

Gäller för: VE Psykiatri

Giltig från: 2025-03-31

Innehållsansvar: Valdemar Landgren, (valla1), Underläkare, ST

Giltig till: 2027-03-31

Granskad av: Agata Paciorkiewicz-Piechalak, (agapa1), Överläkare

Godkänd av: Sara Ekström, (sarek4), Verksamhetschef

Ätstörning – Stöd vid medicinsk riskbedömning av patient med ätstörning - Psykiatri

Förändringar sedan föregående version

Förlängd giltighet.

Uppdatering av länkar.

Bakgrund, syfte och mål

Ätstörningar kan leda till livshotande medicinska komplikationer och hör till de psykiatriska tillstånden med högst dödlighet. Patienter kan se opåverkade ut även när livshotande svikt av vitala funktioner är nära förestående. Rutinen beskriver det underlag som behöver inhämtas för att korrekt bedöma medicinsk risk vid ätstörning. Vid pågående eller planerad heldygnsvård, se även [”Ätstörning – Starta av nutrition vid heldygnsvård – Psykiatri”](#).

Arbetsbeskrivning

Heldygnsvård kan vara aktuellt för patienter med mycket låg vikt, allvarliga somatiska komplikationer samt när ätstörningen inte förbättras vid behandling i öppenvård. Allvarlig psykiatrisk samsjuklighet eller psykosocial krissituation i familjen kan också leda till behov av heldygnsvård. Om patienten motsätter sig vård kan det bli nödvändigt med vård enligt LPT om kriterierna för tvångsvård uppfylls (Se [”Ifyllnadsstöd för psykiatrisk tvångsvård”](#) från Socialstyrelsen).

De flesta medicinska komplikationer orsakas av undernäring och/eller kompensatoriska beteenden som hetsätning och självrensning, till

exempel kräkningar eller missbruk av laxermedel och diuretika. Laboratorieprover ger ofta inte utslag förrän sent i sjukdomsförloppet och det finns inga laboratorievärden som är säkra svältmarkörer. Laboratorievärdena kan vara normala även när svälten är livshotande.

Bedömningsstöd för värdering av risk för livshotande tillstånd vid ätstörning

Bedömningsstödet baseras på The Royal College of Psychiatrists report ”[Medical Emergencies in Eating Disorders \(MEED\): Guidance on Recognition and Management](#)”.

Riskbedömning vid ätstörning är multidimensionell och hänsyn måste tas till somatiska, psykiska och sociala faktorer. Bedömningsstödet är tänkt att användas för att uppmärksamma medicinska risker snarare än för att diktera den kliniska handläggningen.

En eller fler rödmarkerade parametrar eller två eller fler gulmarkerade parametrar bör betraktas som hög risk för livshotande tillstånd och utgör indikation för heldygnsvård.

Patienter med allvarliga medicinska komplikationer ska vårdas i samarbete mellan medicin- och psykiatrikliniken. Vid allvarliga medicinska tillstånd kan inläggning på medicinsk avdelning med stöd från psykiatri vara nödvändig. Vid inläggning ska ställning tas till tillsynsgrad. Vanligen bör vårdtiden inledas med ständig tillsyn på psykiatrisk grund. Vid eventuell tvångsvård se rutin ”[Psykiatrisk patient inom somatiken](#)”. Patienter som vårdas för komplikationer till ätstörning på somatisk vårdavdelning bör ej skrivas ut direkt utan att först bedömas av psykiatrikonsult.

Patienter med bradykardi där hjärtfrekvensen är < 40 slag/minut eller där kroppstemperaturen är $< 35,5$ °C bör bedömas för inläggning vid somatisk vårdavdelning. Om det föreligger elektrolytrubbningar, EKG-förändringar, samsjuklighet som ökar risken för refeedingsyndrom såsom infektion, eller om patienten totalt vägrar att äta och dricka ökar indikationen för inläggning vid somatisk vårdavdelning. Vid tecken på refeedingsyndrom bör patienten vårdas vid somatisk vårdavdelning. Observera att vid bedömning av det medicinska allvaret är det inte enskilda värden som avgör utan den samlade kliniska bilden.

Vid bedömning av barn under 18 år kan riskparametrarna inte tillämpas utan justering för ålder och kön.

