

# Tidig diagnos och behandling av ätstörningar

Hjälpreda för primärvård  
2004-01-20

*Huvudförfattare*

Sam Nordfeldt spec. i pediatrik, ST-läkare BUP  
Michael Stjernfeldt spec. i pediatrik och barn- och ungdomspsykiatri  
BUP-kliniken, Universitetssjukhuset i Linköping.

*Rådgivare*

Docent Per Gustafsson och Björn Lundin spec. i barn- och ungdomspsykiatri  
BUP-kliniken, Universitetssjukhuset i Linköping.

Distriktsläkare Marie Henriksson med kollegor  
Kungsgatans vårdcentral i Linköping.

Barn- och ungdomspsykiatri  
Östergötland

## Innehållsförteckning

FÖRORD .....	3
BAKGRUND .....	3
<i>Historik</i> .....	3
<i>Förekomst</i> .....	3
<i>Förklaringsmodell</i> .....	3
DIAGNOSTIK .....	3
<i>Anorexia nervosa (AN)</i> .....	4
<i>Bulimia nervosa (BN)</i> .....	4
<i>Ätstörning UNS</i> .....	4
<i>Övrigt</i> .....	4
VÄGLEDNING .....	5
<i>Tecken på svält</i> .....	5
<i>Vad distriktsläkare och -sköterska kan och bör göra</i> .....	5
<i>Fallgropar</i> .....	5
<i>Kostanamnes</i> .....	5
<i>Frågor att ställa</i> .....	6
<i>Status</i> .....	6
<i>Remiss eller rådfrågning</i> .....	6
<i>Tumregler för akutbedömning</i> .....	7
<i>Observera att</i> .....	7
<i>Utredning</i> .....	7
<i>I väntan på specialistvård</i> .....	8
LITTERATUR .....	9
RÅDGIVNING OCH PATIENTFÖRENINGAR .....	10
REMISSUPPGIFTER ANG. PATIENT MED MISSTÄNKT ÄTSTÖRNING .....	11

## **Förord**

Inom ramen för det medicinska programarbetet inom Östergötlands läns landsting pågår inom barn- och ungdomspsykiatri ett arbete med att utveckla länsövergripande vårdprogram för de mest centrala tillstånden som behandlas inom verksamheten. Vårdprogrammen skall vara evidensbaserade och presentera ”state of the art” inom det aktuella problemområdet. I anslutning till vårdprogrammet för barn, ungdomar och vuxna med ätstörningar har hjälpredor utarbetats avsedda för personal inom primärvård resp. skolhälsovård. Syftet med föreliggande hjälpreda är att praktiskt vägleda distriktsläkare, sjuksköterskor och dietister i handläggning av patienter med misstänkt ätstörning.

## **Bakgrund**

### Historik

En sjukdom som gav unga kvinnor ”ett skelett klätt med skinn” beskrevs redan 1689 av dr Richard Morton, och Sir William Gull gav den namnet Anorexia nervosa 1873. Från 1980-talet har kunskapen ökat om betydelsen av tillräcklig näring tidigt i behandlingen, innan start av psykologiska behandlingsformer. ”Oxhunger” beskrevs redan på 1700-talet men blev definierat som sjukdomen Bulimia nervosa först 1979.

### Förekomst

Anorexia nervosa drabbar ca 1% av tonårsflickor, men hela ca 10 % får ett anorektiskt beteende som kan kräva mer eller mindre stöd och behandling. Bulimia nervosa finns hos ca 4 % av yngre kvinnor. Även vissa pojkar och män drabbas av sjukdomarna. Undantagsvis drabbas även barn och äldre personer. Förekomsten av ätstörningar är väsentligt lägre i mindre kroppsfixerade kulturer.

### Förklaringsmodell

Ätstörningar anses vara multifaktoriellt orsakade i ett samspel mellan genetik, familj, samhälle samt fysiska och psykologiska stressorer. En användbar förklaring kan vara sårbarhetsmodellen ”just du tål helt enkelt inte att banta”. Jämför t.ex. med den som har allergi och inte tål sitt allergen eller personen med diabetes som inte tål att vara utan insulin.

För en fylligare bakgrund och diskussion se referenser sid. 9.

## **Diagnostik**

Diagnosklassifikationerna har en del svagheter när det gäller ätstörningar men behövs ändå användas.

## Anorexia nervosa (AN)

DSM-IV kriterier för Anorexia nervosa är:

- Viktnedgång under 85% av förväntad vikt
- Intensiv rädsla för att gå upp i vikt eller bli tjock
- Störd kroppsupplevelse avseende vikt och form
- Amenorré under minst tre månader hos menstruerande kvinnor.

