Gäller för: Västra Götalandsregionen
Innehållsansvar: Stina Claesson, (stipe5), Enhetschef
Granskad av: Martin Rödholm, (marro29), Verksamhetschef
Godkänd av: Karin Looström Muth, (karlo2), Direktör

Giltig från: 2026-10-27
Giltig till: 2027-04-27

Regional medicinsk riktlinje

Ätstörning

Fastställd av Hälso- och sjukvårdsutvecklingsdirektören (SSN 2024-00527) giltig till 2026-11-08.
Utarbetad av Regionalt processteam Ätstörning i samarbete med Kunskapsstöd för psykisk hälsa.

Innehåll

Syfte 2
Huvudbudskap 2
Bakgrund 2
Vårdnivå och samverkan 2
Primärvård 2
Tandvård 3
Specialistvård 3
Indikatorer och målvärden 4
Utredning 4
Diagnosticering 5
Särskilda överväganden 6
Behandling 7
Läkemedel 7
Remissrutiner 8
Komplikationer 8
Klinisk uppföljning 8
Patientmedverkan och kommunikation 8
För vårdgivare 9

Uppföljning av denna riktlinje 9

Innehållsansvarig 9

Relaterade dokument 9

Syfte

Syftet med riktlinjen är att skapa förutsättningar för en god och jämlik ätstörningsvård för barn, ungdomar och vuxna i Västra Götaland. Riktlinjen omfattar ej uppfödningssvårigheter hos spädbarn/små barn upp till sex års ålder.

Huvudbudskap

- Samsjuklighet (somatisk/psykiatrisk) är vanligt vid ätstörning och ätstörningen kan upptäckas av flera vårdnivåer och inom flera olika specialiteter, inklusive tandvård, då patienten söker vård för ätstörningsrelaterade komplikationer.
- Patienter med ätstörning kan vara omotiverade att öka i vikt och följsamhet till behandling kan vara svår att uppnå. Kvalificerat motivationsarbete behöver pågå under utredning och hela behandlingsperioden. Ett gott bemötande och en god behandlingsallians med patient och/eller anhörig är kritiskt för behandlingsframgång.
- Vid behandling av barn och unga bör insatserna vara familjebaserade.

Bakgrund

Ätstörningar (F.50) kännetecknas av ett ihållande beteende med avvikande konsumtion av mat som medför en tydlig inverkan på fysisk hälsa och/eller psykosocial funktion. I ICD-10 särskiljs följande diagnoskoder:

F50.0: Anorexia nervosa

F50.1: Atypisk anorexia nervosa

F50.2: Bulimia nervosa

F50.8: Hetsätningsstörning, ARFID

F50.9: Ätstörning, ospecificerad

Vanliga samsjuklighetdiagnoser: personlighetssyndrom, missbruk, autism, ADHD, endokrina sjukdomar som hypo-/hypertyreos, diabetes mellitus, hypofys- och binjurebarksinsufficiens, glutenintolerans samt inflammatoriska tarmsjukdomar.

Vårdnivå och samverkan

Primärvård

För primärvårdens insatser till barn och unga under 18 år, se RMR Barn och unga med tecken på psykisk ohälsa - omhändertagande inom vårdval vårdcentral och vårdval rehab

Primärvårdens insatser till vuxna över 18 år består i att:

- Identifiera/upptäcka personer som uppvisar symptom på ätstörning/ätstörda beteenden
- Bedöma vårdnivå: Basal somatisk utredning, kartlägger symtomens omfattning och eventuella sårbarhetsfaktorer, bedömning och särskiljande av ätstörningsproblematik från annan psykisk ohälsa samt fördjupad anamnes med personen och eventuellt anhöriga
- Erbjuda lågintensiv behandling (t ex KBT) samt somatisk uppföljning vid symptom som kroppsmissnöje och upptagenhet vid figur.
- Vid misstänkt ätstörningsdiagnos - remittera till specialistenhet

Tandvård

Patienter med ätstörning som har frekventa kräkningar som en del av symptombilden riskerar att få allvarliga dentala erosionsskador. Samtliga vårdnivåer behöver därför kunna uppmärksamma patienter med ätstörningsdiagnos på vikten av att få stöd av tandläkare/tandhygienist. Patienter som efter behandling och tillfrisknande har drabbats av stor substansförlust i bettet kan vara berättigade till så kallad S-tandvård, tandvård som led i sjukdomsbehandling under begränsad tid (S15 Frätskador som orsakats av anorexia nervosa, bulimia nervosa eller gastroesofagal refluxsjukdom).

