

Ätstörning – Rutin för barnmedicinsk handläggning av barn och ungdomar med svår ätstörning

Bakgrund och syfte

Syftet med detta dokument är att ge en enhetlig struktur för den initiala handläggningen av patienter med ätstörning som akut riskerar allvarliga medicinska komplikationer. Ätstörningar hör till de psykiatriska tillstånden med högst dödlighet, och patienter kan ha dålig insikt och se opåverkade ut trots livshotande tillstånd.

Behandlingsansvaret ligger främst hos Ätstörningsenheten och i vissa fall BUP, men svårt sjuka patienter kan ha sådana elektrolytrubbningar och vitalpåverkan att vård i hemmet eller på psykiatrisk avdelning inte är säker.

Dessa patienter behöver då slutenvård på Barnavdelning 23. För att dessa patienter ska identifieras och omhändertas korrekt krävs ett nära samarbete mellan Ätstörningsenheten, Barnkliniken och BUP. Indikationer för vård på barnmedicinsk avdelning är exempelvis allvarlig cirkulationspåverkan, elektrolytrubbningar som kräver korrigerande och upprepad provtagning, risk för refeedingsyndrom samt behov av sondmatning.

Medicinsk bedömning på akutmottagningen

För en heltäckande akut riskbedömning hos barn och vuxna - se [Stöd vid medicinsk riskbedömning av patient med ätstörning](#) .

Nedan finns ett koncentrat av vad som bör värderas på akutmottagningen.

Notera att det är den sammanvägda bedömningen av både psykiatrisk och medicinsk riskbild som styr handläggningen snarare än enskilda parametrar.

Anamnes: Duration av ätstörning, viktnedgångens hastighet och storlek, längdtillväxt, kostanamnes (ta hjälp av närstående), kompensatoriska beteenden (kräkningar, motion, laxermedel, diuretika), menstruation, förstoppning, samsjuklighet.

Status: Allmäntillstånd (orkar patienten resa sig, gå?), mun och svalg (frätskador på tänder, slemhinneblödning), perifer cirkulation (pulsar, behåring, temperatur, färg, sår), hud

(dehydreringstecken, lanugobehåring, underbensödem), vitalparametrar inkl. ortostatiskt blodtryck, EKG, längd, vikt (i underkläder).

Provtagning: blodstatus, elektrolyter, kreatinin, thyroideastatus, leverstatus, fosfat, magnesium, b-glukos, blodgas, urinsticka.

Observera att patologiska laboratoriefynd ses sent i sjukdomsutvecklingen, proverna kan vara normala trots att svältpåverkan föreligger.

Tecken till hög risk för livshotande tillstånd

- BMI <13 kg/m²
- Viktnedgång 1 kg/vecka i två på varandra följande veckor
- Hjärtfrekvens <45 eller > 90 slag/min
- Systoliskt blodtryck <90 mmHg

- Ortostatiskt prov med BT-fall > 20 mmHg eller pulsökning > 30 spm
- Temp < 35,5 ° C
- EKG-förändringar såsom förlängd QT-tid, ST-sänkning eller T-vågsnegativitet
- Återkommande svimningar
- Infektion hos undernärdd patient
- Hypokalemi, hypofosfatem, hypoglykemi, leukopeni, anemi, transaminaser > 3x normalvärdet
- Dryckesvägran eller uttalad dehydrering

Notera att det är den sammanvägda bedömningen av både psykiatrisk och medicinsk riskbild som styr handläggningen snarare än enskilda parametrar.

Bedömning av vårdform

Den läkare som ansvarar för den medicinska bedömningen är också ansvarig för att utfärda vårdintyg om patienten motsätter sig somatisk vård om detta bedöms som relevant.

I Socialstyrelsens ifyllnadsstöd för psykiatrisk tvångsvård anges att ätstörning med risk för metabol påverkan på centrala kroppsfunktioner kan utgöra skäl för vård enligt LPT ([Socialstyrelsen 2021](#)). Om patient med svår ätstörning ej medverkar till vård på barnmedicinsk avdelning i den utsträckning som krävs för att häva svälttillståndet, är kriterier för vård enligt LPT sannolikt uppfyllda. Kontakta BUP-bakjour för en diskussion om praktisk handläggning inför LPT utfärdande och intagningsbeslut (viket fattas av BUP-bakjour) för barnmedicinsk slutenvård och tvångsåtgärder inom ramen för LPT.

