

Gäller för: Verksamhet Medicin barn

Giltig från: 2026-04-09

Innehållsansvar: Katarina "Katrinn" Adrian, (katad1), Överläkare

Giltig till: 2028-04-08

Granskad av: Hannah Sjöstedt, (hansj3), Sektionschef

Godkänd av: Joanna Pestalozzi, (joape14), Verksamhetschef

Anorexi

Förändringar sedan föregående version

Inga ändringar.

Bakgrund och syfte

Anorexia Nervosa är en psykiatrisk sjukdom som påverkar kroppen och där dödsorsaken ofta är komplikationer till svält. Anorexia Nervosa har hög mortalitet även i modern tid och det finns fall av patienter som avlidit på grund av sjukdomen även i Sverige idag. Många gånger kan det krävas såväl en psykiatrisk som en somatisk bedömning av patienten. Det föreligger inte sällan behov av akuta somatiska bedömningar då patienten är i dåligt somatiskt skick.

BUP:s akutavdelning har lång erfarenhet av att hantera denna patientgrupp. Det finns dock tillfällen då patienterna är i så dåligt somatiskt skick att det inte är säkert att vårda dem på en barn- och ungdomspsykiatrisk avdelning.

Vid behov av EKG-övervakning, allvarlig cirkulationspåverkan med mycket låga blodtryck, elektrolytrubbningar som kräver tät provtagning och korrigering samt allvarligt refeeding syndrome, kan det finnas behov av inläggande vård på somatisk avdelning.

Det finns somatiska tillstånd som också orsakar viktnedgång och det är viktigt att utesluta somatiska orsaker till viktnedgång även på patienter med typisk sjukdomsbild.

Utförande

Specifikt för bedömning av barn och ungdomar:

Barn och ungdomar har föräldrar, därför kommer de ofta snabbare till vård än vuxna. Det förekommer ofta att varken barnet/ungdomen eller föräldern har full insikt i situationens allvar. De kan därför inte alltid ta informerade val och förstå vad de behöver göra. Det är inte heller alltid som barnet/ungdomen berättar om alla beteenden. Exempelvis kräkbeteende kan förnekas trots att det är mycket frekvent.

Barn och ungdomar har ofta hastiga sjukdomsförlopp med snabb viktnedgång och mycket lågt kaloriintag. Detta är en akutpatient för barn- och ungdomspsykiatri och man behöver snabb bedömning.

Somatisk bedömning:

Basal provtagning vid akutbesök:

Hb, LPK, TPK, ASAT, ALAT, Na, K, Krea, Mg, Fosfat, Calcium, Albumin, TSH, Fritt T4 samt B-glc

Vikt, BMI, temp samt perifer cirkulation

Puls, BT samt vid låg puls eller oregelbunden hjärtrytm; EKG

Man kan ha helt normala blodprover och fortsatt vara allvarligt svältpåverkad.

Anamnes: För att göra en somatisk bedömning av patienten behöver du också veta lite om patientens inställning till fortsatt vård samt aktuella viktminskningstakt samt ätande.

Somatisk bedömning enligt MARSIPAN:

Det är patienter som befinner sig i Röd zon som kan behöva somatisk vård.

	Röd	Gul	Grön	Blå
BMI och vikt	<p>Vikt under BMI 13,5 alt ISO BMI under 13,5</p> <p>Alternativ: Viktnedgång på mer än 1 kg eller mer per vecka under 2 efter varandra följande veckor</p>	<p>BMI alt ISO BMI mellan 15-13,5</p> <p>Alternativ: Viktnedgång mellan 0,5-1 kg/vecka under 2 efter varandra följande veckor</p>	<p>BMI alt ISO BMI 15-16,5</p> <p>Alternativ: Viktnedgång upp till 0,5 kg/vecka under 2 efter varandra följande veckor</p>	<p>BMI alt ISO BMI över 16,5</p> <p>Alternativ: Ingen viktnedgång under 2 på varandra följande veckor</p>
Hjärtpåverkan	<p>Hjärtfrekvens under 40 slag per minut</p> <p>Alternativ: Anamnes på återkommande svimningar alt uttalad ortostatism</p> <p>Alternativ: Oregelbunden hjärtrytm, ej sinusarrytmi</p>	<p>Hjärtfrekvens 40-50 slag per minut</p> <p>Alternativ: BT mellan 95/40-85/40</p> <p>Alternativ: Enstaka svimningar</p>	<p>Hjärtfrekvens 50-60 slag per minut</p> <p>Alternativ: BT över 95/40</p> <p>Alternativ: Ortostatism</p>	<p>Hjärtfrekvens Över 60 slag per minut</p> <p>Alternativ: Normalt blodtryck</p>