Specialistvård

Öppenvård för ätstörning omfattar:

- Somatisk och psykiatrisk utredning och /diagnostisering av personer med ätstörningssymtom med eller utan medicinska komplikationer/samsjuklighet
- Öppenvårdsbehandling av allvarliga ätstörningssymptom, med eller utan medicinska komplikationer/samsjuklighet.

Patienter med samsjuklighet behandlas i samverkan med övrig psykiatri/somatik/habilitering/tandvård.

Barn med ätovilja (olika typer av selektivt ätande, ätsvårigheter eller annan matproblematik) är koncentrerad till Sjukhusen i väster/Angereds Närsjukhus.

Om öppenvårdsinsats bedöms som otillräckligt kan ätstörnings-specialiserad dagsjukvård vara aktuellt i syfte att undvika heldygnsvård, och/eller som utslussning från heldygnsvård.

Akut somatisk heldygnsvård är aktuell vid:

- Puls <45, puls>120, mycket varierande puls, eller pulsstegring >30 slag /min i stående
- Blodtryck <90/60
- Elektrolytrubbning

Inläggning inom heldygnsvård kan vara aktuellt vid minst ett av följande kriterier:

- Viktnedgång >1 kg/vecka oavsett BMI
- Vid matvägran
- Om patientens ätstörning inte gått i remission efter (uppföljande) behandling i öppenvård

- Om kriterierna för tvångsvård uppfylls.

Ätstörningsspecialiserad heldygnsvård är aktuell:

- Om tidigare behandlingsförsök inom heldygnsvård har genomförts utan framgång
- Om allvarlig psykiatrisk och/eller somatisk samsjuklighet föreligger
- Om försvårande psykosociala omständigheter föreligger

Indikatorer och målvärden

- Andel vuxna patienter (> 18 år) inom specialiserad ätstörningsvård som efter erhållen diagnos bulimi/hetsätning/UNS-diagnos erhållit systematisk psykologisk behandling; KBT (KVÅ- DU011) som en av tre första behandlingsinsatserna i specialiserad ätstörningsvård efter ätstörningsdiagnos
- Andel patienter (< 18 år) inom ätstörningsspecialiserad vård som efter erhållen diagnos F.50 erbjudits familjebaserad behandling/funktionell familjeterapi (DU079) som en av tre första behandlingsinsatserna i specialiserad ätstörningsvård efter ätstörningsdiagnos.
- Andel patienter (alla åldrar) med F50-diagnoser inom specialiserad ätstörningsvård som erhållit fördjupad läkemedelsgenomgång eller läkemedelsberättelse enligt Regional medicinsk riktlinje Läkemedel Läkemedelsgenomgång och läkemedelsberättelse

Utredning

Kartlägg

- Måltider och måltidssituation. För att identifiera barn med ARFID – kartlägg om barnet uppvisar selektivt ätande och vilka livsmedel i så fall barnet äter, samt beteenden vid ätande som t ex att hamstra mat i kinderna, kväljs, snabbt blir mätt osv.
- Förekomst, samt frekvens av kompensatoriska beteenden (ex överdriven träning, kräkningar, laxantia- och diuretika-bruk)
- Kroppsuppfattning, självkänsla

Utred

- Funktionsnivå, suicidalitet och tillgång till yttre stöd
- Psykopatologi, psykologiska faktorer och psykosocial situation
- Psykiatrisk samsjuklighet
- Somatisk samsjuklighet/somatiskt status/påverkan (enligt tabell). Observera att patienten kan, oberoende förekomsten av en somatisk sjukdom, även ha AN. Ätstörningsdiagnos bör därför alltid utredas vid låg vikt/plötsligt viktförlust

Vikt	Vikt före och efter insjuknandet, samt viktminskningens/förändringens hastighet och storlek
Längd	Aktuell längd och längdtillväxt både innan och efter insjuknandet
BMI	Observera att olika åldrar och kön har olika BMI-gränser

