till riskerna med svält eller sätter en idealvikt för sig själv som inte går att uppnå utan dödlig utgång.

Starkt tvångsmässigt beteende: patienterna kan utveckla tvångsmässigt beteende kring många saker: kläder, mat, kropp, träning. Tvångsmässigt uteslutande av kolhydrater eller fett ur maten är mycket vanligt.

Har ett oundgängligt behov av slutna psykiatrisk vård

Risk för död i självsvalt eller kompensatoriskt beteende är viktig att beakta vid bedömning om tvångsvård är nödvändig. Vid hög risk för död finns oundgängligt behov av slutna psykiatrisk vård.

Självmod är den medvetna handlingen att ta sitt eget liv. Självsvält i anorexia nervosa är en medveten handling som patienterna tror kommer att leda till bra mående (vilket är en vanföreställning). Objektivt betraktat leder självsvält till att patienterna tar sitt eget liv. Patienterna förnekar ofta att det finns fara för deras liv eller så är de medvetna om faran men kan ändå inte bryta sitt tvångsmässiga beteende. Självsvält vid anorexia är inget självmord och ändå leder den till döden.

Därmed blir riskavvägningen för dödligheten mycket viktig. Den kan bara göras med hjälp av labbstatus, EKG och somatisk undersökning.

Livshotande svält är indikation för akut inläggning i heldyngsvård! Kriterier som kan hjälpa till att identifiera livshotande svält:

- BMI <14 hos vuxna eller minskning av >25% av tidigare vikt i kombination med (en av nedanstående tecken)
- total mat- och dryckesvägran
- puls <40s/min eller takykardi >120
- blodtryck <90/60 i liggande, blodtrycksfall i stående >10mmHg
- kroppstemperatur <35,5°C
- elektrolyter i behandlingskrävande obalans
- förlängd QT-tid
- tecken på uttorkning, påverkat allmäntillstånd (svimning, muskelsvaghet, hjärtklappning, tryck över bröstet etcetera)

Vid bedömning av det medicinska allvaret är inte de enskilda värden som avgör utan den samlade kliniska bilden. **Om det ovanstående har inträffat eller risk för att det inträffar inom något dygn om svälten fortsätter är kriteriet för oundgängligt behov av slutna psykiatrisk vård uppfyllt.**

1. MOTSÄTTER SIG FRIVILLIG VÅRD

eller att det "till följd av patientens psykiska tillstånd finns grundad anledning att anta att vården inte kan ges med hans eller hennes samtycke".

När patienterna inte har någon sjukdomsinsikt och inte inse att de behöver vård, så är det mycket lätt att förstå att kriteriet är uppfyllt. Det är svårare när patienterna beskriver att de redan jobbar med att öka matintaget, att de har upphört med träning och så vidare. Där är anamnesen mycket viktig: har patienten haft regelbunden kontakt med sin behandlare senaste månaden och trots dess fortsatt att gå ner i vikt? Har patienten starka tvångsmässiga beteenden, som inte går att bryta fast patienten i rummet försäkrar att hon kommer att göra bättre ifrån sig? Detta kan ge anledning till att bedöma att vården inte kan ges med patientens samtycke, tvångshandlingarna är starkare än patientens medvetna beslut.

Samsjuklighet

Samsjuklighet vid anorexia nervosa

Depression: Depressiva symtom är vanligt som effekt av svält och behandlas bäst med näring. Medicinering med SSRI-preparat är ofta inte meningsfullt när patienten är i svält. När patienten börjar komma ur svälten kan det vara meningsfullt att behandla de depressiva symtomen med antidepressiv medicin, det är då också lättare att bedöma om det rör sig om en depressivitet som beror på anorexin eller om det är en samsjuklighet.

Ångesttillstånd: Alla typer av ångesttillstånd kan förekomma vid anorexia nervosa, vanligast är social fobi, generaliserat ångesttillstånd och tvångssyndrom. Ångest och tvångsmässigt tänkande kan vara en effekt av svälten och kan försvinna när man går upp i vikt. Ångest som hänger ihop med anorexisjukdomen kan även öka vid viktuppgång, då rädslan för att bli tjock intensifieras. En behandling med fokus primärt på ångesttillståndet är inte meningsfullt när patienten är i svält.