## Bulimia nervosa (BN)

Bulimi påminner om anorexi när det gäller rädslan för viktuppgång och den störda kroppsuppfattningen, men präglas av återkommande episoder med hetsätning och kräkning eller annan kompensation. Man äter mycket stora mängder ofta s.k. förbjuden mat, det rör sig ej bara om överätning. Kompensationen kan bestå i ett eller flera av alternativen kräkning, motion, laxering, användning av diuretika, bantning/diet/svält under delar av dagen eller under längre perioder. En person med bulimi är ofta extremt upptagen av sitt utseende, missnöjd med sin kropp och har viktfofi. Han/hon är ofta normalviktig. Tecken på bulimi kan vara diskreta, såsom toalettbesök kort efter måltid, anfrätta knogar och så småningom frätskador på tänder.

DSM-IV kriterierna vid Bulimia nervosa är:

1. Hetsätning
2. Kompensatoriskt beteende ex. kräkning
3. Båda ovan minst 2 ggr/v i minst 3 mån
4. Självkänslan överdrivet påverkad av kroppsform och vikt.

Diagnosen BN inrymmer ett kontinuum av tillstånd. För välfungerande unga personer med vanemässigt felbeteende kan det ibland räcka att behandla sig med självhjälpsbok (se sid.9). För andra är bulimi ett delsymtom i komplex social och psykiatrisk problematik, ibland även med missbruk.

## Ätstörning UNS

En större patientgrupp får diagnosen Ätstörning UNS, då de uppfyller kanske tre men inte alla fyra DSM-kriterierna. Vissa har inte utvecklat sjukdomen fullt ut. Det är viktigt att påpeka, att även dessa patienter kan vara i stort behov av behandling. Det är alltid angeläget med adekvat bedömning och behandling av ätstörningar så tidigt som möjligt. Tidig diagnos kan innebära bättre prognos och större möjlighet att hejda eller lindra förloppet.

## Övrigt

Hetsätningsstörning kallas ett tillstånd med okontrollerad hetsätning utan kräkning eller annan kompensation, men ofta med desto större övervikt. Personen i fråga är oftast tydligt plågad av hetsätandet. Det finns också än mindre typiska former av ätstörningar.

Olika grader av depression och/eller tvång förekommer ofta tillsammans med svält vid ätstörningar. Dessbättre kan detta till en del ibland gå tillbaka efter någon veckas adekvat näringstillförsel. För några är depression det primära (debuterade depressionen först?) och ätstörning ett delsymtom. Då bör adekvat depressionsbehandling startas utan dröjsmål. V.g. se BUP:s vårdprogram vid depression! (<http://www.lio.se/Halsoochsjukvard/Vardprogram/Bup/>)

## **Vägledning**

### **Tecken på svält**

Vanliga tecken är kall hand, långsam vilopuls, blekhet, anemi, järnbrist liksom oroliga föräldrar/vänner. Patienten är ofta klädd i tjock tröja/bylsiga kläder, vilket kan dölja avmagringen.

### **Vad distriktsläkare och -sköterska kan och bör göra**

Ta i hand (kall?) Kläder av! Ta vilopuls, temp, blodtryck, längd och vikt avklädd, för in i längd-/viktkurva och bedöm, jämför med uppgiven tidigare maxvikt. Allt detta är viktiga remissuppgifter. (Mall för remissuppgifter, se sid. 11.) Beräkna gärna BMI. För barn och ungdomar ger tillväxtkurvan bäst information.

### **Fallgropar**

Patienten söker kanske bara för ett delsymtom, t.ex. långsam puls, trötthet eller magont och doktorn, som ser en vältränad, ”duktig” och ambitiös flicka, ger eventuellt järnrecept eller antacida. Ansiktet kan se bedrägligt normalt ut trots anorexi, när kroppen döljs under tjocka kläder.

### **Kostanamnes**

Behöver tas detaljerat. Ger snabbt en bild av problemets allvarlighetsgrad.

Som referens för vad som är normalt ätande kan sägas att man behöver äta regelbundet: frukost, lunch, middag och två till tre mellanmål. Det behövs för att:

- hålla blodsocker och förbränning på en jämn nivå så att hjärnan och resten av kroppen har energi under hela dagen och
- undvika att bli okoncentrerad och få huvudvärk.

Se även Videgårdens kostförslag för barn, ungdomar och vuxna med ätstörningar (kontaktperson: dietist Cecelia Eriksson, tel 013-225050 eller ([videgarden@lio.se](mailto:videgarden@lio.se))). Kostförslagen kan vid behov användas för rådgivning. Observera att det finns tre olika versioner för olika omfattning av fysisk aktivitet.

