Sammanfattningssida:
Nationell remiss Ätstörningar

Nedan finns en sammanställning av dina svar och synpunkter. Kontrollera att du har lämnat ett så fullständigt remissvar som möjligt och att du har skrivit respektive synpunkt under rätt rubrik. Det går att redigera svaren innan du skickar in dem.

OBS! Klicka på Avsluta för att registrera dina synpunkter.

Om du behöver diarieföra de lämnade synpunkterna, spara eller skriv ut denna sida, se knappar i vänsterspalten.

Kunskapsstödet skickas ut i syfte att förankra och kvalitetssäkra nationellt innehåll inför publicering på 1177 för vårdpersonal. Kunskapsstödet kan vara nyproducerat eller en uppdaterad version av ett tidigare publicerat kunskapsstöd.

Nationella programområdet (NPO) ansvarar för att innehållet är aktuellt, evidensbaserat och tillämpbart i hela landet. Författarnas namn finns att hitta via Kunskapsstyrningens webbplats. Kunskapsstödet är skrivet så att det finns utrymme för lokala förutsättningar och innovativa arbetssätt. Rekommendationer om vilken yrkeskategori eller vilken del av organisationen som ska utföra en viss åtgärd finns därför enbart beskrivet om det finns evidens för detta.

Observera att kunskapsstöd på nationell remiss har en konsekvensbeskrivning bifogad i remissen.

Godkända kunskapsstöd publiceras på 1177 för vårdpersonal:
https://vardpersonal.1177.se/om-1177-for-vardpersonal/nya-och-reviderade-kunskapsstod/

Mer information om kunskapsstöd och Nationellt system för kunskapsstyrning hittar du här: https://kunskapsstyrningvard.se/

OM ATT LÄMNA SYNPUNKTER

Om du lämnar synpunkter från exempelvis en region, kommun, myndighet eller organisation ber vi er att skicka in ett samlat svar. Stöddokument för insamling av synpunkter hittar du här: https://kunskapsstyrningvard.se/kunskapsstyrningvard/kunskapsstod/remisserkunskapsstod

Observera att du som behöver diarieföra svaret kan spara eller skriva ut svaret när du är klar.

Du kan välja att lämna synpunkter på hela eller delar av kunskapsstödet. I slutet kan du även lämna övergripande synpunkter som inte är kopplade till någon rubrik.

Svaret räknas endast som fullständigt om du kommit till sista sidan och avslutat enkäten.

Synpunkterna på innehållet kommer att läsas av alla författare av kunskapsstödet, samt kan begäras ut av den som önskar. Tänk på att hålla god ton och att endast lämna synpunkter på själva sakinnehållet.

Var kortfattad och konstruktiv, ge gärna konkreta förslag på eventuella omformuleringar.

HANTERING AV PERSONUPPGIFTER

I och med att du svarar på denna enkät kan personuppgifter komma att lagras i ett databasregister hos Inera. Ange därför inga känsliga personuppgifter i remissvaret. Uppgifterna sparas för statistisk bearbetning av materialet och kan komma att användas vid förnyad kontakt. Inera är skyldigt att på din begäran rätta eller radera uppgifter. Enligt dataskyddsförordningen har varje registrerad rätt att erhålla besked om personuppgifter som rör den sökande behandlas eller ej. Information om behandling av personuppgifter lämnas av Inera som är personuppgiftsansvarig. Läs mer på Inera.se.

Tack för din medverkan!

Mitt svar *

Ett samlat svar från en annan aktör

Vänligen ange aktör *

Dietisternas Riksförbund

Vänligen ange namn och epostadress *

Namn	Jeanette Jansson
E-post	Remiss@drf.nu

Ange vilket/vilka avsnitt du vill lämna synpunkter på

Om hälsotillståndet
Utredning
Behandling
Relaterad information
Konsekvensbeskrivning

Ange synpunkter under underrubriken Definition

Ange eventuell underrubrik och stycke du lämnar synpunkter på. Formulera gärna förslag på ny lydelse.