Neuropsykiatriska tillstånd. Utöver att det förekommer drag av autism vid anorexia nervosa finns det även en samsjuklighet med autismspektrumstörning. Autismspektrumstörning ställer andra krav på behandlingen. Behandlingen måste ta hänsyn till dessa svårigheter och integrera behandlingsprinciper från neuropsykiatrin. Det kan innebära mer struktur och förutsägbarhet i behandlingen, enklare språk, funktionella regler i stället för sokratisk frågestil. Det är en svårighet att identifiera dessa patienter när svälten är som mest uttalad, då det rör sig om symtom som till del går in i varandra. Den psykosociala utvecklingen före sjukdomsdebuten är viktig att bedöma.

Missbruk: När missbruk förekommer är det en komplicerande faktor i behandlingen. Missbruk är vanligare vid långdragen ätstörning och är då ofta svårbehandlad. Inte sällan ökar ätstörningssymtomen då man behandlar missbruket, och tvärtom. Det krävs i allmänhet ett nära samarbete mellan missbruksenheter och ätstörningsenheter för att kunna hjälpa dessa patienter.

Personlighetsstörningar: Dessa komplicerar ätstörningsbehandlingen då patientens motivation kan växla ännu mer uttalat än vad som beror på ätstörningen. Dessa patienter riskerar att gå från behandlare till behandlare. Patienter med personlighetsstörningar och ätstörningar behöver oftast ett individuellt stöd i kombination med konkret matstöd. Kognitiv och dialektisk beteendeterapi har visat sig fungera för patienter med ätstörning, personlighetsstörning och självskadebeteenden.

Diabetes mellitus: Patienter med ätstörningar och diabetes typ I är oftast svårbehandlade och kräver ett nära samarbete mellan endokrinologer och ätstörningsspecialister. På grund av ökad risk för tidiga diabeteskomplikationer är det viktigt att man följer upp patienten med täta besök och kontroller.

Samsjuklighet vid bulimia nervosa

Depression: Det kan bli nödvändigt att behandla de depressiva symtomen med antidepressiv medicin, vilket även har effekt på de bulimiska symtomen. I vissa fall är depression det primära problemet och patienten kan då i samband med det få ett sekundärt stort ätbeteende, oftast i form av överätning eller dålig aptit. Fokus för behandlingen ska då vara patientens depression såväl farmako- som psykoterapeutiskt.

Ångestsyndrom och tvångssyndrom: Ångest- och tvångssymtom är vanligt vid ätstörning, vilka försvinner när man behandlar ätstörningen. När en ångeststörning eller OCD är det primära tillståndet blir ätstörningsbehandlingen i allmänhet ett komplement till övrig behandling. En sådan kompletterande behandling bör inrikta sig på matstöd och att etablera regelbundna matrutiner.

Adhd: Patienter med bulimia nervosa har gemensamma kliniska drag med adhd och dessutom är adhd-symtom vanliga hos patienter med bulimi. Patienter med bulimia nervosa har impulsiva beteenden med kontrollförlust, som vid hetsätning och självrensning. 40 procent av patienter med bulimia nervosa har också bristande impulskontroll inom andra områden än de som har med mat att göra. Patienter som har både adhd och bulimia nervosa har ofta mer uttalade symtom av ätstörningen och har god nytta av behandling som fokuserar på adhd-tillståndet.

Missbruk: Jämfört med anorexia nervosa är missbruk betydligt vanligare vid bulimia nervosa. Som vid anorexia nervosa är det vanligare vid långdragen ätstörning och därmed ofta mer svårbehandlat.

Om patient behandlas inom specialiserad ätstörningsenhet och det visar sig att annan psykiatrisk diagnos eller suicidrisk är huvudproblemet bör patienten behandlas inom barn- och ungdomspsykiatri (BUP) eller vuxenpsykiatri med stöd och konsultation från specialiserad ätstörningsenhet.

Ätstörningsenheten Karlskrona

Kontakt

Telefonnummer:

0455-73 60 14

Besöksadress:

Hälsövägen, byggnad 24., Blekingesjukhuset Karlskrona. Endast förbokade besök.

Om oss

Ätstörningsenheten i Blekinge är en länsövergripande enhet med mottagning i Karlskrona.

