

Gäller för: VO1 Barn BUP och Kvinna

Innehållsansvar: Ellen Wisén, (ellwi6), Underläkare, ST

Godkänd av: Marie Hufvudsson, (marjo100), Verksamhetschef

Giltig från: 2025-04-16

Giltig till: 2027-04-30

Ätstörning – Rutin för handläggning av barn med svår ätstörning

Förändring sedan föregående version

Revidering markerat med gult samt lagt till länkar.

Bakgrund och syfte

Syftet med detta dokument är att skapa en enhetlig struktur för den initiala handläggningen av patienter med ätstörning som akut riskerar allvarliga medicinska komplikationer av sin sjukdom.

Behandlingsansvaret för ätstörningar har Ätstörningsenheten (tillhör VUP) och i enstaka situationer BUP. Svårt sjuka patienter löper risk för elektrolytrubbningar och påverkan på vitala kroppsfunktioner och kan vara i så dåligt skick att det inte är säkert att vårda dem i hemmet eller på barn- och ungdomspsykiatrisk avdelning. Sådana patienter är i behov av vård på Barn- och ungdomsmedicinsk avdelning, och för att dessa patienter ska kunna identifieras och omhändertas korrekt krävs ett tätt kliniköverskridande samarbete mellan Ätstörningsenheten, BUM och BUP.

Ätstörningar hör till de psykiatriska tillstånden med högst dödlighet. Patienterna har ofta dålig sjukdomsinsikt, och kan se opåverkade ut även när livshotande svikt av vitala funktioner är nära förestående. Skäl till vård på BUM-avdelning kan exempelvis vara allvarlig cirkulationspåverkan, elektrolytrubbningar som kräver korrigerande och upprepad provtagning, liksom risk för refeedingsyndrom och behov av sondmatning.

Arbetsbeskrivning

Patientflöde

Patienter som är allvarligt sjuka i anorexi aktualiseras oftast via Ätstörningsenheten som är öppen dagtid vardagar. När möjligt bokas (sub)akuta besök till läkare på Ätstörningsenheten för en första bedömning, i annat fall till sköterska. Läkare/ssk tar anamnes och gör en somatisk bedömning. Om denne ser ett behov av provtagning och EKG kontaktas barnmottagningen (ssk 32275) som är behjälpliga med detta. Resultaten tolkas av ordinerande ätstörningsläkare, som vid behov konsulterar dagbakjour på BUM för värdering av medicinskt slutenvårdsbehov. Detta gäller även för ätstörningssköterska om läkare ej finns på plats. I båda fallen ska vikt, puls, ortostatiskt blodtryck och kroppslig undersökning vara utfört på Ätstörningsenheten, och utifrån detta tillsammans med en sammanfattad anamnes ska en tydlig medicinsk frågeställning eller oro formuleras. I de fall ätstörningsläkare/-ssk och BUM-bakjour bedömer att inläggning på avdelningen är nödvändig görs inskrivning av avdelningsläkare (patienten skall inte passera akutmottagningen!).

Patienter med anorexi kan ibland själva söka sig till akutmottagningen. Då sker medicinsk bedömning av primärjour enligt nedan, och kontakt med Ätstörningsenheten upprättas snarast möjligt för dialog och gemensam planering. **Ätstörningsenheten kontaktas dagtid på telefon 78500 som bemannas av sekreterare som kan förmedla kontakt med läkare för konsultation så snart som möjligt.**

Medicinsk bedömning på akutmottagningen

Se [Stöd vid medicinsk riskbedömning av patient med ätstörning](#) för en heltäckande beskrivning av akut riskvärdering av ätstörning hos barn och vuxna. 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, viktminskningens hastighet och storlek, längdtillväxt, matanamnes (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 o C
- EKG-förändringar såsom förlängd QT-tid, ST-sänkning eller T-vågsnegativitet
- Återkommande svimningar
- Infektion hos undernärdd patient
- Hypokalemi, hypofosfatemi, hypoglykemi, leukopeni, anemi, transaminaser > 3x normalvärdet
- Dryckesvägran eller uttalad dehydrering

Bedömning av vårdform

Den läkare som ansvarar för den medicinska bedömningen, oavsett specialitet (på BUM, BUP eller Ätstörningsenheten), är skyldig att i de ärenden det är behövligt utfärda vårdintyg.