Definition
Byt ordföljd i rubriker; istället för Anorexi (Anorexia nervosa) skriv Anorexia Nervosa (Anorexi, AN) så att förkortning AN sedan kan användas i texten utan att förklaras.
Detsamma gäller Bulimi (Bulimia nervosa) - byt till Bulimia nervosa (Bulimi, BN). Rubrik Hetsätningsstörning, lägg till (BED) efter ordet; Hetsätningsstörning (BED). Byt även ordföljd i ARFIDs rubrik: Undvikande restriktiv ätstörning (avoidant restrictive food intake disorder, ARFID).
Under rubrik ARFID, andra stycket:
"Ihållande svårigheter leder till tillväxtrubbning, nutritionsbrist, beroende av näringstillskott och/eller påtagligt negativ påverkan på psykosocial funktionsförmåga"
I punktlista under rubrik Andra specificerade ätstörningar; stor bokstav och punkt i varje mening - alltså: "Det omfattar bland annat:
• Atypisk anorexi.
• Bulimi med lägre frekvens eller mer begränsad varaktighet än fullskalig bulimi.
• Hetsätningsstörning med lägre frekvens än eller mer begränsad varaktighet än fullskalig hetsätningsstörning.
• Självrensningsstörning."

Ange synpunkter under underrubriken Riskfaktorer

Ange eventuell underrubrik och stycke du lämnar synpunkter på. Formulera gärna förslag på ny lydelse.

I punktlista under "Riskfaktorer för ätstörningar (inte ARFID) är:" byt ut ordet påfrestande till "dramatisk eller traumatisk livshändelse, såsom sexuella övergrepp eller våld". Lägg också till i sista punkt "medveten eller omedveten viktförändring, exempelvis vid bantning eller sjukdom."
Justera text i punktlista under "Risk- och utlösande faktorer för ARFID är:" Tillägg i punkt "negativa matrelaterade händelser (till exempel allergisk reaktion, kraftig kräkning, kvävning)"

Ange synpunkter under underrubriken Samsjuklighet

Ange eventuell underrubrik och stycke du lämnar synpunkter på. Formulera gärna förslag på ny lydelse.

Omformulera första meningen: “Samsjuklighet med andra psykiatriska tillstånd är vanligt vid ätstörningar, upp till 70 %, och påverkar ofta sjukdomsförloppet.” Förslag: Samsjuklighet är vanligt vid ätstörningar - upp till 70 % har andra psykiatriska tillstånd vilket ofta påverkar sjukdomsförloppet.
Punktlista under “Somatisk samsjuklighet kan också förekomma, till exempel:” Sista punkten bör ha liten bokstav och tillägg och/eller: “försämrad munhälsa, till exempel karies och/eller erosionsskador” Byt även plats på de två sista punkterna så att “vid ARFID – födoämnesallergier och hyperreaktiva lungsjukdomar” hamnar sist i listan.

Ange synpunkter under underrubriken Symtom

Ange eventuell underrubrik och stycke du lämnar synpunkter på. Formulera gärna förslag på ny lydelse.

Tillägg: “Ibland söker de hjälp av andra skäl som exempelvis nedstämdhet eller magproblem.” Under rubrik “Tecken på akut risk vid ätstörning” lägga till geriatrisk aspekt i första punkten; “mycket låg kroppsvikt, exempelvis BMI <14 kg/m² (< 17 kg/m² hos patient > 70 år), eller en vikt motsvarande mindre än 70 procent av förväntad kroppsvikt”
Hos personer ≥70 år innebär ett BMI under 16-17 kg/m² ett mycket allvarligt underviktstillstånd med hög risk för medicinska komplikationer. Eftersom äldre generellt har