Vi har ett brett behandlingsutbud: läkarbedömning och medicinska kontroller, individuell samtalsterapi, psykoterapi, matstöd, kostbehandling, affektskola, fysioterapi och vid behov kontakt med dietist eller kurator. Behandlingen innehåller olika former av terapi kring matvanor och ätbeteende samt hur man kan hantera känslor och tankar. Då närstående har en mycket viktig roll i behandlingen av ätstörningar erbjuder vi även stöd för anhöriga. Vi kan numera även erbjuda ökat stöd på vår dagvårdsverksamhet.

Ibland kan heldygnsvård behövas och då kommer detta att ske på någon av slutenvårdsavdelningarna inom psykiatri i Karlskrona eller Karlshamn.

Teamet på ätstörningsenheten består av psykolog, läkare, sjukgymnast, sjuksköterska, skötare, dietist och kurator. Vi har ett nära samarbete med den övriga hälso- och sjukvården och finns tillgängliga för konsultation i olika frågor kring mat och ätbeteende.

Söka vård

När en person vill söka vård för sin ätstörning kontaktar hon/han först sin närmaste mottagning inom vuxenpsykiatri och ber att få kontakt med akuta rådgivningsteamet (ART) som kommer att ge en tid för bedömning. Om bedömningen visar att ätstörningsenheten kan erbjuda bäst hjälp för just den patient så skickas en remiss till oss.

Om patienten är under 18 år kontaktar hon/han barn- och ungdomspsykiatri.

Konsultativa insatser

- **Stöd och rådgivning** till övrig personal i olika ärenden via telefonkontakt, mail eller bevakningar.
- Genom att **träffa patienten och göra bedömning** (t ex patient på slutenvården, patient med komplex problematik).
- Genom att erbjuda patienten kortare insatser, 3 till 10 samtal (om en patient inte kan ta till sig behandlingen på ätstörningsenheten på grund av att en annan psykiatrisk diagnos är huvudproblemet och/eller bedöms vara i behov av andra behandlingsinsatser som vi inte kan erbjuda)
- psykopedagogiska interventioner, information om sjukdomen, stöd för att normalisera ätbeteendet, bryta svälten, bryta hetsätning och kräkning).
- **Kostrådgivning** individuellt eller i grupp (dietistgrupp 5 föreläsningar om matens funktion, kroppens reaktioner och betydelsen av regelbundet energiintag)
- **Dagvårdsbehandling, matstöd.**
- Kroppsinriktad behandling i grupp - **Basal kroppskänedom.**

Vägen in till ätstörningsenheten

Patienter får sin första bedömning angående ätstörning på vuxenpsykiatri, habilitering eller barn- och ungdomspsykiatri. Patienter som får diagnos ätstörning vid denna bedömning (**anorexia nervosa, bulimia nervosa, hetsättningsstörning, andra specificerade ätstörningar eller ätstörning ospecificerad**) kan remitteras vidare till ätstörningsenheten. Enbart specialiserad ätstörningsenhet/klinik kan remittera direkt till ätstörningsenheten.

Remiss/bevakning till ätstörningsenheten bör innehålla

- preliminär diagnos
- aktuella ätstörningssymtom
- kostanamnes
- när första ätstörningssymtomen började
- ätstörningens utveckling
- annan psykiatrisk sjukdom
- annan somatisk sjukdom
- social funktion och familjesituation
- psykiskt status/psykiatriska symtom
- mens senast åammdd, p-piller
- aktuell längd, vikt, puls, blodtryck och temperatur
- vikt före insjuknande
- kopia på eventuella laboratoriesvar
- aktuell medicinering
- elevhälsans tillväxtkurvor ska alltid bifogas när det gäller yngre patienter

Prioritering av patienter

Patienter som ska ha förtur för behandling på ätstörningsenheten är följande:

1. Somatisk indikation: patienter som uppfyller eller riskerar att inom kort uppfylla somatiska indikationer för inläggning i heldygnsvård.
2. Patienter som kommer från annan specialiserad ätstörningsbehandling (flytt får inte avbryta behandling) eller patienter som kommer hem efter vård på behandlingshem för ätstörningar.
3. Patienter med sjukdomstid kortare än ett år (prognostiskt mycket tydligt kriterium)
4. Minderåriga patienter (mellan 16 och 18år)
5. Patienter med minderåriga barn hemma.