Blodtryck, puls och ev. EKG	Puls <45 slag/min samt >120 slag/min är varningstecken för hotande cirkulationssvikt och kan kräva akut medicinsk övervakning och behandling.
Temp	Vanligt med undertemp hos patienter med anorexi
Mage/tarm	Buksmärtor, gasbildning och förstoppning är vanliga symtom vid ätstörning
Menstruationsanamnes	*Om aktuellt*
Muskelatrofi och muskelsvaghet	Ses vid långvarig svält
Hud	Vid svält: ödem på fötter, underben. Lanugobehåring. Perifer cyanos. Vid kräkningar: ödem i ansiktet kring ögonen, torr och sprucken hud på handrygg.
Mun och svalg	Vid kräkningar: munvinkelragader, erosionsskador på tänderna, svullna spottkörtlar, esofagit, faryngit.
Lab: Hb, Glukos, Na, K, Kreatinin, Albumin, ALAT, TSH, T4 samt urinsticka (ketoner, glukos, protein)	Ofta är flertalet laborationer initialt normala trots viktnedgång.

Diagnosticering

Ätstörning förekommer i alla åldrar/kön/kulturer.

- **F50.0 Anorexia nervosa**: Patienten svälter sig på grund av viktfobi (stark önskan att gå ner i vikt och intensiv rädsla för viktuppgång trots undervikt), upprätthåller inte normal kroppsvikt för sin ålder och längd, samt förnekar oftast allvaret i den låga kroppsvikten. Kompensatoriskt beteende kan förekomma. Somatiska symtom kan vara menstruationsbortfall, generell avmagring, bradykardi, hypotension, låg kroppstemperatur med kalla händer/fötter och perifer cyanos, torr och sprucken hud. Gravt avmagrade patienter kan ha fin behåring (lanugobehåring) ansikte, nacke och rygg.
- **F50.1 Atypisk anorexia nervosa:** Patienten har en signifikant viktförlust, men kroppsvikten ligger inom eller över normalintervallet. Förutsättningen för att denna diagnos kan användas är att alla andra kriterier för AN är uppfyllda.
- **F50.2 Bulimia nervosa:** Patienten hetsäter i avgränsade tidsperioder en väsentligt större mängd mat och upplever samtidigt en känsla av kontrollförlust. Kompensatoriska beteenden utvecklas för att undvika viktuppgång. Enligt ICD-10 ska hetsätning och kompensatoriska beteenden förekomma minst en gång per vecka under tre månader för diagnos.
- **F50.8 Hetsätningsstörning:** definieras som återkommande episoder av hetsätning utan kompensatoriskt beteende. Hetsätningen medför ett påtagligt lidande och uppskattningsvis 60–70 procent av patienterna utvecklar fetma.
- **F50.8 Avoidant Restrictive Food Intake Disorder (ARFID):** Patienten har ett otillräckligt energiintag beroende på ointresse för mat, matens sensoriska egenskaper eller oro för konsekvensen av matintag (t ex

sväljfobi). För diagnos ska ätstörningen medföra viktnedgång/utebliven förväntad viktuppgång, näringsbrist, behov av näringstillförsel och/eller försämrad psykosocial funktion. Vid ARFID saknas störd kroppsupplevelse och/eller bakomliggande somatisk sjukdom. Jämfört med AN är patienterna är oftast yngre, men med ett mer långdraget sjukdomsförlopp, och en större andel är pojkar/män. Vanlig samsjuklighet är ångestsyndrom och gastrointestinala besvär.

- **F50.9 Ätstörning, ospecificerad** (enligt DSM-5: andra specificerade ätstörningar eller födorelaterade syndrom): denna diagnoskategori innefattar symtom som förekommer vid AN, atypisk AN, BN samt andra specificerade ätstörningar men inte i sådan omfattning att kriterierna för dessa ätstörnings-diagnoser är uppfyllda.

Särskilda överväganden

Vid diagnostik av barn och ungdomar bör hänsyn tas till ålder och utvecklingsnivå. Barn uppvisar inte alltid klassiska symtom som viktfobi och störd kroppsuppfattning vilket gör dem svårare att diagnostisera med ätstörning.