Kliniskt kunskapsstöd Ätstörningar
Nationellt programområde Psykisk hälsa

mindre muskelmassa och lägre fysiologiska reserver kan så låga BMI-nivåer vara förenade med ökad risk för nedsatt fysisk funktion, fall, infektioner, sjukhusvård och dödlighet.
Definiera snabb viktnedgång, förslag: “Snabb eller betydande viktnedgång, exempelvis >10 % av kroppsvikten under sex månader eller >5 % under en månad: somatisk risk bör inte bedömas isolerat utifrån viktnedgång utan värderas tillsammans med aktuellt BMI, viktutveckling över tid, klinisk status samt tecken på fysiologisk påverkan.”
Begreppet "snabb viktnedgång" behöver definieras. Otydligheten riskerar att leda till varierande tolkningar mellan verksamheter. För att öka nationell likvärdighet och underlätta klinisk tillämpning skulle en tydligare definition eller vägledande exempel kunna övervägas. Samtidigt bör det framgå att den medicinska risken inte kan bedömas utifrån viktnedgångens storlek isolerat utan behöver värderas tillsammans med aktuellt BMI, kroppssammansättning, klinisk status och tecken på fysiologisk påverkan. Exempelvis används inom nutritionsområdet ofta oavsiktlig viktnedgång >5 % under 3 månader eller >10 % under 6 månader som gränser för kliniskt betydelsefull viktnedgång. Samtidigt är den medicinska risken sannolikt beroende av utgångsvikt och aktuellt BMI. En viktnedgång om exempelvis 10 % hos en person med BMI 35 innebär inte samma riskprofil som motsvarande viktnedgång hos en person med BMI 18 eller 16. Det kan därför vara värdefullt att förtydliga om bedömningen ska baseras enbart på viktnedgångens storlek eller på en samlad bedömning av viktnedgång, aktuellt BMI och klinisk påverkan.
Lägga till barnperspektivet; hastig viktförändring hos barn
Tillägg i sista punkt; “påverkat allmäntillstånd med symtom som yrsel, svimning och/eller tryck över bröstet.”
Förslag på ändringar under rubrik “Tecken som kan föranleda vidare utredning för möjlig ätstörning (ej ARFID):” (rader som ej justerats är inte med nedan och kan stå med oförändrade)
• ändrar kosthållning utan tydlig ideologisk grund
• hoppar över måltider eller tränar på ett tvångsmässigt sätt
• har oförklarlig trötthet, frusenhet, förstoppning eller frekvent huvudvärk
• har olämpliga kompensatoriska beteenden såsom fasta, kräkning, överdriven konsumtion av laxermedel eller överdriven träning
• gravid som inte ökar i vikt
• hetsäter eller äter för att dämpa känslor

• med assistenter ber personalen att ljuga gällande matintag eller energiutgifter

Kliniskt kunskapsstöd Ätstörningar
Nationellt programområde Psykisk hälsa

• plötslig viktförändring som är > 10 % på 6 månader, övervikt eller obesitas
• är över 65 år och har aktuell eller tidigare ätstörning, eller annan psykisk ohälsa som kan påverka matintag och nutritionsstatus ELLER lever i social isolering där personal inom LSS/SOL eller närstående reagerar på ett nydebuterat, restriktivt eller avvikande mönster kring måltider
• är ett barn och har viktnedgång alternativt planar av i längdkurvan (> 0,5 kanalbredd/år efter 2 års ålder)
• har amenorré eller inte kommer in i puberteten
• har försämrad munhälsa, till exempel karies och/eller erosionsskador.
Förslag på ändringar under rubrik “Tecken som kan föranleda vidare utredning för möjlig ARFID:” (rader som ej justerats är inte med nedan och kan stå med oförändrade)
• har låg aptit, stort motstånd till att äta eller inte äter på grund av rädsla för negativa konsekvenser
• bara äter enstaka livsmedel eller uppvisar rädsla för att prova ny mat
• har näringsbrist även vid en normalvikt
• är ett barn och har viktnedgång alternativt planar av i längdkurvan (> 0,5 kanalbredd/år efter 2 års ålder)
• har oförklarlig trötthet, förstoppning eller ont i magen
• har försämrad munhälsa, till exempel karies och/eller erosionsskador.
Argument för tillägg av sista punkten: tandhälsa är ett viktigt tillägg då många barn med ARFID vägrar tandborstning och/eller tandkräm och därmed ofta får ont av karies vilket gör att ätandet kan försvåras ytterligare.
Förslag på ändring i rubriken “Exempel på somatiska symtom vid kräkning”
• erosionsskador på tänder och i allvarliga fall även naglar
• sprickor i mungiporna
• rubbningar i saltbalansen
Förslag på ändring i rubriken “Exempel på somatiska symtom vid svält”
• lite eller “inget” underhudsfett
• torr och/eller sprucken hud

Ange synpunkter under underrubriken Anamnes

Ange eventuell underrubrik och stycke du lämnar synpunkter på. Formulera gärna förslag på ny lydelse.

