

En väg in
Västra Götalandsregionen
2024-10-31

Stöd vid remisskrivning- ätstörningsproblematik

Inledning

Detta dokument utgör ett stöd inför remisskrivning vid ätstörningsproblematik på barn/ungdom 0-18 år.

Generellt gäller:

- Alla icke-akuta remisser till BUP ska skickas till en regiongemensam remissportal. En väg in bedömer remisser till regionens BUP-mottagningar, ätstörningsmottagningar.
- Patienter med ätstörningsproblematik bör alltid ha en aktuell somatisk bedömning inklusive relevant provtagning utifrån ätstörningsproblematiken. Akuta tillstånd ska aldrig remitteras till BUP via En väg in. Dessa hanteras i stället enligt befintliga rutiner. Vid livshotande tillstånd ring 112.
- Det är verksamhetschefen inom respektive verksamhet som fastställer rutiner för vem eller vilka inom verksamheten som får utfärda remisser.
- Remiss ska skickas **senast tre dagar** efter att beslut tagits om remiss (det är det datum som anges på remissen). Detta är viktigt eftersom väntetiden inom vårdgarantin på 30 dagar för tid till BUP börjar räknas från remissens beslutsdatum.

Remissinnehåll

Beslut om remiss tas i samråd med patient och ska dokumenteras i patientens journal. Patienten ska informeras om vårdgarantin och vad den innebär.

Remissen bedöms utifrån din **sammanfattande** remisstext.

Den sammanfattande beskrivningen behöver ge underlag för att vi ska kunna prioritera patienten korrekt. I remissen behöver vi få information om patientens somatiska tillstånd med relevant status och uppgifter om provtagning. Vi behöver få uppgifter om hur patientens viktnedgång har sett ut över tid och framför allt hastigheten senaste månaden. Vikt, längd, tillväxtkurva och BMI. Vi behöver information om vilka beteenden patienten kan uppvisa i sin ätstörning och hur patienten själv ser på sina problem.

Nedan följer exempel på vad som är särskilt relevant för att kunna bedöma behovet av specialiserad ätstörningsvård.

Situation

1. Kontaktuppgifter till patient och vårdnadshavare

Aktuella kontaktuppgifter avseende personnummer, namn och adress till patienten samt telefonnummer till vårdnadshavare.

Om inget annat uppges, skickas eventuell kallelse till barnets folkbokföringsadress.

2. Kontaktuppgifter till remittent

Vårdgivarens och enhetens namn, adress, telefonnummer.

Kontaktperson inom elevhälsa ska finnas tillgänglig för samverkan vid eventuell utredning.

3. Eventuellt behov av tolk

Vid behov av språktolk, ange språk.

Vid behov av övrig tolk, ange behovet (teckenspråks-, dövblind- eller vuxendövtolk).

4. Vilken psykiatrisk frågeställning gäller remissen?

Tydlig psykiatriskfrågeställning utifrån misstänkt diagnos.

5. Information kopplad till vårdgarantin

Information om patienten godkänner att remissen (som innehåller patientdata) får skickas vidare till annan vårdgivare vid vårdgaranti. Om patienten avsäger sig rätten till vårdgaranti ska detta dokumenteras.

6. Samtycke till tillgång till patientdokumentation

Information om patienten gett sitt samtycke till att remissmottagaren vid behov kan ta del av patientdokumentation som finns i system för sammanhållen journalföring.

7. Samtyckte till påminnelse eller kallelse via SMS

Information om patienten gett sitt medgivande till utskick av påminnelse eller kallelse via SMS d.v.s. öppna nätverk, förutsatt att inte detaljer avslöjas om patientens hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden.

Bakgrund

8. Anamnestiska uppgifter av relevans för frågeställningen

- a. Somatiska och psykiatriska sjukdomar
- b. Ärftlighet
- c. Levnadsvanor (mat, sömn, motion, nätvanor)

9. Psykosociala uppgifter avseende:

- a. Familjesituation: Relevanta uppgifter
- b. Skola och fritid: Funktionspåverkan utifrån ätstörningsproblematiken.
Beskriv när förändringen i funktion skedde, och om kom den smygande eller plötsligt

10. Suicidriskbedömning och tidigare suicidförsök

Om relevant för det medicinska tillståndet, information om tidigare suicidförsök och bedömning av suicidrisk, exempelvis med hjälp av suicidstegen.

11. Genomförda insatser/behandlingar

Beskriv eventuella genomförda insatser/behandlingar och resultat av dessa.

12. Bruk av alkohol/beroendeframkallande substanser

13. Eventuella belastande händelser under barnets uppväxt

Aktuellt

14. Aktuella ätstörningssymtom

Eventuella symtom som barnet uppvisar och hur länge de har pågått.

- a. Nuvarande vikt och längd samt viktutveckling över tid, tillväxtkurva samt aktuellt BMI. Detta är av stor vikt för att vi ska kunna göra en korrekt prioritering.
- b. Puls och blodtryck
- c. Kompensatoriska beteenden eller undvikande beteenden, beskriv vilka och frekvens (ex. överdriven träning, kräkningar)
- d. Hetsätningsepisoder
- e. Ätbeteende (ex. hur ser patientens matintag ut, kaloriräkning, uteslutande av livsmedel)
- f. Somatiska symtom på svält (ex. yrsel, svimningar, frusenhet)
- g. Psykiatriska symtom (så som rädsla för att gå upp i vikt och/eller förvrängd kroppsuppfattning)

15. Psykiskt status

Delge din egen kliniska bedömning. Psykiskt status är det man ser ”i rummet” och kan inkludera yttre/allmänt beteende, vakenhet, klarhet, orienteringsgrad, formell och emotionell kontakt, stämningläge, affekter, ångest, psykomotorik, tal, psykotiska symtom, rigida tankemönster, tankeförlopp, tankeinhåll, perceptionsstörningar, suicidtankar, sjukdomsinsikt.

16. Aktuell medicinering

Information om eventuell pågående läkemedelsbehandling, vem som ordinerar och från vilken enhet. Om relevant, inkludera även information om tidigare läkemedelsbehandling, var denna sattes in och hur länge den pågick.

17. Övrig information

Exempelvis information om barnets/ungdomens/vårdnadshavares egen inställning till sin situation, att ta emot hjälp eller tidigare och/eller pågående insatser exempelvis kontakt med Socialtjänsten.

Bedömning

18. Sammantagen bedömning

Ge kortfattat din sammanlagda bedömning om frågeställning och önskan om insats. Detta bör inte vara en upprepning av ovanstående, utan beskriva din egen bedömning i max 1–2 meningar.