Följande tillstånd behöver snabb tillgång till intensiva behandlingsinsatser

- Personer under <13 år med ätstörning eller misstänkt ätstörning
- Personer <16 år med AN och låg vikt eller snabb viktminskning i förhållande till normal viktkurva, eller allvarlig AN med somatiska komplikationer eller ätstörningar och allvarliga krisreaktioner
- Personer >16 år med AN och påtaglig undervikt eller anorexi med försämring/somatiska komplikationer senaste månaderna

Vid följande tillstånd är väntetiden mindre kritisk

- BN med somatiska komplikationer
- AN och låg vikt utan somatisk påverkan
- Övriga ätstörningar med risk för somatiska komplikationer
- BN oavsett ålder utan somatiska komplikationer
- Vuxna patienter med mångåriga ätstörningar eller måttliga ätstörningssymtom

Att beaktas vid samsjuklighet

- Vid diagnostik av gravida med ätstörningar ska remittering ske till specialiserad ätstörningsvård som samverkar med MVC. Uppmärksamma den kraftigt ökade risken för postpartumdepression.
- Vid diabetes mellitus och ätstörningar ska remittering ske till specialiserad ätstörningsvård som samverkar med diabetesvården.
- Missbruk, tvångssyndrom, autism, och depression med aptitförlust kan ge viktnedgång eller förändrat ätbeteende utan att uppfylla kriterierna för ätstörning

Behandling

Motivationsarbete behöver pågå under utredning och hela behandlingsperioden. Bemötande är kritiskt för behandlingsframgång.

Vetenskapligt stöd finns för.

- Att inkludera vårdnadshavare i behandlingsarbetet vid behandling av unga patienter (barn, ungdom och unga vuxna). Det är av stor vikt att ge vårdnadshavare stöd i att hjälpa sitt barn att få till ett regelbundet ätande, bryta kompensatoriska beteenden, uppnå och upprätthålla en hälsosam vikt samt återgå till en normal vardag
- Manualbaserad familjebaserad terapi (Maudsley-modellen) för unga tonåringar med AN.
- CBT-E (Cognitive Behavior Therapy – Enhanced) för patienter i övre tonåren och vuxna med BN eller hetsätningsstörning

Ätstörningsbehandling innefattar även

- Att erbjuda psykopedagogiska insatser till patient och närstående, till exempel föräldrasamtal för stöttning och ge verktyg i förhållningssätt i måltiderna.
- Att erbjuda somatisk uppföljning
- Att erbjuda psykoterapeutisk behandling (t ex IPT) familjebaserad för barn och ungdomar, individuellt eller i grupp för ungdomar och vuxna; behandling kan även avse psykiatrisk samsjuklighet, t ex ångesthantering)
- Att vid behov erbjuda specifika behandlingsmetoder av fysioterapeut, dietist och arbetsterapeut. Vid ARFID är det önskvärt med teambaserad behandling med läkare, sjuksköterska och dietist. Om möjligt även psykolog och logoped.
- Vid ARFID föreslås multidisciplinär behandling inklusive normalisering av vikt och ätande, KBT och uppföljning av somatiskt status och nutrition.

Läkemedel

Observera att flera av nedanstående läkemedel ökar risken för QT-förlängning, då ätstörningspatienter kan ha en särskild känslighet. Sömnstörning är vanligt förekommande vid ätstörning. Se RMR Insomni.

Anorexi

- Viktåterhämtning minskar ofta sekundära depression-, ångest-, tvångssymtom. Det primära är därför matintaget.
- Det finns ingen specifik farmakologisk behandling mot AN men ibland måste man behandla samsjuklighet (depression, ångest och tvångssyndrom) som kvarstår efter viktåterhämtning. I de flesta fall väljs något SSRI se RMR Depression alt. RMR Ångestsjukdomar.
- Ångest i samband med måltider är vanligt och kan i undantagsfall bli så svår att det omöjliggör matintag. Då kan man hos vuxna kortvarigt behandla med något av alternativen oxazepam tablett, alimemazin orala droppar, hydroxizin eller prometazin oral

lösning före måltid. Hos barn kan kortvarig behandling med alternativen alimemazin orala droppar, hydroxizin eller prometazin oral lösning användas.
- Vid svår AN kan antipsykotika i låg dos bli aktuell i individuella fall för att minska rigiditeten i ätstörningstankarna. Det finns klinisk erfarenhet av olanzapin munsönderfallande tablett i låg dos (till exempel 2,5-5 mg) och aripiprazol oral lösning i låg dos.

Bulimi och hetsätningsstörning
Evidens finns för att antidepressiv medicinering leder till mindre hetsätning och kompensatoriska beteenden. Förstahandsval till vuxna fluoxetin 60 mg dagligen. Behandlingen bör pågå i minst 6 månader. Fördelen med fluoxetin är dess långa halveringstid vilket minskar påverkan av kompensatorisk kräkning.