## Frågor att ställa

Vad åt du (i detalj) igår?  
Frukost, ex antal mackor? Typ bröd? Smör? Pålägg?  
Lunch, innehåll och mängder?  
Middag?  
Mellanmål fm?  
Mellanmål em?  
Kvällsmål?  
Har du ändrat något i kosten de senaste åren?  
Minskat matmängden, tallriksstorleken?  
Undviker något ex smör, sås, grädde, kött?  
Bantat?  
Tvång runt ätandet?  
Ökat motion/fysisk träning?  
Hur många motionstillfällen per vecka? Vad och när?  
Kräkningar efter mat?  
Äter du ibland mycket större mängder av något än du tror andra gör?  
Vad äter du då? Kräks du efter det?  
Vägt som mest? När? (jämför med dagens vikt)  
Frusen?  
Trött?  
Lättirriterad?  
Oregelbunden/ förlorad mens? När? (men P-piller maskerar)  
Svårt somna?  
Svårare koncentrera sig?  
Tappat lusten för/slutat med visst intresse?  
Umgås du med dina kamrater som förut?  
Hur tänker du om din kropp?

## Status

Kall hand – fot  
Temp, vilopuls och blodtryck  
Hull: muskulatur, subcutant fett  
Vikt, Längd  
Hud: lanugobehåring, sår, sprickor, acrocyanos perifert, perifera ödem  
Cor, pulm, buk  
Neurologiskt: Grovneurologiskt status inklusive ansiktsmotorik, ögonmotorik och pupiller, ögonbottnar, grov kraft, snabbhet och uthållighet i diadochokinesi, koordination med förstärkt Romberg, finger-finger, finger-näs.

## Remiss eller rådfrågning

Vid avvikelser från det normala på flera punkter, ring direkt till rådgivare på specialenhet eller specialkunnig läkare på barn-/medicinklinik eller BUP-/Psyk klinik och rådfråga. Som regel bör detta leda till snar remiss för bedömning på barnklinik, psykiatrisk mottagning eller specialenhet. Med remiss bör följa samtliga aktu-

ella lab. data, både avvikande och normala, aktuella längd-/viktuppgifter och om möjligt längd-/viktkurva. Se och använd gärna mall för remiss (sid. 11)!

### Tumregler för akutbedömning

Akut till sjukhus för ytterligare bedömning om 2-3 av nedanstående kriterier är uppfyllda, och omedelbar diskussion med specialkunnig på barnklinik, medicinklinik eller specialenhet är att rekommendera om något av dem föreligger:

- Puls <40 slag /min
- Arytmi
- Kroppstemperatur <35 C
- Blodtryck systoliskt <80.

För somatiskt dålig patient ger dessa kriterier ofta mer och snabbare information än lab. prover.

### Observera att

- Ätstörning inte alltid är lika med undervikt! Patienten med bulimi är ofta normalviktig.
- Ätstörningar är allvarliga och många gånger svårbehandlade tillstånd som förutom tilltagande besvär kan innebära risk för livet, i kontrast till den sjukas egen uppfattning. Ta symtomen på största allvar. Var inte lugn utan förstärk oron och använd den som drivkraft till åtgärder.
- Prognosen är bättre vid tidig diagnos. Anorexi är inte något "övergående". Undvik att "vänta och se" eller låta den sjuke "få en chans". Det är lika med att ge sjukdomen en ny chans. Säkra istället att få en adekvat bedömning och uppföljning till stånd.

### Utredning

En noggrann anamnes och klinisk bedömning är viktigast. Vid diagnos och behandlingsstart behövs därutöver en så utförlig laborieutredning som möjligt. Det är i regel en fördel när lab. utredning motsvarande nedan utförs redan av inremitterande, parallellt med remiss. Ofta är det ändå till vårdcentral patienten skickas för provtagning. Remissen bör dock inte fördröjas av provtagning. Ej snabbt inkomna svar kan kompletteras i efterhand.

#### *Vilka prover behöver tas?*

En bred utredning är motiverad för att inte missa sjukdomar som exempelvis hypothyreos, Mb Addison, malignitet, tyst celiaki och diabetes. EKG behövs som komplement i diagnostik av arytmi och elektrolytrubbningar, och för att i handling understryka risker med näringsbrist. Det är ofta bäst för både patient och vårdgivare att göra en rejäl somatisk utredning från början. De prover som doktorn först tänker på kan därför med fördel redan från början utvidgas enligt nedan.