Vård på barnavdelning 23

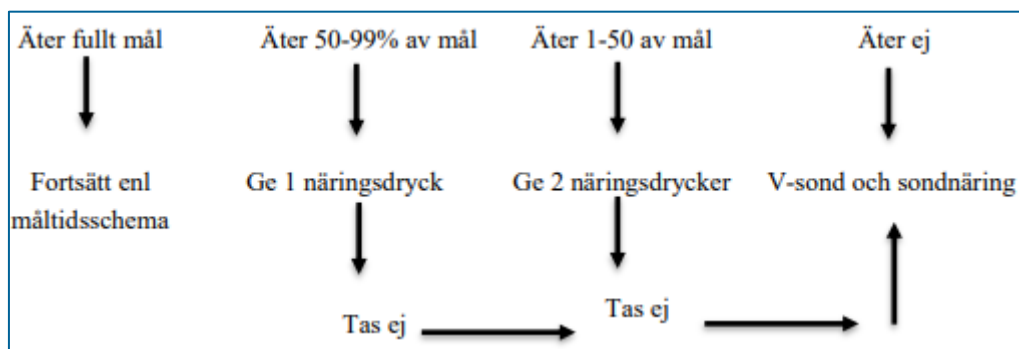
Samarbete med ätstörningsenheten och dietist på BUM etableras snarast.

Kärnan i behandlingen av det akuta tillstånd som föranlett inneliggande somatisk vård är re-nutriering. Om patienten medverkar provas 2 mål mat enligt nedan innan sondnäring övervägs. Normal kost innefattar 3 huvudmåltider och 3 mellanmål av typen normalkost (ej barnkost).

Portionsstorleken är ofta normal men kan behöva reduceras vid hög risk för RS (se ”uppstart och upptrappning” samt bilagor för måltidsordning).

Patienten får inte välja önskekost, risken är att patienten väljer måltider med lågt energiinnehåll. Hänsyn tas till vegetariska (ej veganska), religiösa preferenser och födoämnesallergi. Om patient inte äter fulla måltider, komplettera med näringsdryck enligt flödesschema nedan. Näringsdrycker som ska erbjudas är kompletta varianter med minst 300 kcal/ flaska (enbart mjölkiga varianter om ej födoämneallergi förekommer), ex. Nutridrink eller Fresubin energy drink, välj gärna fiberinnehållande alternativ. Erbjudande om att byta ut maten till näringsdryck ska ej ske innan halva tiden av måltiden har passerat. Nasogastrisk sond journalförs i Melior där datum och sondens längd noteras. Patienterna ska vid enteral nutrition/ sond alltid även erbjudas vanlig mat.

Flödesschema



Uppstart och upptrappning

För ungdomar är det vanligen säkert att starta på 1400–2000 kcal/dag, aldrig lägre än det intag patienten haft dagarna innan inläggning. Risken för refeedingsyndrom (RS, se nedan) ska beaktas, samtidigt rapporteras högre morbiditet och mortalitet av undernutriering/långsam upptrappning (av rädsla för Refeeding Syndrom (RS)). Med monitorering och substitution av elektrolyter parallellt med re-nutriering kan RS undvikas.

Patienter med okomplicerad anorexia nervosa kan börja med ett intag på 2000 kcal/dygn, som efter några dagar ökas till normal kost (2400 kcal/dygn), se måltidsordning i bilaga. Vid hög risk för RS (se riskfaktorer nedan) eller svår samsjuklighet startas energiintaget lägre (1400 kcal/dygn) med upptrappning om 200 kcal/dygn. Observera att patienter med anorexi kan ha hypermetabolism och ett mycket stort energibehov.

Kontakta dietist snarast. Dietist kontaktas framför allt för individuell nutritionsbedömning och åtgärder, behöver generellt inte träffa patient.

Sondnäring

Isosource standard eller Isosource junior (under 12 års ålder) båda innehåller 1 kcal/ ml, välj gärna fiberinnehållande alternativ. Ges via sondspruta/matpump. Uppstart och upptrappning enligt ovan. Följ elektrolyter (se nedan); vid sjunkande fosfat pausas upptrappningen (minska ej energimängden) och fosfat korrigeras enligt nedan. Notera att övriga elektrolytrubbningar inte är skäl att avstanna upptrappningen, dessa kan korrigeras parallellt med att sondnäringen trappas upp. Ge sondnäringen i form av bolusmatning 6 gånger om dagen för att efterlikna normal måltidsordning. Överväg kontinuerlig sondtillförsel för att motverka hypoglykemi hos svårt sjuka patienter med stor risk för RS.