Risktabell avseende blodprover:

Parameter	Risikvärde
S-Na	Under 130
S-K	Under 3,0
ASAT, ALAT	Förhöjda
B-glc	Under 3,0
S-Krea	Förhöjt
S-Fosfat	Under 0,4

Tänk på att patienter med kräkningar kan ha snabba fluktuationer i elektrolytsstatus.

Tänk på att iv infusioner ökar risken för refeeding syndrome och per oral näringstillförsel är att föredra. Undvik därför i möjligaste mån iv tillförsel.

Refeeding syndrome:

Vid tillförsel av kolhydrater sker ett metabolt skifte hos patienter med långvarig fasta eller mycket lågt näringsintag. Då kroppen växlar från att vara katabol till att bli anabol sker en tydlig omställning på cellnivå. Detta kräver stora mängder elektrolyter. Går denna omställning alltför hastigt finns risk för allvarlig cirkulationspåverkan, neurologiska symptom och andningssvårigheter. Det kan även leda till döden.

En bra markör för att kontrollera om patienten är i riskzonen för refeeding är S-fosfat. Sjunker fosfat hastigt är det en tydlig indikation på att kroppen är i en situation där den har svårt att kompensera. Man behöver då slå av på takten i näringstillförseln samt ta ställning till tillförsel av fosfat. Normalvärden på S-fosfat är 0,7-1,3.

Risken för refeeding är störst under första veckan av påbörjad näringstillförsel.

Risikfaktorer för refeeding syndrome:

- Hastig viktnedgång
- Mycket lågt BMI
- Annan somatisk sjuklighet
- Hjärtpåverkan vid debut av ökad tillförsel av näring
- Hastig ökning av näringsintag

Hur förebygga refeeding:

Långsam ökning av näringstillförseln. Initial näringstillförsel mellan 5-40 kcal/kg och dygn. Diskutera med dietist. Uppfattningen av vad som anses säkert varierar. Man kan ha en högre takt i näringstillförseln om patienten har färre riskfaktorer för refeeding. Lägre risk för refeeding om näringstillförseln sker per os eller via sond. Ökad risk om man tillför glukosdropp. Uppmärksamhet på symptom ifrån cirkulationssystemet. Kontroll av puls och BT. Kontroll av elektrolyter inklusive Mg och fosfat. Ta gärna ett utgångsvärde innan påbörjad näringstillförsel.

Sondnäring:

Barn 12 år och äldre: Fresubin Original 1 kcal/ml. Börja med 20 ml/kg/dag och ge det med sondspruta 4 gånger/dag.

Barn under 12 år: Frebini Original

Exempel: AN 12 år och 30 kg: $30 \text{ kg} \times 20 \text{ ml} = 600 \text{ ml}$ och 600 kcal. Ge 150 ml x 4 /dag

Förklara varför det är nödvändigt (ge inte möjligheten att tacka nej) och ge eventuellt något lugnande.

Öka med +200 ml varannan eller var tredje dag och följ proverna samt puls och tryck. Backa om det inte ser bra ut.

Medvetet avsteg från rutinen dokumenteras i journalsystemet om rutinen är kopplad till patient. Övriga orsaker till avsteg från styrdokumentet rapporteras i MedControl PRO.

Arbetsgrupp

Cecilia Pettersson, dietist, Anorexi-Bulimimottagning, Verksamhet NPH, Område 1/SU

Jessica Svahn, överläkare, BUP, Verksamhet NPH, Område 1/SU

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Verksamhet Medicin barn

Innehållsansvar: Katarina "Katrín" Adrian, (katad1), Överläkare

Granskad av: Hannah Sjöstedt, (hansj3), Sektionschef

Godkänd av: Joanna Pestalozzi, (joape14), Verksamhetschef

Dokument-ID: SU9774-1570060579-460

Version: 13.0

Giltig från: 2026-04-09

Giltig till: 2028-04-08