Ett brett paket som användes på specialenheten Videgården är EKG (fråga efter arytmi /lång remsa och tecken på elektrolytrubbningar) + fullständigt blodstatus, SR, Järnstatus, Transferrinreceptor, Na, K, Ca, Fosfat, Mg, Urea, Krea, Alb,

Amylas pankreatiskt, Bilirubin konj+okonj., ASAT, ALAT, ALP. TSH, T3, T4. Homocystein, Metylmalonsyra, Celiakiutredningspaket (gliadin och endomysie IgA + S-Ig A) + U-glc sticka.

#### *Tolkning av provsvar och val av åtgärder*

I allmänhet är lab. värden bedrägligt normala i det längsta vid svält och viktning, eftersom "compartments" minskar med näringsmängderna i kroppen. Skulle man - i teorin - vara normalviktig med samma absoluta mängder i kroppen vore det många brister. Använd detta som motiv för att alla sorters näring behöver tillföras, hela kostcirkeln, för viktuppgång och tillfrisknande.

Svält medför ibland smärre avvikelser i lever- eller thyroideastatus, t.ex. små avvikelser i transaminaser eller lågt T3. Ring vid behov specialkunnig på specialenhet, medicin- eller barnklinik och diskutera.

Påvisbara lättbehandlade enskilda näringsbrister är framförallt järnbristanemi. Ge t.ex. Duroferon, dosering enl. FASS, vid ev. biverkningar prova halv dos eller varannandags behandling. Efter 100 tabletter lämpligt med klinisk kontroll. Om näringsintaget inte normaliserats är ny lab. kontroll motiverad (och naturligtvis åtgärder för adekvat nutrition och behandling av ätstörningen).

Fallgropar kan vara om doktorn isolerar problemet till enskild näringsbrist eller kanske gastrit-/esofagitdiagnos hos den till det yttre fräscha unga patienten och lämnar henne med bara ett recept. Använd istället fynd av viss näringsbrist till stöd för slutsats att det finns uttalad generell näringsbrist i relation till kroppens normalvikt, och informera om att rätt åtgärd i första hand är adekvat ökad generell näringstillförsel via mat och vid svält och/eller undervikt även kosttillägg.

#### **I väntan på specialistvård**

Vad kan och bör distriktsläkare och -sköterska göra i väntan på specialistvård vid konstaterad ätstörning med svältsymtom (som frusenhet, trötthet, nedstämdhet) och svälttecken (som låg temp och låg puls)? Patienten/familjen behöver ett brett omhändertagande av specialkunniga, men det finns inga skäl att vänta med det mest brådskande om remissmottagaren har väntetid.

#### *Påbörja intensivbehandling för att bryta svälten*

Ge ny tid nästa dag om det inte hinns med på avsatt tid.Handledning hämtas från specialenhet/ätstörningsteam efter behov – ring och avtala.

- Informera om:
  - Kroppens näringsbehov och näringsbristens relation till svältsymtomen.
  - Att allvarliga risker finns med långvarig svält. Ex. hjärta (muskel o klaffar), CNS (hjärnceller), fertilitet, skelett (benskörhet) - alla funktionerna beroende av alla sorters näring, hela kostcirkeln. Behåring - frysande kropp får "päls" (lanugobehåring, reversibelt).
  - Hur pat. skall äta: Äta den vanliga maten i familjen. Alla sorters näring, hela kostcirkeln. Var 3-4:e timme alltid äta åtminstone något litet. Inte hoppa över! Mycket viktigare i början att äta något litet kontinuerligt var 3-4:e timme än att genast klara full portionsstorlek. Kan förklaras med att

- normalportioner inte går med så liten och muskelstram magsäck, magsäcken behöver tänjas ut igen efterhand. Frukost, mellanmål, lunch, mellanmål, middag och kvällsmål blir 6 mål/dag.
- Vid undervikt, adekvat ökning av näringstillförsel i hemmet. Skriv ut kosttillslag som ”medicin” på grön blankett för ”Specialdestinerade livsmedel” till apoteket och för barn under 16 år på ”Livsmedelsanvisning” i form av någon näringsdryck för komplett näring, finns ett flertal att välja på, valfri smak, 4/dag att ta efter vanliga måltider. Ett kosttillslag tas efter frukost, ett efter mellanmål fm., ett efter mellanmål em. och det sista valfritt efter middagen eller kvällsmålet. Skall ej ersätta måltid. Om man väljer annat kosttillskott behöver man se till att energimängden i dessa blir ca 1000 kcal/dag.
  - Att rekommenderad viktuppgång vid undervikt är 0,5 – 1 kg/vecka tills målvikt är uppnådd.
  - Veckovis vägning, vilopuls, bltr, temp-kontroll och stödkontakt är helt nödvändigt. Lämpligt för sköterska och läkare i samarbete. Behandlingen ovan meningslös utan veckovis uppföljning och stöd. En allians med patientens friska sida mot ätstörningen kräver i början minst veckovis påfyllning för att patienten skall orka kämpa.
  - Psykologiskt förhållningssätt: bygga en terapeutisk allians med patientens friska och förnuftiga sida, och närstående, mot ätstörningen. ”Nu kopplar vi tillsammans greppet på din ätstörning. Det är den som gör dig rädd och vill få dig att..., men vi gör tillsammans så här nu.” Helst som dialog med patient eller närstående, men går även som monolog. Hämta stöd från specialenhet efter behov!