Väntelista

Patienter som inte uppfyller ovan nämnda prioriteringskriterier sätts på väntelista. Inremitterande mottagning behåller vårdansvaret (om stödkontakt/läkemedelsbehandling behövs) tills patienten påbörjar behandling på ätstörningsenheten.

Information om dagvården ätstörningsenheten

Om oss

Ätstörningsenheten i Blekinge inom länsgemensam psykiatri består av två enheter. Förutom dagvården finns även en öppenvårdsmottagning. De finns placerade på samma våningsplan i byggnad 24 på Blekingesjukhuset i Karlskrona.

Teamet på ätstörningsenheten består av psykolog, läkare, sjukgymnast, sjuksköterska, skötare, dietist och kurator.

Dagvården

Ätstörningsenheten har sex platser för dagvård (plus två för enbart matstöd). Målgruppen är patienter från 18 års ålder (eller patienter från 16 år som går i behandlingen på ätstörningsenheten) med allvarlig ätstörning som huvuddiagnos, där behandling i öppenvård inte erbjuder tillräckligt stöd och man bedömer att en period med förstärkt stöd är nödvändig. Behandlingsprogrammet kommer vid start vara under dagtid måndag, tisdag och fredag. Till dagvården kommer man från vår egen ätstörningsmottagning eller med intern bevakning från vuxenpsykiatrisk öppenvård eller avdelning. Dagvårdsbehandlingen är ett komplement till en pågående behandling på ätstörningsenheten eller vuxenpsykiatrisk öppenvård/avdelning.

Dagvårdsteamet består av sjuksköterska, skötare, sjukgymnast och dietist.

Vad bör en remiss/bevakning till ätstörningsenhetens dagvård innehålla

- Diagnos
- Aktuella ätstörningssymtom: Har patienten mycket tankar på sin vikt och/eller figur? Rädsla för viktuppgång? Hur snabb viktnedgång?
- Kompensatoriska beteenden så som kräkningar, motion, fasta eller laxermedel?
- Fysisk aktivitet: Tränar patienten? Vad? Hur ofta?
- Kostanamnes: Vad äter patienten under en dag? Utesluter patienten något, till exempel kolhydrater eller fett? Speciell diet till exempel vegetarian/vegan?
- När första ätstörningssymtomen började.
- Ätstörningens utveckling (sjukdomens förlopp).
- Annan psykiatrisk sjukdom. Aktuell medicinering.
- Annan somatisk sjukdom. Aktuell medicinering.
- Allergier och överkänslighet/intolerans.
- Social funktion och familjesituation. Hur klarar patienten av skola eller arbete?
- Psykiskt status/psykiatriska symtom.
- Mens senast åammdd, p-piller?
- Aktuell längd, vikt, puls, blodtryck och temperatur.
- Vikt före insjuknande.

Vilka patienter bör inte remitteras till dagvården

- De utan ätstörningsdiagnos och bedömning från vuxenpsykiatrin.
- De under 18 år.
- De med bristande motivation eller som helt saknar sjukdomsinsikt.
- De utan öppenvårdskontakt.
- Om annan psykiatrisk diagnos, aktivt självskadebeteende, pågående missbruk eller suicidrisk är huvudproblemet.
- Patienter som är i behov av heldygnsvård (till exempel svåra svälttillstånd, med allvarliga medicinska komplikationer).

Vad händer när man kommer till oss?

Bedömningssamtalet

Vid bedömningssamtalet träffar patienten läkare eller annan profession från ätstörningsenheten tillsammans med sin öppenvårdsbehandlare. Samtalet syftar till att göra en bedömning av patientens ätstörning, livssituation och psykiska och somatiska tillstånd. Vi informerar om behandlingen och svarar på frågor. Det är också viktigt för oss att undersöka patientens motivation och om hon eller han känner sig redo för behandling i dagvård.

Inskrivning och behandlingsstart

Före behandlingsstart kallas patienten till inskrivningssamtal med sin kontaktperson på ätstörningsenhetens dagvård. Där ges information om rutiner och patienten får en rundvisning i lokalerna.