Refeedingsyndrom

Vid kronisk svält finns risk för metabol överbelastning och fatala ändringar i vätske- och elektrolytbalansen i samband med start av nutrition. Omställningen från svält och ketos till insulindriven metabolism medför ett snabbt ökat cellulärt upptag av fosfat och andra elektrolyter. Detta kallas refeedingsyndrom (RS) och är ett ovanligt men potentiellt dödligt tillstånd som kan förebyggas genom noggrann övervakning, nuttionsupptrappning och substitution av elektrolyter. Risken för RS är störst de första dygnet efter att nutrition påbörjats. RS ger hypofosfatemi, hypokalemi, hypomagnesemi, perifera ödem och i allvarliga fall arytmier, hjärtsvikt, muskelsvaghet, andningssvikt, benmärgspåverkan, rhabdomyolys och neurologisk påverkan med kramper och koma. Tidigt i förloppet ses inte alltid kliniska symtom utan främst laboriemässiga rubbningar beskrivna ovan vilket betonar vikten av att följa prover noggrant och substituera adekvat. Riskfaktorer för att utveckla RS är lågt BMI, inget eller minimalt matintag de senaste dagarna, snabb viktning, cirkulationspåverkan, EKG-påverkan, samsjuklighet (infektion,

missbruk, leversjukdom, hjärtsjukdom) samt lågt LPK, kalium, fosfat eller magnesium innan nutritionsbehandling påbörjas.

Monitorering under vårdtiden

Provtagning

- Daglig kontroll av elektrolyter, fosfat och magnesium de första 5 dagarna, om stabilt kan man därefter upprepa proverna efter ca 10- 14 dagar (kan ske polikliniskt).
- B-glukos kl 02 kan övervägas i svåra fall pga risk för grav nattlig hypoglykemi (överväg kontinuerlig sondmatning).
- Vid riktad misstanke kompletteras intagningsproverna med transglutaminas-antikroppar, ferritin, TIBC, folat, kobalamin, homocystein, metylmalonat, urea.

Mätvärden och kontroller

- Vikt tas vid inläggning, därefter 2 ggr/vecka i underkläder innan frukost, efter toalettbesök.
- PEWS + temp 1 gång/pass initialt, om stabila värden efter nutritionsstart kan kontrollerna glesas ut till 1 gång/dygn. Temp tas med IR-termometer, ej rektal.
- Vid elektrolytpåverkan eller kliniska tecken till RS upprepas EKG. Vid förlängd QT-tid; kontakt med kardiolog och ställningstagande till telemetri.
- Dygnsmängd: Individuell bedömning. Ej realistiskt att eftersträva "vanliga" dygnsmängder första dagarna då den ovana ventrikeln blir tillräckligt belastad med den nutrition/sondnäring som ordinerats.

Läkemedelsbehandling

Tiamin

Brist på vitamin B1 (tiamin) är vanligt hos patienter med AN. Det är av största vikt att substituera tiamin innan nutrition påbörjas för att minska risken för Wernickes encefalopati. Tiamin 100 mg x 2 i 3 dagar. Använd licenspreparatet ”Vitamin B1 ratiopharm 50 mg/ml” (regional licens för VGR) ges som inj iv. Första dosen ges 30 min före start av nutrition. Efter 3 dagars iv behandling övergång till T Beviplex forte 3x1 i 7 dagar.

Korrektion av elektrolytrubbningar

Det är förväntat att s-fosfat sjunker när nutritionsbehandling påbörjas. Omställningen till insulindriven glukosmetabolism medför även sjunkande nivåer av kalium och magnesium. Likaså förekommer inte sällan hypokalcemi vid allvarlig ätstörning. Risk för hjärtarytmi vid grava elektrolytrubbningar, därför viktigt med tät monitorering. Vid refraktär hypokalcemi; kontrollera att fosfat och magnesium är adekvat substituerat.

P-fosfat	<i>Läkemedel</i>	<i>Dosering</i>
<1,30 mmol/l	Fosfat APL 60 mg/ml oral lösning	1,5-3 ml/kg/dygn fördelat på 3 doser
<0,70 mmol/l	Glycophos	1 mmol/kg, späds enl ePED, ges på 8 h
S-kalium		
<3,5 mmol/l	Kajos oral lösning	Enl ePED
<3,0 mmol/l	Addex kaliumklorid intravenöst	Enl ePED
s-magnesium		
<0,60 mmol/l	T Emgesan	250 mg 1 x 2
<0,30 mmol/l	Addex Magnesium intravenöst	Enl ePED

Gastrointestinala besvär

Förstoppning är mycket vanligt vid AN. Makrogol ordineras frikostigt.