## Litteratur

### *För patienter, anhöriga och personal*

- Glant H. Sluta svälta. Stockholm: Natur och Kultur, 1998. Bra självhjälpbok för anorexi.
- Glant H. Sluta hetsäta. Stockholm: Natur och Kultur, 1993. Bra självhjälpbok för bulimi.
- Fairburn C. Att övervinna hetsätning: ett nytt vetenskapsbaserat behandlingsprogram. Stockholm: Cura, 2003.
- Davidsson B, Lillman-Ringborg C. Matkampen – om ätstörning i familjen. Stockholm: Gothia, 2001. Bok avsedd som stöd för anhöriga och patient.
- <http://www.medivia.se/AN/index.html> Allmänt informativ hemsida med tips och länkar.
- <http://www.lio.se/Halsoochsjukvard/Vardprogram/Bup/> På denna adress på Lisa återfinns man de länsövergripande vårdprogrammen för BUP i Östergötland inkl. Vårdprogram för barn, ungdomar och vuxna med ätstörningar.
- <http://www.nat.se> Nationellt kunskapscentrum för ätstörningar (NÄT).

### *För vårdpersonal*

- Råstam-Bergström M, Gillberg C, Gillberg G. Anorexia nervosa: Bakgrundsfaktorer, utredning, och behandling. Stockholm: Almqvist och Wiksell Medicin, 1995. Bra liten lärobok.
- Clinton D, Norring C, red. Ätstörningar, bakgrund och aktuella behandlingsmetoder. Stockholm: Natur och Kultur, 2002. Nyutkommen bred kunskapsöversikt.
- Råstam M, Gillberg C, Gillberg C. Den ena vill bli frisk, den andra kämpar emot. Läkartidningen 1998; 17:1932-6.

## ***Rådgivning och patientföreningar***

Rådgivning i Östergötland  
Rådgivare Margareta Hedin  
Åtstörningsenheten Videgården  
Universitetssjukhuset  
581 85 Linköping  
013 – 22 50 33  
[margareta.hedin@lio.se](mailto:margareta.hedin@lio.se)

Patientförening i Östergötland  
Anorexi/Bulimi-Kontakt i  
Östergötland  
Hörngatan 5  
602 34 Norrköping  
011-10 09 33  
<http://hem.spray.se/abkontaktost>

Patientföreningar nationellt  
Anorexi/Bulimi-Kontakt  
Regeringsgatan 88  
111 39 Stockholm  
08-20 72 14  
<http://www.medivia.se/AN/abk/>

Riksförbundet för Anorexi och  
Bulimi  
Götabergsgatan 20  
411 34 Göteborg  
(Besöksadress: Karl Gustavsg. 19)  
031-13 39 53  
<http://www.anorexibulimi.com>

## Remissuppgifter ang. patient med misstänkt ätstörning

Namn: .....

Personnummer: .....

Adress: .....

Tel.: .....

Remissdatum: .....

Remiss från: .....

Symptombeskrivning .....

.....

.....

.....

Svält .....

Hetsätning nej / ja hur ofta? .....

Kräkning nej / ja hur ofta? .....

Social situation .....

.....

.....

.....

Kroppsliga symptom .....

.....

.....

Aktuell längd .....

Aktuell vikt .....

Anamnestiskt högsta vikt .....

Anamnestiskt lägsta vikt .....

Viktnedgång kg/mån .....

Menstruation regelbunden / oregelbunden / ingen sedan när: .....  P-piller .....

Blodtryck .....  Hormonbeh

.....

Vilopuls .....

Temp .....

Akrocyanos .....  
(dålig blodcirkulation i perifera delar av kroppen)

Ödem .....  
(under ögonen och/eller på fötter/underben)

Alla ev. lab. data bifogas (både avvikande och normala)!

Jag har bitt patienten skaffa skolhälsovårdens längd-vikt-kurva från skolan eller från kommunarkivet att ta med vid besök hos remissmottagaren!