Punkt “menstruation hos kvinnor” stryka orden “hos kvinnor” då även barn har menstruation och det sexualiserar barnen på ett onödigt sätt. Även tillägg: Ätstörningar

Kliniskt kunskapsstöd Ätstörningar
Nationellt programområde Psykisk hälsa

förekommer hos personer av alla kön. Hos män och pojkar kan symtomen delvis ta sig andra uttryck än den traditionella bilden av ätstörning. Kroppsmissnöje kan vara kopplat till strävan efter ökad muskelmassa eller en mer definierad kropp snarare än till önskan att gå ned i vikt. Överdriven träning, restriktivt ätande, användning av kosttillskott eller anabola steroider kan förekomma. Ätstörningar hos män riskerar att upptäckas sent och bör uppmärksammas särskilt vid psykisk ohälsa, kroppsoro eller uttalade förändringar i kost- och träningsbeteende. Tillägg: BN och BED förekommer ofta vid normalvikt, övervikt och obesitas. Hög vikt utesluter inte allvarlig ätstörning. Snabb viktnedgång kan vara lika viktig varningssignal som låg vikt. Tillägg: Ätstörningar kan debutera eller återkomma även högre upp i åldrarna. Symtomen riskerar att misstolkas som normala åldersförändringar eller somatiska sjukdomar.
Under rubrik “Kartläggningen bör ge en samlad bild av psykiska symtom, somatiskt mående, livssituation och vardaglig funktion så som:” (rader som ej justerats är inte med nedan och kan stå med oförändrade)

- mat- och vätskeintag, livsmedelsval och måltidsordning
- ätbeteende och svårigheter vid måltider samt måltidssituation
- menstruation hos kvinnor
- fullständiga tillväxtkurvor, target hight bör ligga inne, vet ej om man ska ha med EBW% som BUPs riktlinjer har?
- psykiatrisk samsjuklighet och eventuell hereditet
- social situation: sysselsättning, ensamhet, behov av stöd eller kommunikationssvårigheter
- rörlighet/fysisk förmåga eller rörelsenedsättning som påverkar vardagen
- hos barn även livssituation/omgivning, psykomotorisk utveckling och ätutveckling.

Ange synpunkter under underrubriken Status

Ange eventuell underrubrik och stycke du lämnar synpunkter på. Formulera gärna förslag på ny lydelse.

Under rubrik “Somatiskt status” följande justering:
• längd, vikt och BMI (ISO-BMI hos barn)
Under rubrik “Psykiskt status” följande justering:
• allmänt – patientens yttre, kontakt och kognition
• emotioner – grundstämning, affekter, ångestnivå
• psykotiska symtom – exempelvis hallucinationer och/eller vanföreställningar
• suicidalitet och/eller självskadebeteende.

Ange synpunkter under underrubriken Handläggning vid utredning

Ange eventuell underrubrik och stycke du lämnar synpunkter på. Formulera gärna förslag på ny lydelse.

I punktlista:
• Konsultera specialiserad vård vid behov gällande bedömning, behandling eller behov av remiss till annan instans. Konsultera hellre en gång för mycket än en gång för lite.
• Tydliga vårdflöden och god samordning är viktigt, särskilt vid övergångar mellan vårdnivåer och mellan barn- och vuxensjukvård.
• Samverka vid behov med andra vårdenheter, till exempel geriatrisk mottagning, habilitering eller obesitasmottagning.

Kliniskt kunskapsstöd Ätstörningar
Nationellt programområde Psykisk hälsa

• Närstående eller personal inom LSS/SOL behöver ofta vara involverade i vården för att patienten ska få tillräckligt stöd. Försök även att motivera vårdnadshavare att bjuda in skolan om det gäller barn i skolåldern.

Ange synpunkter under underrubriken Handläggning vid behandling

I punktlista:
• Konsultera specialiserad vård vid behov gällande bedömning, behandling eller behov av remiss till annan instans. Konsultera hellre en gång för mycket än en gång för lite.
• Tydliga vårdflöden och god samordning är viktigt, särskilt vid övergångar mellan vårdnivåer och mellan barn- och vuxensjukvård.
• Samverka vid behov med andra vårdenheter, till exempel geriatrisk mottagning, habilitering eller obesitasmottagning.

Kliniskt kunskapsstöd Ätstörningar
Nationellt programområde Psykisk hälsa

• Närstående eller personal inom LSS/SOL behöver ofta vara involverade i vården för att patienten ska få tillräckligt stöd. Försök även att motivera vårdnadshavare att bjuda in skolan om det gäller barn i skolåldern.

Ange synpunkter under underrubriken Behandlingsval

Ange eventuell underrubrik och stycke du lämnar synpunkter på. Formulera gärna förslag på ny lydelse.