Remissrutiner

Remiss ska innehålla sammanfattning av resultat från utredning/kartläggning, aktuella ätstörningssymptom samt bedömning av somatisk status/påverkan. Även egenremisser accepteras i öppenvård.

Om tillväxtkurva (gäller barn och unga) kan bifogas remiss är detta önskvärt men ej obligatoriskt. Se även Regional medicinsk riktlinje - Remiss inom hälso- och sjukvård

Komplikationer

- Kardiovaskulär funktion kan påverkas negativt av såväl långdragen svält, som av kompensatoriska beteenden (kräkningar och användning av laxermedel)
- Mag- och tarmproblem är vanligt förekommande
- Omfattande tand- och tandköttskador som kräver odontologiskt omhändertagande.
- För AN gäller sexfaldig överdödlighet, främst orsakat av somatiska komplikationer men även suicid.
- Växande barn och ungdom riskerar irreversibla skador av långdragen svält i högre omfattning än vuxna. Detta gäller i synnerhet längdtillväxt och bentäthet.

Klinisk uppföljning

Behandling fasas ut i samråd med patient och närstående och avslutas efter bedömning när ätstörningstillståndet är i partiell eller full remission. Risk för återfall är störst inom 12 månader efter avslutad behandling och patienten bör därför erbjudas uppföljning under denna period.

Det nationella kvalitetsregistret Riksät erbjuder uppföljning genom kvalitetsregistrering. Anslutning till Riksät finns inom VGR.

Patientmedverkan och kommunikation

Patientinformation;

- Om Ätstörningar på 1177: Sök - 1177

- En väg in för barn och unga med psykisk ohälsa i Västra Götaland - 1177
- Patientförening Frisk & Fri: https://www.friskfri.se
- KÄTS informerar om ätstörningar som anorexi & bulimi m.m. (atstorning.se)
- Valfrihet i vården omfattar all offentligt finansierad öppenvård inkl. dagkirurgi i hela landet. Patienten kan dock inte kräva vårdgaranti i annan region förutom i Halland och för viss vård i Värmland, vilka VGR har samverkansavtal med. För att patient ska beviljas slutenvård hos extern vårdgivare i valfrihet ska vården vara tillstyrkt av psykiatriker anställd i VGR. Patienter som inte är aktuella inom någon psykiatrisk verksamhet hänvisas till specialistläkare anställda inom VGR:s vuxen- eller barn- och ungdomspsykiatri.

För vårdgivare

- Första linje-boken. Stödmaterial för första linjens arbete för barn och ungas psykiska hälsa (uppdragpsykiskhalsa.se) (sid.83)
- Handläggningsrutin för psykiatrisk vård på behandlingshem eller motsvarande utanför VGR enligt Valfrihet i vården, dnr RS 133-2011 (bilaga 3, s.11).
- KÄTS informerar om ätstörningar som anorexi & bulimi m.m. (atstorning.se)
- SOSFS 2012:16 omfattar tandvårdsbidrag som kan utfärdas för de patienter med ätstörningar som lider av frätskador. 2012-12-11.pdf

Uppföljning av denna riktlinje

Enhet Kunskapsstöd för psykisk hälsa ansvarar i samverkan med regional vårdanalys för uppföljning, och återkopplar till berörda linjechefer, regionala programområden- och processteam

Innehållsansvarig

Regionalt processteam Ätstörningar inom programområde Psykisk hälsa.
Kunskapsstöd för psykisk hälsa kunskapsstod.psykiskhalsa@vgregion.se

Relaterade dokument

Vård av ätstörningar Aktuellt kunskapsläge och behov av kunskapsstöd hos hälso- och sjukvården Vård av ätstörningar SoS 2019-11-6439.pdf

Psykisk hälsa - Vårdgivarwebben Västra Götalandsregionen

OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

Information om handlingen

Handlingstyp: Regional medicinsk riktlinje, RMR

Gäller för: Västra Götalandsregionen

Innehållsansvar: Stina Claesson, (stipe5), Enhetschef

Granskad av: Martin Rödholm, (marro29), Verksamhetschef

Godkänd av: Karin Looström Muth, (karlo2), Direktör

Dokument-ID: SSN11800-2140136717-316

Version: 7.0

Giltig från: 2026-10-27

Giltig till: 2027-04-27