	Hög risk för livshotande tillstånd	Hög risk att inom kort utveckla livshotande tillstånd
Viktnedgång	Viktnedgång > 1kg/vecka i 2 veckor hos undernärld patient. Snabb viktnedgång oavsett vikt.*	Viktnedgång 0,5-1 kg/vecka i 2 veckor hos undernärld patient.
BMI	BMI <13	BMI 13-14.9
Hjärtfrekvens	< 40 slag/minut	40-50 slag/minut
Blodtryck i liggande och stående	Systoliskt blodtryck i stående < 90 mmHg associerat med synkope och systoliskt blodtrycksfall i stående > 20mmHg eller pulsökning > 30 slag/minut.	Systoliskt blodtryck i stående < 90 mmHg associerat med symtom på presynkope och systoliskt blodtrycksfall i stående > 15 mmHg eller pulsökning upp till 30 slag/minut
Dehydrering	<ul style="list-style-type: none"> • Dryckesvägran • Allvarlig dehydrering (10%): minskad urinmängd, muntorrhet, posturalt blodtrycksfall (se ovan), nedsatt hudturgor, insjunkna ögon, takypné, takykardi 	<ul style="list-style-type: none"> • Allvarlig vätskerestriktion • Måttlig dehydrering (5-10%): minskad urinmängd, muntorrhet, posturalt blodtrycksfall (se ovan), normal hudturgor, ökad andningsfrekvens, ökad hjärtfrekvens
Kroppstemperatur	< 35,5°C	< 36°C
Muskelsvaghet: SUSS test (se bilaga 1)	Klarar ej att sätta sig upp från liggande eller att resa sig från knäböj (squat) utan att använda händerna (0-1 poäng på SUSS test).	Klarar att sätta sig upp från liggande eller att resa sig från knäböj (squat) utan att använda händerna men med påtagliga svårigheter (2 poäng SUSS test)
Andra allvarliga tillstånd	Livshotande medicinska tillstånd, exempelvis: hematemes, akut konfusion, svår kognitiv förlångsamning, diabetisk ketoacidosis, övre gastrointestinal perforation, alkoholmissbruk	Icke-livshotande medicinska tillstånd, exempelvis liggsår, perifera ödem

EKG-avvikelser	QTc > 450 ms (kvinnor), > 430 ms (män) och annan signifikant EKG-avvikelse	QTc > 450 ms (kvinnor), > 430 ms (män) och ingen annan EKG-avvikelse Har behandling med läkemedel som kan förlänga QTc-tiden
Lab	<ul style="list-style-type: none"> • Hypofosfatemi och sjunkande fosfat • Hypokalemi (vid sjunkande kalium eller kalium <3,0 mmol/L kontakta medicinkonsult) • Hypoalbuminemi • Hypoglykemi (<3mmol/L) • Hyponatremi • Hypokalcemi • Transaminasstegring (>3xnormalvärdet) • Lågt LPK • Lågt Hb 	
Näringsintag	Akut matvägran eller kaloriintag < 500kcal/dag i > 2 dagar	
Medverkan i behandlingsplan	<ul style="list-style-type: none"> • Fysiskt motstånd mot personal eller vårdnadshavare gällande nutrition eller minskad träning. • Annan allvarlig självskada • Total brist på insikt eller motivation 	<ul style="list-style-type: none"> • Låg insikt eller motivation • Starkt motstånd till viktuppgång • Personal eller vårdnadshavare klarar ej att implementera den föreskrivna måltidsplanen
Fysisk aktivitet och träning	Överdriven/dysfunktionell träning > 2h/dag i kombination med undernäring	Överdriven/dysfunktionell träning > 1h/dag i kombination med undernäring
Självrensning	Flera episoder dagligen med kräkningar och/eller missbruk av laxerande medel	Regelbundna (≥3 ggr/vecka) kräkningar och/eller missbruk av laxerande medel
Suicidrisk	Suicidrisk ska alltid bedömas, se rutin för suicidriskbedömning.	

* Patienter som snabbt går ner i vikt vid högre BMI bör bedömas avseende andra

tecken på medicinska komplikationer och strategier för viktminskning än aktuellt BMI för bedömning av risk.

Viktigt att tänka på vid riskbedömning av patienter med ätstörning

- Patienterna kan verka välmående trots att de svårt sjuka.
- Vissa patienter har en extremt stark drivkraft till träning trots undernäring. Detta gör att de kan verka fulla av energi ända fram till fysisk kollaps. Ökad energi- och aktivitetsnivå i stället för minskad är en viktig skillnad mellan anorexia nervosa och svält av annan orsak.
- Ätstörningens påverkan på kognition och rädsla för viktuppgång gör att patienterna kan ha begränsad förmåga att på ett korrekt sätt redogöra för sin situation och tillstånd rörande näringsintag och hälsa.
- Inhämta information från närstående.
- Suicidtankar är vanligt förekommande och självmordsrisk ska alltid bedömas.
- Blodprover är ofta normala även vid svår undernäring.
- Ge INTE patienterna lugnande besked om risker med deras ätstörning! Det riskerar att tala till sjukdomens avfärdande natur och förstärka uppfattningen att förändring inte är nödvändig. Betona i stället allvaret i problematiken och osäkerheten vid riskbedömning.