Tillägg före rubrik “Grundläggande insatser” - den text som nu står under psykologisk behandling, stor del av första och andra stycket handlar inte om psykologisk behandling utan snarare om medicinsk/somatisk. Flytta upp texten som inledning till Behandlingsval istället. “Vid behandling av ätstörningar är fokus initialt att etablera regelbundet och tillräckligt ätande utifrån kroppens behov samt att minska hetsätning och olämpligt kompensatoriskt beteende. Vid restriktivt matintag är det viktigt att snabbt bryta svält och vid undervikt: att påbörja viktåterhämtning. Uppmärksamma att det finns en risk för refeeding syndrom (metabol överbelastning) i samband med ökat matintag. Närstående eller assistenter behöver vara involverade i behandlingen. Samarbete med läkare och dietist kan ofta behövas. Behandling behöver individanpassas, utvärdera och byt behandling om den inte fungerar.” OBS att refeeding syndrom inte är samma sak som metabol överbelastning - parentes behöver därför tas bort.
Under rubrik “Grundläggande insatser”
• Ge råd, stöd och kunskap kring kroppens behov av näring och energi utifrån patientens nivå.
• Efter kartläggning av ätproblematik/ätbeteenden, ge råd och stöd i form av planering för regelbundna, tillräckliga och varierade måltider i syfte att normalisera och motivera ätande.
• Ge vid behov råd och stöd till närstående för att stärka närståendes förmåga att stötta personen med ätstörning.
• Ge vid behov (och samtycke) råd och stöd till assistenter, skolpersonal eller personal inom LSS/SOL för att stärka förmågan att stötta personen med ätstörning.
• Överväg behov av särskilt stöd från socialtjänst eller habilitering vid låg funktionsnivå eller samsjuklighet som påverkar vardag och måltider.
Under rubrik “Vid ARFID finns även följande insatser:” så nämns “ett multifaktoriellt synsätt” som behandling. Det uttrycket behöver förtydligas.
Under rubrik “Överväg även följande”
• rekommendera näringsdrycker eller andra tillskott om patienten behöver hjälp med att öka sitt energi- och näringsintag utöver annan behandling

Kliniskt kunskapsstöd Ätstörningar
Nationellt programområde Psykisk hälsa

Under rubrik “psykologisk behandling” blir tredje stycket första stycket, dock föreslås att ordningen på ätstörningar blir samma i detta avsnitt som det är i inledningen av dokumentet: AN, BN, BED, ARFID och UNS. Det behövs också ett tillägg av behandling vid UNS-text då det inte finns i nuläget.
En inledning under rubrik “Psykologisk behandling” kan vara t.ex. Närstående eller assistenter/personal inom LSS/SOL behöver ofta vara inkluderade.
Stycke “barn med ARFID” är otydlig, förslag på ändring: Hos barn med ARFID rekommenderas psykoedukation till barnet och närstående, även ätträning tillsammans med närstående. Behandling behöver anpassas till ålder och utvecklingsnivå, erbjud KBT anpassad för ARFID tidigast från 10 års ålder. Vid ARFID med omfattande svårigheter eller andra

samtidiga diagnoser så som neuropsykiatrisk diagnos eller intellektuell funktionsnedsättning rekommenderas behandling i multiprofessionella team.
Under rubrik “Förstärkt öppenvård och heldygnsvård” - lägg till skiljetecken i andra meningen: Vid svår och långvarig anorexi: erbjud självvald inläggning när tidigare behandlingsförsök inte gett tillräcklig effekt.
Under rubrik “Nationell högspecialiserad vård” står de där det bör stå dem:
Nationell högspecialiserad vård (NHV) finns för dem med allvarlig ätstörning som inte…

Ange synpunkter på Konsekvensbeskrivning

3.1.2 tredje punkten, ändra till …“ARFID, ätstörning hos män eller äldre”... istället för män och äldre. Lägg gärna också till “ätstörning vid annorlunda kroppsfunktion” eller liknande så att det även blir fokus på personer som t.ex. har CP-skada eller fått stroke som medför nedsatt fysisk funktionsförmåga.
3.1.7 nämna äldrevård.
3.2.7 nämna habilitering och äldrevård. Bör 3.1.7 och 3.2.7 vara mer lika? BUMM står till exempel med på 3.1.7 men inte 3.2.7.

Eventuell övergripande kommentar om kunskapsstödet

Om förkortningar presenteras redan på sid. 6 kan samtliga “anorexi” bytas ut om AN, “bulimi” mot BN osv.