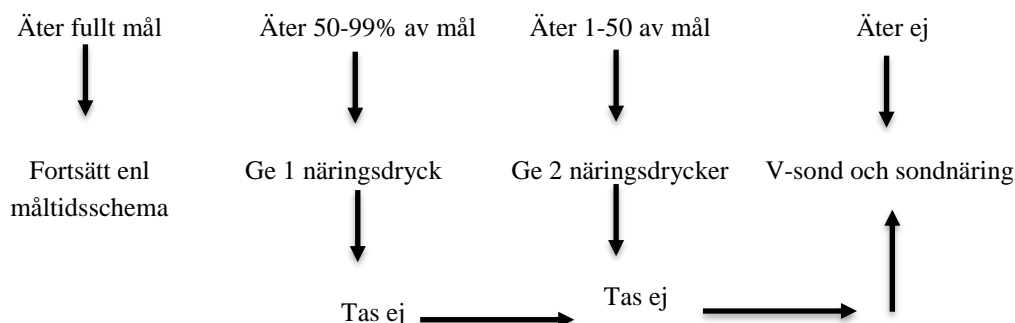
I Socialstyrelsens ifyllnadsstöd för psykiatrisk tvångsvård anges att ätstörning med risk för metabol påverkan på centrala kroppsfunktioner kan utgöra skäl för vård enligt LPT ([Socialstyrelsen 2021](#)). Om patient med svår ätstörning ej medverkar till vård på BUM-avdelning i den utsträckning som krävs för att häva svälttillståndet, är kriterier för vård enligt LPT sannolikt uppfyllda. När vårdintyg utfärdas kontaktas bakjour på BUP. Är patienten medicinskt stabil förs hen till regionens BUP-akutmottagning för fortsatt vård och bedömning av bakjour. Transport av patienten sker enligt gällande [rutin](#) på SkaS. Vid behov av somatisk

slutenvård och tvångsåtgärder inom ramen för LPT behöver intagningsbeslut fattas av BUP:s bakjour vilket kan göras på plats på barnavdelningen dagtid, jourtid transporteras patienten till den BUP-akutinrättning i regionen där BUP-bakjour finns.

Vård på barnavdelningen

Samarbete med ätstörningsenheten etableras snarast.

Kärnan i behandlingen av det akuta tillstånd som föranlett ineliggande somatisk vård är *renutriering*. Om patienten medverkar provas två mål mat enligt nedan innan sondnäring övervägs. Normal kost innefattar 3 måltider 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 hen väljer måltider med lågt energiinnehåll. Hänsyn tas till vegetariska (ej veganska) och religiösa preferenser. Näringsdrycker ska innehålla minst 300 kcal/flaska, förslagsvis Fresubin energy eller Nutridrink. Erbjudande om att byta ut maten till näringsdryck ska ej ske innan halva tiden har passerat. Nasogastrisk sond journalförs i Melior under mallen ”Enteral Infart” där datum och sondens längd noteras. Patienten ska förutom sondnäring erbjudas vanlig mat.



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 RS). Med monitorering och substitution av elektrolyter parallellt med renutriering kan RS undvikas.

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

Observera att patienter med anorexi kan ha hypermetabolism och ett mycket stort energibehov. Kontakta dietist på Ätstörningsenheten (daglig konsultationstid) vid behov av individualiserad energiberäkning, denne nås på telefon 78500 måndag, onsdag och torsdag kl. 13:15-14:15 och tisdag och fredag kl. 11:00-12:00.

Sondnäring

Isosource Junior (1 kcal/ml) 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 sex gånger om dagen för att likna 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, nutrivitionsupptrappning 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 laboratoriemässiga 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 viktnedgång, 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 (övertväg 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.
- Dygns mängd: Individuell bedömning. Ej realistiskt att eftersträva ”vanliga” dygns mängder 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. Mall finns i läkemedelsmodulen där anafylaxiberedskap ingår. 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 AN. 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 i patientmatsalen och patienten erbjuds alltid i första hand mat. Matkortet med kaloriinnehåll ska tas bort från matbrickan innan servering. 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 (självordsrisk) 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.

[Måltidsordning 1400 kcal – För barn med svår ätstörning](#)

[Måltidsordning 2000 – För barn med svår ätstörning](#)

[Måltidsordning 2400 – För barn med svår ätstörning](#)

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.

Patientinformation

Förhållningsregler

- Toalettbesök bör ske 30 minuter innan måltid eftersom sängvila gäller 1 timme efter intagen måltid
- Toalettbesök/dusch ska utföras med öppen dörr (om du är mycket sjuk kommer någon vara med dig i badrummet)
- Måltiderna serveras i patientmatsalen och du erbjuds alltid i första hand mat. Måltidstiden är 30 minuter, gäller även sondnäring. Sondnäring kan ges på rummet
- Förflyttningar utanför rummet sker i rullstol. Du får ej köra själv
- Du kommer ej lämnas ensam

Nutrition

Du ska följa given måltidsordning. Normal kost innefattar 3 huvudmåltider och 3 mellanmål per dag. Komplettering med näringsdrycker sker vid behov. Du har inte möjlighet att välja önskekost. Hänsyn tas till vegetariska (ej veganska) preferenser, endast om du sedan tidigare äter en vegetarisk kost. Hänsyn tas även till preferenser av religiösa skäl.

Om du inte äter enligt måltidsordningen efter två dagar kommer en sond att sättas för att tillgodose ditt energi- och näringsintag. Sond kommer även sättas redan första dagen om du äter mindre än 50% av portionen vid två huvudmåltider. Om sond sätts kommer vanlig mat att erbjudas förutom sondnäring.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: VO1 Barn BUP och Kvinna

Innehållsansvar: Ellen Wisén, (ellwi6), Underläkare, ST

Godkänd av: Marie Hufvudsson, (marjo100), Verksamhetschef

Dokument-ID: SKAS9699-1702881381-238

Version: 5.0

Giltig från: 2025-04-16

Giltig till: 2027-04-30