Klyx ges dagligen om patienten ej har avföring. Vid ökad nutrition förekommer även andra gastrointestinala biverkningar såsom gastroesofagal reflux vilket kan kräva PPI-behandling. Även fördröjd ventrikeltömning/ tarmpassage, nedsatt pankreasfunktion och försämrat energiupptag pga. svältinducerad villusatrofi förekommer och kan ge diarré och andra gastrointestinala besvär. Om magnesium ges peroralt kan även detta orsaka diarré. Vid illamående kan antiemetikum övervägas. OBS risk för arytmier vid samtidig elektrolytrubbning!

Ångest

Det saknas evidens för ångestbehandling vid ätstörning. Trots detta kan ångest inför måltider påkalla behandlingsförsök med exv. Prometazin (Lergigan) 5-25 mg, Alimemazin 5-20 mg eller Atarax 10-20mg (försiktighet vid bradykardi pga risk för QT-förlängning). Vid svår ångest/fixering i ätstörningen ges T. Olanzapin munsönderfallande 2,5 mg 1-3 ggr dagligen, som brukar ge effekt inom dagar.

Rutiner på avdelningen

- Som grund för behandlingen gäller individuell behandlingsplanering. En positiv, uppmuntrande och stödjande grundattityd kombinerat med en bestämd och konsekvent hållning. Patienten skall informeras från början, muntligen och skriftligen, om vilka rutiner som gäller.
- Toalettbesök bör ske 30 minuter innan måltid eftersom sängvila gäller 1 timme efter intagen måltid.
- Toalettbesök/dusch ska utföras med öppen dörr (vid mycket sjuk patient skall man vara med patienten i badrummet).

- Måltiderna serveras på rummet och patienten erbjuds alltid i första hand mat. Energi- och näringsinnehåll ska inte delges patient. Måltidstiden är 30 minuter, gäller även sondnäring. Sondnäring kan ges på rummet.
- Förflyttningar utanför rummet sker i rullstol, patienten ska ej köra själv.
- Patienten får ej lämnas ensam. I de fall där vårdnadshavare ej finns närvarande, eller vid komplicerande faktorer (självmodsrisk) kan extravak med personal behövas.
- Permission kan bli aktuellt tidigast efter 5 dygn förutsatt en viktuppgång på minst 0,5 kg och att de symtom som föranlett inläggning (exv. bradykardi, hypotermi, ortostatism, elektrolytrubbningar) påtagligt har förbättrats.

Behandlingsmål under vårdtiden

Full nutrition. Normalisering av vitalparametrar och elektrolytbalans.

Viktökning minst 0,5-1 kg/vecka är önskvärt.

Överföring till ätstörningsenheten/BUP

Utskrivning från barnavdelningen kan ske när de symtom som föranlett inskrivning påtagligt har förbättrats. Eventuell elektrolytobalans skall vara korrigerad och risken för refeedingsyndrom skall bedömas som låg. Det är önskvärt att patienten har en stabil viktökning (motsvarande 0,5-1

kg/vecka). Ätstörningsläkare ska involveras i beslut om huruvida patienten ska skrivas ut till hemmet med öppenvårdskontakt på ätstörningsenheten, eller överförs till BUP slutenvård.

Ätstörningsläkare ansvarar för att kontakta bakjour på BUP ifall behov av fortsatt psykiatrisk slutenvård finns. Om somatiskt färdigbehandlad

helg/jourtid kontaktar avdelningsläkare bakjour på BUP.

[Måltidsordning 1400 kcal/dygn – för barn med svår ätstörning](#)

[Måltidsordning 2000 kcal/dygn – för barn med svår ätstörning](#)

[Måltidsordning 2400 kcal/dygn – för barn med svår ätstörning](#)

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Barn- och ungdomssjukvård, Avdelning 23 NÄL

Innehållsansvar: Tom Nicolajsen, (tomni2), Överläkare

Godkänd av: Magdalena Åberg, (magst), Verksamhetschef

Dokument-ID: NU10035-1983749542-407

Version: 3.0

Giltig från: 2026-03-24

Giltig till: 2028-03-24