Behandlingens struktur och innehåll

Mål, fokus och struktur

Vår målsättning när en patient kommer till oss för behandling i dagvård är att på ett strukturerat sätt hjälpa personen att bli fri från de svårigheter som följer med ätstörningen. Aktuella målsättningar kan vara;

- Bryta destruktiva mönster i förhållande till mat och uppnå regelbunden struktur kring måltider.
- Uppnå en stabil och hälsosam vikt.
- Ökad sjukdomsinsikt och förmåga att ta ansvar för det egna tillfrisknandet.
- Utforska aktiviteter och utveckla strategier som ger ökad möjlighet att bli fri från ätstörningen.

En viktig princip i dagvårdsbehandlingen är även att förbereda patienten för återgång till tidigare aktiviteter, intressen och sysselsättning som arbete, praktik eller skola. Vårdtiden på dagvården planeras och utvärderas först efter 2 veckor och sedan i 4-veckorsperioder. Vårdtiden bedöms individuellt utifrån behov och förutsättningar.

Innehåll

Erfaren personal upprätthåller en stabil och tydlig struktur, vilket gynnar patientens möjlighet att arbeta med sina svårigheter. Samtliga aktiviteter i behandlingsarbetet bidrar till patienternas utveckling och sociala kompetens. Behandlingen sker mestadels i grupp, där patienten arbetar mot sina individuella målsättningar. Dagvårdsbehandlare och patient sätter upp mål och delmål för behandlingen i en individuell vårdplan. Under behandling i dagvård avbryts inte kontakten med behandlare i öppenvården.

Patienten äter tillsammans med personal och övriga patienter på dagvården. Syftet är att normalisera måltiderna och bli trygg med portionsstorlekar och varierad kost. För det mesta sker måltiderna på dagvården men ibland äter vi på restaurang eller på café. Att variera plats och kost minskar rädslan för nya situationer

och kan ge patienten ökade insikter. Genom att äta regelbundet återhämtar sig både den fysiska och psykiska hälsan. Hunger och mättnadskänslor ges möjlighet att normaliseras. Med stöd av personal får patienten träning i samtliga moment som ingår i matlagning. Att planera, göra matinköp i affär, välja och följa recept. Att hantera, tillaga och äta måltiden leder till att patienten blir mer trygg till att själv kunna tillreda sina måltider.

De dagar då patienten inte går i behandling arbetar patienten med sina individuella målsättningar. Det här sker utanför dagvårdsenheten till exempel i patientens hem, på café, restaurang, arbete eller skola. Dagvården kommer att ha ett affektfokuserat behandlingskoncept som innebär att vi kommer att uppmärksamma och rikta extra fokus på olika grundaffekter varje vecka. I behandlingen ingår även gruppbehandling med dietist där teman knutna till mat och kropp diskuteras. Tillsammans med sjukgymnast får patienterna utföra praktiska övningar för förbättrad kroppsutfattning, kroppsmedvetenhet och avspänning. Under tillfriskningsprocessen är det viktigt att hitta nya avkopplande aktiviteter att fylla sin tid med. I dagvården ingår därför även skapande aktiviteter vilket ger patienterna tillfälle att hitta nya intressen och stärka sitt självförtroende. Patienterna kommer att få tillfälle att diskutera och reflektera kring hur ätstörningen, tankar, känslor och beteende påverkar varandra i grupper med tema psykoedukation samt ångesthantering och färdighetsträning.

Vad händer när man skrivs ut från dagvården?

Efter utskrivning från dagvården fortsätter patienten behandlingen inom den vuxenpsykiatriska öppenvården. Vid behov kan patienten komma tillbaka till oss vid ett senare tillfälle, i så fall via en ny remiss. Det är viktigt att vara uppmärksam på att det ofta tar tid att bli frisk från en ätstörning och att behandlingstiden i dagvård endast är en del av patientens totala behandlingstid. En behandlingsperiod på dagvården resulterar inte i att patienten blir helt frisk, men förhoppningsvis har han/hon tagit ett viktigt steg på väg mot bättre hälsa. Vid frågor ta gärna kontakt med oss!

Telefonnummer till samordnare dagvården: 0455- 73 59 50

Telefontider: måndag, tisdag och fredag klockan 8.00–15.30

Besöksadress: Hälsövägen, byggnad 24 plan 6, Blekingesjukhuset Karlskrona.