Refeedingsyndrom

Refeedingsyndrom är ett livshotande överbelastningssyndrom som kan uppstå hos undernärda patienter som ges mer näring än vad vävnaderna förmår metabolisera. Tillståndet kan leda till plötslig död.

Refeedingsyndrom debuterar ofta inom 72h efter återstartat näringsintag, men risken är förhöjd upp till två veckor. Faktorer som är associerade med hög risk för refeedingsyndrom:

- BMI < 13
- Litet eller inget näringsintag > 4 dagar
- Låga nivåer kalium, fosfat eller magnesium innan uppstart av nutritionsbehandling
- Låga vita blodkroppar (< 3,8)
- Lågt tiamin eller andra vitaminer (OBS ge alltid hög dos tiamin vid uppstart av nutritionsbehandling)
- Samsjuklighet som exempelvis infektion, hjärtsjukdom, leversjukdom, alkoholmissbruk, blandmissbruk

Både vätskeretention och elektrolytrubbningar bidrar till utvecklingen av tillståndet. Framför allt sjunker nivåerna i blodet av fosfat men även kalium och magnesium. Andra tecken på refeedingsyndrom är:

- förhöjt blodtryck
- hjärtrytmrubbningar
- hjärtinkompensation
- perifera ödem
- feber
- parestesier
- muskelsvaghet
- krampanfall.

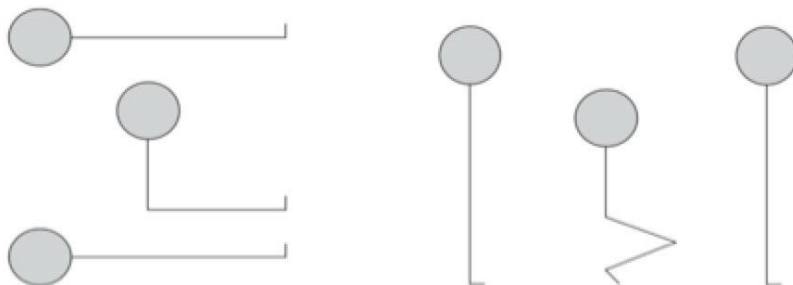
Se även dokument [”Ätstörning - Start av nutrition i heldygnsvård - Psykiatri”](#).

Referenser

- [Ätstörning – stöd vid medicinsk riskbedömning av patient med ätstörning - Psykiatri, Rutin Kungälvvs sjukhus](#)
- Review of the burden of eating disorders: mortality, disability, costs, quality of life, and family burden. van Hoeken D, Hoek HW. R. Curr Opin Psychiatry. 2020
- [Regional medicinsk riktlinje, Ätstörningar](#), Västra götalandregionen, utarbetad av regionalt processteam ätstörningar inom programområde Psykisk hälsa.
- Ätstörningar, kliniska riktlinjer för utredning och behandling, Wallin U, af Sandberg AM, Nilsson K, Linne Y. Svensk psykiatri nr 16, svenska psykiatriska föreningen och Gothia fortbildning, 2015
- Medical Emergencies in Eating Disorders (MEED): Guidance on Recognition and Management, College Report cr233, Royal College of Psychiatrists, 2022
- Regionalt vårdprogram, Ätstörningar, Region Stockholm, Hultén A, 2011, Uppdaterad 2017.

Bilaga 1

Sit-up-squat-stand (SUSS) Test



1. Sit Up: patient lies down flat on a firm surface such as the floor and sits up without, if possible, using their hands

2. Squat–Stand: patient is asked to squat down on their haunches then rise to standing without, if possible, using their hands or arms as levers

Scoring (for Sit Up and Squat–Stand tests separately)

1. 0: Unable
2. 1: Able only using hands to help
3. 2: Able with noticeable difficulty
4. 3: Able with no difficulty

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: VE Psykiatri

Innehållsansvar: Valdemar Landgren, (valla1), Underläkare, ST

Granskad av: Agata Paciorkiewicz-Piechalak, (agapa1),
Överläkare

Godkänd av: Sara Ekström, (sarek4), Verksamhetschef

Dokument-ID: SKAS9718-621466736-134

Version: 3.0

Giltig från: 2025-03-31

Giltig till: 2027-03-31